

Det er
ingenting
som varer
evig

LINDA
RYKKJE

Det er ingenting som varer evig

Eldres livsfortellinger og
perspektiver på hva som fremmer
helse gjennom et langt liv



FAGBOKFORLAGET

Boken ble første gang utgitt i 2025 på Vigmostad & Bjørke AS.

© Linda Rykkje 2025.

Dette verket, tilgjengelig fra <https://oa.fagbokforlaget.no>, omfattes av åndsverksloven og er lisensiert under følgende Creative Commons-lisens: Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal (CC BY 4.0).

Denne lisensen gir tillatelse til å kopiere, distribuere eller spre materialet i hvilket som helst medium eller format, og til å remikse, endre eller bygge videre på materialet til et hvilket som helst formål, inkludert kommersielle. Disse frihetene gis på følgende vilkår: Du må oppgi korrekt kreditering, oppgi en lenke til lisensen, og indikere om endringer er blitt gjort. Du kan gjøre dette på enhver rimelig måte, men uten at det kan forstås slik at lisensgiver bifaller deg eller din bruk av materialet. Du kan ikke gjøre bruk av juridiske betingelser eller teknologiske tiltak som lovmessig hindrer andre i å gjøre noe som lisensen tillater.

For å se en kopi av denne lisensen, besøk <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.no>

Lisensen gir deg ikke nødvendigvis alle de tillatelsene som er nødvendig for din tiltenkte bruk. For eksempel kan andre rettigheter, som reklame-, personvern-, eller ideelle rettigheter, sette begrensninger på hvordan du kan bruke materialet.

Boken er fagfellevurdert i henhold til Universitets- og høyskolerådets retningslinjer for vitenskapelig publisering.

ISBN trykt utgave: 978-82-450-5914-4

ISBN digital utgave: 978-82-450-5913-7

DOI: <https://doi.org/10.55669/oa5905>

Spørsmål om denne utgivelsen kan rettes til:

fagbokforlaget@fagbokforlaget.no

www.fagbokforlaget.no

Omslagsdesign: Vegard Bolstad

Sats: Pandawer

Vigmostad & Bjørke AS er Miljøfyrtårn-sertifisert-



Forord

Kjære leser!

Varmt velkommen til denne boken om Eldres livshistorier. Kanskje undrer du over min interesse for Eldres liv og erfaringer? I innledningen skriver jeg mer om min erfaring fra sykepleie til eldre mennesker. Der peker jeg på behovet for at flere skal forstå hvorfor dette er et så givende arbeidssted i helsevesenet. Jeg mener oppriktig at eldre personer har mye visdom og livserfaring som yngre kan lære av. Helt siden jeg var nyutdannet sykepleier har jeg hatt særlig interesse for omsorg for eldre mennesker. Min første jobb var på en demensavdeling på sykehjem i 1996. Senere har jeg blitt lærer og tok doktorgrad i 2014, der jeg forsket på åndelighet og verdighet i relasjon til eldre. Dette tar jeg med meg inn i denne boken ved å sette søkelys på åndelige helseressurser.

Bakgrunnen for boken er at jeg, som programansvarlig for en videreutdanning i gerontologi, ble kjent med et arbeidskrav der studentene gjennomførte et livshistorieintervju med en eldre person. Raskt ble jeg klar over hvilken rikdom disse intervjuene innebar, og startet derfor i 2017 et treårig prosjekt for å samle inn noen av historiene. Det har vært en stor glede og en ære å få lese disse 60 livshistoriene, som er individuelle intervjuer gjennomført og transkribert av videreutdanningsstudenter i gerontologi ved VID vitenskapelige høyskole. Jeg vil takke mine fantastiske studenter fra Kull 2017, Kull 2018 og Kull 2019 for intervjuene, og de eldre for at de ville fortelle sin historie! Ikke minst er jeg takknemlig for at nettopp jeg har fått tillatelse til å bruke materialet i denne boken.

Jeg har gått flere runder for å bestemme meg for hvordan jeg skal gjentelle fra historiene. Det store antallet historier gav en stor bredde, samtidig som det ble utfordrende å formidle essensen. I lesningen min har jeg tenkt med Gadammers hermeneutikk, og det å fremstille tekstens mening har vært i mine tanker. Tidlig i leseprosessen fikk jeg inntrykk av menneskene i historiene, og jeg undret meg over de spor fortellingene satte i meg som fortolker. Det ble etter hvert viktig for meg å videreformidle den tidsepoken de eldre har gjennomlevd, ved å sette leseren i kontakt med deres samtid. Informasjon fra ulike kilder om historiske fakta er derfor flettet inn i historiefortellingene. Jeg

har valgt å sette sammen fortellinger på tvers i ulike temaer, samtidig som jeg også gjengir lengre tekstutdrag for å skape rom for å forstå betydningsfulle erfaringer og refleksjoner.

Som Gadamer påpeker, er min horisont som fortolker av betydning for de oppfatninger og muligheter som kommer frem i teksten. Å lese et intervju for deretter å gjenfortelle kan ses på som en samtale der jeg forsøker å holde en dialog med teksten. I lesningen fremtrer mange eksempler på menneskets iboende helseressurser. For å tydeliggjøre forskjellen til medisinske helseråd, er min forståelseshorisont basert på forskning innen åndelighet og helhetlig omsorg. Det er særlig de åndelige ressursene i mennesket som, etter mitt syn, bidrar til helse og helhet, verdighet og et liv som er godt å leve.

En livshistorie er ikke en fullstendig oversikt over et langt liv, men det er en erindring som gir tilgang til de deler av livserfaringene den enkelte har valgt å dele med intervjueren. Det er mange som forteller om barndom og oppvekst i en annen tid, med andre levekår og økonomiske forhold enn i dagens Norge. De fleste reflekterer over arbeid og familieliv, ektefelle og barn, og senere barne- og oldebarn. Det er ulike livshendelser de eldre har gjennomlevd, slik som fattigdom og hardt arbeid, krigen, sykdom og tap. Ikke minst forteller mange om stå-på-vilje og evne til å mestre det livet krever av dem, og det stiger frem både stolthet og glede over hva de har fått til i livet og hvordan de har det i eldre år. Tittelen er basert på et utsagn fra **Elbjørg**, som viser at viljen til å gjøre det beste ut av hverdagen fortsatt er til stede i alderdommen:

*Alt forandre seg, det e ingenting som varer evigt. Det e det ikkje.
Men eg sitte meg ikkje i ein stol, eg går ut og, ja. Snakke med folk
og, ja. Liker å ha det litt sosialt. Og så liker eg å være i sammen
med familien min.*

For deg, kjære lesar, håper jeg at boken vil bidra både til undring og forståelse for hvilke unike ressurser og livserfaringer eldre personer kan ha.

Askøy, mai 2025

Linda Rykkje, professor i sykepleie

VID vitenskapelige høgskole, Fakultet for helsevitenskap

Innhold

1		
Introduksjon og metode		9
2		
Barndommen		31
3		
Voksenlivet		101
4		
Alderdommen		171
5		
Livshistoriens betydning		237
Referanser		259

Introduksjon og metode

Vi er alle fortalt,
og vi forteller alle videre.
(Rosenberg, 2005, s. 210)

Å dele sin historie med andre er en anledning til å bli sett og hørt, noe som bidrar til at en kan bli bekreftet som menneske. En livshistorie kan ses på som «menneskers muntlige eller skriftlige selvbiografi, basert på deres egne fortellinger om livsløpet» (Fosslund & Thorsen, 2010, s. 16). Livshistorier er en form for fortelling, som også kalles narrativer. Innen gerontologien regnes narrativer som et eget forskningsfelt (Doran et al., 2019). Narrativer kan ha en sentral rolle i det å forme oppfatning av alderdommen i samfunnet (Burns & Masoodian, 2018). Med gerontologi menes det tverrfaglige fagfeltet som er opptatt av alderdom som mer enn det biologiske eller kronologiske, der også positive sider ved alderdommen vektlegges (De Medeiros, 2016).

