

«Det er ikke noe fart i meg mere»

*En intervjustudie av eldre personer om deres erfaringer med
Covid-19 pandemien*

Oda Marie Sørli



Masteroppgave ved Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2023

«Det er ikke noe fart i meg mere»

*En intervjustudie av eldre personer om deres erfaringer
med covid-19 pandemien*

Oda Marie Sørli

Sammendrag

Covid-19 viruset ble identifisert i januar 2020 og skapte en verdensomfattende pandemi. Pandemien hadde stor innvirkning på alles liv, og hverdagen vår ble i lang tid styrt av strenge restriksjoner og tiltak man måtte forholde seg til. Barn og voksne måtte holde seg hjemme, og benytte hjemmekontor og hjemmeskole. Eldre og andre personer med underliggende sykdommer ble kategorisert som risikogruppe for alvorlig sykdom eller død ved en eventuell smitte. Det ble gjort mye i samfunnet for å stoppe og hindre smitte blant befolkningen, men restriksjonene for å klare dette kan også ha gitt konsekvenser. Utenom å definere eldre personer som risikogruppe og prioritere dem under vaksiner, var det begrenset søkelys på deres helse og hverdagsliv under pandemien.

Formål: Hensikten med denne studien var å innhente kunnskap om hvordan eldre personer erfarte Covid-19 pandemien og hvordan pandemien, i form av restriksjoner og ny forståelse av risiko, påvirket deres hverdagsliv og helse.

Metode: Studien har et kvalitativt forskningsdesign. Det ble gjennomført 6 intervjuer. Deltakerne bestod av fire kvinner og to menn, der alderen var mellom 74 – 89 år. Intervjuene ble gjennomført våren 2022. Intervjuene ble transkribert, og datamaterialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2013).

Funn: Deltakerne fortalte gjennomgående at pandemien hadde påvirket inaktivitet og redusert funksjonsnivå i form av nedsatt balanse, styrke og kondisjon. Det var vanskelig for deltakerne å opprettholde fysisk aktivitet på egenhånd når gruppetreningene og støttepersonene ble borte. Besøksrestriksjonene skapte økt ensomhet hos noen, og noen følte på en avstand fra nære familiemedlemmer. Restriksjoner i form av munnbind og holde avstand for å hindre smittespredning skapte negative opplevelser på grunn av nedsatte sanser som hørsel, og selv ved deltakelse i hyggelige sosiale settinger skapte det en opplevelse av utenforskap. Restriksjonene gjorde også tilgangen til helsevesenet og kommunikasjon med helsepersonell utfordrende.

Avslutning: Covid-19 pandemiens konsekvenser for den eldre generasjonen har vært betydelige. Det kan være vanskelig for eldre personer å ta tilbake hverdagen sin som var før pandemien, på grunn av konsekvenser som dårligere funksjonsnivå, helse, inaktivitet og angst.

Nøkkelord: Eldre, Covid-19, fysisk aktivitet, deltakelse, mestring, erfaring og ensomhet

Forord

Det å skrive masteroppgaven har vært spennende, lærerikt og samtidig utfordrende. I min arbeidshverdag så jeg hvordan Covid-19 pandemien påvirket eldre – i form av deres hverdag og helse. Å undersøke dette temaet i masteroppgaven har vært betydningsfullt, og jeg ser frem til å benytte kunnskapen jeg har innhentet videre i min arbeidshverdag med denne brukergruppen.

Jeg ønsker å gi en stor takk til deltakerne som stilte opp på intervju. Takk for at dere tok meg så godt imot, at dere svarte engasjerende og velvillig på spørsmålene og delte av deres erfaringer slik at jeg fikk innsikt i hvordan hverdagen deres var under pandemien. Det er dere som har gjort det mulig for meg å skrive denne oppgaven.

Masteroppgaven hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten støtte fra kjæreste, familie, venner og arbeidskollegaer. Takk for tålmodigheten og for forståelse når masteroppgaven har gått foran andre ting.

Til slutt ønsker jeg å rette en stor takk til min veileder Gunvor Aasbø for gode faglige innspill, konstruktiv kritikk og oppmuntrende ord gjennom hele prosessen med masteroppgaven.

Oda Marie Sørli

Våren 2023

Innholdsfortegnelse

1.0	<i>Introduksjon</i>	1
1.1	Covid-19 og eldre som risikogruppe	3
1.2	Hensikt og problemstilling	4
1.3	Studiens oppbygning.....	5
1.3.1	Gjennomgang av litteraturen.....	5
2.0	<i>Bakgrunn og tidligere forskning</i>	7
2.1	Covid-19 og eldre personer	7
2.2	Forskning	8
2.2.1	Fysisk aktivitet for eldre.....	8
2.2.2	Konsekvenser av inaktivitet hos eldre.....	9
2.2.3	Fysisk helse under pandemien	9
2.2.4	Psykisk helse under pandemien	11
2.2.5	Sosial deltakelse under pandemien.....	12
2.2.6	Teknologi under pandemien	13
2.2.7	Tilgang til helsetjenesten under pandemien	14
3.0	<i>Teoretisk innramming</i>	16
3.1	Aldring	16
3.1.1	Skrøpelig- og sårbarhet i aldringsprosessen.....	17
3.1.2	Aldring og ensomhet – en sosial sårbarhet	18
3.1.3	Aldring og tap av roller og selv.....	18
3.2	Aktivitet og deltakelse.....	20
3.3.1	Aktivitetsteorien og tilbaketrekkingsteorien	20
3.3	Salutogenese	21
3.3.1	Mestring	24
4.0	<i>Metode</i>	25
4.1	Intervjustudie	25
4.1.1	Fenomenologisk tilnærming	26
4.1.2	Utvalg og rekruttering av deltakere	26
4.1.3	Forskningskontekst	28
4.1.4	Utvikling av intervjuguide.....	29
4.1.5	Gjennomføring av de kvalitative intervjuene.....	29
4.1.6	Transkripsjon	30
4.2	Analyse	31
4.2.1	Få helhetsinntrykk – fra villnis til temaer	31
4.2.2	Meningsbærende enheter – fra temaer til koder.....	31
4.2.3	Kondensering – fra kode til mening.....	32
4.2.4	Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper	32
4.3	Etiske overveielser	33
4.3.1	Formelle godkjenninger	35
5.0	<i>Resultater</i>	36
5.1	En hverdag styrt av strenge restriksjoner	36
5.1.1	«Vi visste jo ikke...».....	36
5.1.2	«Initiativet har blitt borte».....	38
5.1.3	Ikke likt tilbud	39

5.1.4 Forhåndsregler	41
5.1.5 Følte seg utenfor	44
5.1.6 Fravær av menneskelig kontakt	45
5.2 Pandemiens psykologiske påvirkning	47
5.3 Å møte helsevesenet under en pandemi.....	51
6.0 Diskusjon	55
6.1 Å være gammel under en pandemi	55
6.2 Pandemien som kronisk stressfaktor	58
6.3 Konsekvenser av redusert helsetjenestetilbud og oppfølging	60
6.4 Å leve hele livet	62
7.0 Kvalitet i forskningsprosessen.....	65
7.1 Reliabilitet, validitet og overførbarhet	65
7.2 Om å forske i eget felt	67
7.3 Styrker og svakheter ved studien	68
8.0 Oppsummering og avsluttende betraktninger	69
9.0 Litteraturliste	70
Oversikt over vedlegg	78
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og informert samtykke.....	78
Vedlegg 2: Intervjuguide	82
Vedlegg 3: Godkjenning fra REK.....	86
Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD	89
Vedlegg 5: Godkjenning fra Mastergradskomiteen	93
Vedlegg 6: Veiledningsavtale.....	94

1.0 Introduksjon

«Kjære alle sammen. Vi står i en vanskelig tid (...) I dag kommer regjeringen med de sterkeste og mest inngripende tiltakene vi har hatt i Norge i fredstid. Tiltakene kommer til å ha stor innvirkning på vår personlige frihet. Det er tiltak som griper direkte inn i våre hverdagsliv og hvordan vårt samfunnsliv fungerer. Men nå er altså dette helt nødvendig».

(Erna Solberg, statsminister 2013-2021, NOU 2021:6)

Slik innledet statsminister Erna Solberg pressekonferansen 12. mars 2020 kl. 14.00. I tillegg til henne, var også helse- og omsorgsministeren, helsedirektøren og FHI-direktøren til stede under pressekonferansen. De presenterte strenge tiltak, som å stenge barnehager, skoler, kulturarenaer, idrettsarenaer og virksomheter der det ikke var mulig å holde avstand, og disse tiltakene tredde i kraft kl. 18 samme kveld som de ble presentert. Det første registrerte tilfellet av Covid-19 smitte i Norge ble registrert onsdag 26. februar 2020 og markerte starten på det som skulle vise seg å bli den største krisen i Norge siden andre verdenskrig. Samme kveld som pressekonferansen ble det rapport om det første korona-dødsfallet i Norge. Fortløpende de neste dagene ble listen over virksomheter som ble stengt ned forlenget, dette innebar da blant annet fysioterapeuter, fotpleiere, optikere og psykologer. I tillegg til dette ble det innført karanteneplikt etter innreiser til Norge, grensene ble stengt og reiser ut av landet ble frarådet (NOU 2021:6). Det Store Norske Leksikon beskriver 4 smittebølger av Covid-19: våren 2020, høsten 2020, våren 2021 og høsten 2021 (Tjernshaugen et al., 2023). NOU 2022:5 beskriver i tillegg en femte smittebølge, da de deler opp høsten 2021 med to topper, en i august-september og en i november-desember (NOU, 2022:5). Restriksjoner og tiltak ble derfor lettet på og gjeninnført ved flere anledninger gjennom disse to årene. Alle smitteverntiltakene ble opphevet 12. februar 2022 (Tjernshaugen et al., 2023).

Store aviser og nettsider opererte med «bannere» øverst på fremsiden med informasjon om blant annet antall smittede, antall innlagte og antall døde. Informasjonen ble oppdatert daglig, og man kunne følge med på grafer med informasjon som viste utviklingen av pandemien. Vi ble kjent med nye fjes og eksperter, som assisterende helsedirektør Espen R. Nakstad og direktør i FHI Camilla Stoltenberg, som på et slags hvis ble ansikter på pandemien og våre nye

nasjonalhelter. Det ble jevnlig holdt pressekonferanser, der siste nytt om pandemien ble presentert, samt eventuelle endringer i restriksjoner og tiltak. Vi fikk innblikk i hvordan situasjonen var på verdensbasis. Nyhetene viste bilder av overfylte sykehus og intervjuer av helsepersonell fra andre land der smitten var høyere enn i Norge, og som advarte oss mot virusets alvorlighetsgrad. Mediebilde var videre preget av debatter, som omhandlet blant annet utvikling av vaksiner og om vaksinene var trygge, om restriksjoner og tiltak var riktige eller for strenge og om de økonomiske konsekvenser av pandemien. Det var med andre ord en enorm og omfattende mediedekning av pandemien.

De omfattende smitteverntiltakene som ble innført 12. mars 2020 innebar endringer i det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet. Nye rutiner og etablering av feberklinikker, smitteoppsporing, teststasjoner og smitteavdelinger på sykehjem tok mye ressurser i kommunene. Samtidig var kommunesektoren preget av mangel på smittevernutstyr. Kommunale tjenester ble i første fase av pandemien nedskalert, som hjemmehjelp, dagaktivitetstilbud for eldre, helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Det ble utarbeidet særskilte prioriteringsråd fra Helsedirektoratet for sykehjem og hjemmebaserte tjenester, der det ble oppfordret til individuell medisinsk faglig vurdering av om pasienter skulle få helsehjelp under pandemien, eller om helsehjelpen kunne utsettes. Dette skulle ses i sammenheng med kapasiteten og det skulle vurderes om konsultasjoner kunne gjennomføres via telefon eller video (NOU 2021:6). Tjenestene hjemmesykepleie og hjemmehjelp har hatt utfordringer under pandemien, knyttet til både smittevern når personell beveger seg mellom ulike hjem, og til at personellet ble omplassert til andre tjenester, som for eksempel vaksinerings. Helsetilsynet utarbeidet en rapport om smittevern i kommunene under pandemien, og de konkluderte med at det var sårbarhet knyttet til mangel på smittevernsutstyr og mangel på beredskap der mange ansatte ble syke samtidig. Mange brukere og pårørende opplevde under pandemien at hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud til eldre falt bort våren 2020, og mange pårørende fikk økt belastning under nedstengningen. Eldre har opplevd ensomhet på grunn av smitteverntiltakene, og de som hadde begrenset sosial kontakt i utgangspunktet fikk det verre under pandemien. Mens mange av helse- og omsorgstjenestene gradvis kom tilbake til normaltilstand etter nedstengningen har ulike former for dagtilbud lidd under smitteverntiltakene og i perioder enten vært helt stengt eller hatt begrenset kapasitet. Dette kan føre til økt press på tjenestene på sikt, da disse aktivitetene er viktige for psykisk og fysisk stimulans av eldre (NOU 2022:5).

Fra 1. januar 2019 og i fem år skal reformen *Leve Hele Livet* (Meld. St. 15 (2017-2018)) bidra til at eldre beholder god helse og livskvalitet lenger, økende grad av mestring av eget liv og samtidig skal de få den helsehjelpen de trenger når de har behov for den. Det er en reform for aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap. Målet er å ta vare på Eldres forhold til familie, venner, sosialt nettverk og skape gode opplevelser. Reformen sier at når livet blir ekstra sårbart, skal eldre få mulighet til samtale, motivasjon og støtte. Helse- og omsorgstjenesten skal vurdere den enkeltes behov og potensial for rehabilitering og iverksette tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. Hverdagsrehabilitering er nevnt som et sentralt virkemiddel som både kan gi økt selvstendighet i dagliglivets aktiviteter, forbedre funksjonsevnen og utsette ytterligere funksjonsfall (Meld. St. 15 (2017-2018)).

I tillegg til *Leve Hele Livet* reformen har regjeringen en strategi for et aldersvennlig samfunn: *Flere år – flere muligheter* (Regjeringen, 2016). Fremtidens eldre vil bli flere, de vil leve lenger og de vil leve flere sunne og aktive år og vil ha et ønske om å delta og bidra mer i samfunns- og arbeidsliv. Samfunnet i dag er ikke organisert på en god nok måte til å ta i bruk de mulighetene som eldre gir. Strategien ønsker å legge til rette for aktiv aldring i en moderne eldrepolitikk, det vil si å gi enkeltmennesker økt livskvalitet og samtidig skape en mer bærekraftig utvikling av samfunnet. Nærmiljøer og lokalsamfunn må utvikles slik at de legger til rette for aktivitet og deltakelse for alle, og der det føles trygt å bli eldre (Regjeringen, 2016). I strategien går det også fram at regjeringen har styrket innsatsen for å redusere ensomhet hos eldre og legge til rette for økt sosial kontakt og aktivitet i samarbeid med frivillige organisasjoner (Regjeringen, 2016). Under pandemien med nedprioriterte tilbud som rehabilitering, kutt i antall besøk fra hjemmesykepleie, besøksrestriksjoner fra familie, venner og frivillighet og isolasjon i hjemmet ble de eldre frarøvet de tjenestene og tilbudene de hadde behov for. NOU (2021:6) melder om at strenge smitteverntiltak og reduksjon i tilgang på kommunale helse- og omsorgstjenester har gitt økt ensomhet og isolasjon for de eldste i samfunnet, både hjemmeboende og beboere i sykehjem. Mye tyder på at redusert tjenesteomgang kan ha gitt svekket helse og redusert funksjonsevne for grupper av befolkningen (NOU 2021:6).

1.1 Covid-19 og eldre som risikogruppe

Rapporter fra hele verden har beskrevet at den viktigste risikofaktoren for alvorlig forløp ved smitte av Covid-19 var alder (Chen et al. 2020). Studier viser at viruset forårsaker dårligere

utfall og høyere dødelighet hos eldre voksne med komorbiditeter som hypertensjon, hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske luftveissykdommer som for eksempel KOLS og kronisk nyresykdom (Shahid, 2020). Offentlige helsemyndigheter over nesten hele verden implementerte tiltak og restriksjoner om å holde avstand mellom mennesker, og da særlig den eldre generasjonen grunnet alvorlige konsekvenser ved en eventuell smitte. Eldre personer har fra før av økt risiko for å bli sosialt isolert enn yngre voksne, og Covid-19 pandemien er spådd å ha kort- og langsiktige negative psykiske helsekonsekvenser, blant annet en økning i ensomhet, angst og depresjon (Gorenko, Moran, Flynn, Dobson & Konnert, 2021). Isolerte eldre personer er mindre fysisk aktive og er mer stillesittende enn ikke-isolerte mennesker (Atici, Girgin & Saldiran, 2011). Dette kan på sikt være alvorlige konsekvenser med tap av fysisk funksjon som igjen kan føre til brudd som følge av fall, høyere hjelpebehov og mindre selvstendig hverdag.

Fyhn og Lønning (2021) hevder at eldre mennesker er «dobbel utsatt» under koronapandemien. De har høyere risiko for å bli alvorlig syke av en koronainfeksjon, og må derfor være enda mer varsomme med sosial kontakt enn de som er yngre. Dette har igjen svært negative konsekvenser for enkelte Eldres helse og trivsel. De har blitt mer ensomme, og de har fått mindre fysisk aktivitet. Mange savner sosial kontakt og nærhet. Det som gir størst grunn til bekymring er at de som hadde det vondt fra før, har fått det verre (Fyhn & Lønning, 2021).

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å få mer kunnskap og bredere forståelse av hvordan aktive hjemmeboende eldre personer opplevde og erfarte Covid-19 pandemien i en storkommune i Norge. Studien vil, ved hjelp av semistrukturerte intervjuer, søke å belyse de eventuelle konsekvenser pandemien hadde på eldre personers hverdag og deres helse. På bakgrunn av dette er min problemstilling:

*«Hvordan erfarte eldre personer Covid-19 pandemien?
Og på hvilken måte påvirket pandemien deres hverdagsliv og helse?»*

1.3 Studiens oppbygning

Oppgaven består av 8 kapitler. I første kapittel beskriver jeg hensikten med studien, presenterer studiens problemstilling og struktur. I kapittel 2 går jeg igjennom bakgrunn for studien og presenterer aktuell forskning. Videre i kapittel 3 presenterer jeg de teoretiske perspektivene med vekt på aldring, aktivitet og deltakelse og teorien salutogenese. Kapittel 4 tar for seg metodisk framgangsmåte, som omfatter beskrivelse av gjennomføring av studien, begrunnelse for valg av metode, analyseprosessen og etiske overveielser. I kapittel 5 presenterer jeg funnene i studien, som består av tre hovedtemaer: «*En hverdag styrt av strenge restriksjoner*», «*Pandemiens psykologiske påvirkning*» og «*Å møte helsevesenet under en pandemi*». I kapittel 6 vil jeg drøfte studiens funn i lys av de teoretiske perspektivene og tidligere forskning som jeg presenterer i oppgaven, som består av 4 hovedtemaer: «*Å være gammel under en pandemi*», «*Pandemien som kronisk stressfaktor*», «*Konsekvenser av redusert helsetjenestetilbud og oppfølging*» og «*Å leve hele livet*». Kapittel 7 gir en beskrivelse av kvalitet i forskningsprosessen, refleksivitet og styrker og svakheter ved studien. Til slutt avsluttes oppgaven med en oppsummering og noen avsluttende betraktninger i kapittel 8.

1.3.1 Gjennomgang av litteraturen

Det er allerede blitt gjennomført en del forskning på ulike sider ved Covid-19 pandemien. Mye av forskningen som er gjort er knyttet til det biomedisinske aspektet ved virusinfeksjonen og den kliniske biten av koronasykdommen. Dette har jeg valgt å ikke ta med i denne oppgaven. Jeg har valgt å inkludere studier som er mer rettet mot den sosiale implikasjonen av pandemien. I litteratursøket til denne masteroppgaven startet jeg med å spisse søket mitt for å finne mest mulig relevante forskningsartikler med bakgrunn av min problemstilling. Jeg brukte da søkeord som blant annet «eldre personer», «aktivitet», «deltakelse», «erfaringer», «fysisk helse», «psykisk helse», «helsetjenesten», «ensomhet» og «isolasjon» opp mot «Covid-19». Jeg søkte i databaser, hovedsakelig PubMed og Google Scholar. I tillegg har jeg brukt mye referanselistene til artiklene som ble funnet da de henviste til andre relevante forskningsartikler. Forskningslitteraturen som blir presentert dekker store deler av verden: Kina, USA, Canada, Tyrkia, Storbritannia, Sverige, Portugal, Brasil, Iran og Norge. Det er også brukt ulike metoder i gjennomføringen av studiene, som blant annet: oversiktsartikler, tverrsnittstudier, intervjustudier, kohort studier og scoping reviews. Funnene fra litteraturgjennomgangen blir presentert i neste kapittel. Flere av artiklene hadde metode med spørreundersøkelser på internett eller intervjustudie gjennomført over video (f.eks. zoom) og jeg tenker at mange eldre derfor

har blitt ekskludert fra forskningen grunnet lavere digital kompetanse blant denne befolkningsgruppen. En artikkel gjennomførte også intervju over telefon. Det var nesten ingen forskningsartikler der eldre ble intervjuet på tilsvarende måte som i denne masteroppgaven.

I neste kapittel der jeg presenterer funnene fra litteraturen vil jeg starte med å introdusere Covid-19 pandemien, og hvordan det påvirket eldre personer. Videre vil jeg presentere betydningen av fysisk aktivitet for eldre og konsekvenser inaktivitet kan ha for denne generasjonen. Funnene fra litteraturgjennomgangen har jeg valgt å dele inn tematisk: fysisk helse-, psykisk helse-, sosial deltakelse-, teknologi- og helsevesenet under en pandemi.

2.0 Bakgrunn og tidligere forskning

2.1 Covid-19 og eldre personer

SARS-Cov-2 er navnet på viruset som forårsaker infeksjonen Covid-19. Viruset ble identifisert i januar 2020 og kommer trolig fra flaggermus og smittet til mennesker i slutten av 2019, enten direkte eller via et annet dyr (Folkehelseinstituttet, 2022). Covid-19 er en luftveisinfeksjon som først og fremst smitter gjennom dråpesmitte, og symptomene ved smitte kan være feber, hoste, tung pust, hodepine, slapphet, muskelverk og nedsatt lukt- og smaksans. Sykdomforløpet kan variere mye fra person til person, og den er delt inn i tre typiske forløp: mildt forløp, moderat forløp og alvorlig forløp. Mildt forløp gjelder for de aller fleste syke, om lag 8 av 10 personer. Ved alvorlig forløp vil noen ha behov for intensivbehandling og dødsfall forekommer hos noen av dem som blir alvorlig syke (Helsenorge, 2022).

De viktigste faktorene for et alvorlig sykdomsforløp av Covid-19 er alder, underliggende sykdommer og vaksinasjonsstatus. Vaksinerte som blir syke ser ut til å ha mildere symptomer enn ikke-vaksinerte (Helsenorge, 2022). Alle vaksiner som er godkjent i Norge gir god beskyttelse mot alvorlig sykdomsforløp ved alle virusvarianter (mutasjoner av Covid-19) som så langt er kjent. Høy alder peker seg ut som en dominerende risikofaktor for alvorlig sykdomsforløp og død på grunn av Covid-19, og risikoen øker eksponentielt med økende alder. Ved høy alder øker også forekomsten av kroniske sykdommer. Det kan være vanskelig å skille risiko knyttet til alder fra risiko knyttet til sykdom, men analyser som justerer for flere risikofaktorer viser at alder er en uavhengig risikofaktor. En persons risiko bør ikke bare baseres på alder, men også på individuell vurdering av personens generelle helsetilstand (Folkehelseinstituttet, 2022). Funn i en norsk studie på innlagte eldre personer med smitte av Covid-19 viste at de eldste pasientene (over 75 år) opplevde redusert funksjonsnivå 6 måneder etter innleggelse, noe som muligens økte deres risiko for permanent omsorgsbehov og tap av selvstendighet. Funnene i studien gjorde at forskerne rapporterte viktigheten av å forhindre sykdommen blant denne sårbare pasientgruppen (Walle-Hansen, Ranhoff, Mellingsæter, Wang-Hansen & Myrstad, 2021).

2.2 Forskning

2.2.1 Fysisk aktivitet for eldre

Mangel på fysisk aktivitet og bevegelse blir ofte utpekt til en av hovedårsakene til at folk blir rammet av ulike helseplager og funksjonsnedsettelse, uavhengig av alder. Det skjer endringer i muskulatur og skjelett som en del av aldringsprosessen. I de senere årene er det blitt økende oppmerksomhet på betydningen av fysisk aktivitet som forebyggende for utviklingen av en rekke sykdommer. Det kommer stadig mer vitenskapelig dokumentasjon på at fysisk aktivitet er særdeles viktig også i alderdommen (Lunde, 2012). Uansett funksjonsnivå og funksjonsproblemer vil bevegelse være et tiltak som kan øke funksjonsnivået til den eldre (Helbostad, Granbo & Østerås, 2007). Fysisk aktivitet bremser den funksjonsnedsettelsen som er forbundet med ulike sykdomstilstander, og virker forebyggende på utviklingen av de dominerende sykdommene i eldre år, som blant annet demens, hjerte- og karlidelser, diabetes, kreft og depresjon (Lunde, 2012). Regelmessig moderat fysisk aktivitet kan betraktes som vedlikehold av kroppslig funksjon og er som regel tilstrekkelig for å opprettholde helserelatert form (Lohne-Seiler & Langhammer, 2018). Fysisk aktivitet og trening påvirker beinmasse, balanse, koordinasjon og bevegelighet, noe som påvirker fungering og selvhjulpenhet i dagliglivet og bidrar til å redusere risikoen for fall og brudd. Fysisk aktivitet har også stor innvirkning på vår mentale helse og velvære, den fremmer positive tanker og følelser, gir større selvtillit og bedre selvfølelse og øker troen på vår evne til å håndtere belastninger. Når du er fysisk aktiv sammen med andre, får du den gunstige effekten av sosialt samvær i tillegg (Lunde, 2012).

Et alternativ for å kunne gjennomføre fysisk aktivitet i eget hjem er å benytte teknologi, som for eksempel aktive videospill eller treningsvideoer på nett. Disse strategiene gir forbedring i styrke, balanse, fleksibilitet, koordinasjon, mental helse, reaksjonstid, oppmerksomhet og funksjonsnedsettelse for eldre personer. Støtte fra familiemedlemmer eller fagpersoner er avgjørende for veiledning av fysisk aktivitet, det er bevist at sosial støtte til fysisk aktivitet øker fysisk aktivitet blant eldre personer. Sosial støtte er også grunnleggende for å tilfredsstille et annet grunnleggende psykologisk behov – fellesskap. Intervensjoner basert på ansikts-til-ansikts rådgivning eller gruppeøkter har vist seg å være det mest effektive for å motivere og hjelpe for økt fysisk trening hos eldre personer som lever selvstendig. Derfor kan sosiale

nettverk representere en løsning for å støtte eldre voksne i å nå sine daglige fysiske aktivitetsmål (Cruz, D'Oliveira, Dominski, Diotaiuti & Andrade, 2021).

