



Høgskolen
i Innlandet

Fakultet for helse og sosialvitenskap

Kjersti Rongved Johansen

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Ensomhet blant eldre i koronaens tid

**Loneliness among the elderly in the
time of Corona**

MMHCD Master i psykisk helsearbeid kull 2019 – 2021

4PM791

2021

Antall ord: 21257

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har både vært lang og krevende, men også en svært lærerik prosess. Mens det tidvis har opplevdes som en ganske bratt bakke å forsere, har temaet interessert meg og aktualiteten motivert meg.

Jeg ønsker å takke veilederen min Sigrid Helene Kjørven Haug for konstruktiv hjelp og gode tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Samtidig vil jeg også gi en takk til min nå pensjonerte sjef Annica Midttun-Johansen for god tilrettelegging og oppmuntring den gangen jeg begynte på studiet. Takk!

Jeg vil også rette oppmerksomheten mot de fem deltakerne som raust lot seg intervjuet og bidro til at oppgaven ble som den ble. En varm takk.

Sist, men ikke minst, takk til de nærmeste som har bidratt med barnevakt og fleksible løsninger i denne tiden med oppgaveskriving. Takk.

Hamar 29. oktober 2021

Kjersti Rongved Johansen

Norsk sammendrag

Bakgrunn: Antall voksne over 65 år øker og stadig flere bor alene. Det er en påvist sammenheng mellom ensomhet, sosial isolasjon og dårlig psykisk og fysisk helse blant eldre og man vet at mange sliter med ensomhet i dag. Koronapandemien med smitterestriksjoner har aktualisert dette ytterligere.

Hensikt: Hensikten er å belyse hvordan tiden med koronarestriksjonene har vært for en gruppe eldre, aleneboende mennesker over 65 år som fra før hadde utfordringer med den psykiske helsen.

Metode: Studien er en kvalitativ studie med individuelle intervjuer. Utvalget består av fem pasienter på en alderspsykiatrisk poliklinikk i spesialisthelsetjenesten. I analysen er Malteruds analysestrategi, systematisk tekstkondensering, anvendt.

Resultater: Studien har følgende tre hovedfunn: 1. *Krevende hverdag med koronarestriksjoner og psykisk og fysiske helseutfordringer*, 2. *Ensomhet i form av sosial isolasjon*, 3. *Eksistensielle temaer som mening, framtiden og døden*. Tiden med restriksjoner hadde blant annet gitt informantene økte psykiske utfordringer og følte seg mer ensomme, de slet med å finne mening i hverdagen og de tenkte mer på døden.

Konklusjon: Denne studien viser hvilke erfaringer fem informanter gjorde seg i tiden med korona og hva som var viktig for dem. De forholdt seg lojale til restriksjonene, men hverdagene ble krevende med økt psykisk belastning og savn etter familie og særlig barnebarn. For enkelte ble de fysiske plagene mer fremtredende og periodene der de var psykisk dårligere varte lengre. For noen var tanker rundt døden pågående og de slet med å finne mening i hverdagen. Funnene har særlig relevans for videre psykisk helsearbeid til eldre med hensyn til disse temaene.

Nøkkelord: *ensomhet, sosial isolasjon, depresjon, eksistensiell psykoterapi, eldre*

English Summary

Background: The number of adults over the age of 65 is increasing and more and more people are living alone. The connection between loneliness, social isolation and poor mental and physical health among the elderly is well-documented, and many struggle with loneliness. This has been further aggravated by the Corona pandemic.

Aim: The purpose of this study is to analyze the experiences of a group of elderly people with previous mental health issues, living alone during Corona restrictions.

Method: The study is a qualitative study with individual interviews. The interviewees consist of five patients treated at an outpatient clinic within the department of old age psychiatry, in specialized healthcare. Malteruds method for analyses, systematic text condensing, was used.

Results: The results were divided into three main groups.

1. A demanding daily life with Corona restrictions and mental and physical health challenges.
2. Loneliness through social isolation.
3. Existential themes such as meaning, future and death. The time of restrictions had given the informants increased mental challenges, they felt lonely, struggled more to find meaning in everyday life and reflected more about death.

Conclusion: This study shows the experiences of the five interviewees during the period with Corona restrictions and what was important for them. The social isolation exaggerated their mental health challenges. They felt lonely, missed their family, and especially their grandchildren. Physical problems were exacerbated and periods with worsened mental health were prolonged. For some of the interviewees, thoughts around death became more activated, and they struggled to find meaning in everyday life.