I denne boken tar jeg utgangspunkt i et helhetlig menneskesyn, i tråd med den karitative omsorgsteorien til Katie Eriksson (I. Bergbom et al., 2021; Näsman, 2020). Å fortelle om seg selv er naturlig i vår kommunikasjon med hverandre. Det er en del av det å bli bevisst sin egen identitet gjennom gjenfortellingen. Denne prosessen er like viktig i alderdommen som i andre deler

av livsløpet. Når den eldre personen får fortelle sin historie, kan samtalen bidra til at han eller hun får fremstille seg på en ønsket måte overfor den som lytter. Erindringene kan også bidra til at den som forteller, får en dypere innsikt til å forstå seg selv og hvorfor «livet ble som det ble». For den som tar seg tid til å lytte, kan opplevelsen bidra til økt forståelse for mennesket «bak pasienten».

Som fagansvarlig for en tverrfaglig videreutdanning i gerontologi¹ har jeg hatt gleden av å følge studentene i et arbeidskrav der de skulle utføre et livshistorieintervju med en eldre person. En av studentene ble så begeistret at hun valgte å skrive masteroppgave om temaet. Slik beskriver hun hvordan arbeidskravet gav henne ny innsikt i arbeidet med eldre:

Etter gjennomføringen av intervjuet og i arbeidet med oppgaven ble jeg overrasket av å oppdage hvordan denne livshistorien preget meg. Den gjorde virkelig inntrykk. Kanskje bunnet overraskelsen i at jeg liker å se på meg selv som en empatisk sykepleier og tar det for gitt at jeg iallfall forsøker å møte pasienter i jobbsammenheng som hele mennesker. Etter intervjuet satt jeg igjen med en erfaring av hvor liten del av det levde livet jeg ser når jeg møter eldre i jobbsammenheng.

I Ferstads masteroppgave ble syv studenter på videreutdanning i gerontologi intervjuet for å undersøke deres erfaringer med arbeidskravet. Funnene viser at kunnskaper om livshistorien gjør det enklere å forstå eldre menneskers situasjon. Denne innsikten påvirker hvordan vi tenker om den andre og fremmer en bevissthet om hver enkelt pasient som en unik person (Ferstad & Rykkje, 2023).

Denne boken er en videreformidling fra 60 innsamlede livshistorieintervjuer utført av studenter. Historiene som gjengis gir innsikt og forståelse for hvordan eldre mennesker ser på seg selv i dag. Samtidig belyses tidligere livserfaringer og sentrale livshendelser hos intervjupersonene for å gi kontur, liv og kontekst til den innsikten jeg ønsker leserne skal tilegne seg. Jeg vil bidra til en økt forståelse for hvordan livserfaringene former den eldre personens oppfatning av seg selv i alderdommen. I presentasjonen av historiene

1 Ved VID vitenskapelige høyskole.

har jeg et overordnet forskningsblikk rettet mot helsefremmende erfaringer. Videre i dette kapittelet beskrives livshistoriers mulige betydning, teoretisk bakgrunn som omhandler helsefremming, helsens mysterium og åndelighet, samt metodisk fremgangsmåte.

I et livsløpsperspektiv gir intervjuene en innsikt som ikke bare gir et nytt blikk på personen i nåtiden. Da jeg leste intervjuene, steg det frem ulike perspektiver fra et langt liv som gav innsikt i levekår og individuelle erfaringer. Disse har vært med på å forme dem som mennesker fra barndom, voksenliv og inn i alderdommen. Dette gjenspeiler bokens inndeling av funnene i kapitlene 2, 3 og 4. I hvert kapittel fremheves og drøftes helsefremmende ressurser. Betydningen av livshistorier omtales i kapittel 5. Hensikten med boken er å bidra til at studenter og ansatte i sykepleie og andre profesjoner som arbeider med eldre, kan forstå Eldres livserfaringer på nye måter og i et helsefremmende perspektiv. Et slikt helseperspektiv er, så vidt meg bekjent, ikke tidligere brukt som innfallsvinkel i norske livshistorie-studier. Å fremme helse betyr å ta vare på hele mennesket og dets iboende ressurser, og handler ikke primært om fravær av sykdom eller forebygging av funksjonstap.

Hvorfor fortelle videre fra livshistoriene?

Jeg har variert erfaring fra arbeid i eldreomsorgen og har alltid ment at det er svært givende å arbeide med gamle mennesker. De har levd et langt liv og har mye livskunnskap som kan deles med oss som er yngre. Som sykepleier på sykehjem og senere som sykepleielærer, har jeg blitt forundret over at det er «lav status» å jobbe med eldre. Det er de færreste som ønsker seg dette som en karrierevei (Halvorsen, 2018). Jeg har ofte tenkt på hvordan jeg kan overbevise andre om hvor fantastisk denne jobben egentlig er.

Selvsagt er det flere årsaker til at få sykepleiere ønsker å jobbe i eldreomsorgen. En av dem kan være liten vektlegging og lav forståelse i utdanningen for komplekse aldringsrelaterte utfordringer, og dermed manglende kompetanse til å møte eldre pasienters behov (Dahlke et al., 2021). En travel hverdag og ulik vekt mellom jobbkrav, kompetanse og mulighet til å utøve sykepleieryrket slik en ønsker påvirker også. Dette ser vi både hos nyutdannede

og erfarne sykepleiere som står i fare for utbrenthet eller som tenker å forlate yrket (Mæland et al., 2021; Kyllingstad & Kristoffersen, 2022). Vi ser også en generell mangel på helsepersonell (Hjemås & Syse, 2023) og at pasientene er «sykere» enn før, noe som har medført økt arbeidspress i eldreomsorgen og en nedadgående spiral med stadig færre som ønsker å arbeide med eldre mennesker (Gautun, 2020; Morland, 2020).

Å rekruttere til eldreomsorgen har imidlertid vært vanskelig over lengre tid. En mulig årsak til dette er negative holdninger til eldre i samfunnet, også kalt alderisme, som er en utfordring både globalt og nasjonalt (World Health Organization, 2021). Mennesker som eldre er avhengige av, som familie, venner eller helsepersonell, bidrar til alderisme når de bevisst eller ubevisst verdsetter eldre mennesker lavere enn yngre eller har negative holdninger til dem (Nemiroff, 2022).

Forskning påpeker at helsepersonell de siste tiårene har mer negative holdninger til eldre personer, muligens på grunn av det økende tidspresset og den økende arbeidsmengden (Chang et al., 2020). I academia omtales eldre som en «sårbar» gruppe, der sårbarhet ses i sammenheng med skrøpelighet, avhengighet og svekket autonomi. Ulempen ved å påpeke sårbarhet og skrøpelighet hos eldre personer er at det kan bidra til alderisme ved å vedlikeholde et paternalistisk grunnsyn og en tendens innen helsevesenet til å overbeskytte de eldre (Langmann, 2023).

Dessuten må vi være oppmerksomme på at alderisme i helsevesenet i noen tilfeller kan opprettholde strukturell urettferdighet knyttet til personer som fra før er marginalisert i samfunnet, og som har lav helse og dårlig tilgang til helsetjenester (Farrell et al., 2022). Et helsevesen som ikke er bevisst strukturell diskriminering og alderisme, kan skape og opprettholde urettferdighet i tilgang til tjenester både på individnivå og på virksomhetsnivå ved at tildeling av ressurser til eldreomsorg gis lav prioritet.