2.2.2 Konsekvenser av inaktivitet hos eldre

Aldersforandringene innebærer at eldre er ekstra sårbare for konsekvensene av inaktivitet (Lunde, 2012). Fordi fysisk kapasitet allerede er redusert hos mange eldre mennesker er konsekvensene av inaktivitet større enn hos unge i forhold til selvstendighet og daglig funksjon. Eldre har størst risiko for negative konsekvenser ved inaktivitet siden de har mindre reservekapasitet, det vil si at de har færre ekstra fysiske ressurser utover det som kreves for å greie det nødvendige i hverdagen (Helbostad, Granbo & Østerås, 2007). Det komplekse samspillet mellom aktivitet, helse, funksjonsevne, psykiske faktorer og sosiale rammer medvirker til å forstå hvordan en positiv sirkel eller en negativ sirkel i forhold til «vellykket aldring» kan settes i gang. Begrensninger for den Eldres utfoldelser kan være forårsaket av sykdom eller aldersforandringer i kroppens celler og vev, men graden av begrensning, og hvorvidt den er værende, avhenger av mulighetene for å endre på de menneskelige og materielle forholdene i omgivelsene. Begrensningene for den Eldres utfoldelser kan også være forårsaket av rolletap, mangel på meningsfull aktivitet eller mangel på forventninger fra omgivelsene til personens aktivitet. Mangel på muligheter for aktivitet og deltakelse kan føre til nedsatt funksjonsevne, som er en vesentlig faktor for sykdom og død. Fysisk aktivitet er med på å unngå tap av funksjon (Jacobsen, Kristiansen, Legarth & Schrøder, 2010). De fleste av konsekvensene av inaktivitet er reversible. Inaktivitet kan også gi en negativ funksjonsspiral med ytterligere redusert aktivitet og funksjonstap som resultat (Helbostad et al., 2007). Fysisk aktivitet er med på å unngå tap av funksjon, men det er også undersøkelser som viser at det å ha mulighet til å delta i betydningsfulle aktiviteter fremmer god funksjonsevne og livstilfredshet over tid (Jacobsen et al., 2010).

2.2.3 Fysisk helse under pandemien

Det var en merkbar endring i fysiske treningsvaner fra før pandemien til pandemiperioden. Under den totale nedstengningen (19 mars til 2 mai 2020) ble mengden ukentlig trening drastisk redusert med 137 minutter, noe som tilsvarte mer enn halvparten av mengden fysisk aktivitet før Covid-19 (Leite, Raimundo, Mendes & Marmeleide, 2022). I studien til Røde Kors (2021) oppgis det at 31% går sjeldnere turer eller bedriver aktivitet utenfor hjemmet sitt og 12% hadde sluttet helt med aktiviteter. Over halvparten oppgir at korona er hovedgrunnen til at de har kuttet

ned eller sluttet med turer og trening (Fyhn & Lønning, 2021). Isolerte eldre mennesker er mindre fysisk aktive og viser mer stillesittende atferd enn ikke-isolerte mennesker. Eldre mennesker som levde i sosial isolasjon under pandemien, har større risiko for å være inaktive (Atici et al., 2022). Flere studier over hele verden har vist at Covid-19 pandemien har forårsaket betydelige endringer og en nedgang i fysisk aktivitet og økning i stillesittende atferd under nedstengninger (Cruz et al., 2021). Eldre som måtte holde seg hjemme lenge under pandemien utviklet høy frykt for bevegelse på grunn av økt risiko for å falle og dermed lavere fysisk aktivitetsnivå, som igjen kan ha resultert i reduksjon av aerob kapasitet (Atici et al., 2022). Soares med flere (2021) så også at sosial isolasjon på grunn av pandemien førte til betydelig økning i stillesittende atferd hos eldre voksne, men det ble ikke observert lignende funn for økt antall fall i perioden (Soares et al., 2021).

Usikkerheten rundt pandemien resulterte i tap av motivasjon for å trene. Nasjonale restriksjoner, som at treningssentre måtte holde stengt, bidro til ytterligere tap av motivasjon for fysisk aktivitet. Pandemien gjorde det vanskelig å opprettholde sine vanlige aktivitetsrutiner (Leite et al., 2022). De som deltok i organisert treningstilbud, hadde høyere sjanser for å bli mindre aktive under pandemien sammenlignet med de som ikke deltok i organisert treningstilbud. Dette illustrer at deltakere som deltar på organisert trening kan bli avhengig av treningstilbudet for å opprettholde aktivitetsnivået (Nygård, Taraldsen, Granbo, Selbæk & Helbostad, 2022). Selv om aktivitetsnivået sank og mulighet for fysisk aktivitet ble endret mestret noen å tilpasse treningsrutinene sine, som da inkluderte å gå tur i nabolaget eller bruke nettvideoer i stede for treningssentre eller fellestimer (Brooks et al., 2022). Hjemmebaserte øvelser var en mulighet til å holde seg fysisk aktiv, og for de personene som lyktes i å opprettholde sine tidligere fysiske aktivitetsvaner, beskrev det å være fysisk aktiv som en måte å unnslipe noen av de negative konsekvensene av pandemien, som for eksempel isolasjon og opprettholdelse av helsen. Allikevel ble det rapportert om alvorlig svekkelse i fysisk funksjon (Leite et al., 2022). Personer med hus og hage, og som bodde i nabolag var fornøyde med å kunne være ute eller å gå tur i nærområdet, mens personer som bodde sentrumsnært, hadde utfordringer med å gå tur grunnet travle gater med mange folk og det opplevdes vanskelig å opprettholde avstand (Brooks et al., 2022; Leite et al., 2022). I studien til Røde Kors (2021) viste at i andelen over 80 år var det færre som opplevde å være kommet i dårligere form enn i den øvrige befolkningen, men tallene gir allikevel grunn til bekymring, da konsekvensene av ikke å få trent regelmessig er mer alvorlig jo eldre man blir (Fyhn & Lønning, 2021).

Flere helseatferder endret seg under Covid-19 pandemien. Endring i kroppsvekt (Leite et al., 2022), alkoholoverforbruk, kostholdsvaner og søvn (Cruz et al., 2021) ble funnet. Også endringer i daglige rutiner, der antall aktiviteter som krever mindre energi og bevegelse har økt. Dette gjelder blant annet å sitte, ligge, se på TV, lese og bruker mobiltelefon (Soares et al., 2021). Dette er også atferder som kan påvirke den psykiske helsen negativt (Cruz et al., 2021). I studien til Nygård med fler (2022) fant de ut at ved å opprettholde sitt nivå av fysisk aktivitet hadde det en beskyttende effekt på psykisk helse, og ved en negativ spiral med mindre fysisk aktivitet fører det til redusert psykisk helse og som igjen fører til enda mindre fysisk aktivitet (Nygård et al., 2022).

2.2.4 Psykisk helse under pandemien

Isolasjon under pandemien har hatt drastiske og skadelige effekter på psykisk helse, spesielt hos de eldre voksne som er rammet av sykdommer og andre komorbiditeter som diabetes, hjerte- og karsykdommer, luftveissykdommer, kreft og andre kroniske tilstander (Cruz et al., 2021). Det ble rapportert om psykiske helseutfordringer som frykt, frustrasjon, angst og stress, og for de med eksisterende psykisk helseproblem, kan pandemisituasjonen ha økt sårbarheten deres (Leite et al., 2022). Eien og Ringen (2020) påpeker funn av høy forekomst av stressymptomer, angst og depresjon i den generelle befolkningen ved tidligere epidemier. De akutte reaksjonene er knyttet til redsel for at en selv eller de nærmeste skal bli smittet. Det å befinne seg i karantene eller karantanelignende situasjoner og større grad av isolering er en kjent psykologisk stresser (Eien & Ringen, 2020). Usikkerheten i starten ga endringer i søvnrutiner, nedsatt konsentrasjon, negative helsevaner i form av overspising eller alkoholbruk, noe som ble knyttet opp mot redsel for å bli smittet. Disse følelsene ble svakere lenger inn i pandemien, men restriksjonene hadde allerede påvirket velvære (Brooks et al., 2022). Smitteverntiltakene hadde til hensikt å beskytte de eldre, men kan heller ha ført til sosial isolasjon og frykt i den eldre befolkningen, noe som opplevdes som belastende (Eriksen et al., 2022). På bakgrunn av Covid-19 restriksjoner i form av sosial isolasjon økte ensomheten betydelig. Den ga eldre en begrensning i sin sosiale deltakelse, som mellommenneskelig interaksjoner og fysisk kontakt i relasjoner. Begrensningen av kontakt med sine kjære i en lang periode er en disponerende faktor for utviklingen av ensomhetsfølelse (Soares et al., 2021). Johannsson-Pajala med fler (2022) beskrev følgende variabler assosiert med økt nivå av angst og ensomhet: kvinner, demens, dårlig helse og aleneboende. Eldre personer (80 år og over) hadde minst angst, men var mer ensomme. Aleneboende var den mest innflytelsesrike faktoren

for ensomhet (Johansson-Pajala et al., 2022). Soares med fler (2021) fant at samværet med partneren ikke var tilstrekkelig til å møte behovet for kontakt med andre (familie, venner og bekjente), noe som førte til en betydelig økning i ensomhet (Soares et al., 2021). Selv om pandemien ga en opplevelse av ensomhet og isolasjon, og følelse om at verden hadde krympet, var det også noen som kjente på en trygghet i smittevernboblen, og at pandemien ga en velkommen pause fra støyen og travelheten i hverdagen, som kunne være slitsom og overbelastet sansene (Talbot & Briggs, 2021).

Sosial isolasjon og ensomhet hos eldre øker risikoen for psykiske og somatiske lidelser som depresjon og angst, hjertesykdom og hjerneslag. Videre kan sosial isolasjon og ensomhet føre til både større behov for helsetjenester og økt dødelighet (Eriksen et al., 2022). Johansson-Pajala med fler (2022) sier at det mentale og sosiale velværet til eldre voksne bør anerkjennes i større grad, for eksempel ved å gi muligheter for trygg sosial tilknytning og aktiviteter. Ifølge Johansson-Pajala med fler (2022) er det behov for strategier for å sikre bedre beredskap for fremtidige pandemien eller andre lignende hendelser, der restriksjoner på sosiale interaksjoner balanseres mot folkehelseledirektivene (Johansson-Pajala et al., 2022).

2.2.5 Sosial deltakelse under pandemien

Andelen eldre som opplevde sosial isolasjon var høyere under pandemien enn under normale forhold, da spesielt kvinner og eldre over 80 år, og det var mange som hadde en eller flere perioder uten noe besøk (Eriksen et al., 2022). Det å være hjemme ble en del av den daglige rutinen for å beskytte seg selv, noe som var en drastisk reduksjon i eksponering, og de avstod fra å engasjere seg i det sosiale livet (Leite et al., 2022). Aktiviteter med andre opplevdes som utrygge, og mange unngikk tilgjengelige aktiviteter fordi det var vanskelig å følge forhåndsregler eller i frykt for å bli smittet (Brooks et al., 2022). Restriksjonstiltakene opplevdes som vanskelig å tilpasse for å kunne opprettholde kontakt med andre, inkludert med nære familiemedlemmer (Leite et al., 2022). Brooks med fler (2022) beskrev at selv med mindre restriksjoner og gjenåpning av samfunnet slet eldre med å gjenoppta sosiale interaksjoner. De unngikk også fortsatt offentlige rom på grunn av redsel for å bli smittet eller belastningen av gjenværende forhåndsregler (Brooks et al., 2022).

Redusert samfunnsengasjement på grunn av pandemien førte til at livene opplevdes som mer monotone og en reduksjon i sosiale kontakter (Brooks et al., 2022). Det å ikke kunne delta i

meningsfulle aktiviteter som gå-grupper, besøke kolonihager og engasjere seg i samfunnet ga tap av egenverd, identitet og velvære. Mangel på sosiale interaksjoner som tilrettelagte meningsfulle aktiviteter førte til ensomhet og sosial isolasjon (Talbot & Briggs, 2021). Pandemien, gjennom frykten for smitte og smitteverntiltakene som ble innført, begrenset sosial omgang og skapte isolasjon og ensomhet. Dette gjaldt spesielt de som hadde fysiske funksjonsnedsettelse, og for dem som bodde alene og/eller befant seg utenfor venners innerste sirkel hvor det kun var plass for noen få personer om offentlige påbud ble fulgt. I tillegg ble det beskrevet tap av hverdagsfrihet, der den vanlige rytmen i hverdagslivet raknet eller ble borte da det ikke lenger var mulig å utføre vanlige aktiviteter. Pandemien og smitteverntiltakene grep inn i kjernen til folks hverdagsliv ved å forstyrre viktige rutiner (Bliksvær, Andrews & Fabritius, 2022). I studien til Røde Kors (2021) fant de ut at en stor andel som pleide å treffe familiemedlemmer utenom egen husstand før pandemien treffer dem nå i mindre grad enn tidligere eller har sluttet å treffe dem helt, og oppgir dermed at de nå er sammen med familien sjeldnere enn de ønsker. I tillegg har flere kuttet ned på samvær med venner, og sier de treffer dem i mindre grad eller aldri, og svært mange savner vennekontakten (Fyhn & Lønning, 2021).

2.2.6 Teknologi under pandemien

Internettjenester har vokst frem som en viktig tjeneste under pandemien. Lese- og skriveferdigheter og utdanning så ut til å påvirke eldres tilgang og utnyttelse av digitale helsetjenester (Bastani et al., 2021). Gerenko med fler (2021) beskrev fire barrierer for vellykket implementering av teknologiske intervensjoner blant eldre: 1. holdninger til nødvendige teknologier, 2. evne til å få tilgang til teknologi som kreves, 3. begrenset erfaring og ferdigheter innen teknologibruk, og 4. kravet om involvering av andre, noe som var vanskelig under pandemien (Gerenko et al., 2021). Under pandemien var det flere eldre som forsøkte å øke sin teknologiske kompetanse, men det ble rapportert problemer med å bruke teknologien (Brooks et al., 2022). På grunn av redusert evne til å benytte elektroniske kommunikasjonsmidler er eldre mer utsatt for å bli isolert, samt lide av mangel på informasjon og en sterkere følelse av isolering av verden omkring (Eien & Ringen, 2020). Eldre voksne rapporterte at de oftere brukte tradisjonelle kommunikasjonskanaler som mobiltelefon enn andre digitale plattformer for kommunikasjon (Brooks et al., 2022; Gerenko et al., 2021) og antydte at sosiale medier kan være utvidelser, men ingen erstatning (Gerenko et al., 2021). Eldre ønsker ikke skjermbaserte medier, som smarttelefon, nettbrett eller PC, som et alternativ til å bruke telefonen (Eriksen et al., 2022). Personer under 80 år så mer på skjermbasert

underholdning og innhentet mer informasjon via skjermbaserte medier sammenlignet med de over 80 år. Betydelig færre i aldersgruppen over 80 år har kontakt med andre via skjermbaserte medier. Det indikerer at gevinsten ved å bruke skjerm for å forebygge opplevelsen av sosial isolasjon vil være lavere blant de eldste (Eriksen et al., 2022). Utviklingen av internetthelse, som videokonsultasjon, telepalliativ omsorg og andre nettbaserte helsetjenester er økende, og det er da viktig og avgjørende å skape et kontinuerlig læringsmiljø for eldre personer og forbedre deres digitale kompetanse (Bastani et al., 2021).

2.2.7 Tilgang til helsetjenesten under pandemien

Under pandemien ser det ut til at antallet legekonsultasjoner har gått ned og det er uttrykt bekymring om rutinemessig oppfølging og behandling av eldre pasienter. Begrenset tilgang til rutinemessig helsehjelp og redusert tilgjengelighet til helsehjelp har mulig bidratt til en økning i antall forsinkede eller uteblitte medisinske avtaler og til økt medisinsk komorbiditet blant eldre (Bastani et al., 2021). Funnene i studien til Leite med fler (2022) pekte på endringer i behandlingen av diabetessykdommen og at pandemien har påvirket tilgangen til helsetjenester negativt (Leite et al., 2022). Da helsetjenester som dagsenter og samtalebehandlinger ble redusert, ville det vært naturlig med økt bruk av telefon eller skjermbaserte konsultasjoner, men 92% rapporterte i studien til Eriksen med fler (2022) at de sjeldnere enn en gang per måned eller aldri hadde hatt kontakt med helsepersonell via skjermbaserte medier eller telefon under Covid-19 pandemien. Alle deltakerne i studien var i en alder der behovet for oppfølging fra helsepersonell øker, og tallene fremstår derfor veldig lave. Videre viser studien at dersom ansikt-til-ansikt-kontakt erstattes av mer omfattende telefonbruk, reduseres Eldres trygghet og livskvalitet (Eriksen et al., 2022). En norsk studie av Bringedal, Rø, Bååthe, Miljeteig & Magelssen (2022) fant ut at et flertall av norske leger opplevde at deres pasienter ble nedprioritert under pandemien, det tilsvarte 60% av legene som deltok i studien. Hele 47 % av tilfellene ble oppfattet som uforsvarlig av legene. Pasientgruppene som ble nevnt under dette var rus og psykiatri, multisyke, kronikere og eldre (Bringedal et al., 2022).

Nedstengningene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Norge gjorde at omsorgsbyrden til mange pårørende til eldre økte. Et intervju med sykepleiere i hjemmetjenesten viste at de ansatte opplevde at de hadde gjort en stor innsats for å kompensere for fraværet av pårørende i form av ekstra hjemmebesøk, stabilt personale og bruk av digitale hjelpemidler. I intervju med pårørende satt de igjen med motsatt opplevelse: de ansatte uteble

og man måtte «dra lasset alene» (Minde & Brustad, 2021). Det ble også gjort funn om at brukere i varierende grad selv hadde takket nei til tilbud fra hjemmebaserte tjenester, dette i frykt for at ansatte skulle bringe med seg smitte (Bliksvær et al., 2022).

3.0 Teoretisk innramming

I dette kapittelet vil jeg presentere teoretiske perspektiver og begreper jeg vurderer som sentrale for studien. Teorien vil hjelpe meg å forstå og gi en forståelse av deltakernes erfaringer i lys av noe. Jeg vil anvende den i diskusjonen for å kunne forstå, men også å stille noen spørsmål knyttet til erfaringene. Valget av perspektiv vil få en avgjørende betydning for hvilke sider av eldres erfaring med Covid-19 pandemien man belyser. Å velge perspektiv betyr at oppmerksomheten rettes mot et spesielt område av fenomenet. Det handler om å avgrense, og følgelig utelukke andre områder som for anledningen ikke hører med til fenomenet (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016). Perspektiv og teori jeg har valgt å benytte er aldring og ulike sider ved det, betydningen av og teori knyttet til aktivitet og deltakelse, betydningen av roller og selv, og salutogenese med søkelys på stressfaktorene teorien beskriver.

3.1 Aldring

Læren om alderdommen kalles gerontologi og beskriver de irreversible forandringer som aldring innebærer ut ifra fire perspektiver: biologisk, mentalt/psykologisk, sosialt og kulturelt. Aldringsprosessens forløp for den enkelte foregår i et komplekst samspill mellom arvelige biologiske egenskaper, livsform og levevilkår. Derfor påvirker aldringsprosessene det enkelte mennesket forskjellig (Andresen, Jacobsen & Sørensen, 2010). Fenomenet aldring har mange forståelser. Alderdom forstås gjerne som en tilstand, som man trer inn og ut av langt tidligere, enn man reelt oppfatter seg som gammel. Det kan ikke tidfestes, når aldring begynner, fordi det både er et subjektivt og et objektivt begrep, som i høy grad er kontekstbundet. Individuelle forskjeller eksisterer gjennom hele livet, og flere faktorer som kjønn, helse og kultur har innflytelse på det enkelte individets hverdagsliv og vilkår for aldring (Jacobsen et al., 2010). En definisjon av den menneskelige aldringen er at «*normal aldring viser til tidsrelaterte endringer som finner sted i genetisk representative organismer under normale miljøbetingelser*» (Daatland & Solem, 2011, s 20). Det er en bred definisjon i den forstand at den omfatter endringer gjennom hele livet og inkluderer aldersrelaterte endringer generelt, uten å skille klart mellom det som skyldes arv og det som er resultat av miljøpåvirkninger. Aldringsforløpet viser stor variasjon fra individ til individ og mellom funksjoner og egenskaper innenfor hvert individ (Daatland & Solem, 2011).

Den opplevde alderen trenger ikke å sammenfalle med den kronologiske, eller faktiske, alderen. Den opplevde alderen blir naturligvis påvirket av den funksjonelle alderen. Man kan føle seg gammel når kreftene svekkes som en følge av helsesvikt og sykdom. Å føle seg yngre kan være en positiv impuls for økt aktivitet og bedre helse. Personer på samme alder kan funksjonelt sett fremstå som om de tilhører forskjellige aldersgrupper (Lunde, 2012). Opplevelsen av «vellykket aldring» henger for de fleste mennesker sammen med en frisk aldring. Det de aller fleste ønsker seg for sin alderdom er å kunne beholde en god helse. «Vellykket aldring» betyr også at den enkelte ikke opplever å bli utelukket fra aktiv deltakelse i samfunnet, og opplever muligheten for å kunne velge mellom de gjøremål og aktiviteter som den enkelte finner interessante (Jacobsen et al., 2010). Samtidig kan et slikt begrep være problematisk fordi noe annet vil da forstås som mislykket.

3.1.1 Skrøpelig- og sårbarhet i aldringsprosessen

Alderdommen preges av to prosesser som griper inn i hverandre. Den ene er den naturlige aldringsprosessen, som går sin gang hos alle mennesker. Den andre er de aldersrelaterte sykdommer, som ikke rammer alle mennesker, men flere og flere av oss etter at vi har passert 75 år. Det sentrale trekket ved aldringsprosessen er fallende fysisk kapasitet eller færre fysiske ressurser. Organenes reservekapasitet, det vil si avstanden mellom organenes maksimale kapasitet og den kapasiteten som er nødvendig for å holde oss i livet, blir redusert med alderen. Dette fenomenet kan kalles for stigende sårbarhet, fordi reservene blir redusert (Hjort, 2005). Skrøpeligheit utvikler seg som en konsekvens av aldersrelatert svekkelse i mange fysiologiske systemer, som samlet kan resultere i sårbarhet for plutselige endringer i helsetilstanden utløst av mindre stresshendelser (Clegg, Young, Iliffe, Rikkert & Rockwood, 2013). I alderdommen skjer det også en gradvis svekkelse av immunforsvaret, som kan gjøre at man er mer mottakelig for infeksjoner. Homeostasen er summen av alle mekanismene som opprettholder et normalt og konstant indre miljø i kroppen og forsvaret dette miljøet mot alle former for ytre stress. De viktigste homeostasemekanismene er væske- og elektrolyttbalansen, blodtrykket, temperaturen, appetitten og immunforsvaret, og sentrene for disse ligger i hypothalamus. Generelt blir homeostasemekanismene svekket med alderen. Det gjør at kroppens evne til å mestre stress og samtidig opprettholde den indre likevekten blir redusert. Typiske symptomer på dette er dehydrering, lavt blodtrykk og avmagring (Hjort, 2005). Progressivt tap av skjelett og muskelmasse, styrke og kraft er regnet som en av nøkkelkomponentene i skrøpeligheit hos eldre (Clegg et al., 2013). Den gamle kroppen har færre fysiologiske reserver

og det skal mindre til for å bringe den ut av balanse. Forekomsten av de fleste kroniske sykdommer stiger med alderen, og det er vanlig at gamle mennesker lider av flere symptomer og sykdommer samtidig (multimorbiditet) (Hjort, 2005).

3.1.2 Aldring og ensomhet – en sosial sårbarhet

Ensomheten blir av mange sett som alderdommens sikreste og bitreste følgesvenn. Det kan være mange grunner til at eldre mennesker føler seg ensomme – tap av roller, tap av ektefelle og venner, sviktende bevegelighet og evne til å komme seg ut og omkring. Den høyere forekomsten av ensomhet blant de eldste har også sammenheng med sviktende helse og følgevirkninger av dette (Daatland & Solem, 2011). Som nevnt kan ensomhet være et resultat av brudd i sosiale relasjoner, og vi opplever alle følelse av ensomhet i hverdagen på ulike måter i alle livets faser. Psykologene Kirsten Thorsen og Stein Clausen har sett på risikofaktorer for å bli ensomme i alderdommen: sviktene helse (både psykisk og fysisk) og begrenset sosialt nettverk er to slike risikofaktorer. Svekket fysisk helse er noen ganger en del av ensomhetsbilde. Eldre som av helsemessige årsaker blir mindre mobile, står naturlig nok i fare for å kunne bli ytterligere isolert (Lunde, 2012). I stede for å se på ensomhet som et tap av noe eller noen, kan man se ensomhet som et ubehag som følger av at antallet og kvaliteten av ens sosiale kontakter er mindre enn det en ønsker seg. Ensomhetsfølelsen må skilles fra sosial isolasjon – det å være alene. En kan føle seg ensom selv om en omgås mange, og en trenger ikke være ensom selv om en har en liten omgangskrets (Daatland & Solem, 2011). Ensomhet er en subjektiv følelse og ikke synonymt med sosial isolasjon. Noen velger ensomheten, og de fleste av oss syntes vel også at det er godt å være alene innimellom. Andre kan føle seg ensomme sammen med andre mennesker. Å akseptere at vi alle fra tid til annen vil føle oss ensomme og alene, er altså en uunngåelig del av det å leve. Det er stor forskjell på å velge ensomheten og ufrivillig være alene (Lunde, 2012).

3.1.3 Aldring og tap av roller og selv

Vi er koblet til samfunnet og til andre mennesker gjennom ulike roller – til forventninger og oppgaver som er knyttet til en bestemt posisjon i den sosiale strukturen. Rolle er et strukturert trekk ved et bestemt samfunn, som i større eller mindre grad kan gis personlig form. Rolleendringer blir gjerne delt inn i tre typer: utgang av etablerte roller, inngang i nye roller og endringer av allerede etablerte roller (Daatland & Solem, 2011). Til de ulike rollene er det knyttet ulike forventninger og status. Sosial aldring handler om endring i de rollene og

forventningene som følger med alderen, og hvordan individet tilpasser seg slike rolleoverganger. Noen endringer i roller med alderen er forventet, som det å tre ut av yrkesrollen. Rolleoverganger kan innebære en belastning som stiller krav til mestring og ny tilpasning, spesielt gjelder dette rolleoverganger som kommer uventet (Lunde, 2012). Pandemien kom uventet og kan ha gitt rolleoverganger man ikke var forberedt på. Overganger som skjer «til feil tid», kan være vanskeligere å tilpasse seg, dels på grunn av det uventede i det og til dels på grunn av sosiale sanksjoner (Daatland & Solem, 2011).

Mange eldre personer har kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse på bakgrunn av sykdom eller aldringsprosessen. Kathy Charmaz (1983) beskriver «loss of self» ved kronisk sykdom, og at kronisk syke mennesker ofte opplever at deres tidligere selvbilder blir borte uten at det utvikles nye. De tidligere positive selvbildene er ikke tilgjengelige lenger på grunn av sykdommen, og det tidligere definerte livet og seg selv er nå utelukket. Det er ikke bare opplevelse av selvtillitstap, men ofte også tap av selvidentitet, og slike tap resulterer i et redusert selv. Personer med tapt funksjon etter sykdom er ofte svært bevisst på tidligere tatt-for-gitte aspekter av seg selv fordi de er endret eller borte. Et begrenset liv fører til færre muligheter for å konstruere et verdsett selv, til sosial isolasjon og en begrenset tilværelse som begrenser mulighetene for en positiv vurdering av seg selv. Hvis en person med kronisk sykdom føler at han eller hun kan utøve valg som verdifulle aktiviteter og opplever en viss handlingsfrihet vil hverdagen ikke oppleves så begrenset, lidelsen blir redusert og selvbildet opprettholdes (Charmaz, 1983).