Keywords: *loneliness, social isolation, depression, existential psychotherapy, elderly*

Ensomhet blant eldre i koronaens tid

1. Innledning	s. 1
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema	s. 1
1.1.2 Studiens kontekst	s. 3
1.2 Studiens hensikt og presentasjon av problemstillingen	s. 3
1.3 Avgrensninger og avklaringer	s. 4
1.4 Oppgavens relevans for psykisk helsearbeid	s. 4
1.5 Begrepsavklaringer og definisjoner	s. 5
1.5.1 Psykisk helse	s. 5
1.5.2 Psykisk lidelse	s. 5
1.5.3 Psykisk helsearbeid	s. 6
1.6 Forforståelse	s. 6
1.7 Overordnet perspektiv	s. 7
2. Teori	s. 8
2.1 Introduksjon	s. 8
2.2 Forskning	s. 8
2.3 Pasienter i alderspsykiatri	s. 10
2.4 Korona	s. 11
2.4.1 Koronarestriksjonene	s. 12
2.5 Depresjon hos eldre	s. 13
2.5.1 Depresjonens vesen	s. 14
2.6 Ensomhet og sosial isolasjon	s. 16
2.6.1 Følgene av ensomhet og sosial isolasjon	s. 17
2.7 Eksistensiell psykoterapi og eksistensialisme	s. 18
2.7.1 Interpersonell isolasjon	s. 19
2.7.2 Eksistensiell psykoterapi og forholdet til døden	s. 19
2.7.3 Eksistensiell psykoterapi og mening	s. 20

3. Metode	s. 22
3.1 Introduksjon med valg av studiedesign	s. 22
3.2 Pragmatisk tilnærming og hermeneutikk	s. 22
3.3 Utvalg og rekruttering	s. 24
3.4 Metode for datainnsamling	s. 25
3.4.1 Det kvalitative forskningsintervjuet	s. 25
3.4.2 Gjennomføringen av forskningsintervjuene	s. 26
3.5 Metode for behandling av data	s. 27
3.5.1 Dokumentering	s. 27
3.5.2 Transkribering	s. 27
3.5.3 Datareduksjon	s. 28
3.5.4 Analyse av transkriberte intervjuer	s. 28
3.6 Forskningsetikk	s. 31
3.6.1 Etske vurderinger	s. 31
3.6.2 Konfidensialitet og taushetsplikt	s. 32
4. Presentasjon av funn	s. 34
4.1 Krevende hverdag med koronarestriksjoner og psykisk og fysiske helseutfordringer	s. 35
4.1.1 Opplevelsen av koronarestriksjonene	s. 35
4.1.2 Fysiske plager innskrenker hverdagen	s. 36
4.1.3 Ulike psykiske utfordringer som påvirker hverdagen	s. 36
4.2 Ensomhet i form av sosial isolasjon	s. 37
4.2.1 Savn av pårørende og nære relasjoner	s. 37
4.2.2 Ensomhet i hverdagen	s. 38
4.2.3 Isolasjonens påvirkning på den psykiske helsen	s. 39
4.3 Eksistensielle temaer som mening, framtiden og døden	s. 40
4.3.1 Tap av mening	s. 40
4.3.2 Forholdet til framtiden	s. 41
4.3.3 Tanker om døden	s. 42

5. Diskusjon	s. 44
5.1 Introduksjon	s. 44
5.2 Krevende hverdag med koronarestriksjoner og psykiske og fysiske helseutfordringer	s. 44
5.3 Ensomhet i form av sosial isolasjon	s. 48
5.4 Eksistensielle temaer om mening, framtiden og døden	s. 51
5.5 Relevans for psykiskhelsearbeid	s. 54
5.5 Metodediskusjon	s. 55
5.5.1 Validitet	s. 55
5.5.2 Refleksivitet	s. 56
5.5.3 Relevans	s. 56
6. Konklusjon	s. 58
7. Litteraturliste	s. 59
Vedlegg 1 Intervjuguide	
Vedlegg 1 Informasjonsskriv	
Vedlegg 3 Godkjenning fra NSD	

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

I det norske samfunnet blir det stadig flere eldre mennesker. Man anslår at i 2060 vil det være 1,4 millioner innbyggere over 70 år i Norge. Det vil si at en av fem nordmenn vil være over 70 år. Økningen vil være spesielt sterk i alderssegmentet over 80 år, hvor antallet vil tredobles før 2060, mens antallet over 90 år vil femdobles i samme periode (Gleditsch, 2020). Ved årsskiftet bodde over 34% av alle på 67 år og eldre som var bosatt i privathusholdninger alene (Tømmerås, 2021). Alderdommen fører ofte med seg en rekke utfordringer, for eksempel tap av helse, redusert mobilitet, kroniske smerter eller isolasjon som følge av dårlige sosiale nettverk (Hummelvoll 2014, s. 378). Det kan også være andre uønskede endringer. De sosiale rollene som en gang var, gjelder kanskje ikke lenger. Mange opplever overgangen fra arbeidslivet til pensjonisttilværelse, med det det kan medføre av tap av både sosial identitet og omgang med andre mennesker, som vanskelig (Moksnes, 2004, s. 299). Psykisk sykdom som angst og depresjon er utbredt blant eldre. Man regner med at mellom 2-4% av eldre over 65 år i Norge til enhver tid har en alvorlig depresjon, men enkelte undersøkelser antyder at tallene kan være det dobbelte (Engedal & Bjørkløf 2014, s. 51). Eldre mennesker er også mer utsatt for kroniske og livstruende sykdommer gjennom alderdommen, med svakere immunsystemer og større risiko for hjerte- og karlidelser, diabetes og kreft (Wu, 2020).