Den norske forskriften om en verdig eldreomsorg sier at det skal tilrettelegges for og sikres at den enkelte får et «verdige og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, § 2). Dette innebærer både ivaretagelse av Eldres medisinske behov og respekten for individets selvbestemmelse, egenverd og livsførsel (Gjevjon, 2016). Selv om målet er verdig og helhetlig pleie, er dagens situasjon at vi ikke klarer å oppfylle dette, blant annet fordi offentlig sektor er overbelastet og mangler arbeidskraft (Kalánková et al., 2021; Haukelien &

Aaltvedt, 2024). Stortingsmeldingen om reformen *Leve hele livet* ønsket å bedre eldreomsorgen ved å tilrettelegge for aktiviteter basert på individuelle behov og interesser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 13). Samtidig pekte reformen på utfordringer knyttet til holdninger til eldre:

I dagens samfunn er holdningene til eldre og aldring preget av ambivalens. Alle vil leve lenger, men ingen vil bli gamle. Vi hyller vitale, ungdommelige og aktive 80-åringer som fortsatt går Birkebeineren. Samtidig kommer det oppslag i avisene som ensidig beskriver gamle som syke og skrøpelige (punkt 2.1, s. 31).

Ifølge Lunde (2017) finnes en rekke myter om alderdommen i det norske samfunn, myter som delvis næres av massemedias ofte stereotype fremstilling av eldre. Dessuten kan redsel for skrøpelighet og livets slutt medvirke til negative oppfatninger. Eldre påminner oss om fremtidig forfall og vår egen forgjengelighet, at vi selv skal bli gamle og dø en dag. Lunde (2020) peker på at vi må være bevisst hvilke forestillinger vi møter eldre personer med i helsevesenet. Med den nyeste reformen *Felleskap og meistring – bu trygt heime* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023) ønsker regjeringen å tilrettelegge for aldersvennlige samfunn. De vil også motvirke alderisme gjennom åpenhet om aldringsprosesser og at eldre blir inkludert og involvert i utvikling av tjenestetilbudet.

Denne boken vil ikke kunne løse bemanningsutfordringene i eldreomsorgen. Det livshistoriene imidlertid kan formidle til oss, er et mer nyansert syn på alderdommen. Vi er først og fremst mennesker med levde liv, og ikke bare en gammel dame eller mann i en pasientseng. Ifølge Bakken (2018) behøves også et annet syn på aldring enn det som fremmes i helsevesenet og i lærebøkene. En vesensforskjell i hans tekst er at vi ikke føler oss like gamle som vi er i biologisk alder. Han hevder at studenter og helsepersonell som skal ivareta skrøpelige eldre, må ta med seg innsikten om at «alle gamle mennesker også bærer på en annen; en yngre utgave av seg selv inni seg som en opplevelse og følelse» (Bakken, 2018, s. 17).

Dermed ser jeg denne boken som en mulighet til å utvide den helhetlige kompetansen til de som skal arbeide i eldreomsorgen. Dette kan blant annet gjøres ved å presentere varierte livserfaringer og utvidet forståelse for hendelser som har formet livene og fremmet helsen til eldre personer. Det er

også mitt håp at innblikket i historiene kan formidle videre noe av den magien jeg selv har opplevd ved å bli kjent med de eldre pasientene over tid. Kanskje kan boken utfordre holdninger preget av alderisme ved å skape en gryende interesse for eldre mennesker som noe mer enn «sårbare og skrøpelige», samt inspirere til å fremme eldre pasienters liv og helse – hele livet.

Bruk av narrativer i forskning

Forskningen om narrativer i form av livsfortellinger er stor og favner et bredt fagfelt. Den handler ofte om å forstå den andres livsverden, men kan også ha til hensikt å forstå mer om vår samtid og nære fortid (Danielsen, 1992). I Norge har Danielsen (Danielsen, 2013; Danielsen & Engebrigtsen, 2010; Danielsen, 1992) og Thorsen (Fosslund & Thorsen, 2010; Thorsen, 2005, 1998) vært toneangivende. Deres publikasjoner har vært innenfor et samfunnsfaglig felt og har hatt andre fokus enn helse. Deres funn har likevel vært berikende for denne boken, og jeg henviser til flere av deres arbeider der det passer inn. I tillegg har jeg benyttet annen norsk og internasjonal forskning innenfor ulike fagfelt.

Når det gjelder bruk av narrativer i norsk forskning, er feltet tverrfaglig (Sørly & Blix, 2017), men det er forholdsvis lite av omfang. Fortellinger kan for eksempel brukes for å forstå opplevelse av sykdom, men er da ofte korte historier og omhandler spesifikke tema, til forskjell fra livshistorier. Et eksempel er fra narrativ medisin, der pasientens egen fortelling øker forståelsen for deres situasjon og bidrar til at pleier-pasient-relasjonen styrkes (Greenhalgh & Hurwitz, 1998).

Mitt eget fagfelt er eldreomsorgen. Derfor vil jeg videre se på fagfeltet narrativ gerontologi. Gerontologien handler om både sykdommer, biologiske funksjonstap og psykiske og sosiale forhold knyttet til alderdommen. Den er tverrfaglig, men virker å ha størst interesse fra sosiologisk hold i Norge (Daatland & Solem, 2011). Begrepet gerontologi virker ukjent for de fleste i Norge, men brukes hyppigere i andre land som for eksempel Danmark. I boken fra Dansk Gerontologisk Selskap forstås aldring som en del av ens livsløp. Altså foregår aldringsprosessen fra fødsel til død og er en tidsreise

(Mygind et al., 2016). Det er et godt bilde på hvordan livshistorier kan brukes i forskning der vi ønsker å forstå opplevelsen av å være gammel.

Burns og Masoodian (2018) peker på at fortellinger kan være et medium som kan fremme helse hos eldre. De mener det bør brukes som et hjelpemiddel i tjenesteutvikling til eldre, basert på samarbeid og tilpasning til eldres behov. Gjennom narrativ gerontologi (De Medeiros, 2016) kan vi lære fra eldres personlige erfaringer. Dette gjøres ofte innenfor rammene av forskningsintervju, og Blix (2017) hevder at det er viktig at et mangfold av stemmer blir hørt.

Selv om narrativer brukes innen sykepleieforskning (De Medeiros, 2013), er det få livshistorie-studier innen sykepleie. Ved å se på materialet i lys av helsefremmende erfaringer kan boken tilføre kunnskaper som også bidrar til god helse og livskvalitet i alderdommen. Livshistorier brukes for å tilrettelegge for individuell omsorg i norske sykehjem (Hellstrand et al., 2023), men er hovedsakelig knyttet til personer med demens. I Demensplan 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) anbefales det at pårørende bidrar til kartlegging av den sykes livshistorie, med følgende formål: «når personalet aktivt bruker livshistorien til den enkelte og har god faglig kompetanse, vil dette gi god personsentrert omsorg og livskvalitet for den enkelte» (s. 17). Simonhjell og Hellstrand (2019) påpeker imidlertid at det betyr noe hvem som er fortelleren. Selv om det er en pårørende som kjenner pasienten godt, forstår jeg at det å fortelle på vegne av en annen har stor betydning for hva som tas med i livshistorien.