Når man snakker om roller og rollers betydning er det naturlig å nevne Erving Goffman (1922-1982). Han beskriver rolleteori som tar utgangspunkt i teater og bruker metaforer fra teateret for å skape en forståelse av hvordan det sosiale liv utspiller seg. Mennesker opptrer i roller, i fastlagte handlingsmønstre og i bestemte posisjoner eller situasjoner. Man kan ha flere roller og rollene kan endre seg, man spiller roller i møte med andre og i rollen man spiller ønsker man å fremstå best mulig ovenfor andre. Personen som opptrer kan selektare publikummet sitt slik at det sies hvem som har tilgang på personens ulike roller eller opptredener, og ut ifra hvilke inntrykk man ønsker å gi så opptrer man på forskjellige scener og for forskjellige mennesker (Goffman, 1992). Goffman (1992) beskriver at det sosiale livet foregår enten «frontstage» eller «backstage». Når rolleutøvelsen skjer «frontstage» opptrer man for et publikum. Det vil si at opptreden er innrettet mot situasjonen og til de forventningene som antas å være definerende for den sosiale situasjonen. Når rolleutøvelsen foregår «backstage» handler det om når vi

planlegger og forbereder oss til «frontstage». Videre beskriver Goffman (1992) at vi bruker «fasade», det vil si at vi i vår opptrede benytter enten bevisst eller ubevisst uttrykksmidler, som igjen da understreker vår rolle. Dette kan være «kulisser» som møbler, utsmykning, innredning eller annet. Han bruker også «personlig fasade», noe som er ting vi tar med oss overalt, som for eksempel kjønn, utseende, alder, dialekt og kroppsbevegelser (Goffman, 1992).

3.2 Aktivitet og deltakelse

Begrepene aktivitet og deltakelse har mange ulike definisjoner. Jeg har valgt å lene meg på Bendixen, Madsen og Tjørnov (2010) sine beskrivelser av aktivitet og deltakelse i hverdagspråket: Å være i aktivitet handler om at man utfører, deltar, opplever og er involvert i en aktivitet. Aktiviteters formål er å utføre bestemte oppgaver, altså at vi gjør noe og handler i en bestemt livssituasjon. Aktiviteter har alltid en betydning, de kan være viktige, nødvendige, ønskelige, likegyldige, meningsfulle eller ubehagelige. Aktiviteter foregår på et bestemt tidspunkt, et bestemt sted og i en bestemt sosial og kulturell livssituasjon. Aktiviteter er av en bestemt art, danner et bestemt mønster av rutiner i dagliglivet og uttrykker bestemte livsformer. Aktivitetene har navn, som vi innenfor en bestemt kultur forstår noe bestemt ved. Hverdagsaktiviteter er kulturbestemte og kulturbærende, både av hensyn til hvilke aktiviteter som inngår i livet vårt, måten aktiviteten utføres på, samt de ferdighetene, redskapene, materiale og sosiale og fysiske omgivelser det krever. Deltakelse understreker at man medvirker til noe sammen med noen eller er med i noe og dermed er og blir en del av noe større (Bendixen et al., 2010).

3.3.1 Aktivitetsteorien og tilbaketrekkingsteorien

Grunnlaget for aktivitetsteorien og tilbaketrekkingsteorien startet blant forskere, da samme datamaterialet ga grunnlag for to ulike fortolkninger og teorier. Forskerne var stort sett enige om observasjonene, men ikke om konklusjonen (Daatland & Solem, 2011). Aktivitetsteorien går ut på at «vellykket aldring» oppnås når man beholder de aktiviteter, roller og holdninger man har som middelaldrende, så lenge som det kan la seg gjøre. Deretter må man finne erstatning for de aktiviteter, som må gis opp, det vil si erstatning for arbeid, forretningsvirksomhet, eller for kolleger, venner og ektefelle, som man eventuelt mistet som pensjonist eller ved død (Jacobsen et al., 2010). Teorien legger altså vekt på å videreføre etablerte former for deltakelse og utvikle nye i alderdommen. Deltakelse i ulike sosiale roller

skaper økt livskvalitet. Aktivitetsteorien er blitt den dominerende forståelsesformen i rehabilitering for eldre (Solvang, 2019).

Tilbaketrekkingsteorien er i realiteten et av de ytterst få forsøk på å utarbeide en detaljert og systematisk teori på det sosialgerontologiske området. Det sentrale i teorien er ideen om en gjensidig tilbaketrekkingssprosess mellom den eldre og samfunnet. Det aldrende individet har en tilbøyelighet til å trekke seg tilbake fra sosiale roller og kontakter og å rette sin mentale energi innover. Samfunnet løsner på sin side båndene til individet og stimulerer og forsterker den individuelle tilbaketrekningen. Tilbaketrekkingen blir ansett å være en universell prosess som aktiveres innenfra og er uttrykk for primær aldring. I denne teorien ligger tankegods som har kunnet legitimere en passiviserende behandling av eldre, for det er til deres eget beste (Daatland & Solem, 2011).

Aktivitetsteorien er en sammenfatning av mye av den kritikken som tilbaketrekkingsteorien ble møtt med fra andre forskere. Der tilbaketrekkingsteorien fant tilbaketrekking, fant aktivitetsteorien utstøtning. Der tilbaketrekkingsteorien foreslo tilbaketrekking som nøkkelen til det gode livet i eldre år, foreslo aktivitetsteorien aktivitet og engasjement. Aktivitetsteorien ser den sosiale tilbaketrekkingen som et resultat av ytre hindringer, og ifølge aktivitetsteoretisk tankegang er eldre mennesker essensielt sett som middelaldrende, bare noen år eldre og mer sårbare. Den aktivitetsteoretiske tankegangen legger vekt på de eksterne begrensningenes betydning og har representert den sentrale begrunnelsen for en aktiv eldrepolitikk: det må legges til rette muligheter for aktivitet og sosial deltakelse i eldre år. Det er uten tvil denne tankegangen som har vært den dominerende for den moderne eldrepolitikken, og som fortsatt er det (Daatland & Solem, 2011).

3.3 Salutogenese

Teorien om salutogenese, som er utviklet av Aaron Antonovsky (1923-1994), er en helsefremmende teori som setter søkelys på hva som fremmer god helse og som gir individet økt mestring og velvære. I tillegg inneholder teorien hvordan stress påvirker den enkelte individets helse og hvordan man håndterer dette (Antonovsky, 2012). Salutogene faktorer i våre liv er gode opplevelser (gode samtaler med venner og familie, musikk, naturopplevelser osv.), som gir oss indre glede og styrker vår helse i motsetning til patogene som er sykdomsfrembringende faktorer (store mengder alkohol, tobakk, dårlig livsstil, isolasjon osv.). Patogene faktorer kan føre til sykdom, men ved å rette oppmerksomheten mot de salutogene

faktorene vil det bidra til å opprettholde god helse, selv om man blir utsatt for patogene faktorer (Tellnes, 2007). Antonovsky (2012) ønsker å flytte fokus vekk fra dikotomier der man klassifiserer mennesker som enten syk eller frisk, til et mer flerdimensjonalt kontinuum mellom helse og uhelse. Ved å gjøre dette kan man se hele individet, som for eksempel dens ressurser og historie, og dermed rette oppmerksomheten mot mestringsressurser (Antonovsky, 2012).

«Opplevelse av sammenheng» (OAS) eller «Sense of coherence» på engelsk er et av elementene i den salutogene modellen. Antonovskys (2012) definisjon av OAS er:

«Opplevelse av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i».

(Antonovsky, 2012, s 41).

Antonovsky (2012) deler OAS inn i tre kjernekomponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. For at man skal kunne få en «opplevelse av sammenheng» mener han at man må kunne forstå situasjonen (begripelighet), ha troen på at man har de nødvendige ressursene tilgjengelig for å kunne finne løsninger (håndterbarhet) og det å finne en mening ved å forsøke å finne løsninger (meningsfullhet) (Antonovsky, 2012). OAS gjenspeiler en persons syn på livet og dens evne til å reagere på stressende situasjoner. Det er en personlig måte å tenke, være og handle på, med en indre tillit, som fører mennesker til å identifisere, dra nytte av, bruke og gjenbruke ressursene man har til rådighet (Koelen, Eriksson & Cattan, 2017). I følge Antonovsky (2012) gir OAS et fortrinn fremfor andre mestringsbegreper ved at det inneholder komponenter av kognitive, atferdsmessige og motiverende komponenter. Mennesker med høy OAS innehar evnen til å organisere stimuli slik at det gir mening og dermed tolke stimuli som ikke-truende, i motsetning til mennesker med lav OAS (Antonovsky, 2012). Hvis vi ser teorien og OAS i lys av Covid-19 pandemien, vil en med sterk OAS forstå at slike utbrudd skjer fra tid til annen, i varierende grad, og at viruset ikke er en ond ytre makt som bevisst ønsker oss noe vondt (begripelighet). Videre ser man at det jobbes globalt, nasjonalt og lokalt for å begrense smitte, behandle syke og utvikle vaksiner som kan beskytte oss. Vi har overnasjonale institusjoner som WHO og forskningssamarbeid på tvers av landegrensener som gjør at dette til slutt vil la seg løse (håndterbarhet). Til slutt ser vi at nasjoner jobber sammen for å løse

vanskelige og sammensatte utfordringer, vi kommer til å stå ovenfor lignende eller kanskje andre større utfordringer i fremtiden, så kunnskapen vi henter ut av denne vanskelige tiden vil styrke oss og vi ser at samfunnet som helhet kan mobilisere for å komme oss gjennom pandemien (meningsfullhet) (Rønnevik, 2020). Personer som har en sterk opplevelse av sammenheng vil også kunne vurdere sin personlige risiko for smitte eller alvorlig sykdom lavere etter vaksinasjon, og dermed ha ressurser til å ta tilbake mer av den normale hverdagen.

Et annet element i den salutogene modellen er «stressfaktorer» og i denne studien kan selve covid-19 pandemien være en stressfaktor, men det kan også være deler av den, som de ulike restriksjonene eller forhåndsreglene pandemien innebar. Antonovsky (2012) definerer stressfaktorer som «*krav som det ikke finnes noen umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på*» (Antonovsky (2012, s 50)). Motstandsressurser handler om hvordan individet møter og opplever de ulike stressfaktorene, og dette henger sammen med den enkeltes opplevelse av sammenheng. Generelle motstandsressurser er de ressursene som hjelper en person til å unngå eller bekjempe en lang rekke stressfaktorer, og oppstår fra kulturelle, sosiale og miljømessige levekår, og kan være kunnskap, sosial støtte, kontroll og materielle ressurser som penger. Det viktigste er ikke bare å ha slike ressurser tilgjengelig, men at den enkelte har kapasitet til å gjenkjenne, bruke og gjenbruke ressursene til det tiltenkte formålet, som bidrar til å øke helse og velvære (Koelen, Eriksson & Cattan, 2017). Personer med en sterk OAS har god erfaring med håndtering av stressfaktorer, og vil stort sett innta en realistisk holdning til stimuli som innebærer at hun eller han ikke bekymrer seg for dem, og samtidig er åpen for å tolke stimuli som objektivt sett utgjør en trussel for velværet, som håndterbare stressfaktorer. Antonovskys (2012) påstand er at en person med en sterk OAS sannsynligvis vil vurdere en stressfaktor som mer gledelig, mindre konfliktylt og mindre farlig enn en person med en svak OAS. Hvis man ser på Covid-19 pandemien som en stressfaktor, vil en viktig ressurs i forhold til dette være den grunnleggende tilliten, hvor man har troen på at ting går bra, at man har ressurser til å håndtere situasjonen, at man etter hvert vil forstå det som akkurat nå oppleves som forvirrende og at det er mulig å finne gode løsninger. En generell forventning om at stressfaktorer er meningsfylte og begripelige, gir grunnlaget for motivasjon for mestring og i tillegg hindre at spenning omdannes til stress. I helsesammenheng kan en med sterk OAS gjennom vellykket spenningshåndtering bedre helsetilstanden sin, og stressfaktorer som ikke håndteres på en adekvat måte er sykdomsfremkallende. Personer med en sterk OAS vil under samme betingelser i høyere grad vise helsefremmende atferd enn personer med en svak OAS.

Antonovsky (2012) påstår at styrken på en persons OAS har direkte fysiologiske konsekvenser og på den måten påvirker personens helsetilstand (Antonovsky, 2012).

Forskning blant eldre viser en sterk opplevelse av sammenheng (OAS) når man oppfatter sin egen helse og livskvalitet som god, samt har en positiv innstilling til de opplevde aldersrelaterte endringene. OAS og motstandsressurser for eldre personer viste at mestringsevnen i hverdagen, sosial støtte og selvfølelse var faktorer som bidro til at eldre personer var tilfreds med livet. Eldre personer med en sterk OAS og tilgang på generelle motstandsressurser rapporterer færre symptomer på sykdom, har relativt god helse og livskvalitet (Koelen et al., 2017).

3.3.1 Mestring

Salutogenese handler som nevnt om hva som fremmer helse og gir økt mestring, jeg ønsker derfor å gi en forståelse av begrepet mestring og knytte dette til eldre. I alderdommen handler mestring i stor grad om å tilpasse seg de endringene som inntreffer fysisk, psykisk og sosialt. Mestring er en betegnelse for den måten en person vurderer og handler på i en stressende eller ubehagelig situasjon eller tilstand (Lunde, 2012). Situasjonen kan være akutt, som ved en ulykke, eller det kan være en gradvis forandring, som under aldringsprosessen. Det kan være snakk om å forholde seg til alt fra snublefeller i boligen, til opplevelsen av å bli gammel eller å leve under en pandemi (Daatland & Solem, 2011). Mestringsmåtene kan være hensiktsmessige eller uhensiktsmessige. Det ser ut til at eldre har en tendens til å benytte færre strategier enn det de som er yngre gjør, noe som er blitt forklart som en måte å spare energi på. Det ser også ut som om eldre i større grad enn yngre støtter seg på daglige rutiner for å minske sannsynligheten for at problemer og stress skal oppstå, og for å kompensere for svikt. Det å akseptere begrensningene vil være en hensiktsmessig strategi med aldring. Tro på egen mestring kan fungere som en beskyttelse i møte med svekket helse og andre tap i eldre år. Manglende opplevelse av kontroll kan derimot gi større sårbarhet og virke nedbrytende. Det kan føre til mindre engasjement i mer hensiktsmessige mestringsstrategier som for eksempel ved fysisk aktivitet og mental trening. Mennesker som i utgangspunktet har liten grad av opplevd kontroll, er mer sårbare for de endringene som alderdommen kan innebære (Lunde, 2012).

4.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg presentere de metodiske framgangsmåtene og de metodiske vurderingene jeg har gjort i å framskaffe et datamateriale som kan besvare studiens problemstilling. Jeg vil beskrive hvordan jeg har valgt å gjennomføre studien, fra utvalg og rekruttering av deltakere, utvikling av intervjuguide, gjennomføring av intervjuene, til transkripsjon og analyse. Avslutningsvis presenterer jeg de etiske overveielser jeg har gjort i løpet av arbeidet.

4.1 Intervjustudie

For å innhente kunnskap om hvordan eldre mennesker erfarte Covid-19 pandemien har jeg brukt semistrukturert intervju som metode for innsamling av datamaterialet. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet var å forstå hvordan eldre personer erfarte covid-19 pandemien og undersøke om pandemien påvirket deres hverdagsliv og helse. Forskningsintervjuets struktur er likt den dagligdagse samtalen, men som et profesjonelt intervju involverer det også en bestemt metode og spørreteknikk (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg ønsket at intervjuet i stor grad skulle ligne en hverdagslig samtale mellom meg og deltakerne for å gjøre situasjonen så naturlig som mulig, dette for å invitere deltakerne til å tørre å dele åpent av sin hverdag under pandemien. Den rikeste kunnskapen får vi tak i hvis vi klarer å invitere deltakerne til å dele sine egne erfaringer i form av konkrete hendelser, som leder til en opplevd historie som hadde en spesiell betydning angående en bestemt sak (Malterud, 2013). I et kvalitativt intervju skal ikke sannheten avdekkes, men det de eldre personene forteller vil være gyldig som deres beretning om hendelsene (Green & Thorogood, 2018). Å benytte kvalitativ metode i forskningsprosessen hjalp meg med å forstå mer om opplevelsen til deltakerne under pandemien.

Jeg valgte å benytte meg av semistrukturerte intervjuer for å innhente data i studien. Et semistrukturert intervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg valgte å gjøre intervjuene én-til-én da jeg ønsket fyldige og detaljerte beskrivelser av deltakernes forståelser, følelser, erfaringer, oppfatninger, meninger, holdninger og refleksjoner knyttet til hverdagen under Covid-19 pandemien (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016).

4.1.1 Fenomenologisk tilnærming

I denne studien er målet å undersøke eldre personers personlige erfaringer med Covid-19 pandemien. Det fenomenologiske vitenskapsteoretiske førstepersons- og opplevelsesperspektivet gir prosjektet en fenomenologisk tilnærming når formålet er å forstå erfaringene til deltakerne. Fenomenologien er en måte å tenke på, en form for filosofisk praksis som springer ut av, men også beskjeftiger seg med det konkrete og med levde, tatt-for-gitte og hverdagslige erfaringer i livet (Thoresen, Rugseth & Bondevik, 2020). Det fenomenologiske perspektivet tar utgangspunkt i det mellommenneskelige møtet med pasienten i livsverden, og bygger på en holdning som tar utgangspunkt i menneskets meningsfylte verden, og ikke biologien. Å forstå hvordan eldre personer erfarte pandemien, innebattet et møte med den verdenen der pandemien opplevdes og fikk mening. Covid-19 pandemien rommet et opplevelsesperspektiv, etter at viruset på en mer eller mindre kraftfull måte brøyt inn i og forandret vår erfaringsverden. Sykdommer har alltid sitt sentrum i levde erfaring (Svenaues, 2005). Med utgangspunkt i at helse og sykdom er dypt menneskelig og eksistensielle fenomener, er fenomenologien svært relevant og aktuell inn i nåtidens medisinske og helsefaglige praksiser. Fenomenologi som vitenskapsperspektiv gir en særlig tilgang til økt innsikt i og forståelse for medisinske og helsefaglige fenomener og erfaringer. Det tar utgangspunkt i at enhver vitenskapelig undersøkelse starter i det konkrete og nære, med bestemte saker og situasjoner slik de erfares, og slik de fremtrer for den enkelte av oss (Thoresen et al., 2020).

I tillegg til førstepersons- og opplevelsesperspektivet var jeg også interessert i å benytte andre perspektiver for å hjelpe med å forstå flere sider av opplevelsene og erfaringene ved Covid-19 pandemien. Ved å bruke Goffman (1992) sin rolleteori og hans metaforer og symbolikk for å gi en beskrivelse av endringen som ble skapt av pandemien, der hjemmet gikk fra «frontstage» til «backstage», viser også en del av livsverdenen. En annen del av livsverdenen jeg mener er viktig å belyse for å forstå pandemiens konsekvenser er opplevelsen av tap av selvfølelse og endringer i selvoppfatning som Charmaz (1983) gir en beskrive av.

4.1.2 Utvalg og rekruttering av deltakere

Kvalitative studier baserer seg på strategisk utvalg, det vil si at jeg valgte deltakere som hadde egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til min problemstilling og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2015). Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsettingen at materialet har best mulig potensial til å belyse problemstillingen min

(Malterud, 2013). Jeg valgte først hvilken målgruppe jeg ønsket å henvende meg til for å få samlet nødvendige data, og i neste steg ble det valgt ut personer fra målgruppen som det var ønskelig å få deltakelse fra (Johannessen et al., 2016).

Jeg ønsket å undersøke hvordan eldre mennesker erfarte Covid-19 pandemien og hvordan de opplevde at pandemien endret livet deres. For å sikre at deltakerne var eldre og i noen grad deltakende i samfunnet før pandemien valgte jeg å rekruttere fra gruppetreningene som blir arrangert av fysioterapeutene i kommunen. Jeg samarbeidet derfor med to fysioterapeuter i kommunen som leder noen av gruppene og som derfor har god kjennskap til deltakerne. Fysioterapeutene fikk grundig informasjon om hva prosjektet gikk ut på før de identifiserte og tok kontakt med aktuelle kandidater for studien. Siden jeg selv ikke gjennomførte rekrutteringen, var det viktig at fysioterapeutene gjorde det i henhold til den strategien jeg hadde valgt og at alle som ble kontaktet fikk samme og riktig informasjon om studien (Johannessen et al., 2016). Fysioterapeutene tok kontakt med aktuelle deltakere på telefon, informerte om prosjektet og spurte om deltakerne kunne være interessert i å delta og dermed motta mer informasjon i posten. De ble også informert om at jeg skulle ta kontakt med dem et par uker etter mottatt informasjon, for å eventuelt avtale intervju ved interesse. Jeg sendte ut informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 1) til 11 stykker som hadde takket ja til å motta mer informasjon per post. Jeg tok som avtalt kontakt med alle per telefon, og det var da 6 av 11 stykker som sa ja til å delta i studien. Av de som takket nei var begrunnelsen blant annet akutt sykdom, familiære årsaker eller mye legebepesøk på agendaen som gjorde at de ikke ønsket flere avtaler. Denne fremgangsmetoden ble godkjent av REK.

I kvalitative studier forsøker man å få mye informasjon (data) fra et begrenset antall deltakere. Ofte er det vanskelig å avgjøre på forhånd hva som vil være nok intervjuer eller observasjoner i en studie. Det viktigste er å skaffe et relevant utvalg av deltakere enn å skaffe mange. Forutsetningen er at deltakerne gir fyldig og variert informasjon om fenomenet som studeres (Johannessen et al., 2016). Jeg har valgt å benytte meg av modellen til Malterud, Siersma og Guassora (2016) om informasjonskraft underveis i forskningsprosessen for å vurdere utvalgsstørrelsen. Forskningsmålet (a) mitt er relativt bredt, men jeg har valgt å begrense deltakerne ved å inkludere de som var deltakende på en treningsgruppe før pandemien for å inkludere eldre personer som var aktive. Selv med få deltakere ga det tilgang til spennende data med høy informasjonskraft. Deltakerne som ble inkludert i studien hadde høy spesifisitet (b) ved at de har erfaring, kunnskap og egenskaper for studiemålet, og derfor var det behov for et

mindre omfattende utvalg av deltakere, men at informasjonsmakten allikevel var høy. Studien er forankret i et teoretisk rammeverk (c) fra start for å kunne forklare sammenhenger mellom ulike aspekter ved empirien og vil med det kunne bidra til høy informasjonskraft. Kvaliteten på intervjuene (d) er også knyttet til informasjonsmakt, og her fikk jeg benyttet min erfaring fra kartleggingssamtaler og kommunikasjon med eldre personer fra jobbsammenheng. Til slutt er informasjonsmakt knyttet til strategien som er valgt for analyse (e) i prosjektet. Jeg valgte å benytte meg av Malteruds (2013) analysemetode for systematisk tekstkondensering, som er inspirert av prosedyrene fra Giorgis fenomenologiske analyse og Grounded Theory, og som egnet seg for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener for utvikling av nye beskrivelser og begreper. Derfor var vurdering at man ville oppnå informasjonsmakt med 6-12 deltakere (Malterud, Siersma & Guassora, 2016).

Deltakerne bestod av fire damer og to menn. Alderen var mellom 74 – 89 år. Alle deltakerne er hjemmeboende, der fire deltakere var aleneboende enke/enkemenn, en deltaker bodde med ektefelle og en deltaker bodde med et av sine barn. Fem av deltakerne hadde en eller flere kroniske sykdommer, som blant annet KOLS, diabetes type 2, astma og høyt blodtrykk. I tillegg til dette hadde flere av deltakerne en funksjonsnedsettelse grunnet ulike sykdommer, som for eksempel etter gjennomgått hjerneslag, parkinson, nedsatt syn og hørsel. En av deltakerne hadde bistand fra hjemmesykepleie før pandemien, en fikk det underveis og en hadde bistand en kort periode under pandemien. Felles for alle deltakerne var at de deltok på gruppetrening i form av balanse og styrke i regi av fysioterapeuter i kommunen de bor i før pandemien brøt ut og tilbudet ble midlertidig stengt. Ved oppstart av gruppetrening igjen er fem av deltakerne tilbake. Alle deltakerne var fullvaksinert (med tre doser) før intervjuene ble gjennomført.

4.1.3 Forskningskontekst

For å komme i kontakt med eldre personer som ble påvirket av tiltakene som ble innført under Covid-19 pandemien valgte jeg å gå ut ifra deltakere på treningsgrupper i regi av kommunen. Bakgrunnen for valget var å sikre deltakere som var deltakende i samfunnet i noen grad og som derfor ble påvirket da samfunnet og tilbud ble nedstengt grunnet pandemien. Treningsgruppene ble gjennomført en gang i uken av fysioterapeuter, og alle deltakerne hadde vært med i lengre tid. Treningsgruppene gjennomførte øvelser knyttet til styrke og balanse for eldre personer. Alle deltakerne var hjemmeboende, enten i egen bolig eller leid omsorgsbolig.

4.1.4 Utvikling av intervjuguide

Det ble på forhånd utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 2) for semistrukturert intervju, der samtalen verken er åpen eller lukket, men utføres i overenstemmelse med intervjuguiden som er temabasert, og som kan inneholde forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Når formålet er å få vite noe jeg ikke visste fra før, eller å gjennomføre en samtale som skal bidra til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen, er det viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk, men bruke den mer som en huskeliste (Malterud, 2013). Det var viktig å stille åpne spørsmål, dette for å oppmuntre deltakerne til å fortelle og gi eksempler. Åpne spørsmål inviterer deltakerne til å presentere sine synspunkter og erfaringer (Thagaard, 2015).

Jeg delte intervjuguiden opp i tre deler, hvor hver del inneholdt flere underpunkter og underspørsmål. Dette for at jeg skulle få dekket eller utdypet de forskjellige temaene jeg ønsket (Johannesen et al.,2016). Første del inneholdt oppvarmingsspørsmål, der deltakerne kunne fortelle det de ønsket om seg selv, som blant annet bakgrunn, utdannelse, yrkeskarriere og familie (Thagaard, 2015). Hoveddelen inneholdt refleksjonsspørsmål. Jeg delte denne delen opp i tre kategorier: før, under og etter Covid-19 pandemien. Den største delen handlet om hverdagen under pandemien da det var dette jeg var mest interessert i å høre deltakernes erfaringer om. Den tredje delen var avrundingspørsmål der jeg spurte om det var noe de ikke hadde fått fortalt underveis i intervjuet som de ønsket å dele.