I denne boken er det den eldre personen selv som forteller om sitt liv. Ifølge Blix et al. (2013) er det grunnleggende hos mennesket å fortelle om seg selv og eget liv. Historiefortelling er en pågående identitetsskapende prosess. Den som forteller, kan i stor grad fremstille en ønsket identitet. Å fortelle kan i seg selv stimulere både lek og fantasi, og en kan reise i tankene (Blix et al., 2019). Den eldre personen kan for en stund drømme seg bort og bli en annen versjon av seg selv. Jeg ser mye glede og latter når jeg leser livshistoriene, og det virker som om det har vært hyggelig under samtalene. Å få fortelle sin egen historie kan også gi økt tilfredshet og selvfølelse (Lai et al., 2018). Selv prosessen med å skape fortellingen kan gi stor glede. Det er meningsfylt å dele sin historie og bli hørt, og en blir påminnet hendelser en kanskje har glemt. Det finnes lite forskning på eventuelle negative effekter av å fortelle, noe som kan ha bakgrunn i at en står fritt til å ta med det en ønsker og slik kan utelate utfordringer en ikke ønsker å dele med andre.

Videre er det slik at det vi fortolker og tenker om tiden både bakover og fremover, gjøres med ståsted i nåtiden. Et tilbakeblikk på livet kan kun gjøres retrospektivt. Det muliggjør at den som reflekterer over fortiden, kan se noe nytt og se sammenhenger en før ikke var klar over (Blix et al., 2013). Slik jeg ser det, gir livshistoriefortellingen den eldre personen mulighet til økt selvforståelse og nye innsikter i sitt eget liv. Dette kan igjen bidra til helse og livskvalitet.

Å fremme helse og det gode liv i alderdommen

I helsevesenet har synet på helse og sykdom utviklet seg fra et bio-medisinsk til et mer helhetlig menneskesyn. Ved at Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022), har helsetjenestene endret fokus fra det syke til også å inkludere det friske. Dette synet på helse har utvidet helsepersonells ansvarsområde og medført at helsetjenestene flyttes nærmere der brukerne bor. Dette ser vi gjennom samhandlingsreformen og økt kompleksitet i utøvelsen av omsorgen for eldre (Gautun, 2020; Gautun & Hermansen, 2011). I kommunehelsetjenesten tilstrebes et ressursorientert perspektiv; det som fungerer skal stimuleres, samtidig som en forebygger sykdom og funksjonstap, samt fremmer selvhjelp og egenmestring hos tjenestemottakerne (Rannestad & Haugan, 2014).

Norsk folkehelsepolitikk bygger på Ottawa-charteret (World Health Organization, 1986), som tok til orde for at helsetjenestene også skulle inkludere det som bidrar til å fremme helse (Evju et al., 2014). Synet på hva helsefremming innebærer varierer (Gammersvik & Alvsvåg, 2009), men med utgangspunkt i WHO (1986) sin definisjon handler det om at den enkelte skal få bedret mulighet til å bevare eller styrke egen helse (Melby & Mandal, 2015). Larsen (2018) presiserer at det er forskjell på sykdomsforebygging og helsefremming. Jeg velger, i tråd med Gammersvik og Alvsvåg (2009), å peke på at helsefremming skjer i et samspill med pasienten der helsepersonell inviterer til en dialog. Det må brukes faglig skjønn for, sammen med pasienten,

å komme frem til det som er riktig og akseptabelt for den det gjelder. I kontrast til dette kan ensidig fokus på forebygging av sykdom og funksjonstap virke meningsløst i høy alder (Bakken, 2018). Vi bør forstå aldring som noe annet enn sykdom, selv om vi vet at døden er vår endestasjon. Bakken foreslår at selv om vi ikke kan gjøre noe med utfallet, skal vi ikke påføre pasienten unødig lidelse. For enkelte kan opptrening og helsefokus i alderdommen bli et mas og noe en skal prestere; det kan være både urealistisk og uønsket tidsbruk for den eldre personen selv. Bakken (2018) refererer til dette som det «ubehagelige ved å bli forebygget». Ved å lytte til hva som er viktig for den enkelte, tenker jeg vi kan fremme helse ved å komme frem til felles mål og bidra til en best mulig hverdag, frem til livets slutt, på tross av progredierende sykdomsforløp og funksjonstap i alderdommen. I denne sammenheng er innsikt i eldres livshistorier et godt hjelpemiddel for å skape gode og tilrettelagte tjenester til eldre.

Helse- og omsorgstjenester og livsløpsperspektivets betydning

I Norge har levealder steget fra om lag 50 år for kvinner og et par år lavere for menn i 1846 til 81,4 år for menn og 84,6 år for kvinner i 2023. Beregninger av sykdomsbyrden viser at dette både er friske og syke år (Bævre, 2025; Haug, 2024). Mellom 2020 og 2040 forventes sterk økning i aldersgruppene over 80 år, fra 4,3 % i 2020 (230 606 personer) til ca. 8,0 prosent av befolkningen i 2040 (anslått 500 000 personer). Endringer i aldersdemografien varierer, og trenden er at eldre blir i distriktene mens yngre flytter til byene (Helsedirektoratet, 2020). Ved høy alder stiger risikoen for sykdom og helsesvikt. Selv om det er stor variasjon, har eldre i Norge relativt god helse når vi sammenligner med andre land. Mange lever lenge med kroniske sykdommer, og aldersrelaterte funksjonstap inntreer senere i livet enn tidligere. Det er særlig hos de eldste eldre, fra 80 år og oppover, at helseproblemer og funksjonstap blir fremtredende, og det er flest med behov for helse- og omsorgstjenester (Strand et al., 2023).

Den kommunale omsorgstjenesten domineres av hjemmebaserte tjenester og institusjoner fordelt på korttids- og langtidsopphold. Statistikk viser at tjenestebehovet øker i 75-årsalderen. Ved økt alder stiger andelen mottakere av omsorgstjenester, fra om lag 10 % for 67–79-åringer, til 43 % for 80–89-åringer og 85 % fra 90+ år. Flesteparten mottar hjemmebaserte tjenester. Det er forventet en økning i antallet omsorgsmottakere på om lag

25 % eller 60 000 personer frem mot 2030, og opp mot 80 % i 2060. Fram til fylte 70 år er det flest menn som bruker omsorgstjenestene, mens etter 70 år er det markant flere kvinner enn menn. En årsak er at kvinner ofte er yngst i parforhold og i større grad gir privat omsorg til menn enn omvendt. Andre grunner er at kvinner har lengre gjennomsnittlig levealder, og at de har flere år med sykdom og omsorgsbehov sammenlignet med menn (Helsedirektoratet, 2020; Leknes et al., 2019).

Det er ingen konsensus om når man er «eldre», men i Norge brukes ofte aldersgruppen fra 65 år eller pensjonsalderen (Strand et al., 2023). Aldring skjer gradvis gjennom hele livet, og det er vesentlige individuelle forskjeller blant gruppen vi definerer som eldre (Lunde, 2020). Det skjer endringer i hele mennesket, både biologisk, psykologisk, sosialt og åndelig. De fleste ønsker et rikt liv og en god alderdom, men det er ulike oppfatninger av hva det innebærer.

Det som kommer frem i sentrale føringer, er at helse- og omsorgstjenestene skal tilpasses den enkelte og ivareta helhetlige behov (Gjevjon, 2016). Et livsløpsperspektiv der man aktivt tilegner seg kjennskap til pasientens livshistorie, kan bidra til at helsepersonell bedre kan tilrettelegge helse- og omsorgstjenester basert på pasientens egne premisser og ønsker. Erfaringene fra et langt liv kan gi en fortolkningsramme om hvorfor livet ble som det ble for den enkelte, både ved selverkjennelse og selvkonstruksjon (Thorsen, 1998). Flere historier fra samme tidsepoke kan i tillegg gi en kollektiv fortolkningsramme (Thorsen, 2005). Kanskje kan vi kjenne igjen fellestrekk i historiene. Ved å gjenfortelle fra de innsamlede fortellingene, bidrar bokens funn til en bredde i livserfaringene og en økt forståelse for levde liv, noe helsepersonell kan ta med seg i ryggsekken sin når de skal gi omsorg til eldre pasienter.