4.1.5 Gjennomføring av de kvalitative intervjuene

Jeg ga deltakerne valget om at intervjuet kunne foregå hjemme hos dem, på kafé eller et annet sted som kunne passe dem bedre. Alle deltakerne ønsket at jeg skulle komme hjem til dem. I deltakernes eget hjem, er jeg som intervjuer gjest, og deltakerne kan oppleve at de har mer kontroll over møtet. I de fleste sammenhenger er det å foretrekke å intervju i et privat rom som deltakerne føler er deres (Green & Thorogood, 2018). Jeg gjorde opptak av intervjuene, alle deltakerne ble informert godt om hvorfor jeg ønsket å ta lydopptak, og det var ingen som hadde noen motsigelser mot dette. Ved å ta opp intervjuene bidro det til å sikre at man fikk med seg alt som ble sagt (Green & Thorogood, 2018) og det gjorde at jeg som forsker kunne konsentrere meg om deltakeren og fortellingene (Thagaard, 2015).

Ved å benytte semistrukturert intervju ga det meg fleksibiliteten i intervjuet til å stille relevante oppfølgings spørsmål og endre rekkefølgen på spørsmålene for å få en god flyt i intervjuet (Green & Thorogood, 2018). Jeg erfarte at muligheten denne metoden ga meg fungerte godt, da deltakerne svarte på spørsmål og byttet tema underveis i fortellingene sine, noe som gjorde at jeg beveget meg frem og tilbake i intervjuguiden, som igjen ga en god flyt i samtalen (Johannessen et al., 2016).

Varigheten på intervjuene varte fra ca. 30 minutter til ca. 120 minutter. Det var stor variasjon, et par av deltakerne svarte konkret på spørsmålene som ble stilt og ble ikke avledet inn på lengre historier. Andre deltakere var mer pratsomme, fortalte lengre historier og delte flere opplevelser fra pandemien. Det som vekket min interesse i intervjuene, er at alle deltakerne svarer med en del motsigelser underveis av hvordan de har det og hvordan de har opplevd pandemien. De kan si at de har det bra til tross for situasjonen, at andre har det verre enn dem osv. men at det senere kan komme frem det motsatte. Deltakerne har en måte å ordlegge seg på som var gjennomgående for alle, noe som kanskje kan representere denne aldersgruppen.

4.1.6 Transkripsjon

Jeg transkriberte alle intervjuene selv for å få et tekstnært forhold til materialet. Den nedskrevne teksten ble til sammen 124 tetskrevne sider med tekst. Jeg skrev en så nøyaktig transkripsjon som mulig, der jeg skrev ned ord for ord, for ikke å miste noe underveis. Et nøyaktig transkribert opptak er den mest pålitelige registreringen av et intervju (Green & Thorogood, 2018). Transkripsjoner er oversettelser fra talespråk til skriftspråk. Et intervju er et direkte sosialt samspill der det temporale utfoldelsestempo, stemmeleie og kroppsspråk fremtrer umiddelbart for deltakerne i samtalen, men som ikke kommer med i utskriften. Lydopptaket av intervjuet innebærer en første abstraksjon fra de samtalende personer direkte fysiske tilstedeværelse, og det medfører tap av for eksempel kroppsspråk eller gester (Kvale & Brinkmann, 2015). I transkripsjonen skrev jeg derfor ned i parenteser det jeg husket av reaksjoner og kroppsspråk fra intervjuet. Det gjorde jeg for å ha muligheten til å ta det med videre i analysearbeidet. Når man transkriberer sine egne intervjuer vil en til en viss grad huske eller gjøre seg noen tanker om de sosiale emosjonelle aspektene ved intervjusituasjonen, og vil allerede ha påbegynt meningsanalysen av det som ble sagt (Kvale & Brinkmann, 2015).

4.2 Analyse

Jeg har valgt å benytte meg av Kirsti Malteruds (2013) analysemetode for systematisk tekstkondensering. Analyseprosessen inneholder fire trinn som utgjør hovedstrukturen i metoden og jeg fulgte disse da jeg gjennomførte analysearbeidet. Hvordan jeg har gjort dette har jeg beskrevet punktvis inndelt etter trinnene i metoden:

4.2.1 Få helhetsinntrykk – fra villnis til temaer

I første trinn handler det om å bli kjent med datamaterialet, og å lese igjennom de tettskrevne sidene for å danne seg et helhetsinntrykk. Helhetsinntrykket ble skapt underveis ettersom jeg transkriberte alle intervjuene selv, men en del var glemt da jeg skulle begynne analysen. Jeg leste derfor igjennom transkripsjonene et par ganger til for å danne meg et godt helhetsbilde. I denne delen av analysen forsøker man å ha et fugleperspektiv, og ikke de iøynefallende detaljene (Malterud, 2013). Underveis vurderte jeg mulige temaer som på en eller annen måte representerte erfaringene til deltakerne om Covid-19 pandemien. Jeg laget en liste over foreløpige temaer som vekket min oppmerksomhet: tap av initiativ, ensomhet, redusert fysisk funksjon, negativt møte med helsevesenet, redsel, isolasjon, likegyldighet og fravær av besøk. Dette var umiddelbare temaet som kom frem etter de første gjennomlesningene. Etter hvert samlet jeg noen av temaene da mye ble likt og gjentakende. Jeg endte derfor opp med fire hovedtemaer som et førsteutkast: *Aktiviteter i hverdagen, følelser knyttet til pandemien, gruppetrening/trening og negativt møte med helsevesenet*. Jeg videreutviklet disse temaene i trinn 4.

4.2.2 Meningsbærende enheter – fra temaer til koder

Det andre trinnet av analysen består av å organisere den delen av materialet som skal studeres nærmere, skille relevant tekst fra irrelevant og begynne å sortere den delen av teksten som kan tenkes å belyse problemstillingen. Det vil si å identifisere de meningsbærende enhetene som gir kunnskap om ett eller flere av temaene (Malterud, 2013). Jeg valgte å sortere de identifiserte meningsbærende enhetene i ulike dokumenter som ga kunnskap om hvert tema, dette i form av sitater fra datamaterialet. Videre kodet jeg de meningsbærende enhetene og sorterte de systematisk. Kodearbeidet tar sikte på å identifisere og klassifisere alle meningsbærende enhetene i teksten og det innebærer en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for senere å kunne leses i sammenheng med beslektede tekstelementer (Malterud, 2013). Jeg laget ulike dokumenter der jeg klippet og limte

inn deler av den originale transkriberte teksten for å sortere sitater inn i de ulike kodene. Jeg jobbet mye frem og tilbake i datamaterialet, og valgte å samle all tekst som ikke ble benyttet ett sted, slik at det var enkelt å gå tilbake i tilfelle jeg ønsket å bruke det senere. Underveis fant jeg ut at flere av kodene overlappet hverandre, og det ble noen dobbeltkoder, jeg valgte derfor å slå noen av kodene sammen. Kodene klassifiserer de meningsbærende enhetene, i form av sitater, og det var sitatene som ga navn på kodene (Malterud, 2013). Kodene som kom frem var sosialt fravær, avstand fra familie, ensomhet, redsel, angst, fysisk aktivitet, hverdagsaktiviteter, gruppetrening, reise, smitte, karantene, testing, vaksine, forhåndsregler, restriksjoner, informasjon, leger, hjemmesykepleie, risikogruppe, underliggende sykdommer og digital trening.

4.2.3 Kondensering – fa kode til mening

Tredje trinn av analysen består av kondensering. Det vil si å abstrahere kunnskapen som er etablert i andre analysetrinn ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. På dette stadiet er det empiriske materialet redusert til et dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter (Malterud, 2013). Jeg jobbet systematisk og gjennomgikk hver enkelt kodegruppe for seg. Underveis sorterte jeg materialet i relevante subgrupper med sikte på å belyse prosjektets problemstilling. Videre jobbet jeg med et kondensat – der jeg sammenfattet og flettet sammen kodene for å gjenfortelle det som befant seg i den aktuelle subgruppen, som videre skulle gi et sammendrag av deltakernes stemme om selve temaet (Malterud, 2013).

4.2.4 Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

Det fjerde og siste trinnet av analysen skal bitene settes sammen igjen, altså å rekontekstualisere. Her sammenfattes funnene i form av gjenfortellinger som legger grunnlaget for nye beskrivelser. Jeg skrev en analytisk tekst for hver kodegruppe, med basis fra de kondenserte tekstene og de utvalgte sitatene. Dette for å formidle til leseren hva materialet forteller om de ulike sidene av det fenomenet som er studert opp mot problemstillingen av prosjektet (Malterud, 2013). Det var utfordrende å få frem og tydeliggjøre påvirkningen av Covid-19 pandemien og dens alvorlige konsekvenser for deltakerne i beskrivelsen. Jeg måtte derfor dykke dypere inn i hva de faktisk fortalte, «grave» og leve meg inn i beskrivelsene for å finne betydningen og meningen med det de hadde fortalt, for så å prøve å tydeliggjøre det enda mer i funnene. Det ble derfor gjort flere endringer underveis for at dette skulle blir beskrevet så korrekt og lojalt i forhold til deltakernes stemmer og for å gi leseren innsikt og tillit (Malterud,

2013). Da jeg var fornøyd med fremstillingen av funnene i studien gikk jeg tilbake til råmaterialet, direkte fra transkripsjonen, for å validere resultatene. Etter endt analyse og ved slutten av sammenfatningen endte jeg opp med tre hovedtemaer: «*En hverdag styrt av strenge restriksjoner*», «*Pandemiens psykologiske påvirkning*» og «*Å møte helsevesenet under en pandemi*».

4.3 Etske overveielser

Forskningen må underordne seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer. I forskning oppstår etiske problemstillinger når forskningen direkte berører mennesker, spesielt ved datainnsamlingen, som for eksempel i denne oppgaven; intervjuer. Etske hensyn innebærer at man som forsker tenker på hvordan et tema kan belyses, uten at det får etisk uforsvarlige konsekvenser for enkeltmennesker, grupper av mennesker eller hele samfunnet (Johannessen et al., 2016). I dette forskningsprosjektet har de etiske retningslinjene vært forankret i hele prosessen – fra planlegging og gjennomføring til levering av masteroppgaven. Jeg har benyttet meg av de forskningsetiske retningslinjene for samfunnsvitenskap og humaniora som er utarbeidet av NESH (2021), og brukt dette som et hjelpemiddel og veiledning i prosessen.

I planleggingsfasen utarbeidet jeg et informasjonsskriv og samtykkeskjema med beskrivelse av prosjektet. Det er viktig at et slikt skriv informerer om at samtykket er frivillig, altså at det ikke innebærer noe ytre press eller begrensning i valgfrihet, og at man har rett til å avbryte sin deltakelse uten negative konsekvenser. I tillegg skal skrive være informert, det vil si at deltakerne skal forstå at de er blitt spurt om deltakelse på grunn av de er eldre personer, deltakende på treningsgruppe i regi av kommunen, formålet var å innhente deres erfaringer med Covid-19 pandemien og at datamaterialet skulle brukes i en masteroppgave (NESH, 2021). Informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet ble sendt til de 11 aktuelle deltakerne i posten før jeg tok kontakt med dem. Dette for at de skulle få mulighet til å gjøre seg opp en mening om de ønsket å delta eller ikke uten at jeg hadde påvirket til deltakelse. Deltakerne har rett til selvbestemmelse og autonomi, det vil si at den personen som blir spurt om å delta, den som deltar og den som tidligere har deltatt i en undersøkelse, skal kunne bestemme over sin deltakelse (Johannessen et al., 2016). Av de 11 personene som fikk informasjon i posten, var det 5 personer som valgte å takke nei til deltakelse da jeg kontaktet dem på telefon. Selv om de 6 deltakerne som deltok i studien hadde fått informasjonsskrivet på forhånd og lest det, gikk

jeg igjennom det muntlig med hver enkelt før intervjuet startet, da jeg ønsket å være sikker på at de hadde lest og forstått informasjonen som var blitt gitt.

Deltakerne skal være sikker på at jeg som forsker ivaretar konfidensialitet og ikke bruker opplysningene slik at de som er med i prosjektet kan identifiseres. Informert samtykke inneholdt derfor informasjon om hvordan datamaterialet skulle bli oppbevart sikkert og lengde på oppbevaringsbehovet av materialet. UiO som forskningsinstitusjon har lagt til rette for bruk av TSD for forsvarlig lagring av datamaterialet (NESH, 2021) og jeg har benyttet meg av det i lagring, oppbevaring, koding og analysering av datamaterialet. Siden prosjektet er en kvalitativ undersøkelse og det blir gjengitt detaljerte beskrivelser av enkeltpersoner, var det viktig for meg å sikre deltakernes anonymitet. Jeg har derfor brukt pseudonymer i stedet for faktisk navn, og i tillegg endret på andre opplysninger som for eksempel stedsnavn, familiemedlemmers kjønn osv. for å sikre dette (Johannessen et al., 2016). Anonymisering innebærer å fjerne forbindelsen mellom personer og informasjon slik at opplysningene ikke kan spores tilbake til individet (NESH, 2021).

Før møtet med deltakerne reflekterte jeg over mulige etiske utfordringer jeg kunne møte. Særlig med bakgrunn av at jeg er ansatt i kommunen de bor i og at jeg som helsepersonell kunne avdekke et hjelpebehov utover det deltakerne mente de hadde behov for eller eventuelt oppdage at deltakeren er i fare for seg selv eller andre. Jeg var klar over at jeg i bestemte situasjoner som forsker kunne være nøtt til å avvike fra kravet om konfidensialitet for å ivareta varslingsplikten (NESH, 2021). Det var også viktig for meg i møte med deltakerne å informere om min bakgrunn, og klargjøre at jeg var hos dem som forsker og ikke ergoterapeut fra kommunen, dette for å tydeliggjøre grensene for forskningsrelasjonen. Jeg som forsker har ansvar for å klargjøre grenser, forventninger og krav knyttet til rollen som forsker overfor deltakerne i studien (NESH, 2021). Før oppstart av studien reflekterte jeg også over risiko for skade og belastning studien kunne påføre deltakerne, fordi forskningen ikke bør påføre deltakerne skade eller utsette dem for andre urimelige fysiske eller psykiske belastninger (NESH, 2021). Refleksjonene jeg gjorde meg var at spørsmålene om deres fysiske og psykiske helse kunne gi emosjonelle reaksjoner, det å snakke om pandemiens restriksjoner som avstand fra familiemedlemmer, og det at restriksjonene kunne ha bidratt til at deltakerne hadde gått glipp av viktige begivenheter i livet som bryllup, dåp eller begravelser kunne være belastende. Jeg reflekterte også over om deltakerne kunne ha opplevd noe negativt knyttet til smitte under pandemien, for eksempel om de kjente noen som ikke hadde overlevd en smitte av Covid-19.

I og med at jeg ikke hadde kjennskap til diagnosene til deltakerne før de eventuelt delte dem selv frivillig under intervjuet, var det også viktig for meg å reflektere over at eldre personer kan ha diagnosen demens eller ha en kognitiv svikt. Eldre personer er en sårbar gruppe, og de kan ha særskilte behov for beskyttelse (NESH, 2021). Hvis jeg som forsker opplevde under intervjuet at deltakerne ikke forstod hva deltakelsen i forskningsprosjektet innebar, hadde jeg valgt å avslutte intervjuet og ikke brukt det eventuelle datamaterialet videre i studien. I tillegg var det viktig for meg å fremstille deltakernes fortellinger slik at det blir forstått i sammenheng, og ikke på noen måte fordummende.

I skriveprosessen av denne oppgaven har det også vært viktig for å bruke god henvisningsskikk for å anerkjenne andres arbeid, og bygge videre på dette med respekt, og det har derfor blitt gitt nøyaktige henvisninger til kildene jeg har benyttet. Jeg har også vært nøye med å gjengi og beskrive resultatene så korrekt som mulig, for å sikre god vitenskapelig praksis (NESH, 2021).

4.3.1 Formelle godkjenninger

Før datainnsamlingen kunne begynne var det nødvendig å innhente ulike godkjenninger. Prosjektplanen ble først sendt inn til en fremleggingsvurdering ved Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for en vurdering om det var behov for å sende inn en full søknad. Svaret på fremleggingsvurderingen var at dette var nødvendig, full søknad ble derfor sendt, og godkjenning på prosjektet fra REK (vedlegg 3) ble mottatt i oktober 2021. I og med at prosjektet innebar intervjuer, lydopptak og lagring av personopplysninger var det nødvendig å sende inn prosjektet til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). NSD godkjente prosjektet i november 2021 (vedlegg 4). I tillegg til REK og NSD ble prosjektplanen sendt inn til Masteroppgavekomiteen (vedlegg 5) ved avdeling for tverrfaglig helsevitenskap ved UiO. De godkjente prosjektet i oktober 2021.

5.0 Resultater

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene fra de seks gjennomførte intervjuene. Jeg presenterer tre hovedtemaer fra analysen: «*En hverdag styrt av strenge restriksjoner*», «*Pandemiens psykologiske påvirkning*» og «*Å møte helsevesenet under en pandemi*». Under første hovedtema «*En hverdag styrt av strenge restriksjoner*» presenteres deltakernes erfaring med usikkerheten, inaktivitet, annerledes hverdag, fravær av menneskelig kontakt og det å bli mer isolert. Under andre tema «*Pandemiens psykologiske påvirkning*» presenteres deltakernes følelser under pandemien, implementering av restriksjoner og deres opplevelser av å være definert i en risikogruppe for alvorlig sykdom og/eller død ved smitte av Covid-19. Under siste hovedtema «*Å møte et helsevesen under en pandemi*» belyses opplevelsene og utfordringene deltakerne erfarte i møte med helsesektoren på ulike nivåer under pandemien.

5.1 En hverdag styrt av strenge restriksjoner

5.1.1 «Vi visste jo ikke...»

De seks deltakerne som ble intervjuet deltok som tidligere nevnt på gruppetrening i regi av fysioterapeuter i kommunen de bor i før pandemien brøt ut. Det vil si at alle deltakerne var ute av hjemmet sitt minst en gang i uken, var deltakende i et sosialt miljø og at de også på denne måten ble påvirket av pandemiens konsekvenser. Alle erfarte at samfunnet i stor grad ble stengt ned.

Deltakerne fortalte at de alle var fornøyde med gruppetreningstilbudet og at de trivdes. «*Jeg syntes det var kjempefint. Jeg var veldig fornøyd med det. Så fort de har hatt åpent så har jeg vært der*» sa Gunhild (77). Hun referer til at gruppetreningen har vært åpen i perioder av pandemien da restriksjonene var mildere. I tillegg til treningen var det et møtepunkt og rom for sosial kontakt med andre deltakere. Dette var det flere av deltakerne som satte pris på. En av dem var Hans (84) som fortalte: «*Det er veldig artig syntes jeg. Pratet jo en del med folk som man var sammen med der*».

Under pandemien var gruppetreningene i lengre perioder med høy smitte generelt i samfunnet avlyst. Alle deltakerne var enige om at det var riktig avgjørelse, selv om konsekvensene for inaktivitet raskt ble kroppslig merkbart. De syntes også periodene uten tilbudet var kjedelige og savnet å komme tilbake. Hans (84) sa: «*Jeg syntes det var forferdelig*» om at treningsgruppene

ble avlyst, selv om han mente det var til det beste. Det meste i samfunnet var stengt og det var ingen tvil om at deltakerne også mente det var viktig med en felles innsats for å stoppe smittespredning.

«Vi visste jo ikke, folk ble veldig syke og mange døde jo, så nei jeg syntes det var riktig. De må jo ta de forhåndsreglene som er, og det ble nedstengt restauranter og kinoer og alt sammen, og det er ikke vits å stenge noe og så ikke alt»
(Solveig, 89).

Solveig (89) var ikke alene om at usikkerheten rundt pandemien føltes skremmende. Deltakerne rettferdiggjorde de konsekvensene pandemien ga dem og ingen av dem var kritiske til at restriksjonene påvirket dem i stor grad negativt. De var opptatt av at pandemien var en felles dugnad og at andre i samfunnet også var rammet av samme pandemi, og at alle måtte ta de forhåndsreglene som gjaldt. Grad av usikkerhet varierte i løpet av pandemien, og en av faktorene var mutasjonsvarianten av Covid-19.

«Jeg syntes når smitte var så stor, mens det enda var den Delta`n (en av mutasjonene til Covid-19), at det var riktig å stenge. For nå er det jo greit, for den er jo ikke så farlig visstnok denne Omikron (en av mutasjonene til Covid-19). Men jeg syntes det var riktig»
(Gunhild, 77).

Deltakerne var opptatt av å innhente informasjon om pandemien, og var derfor godt informert om de ulike mutasjonene av Covid-19. De holdt seg også oppdatert på smittetall i samfunnet. Forhåndsreglene tok de seriøst og forholdt seg daglig til det. Det var derfor stor forståelse for at gruppetreningene ble holdt stengt, da de opplevde det som vanskelig å opprettholde avstanden som var anbefalt: *«Syntes det var riktig (at gruppetreningene var stengt). For vi sitter jo tett, og med den Coronaen så er det ingen som vil ha det»* (Elin, 74). Fysioterapeutene prøvde å gjøre tiltak for å kunne forebygge smitte på trening, men det viste seg å være vanskelig å gjennomføre i praksis.

«For selv om du sitter, kan holde en meter, når du gjør øvelser så slår du bort i hverandre litt. Og så blir man hentet i bil, de har en bil som de henter folk med, og der sitter du jo ganske så tett. Selv om det har vært færre i bilen nå etter at de begynte med nedstengningen og det».
(Gunhild, 77).

Gunhild (77) forteller at selv om det ble gjort ulike tiltak, som færre personer i samme bil, så opplevdes det som å bryte restriksjonene på avstand, samt at bekymringen ved å være flere tett samlet ga en usikkerhet og økt sannsynlighet for å bli smittet.

5.1.2 «Initiativet har blitt borte»

Alle deltakerne var enige om at det var riktig avgjørelse å stenge ned gruppetreningstilbudet, selv om fortellingene de deler gir informasjon om at konsekvensene av fravær av fysisk aktivitet har vært alvorlige for dem. «*Ble jo stivere og stølere på alle slags vis. Det er balansen som er det verste*» fortalte Arne (87) om hvordan han opplevde resultatet av å ikke opprettholde jevnlig fysisk aktivitet. Gruppetreningene har fokus på styrke og balanse, da dette er viktige funksjoner for å kunne mestre hverdagen selvstendig, og for å unngå fall som kan gi store helsekonsekvenser for eldre personer. Sigrid (78) merket det på pusten: «*Du får ikke sånn fryktelig bra pust av å sitte her*», hun referer til godstolen i stuen hjemme, som har blitt mer brukt den siste tiden enn tidligere. Sigrid (78) merker også at aktiviteter i hjemmet har blitt tyngre å gjennomføre som en konsekvens av fravær av fysisk trening.

«Jeg er i så mye dårligere form enn jeg var vet du. Jeg blir så andpusten i ett sett, det var jeg jo aldri før. Og nå går det ganske tregt opp trappa. Så jeg kjenner jo at jeg er i mye dårligere form enn jeg var».

(Sigrid, 78).

De kroppslige forandringene Sigrid (78) beskriver har gjort henne bekymret for egen helse og er en stor forandring fra hvordan hun opplevde seg selv før pandemien. Hun beskriver hvordan fravær av fysisk trening har påvirket initiativet hennes til å opprettholde hverdagslige aktiviteter hun alltid har gjort, og at dette nå har blitt et ork og mer utfordrende enn tidligere:

«Jeg var jo en ganske aktiv dame før pandemien, men den har påvirket meg sånn at det er ikke noe fart i meg mere. Før pandemien kunne jeg gjøre hva som helst. Jeg støvsuger av og til da, men det er liksom et ork å gjøre noe. Jeg liker kryssord og sudoku, det er tidsfordriv. Det er begrenset hvor aktivt det er. Du får ikke pusset vinduer når du løser kryssord en hel dag. Så det er initiativet som har blitt borte».

(Sigrid, 78).

De kroppslige forandringene Sigrid (78) kjenner på, i tillegg til de fysiske, er også en endring i hennes forståelse av seg selv og hverdagsvaner. Konsekvensen av begrenset fysisk aktivitet har gjort at hun ikke mestrer hverdagen sin slik hun gjorde før pandemien. Hun opplever ikke seg selv som den aktive damen hun var og har nå fått begrensninger hun aldri har opplevd tidligere i livet. En annen som også merket de kroppslige forandringene var Hans (84), han beskrev også vanskeligheter med å opprettholde aktivitet på egenhånd under pandemien:

«Veldig lite dessverre. Har ikke vært flink nok til å trene antakelig heller. Har ikke vært flink nok til å gå. Jeg får tilbud stadig vekk av de som kommer (aktivitetstid) om å hjelpe meg å gå litt, men jeg har vært litt for slapp til det syntes jeg».

(Hans, 84).

I tillegg til de fysiske konsekvensene ved fravær av aktivitet og trening sitter Hans (84) med opplevelsen av at det er han selv som ikke har vært flink nok. Han legger skylden på seg selv, det at han ikke har vært flink nok til å trene, og at funksjonstapet derfor er hans egen feil. Han gjør det til sitt problem, selv om dette var en samfunnsutfordring og restriksjoner som innbyggerne ikke hadde myndighet over. Personer som hadde behov for støttepersoner, ofte fra fagpersoner, mistet mye av det under pandemien. For Hans (84) gjorde dette at han mistet sine rutiner, og opplevde seg selv som lat som ikke mestret å opprettholde rutiner han tidligere hadde hatt.

5.1.3 Ikke likt tilbud

Et tiltak som ble satt i gang av fysioterapeutene da gruppetreningene ble avlyst var å tilby deltakerne digital trening. Digital trening består av øvelser tilpasset hver enkelt som blir vist i form av film, som man kan se ved bruk av en app eller nettside man må logge inn på med privat konto. Treningen som blir gjennomført registreres slik at fysioterapeutene kan følge med, samt at deltaker og fysioterapeut kan kommunisere skriftlig i programmet. I tillegg til digital kommunikasjon holdt fysioterapeutene kontakten med deltakerne også gjennom telefonsamtaler. Av deltakerne som ble intervjuet var det bare to av seks som takket ja til tilbudet og som da benyttet seg av det under pandemien. Begge deltakerne var fornøyd med å få et annet tilbud for å opprettholde treningen.

«Fysioterapeuten var veldig god å ha, hun laget digitalt treningsprogram med musikk. Hun ringte hver fredag og lurte på hvordan det gikk».

(Sigrid, 78).

Sigrid (78) opplevde at hun fikk god oppfølging i forbindelse med treningen. Telefonkontakten mellom deltaker og fysioterapeut en gang i uken gjorde også at følelsen av å bli husket på, sett og fulgt opp i en periode med lite annen kontakt var positiv. Det var enklere å fortsette med treningsøvelser på egenhånd med et slikt tilbud.

«Jeg trener hjemme i hvert fall en gang i uka. Det er seks seksjoner, tre sittende og tre stående øvelser, og det tar ca. 20 minutter. Så du blir sliten av det».

(Gunhild, 77).

Begge to var ivrige til å benytte seg av programmet i starten av pandemien, men motivasjonen for å trene alene i eget hjem ble lavere jo lenger pandemien varte. *«I starten så var jeg jo ivrig da, men så fikk jeg lite ork»* (Gunhild, 77). Denne erfaringen delte også Sigrid (78): *«Det var jo veldig fint til å begynne med, men det ble jo mindre og mindre vet du»*. Selv om digital trening var en mulighet til å fortsette med trening på egenhånd, med oppfølging fra fagpersoner, var opplevelsen av egentrening ensom. Gruppetreningene var derfor et stort savn hos begge deltakerne.

«Der er det jo folk å snakke med, det er jo sosialt og, ikke sant. Det blir ikke det samme å sitte hjemme her og så trene».

(Sigrid, 78).

Disse opplevelsene og erfaringene med digital trening viser at det å komme seg ut og møte andre mennesker er vel så viktig i et helseperspektiv som den fysiske treningen for eldre personer. Som tidligere nevnt fikk alle deltakerne tilbud om digital trening, men bakgrunnen for at fire av seks deltakere ikke deltok var grunnet deres reduserte digitale kompetanse og manglende tilgang til utstyret som kreves. Utstyret må man besitte selv, i form av smarttelefon, nettbrett eller pc, og det var det ikke alle som hadde. Det betyr at, digital trening som ble tilbudt som en erstatning for gruppetrening, ikke passet til over halvparten av deltakerne. Dette gir igjen ulikheter i hvilken oppfølging deltakerne fikk under pandemien og kan være utslagsgivende på alvorligheten av konsekvensene deltakerne sitter igjen med.

5.1.4 Forhåndsregler

Før pandemien var flere av deltakerne deltakende på andre sosiale arenaer i tillegg til gruppetrening. De engasjerte seg blant annet i frivillighet og pensjonistforening, og besøkte seniorsentre og den lokale bingoen. Det ble derfor en stor forandring i hverdagen da strenge restriksjoner ble innført og det opplevdes som en bråstopp i et aktivt liv.

«Jeg hadde det jo veldig bra, men så den 12. mars da var det slutt. Da var liksom alt stengt. Dessuten skulle du holde deg unna alle andre folk. Jeg bare satt der».

(Sigrid, 78).

Forandringen fra et aktiv til passivt liv var en stor forandring for Sigrid (78) og for de fleste andre i samfunnet. Hverdagen ble i lengre perioder stort sett tilbragt hjemme, det kan oppleves som at man mister seg selv og at det man var opptatt av tidligere ikke er så viktig lenger. Sigrid (78) forteller hvordan hun opplevde den nye hverdagen:

«I dag så har jeg pusset vinduer, på innsiden, til ære for deg. Hadde ikke gjort det hvis du ikke hadde kommet. Jeg støvsuger av og til da, men det er et ork å gjøre noe. Det er ikke det at jeg ikke kan gjøre det, men det er helt greit at TVen støver ned, for det er ingen som kommer allikevel».

(Sigrid, 78).

Sigrid (78) beskriver en inaktiv hverdag og dens ringvirkninger, blant annet ved at aktivitetsnivået gjenspeiler redusert fysisk aktivitet i hverdagen, og at initiativet på å gjøre hverdagsaktiviteter som man tidligere tok som en selvfølge har blitt mer utfordrende eller borte. Hun er kommet inn i en ond sirkel det kan bli vanskelig å tre ut av. I tillegg beskriver hun en alvorlig konsekvens av besøksrestriksjonene, ved at hun ikke har noen forventning om å få besøk og at hjemmet hennes ikke lenger er en sosial arena som møteplass for familie og venner. Det at man ikke lenger identifiserer hjemmet sitt som en sosial møteplass er en bekymringsfull konsekvens, og som igjen kan gi tap av roller man tidligere har hatt. Roller er noe man identifiserer seg med og er en del av forståelsen en selv, og ved endringer kan det resultere i negativt selvbilde eller gi en tapsopplevelse.

Pandemiens begrensninger ble håndtert på ulike måter blant deltakerne. En av dem sammenlignet situasjonen med tidligere erfaringer og følte seg bedre rustet til å håndtere endringene:

«Jeg har levd sånn som jeg gjorde under krigen. Det syntes jeg var en fin måte å leve på når det var som det var».

(Arne, 87)

Selv om Arne (87) bare var et lite barn da han opplevde andre verdenskrig, satt han igjen med minner som kunne tilsvare restriksjonene under pandemien. Han sammenlignet blant annet det at man ikke kunne gå ut som man ville, holde avstand til andre mennesker og usikkerheten man måtte leve med. Flere av deltakerne savnet å ha mer kontakt med andre, men Elin (74) opplevde ikke forandringen som så stor, hun fortalte at hun fra før av var vant til å være alene og trives med det: *«Jeg har hatt det bra jeg»* (Elin, 74). Det er individuelt hvordan man opplever det å være alene, og det virker som Elin (74) ikke følte seg så alene om å være alene, som andre kanskje syntes var et større brudd i hverdagen.

I perioder med lave smittetall har samfunnet åpnet i varierende grad. Deltakerne har i ulik grad ønsket å benytte seg av at fasilitetene, som blant annet restauranter, kinoer og kaféer, har vært tilgjengelige igjen. De aktuelle restriksjonene ble en begrensning på deres livsutfoldelse. En av deltakerne som ikke har tillatt seg å benytte mulighetene er Arne (87):

«Ikke har jeg tenkt til å gjøre det heller. For jeg lever som at det er stengt jeg. For jeg har så mye bak meg som gjør at jeg ikke vil tåle en smitte. Jeg har både KOLS og astma».

(Arne, 87).

Redselen for å bli smittet av Covid-19 gjør at Arne (87) vil fortsette med selvisolering. Han er bekymret for alvorlig sykdomsforløp ved en eventuell smitte og velger derfor å opprettholde de strenge restriksjonene ovenfor seg selv. Det kan virke som at usikkerheten som var i starten av pandemien har påvirket han i så stor grad, at det er vanskelig for han å se for seg det å slutte å ta hensyn til smitteverntiltakene, selv med vaksiner og lave smittetall. Det at Arne (87) kjenner på en så stor redsel for en eventuell smitte, at han velger å fortsette med selvisolering, kan ha stor innvirkning på livskvaliteten mot slutten av livet hans og er en langvarig konsekvens av

pandemien. Flere av deltakerne var også opptatt av og fulgte med på smittetall, men i motsetning til Arne (87) brukte de informasjonen til å prøve å gjenoppta tidligere aktiviteter.

«Jeg går en del på bingo. Det har jo vært litt åpent innimellom, så da har jeg vært der. Jeg går jo med munnbind. Det er lite folk der. Det begynte å komme veldig høye tall her i kommunen nå igjen, da var jeg skeptisk til å gå, så jeg sa nei jeg tør ikke».

(Gunhild, 77).

I tillegg til smittetall, var også Gunhild (77) opptatt av å være på arenaer der det ikke var så mange mennesker, slik at det var mulig å opprettholde avstand. Det var viktig for henne å komme seg ut når det var muligheter for det, og heller velge å benytte seg av forhåndsreglene som nevnt med avstand, men også å bruke munnbind. Elin (74) har også valgt å benytte seg av muligheten til å være sosial når det har vært åpent:

«Jeg har jo vært en del på frivillighetssentralen, der har jeg vært noen turer. Veldig koselig. Men det har vært stengt der og på grunn av Coronaen da. Jeg har nettopp vært der, ellers så har jeg ikke vært der siden lenge før jul. For de har jo stengt. Men akkurat nå var det åpent da».

(Elin, 74).

Gunhild (77) og Elin (74) har kommet i gang med etterlengtede aktiviteter. Etter lengre tid isolert og inaktiv i eget hjem er det ikke like enkelt for alle å ta livet tilbake: *«Jeg tror jeg har blitt mer lat nå. Sitte i sofaen, det ble den nye vanen»* fortalte Sigrid (78). Det er ikke unikt at resultatet av inaktiviteter gir økt passivitet slik Sigrid (78) forteller, og denne nye vanen kan være vanskelig å gjøre noe med jo lenger tid det går.

Oppstart med vaksinerings av befolkningen skjedde omtrent et år etter pandemiens utbrudd. Vaksine bidro til en økt trygghet, sammen med lavere smittetall og restriksjoner, til å kunne begynne å ta tilbake kjente aktiviteter igjen.

«Jeg følte meg jo litt tryggere når jeg hadde fått det (vaksine), ellers hadde jeg ikke turt, jeg fikk jo tre (doser) før jeg dro til Bergen i juni (2021), jeg hadde nok ikke turt å reise uten å være ferdig vaksinert».

(Gunhild, 77).

Gunhild (77) har familie i Bergen som hun ikke hatt sett siden en stund før pandemien. Avstanden opplevde hun ikke som så stor tidligere, men pandemiens restriksjoner gjorde at hun følte at familien var langt unna. Vaksinasjonen gjorde at hun igjen turte å reise på etterlengtet besøk.

5.1.5 Følte seg utenfor

I perioder av pandemien har fasiliteter vært åpent, men med påbud om munnbind-, antall- og avstandsrestriksjoner. Restauranter hadde begrensede sitteplasser og man måtte sitte med en meter avstand hvis man ikke tilhørte samme kohort. For personer med sansetap kan dette gjøre at de ikke får deltatt i den sosiale settingen i like stor grad. Sigrid (78) har nedsatt hørsel og kjente seg utenfor selv om hun var i en sosial setting:

«Vi som var frivillige vi var nå i januar (2022) ute og spiste middag, 15 stykker av oss. Så vi prøver å opprettholde det (sammenkomstene). Men når du skal sitte en meter unna, fikk ikke snakket med noen for hørte jo ikke hva noen av dem sa».

(Sigrid, 78).

Det som skulle være en hyggelig sammenkomst etter en lengre periode med isolasjon ble ikke en hyggelig opplevelse for Sigrid (78). Restriksjonene og sansetap i form av nedsatt hørsel gjorde at hun følte seg utenfor, selv om hun var til stede under middagen. Hun satt igjen med en negativ følelse av det som skulle være noe positivt og som hun hadde sett frem til. Sansetap i form av nedsatt syn og hørsel er noe en del eldre mennesker har, som påvirker dem i en normal hverdag, men sansetapet ble forsterket under pandemien med avstandsrestriksjoner.

Selv om det har vært inaktive dager og en hverdag preget av strenge restriksjoner ser flere av deltakerne fremover og har planer om å ta livet tilbake: Sigrid (78) forteller om reiseplanene sine: *«Det er initiativet som er borte. Men jeg skal, bare det blir sommer nå, så kanskje jeg kan reise til Gjøvik og kan besøke folk».* Hun har familie der som hun ikke har sett på lenge. Endrede rutiner og gjøremål har resultert i nye aktiviteter for noen av deltakerne. Solveig (89) forteller at hun og venninnen ofte har tatt følge til kirken for å stelle på hvert sitt gravsted. Nylig oppsøkte de meningshushuset for en kaffe: *«så ja det er veldig hyggelig. Så har jeg blitt kjent med noen da»* (Solveig, 89).

5.1.6 Fravær av menneskelig kontakt

En av pandemiens strengeste og mest inngripende restriksjoner har vært å begrense besøk og sammenkomster. Slike tiltak satte nye premisser for hvordan folk kunne være sosiale. Eldre personer er fra før av en sårbar gruppe med tanke på isolasjon og ensomhet. Besøksrestriksjonene ble løst ulikt mellom deltakerne, og hvordan besøk ble gjennomført forandret seg underveis i pandemiens forløp. Alle deltakerne forteller om usikkerhet i starten av pandemien.

«De (barn og barnebarn) kom utpå trappa her og hilste på. Vi stod med åpen dør og pratet litt med dem og sånn. Men det tok tid før vi hadde de på besøk».

(Gunhild, 77).

Selv om Gunhild (77) og familien løste besøksrestriksjonene ved å stå ute og holde avstand, var det tungt å ikke kunne klemme på familiemedlemmene, invitere på middag eller sitte barnevakt. Fra å se hverandre ofte ble besøkene sjeldnere og ved besøk kjentes avstanden mellom dem som unaturlig og vond. Hans (84) syntes også det var vanskelig med lite besøk:

«Jeg syntes det har vært kjedelig. Hadde sikkert hatt mer besøk av datteren min og barnebarna på den tiden. Hadde det vært oppe. Samme med barna til sønnen min».

(Hans, 84).

I sitatet forteller Hans (84) at han savnet besøk av datter og barnebarn. Videre fortalte han at han også satte pris på at de tenkte på at de kunne smitte han ved å komme på besøk. Allikevel sitter han igjen med en negativ følelse: *«hele familien ble jo delt opp i stykkevis og delt følte jeg»* (Hans, 84). Han viser en ambivalens til besøksrestriksjonene og beskriver en opplevelse av lite fellesskap og tap av kontakt med nær familie. Det kan være vanskelig å vise negative følelser rundt fravær av besøk fra sine nærmeste, særlig når intensjonen er god, nemlig å unngå smitte. Solveig (89) forteller at sønnen ikke kom på besøk den første tiden, men at de etter hvert fant en løsning som de begge opplevde som trygt:

«Da han først kom så lukket jeg opp døren og gikk ut på kjøkkenet, så gikk han og satte seg der (peker på en stol innerst i stua) og så satt jeg der nede (peker på en stol i andre enden av stua). Så ja holdt på sånn da i flere måneder».

(Solveig, 89).

Det var bare sønnen som fikk lov til å komme inn i leiligheten til Solveig (89) i lang tid. Barnebarna møtte hun ute i nærområdet. Da kunne de gå en liten tur eller sitte i parken for å slå av en prat. Med begrenset besøk fortalte alle deltakerne at telefonen ble hyppigere brukt under pandemien enn tidligere og det kunne bli mange telefonsamtaler. De fleste syntes dette var en god løsning for å opprettholde kontakt, men for personer med nedsatt hørsel, var situasjonen mer frustrerende. Sigrid (78) hadde problemer med høreapparatene i en periode av pandemien og opplevde telefonkontakt som slitsomt:

«For nå etter at jeg fikk reparert høreapparatene mine så kan jeg jo snakke med folk. Etter jeg fikk reparert dem så kan jeg snakke litt i telefonen eller så ble jeg så sliten vet du. Jeg måtte konsentrere meg så følt om hva folk sa. Så jeg ble helt utslitt. Og denne telefonen ringte i ett sett. Så jeg tenkte å kaste den. Jeg ble mer og mer sliten av det. Nå kan jeg la den ligge på bordet foran meg å snakke med folk. Ikke noe problem».
(Sigrid, 78).

Eldre personer opplever ofte sansetap i form av nedsatt hørsel eller syn. I situasjoner som ved pandemien kan dette oppleves som dobbeltinngripende for de det gjelder, da det ikke bare er fysisk kontakt som de mistet, men også kontakt gjennom andre plattformer som telefon. For Sigrid (78) ble telefonen en negativ opplevelse og hun ønsket en periode å kvitte seg med den for å unngå situasjonen. Selv om man kunne holde kontakten med familie og venner over telefon, så ble det ikke det samme. Timene ble slått i hjel med andre aktiviteter, men i lengden ble dette ensformig, Sigrid (78) beskrev det slik:

«Det spiller ingen rolle, jeg kan godt se på TV i 12 timer, det gjør jo ingenting. Jeg kan lese i 24 timer, det er helt greit. Men det er ikke noe menneskelig kontakt ut av det».
(Sigrid, 78).

Sigrid (78) opplevde besøksrestriksjonene som isolerende. Det var ikke det at hun ikke klarte å finne på noe å gjøre, for å få tiden til å gå, men aktivitetene man gjør alene kan ikke erstatte menneskelig kontakt. Tomrommet følte ensomt. Besøksrestriksjonene for eldre personer hadde konsekvenser. De ble frarøvet dyrebar tid med familie. Deltakerne har relativt høy gjennomsnittsalder og flere av dem flere alvorlige og progredierende sykdommer. En eventuell smitte kunne hatt fatale konsekvenser for dem, men lange perioder med isolasjon og ensomhet er også en høy pris å betale for å unngå en mulig smitte av viruset. Allikevel syntes alle

deltakerne det var riktige beslutninger som ble tatt av myndighetene. Selv om restriksjonene betød at de ofret blant annet samvær med nærmeste familie. Deltakerne beskriver det som tungt og vanskelig, men nødvendig, og konsekvensene og alvorligheten av dette er det vanskelig for dem å sette ord på.

5.2 Pandemiens psykologiske påvirkning

Mange av deltakerne hadde, som tidligere nevnt, ikke besøk av sine nærmeste i starten av pandemien. Eldre har i utgangspunktet oftere mindre sosialt nettverk enn resten av befolkningen, og er derfor i en ekstra sårbar posisjon når et samfunn stenger ned. Flere av deltakerne ble psykisk påvirket av pandemien og har syntes perioden har vært vanskelig. Gunhild (77) beskrevet det slik:

«Det var ganske tungt» og «det var litt ensomt».
(Gunhild, 77).

Gunhild (77) bor sammen med ektefelle, men syntes allikevel at fravær av familie og mulighet for å delta ute i samfunnet var utfordrende. Under intervjuet var det vanskelig for Gunhild (77) å sette ord på dette, og hun sa da at hun ikke trodde pandemien hadde påvirket henne så mye. Dagen etter gjennomført intervju ringte hun og fortalte at hun hadde ligget i sengen kvelden etter intervjuet og tenkt på at hun hadde følt seg mye ensom i pandemien. Hun var usikker på om hun hadde uttrykt dette ordentlig i intervjuet.

Det var flere av deltakerne som kjente på en ensomhet under pandemien, ord som ble brukt for å beskrive dette var en slags tomhetsfølelse eller savn, gjerne mot et fellesskap som mangler og at ensomhet er en vond følelse. Sigrid (78) beskriver hvordan hun opplevde det:

«Ja, du veit, man blir jo ensom. Når du ikke kan gå noe sted. Det er jo klart du blir ensom, for at mesteparten av tiden så blir du sittende alene».
(Sigrid, 78).

Besøksrestriksjonene begrenset livet og gjorde at man ikke følte seg velkomne noe sted og at man derfor ikke hadde noe sted å gå. Dette er for mange en ukjent følelse, da normalen tilsier at mange hadde oppsøkt sosial kontakt for å dekke tomrommet. For Sigrid (78) var opplevelsen

av ensomhet knyttet til pandemien og dens restriksjoner. En annen deltaker, Solveig (89), kjente også på ensomheten. Hun følte i motsetning til Sigrid (78) at pandemien ikke var årsaken:

«Den ensomheten, jeg tror ikke Coronaen har gjort noen forskjell for meg. For det at ensomheten, det er noe jeg har fått etter at mannen min døde da. Jeg føler meg veldig ensom og liksom har veldig savn, ja det er jo en sorg som aldri går over.. Og når sønnen min kommer her og vi spiser og koser oss, og så går han, den tomheten der, den er på plass med en eneste gang. Og den ville jeg ha hatt enten det er Corona eller ikke».

(Solveig, 89).

Solveig (89) opplevde en stor livskrise ved at ektemannen gikk bort rett før pandemien, og det ble store forandringer i livet hennes. Følelsen av sorg og savn etter mannen er tydelige for henne, men om pandemiens konsekvenser og restriksjoner også kan ha påvirket henne er vanskelig å skille. Solveig (89) beskriver i tillegg en ekstra tomhetsfølelse når sønnen drar igjen etter hyggelig besøk, besøksrestriksjonene og fravær av sosialt nærvær med sønn og barnebarn kan ha forsterket opplevelse av ensomheten.

Eldre personer ble kategorisert i å være i risikogruppe for alvorlig sykdom eller død ved smitte av covid-19. Eldre har svært ofte diagnoser som ble satt i samme kategori. Noen av deltakerne ble påvirket emosjonelt, mens andre uttrykte lite redsel omkring dette. «Vi har jo blitt mere skeptiske og litt mere forsiktige på alt. Men ikke redd» fortalte Elin (74). Beskrivelsene hennes som «mer skeptisk» og «mer forsiktig» peker også på angst for å bli smittet eller for å kunne smitte andre, men at hun nedtoner følelsene sine i beskrivelsene. Hans (84) hadde heller ikke følt på noe redsel: «Livet går sin gang tenker jeg på», forteller han, selv om han både av alder og diagnoser er kategorisert i risikogruppen er han ikke redd for smitte: «Nei, jeg har ikke følt det. Jeg er for gammel. Jeg er ikke redd for om det blir noe verre» (Hans, 84). Han sier at han ikke er redd for at det skal bli noe verre, men har allikevel satt pris på at familien hans har holdt avstand med tanke på smittespredning.

I motsetning til disse to deltakerne var andre mer preget. «Ja, jeg har vært redd for at jeg skulle få det. Så derfor har jeg tatt alle forhåndsreglene» forteller Arne (87). Selv om han har vært redd for å bli smittet og tatt alle forhåndsregler har han ikke følt seg noe ensom i pandemien. Han syntes i tillegg at restriksjonene i samfunnet har vært for svake:

«Jeg ville hatt det enda strengere jeg. Men det kommer vel av at jeg har så mye bakenfor liggende greier at jeg ikke tåler det».

(Arne, 87)

Han tenker da på diagnosene han har, som var definert som risikofaktor for alvorlig sykdomsforløp. Han uttrykker at han syntes restriksjonene har vært for milde og et ønske om å ha det enda strengere. Konsekvensene av et enda mer nedstengt samfunn er jo ikke kjent, men med de konsekvensene aktuelle restriksjoner allerede hadde for Arne (87), i form av isolasjon og ensomhet, er det interessant at Arne (87) ønsker det. Han kan ha kjent på en redsel for smitte som ikke andre opplevde like sterkt, og at dette har påvirket hans syn på restriksjonene under pandemien. De andre deltakerne delte ikke samme syn, men de mente at de gjeldende restriksjonene var riktige.

Elin (74) og Hans (84) fortalte at de ikke hadde kjent på noen redselsfølelse for å bli smittet, mens Arne (87) delte at han hadde vært redd. Det er ikke alltid like enkelt å sette ord på hvilke følelser man kjenner på i en slik situasjon som pandemien:

«Til å begynne med så skjønte jeg jo ingenting. Men så når jeg begynte å se hvordan det egentlig var så tenkte jeg jo, redd og redd, jeg holdt meg innendørs da. Jeg gikk ikke ut. For at jeg ville jo ikke bli smittet så jeg kunne smitte noen heller. Ikke sant. Så jeg syntes det var ei ekkel tid for jeg visste liksom ikke riktig hva jeg skulle».

(Sigrid, 78)

Sigrids (78) fortelling om opplevelsen beskriver usikkerheten hun og mange andre kjente på i pandemien. Usikkerhet i forbindelse med hvordan man skulle reagere og hva som var riktig eller galt å gjøre. Det var vanskelig å skille mellom følelsene, og hun bruker ordet «ekkel» for å beskrive hva hun følte om denne tiden. I motsetning til Arne (87) som definerte seg selv i risikogruppe gjorde ikke Sigrid (78) det. Selv om hun ikke opplevde å være i noen risikogruppe, forteller hun at mange av personene i omgangskretsen hennes er utsatt, og at dette har påvirket henne og gjort henne redd for å bli smittet selv:

«Nei, ikke noe annet enn at jeg er gammel. Nei, jeg var ikke i noen risikogruppe, det var jeg ikke. Det er bare det at jeg er ikke i noen risikogruppe, men når jeg er nærmeste

kontakt med de som er i risikogruppe, så blir du på en måte det selv. Du må liksom passe deg. Du kan ikke noe for at du er livene redd for at du skal smitte andre».

(Sigrid, 78).

Sigrids (78) redsel for å bli smittet var ikke fordi hun selv kunne bli alvorlig syk, men at hun var veldig redd for å kunne smitte andre som ikke ville tåle det. Hvordan man opplevde det å kunne bli smittet, være smittebærende uten å vite det og smitte andre ble forandret fra hvordan det var før pandemien. Det ble på et vis veldig skamfullt, selv om smittsomme sykdommer ikke er noe nytt, skapte eller i hvert fall forsterket pandemien følelser omkring smitte som man ikke var vant til å kjenne på fra tidligere. Sigrid (78) tar et veldig personlig ansvar ved eventuelt å kunne smitte andre, og hun opplevde dette som belastende.

Bakgrunnen for hvorfor deltakerne plasserte seg ulikt om de var i risikogruppe eller ikke er usikkert, men kan handle om identitet, fysisk funksjon og underliggende sykdommer hos hver enkelt. Om man definerte seg innenfor eller utenfor kategoriene hadde betydning og kan for noen ha forsterket angst eller en frykt for smitte. Gunhild (77) var litt usikker, da hun selv kategoriserte seg i risikogruppe grunnet hennes sykdommer og alder, men på bakgrunn av når hun ble innkalt til første vaksine så oppfattet hun det som at hun ikke ble definert i denne gruppen:

«Jeg har jo skjønt at jeg er i den gruppen fordi at jeg har diabetes og, diabetes to riktig nok, og jeg går på både tabletter og sprøyte, som jeg må ta hver kveld. Så jeg har jo på grunn av det vært i risikogruppe, men jeg tror ikke jeg var oppført som noe risikogruppe så jeg fikk ikke vaksine før. Mannen min, han fikk vaksine dagen før meg, og han er ikke i noen risikogruppe, han er så frisk så, selv om han er 80».

(Gunhild, 77)

Beskrivelsene til Gunhild (77) viser på en annen måte hvordan pandemien ga en opplevelse av usikkerhet. Informasjonen fra helsemyndighetene var at alder og definerte diagnoser var risikofaktorer, samt at vaksiner først skulle gis til denne gruppen, men at handlingene ved at man følte at man ikke fikk vaksine som en av de første gjorde at man ble usikker på hvor man var plassert allikevel. Fortellingene til Sigrid (78) og Gunhild (77) viser at kategoriene som ble definert hadde betydning for mange, en negativ innvirkning på en del folks liv og påvirket i stor grad den enkeltes opplevelse av pandemien. Ved å kategorisere personer inn i en risikogruppe

gjør noe med en selv, og belastningen medførte følelser som engstelse og bekymring. En slik påkjennelse som varer over lenger tid kan få psykiske konsekvenser for den det gjelder. Selv om de plasserte seg ulikt i kategoriene så var begge to opptatt av å følge restriksjoner og forhåndsregler under hele pandemien.

Det er som beskrevet delte meninger blant deltakerne om hvordan de erfarte og opplevde pandemien og hvordan de emosjonelt ble påvirket av dem. Felles for de alle var at de hadde utfordringer med å sette ord på om pandemien hadde forandret dem på noen måte. Sigrid (78) var den ene som klarte å beskrive forandringene:

«Nja, egentlig så er jeg mere likeglad. Jeg bryr meg ikke så fryktelig mye om saker lenger, men jeg er jo klar over det selv, så det er ikke så dårlig med meg at jeg ikke skjønner at jeg er nødt til å gjøre noe. Jeg skjønner jo det».

(Sigrid, 78)

Sigrid (78) bruker ord som likeglad og at hun bryr seg ikke i like stor grad om saker som tidligere. Likeglad er et negativt ord, og det å ikke bry seg om saker lenger er en alvorlig endring. Det kan bety å miste identiteten og selvfølelsen sin, en endring av hvem man er, og tap av engasjement og mening kan gjøre det vanskelig å ta tilbake hverdagen slik som den var. og kan være en alvorlig konsekvens av pandemien hvis Sigrid (78) ikke klarer å snu denne retningen. Dette inkluderer den alvorlige implikasjonen tapserfaringen under pandemien har både på kort og lang sikt, og tatt i betraktning at de er eldre og for mange med lite tid igjen av livet er dette alvorlig.