I relasjonen mellom pasienten og helsepersonell har det stor betydning for helse og velvære at pasienten opplever ivaretagelse av sin sårbarhet, og at pleieren viser interesse og respekt for det levde livet (Haugan, 2015, 2014). Videre er det viktig at sykepleieren engasjerer seg og samhandler med pasienten som en unik person. Sykepleieren bør anerkjenne og bekrefte den andre som menneske, og ikke bare som en «pasient med diagnoser, symptomer, behov og tilstander» (Haugan, 2014, s. 207). Å kjenne til noe av de eldre pasientenes levde liv kan bidra til at deres perspektiv blir tatt hensyn til i beslutningstaking. Livshistorier kan være en god base for å bygge tillit i pasient-pleier-relasjonen (Hsu & McCormack, 2010). I denne boken tar mitt

helsefremmende perspektiv utgangspunkt i et helhetlig menneskesyn og menneskets iboende ressurser, og handler ikke om fravær av sykdom og forebygging. Det bringer oss videre til et omsorgsvitenskapelig syn på helsebegrepet.

Helsebegrepet i lys av omsorgsvitenskap

Min forskningsbakgrunn er basert på sykepleieteorien til Katie Eriksson (1943–2019). Hun beskrev at omsorgens fremste formål er å lindre lidelse og fremme liv og helse (Lindström et al., 2017; I. Bergbom et al., 2021). Ifølge Eriksson (1997) hører helse og lidelse sammen fordi de er integrert og samtidig til stede i menneskers liv. Vi oppnår helse gjennom *handling* (doing) og vår *væren* (being), samt overordnet som *tilblivelse* (becoming) mot en helhet i kropp, sjel og ånd og opplevelse av hellighet. Jeg forstår det slik at hellighet handler om menneskets ukrenkelighet og verdighet, som gjør at vår sameksistens er fundert i relasjoner basert på kjærlighet og medmenneskelighet (I. Bergbom et al., 2021). I helsedimensjonen *handling* er lidelsen ukjent, og en ønsker å bortforklare denne. I dimensjonen *væren* søker mennesket harmoni og ønsker å fjerne seg fra lidelsen, mens i *tilblivelsen* har mennesket erkjent egen lidelse og strever med å forsone seg med sin livssituasjon (Lindström et al., 2017).

For å forstå helsebegrepet nærmere anvender jeg Gadamer (1996) *The enigma of health* og Erikssons (1984/2018) *Hälsans idé*. Disse tekster tenker jeg passer sammen, fordi Eriksson selv anvendte Gadamer i sitt tenkningsgrunnlag (Eriksson & Lindström, 2007). Gadamer (1996) kritiserte moderne medisin for dens tro på helsens målbarhet. Han mente helse er et subjektivt begrep som i liten grad kan måles objektivt. Ifølge Gadamer er helse noe en ønsker å gjenopprette for å glemme at man har, nettopp helse. Helse er altså noe man først og fremst blir oppmerksom på når det oppstår uhelse, eller med Erikssons ord, lidelse.

Helsens mysterium – et spørsmål om indre harmoni

Gadamer hevder at helse ikke er medisinsk vitenskap, men kunst; altså kunsten å helbrede. Dette er ikke en kunst i den forstand at man produserer noe, men det handler om å gjenopprette noe som er naturlig i utgangspunktet (1996, s. 19). Selv om legen har pasientens helse som formål for sin

virksomhet, er det ikke slik at helsen skapes av legen. Legen evner imidlertid å hjelpe naturen med helbredelsen. Gadamer mener at sykdom er mer enn medisinsk diagnostikk, det handler om både psykologi og moral, kunnskap som stammer fra andre typer vitenskaper. Der naturvitenskapen kan bevise sammenhenger mellom årsak og virkning, handler helse og helbredelse om hvordan man skaper helse i menneskers liv. Altså kan vi ikke ensidig se det ut fra teknologi, vi må også se helsens praktiske side. Derfor kan vi ikke anvende naturvitenskapelige metoder for å forstå helse hos det individuelle mennesket, fordi det levde liv krever humanistiske metoder. Helse og helbredet handler om mer enn den medisinske behandling, og problemet er at vi har mistet evnen til å lytte til «behandlingen» eller helbredelse som foregår i oss selv. Gadamer skriver (1996, s. 100):

In those moments when we are not disturbed by pain we are able to experience self-fulfilment among the myriad riches which the world offers to us. In these moments we are closest to ourselves.

Han mener dette er en form for helbredelse som er naturlig og forebyggende, til forskjell fra kurativ behandling av sykdom. For å beskrive hva vi har mistet i løpet av utviklingen av samfunnet, har vi ifølge Gadamer funnet det nødvendig å oppfinne begrepet «livskvalitet». Dette gjenspeiler at mennesket må «lede» eget liv, at vi må bestemme hvordan vi ønsker å leve for å ha et liv med god kvalitet. Den medisinske vitenskapen ønsker å være herre over sykdommen og få kontroll med den. Likevel er det fortsatt meningsfullt å spørre pasienten om hun eller han *føler* seg syk. Gadamer skriver at helsens mysterium består i at helse ikke er en målbar størrelse, men en tilstand av indre harmoni i personen selv, noe som ikke kan bli overstyrt av andre med eksterne former for kontroll.

I tråd med dette finner vi Erikssons (1984/2018) oppfatning av helse. Hun beskriver helse som del av det å være menneske, og ikke som en motsats til sykdom. Helse anses som opprinnelig og naturlig hos mennesket, mens uhelse følger av møte med hinder i livet, som sykdom, smerte og lidelse. Helse innebærer å kjenne seg hel, i den betydning at en opplever at eget liv verdsettes, og at en har kontakt med sitt indre (Eriksson, 1984/2018, 1984). Helse innebærer å oppleve seg som sunn, frisk og velbefinnende, men ikke nødvendigvis fravær av sykdom. Videre er opplevelsen av helse relativ og del

av menneskets liv som en helhet. Dette fordi mennesket vil forholde seg ulikt til de hendelser og erfaringer en gjør seg. Men også indre oppfatninger, som meningen med livet, bidrar til helse som noe individuelt. Grensene for helsen settes i stor grad av individet selv, siden den enkelte selv må se mening og håp i egen livssituasjon (Eriksson, 1984/2018). Helse er ikke en konstant tilstand, men en bevegelse der en tilstreber indre harmoni.

I likhet med Gadamer ser også Eriksson begrensninger ved en medisinsk sentrering av helsebegrepet. Hun mener det ikke er biologiske prosesser som har størst betydning for helsen, men at disse kan være sekundære. Ved siden av fysisk, psykisk og sosial tilpasning er følgende sentralt: vilje, motivasjon, mellommenneskelige relasjoner og å leve i harmoni med naturen, samt kulturen og samfunnet som påvirker menneskets betingelser for helse (Eriksson, 1984/2018, s. 213–215). Et interessant spørsmål jeg vil stille på denne bakgrunn, er hvordan individet ved sin egen vilje kan påvirke sin egen helse, for eksempel ved å se sin egenverdi og mening med sitt liv. Dette er noe jeg har tatt med meg inn i lesningen av livshistoriene.