5.3 Å møte helsevesenet under en pandemi

Tre av deltakerne har erfaring med hjelp av hjemmesykepleien under pandemien og flere av deltakerne har vært i kontakt med annet helsepersonell på sykehus, hos fastlege og øyelege i samme periode. Det var flere av deltakerne som opplevde det utfordrende å møte et helsevesen under en pandemi. Gunhild (77) fortalte at hun måtte ha hjelp av hjemmesykepleien i en kort periode etter en operasjon:

«Da jeg kom hjem fra sykehuset etter operasjonen, når de hadde gått inn i lysken, så måtte jeg ha hjemmesykepleie for å komme å skifte (på såret). Da var det jo forskjellige hver dag. Jeg brukte jo munnbind og var litt engstelig. De var jo flinke til å bruke

munnsbind og sånt da. Jeg likte det ikke noe særlig, men var jo nødt for å ha de til å komme da».

(Gunhild, 77)

Gunhild (77) beskriver at hun ble engstelig når det kom forskjellige personer hver gang, på grunn av smittefaren det medførte, men det kan virke som hun følte at de gjorde det du kunne med forhåndsregler. Det kan også oppleves som utrygt når du aldri kjenner igjen personene som kommer hjem til deg. Hjemmesykepleien består av mange ansatte og det kan derfor bli mange å forholde seg til. Når man har hjemmesykepleie over en lengre periode blir man kanskje litt bedre kjent med noen av de faste ansatte, og kan oppleves tryggere. Under pandemien da det var påbudt med bruk av munnsbind, gjorde det at de få kjente fjesene igjen ble ukjente. Hans (84) kommenterte dette: «Når de går med munnsbind alle sammen så kjenner jeg de nesten ikke igjen». Over halve ansiktet blir dekt ved bruk av munnsbind, og viktige ansiktsuttrykk som et smil kan bli gjemt.

Under pandemien ble det nøye vurdert hvilke besøk fra hjemmesykepleien som var nødvendige og ikke, dette for å redusere antall besøk og nærkontakter, både for brukere og for personalet. Det er viktig å påpeke at hjemmesykepleien, til tross for strenge restriksjoner, skulle gjennomføre nødvendig helsehjelp i hjemmet til de som har behov for det. En konsekvens av denne reduksjonen i antall besøk var det en av deltakerne som opplevde det vanskelig å få den hjelpen hun trengte og at dette var belastende:

«Jeg ringte da jeg var kommet hjem (fra sykehuset), for å høre når de kunne begynne (med sårskift). Nei, det var så mye smitte nå så de ønsket ikke å sende hjemmesykepleie som skulle komme inn fremmed til meg. Jeg kunne gå til fastlegen fikk jeg beskjed om, men jeg kan ikke dra til fastlegen for å skifte (på såret) sa jeg. Jo, men det må du gjøre for vi kan ikke sende noen sa de».

(Gunhild, 77).

Med eller uten pandemi oppfordrer hjemmesykepleien til de som kan om å gå til fastlegen for oppfølging av slike oppdrag. De som ikke kommer seg til fastlegen, skal få hjelp i eget hjem. Gunhild (77) mestret ikke å komme seg til fastlegen etter operasjonen. Hun fikk heller ikke til å skifte på såret på egenhånd da det lå uhensiktsmessig til på kroppen. Det resulterte i at hun måtte få hjelp av sin søster til sårskift. Det tok ikke mange dager før det kom blod igjennom

bandasjen hennes, en vond lukt og hun ble bekymret. Hun tok derfor kontakt med hjemmesykepleien igjen for å få hjelp:

«Så jeg ringte på mandag, og snakket med henne (saksbehandler). Jammen så klart det skulle komme noen, du skulle jo bare ha ringt, men du sa jo at jeg kunne ordne det selv, for dere ville ikke komme til meg sa jeg. Ja nei det er klart vi skal komme. Så kom det ei fra hjemmesykepleien da et par tre timer etterpå. Så sier hun det, men du har infeksjon sier hun, for det kjenner jeg på lukta».

(Gunhild, 77).

Det endte med at Gunhild (77) våknet en morgen kort tid etter med en stor kul og blodutredning på magen i overkant av operasjonssåret. Hun dro derfor til fastlegen sin, og ble sendt rett på sykehuset med infeksjon. Det kan hende det hadde blitt infeksjon i såret uansett om hun hadde fått hjelpen hun hadde behov for, men Gunhild (77) opplevde at det var på grunn av manglende hjelp til sårstell fra starten av som var årsaken. Hun fikk en ekstra belastning etter operasjonen som kunne vært unngått hadde hun fått hjelp. Det kan være mange grunner til at vurderingen som ble gjort ble gjort på denne måten, men Gunhild (77) opplevde det som en konsekvens av pandemien.

Som tidligere nevnt gjorde munnbind kjente ansikt om til ukjente fjes, men det var ikke den eneste utfordringen ved bruk av munnbind. Eldre personer med nedsatt syn og hørsel opplevde også munnbind som et hinder. Ved redusert hørsel er man ofte avhengig av å lese på munnen og se ansiktsuttrykk for å få med seg alt som blir sagt. Dette var en utfordring som skapte frustrasjon under pandemien for enkelte. For Sigrid (78) ble det vanskelig å få med seg informasjonen som øyelegen ga til henne under en undersøkelse:

«Han (legen) sitter der og så sitter jeg her, og så sitter han med munnbind. Han sitter og forteller meg hva jeg liksom skal gjøre og alt det der, så sier jeg at jeg får ikke med meg halvparten av det du sier, hvis du skal sitte der med munnbind, for jeg hører så dårlig at jeg er nødt til å se hva folk sier. Se på folk».

(Sigrid, 78).

Opplevelsen til Sigrid (78) er helt sikkert ikke unik, og kan oppleves nedverdiggende når man har en funksjonsnedsettelse. Videre forteller hun at legen hadde sagt at han ønsket å prøve å

kommunisere med munnbind først for å se om det lot seg gjennomføre. Det er forståelig fra et helsevesenperspektiv, da det var påbudt med munnbind, men for den andre parten kan det oppleves stigmatiserende. Sigrid (78) følte at det var en test fra legen sin side som hun ikke bestod, og mislikte det. Hun turte å gi beskjed, men det kan være mange eldre som kvier seg for å si ifra. De ønsker ikke å være til bry, lage et nummer ut av det og går heller hjem uten å ha hørt og forstått informasjonen som ble gitt. Denne situasjonen skjedde hos øyelegen, men sannsynligheten for at lignende situasjonen oppstod på andre arenaer i helsevesenet under pandemien er stor.

Under pandemien var det ikke bare negativt å ha time hos helsevesenet. Det ga deltakerne en grunn til å komme seg en tur ut. Sigrid (78) som til vanlig er mye på farten fortalte at det nesten var litt hyggelig å komme til doktoren, både for å møte andre mennesker, men også for selve turen:

«Jeg gikk lange turer rundt omkring for å komme dit (legekontoret), for at turen skulle ta litt lenger tid. For da syntes jeg liksom at jeg kom meg ut i sentrum. For ellers så turte jeg jo ikke å dra ned til sentrum, da hadde jeg en grunn».

(Sigrid, 78).

Pandemiens restriksjoner tilsa at man skulle holde seg mest mulig hjemme, bare nødvendige turer ut og det kunne føles som om man gjorde noe ulovlig ved å dra noe sted. Det at Sigrid (78) hadde en god grunn, som et legebesøk, gjorde at hun kunne gå ut med god samvittighet. Det er viktig å bemerke seg de negative erfaringene som deltakerne hadde ved å møte et helsevesen i en pandemi. For helsevesenet er det viktig informasjon for å kunne møte mennesker som trenger helsehjelp i en slik situasjon på et eventuelt senere tidspunkt. Det å kunne se på andre tiltak mot smittespredning som ikke skaper ukjente fjes, vanskelig kommunikasjon, stigmatisering og unngå avvisning i hjelpen.

6.0 Diskusjon

Studiens funn viser at pandemien påvirket deltakerne i form av økt ensomhet, isolasjon og angst. Deres fysiske form ble redusert i form av nedsatt balanse, styrke og kondisjon. Det aktive hverdagslivet ble erstattet med mer passive aktiviteter og inaktivitet ble den nye vanen. Restriksjoner og smitteverntiltak som munnbind skapte avstand og utenforskap. Pandemien hadde store konsekvenser for eldres helse og hverdagsliv, og mange opplevde å miste mye av seg selv. I dette kapitlet vil jeg prøve å se funnene i sammenheng med teori og forskning som tidligere ble presentert. Jeg har delt opp diskusjonen i fire underkapitler: «Å være gammel under en pandemi», «Pandemien som kronisk stressfaktor», «Konsekvenser av redusert helsetjenestetilbud og oppfølging» og «Å leve hele livet».

6.1 Å være gammel under en pandemi

Under pandemien har det vært mye oppmerksomhet på eldre som risikogruppe for alvorlig sykdomsforløp og/eller død ved en eventuell smitte av Covid-19, og fokuset har naturligvis vært hvordan man kan unngå smitte blant denne sårbare gruppen. Når det gjelder barn/ungdom og voksne har oppmerksomheten vært mer rettet mot hvordan pandemien påvirket deres hverdagsliv, som fravær fra undervisning, fritids- og aktivitetstilbud og endret arbeid eller permittering. Men hvordan var det å være eldre under pandemien? Omtalen om eldres hverdag under pandemien har vært svært begrenset.

Eldre personer har færre fysiske ressurser og organenes reservekapasitet blir mer redusert med alderen, noe som gir dem en stigende sårbarhet (Hjort, 2005), og nøkkelkomponentene i skrøpelighet hos eldre personer er tap av skjelett og muskelmasse, styrke og kraft. På bakgrunn av dette er eldre personer svært utsatt for endringer i helsetilstand utløst av mindre stresshendelser (Clegg et al., 2013). Pandemien ga eldre personer en dobbel sårbarhet, da både alvorligheten av å bli smittet av virusinfeksjonen i seg selv og funnene i denne studien viser at konsekvensene av pandemiens restriksjoner påførte dem endringer i helsetilstanden både fysisk og psykisk. Dette er i tråd med funnene til Fyhn og Lønning (2021) der de beskriver eldre personer som «dobbel utsatt» under koronapandemien og at pandemien har hatt svært negative konsekvenser for enkelte eldres helse og trivsel (Fyhn & Lønning, 2021). Funnene i denne studien viser at besøksrestriksjonene ga deltakerne en opplevelse av avstand mellom dem og nære familiemedlemmer og en følelse av å være uvelkommen ellers i samfunnet, noe som ga økt ensomhet, tomhetsfølelse og savn etter fellesskap. Soares med fler (2021) beskriver

lignende funn, der restriksjonene ga en begrensning i mellommenneskelige interaksjoner og fysisk kontakt i relasjoner, som resulterte i betydelig økt ensomhet (Soares et al., 2021).

Resultatene fra denne studien viser at det var vanskelig for en del eldre å ta livet tilbake etter pandemien og komme ut av smittevernbobla, og at de fortsatte med selvisolering i frykt for å bli smittet. I pandemiens forløp varierte nivået av restriksjoner og i perioder var samfunnet i stor grad åpent for aktivitet. Tilsvarende funn gjorde Brooks med fler (2022) der de beskriver at eldre personer fortsatte unngåelsen av offentlig rom selv om virksomheter var åpnet igjen, og dette bunnet i frykt for å bli smittet (Brooks et al., 2022). Restriksjoner i form av munnbind og avstand ga utfordringer for eldre personer i å være sammen med andre under pandemien (Leite et al., 2022; Brooks et al., 2022), noe som samsvarer med funn i denne studien der funksjonsnedsettelse som nedsatt hørsel gjorde den sosiale deltakelsen med forhåndsregler vanskelig. Dette ga en negativ opplevelse, og kan resultere i at man unngår slike situasjoner senere. Det å ikke mestre å ta livet tilbake mener jeg er en del av eldre personers sårbarhet, og i tillegg kan konsekvenser som selvisoleringen forsterke deres sårbarhet ytterligere. Det er ofte vanskelig for eldre personer å bryte ut av et langvarig mønster. Barn og voksne ble automatisk trukket ut i samfunnet, da det var forventet at man skulle møte opp i barnehage, på skole og arbeidsplass igjen, men dette sikkerhetsnettet har eldre personer i mye mindre grad og risikoen for å fortsette selvisolering er derfor stor.

På hvilken måte kan vi forstå hvordan begrenset mulighet for å være sosial hadde innvirkning på de eldre? Flere av deltakerne i studien opplevde endringer i fysisk funksjon under pandemien, men ingen av dem la skylden på nedstengte tilbud og fravær av oppfølging. De skyldte på seg selv og sa at de ikke var flinke nok til å opprettholde treningen på eget initiativ. Charmaz (1983) sier at et begrenset liv fører til færre muligheter for å konstruere et verdsatt selv og en positiv opplevelse av seg selv (Charmaz, 1983). Fravær av deltakelse i meningsfulle aktiviteter under pandemien resulterte i tap av egenverd, identitet og velvære, samtidig som det økte følelsen av ensomhet og sosial isolasjon (Talbot & Briggs, 2021). Tap av identitet og roller var også opplevelser deltakerne i denne studien satt med under pandemien. Det at man ikke forventet besøk fra familie, være en ressurs som barnevakt, leve mindre aktive liv, komme i dårligere form, miste initiativ og lyst og oppleve nye vanskeligheter i interaksjon med andre ga flere en opplevelse av å miste seg selv. I følge Goffman (1992) fremfører man versjoner av seg selv (roller) i møte med andre, og man ønsker å spille den rollen som er mest akseptert. Hvis det oppstår en situasjon, slik som pandemien, kan det gjøre det vanskelig å gi det inntrykket en

ønsker å gi, og dermed resultere i negative opplevelser i sosial samhandling og av seg selv (Goffman, 1992). Denne beskrivelsen kan sees i sammenheng med rolleendringene eldre personer opplevde under pandemien. Fra før var de en ressurs, men under pandemien ble de risikogruppe. Blant funnene i denne studien ble det også beskrevet at besøksrestriksjonene ga ingen forventning til besøk og gjorde at man ikke opprettholdt standarden med rengjøring i hjemmet, da det ikke opplevdes så viktig lenger. Goffman (1992) beskriver at vi bruker «fasade» i vår opptreden som uttrykksmidler for å understreke vår rolle. Det å ikke ha et rent hjem slik man identifiserte seg selv med tidligere, kan underbygge negativt selvbilde. Man kan også se på det som at «front stage» ble borte, det var ikke noe å vise frem, som fikk en sosial betydning eller mening (Goffman, 1992). Rolleendringer som kommer uventet, slik som i pandemien, er vanskeligere å tilpasse seg, på grunn av det uventede i det og på grunn av sosiale sanksjoner (Daatland & Solem, 2011). Rolletap eller mangel på meningsfull aktivitet kan gi begrensninger på Eldres utfoldelser, og mangel på mulighet for aktivitet og deltakelse kan føre til nedsatt funksjonsevne, som er en vesentlig faktor for sykdom og død (Jacobsen et al., 2010). Besøksrestriksjonene ga som nevnt konsekvenser under pandemien, og Fyhn og Lønning (2021) har gjort viktige funn om mulige langtidskonsekvenser i sin studie som sier at eldre nå treffer familiemedlemmer utenom egen husstand i mindre grad eller har sluttet å treffe dem helt og at eldre oppgir at de nå etter pandemien er sammen med familien sjeldnere enn de ønsker. Det samme gjelder det å møte venner (Fyhn & Lønning (2021).

For eldre personer som allerede er en sårbar gruppe viser funn i studien at pandemiens forstyrrelse i hverdagslivet fikk store konsekvenser som langvarig selvisolering, ensomhet og at de ikke klarer å ta livet tilbake. Aldring er i høy grad kontekstbundet, det kan ikke tidfestes når aldring begynner da det både er et subjektivt og objektivt begrep (Jacobsen et al., 2010), men funnene i studien kan tyde på at pandemien forkortet aldringsprosessen på en negativ måte når vi ser hvordan den grep inn i deres hverdagsliv. Pandemien ga ikke mulighet for «vellykket aldring», fordi eldre personer ble utelukket fra aktiv deltakelse i samfunnet. Det komplekse samspillet mellom aktivitet, helse, funksjonsevne, psykiske faktorer og sosiale rammer medvirker til å forstå en positiv eller negativ spiral til «vellykket aldring» (Jacobsen et al., 2010). Pandemien påførte tap av hverdagsfrihet, restriksjonene grep inn i kjernen til folks hverdagsliv ved å forstyrre viktige rutiner (Bliksvær, Andrews & Fabritius, 2022) og smitteverntiltakene som hadde til hensikt å beskytte de eldre, kan heller ha ført til sosial isolasjon og frykt i den eldre befolkningen (Eriksen et al., 2022).

6.2 Pandemien som kronisk stressfaktor

Ved tidligere epidemier er det gjort funn som har vist høy forekomst av stresssymptomer, angst og depresjon i befolkningen, og det å befinne seg i karantene eller karantelignende situasjoner og i større grad av isolering er en kjent psykologisk stresser (Eide & Ringen, 2020). Disse funnene gjelder den generelle befolkningen, så hvordan påvirket pandemiens stressfaktorer den eldre personen? Vi vet at kroppens evne til å mestre stress og samtidig opprettholde den indre likevekten (homeostasemekanismene) blir redusert med alderen, og det vil si at den eldre kroppen har færre fysiologiske reserver og det skal mindre til for å bringe den ut av balanse (Hjort, 2005).

Et av pandemiens mest inngripende tiltak var besøksrestriksjoner og funn i denne studien viser at dette var en stor stressfaktor hos deltakerne. Tidligere ble konsekvensene av besøksrestriksjonene diskutert i lys av rolleteorien til Goffman (1992) og teorien om selvet av Charmaz (1983), men som et tydelig funn i studien er det også viktig å se det i lys av den salutogene modellen med tanke på hva som bringer god helse og økt mestring, samt hvordan stress påvirker den enkelte (Antonovsky, 2012). Deltakerne delte erfaringer om at besøksrestriksjonene ga en følelse av at familien hadde blitt mer delt, en unaturlig avstand i å møtes utendørs, tap av kontakt og tomhetsfølelse. Soares med fler (2021) beskrev funn om at sosial isolasjon og begrensning av kontakt med sine nærmeste i en lang periode var en disponerende faktor for utvikling av ensomhetsfølelse (Soares et al., 2021). Ens eget hjem bidrar til opplevelse av sammenheng, og inkluderer komponentene meningsfullhet, forståelighet og håndterbarhet. Hjemmets sosiale dimensjon formes gjennom samhandling med det omkringliggende samfunnsmiljøet og inkluderer det nære sosiale miljøet med familie, venner og naboer. Mange aspekter av samfunnsmiljøet er viktig for eldre mennesker. Det gir en følelse av tilhørighet og inkludering, og mangel på slike holdepunkter kan påvirke livskvaliteten negativt. Det meningsfulle hjemmet øker følelsen av personlig kontroll, autonomi og ansvar, noe som virker å være positiv for helseutvikling og dermed for sunn aldring (Koelen, Eriksson & Cattani, 2017). Funnene i denne studien viser at besøksrestriksjonene bidro til at hjemmet mistet sin sosiale dimensjon og en negativ konsekvens for livskvaliteten og en sunn aldring.

Funn i denne studien indikerer at kroniske sykdommer og det å være kategorisert i risikogruppe for alvorlig sykdom eller død ved en eventuell smitte av Covid-19 var en stressfaktor som hadde

stor innvirkning på deltakerne. Det ble også gjort funn om redsel for å være smittebærer og bidra til at andre ble syke. Eien og Ringen (2020) sier at personer som er i risikogruppe for alvorlig infeksjon av Covid-19 har en reel grunn til bekymring og har derfor større risiko for angstreaksjoner (Eien & Ringen, 2020). Funnene i denne studien viser at å være i kategorien risikogruppe gjorde at man isolerte seg i tråd med restriksjonene, men også selvisolerte seg i høyere grad enn det som var forventet. En av deltakerne i denne studien turte ikke å ta tilbake hverdagen, selv om restriksjonene ble mildere, smittenivået lavere og man var fullvaksinert. Lignende funn ble funnet i annen forskning, der det å være hjemme ble en del av den daglige rutiner for å beskytte seg selv (Leite et al., 2022) og aktiviteter med andre opplevdes utrygge og mange unngikk tilgjengelige aktiviteter i frykt for å bli smittet (Brooks et al., 2022). En person som har en sterk opplevelse av sammenheng, vil ha ressurser til å vurdere at vaksiner og lave smittetall i samfunnet bidrar til mindre risiko for å bli smittet eller til et alvorlig sykdomsforløp, og vil mestre å ta tilbake den normale hverdagen. Det å ikke mestre slike stressfaktorer på en adekvat måte kan være sykdomsfremkallende (Antonovsky, 2012). Leite med flere (2022) rapporterte at pandemien kan ha økt sårbarheten til de personene med et eksisterende psykisk helseproblem (Leite et al., 2022) og Cruz med flere (2021) fant at eldre personer som er rammet av sykdommer og andre komorbiditeter har isolasjonen under pandemien hatt drastiske og skadelige effekter på psykisk helse (Cruz et al., 2021). Dette er i tråd med det Antonovsky (2012) mener med at en person med svak opplevelse av sammenheng oftere har dårligere helse (Antonovsky, 2012). Funnene i denne studien viser at eldre personer med kroniske sykdommer har en stor redsel for smitte, noe som igjen gir ytterligere isolasjon og nedsatt funksjonsnivå grunnet passivitet.

Økt ensomhet blant eldre personer var også funn i denne studien, og det å bo med ektefelle dekket ikke behovet for kontakt og nærhet til andre familiemedlemmer eller deltakelse i samfunnet. Soares med flere (2021) beskriver også at samværet med partneren ikke var tilstrekkelig til å møte behovet for kontakt med andre, og som førte til en betydelig økning i ensomhet (Soares et al., 2021), mens Johannesen-Pajala med flere (2022) fant at det å være aleneboende var den mest innflytelsesrike faktoren for ensomhet (Johannesen-Pajala et al., 2022). Deltakerne i denne studien beskrev ensomhetsfølelsen under pandemien som en slags tomhetsfølelse, et savn eller en vond følelse. To risikofaktorer for å bli ensomme i alderdommen er sviktende helse, både fysisk og psykisk, og begrenset sosialt nettverk (Lunde, 2012). Denne studien viser at pandemien har påvirket deltakernes fysiske helse etter langvarig isolasjon og inaktivitet, den har gitt negative konsekvenser i psykisk uhelse som angst, redsel og ensomhet,

og besøksrestriksjonene bidro til å begrense deres sosiale nettverk. Disse stressfaktorene kan føre til ytterligere sykdom, men hvis man innehar motstandsressurser og bruker ressursene til å håndtere situasjonen, vil man ha en generell forventning om at stressfaktorer er meningsfulle og begripelige, noe som gir grunnlaget for motivasjon for mestring og i tillegg hindre at spenning omdannes til stress (Antonovsky, 2012).

Funn i studien viser også at pandemien kan ha vært en forsterkende faktor i vanskelige omstendigheter. En av deltakerne opplevde å miste sin ektefelle rett før pandemien brøt ut, og kjente på følelser som tomhet og ensomhet som hun selv ikke trodde ville vært annerledes med eller uten pandemi. Ved å se på de ulike aspektene ved pandemien, at den forhindret besøk fra nærmeste familie, aktivitetstilbud holdt stengt og man var oppfordret til å holde seg hjemme, ville det vært naturlig at den forsterket de negative følelsene, selv om man selv kanskje ikke artikulerte denne sammenhengen. Tap av nære vil føre til en opplevelse av stress, og for å jobbe mot en bedre psykisk helse skal man i følge Antonovsky (2012) flytte fokus vekk fra vonde tanker og mot mestringsressurser, og det avhenger av personens opplevelse av sammenheng om utfallet blir skadelig, nøytral eller helsebringende (Antonovsky, 2012). Pandemien og dens restriksjoner kan ha vært en hemmende faktor og gjort det mer utfordrende å flytte fokus vekk. Pandemien grep inn i kjernen til folks hverdagsliv ved å forstyrre viktige rutiner (Bliksvær, Andrews & Fabritius, 2020).

6.3 Konsekvenser av redusert helsetjenestetilbud og oppfølging

De omfattende smitteverntiltakene innebar endringer i det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet. De kommunale tjenestene ble i første fase av pandemien nedskalert, og det ble oppfordret til individuell medisinsk faglig vurdering av om pasienter skulle få helsehjelp under pandemien eller om dette kunne utsettes (NOU 2021:6). Et flertall av norske leger opplevde at deres pasienter ble nedprioritert under pandemien, og hele 47% av tilfellene ble oppfattet som uforsvarlig av legene (Bringedal et al., 2022). Hvilke konsekvenser har dette fått for eldres helse?

Det at mange eldre har fått manglende eller utsatt helseoppfølging kan ha langsiktige konsekvenser både individuelt for enkeltpersoner, men også for helsevesenet. Alvorlige sykdommer som kunne vært avdekket på et tidligere stadium har kanskje utviklet seg slik at behandlingsalternativene er dårligere. Bastani med flere (2021) sier at begrenset tilgang til

rutinemessig helsehjelp og redusert tilgjengelighet for eldre pasienter under pandemien har muligens gitt økning i medisinsk komorbiditet blant eldre (Bastani et al., 2021). Funn i denne studien viser at manglende oppfølging av sårproblematikk fra hjemmesykepleie ga reinnleggelse og ytterligere trykk på spesialisthelsetjenesten under pandemien, samt en ekstra påkjenning for personen selv. Leite med fler (2022) fant i sin studie at begrenset oppfølging fra helsetjenesten hadde gitt en negativ endring i diabetessykdommen hos flere og det er stilt spørsmål om oppfølging av rutinemessig behandling av eldre pasienter (Leite et al., 2022). Et annet funn i denne studien er at det opplevdes som vanskelig å få den hjelpen man hadde behov for under pandemien. Det kan være ekstra tøft og sårbart å få avslag på etterspurt hjelp når man har behov for det. De nedskalerte helsetjenestene i kommunen gjorde at eldre mistet de tjenestene og tilbudene de hadde behov for, og mye tyder på at denne reduksjonen kan ha gitt svekket helse og redusert funksjonsevne (NOU 2021:6).

Kommunale helse- og omsorgstjenester omhandler også fysioterapi, gruppetrening og dagtilbud. Ulike former for dagtilbud har lidd under smitteverntiltakene og i perioder enten vært helt stengt eller hatt begrenset kapasitet. NOU (2022:5) skriver at konsekvensene av stengte dagtilbud kan føre til økt press på tjenestene på sikt, da disse aktivitetene er viktige for psykisk og fysisk stimulans av eldre (NOU 2022:5). Restriksjonene under pandemien medførte mangel på mulighet for aktivitet og deltakelse for eldre personer. Man kan se på restriksjonene som en passiviserende behandling av eldre, i tråd med tilbaketrekkingsteorien, fordi det er til de eldres eget beste. Restriksjonene reduserte tilgang til fysisk aktivitet og sosialt samvær og aktivitetsteorien vil se på dette som et resultat av ytre hindringer, der samfunnet ikke la til rette for et aktivt og deltakende liv (Daatland & Solem, 2011). Funnene i denne studien var at flere opplevde konsekvenser av begrenset fysisk aktivitet, som nedsatt fysisk funksjon i form av dårligere balanse, styrke og kondisjon. De opplevde også at reduksjonen i fysisk funksjon hadde ringvirkninger og gikk ut over andre hverdagslige aktiviteter og rutiner. Inaktivitet kan gi en negativ funksjonsspiral som ytterligere redusert aktivitet og funksjonstap som resultat (Helbostad, Granbo & Østerås, 2007) og funksjonstap er en vesentlig faktor for sykdom og død (Jacobsen et al., 2010). Pandemien førte med seg endringer i daglige rutiner, og den nye vanen ble aktiviteter som krever mindre energi og bevegelse (Soares et al., 2012). Dette gjaldt også for deltakerne i denne studien, der funnene viste en økning i stillesittende aktiviteter som å se på TV, løse sudoku osv. Helseatferdene endret seg altså under pandemien, og det ble funnet endring i kroppsvekt (Leite et al., 2021), alkoholoverforbruk, kostholdsvaner og søvn (Cruz et al., 2021). Hvis de nye vanene som oppstod under pandemien ikke endres, kan det på lang sikt

gi alvorlige helsekonsekvenser, da man vet at blant annet overvekt og alkoholoverforbrukt kan gi ytterligere sykdommer og funksjonsnedsettelse. I tillegg til de somatiske konsekvensene er det viktig med opprettholdelse av fysisk aktivitet for individets psykiske helse. Fysisk aktivitet gir en beskyttende effekt på psykisk helse, og ved en negativ spiral med mindre fysisk aktivitet kan det føre til redusert psykisk helse og som igjen fører til enda mindre fysisk aktivitet (Nygård et al., 2022).

En studie gjennomført i Norge på eldre pasienter innlagt sykehus med smitte av Covid-19 viste at en av tre pasienter rapporterte om nedgang i mobilitet og evne til å utføre daglige aktiviteter seks måneder etter gjennomgått infeksjon, som igjen kunne gi permanente omsorgsbehov. Studien satte søkelys på viktigheten av å forhindre smitte av Covid-19 hos eldre sårbare personer. De skriver også at funksjonstap etter gjennomgått andre akutte luftveissykdommer og influensa hos eldre personer er kjent, og hvorvidt Covid-19 kan forårsake mer alvorlige langsiktig redusert funksjonskapasitet fortsatt er ubesvart (Walle-Hansen et al., 2021). Mange av tiltakene som ble iverksatt var for å hindre at eldre og sårbare skulle bli smittet av viruset, da man visste at høy alder og visse underliggende sykdommer pekte seg ut som en dominerende risikofaktor for alvorlig sykdomsforløp og død (Folkehelseinstituttet, 2022). Konsekvensene av tiltak og restriksjoner under pandemien har vært alvorlig for eldre personer på kort sikt, og mye tyder også på alvorlige langsiktige konsekvenser. Spørsmålet er om kostnaden har vært for høy å betale eller om den høye prisen har vært nødvendig.

6.4 Å leve hele livet

Det var unntakstilstand i Norge og resten av verden under Covid-19 pandemien. På bakgrunn av stor smittefare og alvorlige konsekvenser for sårbare grupper som eldre og personer med underliggende sykdommer ble det innført strenge tiltak og restriksjoner for å hindre smittespredning. Politiske reformer og strategier rettet mot den eldre generasjonen ble satt til side, selv om det kanskje var akkurat under pandemien det burde blitt løftet frem og satt søkelys på. Leve Hele Livet (Meld. St. 15, 2017-2018) skulle bidra til flere gode leveår for eldre, legge til rette for aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap, samt ta vare på Eldres forhold til familie, venner og sosialt nettverk (Meld. St. 15, 2017-2018). Alle disse punktene ble fraværende under pandemien, da var det ingen Leve Hele Livet reform som gjaldt. Det som kanskje er mest treffende er at reformen sier: «når livet blir ekstra sårbart, skal eldre få mulighet til samtale, motivasjon og støtte» (Meld. St. 15, 2017-2018). Under pandemien ble livet ekstra sårbart, med

isolasjon, ensomhet og redsel for smitte, men lovnaden til reformen uteble da det kanskje trengtes som mest.

Reformen så ut til å bli satt til side under pandemien, men det ble også regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn. Strategien «Flere år – Flere muligheter» (Regjeringen, 2016) ønsker å legge til rette for en aktiv aldring. Det nevneverdige i denne strategien er mobilisering mot ensomhet. Her skriver regjeringen at en av ti over 70 år opplever å være ensomme, og av de over 80 år opplever tre av ti å være ensomme. Regjeringen beskriver ensomhet som et økende samfunnsproblem og at de derfor har styrket innsatsen for å redusere ensomhet hos eldre (Regjeringen, 2016). I studien til Bliksvær, Andrews & Fabritius (2022) poengterte enkelte av deltakerne at deres kommuner gjør lite for å følge opp strategien, og at de ikke hadde registrert nevneverdige aktiviteter eller ressurser knyttet til strategien verken før eller under pandemien (Bliksvær, Andrews & Fabritius, 2022). Det er bemerkelsesverdig at målgruppen ikke har registrert noen form for tiltak fra strategien før pandemien, men at strategien ikke ble løftet opp og frem under pandemien for å forebygge ytterligere ensomhet er tankevekkende.

NOU (2021:6) melder om at strenge smitteverntiltak og reduksjon i tilgang på kommunale helse- og omsorgstjenester har gitt økt ensomhet og isolasjon for de eldste i samfunnet, både hjemmeboende og beboere i sykehjem. Mye tyder på at redusert tjenesteomgang kan ha gitt svekket helse og redusert funksjonsevne for grupper av befolkningen (NOU 2021:6). Den dominerende moderne eldrepolitikken som vi har i dag, har virkelig blitt satt på prøve under pandemien. Eldrepolitikken i dag bygger på den aktivitetsteoretiske tankegangen om at det må legges til rette for muligheter for aktivitet og sosial deltakelse i eldre år (Daatland & Solem, 2011). Funn i denne studien og forskningen tilsier at under pandemien ble den moderne eldrepolitikken forsømt, og eldre personer fikk ikke de tjenestene og tilbudene som forebygger mot ensomhet, isolasjon, reduksjon i fysisk funksjon og opprettholdelse av god helse.

I dag er de strenge koronatiltakene fjernet, men denne studien viser at det er ikke nok til å gi eldre hverdagen tilbake etter en lang periode med sosial isolasjon og passivisering. Eldreombudet etterlyser tiltak på bred front: fra myndighetene, frivillige organisasjoner og folk flest må på banen for å sikre Eldres helse og livskvalitet. Eldreombudet har lenge krevd en exit strategi med kraftige tiltak for å berge Eldres helse og livskvalitet ut av pandemien. De har skrevet forslag til revidert nasjonalbudsjett om at regjeringen må komme med tiltak som viser at de forstår hvilke belastninger eldre har vært utsatt for under pandemien. Flere må få tilbud

om trening og annen fysisk aktivitet, nasjonale tilskudd til måltider, aktivitet og fellesskap for eldre må trappes opp. Kommunene må få midler til å gi langt flere eldre et lavterskeltilbud om psykisk helsehjelp (Jacobsen, 2022).

Erna Solberg (Statsminister, 2013-2021) meldte at Covid-19 pandemien og dens restriksjoner var det mest inngripende i Norge i fredstid på starten av pandemien. Det var mye usikkerhet og uforutsigbarhet knyttet til situasjonen, som denne studien viser har vært svært belastende for eldre personer i Norge. Ved fremtidige pandemier eller andre hendelser er det viktig å ikke bare anerkjenne eldre personer som en sårbar gruppe og definere dem som risikogruppe uten å sette inn nødvendige tiltak for å støtte, hjelpe og legge til rette for opprettholdelse av god helse. Dette ble forsømt under Covid-19 pandemien, noe denne generasjonen måtte betale høy pris for under pandemien, men også nå i ettertid. Det er viktig at politiske føringer, reformer og strategier ikke blir glemt når noe uforutsett skjer, da det kanskje er da man trenger dette som mest.

7.0 Kvalitet i forskningsprosessen

I medisin og helsefag trenger vi et bredt repertoar av erkjennelseperspektiver og forskningsmetoder for å utforske og dokumentere ulike sider av helse og sykdom (Malterud, 2013). Utviklingen av medisinsk og helsefaglig kunnskap krever relevans, troverdighet og overførbarhet. Det er avgjørende at kvalitative studier bedømmes etter sin vitenskapelige kvalitet.

7.1 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Et grunnleggende spørsmål i all forskning er dataenes reliabilitet, altså hvilke data som brukes, hvordan de er samlet inn og hvordan de bearbeides. Forskeren kan styrke reliabiliteten ved å gi leseren en inngående beskrivelse av konteksten, samt gi en åpen og detaljert fremstilling av fremgangsmåten under hele forskningsprosessen (Johannessen et al., 2016). Malterud (2001) sier at grunnlaget til kvalitative forskningsmetoder er forståelse av forskning som en systematisk og reflekterende prosess, for å utvikle kunnskap som innebærer ambisjoner om overførbarhet. For å få til dette må man bruke strategier for å stille spørsmål ved funn og tolkninger, vurdere deres interne og ytre validitet, tenke på effekten av kontekst og refleksivitet, samt å vise og diskutere prosessene av analysen (Malterud, 2001). Validitet skal i følge Malterud (2013) være den logiske forbindelsen mellom problemstillingen studien har påtatt seg å belyse, og de teorier og metoder som fører fram til kunnskapen. Forskeren skal overveie validiteten av hva studien forteller noe om, og hvilken overførbarhet disse funnene har ut over den sammenhengen der studien er gjennomført. Ingen kunnskap er allmenngyldig, i den betydning at den gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål. Det første spørsmålet om validitet er å ta stilling til hva funnene er sant om – hva metoden og materialet gir anledning til å si noe om. Det andre spørsmålet om validitet gjelder overførbarhet, og dermed se hvilke sammenhenger våre funn kan gjøres gjeldende ut over den konteksten der vi har kartlagt dem (Malterud, 2013).

På bakgrunn av de nevnte kriteriene vil jeg beskrive og vurdere studiens vitenskapelige kvalitet. I metodekapittelet har jeg beskrevet forskningsprosessen, fra rekruttering av deltakere og gjennomføring av intervju til transkripsjon og analyse. Dette for å gi leseren så nøyaktig informasjon som mulig om hele prosessen og tilstrebe å gi begrunnelser for valgene mine gjennom oppgaven. Jeg har forsøkt å ha et kritisk blikk i forhold til mitt eget arbeid og forforståelse, noe som var krevende i forbindelse med koding, kategorisering og kondensering

av datamaterialet. Jeg vil gå nærmere inn på refleksiviteten senere i underkapittel 7.2 Om å forske i eget felt. Jeg har hele veien prøvd å ha overblikk over helheten, noe som har gjort at jeg har gjentatte ganger gått fram og tilbake mellom analyserte data slik at helheten ikke skulle forsvinne. Min kjennskap til gruppetreningene og fysioterapeutene som gjennomførte rekrutteringsprosessen for meg gjorde at jeg lettere hadde tilgang til feltet, og jeg opplevde at rekrutteringsprosessen gikk relativt raskt. Jeg har valgt å jobbe tekstnært, for å styrke studiens gyldighet. Målet har vært å være tro mot den enkelte deltakers uttalelser, og presentere funn uten egne kommentarer og tolkninger.

Funnene fra denne studien er basert på seks enkeltindividers erfaringer om Covid-19 pandemien og deres beskrivelser av påvirkning pandemien hadde på deres hverdagsliv og helse. Utvalgsstørrelsen er derfor for lav til å kunne trekke generelle slutninger som kan gjelde hele populasjonen, men funnene kan allikevel være overførbare til andre kontekster. Deltakerne i studien bor i en kommune som tilhører en storby i Norge, og siden pandemiens smitteantall og følgende konsekvenser av det har vært varierende ut ifra bosted, har kanskje ikke alle samme erfaringene som deltakerne i studien. Samtidig var også mye likt under pandemien, da samme restriksjoner gjaldt stort sett over hele landet. Det å være definert i konteksten risikogruppe, vil gjelde de fleste eldre personer uansett bosted, så erfaringene og opplevelsen rundt isolasjon og angst knyttet til pandemien vil være overførbart til flere enn de aktuelle deltakerne. Selv om funnene ikke direkte er overførbare, bør det gi en verdifull kunnskap som kan brukes utover konteksten av denne studien.

Problemstillingen min er veldig bred, og selv om den kunne vært mer konkret, ønsket jeg å åpne opp for flere tanker rundt temaet. Jeg mener at valg av forskningsdesign og metode egnet seg til å besvare problemstillingen. I studien kunne man inkludert mange andre grupper av eldre personer også, men for å nå eldre personer som var deltakende i samfunnet på et visst nivå valgte jeg å rekruttere fra treningsgruppene. Samtidig var deltakernes fysiske funksjon og helse vurdert i behov for oppfølging av fysioterapeut for å opprettholde sitt funksjonsnivå og forebygge ytterligere reduksjon. Rekrutteringsvalget nådde derfor eldre personer som mestret mye av hverdagen selvstendig, men samtidig fikk noe oppfølging før pandemien brøt ut og det var derfor en gruppe eldre personer det var interessant å inkludere i studien.

Forholdet mellom problemstilling og teori har vært i prosess og bevegelse underveis. At min forforståelse har påvirket valget av teori og forskningslitteratur, som igjen har påvirket analysen, kan ikke utelukkes. Bakgrunnen for valgt teori er at den dekker både eldre personer

som gruppe og som enkeltindivid, og med de individuelle ulikhetene. Teorien belyser også flere sider ved selve mennesket og betydningen av erfaring og opplevelser. Jeg syntes teorien har vært behjelpelig med å få frem nye forståelser ved pandemien og deres påvirkning på eldres hverdagsliv og helse. Den tidligere forskningen som er presentert i studien underbygger mine funn.

7.2 Om å forske i eget felt

Refleksivitet i forhold til egen rolle er avgjørende for god vitenskapelig kvalitet (Malterud, 2013). Problemstillingen min er basert på egne erfaringer og spørsmål fra min arbeidshverdag under Covid-19 pandemien. Jeg så gjennom mitt arbeid at mange eldre mistet et tilbud og ble mer isolerte. Det var derfor viktig å være bevisst min egen forforståelse da jeg skulle intervju deltakerne og analysere datamaterialet. Ved å ha et aktivt forhold til min egen forforståelse kunne jeg unngå at jeg gikk inn i prosjektet med skylapper, begrenset horisont eller manglende evne til å lære av materialet mitt (Malterud, 2013). I analysearbeidet leter man etter de vesentlige kjennetegn ved de fenomenene som studeres, og jeg forsøkte å sette min egen forforståelse i parentes i møte med dataene. Samtidig vet jeg at dette egentlig er et uoppnåelig mål, men jeg synes det er viktig å ha et reflektert forhold til min egen innflytelse på materialet, slik at jeg mest mulig lojalt kunne gjenspeile deltakernes erfaringer og meningsinnhold uten å legge mine egne tolkninger som fasit (Malterud, 2013).

Jeg er utdannet ergoterapeut og har videreutdanning i ergoterapi innenfor allmennhelse. Jeg er selv ansatt som ergoterapeut i kommunen hvor deltakerne bor og hvor studien ble gjennomført. Deltakerne som ble spurt om å delta i studien hadde jeg ingen terapeutisk relasjon til fra tidligere, da jeg ønsket å unngå en dobbeltrolle. Det er allikevel verdt å bemerke seg at alle deltakerne fikk informasjon om mitt arbeidsforhold, og det er ikke utenkelig at dette kan ha påvirket reliabiliteten i studien, ved at min faglige bakgrunn har påvirket hvordan de har svart i studien. Min bakgrunn kan også ha vært en trygghet for deltakerne, som kan ha resultert i at de åpnet seg mer.

Bakgrunnen min har gitt meg god kunnskap og kjennskap til pasientgruppen jeg har inkludert i studien. Under Covid-19 pandemien besøkte jeg mange eldre i forbindelse med jobb, og det ble naturlig nok snakket mye om situasjonen vi alle befant oss i. Jeg hadde derfor før oppstart av studien noe kjennskap til eldre personers opplevelser av pandemien. Eldres helse, både psykisk og fysisk, er godt kjent for meg. Fysisk aktivitet og deltakelse er hovedprinsippene i

ergoterapi, så tematikken i studien er påvirket av min faglige kompetanse. I tillegg er fysisk aktivitet noe «alle» føler de bør gjøre mer av eller mestre bedre, på et hvis noe moralsk, og hvis man ikke imøtekomme det kan det blir sett på som negativt. Deltakerne kan derfor ubevisst blitt påvirket til å svare i en viss retning i møte med meg som forsker. Den faglige kunnskapen vurderte jeg at både kunne være en fordel og ulempe for meg i prosjektet og i møte med deltakerne og datamaterialet. Gjennom hele prosessen med prosjektet har det vært viktig for meg å legge til side, så godt som mulig, mine faglige antagelser om deres erfaringer av pandemien, da hver deltaker er individuell og vil ha ulike opplevelser og erfaringer.

Jeg har også tatt med min personlige refleksivitet i betraktning underveis. Jeg har selv kjent på pandemiens konsekvenser i min hverdag, både kroppslig og emosjonelt. Endret jobbhverdag, begrenset fysisk kontakt med familie og venner, og det å leve i et nedstengt samfunn over tid. Det var viktig for meg å ha i bakhodet hvordan denne situasjonen har preget meg selv i møte med deltakerne i studien, men samtidig ikke påvirke deltakerne eller studiens funn med mine egne opplevelser.

7.3 Styrker og svakheter ved studien

Denne studien ønsker å få frem eldres erfaring med Covid-19 pandemien og vil belyse deres erfaringer av en hverdag styrt av strenge restriksjoner forårsaket av pandemien. Det ble gjennomført et intervju med hver deltaker fortløpende gjennom våren 2022. Opplevelsen av pandemien har trolig variert på ulike tidspunkt ut fra varigheten, informasjon, kunnskap og restriksjoner. På bakgrunn av dette hadde det vært hensiktsmessig å intervju deltakerne ved flere anledninger, for å innhente mer datamaterialet for ytterligere informasjon om deres erfaringer igjennom pandemiårene. Dette lot seg ikke gjøre grunnet tidsbegrensningen ved studien. Samtidig gav intervjuene samlet sett informasjon om mer langvarige innvirkninger av Covid-19, som angst og vanskeligheter med å ta tilbake hverdagen. I tillegg var to av intervjuene relativt av kort varighet, men disse deltakerne ga korte, konkrete og relevante svar, noe som jeg syntes var en god kombinasjon til intervjuene som var lenger med flere fortellinger og beskrivelser. Deltakerne ble som tidligere nevnt rekruttert fra treningsgruppene, og det kan tenkes at jeg hadde fått andre funn hvis jeg hadde valgt å rekruttere på en annen måte. Studien ble utført med seks deltakere, noe som kan tenkes å være en begrensning når data samles fra et fåtall personer. Etter å ha arbeidet med datamaterialet opplever jeg at selv med relativt få deltakere var datamaterialet rikt og tilstrekkelig til å skrive oppgaven og besvare problemstillingen.

8.0 Oppsummering og avsluttende betraktninger

Hensikten med denne studien var å innhente mer kunnskap om hvordan eldre personer erfarte Covid-19 pandemien og se på hvilken måte pandemien påvirket deres hverdagsliv og helse.

Studiens funn viser at fravær av fysisk aktivitet i form av organiserte treningsgrupper gjorde at deltakernes fysiske form ble redusert, da spesielt i form av nedsatt balanse, styrke og kondisjon. Fravær av jevnlig fysisk aktivitet økte inaktiviteten deres og deltakerne benyttet seg av mer stillesittende aktiviteter som å se på TV eller løse kryssord. Et resultat av lavere fysisk aktivitetsnivå var lite initiativ til å gjennomføre trening på egenhånd eller gjøre andre fysiske aktiviteter som husarbeid. Besøksrestriksjonene økte ensomheten blant deltakerne, og tidligere roller som husmor, barnevakt og det å være en ressurs uteble. Forhåndsregler og smitteverntiltak som munnbind skapte avstand, misforståelse og følelse av utenforskap selv om man var til stede i situasjonen.

Funnene i studien og i den tilgjengelige forskningen viser at den moderne eldrepolitikken, der hensikten er å fremme sunn aldring, i tråd med aktivitetsteorien, reformen «Leve hele livet» (Meld. St. 15 (2017-2018) og strategien «Flere år – flere muligheter» (Regjeringen, 2016) står i sterk kontrast til hva som skjedde under pandemien. Eldre personer ble fratatt mulighetene for en «vellykket aldring» der alderdommen inneholder en god helse og en aktiv deltakelse i samfunnet. Forskningen som er publisert viser hvilke konsekvenser pandemien fikk for eldres hverdagsliv og helse, det er delt bekymringer for alvorlige helsekonsekvenser i ettertid, og dette mener jeg det bør forskes videre på.

Denne studien er et kunnskapsbidrag til å forstå konsekvensene pandemien skapte for eldre personer. Deltakerne i studien satt med ulike erfaringer av pandemien, men hadde også mye til felles, noe som gjør meg trygg på at funnene bidrar med noe som flere eldre personer kan kjenne seg igjen i. Studien inkluderer viktige funn, om deres hverdagsliv under en pandemi og konsekvensene pandemien hadde på deres helse, som kan bidra til å legge til rette for en sunn aldring selv med en pågående krise i fremtiden.

For å unngå lignende alvorlige konsekvenser for sårbare eldre personer må det som et resultat av Covid-19 pandemien komme konkrete føringer og strategier i politikken, som inkluderer en plan for å håndtere en ny krise på en mer hensiktsmessig måte.

9.0 Litteraturliste

- Andresen, M., Jacobsen, J., & Sørensen, L.V. (2010). At muliggjøre aktivitet og deltagelse hos ældre – kommunal rehabilitering. I T. Borg, U. Runge, J. Tjørnov, Å. Brandt & A. J. Madsen (Red.), *Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. Munksgaard Danmark.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen* (A. Sjøbu, Oversetter). Oslo: Gyldendal Akademisk (Opprinnelig utgitt 1987).
- Atici, E., Girgin, N., & Saldiran, T. Ç. (2022). *The effects of social isolation due to COVID-19 on the fear of movement, falling, and physical activity in older people*. *Australasian Journal on Aging*. 2022;41, 407-413.
DOI: 10.1111/ajag.13063.
- Bastani, P., Mohammadpour, M., Samadbeik, M., Bastani, M., Rossi-Fedele, G. & Balasubramanian, M. (2021). *Factors influencing access and utilization of health services among older people during the COVID-19 pandemic: a scoping review*. *Archives of Public Health*. 79:190.
DOI: <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00719-9>.
- Bendixen, H. J., Madsen, A. J. & Tjørnov, J. (2010). Begreber og referencerammer i ergoterapi. I T. Borg, U. Runge, J. Tjørnov, Å. Brandt & A. J. Madsen (Red.), *Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. Munksgaard Danmark.
- Bliksvær, T., Andrews, T., & Fabritius, M. K. (2022). *Et aldersvennlig samfunn i koronaens tid? En studie av tilbud og hverdag blant hjemmeboende eldre i pandemiens første 1,5 år*. *Nordlandsforskning*, nr. 5/2022.
<https://www.aldersvennlig.no/app/uploads/2022/08/Et-aldersvennlig-samfunn-i-koronaens-tid.pdf>.

- Bringedal, B. H., Rø, K. I., Bååthe, F., Miljeteig, I. & Magelssen, M. (2022). *Guidelines and clinical priority setting during the COVID-19 pandemic – Norwegian doctors' experiences*. BMC Health Services Research. 22:1192.
DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08582-2>.
- Brooks, E., Mohammadi, S., Mortenson, W. B., Backman, C. L. Tsukura, C., Rash., I., Chan, J. & Miller, W. C. (2022). *Make the Most of the Situation`. Older Adults` Experiences during COVID-19: A Longitudinal, Qualitative Study*. Journal of Applied Gerontology. Vol. 41(10), 2205-2213.
DOI: 10.1177/07334648221105062.
- Charmaz, K. (1983). *Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill*. Sociology of Health and Illness. Vol. 5, No. 2, s.168-195.
DOI: 10.1111/1467- 9566.ep10491512.
- Chen, Y., Klein, S. L., Garibaldi, B. T., Li, H., Wu, C., Osevala, N. M., Li, T., Margolick, J. B., Pawelec, G. & Leng, S. X. (2020). *Aging in COVID-19: Vulnerability, immunity and intervention*. Ageing Research Reviews. Vol. 65.
DOI: 10.1016/j.arr.2020.101205.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O. & Rockwood, K. (2013). *Frailty in elderly people*. Lancet 2013;381, 752-762.
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9).
- Cruz, W. M. D., D'Oliveira, A., Dominski, F. H., Diotaiuti, P. & Andrade, A. (2021). *Mental health of older people in social isolation: the role of physical activity at home during the COVID-19 pandemic*. Sport Science for Health, 18, 597-602.
DOI: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11332-021-00825-9>.
- Daatland, S. O. & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn*. 2. utg. Fagbokforlaget.

- Eien, E. N. & Ringen, P. A. (2020). *Litteraturgjennomgang ved covid-19: psykiske helseplager og psykologisk-psykiatriske intervensjoner ved alvorlige pandemier*. Forsknings- og innovasjonsavdelingen, klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus. Hentet 16. mars 2023 fra:
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/5181cf273d394c7fae314ea637d07e9d/litteraturgjennomgang-covid-19-pha-ous-4.4.2020.pdf>
- Eriksen, S., Rokstad, A. M. M., Selbæk, G., Bjørkløf, G. H., Tveito, M., Bergh, S., Langhammer, A., Næss, M., Ibsen, T. L. (2022). *Bruk av skjermbaserte medier blant eldre under covid-19-pandemien. En HUNT-studie*. *Sykepleien Forskning* 2022;17. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2022.88131.
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19*. Hentet 8. februar 2023 fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1>.
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Råd og informasjon til risikogrupper og pårørende*. Hentet 8. februar 2023 fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/befolkningen/risikogrupper/>
- Fyhn, K. & Lønning, M. N. (2021). «*Sånne små ting som å holde hender, det gjør så mye med hele deg*» *Eldre menneskers hverdag under koronapandemien*. Røde Kors. Hentet 6. april 2023 fra: https://www.rodekors.no/globalassets/_rapporter/humanitar-analyse-rapporter/eldre-menneskers-hverdag-under-koronapandemien.pdf
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig*. (K. & K. Risvik, oversatt). Pax Forlag. (Opprinnelig utgitt 1959).
- Gorenko, J. A., Moran, C., Flynn, M., Dobson, K. & Konnert, C. (2021). *Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations*. *Southern Gerontological Society*. Vol 40 (1), 3-13. DOI: 10.1177/0733464820958550.