Eriksson påpeker at mennesket har ulike kilder til kraft som kan bidra til helse. Dette er særlig evnen til å ha gode relasjoner bygget på kjærlighet både til seg selv og andre, men også relasjon til naturen og til en tro (Gud for de som har religiøs tilknytning). Ved å utvikle og ta i bruk egne helseressurser kan opplevelsen av livssituasjonen som helhet endres. Den enkelte bør starte med seg selv, men ikke bli værende der. Vi må ikke glemme at vi må kunne elske oss selv for å elske andre. Mennesket lever i gjensidige relasjoner med hverandre og behøver bekreftelse av sin verdi og medmenneskelighet, og slik bekreftelse oppnås i relasjoner der vi både kan gi og ta imot omsorg og kjærlighet. Verdier som å bry seg om andre, bevare, verne om og forsvare det vi verdsetter, er alle uttrykk for kjærlighet (Eriksson, 1984, s. 119–125).

I egen forskning kom det frem at kjærlighet er viktig i alderdommen. Dette ble uttrykt gjennom takknemlighet for besøk og at nærstående viste omsorg og brydde seg om dem (Rykkje, 2018, 2016). Videre vil jeg vise til betydningen av å motta helhetlig og åndelig omsorg, der essensen av verdighet i alderdommen er å føle seg elsket og verdsatt, ikke glemt, og å føle seg levende gjennom åndelige aktiviteter (Rykkje & Råholm, 2014; Rykkje, 2019). Det å bli verdsatt, ikke føle seg forlatt og ensom, samt oppleve aktiviteter som gir glede og liv til hverdagen, er sentrale helsefremmende ressurser.

Jeg finner det svært interessant at Eriksson peker på menneskets vitalitet som den mest sentrale dimensjonen i opplevelsen av egen helse (I. Bergbom et al., 2021). Vitalitet er dermed selve kilden til livsglede og livslyst. Eriksson påpeker at vi gjennom leken kan synliggjøre våre lengsler, men også gi uttrykk for så vel glede som smerte, finne ro, oppmuntring og støtte. Leken kan være helsefremmende dersom den gir livsmot og måter å uttrykke seg på som støtter opp om den enkeltes iboende verdi som menneske. Sentralt er også evnen til å lære, at individet er bevisst erfaringer og kunnskaper en får i livsløpet, slik at en evner å finne nye veier og muligheter til vekst (Eriksson, 1984/2018, 2007). Jeg forstår det slik at helse er en del av livet og en prosess der en er i stadig bevegelse for å skape balanse og harmoni. I historiene som gjengis vil jeg forsøke å vise til betydningen av leken, gleden og lengsler, men også smerte og livsutfordringer, samt oppmuntring og støtte. Dette kan være kilder til indre harmoni og helse i alle menneskers liv.

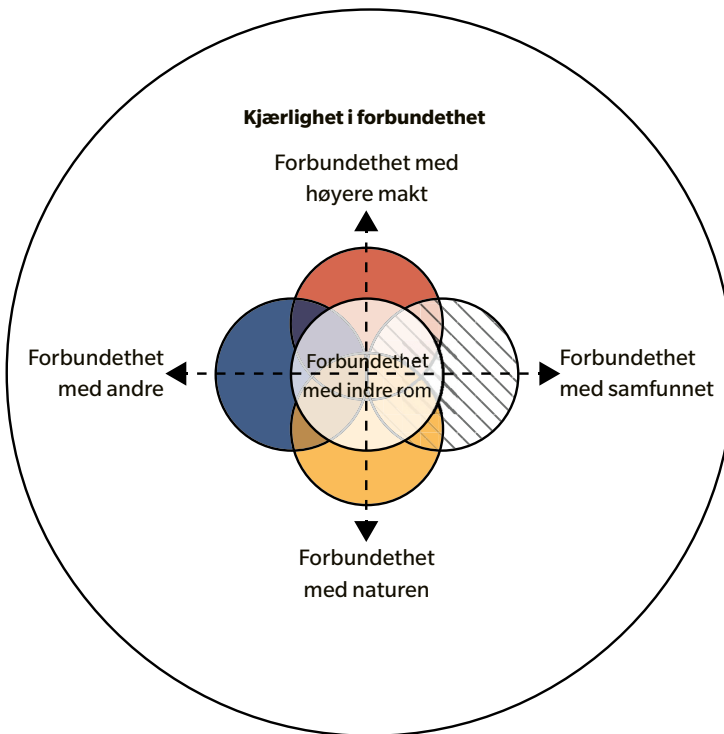
Menneskets åndelighet – en kilde til helse og helhet

I egen forskning finner jeg at menneskets åndelige dimensjon er essensiell i det å føle seg hel som menneske. Mennesket som et åndelig vesen er sentralt innen sykepleie og handler om dypere sider ved personen selv og den enkeltes egenverd. Det inkluderer også hva det vil si å leve, være lykkelig og forbundet med verden (McCormack et al., 2023). Lykke og velvære kan forstås i tråd med *human flourishing* (blomstring), der menneskets livstilfredshet avhenger av helsefremmende aspekter. Disse inkluderer mening, hensikt, autonomi, selvaksept, optimisme, positive relasjoner, mestring, selvbestemmelse, motstandskraft, personlig vekst, vitalitet, engasjement og selvtilit (VanderWeele, 2017). Begrepet åndelighet på norsk har et uklart innhold, mens det engelske *spirituality* har et sterkere teoretisk fundament. Dette medfører at åndelighet som oftest forbindes med kristendom eller andre religioner. I Norge forbindes ikke-religiøs åndelighet med New Age, og ordet spirituell brukes også, mens åndsliv og åndsverk refererer til kunst (Sagberg, 2008). Det er derfor viktig å bidra med en utvidet forståelse av åndelighet i tråd med internasjonal forskning på *spirituality*.

Videre vil jeg vise til en egenutviklet modell for åndelighet (se Figur 1). *Kjærligheten i forbundethet* er en universell drivkraft som kan aktivere åndelige ressurser og gi indre styrke i menneskets søken etter mening eller meningsfulle

aktiviteter i alle livets faser. Kjærlighet i norsk språk knyttes i dagligtale til uttrykket «å bry seg om». Modellen viser at forbundethet i form av stabile og varige relasjoner er avgjørende i åndelighet. Dette skjer gjennom å oppleve tilknytning og tilhørighet til både sitt indre rom og med andre, samt noe utover seg selv (Rykkje et al., 2011; Rykkje, 2014).

Figur 1 Menneskets åndelighet som forbundethet til ens indre rom og utover seg selv og kjærlighet som drivkraft



Forbundethet med indre rom handler om hvordan den enkelte forstår seg selv og hvordan livet kan være menings- og hensiktsfullt. Det er en livslang prosess hvor en oppdager hvem en er innerst inne, og det innebærer bevissthet om eget verdigrunnlag, ens livssyn og røttene livet bygger på. Iboende ressurser i det indre rom er håp, styrke og kraft, samt indre ro og fred. Ikke alle mennesker har et forhold til egen åndelighet; ofte starter det med en bevisstgjøring som kan beskrives som en åndelig oppvåkning. Dette kan trigges av hendelser som

aktiverer eksistensielle spørsmål om livet og døden, mening og håp eller tro/livssyn. Livet kan innebære lidelse i form av tap, sykdom, død, manglende støtte fra andre, og problemer med å finne egenverdi eller spørsmål om liv etter døden. Forbundethet med ens indre rom kan styrkes via refleksjon, meditasjon, kreativitet og hobbyer, noe som igjen kan bidra til balanse og aksept av egen situasjon, selv i møte med motgang. Åndelighet innebærer også kilder til glede, som særlig ses i forbundethet utover seg selv.