- Green, K. & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research*. Sage.
- Helbostad, J. L., Granbo, R., & Østerås, H. (2007). *Aldring og bevegelse. Fysioterapi for eldre*. Gyldendal Norske Forlag.
- Helsenorge. (2022, 2. desember). *Covid-19*. Hentet 08. februar 2023 fra <https://www.helsenorge.no/koronavirus/covid-19/>.
- Hjort, P. (2005). Aldring og sårbarhet. I H. Tuntland (Red.), *Aldring og livsvilkår* (s.13-32). Damm.
- Jacobsen, A., Kristiansen, A., Legarth, K. H. & Schrøder, I. (2010). Aktivitet og deltagelse i forskjellige livsaldre. I T. Borg, U. Runge, J. Tjørnov, Å. Brandt & A. J. Madsen (Red.), *Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. Munksgaard Danmark.
- Jacobsen, B. L. (2022). *Debatt: Gjenreis eldres hverdag*. Eldreombudet. Hentet 6. april 2023 fra: <https://eldreombudet.no/saker/aktuelt/debatt-gjenreis-eldres-hverdag/>.
- Johannesen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag.
- Johansson-Pajala, R. M., Alam, M., Gusdal, A., Wågert, P. V. H., Löwenmark, A., Boström, A. M. & Hammar, L. M. (2022). *Anxiety and loneliness among older people living in residential care facilities or receiving home care services in Sweden during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional study*. BMC Geriatrics. 22:927.
DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03544-z>.
- Koelen, M. A., Eriksson, M. & Cattan, M. (2017). Older People, Sense of Coherence and Community. In M. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindstöm & G. A. Espnes (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (2017 ed., pp. 137-149). Springer.
DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_15.

- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leite, N. J. C., Raimundo, A. M. M., Mendes, R. D. C. & Marmeleira, J. F. F. (2022). *Impact of COVID-19 Pandemic on Daily Life, Physical Exercise, and General Health among Older People with Type 2 Diabetes: A Qualitative Interview Study*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19, 3986.
DOI: 10.3390/ijerph19073986.
- Lohne-Seiler, H. & Langhammer, B. (2018). *Fysisk aktivitet og trening for eldre – betydning for fysisk kapasitet og funksjon*. Cappelen Damm.
- Lunde, L. H. (2012). *Alder ingen hindring. Vekst og utvikling hele livet*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Malterud, K. (2001). *Qualitative research: standards, challenges, and guidelines*. Vol. 358, s. 483-488. *The Lancet*.
DOI: 10.1016/S0140-6736(01)05627-6.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). *Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power*. *Qualitative Health Research*. Vol. 26(13) 1753-1760.
DOI: 10.1177/1049732315617444.
- Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*.
Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>.
- Minde, G. T. & Brustad, A. K. (2021). *Pandemien har økt omsorgsbyrden for mange pårørende til eldre*. *Sykepleien*, 2021;109
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2021.84325.

NESH. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. 5. utgave.

Hentet 30.04.23 fra:

<https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora>.

NOU 2021:6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*.

Rapport fra Koronakommisjonen.

NOU 2022:5. (2022). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2*.

Rapport fra Koronakommisjonen.

Nygård, A. J., Traladsen, K., Granbo, R., Selbæk, G. & Helbostad, J. L. (2022). *Impacts of COVID-19 restrictions on level of physical activity and health in home-dwelling older adults in Norway*. *European Review of Aging and Physical Activity*. Vol 19 No 30. DOI: <https://doi.org/10.1186/s11556-022-00309-w>.

Regjeringen (2016). *Flere år – flere muligheter*.

Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn.

https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi_eldrepolitikk_110316.pdf.

Rønnevik, D. H. (2020). *Koronapandemien i et salutogent perspektiv*. *Dagens Medisin*. Hentet:

13.april 2023 fra:

<https://cms.dagensmedisin.no/blogger/dag-helgeronnevik/2020/08/17/koronapandemien---kan-salutogenese-hjelpe-oss-a-sta-han-av/>.

Shahid, Z., Kalayanamitra, R., McClafferty, B., Kepko, D., Ramgobin, D., Patel, R., Aggarwal, C. S., Vunnam, R., Sahu, N., Bhatt, D., Jones, K., Golamari, R. & Jain, R. (2020). *Covid-19 and Older Adults: What We Know*. The American Geriatrics Society. Vol. 68, 926-929.

DOI: 10.1111/jgs.16472.

Soares, B. C., Costa, D. A., Xavier, J. D. F., Veiveiro, L. A. P. D., Antunes, T. P. C., Mendes, F. G., Oliveira, M. A. K. D., Hsien, C. P. B. K. S., Silva, E. C. G. E. & Pompeu, J. E. (2021). *Social isolation due to COVID-19: impact on loneliness, sedentary behaviour, and falls in older adults*. *Aging & Mental Health*. Vol. 26 NO 10, 2120-2127.
DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.2003296>.

Solvang, P. K. (2019). *(re)habilitering – terapi, tilrettelegging, verdsetting*. Fagbokforlaget.

Svenaesus, F. (2005). *Fenomenologi: Med livsverden som grunnlag*. I (Red) *Sykdommenes mening – og møtet med det syke mennesket*. Oversatt: Lisbeth Nilsen. Oslo: Gyldendal.

Talbot, C. V. & Briggs P. (2021). *'Getting back to normality seems as big of a step as going into lockdown': the impact of the COVID-19 pandemic on people with early to middle stage dementia*. *Age and Ageing*, 50: 657-663.
DOI: [10.1093/ageing/afab012](https://doi.org/10.1093/ageing/afab012).

Tellnes, G. (2007). *Salutogenese - hva er det?* Michael. Det norske medicinske Selskab, 2, 144-149. Hentet fra: <https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/2007/2-144-9.pdf>.

Thagaard, T. (2015). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget.

Thoresen, L., Rugseth, G., & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tjernshaugen, A., Hiis, H., Bernt, J. F., Braut, G. S., Bahun, V. B. & Simonsen, M. M. (2023). *Koronapandemien*. *Store Norske Leksikon*.
Hentet fra: <https://sml.snl.no/koronapandemien>.

Walle-Hansen, M. M., Ranhoff, A. H., Mellingsæter, M., Wang-Hansen, M. S. & Myrstad, M. (2021). *Health-related quality of life, functional decline, and long-term mortality in older patients following hospitalisation due to COVID-19*. BMC Geriatrics Vol 21 No 199 (2021). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02140-x>

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og informert samtykke



UiO : Det medisinske fakultet

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

ELDRES ERFARING MED COVID-19 PANDEMIEN

En kvalitativ studie om eldres erfaringer med covid-19 pandemien

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke eldres erfaringer med covid-19 pandemien. Formålet med studien er å få mer kunnskap om erfaringene knyttet til pandemien, hvordan det opplevdes å være eldre i en pandemi og hvordan hverdagen er nå etter pandemien. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelsen vil innebære for deg.

Du blir spurt om å delta i dette forskningsprosjektet fordi vi ønsker å intervju personer som før pandemien deltok på treningsgruppe i regi av rehabiliteringsavdelingen i bydelen. Masterstudenten arbeider selv i bydelen, men har ingen tidligere direkte rolle i treningsgruppene.

Hva innebærer prosjektet?

I dette prosjektet vil vi gjennomføre individuelle intervjuer med mellom 6 - 10 personer. Vi ønsker å intervju både kvinner og menn som før pandemien var deltakere i en treningsgruppe. I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg, som vil si navn og adresse. Deltakelsen innebærer individuelle intervjuer om erfaringer som gjelder covid-19 pandemien og det vil bli fokus på hverdagen din før, under og etter pandemien. Intervjuet vil vare i rundt 1-1,5 timer. Det er kun ett intervju per deltaker. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak.

Intervjuet kan foregå der det er mest praktisk å gjennomføre intervjuet for den enkelte deltaker. Masterstudenten kan komme hjem til deg dersom du ønsker det. Ellers er det også mulig å avtale møte på en café eller lignende.

Mulige fordeler og ulemper

Det vil ikke innebære noen kostnader for deg å delta i intervjuet. Intervjuet legges opp som en samtale der du får fortelle om dine erfaringer på en sammenhengende måte.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser eller ha noen innvirkning for din videre oppfølging av bydelen eller andre helsetjenester. Dersom du trekker seg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Gunvor Aasbø (telefon 48 25 71 36 eller e-post gunvor-aasbo@medisin.uio.no) eller masterstudent Oda Marie Sørli (telefon 93 02 32 51 eller e-post o.m.sorli@studmed.uio.no).

Hva skjer med opplysningene om deg?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn, adresse og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Intervjuene vil lagres sikkert på sensitiv sone (TSD) ved Universitet i Oslo som kun Gunvor Aasbø og Oda Marie Sørli har tilgang til. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste som lagres atskilt fra intervjuene. Det er kun Gunvor Aasbø og Oda Marie Sørli som har tilgang til denne listen.

Resultatene fra studien vil bli publisert som masteroppgave og muligens også som en vitenskapelig artikkel.

Prosjektet avsluttes 01.06.2024. Av dokumentasjons- og oppfølgingshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 01.06.2020.

Godkjenning

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har vurdert og godkjent prosjektet (saksnr.: 314616).

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig Universitet i Oslo og prosjektleder Gunvor Aasbø et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr.1a og artikkel 9 nr. 2a. På oppdrag fra Universitet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

Du kan også ta kontakt med personvernombudet ved UiO hvis du har spørsmål om UiOs behandling av deres personopplysninger. Personvernombudet kan kontaktes via e-post: personvernombud@uio.no

Kontaktopplysninger

Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du ta kontakt med:

Prosjektleder:

Gunvor Aasbø

(Telefon 48 25 71 36 eller e-post gunvor.aasbo@medisin.uio.no)

Masterstudent:

Oda Marie Sørli

(Telefon 93 02 32 51 eller e-post o.m.sorli@studmed.uio.no)

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE
PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Dersom du ønsker å delta i prosjektet, kan du sende samtykke til:

Oda Marie Sørli
Spireaveien 14c
0580 Oslo

Du kan også sende en e-post til o.m.sorli@studmed.uio.no eller SMS/ringe til 93 02 32 51. Vi vil da avtale tid og sted. Du kan ta med samtykket til intervjuet eller sende det på forhånd.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 2: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

«Hvordan erfarte eldre mennesker i Norge covid-19 pandemien?»

Oppvarmings- spørsmål	Kan du fortelle litt om deg selv?	- Alder? Tidligere yrkeskarriere? Familie og venner (Det du selv ønsker å dele)
Refleksjons- spørsmål	Kan du fortelle om hverdagen din før covid-19 pandemien?	- Venner/familie - Sosiale aktiviteter (seniorsenter, pensjonistforeningen og andre møteplasser?) - Hvordan syntes du det var å delta på gruppetrening da? - Hadde du kontakt med andre helsetjenester før pandemien?
	Kan du fortelle om hverdagen din under covid-19 pandemien? - Informasjon	- Hvor innhentet du informasjon om pandemien? - Hva var du interessert i å vite? - Hva gjorde informasjonen du fikk med deg? - Syntes du informasjonen du fikk var forståelig?

	<ul style="list-style-type: none"> - Gruppetrening - Koronatesting og vaksinerings 	<p>beskyttet deg og unngikk kontakt? Hva slags tanker/følelser har du angående det?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har du tatt noen forhåndsregler for deg selv for å unngå smitte? Hvilke? - Hva tenker du om at tilbudet til eldre har vært minimalt grunnet risikogruppe? - Hva tenker du om at det ikke ble arrangert gruppetrening? - Har du tatt koronatest under pandemien? - Hvis ja: hvordan har du innhentet testresultatet? Helsenorge? - Er du vaksinert? Dose 1, 2 og 3? - Hvilke tanker hadde du om å ta vaksine? Vaksinemotstandere, har tankene dine rundt vaksine endret seg i løpet av pandemien? - Hvor godt beskyttet føler du deg med vaksine? Tør du ta tilbake hverdagen din igjen nå? Med vaksine..
	<p>Kan du fortelle hvordan du har det i dag?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - På hvilken måte føler du pandemien har påvirket deg? - Hverdagen din i dag: Tør du å leve som før? Tar du fortsatt forhåndsregler? Hvilke? - Har du kontakt med andre helsetjenester nå enn det du hadde før pandemien?

		- Deltar du nå på gruppetrening? Hvorfor ikke? /Hvordan har det vært å starte opp igjen?
Avrundings- spørsmål		- Er det noe mer du vil legge til eller ønsker å fortelle?

Vedlegg 3: Godkjenning fra REK



Region: REK sør-øst C	Saksbehandler: Anders Strand	Telefon:	Vår dato: 14.10.2021	Vår referanse: 314616
---------------------------------	--	-----------------	--------------------------------	---------------------------------

Gunvor Aasbø

Prosjektsøknad: Eldres erfaringer med Covid-19

Søknadsnummer: 314616

Forskningsansvarlig institusjon: Universitetet i Oslo

Prosjektsøknad godkjennes

Søkers beskrivelse

I dette mastergradsprosjektet skal masterstudenten undersøke hvordan eldre med rehabiliteringsbehov erfarte covid-19 pandemien. Masterstudenten ønsker å få kunnskap om hvordan disse eldre opplever at pandemien har hatt betydning for deres fysiske og psykiske helse, samt hvordan de opplevde å være i risikogruppen for et alvorlig sykdomsforløp eller død og hvordan de opplevde fravær av sosial deltakelse med familie og venner. En viktig bakgrunn for studien er at kommunale rehabiliteringstilbud ble redusert under pandemien, og at tjenestene nå mottar mange re-henvisninger av eldre med nye eller endrede behov for støtte i rehabiliteringstjenestene. Det er spesielt eldre som er re-henvist til rehabiliteringstjenesten som vi ønsker å inkludere i denne studien. Informantene skal rekrutteres via rehabiliteringstjenesten i en (eller flere) bydeler i Oslo. Helsepersonell/fysioterapeut i rehabiliteringstjenesten skal identifisere aktuelle deltakere og gi informasjon og forespørsel først til aktuelle deltakere. Masterstudenten vil så sende ut informasjonsskriv per post, for så å ta kontakt på telefon. Ved telefonkontakt vil det bli påpekt at det er frivillig deltakelse. Masterstudenten jobber selv i rehabilitering i bydelen det skal rekrutteres fra, men skal ikke ha eller ha hatt en terapeutisk relasjon til informantene som rekrutteres.

Datamaterialet skal innhentes ved bruk av kvalitativ metode og semistrukturert intervju. Det vil bli benyttet opptak av intervjuene via Tjenester for Sensitive Data (TSD) gjennom UIO for sikker oppbevaring og behandling av datamaterialet. Det er utarbeidet en intervjuguide i prosjektet som er vedlagt. Intervjuene vil foregå i informantenes hjem, men hvis ønskelig fra informantenes sin side kan de også foregå på kafé eller lignende. Det vil bli inkludert 6-10 informanter i studien. Det er utarbeidet et samtykkeskjema der hensikten med studien er tydeliggjort og det er gitt informasjon om prosjektet er som er enkel å forstå for å sikre forståelse for prosjektet slik at de kan ta stilling til om de ønsker å delta eller ikke.

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst C) i møtet 16.09.2021. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

REKs vurdering

Det omsøkte prosjektet er et masterprosjekt, og består i en kvalitativ studie av hvordan eldre med rehabiliteringsbehov opplevde Covid-19 pandemien. Det legges særlig vekt på hvordan de eldre opplevde at pandemien påvirket deres psykiske og fysiske helse, hvordan de opplevde å være i risikogruppen, og deres erfaringer med å leve med sosial isolering. En motivasjon for studien er at under pandemien ble det kommunale rehabiliteringsbehovet redusert, og at man nå registrerer flere eldre med re-henvisninger med endrede behov.

Komiteen mener at prosjektet kan fremskaffe ny kunnskap av betydning for pasientgruppas helsesituasjon. Prosjektet er samtykkebasert, og det oppgis 6-10 deltagere. Komiteen legger til grunn at endelig deltagerantall vil justeres for å oppnå datametning. Dersom dette medfører at deltagerantallet må justeres vesentlig, dvs. til mer enn 15 deltagere, så søkes dette REK ved endringsmelding.

Videre forutsetter komiteen at studiens samtykkeskriv gjennomgås av forskningsansvarlig institusjon (personvernombud) for å sikre at informasjon påkrevet etter personvernforordningen er korrekt, inkludert rettslig grunnlag for behandlingen. Revidert skriv sendes komiteen til orientering som endringsmelding i REK portalen.

Under de beskrevne forutsetninger godkjenner komiteen prosjektet.

Vedtak

Komiteen har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes under de beskrevne forutsetninger, med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Komiteen gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Tillatelsen gjelder til 01.06.2024. Av dokumentasjons- og oppfølgingshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 01.06.2029. Opplysningene skal lagres aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, tredje ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst C. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Sluttmelding

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalen senest 6 måneder etter sluttdato 01.06.2024, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

Søknad om endring

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i formål, metode, tidsløp eller organisering må prosjektleder sende søknad om endring via portalen på eget skjema til REK, jf. helseforskningsloven § 11.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen

Erik Fosse
Prof., PhD.
Leder REK sør-øst C

Anders Strand
Seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert

Kopi til:

Universitetet i Oslo
Oda-Marie Sørli

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Vurdering

Skriv ut

Referansenummer

756350

Prosjekttittel

Eldres erfaringer med Covid-19

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gunvor Aasbø, gunvor.aasbo@medisin.uio.no, tlf: 48257136

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Oda-Marie Sørli, o.m.sorli@@studmed.uio.no, tlf: 93023251

Prosjektperiode

01.08.2021 - 01.06.2024

Vurdering (1)

23.11.2021 - Vurdert

BAKGRUNN

Prosjektet er vurdert og godkjent etter helseforskningsloven § 10 av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i vedtak av 14.10.2021, deres referanse 314616 (se under Tillatelser).

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. Om prosjektansvarlig ikke svarer på invitasjonen innen en uke må han/hun inviteres på nytt.

VURDERING

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den

23.11.2021 dato med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

VURDERING AV BEHOV FOR DPIA

Prosjektet behandler særlige kategorier av personopplysninger (helseopplysninger og xxx) om en sårbar gruppe (legg til det som passer), noe som kan utløse en plikt til å foreta personvernkonsekvensvurdering (DPIA).

NSD har vurdert at det ikke var behov for å gjøre en DPIA jf. personvernforordningen art. 35 nr. 1 for dette prosjektet. Dette var basert på en helhetsvurdering der følgende momenter ble vektlagt:

De registrerte samtykker til bruk av sine personopplysninger

De registrerte får god informasjon om behandlingen av personopplysningene og sine rettigheter

Opplysningene lagres trygt på Tjeneste for Sikker Datahåndtering (TSD) Prosjektet har en ryddig og oversiktlig dataflyt

Få personer har tilgang til personopplysningene

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har gjort en forskningsetisk vurdering av prosjektet og godkjent det

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 01.06.2024. Etter prosjektslutt skal opplysningene oppbevares i fem år av dokumentasjonshensyn. Enhver tilgang til prosjektdataene skal da være knyttet til behovet for etterkontroll. Prosjektdata skal da ikke være tilgjengelig for prosjektet.

Prosjektleder og forskningsansvarlig institusjon er ansvarlig for at opplysningene oppbevares av-identifisert i denne perioden, dvs. atskilt i en nøkkel- og en datafil. Etter disse fem årene skal data slettes eller anonymiseres.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen: om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

UNNTAK FRA RETTEN TIL SLETTING

I utgangspunktet har alle som registreres i forskningsprosjektet rett til å få slettet opplysninger som er registrert om dem. Etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd vil imidlertid adgangen til å kreve sletting av sine helseopplysninger ikke gjelde dersom materialet eller opplysningene er anonymisert, dersom materialet etter bearbeidelse inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser. Regelen henviser til at sletting i slike situasjoner vil være svært vanskelig og/eller ødeleggende for forskningen, og dermed forhindre at formålet med forskningen oppnås.

Etter personvernforordningen art 17 nr. 3 d kan man unnta fra retten til sletting dersom behandlingen er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig eller historisk forskning eller for statistiske formål i samsvar med artikkel 89 nr. 1 i den grad sletting sannsynligvis vil gjøre det umulig eller i alvorlig grad vil hindre at målene med nevnte behandling nås.

NSD vurderer dermed at det kan gjøres unntak fra retten til sletting av helseopplysninger etter helseforskningslovens § 16 tredje ledd og personvernforordningen art 17 nr. 3 d, når materialet er bearbeidet slik at det inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser.

Vi presiserer at helseopplysninger inngår i utførte analyser dersom de er sammenstilt eller koblet med andre opplysninger eller prøvesvar. Vi gjør oppmerksom på at øvrige opplysninger må slettes og det kan ikke innhentes ytterligere opplysninger fra deltakeren.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 5: Godkjenning fra Mastergradskomiteen

UiO • **Det medisinske fakultet**
Universitetet i Oslo

Prosjektansvarlig/hovedveileder: Gunvor Aasbø
Evt. Intern prosjektansvarlig: N/A
Masterstudent: Oda Marie Sørli

Dato: 13.10 2021

Kontaktperson: Hedda eik

Svar på søknad om godkjenning av masteroppgaveprosjekt og veileder

Prosjekt: Eldres erfaringer med Covid-19 pandemien

Vi viser til søknad datert 01.10.2021 om godkjenning av ovennevnte masteroppgaveprosjekt ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap, Universitetet i Oslo. Søknaden er vurdert av Masteroppgavekomiteen ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap i møte 12.10.2021.

Faglig vurdering

Slik komiteen ser det er dette et relevant og gjennomførbart prosjekt

Forskningsetisk vurdering

Det kan se ut som REK og NSD er søkt, men det er ikke lagt ved noen godkjenninger. De må ettersendes før prosjektet kan settes i gang.

Vedtak

Tillatelse til igangsetting av prosjektet gis under forutsetning av at komiteens anmerkninger tas til følge og at prosjektet for øvrig gjennomføres slik det er beskrevet.

Det forutsettes at alle godkjenninger foreligger og godkjenningene sendes til avdelingen før prosjektet settes i gang (sendes til e-post: l.k.lovendahl@medisin.uio.no).

Veiledningsavtalen godkjennes.

Lykke til med prosjektet.

Med hilsen

Kari Nyheim Solbrække
Avdelingsleder, professor

Hedda Eik
Leder masteroppgavekomiteen, postdoktor



Institutt for helse og samfunn
Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap
Postadr.: Postboks 1089 Blindern, 0317 Oslo
Besøksadr.: Forskningsveien 3a, Harald
Schjelderups hus, inngang 2

Telefon: 22 84 53 78
Telefaks: 22 84 53 83
postmottak@medisin.uio.no
www.med.uio.no/helsam
Org.nr.: 971 035 854

Vedlegg 6: Veiledningsavtale



UiO : Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

VEILEDNINGSAVTALE – MASTEROPPGAVE

Avdeling for helsefag

Veiledning inngår som en obligatorisk del av arbeidet med masteroppgaven og er en forutsetning for å innlevere oppgaven til sensur (jf. § 2-5 (7) Forskrift om studier og eksamener ved Universitetet i Oslo). Inngåelse av veiledningsavtale er derfor obligatorisk for alle som er tatt opp på et masterprogram ved Universitetet i Oslo.

Avtale om veiledning skal inngås etter bestått eksamen (prosjektplan) i emne HELSEF4301 Forskningsforberedende kurs og gjøres i forbindelse med kvalitetssikring og godkjenning av mastergradsprosjekt. I tillegg skal studenten semesterregistrere seg, bekrefte utdanningsplan og betale semesteravgift hvert semester frem til innlevering.

Avtalen fylles ut av student og veileder(e). Alle involverte må gjøre seg kjent med avtalens rammer og retningslinjer (s. 2) og signere avtalen.

Student

Navn: ODA MARIE SØRLI	
Adresse: SPIREAVEIEN 14C	Postnummer og sted: 0580 OSLO
Telefon: 93023251	E-postadresse: o.m.sorli@studmed.uio.no

Masteroppgaveprosjekt

Tittel: Hvordan erfarte eldre covid-19 pandemien?

Hovedveileder

Navn: Gunvor Aasbø	Stilling/tittel: Førsteamanuensis
Arbeidssted: Avd. tverrfaglig helsevitenskap	
Postadresse: BOKS 1072 Blindern	Postnummer og sted: 0316 Oslo
Telefonnummer: 48257136	E-postadresse: gunvora@medisin.uio.no

Eventuell biveileder

Navn:	Stilling/tittel:
Arbeidssted:	
Postadresse:	Postnummer og sted:
Telefonnummer:	E-postadresse:

Avtalt timefordeling (totalt 20 veiledningstimer)

Hovedveileder: 20	Biveileder:
-------------------	-------------

Rammer og retningslinjer

Avtale om veiledning inngås etter bestått eksamen i emne HELSEF4301 Forskningsforberedende kurs og i forbindelse med kvalitetssikring og godkjenning av mastergradsprosjekt.

Veiledningsavtalen er en formalisering av et samarbeid mellom student, veileder/e og Avdeling for helsefag. Studenten tilbys totalt 20 timer veiledning. Ekstern veileder/e blir honorert for 1 time for-/etterarbeid til hver veiledningstime, totalt 40 timer for hver student. Samlet honorar til ekstern veileder/e utbetales normalt når veiledningen er avsluttet og masteroppgaven er sensurert og etter satser fastsatt av Universitetet i Oslo.

Partenes ansvar i veiledningsforholdet

Veileder plikter å sette seg inn i Etliske retningslinjer for veiledere ved UiO:

<http://www.uio.no/om/regeleverk/etiske-retningslinjer/etiske-retningslinjer-veiledere.html>.

Veileder forplikter seg til å være forskningsansvarlig for masteroppgaven og påse at alle søknader/tillatelser i henhold til faglig forsvarlighet og forskningsetikk foreligger.

Veileder og student plikter å utforme en realistisk og forpliktende fremdriftsplan, der alle vesentlige elementer i utforming, gjennomføring og ferdigstillelse av prosjektet inngår.

Veileder og student plikter i samarbeid å sende avdelingen en fremdriftsrapport halvveis i masteroppgavearbeidet.

Veileder og student plikter å holde hverandre løpende orientert og i god tid gi beskjed om lengre fravær etc. slik at dette kan tilpasses planen for arbeidet.

Dersom veileder finner at studenten ikke overholder sine forpliktelser på en tilfredsstillende måte, eller veiledningsforholdet blir problematisk, kan veileder på dette grunnlag be om å bli løst fra veiledningsoppgaven.

Dersom studenten finner at veiledningen er utilfredsstillende kan han/hun etter søknad be om å få godkjent ny veileder. Avdelingen treffer avgjørelse i saken.

Dersom både veileder og student under arbeidet med masteroppgaven, finner at det av faglige grunner bør oppnevnes ny veileder, skal de henvende seg til avdelingen.

Avdeling for helsefag plikter å orientere seg om studentens progresjon og å bistå veileder og student i saker knyttet til veiledningsforholdet.

Opphavsrett til masteroppgaven

Masteroppgaven er studentens eiendom, men kan benyttes av universitetet i undervisnings- og forskningsformål så fremt studenten ikke har begrenset bruken av materialet (klausering).

Arkivering og registrering av veilederavtalen

Avtalen (original) med godkjent masterprosjekt og prosjektbeskrivelse arkiveres ved Avdeling for helsefag.

Student og veileder/e er enige om ovennevnte punkter. Det er både veileder(e)s og studentens ansvar at avtalen følges.

Signaturer

Dato:	30.09.21
Student:	Odette Sorli
Hovedveileder:	[Signature]
Bi-veileder:	

Avtalen godkjennes av Avdeling for helsefag i forbindelse med søknad om prosjektgodkjenning:

<http://www.uio.no/studier/emner/medisin/helsefag/HELSEF4500/godkjenning-masterprosjekt-veiledning.html>