Den horisontale aksene i modellen handler om forbundethet til andre mennesker og samfunnets fellesskap. Den viser til mellommenneskelige forhold basert på gjensidig kjærlighet som vises i relasjoner der man «bryr seg om» hverandre. *Forbundethet med andre* er de nærmeste, hovedsakelig familie og venner. Det er forskjeller i hvordan familieliv og relasjoner forstås, og noen mennesker har få eller ingen forbindelser med nære andre. *Forbundethet med samfunnet* handler om å gi noe tilbake til andre i en større kontekst. Dette kan være basert på verdier som nestekjærlighet, altruisme eller ha en religiøs forankring. Deltakelse i lokalsamfunnet, menigheten, skole, arbeid, nabo- skap eller organisasjoner er eksempler på helsefremmende ressurser. Det er avhengig av livssituasjon hvilken betydning familie og deltakelse i samfunnet har, og det kan endres over tid i livsløpet.

Den vertikale aksene viser til forbundethet til en høyere makt og naturen. Den handler om å være del av noe større enn seg selv og søken etter å finne sin plass i verden. *Forbundethet med høyere makt* handler om en allmektig kraft eller en Gud, og at det finnes en større mening med livet. Livssyn knyttes ofte til religion, men kan også være tro på en ikke-religiøs universell livskraft. Ens livssyn og kultur kan påvirke livsførselen via ritualer, moralske overbevisninger, mening i livet og liv etter døden, samt synet på familielivet, helse og sykdom. *Forbundethet med naturen* handler også om å være del av en større helhet i form av «livets sirkel», undring over vekst og årstider, ansvaret for ivaretagelsen av natur og dyr, og det å oppleve naturens skjønnhet og ro. Mange mennesker erfarer at naturen kan gi åndelige opplevelser. Mer konkret kan det handle om nærhet til dyr, eller å kunne bruke kroppen sin i naturen ved å gå tur, være nær sjøen, hogge ved eller dyrke mat og hagestell (Rykkje, 2016; Rykkje et al., 2011).

Metodisk fremgangsmåte

Den metodologiske tilnærmingen i boken er inspirert av Gadamer (1960/2010) filosofiske hermeneutikk. I forskning omkring menneskers livserfaringer kan vi ikke distansere oss helt fra teksten vi er interessert i å utforske. Ifølge Gadamer deler vi en rekke felles historiske og kulturelle forhold som utgjør en «forståelseshorisont». Denne består av vår forforståelse og en indre tilhørighet (Gadamer, 1953/2003). Selv om det ikke er mulig å få et fullstendig bilde av forforståelsen, er det viktig at forskerne har innsikt i dette slik at selve fenomenet kan tre frem så åpent som mulig. Det handler om å være bevisst den «horisonten» som er rammen for hva en oppfatter. Derfor er det viktig å tydeliggjøre det teoretiske perspektivet. Jeg gjør rede for min forståelse av begrepet helse og åndelighet som kilde til helhet, slik at leseren også får innsikt i bakgrunnen for at jeg undres over hva som fremmer helse gjennom et langt liv. I boken tas i bruk aktuell forskning på livshistorier, helse, eldre og åndelige ressurser, samt kilder som kan belyse relevante kultur-historiske forhold. Dette kan bidra til at funnene får en kontekst som gir større innsikt og forståelse hos leseren.

Livshistorieintervjuer

Livshistorier inngår i feltet narrativer og er et forskningsområde med ulike fremgangsmåter (Goodson, 2013). Narrativer er i denne sammenheng historier som forteller om identitet og «hvem er jeg» (De Medeiros, 2013). Det finnes mange ulike former for narrativer, og i eldreomsorgen anvendes oftest en form for livshistorie der en pasients historie blir nedskrevet av en annen og gjenfortalt, som i demensomsorgen.

I denne boken er livshistorien fortalt av personen selv til en intervjuer som deretter har transkribert så ordrett som mulig. Intervjuene er gjennomført i 2017–2019 av videreutdanningsstudenter, hovedsakelig sykepleiere med erfaring fra eldreomsorgen. Forhåndsgodkjenning ble innhentet fra Personvernombudet for forskning, NSD (Norsk senter for forskningsdata, nå Sikt), prosjekt 54690 Livshistoriefortelling hos gamle mennesker. Studentene gav deltakerne muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet, med orientering om mulighet for å trekke seg. De eldre personene har signert skriftlig samtykke til bruk av historiene i prosjektet.

Intervjuet fulgte en temaguide med åpne spørsmål, men deltakeren ble invitert til å fritt fortelle sin livshistorie. Aktuelle tema som studentene tok utgangspunkt i var første minne, barndom, skoletid, yrkesliv, fritidsinteresser, familieliv, spesielle hendelser, dagen i dag, fremtiden, samt hva personen tenkte om hvorfor livet ble som det ble. Det ble presisert at den eldre selv bestemte hvor mye han/hun ønsket å fortelle.

Videre fikk studentene anbefalt å utføre livshistorieintervjuet slik at den eldre personen i størst mulig grad fikk fortelle uten for mange spørsmål og avbrudd, men fikk forme selv hvordan livshistorien skulle presenteres. Det ble gitt anbefalinger og undervisning i kvalitativt forskningsintervju (Kvale, 2015), og hvordan studenten skulle forholde seg til spørsmål og svar fra deltakeren. Blant annet skulle intervjuer stille åpne spørsmål, være bevisst sitt kroppsspråk og sin evne til å lytte, samt gi deltakeren tid til å svare i sitt eget tempo.

I transkripsjonen valgte de fleste å skrive på dialekt og gjengi pauser og detaljer som gjenspeiler stemningen under samtalen, som smil, latter og gråt (Kvale, 2015). Studentene fikk veiledning i forskningsetikk som innebar skriftlig samtykke og ivaretagelse av deltakernes anonymitet. De har brukt X eller fiktive navn i transkripsjonen for ikke å gjengi personidentifiserende informasjon, som navn, fødselsdato eller sted.

Til sammen 60 intervjuer er innhentet; 12 i 2017, 23 i 2018 og 25 i 2019. Det er stor forskjell i kjønnsfordelingen med 16 (27 %) menn og 44 (73 %) kvinner. Dette kan muligens forklares med at kvinner lever gjennomsnittlig 2–3 år lengre enn menn, noe som særlig blir tydelig etter fylte 80 år (Leknes et al., 2019). Det er dessuten få ugifte, 3 menn og 2 kvinner, blant deltakerne. Hvorfor kvinner og eldre som er/har vært gift har størst representasjon er uvisst. I forskningen vil vi alltid se begrensninger i datamaterialet, og fortolkning skal skje varsomt og ta hensyn til de mange livserfaringer som ikke inngår. Hensikten med formidlingen av funn er å gi innsikt og forståelse for ulike helseaspekter i eldre menneskers livserfaringer, og bastante slutninger må unngås. I presentasjon av funn har deltakerne fått følgende fiktive navn:

Menn (n = 16): Arne, Bjarne, Erling, Gunnar, Harald, Ivar, Jens, Kjell, Lars, Martin, Olav, Oomaar, Per, Rolf, Sigurd, Trygve.

Kvinner (n = 44): Agnes, Alfhild, Anna, Berta, Borghild, Clara, Constance, Dagmar, Dagny, Elbjørg, Erna, Fredrikke, Frida, Gerd,

Gjertrud, Hanna, Hildur, Ingrid, Ingveig, Janna, Josefine, Kari, Kristine, Lillian, Liv, Magnhild, Margit, Nikoline, Nora, Olga, Oline, Pauline, Petra, Ragnhild, Rigmor, Signe, Solveig, Svanhild, Tove, Turid, Unni, Valborg, Vigdis, Wenche

Hermeneutisk lesning

Hermeneutisk lesning, inspirert av Gadamer (1960/2010), er brukt i analysen av transkripsjonstekstene. Følgende forskningsspørsmål er utgangspunktet for den hermeneutiske dialogen med teksten: *Hva fremmer helse gjennom et langt liv?*

I dialogen har jeg som forsker stilt meg undrende overfor hva teksten beretter. Ved å våge å bli berørt og lytte med hjertet, har jeg åpnet for at deltakernes stemmer skulle bli hørt. Først ble tekstutdrag i hver historie kodet i foreløpige temaer ved hjelp av NVivo. Deretter ble intervjuene lest på nytt for å la særlig betydningsfulle erfaringer stige frem. Denne prosessen handler om å søke etter grunnleggende mønstre (Austgard, 2012; Eriksson & Lindström, 2007), og disse ble ordnet i kategorier knyttet til helse. I presentasjonen av funn formidles historiene i tre hoveddeler: barndom, voksenliv og alderdom. I hver del tar jeg utgangspunkt både i lengre tekstutdrag fra enkelte livshistorier som bidrar til et dypere innblikk i sentrale elementer, mens kortere sitater fra ulike deltakere bidrar som et bakteppe som supplerer og gir farge til funnene. I presentasjonen er det vektlagt å gi rom til deltakernes unike stemme, ved å ta med detaljer og utsagn som fremhever den enkelte historie så vel som personligheten til fortelleren. Derfor har jeg med mange direkte sitater og beholdt dialekten.

I lesning av teksten har jeg opptrådt med varsomhet og fortolket i tråd med verdigrunnet i den kultur og forskningstradisjon jeg tilhører, som vil si omsorgsvitenskapen (Rykkje & Ueland, 2022). Jeg har vektlagt å få frem både fellestrekk og detaljer fra historiene som kan gi en større innsikt til dagens generasjoner, i deres møte med eldre mennesker født på en annen tid og under andre livsvilkår. Det er imidlertid ikke detaljene i seg selv som er det avgjørende, men å forstå hvordan erfaringene har bidratt til å fremme helse og et godt liv. Jeg har også med eksempler på erfaringer som handler om lidelse. Slike erfaringer kan bidra til menneskelig vekst gjennom motgang, men det er selvsagt individuelt. Mitt utgangspunkt har vært at viktige livshendelser kan

innebære både lidelser og gleder. Hvorvidt erfaringene fremmer helse avhenger av den enkeltes oppfatning av egen livssituasjon (Eriksson, 1984/2018). Jeg har vektlagt å tydeliggjøre helsefremmende ressurser i tråd med egen forskning om åndelighet, samt relevante norske og internasjonale studier.

Barndommen danner et bakteppe for å forstå voksenlivet. Dette sier igjen noe om hvorfor livet ble som det ble, og nå-situasjonen i alderdommen. En kritikk til fremstillingen er at det kan være vanskelig å følge trådene og helheten i de enkelte deltakernes liv. Grunnen til dette er at deltakerne har vektlagt ulike deler av sine liv, og ofte dveler fortelleren ved enkelte livsperioder og hendelser. Derfor er det erfaringsbilder på tvers av historiene som presenteres, selv om større deler gjengis av enkeltskjebner. Oomaars fortelling beskrives imidlertid mer i detalj, fordi den gir et annet perspektiv enn majoritetshistoriene. Utenom denne er det ikke historier som har pekt seg så tydelig ut. For å supplere teksten og gi et innblikk i deltakernes ulike bakgrunner, livserfaringer og refleksjoner, oppgis flere detaljer fra barndommen i Tabell 2, voksenlivet i Tabell 3, samt alderdommen i Tabell 4. Presentasjon av funn og sitater gir sammen med tabellene et lite bekjentskap med hver enkelt person og deres unike livsfortelling.

Formidlingen av historiene skal bidra til at leseren oppnår en ny forståelse og bedret innsikt i livsløpserfaringenes betydning for helsen. Ny kunnskap inngår i en større helhet der hjelperen har en genuin forståelse av den andres behov. Dette betyr at kjernen og substansen i karitativ omsorg blir synlig i tanker, ord, handlinger, utførelse og holdninger (Bergbom et al., 2022). Forskningen skal altså formidles slik at den som leser kan forstå, og at kunnskapen blir del av holdninger og omsorgshandlinger ved at forståelsen innlemmes i personens indre. Det er selvsagt en stor utfordring, og jeg håper jeg – i det minste til en viss grad – har lyktes med dette. I presentasjonen av helsefremmende erfaringer ses historiene i lys av annen forskning om samtiden på den tiden deltakerne forteller fra. Det anvendes også relevant forskning innen helse- og omsorgsvitenskap som kaster lys over eller utdypet perspektivene som de eldre forteller om opplevelser og egen livssituasjon. Det har også vært interessant å se livserfaringene i kontrast til dagens samfunn, sett i et helsefremmende perspektiv.

Formidlingen handler ikke om det allmenngyldige for å finne det som er sant i alle situasjoner og for alle mennesker. I stedet handler det om å presentere deltakernes erfaringer på en slik måte at det har allmenn interesse og

vekker gjenklang hos leseren. Jeg viser både til erfaringer som er felles for mange deltakere, men også lengre utdrag fra enkelte intervjuer. Også de unike erfaringene kan fortelle noe sant om verden (Halås & McQuirk, 2021). Tabell 1 gir en oversikt over funnens inndeling og undertemaer av helsefremmende erfaringer og ressurser. Inndelingen er en måte å organisere historiene på, og det er delvis overlapp og flere sammenhenger mellom ulike tematikker. I slutten av hvert av kapitlene 2–4 samler jeg trådene og drøfter kort deltakernes helsefremmende erfaringer og ressurser i lys av aktuelle kilder.

Tabell 1 – Presentasjon av funn

Hovedinndeling	Helsefremmende erfaringer og ressurser
Barndom	<ul style="list-style-type: none"> • Oppvekstvilkår, fattigdom og takknemlighet • Gjensidig kjærlighet og betydningen av å hjelpe til • Familiebånd og tilhørighet preger dagliglivets gleder og sorger • Samhold under krigen og refleksjoner om medmenneskelighet • Barneskole og danning • Lek i frihet, vennskap og selvstendighet
Voksenliv	<ul style="list-style-type: none"> • Ungdomstiden og overgangen til voksenlivets krav • Betydningen av kjærlighet og familieliv • Et langt arbeidsliv til glede og besvær • Helseutfordringer og tap som del av livet • Fritidsaktiviteter som kilde til adspredelse og avbrekk
Alderdom	<ul style="list-style-type: none"> • Gode relasjoners betydning i alderdommen • Alderdommen og livsgnisten • Den aldrende kroppen og behov for hjelp i hjemmet • Livet på sykehjemmet gir trygghet • Tanker om fremtiden og livets slutt

Det er viktig å presisere at deltakerne i studien ikke representerer noen andre enn seg selv. Men det er heller ikke målet med kvalitativ forskning. Til sammen utgjør de imidlertid en «symfoni av stemmer» (Bjerrum Nielsen & Rudberg, 2006, s. 31) som kan sammenlignes med andre studier. Funnene kan bidra til økt forståelse for hvordan det er å være eldre i Norge. I kvalitativ forskning ønsker en å peke på meningssammenhenger og mønstre, samtidig som både

de konkrete individuelle variasjonene og fellestrekkene blir skrevet frem. Ved å gjengi mange korte og lengre sitater fra intervjuetekstene, inviteres leserne inn i deltakernes livsverden. Samtidig har jeg som forsker forståelse for at min rolle også påvirker innholdet. Derfor har jeg vektlagt å gi mye rom for de eldres utsagn. Det muliggjør at den som leser sitatene selv kan få nærhet til menneskene i teksten, samt skape sin egen forståelse og meningssammenheng. Dermed kan teksten få betydning og veves inn i nye horisonter (Rykkje & Ueland, 2022) og lever på denne måten sitt eget liv.