Denne masteroppgaven omhandler hvordan tiden med koronarestriksjoner har påvirket livet, hverdagen og den psykiske helsen til eldre mennesker som bor alene. Informantene er hentet fra en klinisk populasjon av eldre pasienter i en poliklinikk i alderspsykiatrien. Til daglig jobber jeg som psykiatrisk sykepleier i alderspsykiatrien i spesialisthelsetjenesten. Her møter jeg mennesker som lider under av at livet har blitt mer utfordrende og krevende enn det en gang var, eller at de ikke lenger har ressursene til å møte utfordringene de står overfor. Flyktige eller konkrete tanker om selvmord, eller et ønske om å dø gjennom å sovne inn, kommer gjerne fram i samtaler. Ofte møter jeg mennesker som har sittet for lenge alene med tanker og grublet. De kan lide under ikke å ha fått andres påvirkning eller å ha blitt utfordret på en måte som kunne hjulpet til med å få tankene inn på et bedre spor. Som en følge av dette har vrangforestillinger og fastlåste tankemønstre fått etablere seg.

Da koronapandemien kom vinteren 2020, skapte det en generell utrygghet i samfunnet, og alle ble på ulikt vis berørt av restriksjonene man ble pålagt. Eldre mennesker ble vurdert til å være i en risikogruppe på grunn av alderen. En rekke sykdommer og lidelser som eldre ofte har, økte i tillegg risikoen for å bli alvorlig syk. Besteforeldre ble frarådet å passe barnebarn. Man vet at mange ikke har oppsøkt fastlegen sin slik de pleier (Jørstad, 2020). Ulike tilbud som for eksempel internettbaserte løsninger er gjerne lite tilgjengelig for eldre. Alle medlemmer av samfunnet ble også oppfordret til å begrense fysisk kontakt med andre og det var tidlig en periode reduksjon i offentlig transport. For psykisk syke eldre mennesker kan man lett se for seg at det ble mange hindre å forsere for å få hjelp. I regjeringens strategi for god psykisk helse, «Mestre hele livet» påpekes det generelt at det er i de mest grunnleggende forholdende helsehjelpen oftest svikter, de forholdene som omhandler aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 23) Det blir også understreket at god sosial støtte vil kunne redusere depresjoner, så vel som fysisk sykdom som hjerte- og karlidelser og infeksjoner. Disse forholdene har blitt satt under press av koronapandemien.

Krendl & Perry (2020) gjennomførte en studie der 93 mennesker eldre ble spurt om sitt sosiale nettverk, samt opplevelsen av ensomhet og depresjon. Studien var en oppfølgingsstudie, de samme informantene hadde besvart de samme spørsmålene 6-9 måneder før koronapandemien. Studien viste at det er en sammenheng mellom ensomhet og depresjon, og at koronapandemien hadde en innvirkning på den psykiske helsen til informantene. De informantene som hadde en sterk relasjon til familien kunne oppleve noe lindring av depresjon, men ikke hvis isolasjonen var sterk. De som anså seg som i en god relasjon til familie og nettverk, men var forhindret fra å involvere seg, viste en særlig økning i depresjon. En annen longitudinell studie viste hvordan mangel på støtte påvirket den eldre, psykiatriske pasienten under koronatiden (Seethaler, Just, Stötzner, BERPohl, Brandl, 2021). Her ble 33 eldre psykiatriske pasienter intervjuet med tre måneders mellomrom i april/mai 2020 og august 2020. Hensikten var å se på endringer hos den enkelte pasient med hensyn til psykisk helse og hvordan deres sosiale støttesystemer fungerte i hverdagen. Resultatet viste at de eldre pasientene ikke klarte å nyttiggjøre seg de ulike tiltakene som ble satt inn, fordi de manglet de sosiale støttesystemene i hverdagen.

1.1.2 Studiens kontekst

Studien hentet informantene fra en alderspsykiatrisk avdeling på et sykehus i Sørøst-Norge. Det er en avdeling med tre sengeposter og en poliklinikk. De tre sengepostene har til sammen 25 sengeplasser og avdelingene driver med utredning og behandling. Hit kommer eldre etter henvisning fra fastlege eller andre institusjoner. I poliklinikken tar de imot pasienter til samtaler, samt en hukommelsesklinikk som tar imot pasienter til kognitiv utredning. Alle masteroppgavens informanter gikk til samtaler med psykiatriske sykepleiere i poliklinikken.

1.2 Studiens hensikt og presentasjon av problemstillingen

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om hvordan koronapandemien med påfølgende restriksjoner skapte ekstra utfordringer for en gruppe sårbare pasienter. Her ønsket jeg å belyse hvordan den psykiske helsen påvirkes når den sosiale kontakten med andre mennesker blir redusert. Gjennom denne studien håpet jeg at man både fikk et økt fokus på, og økt kunnskap om, Eldres psykiske helse. Problemstillingen var som følger:

Hvordan erfarer eldre aleneboende pasienter hverdagen under koronarestriksjonene, med særlig vekt på deres psykiske helse?

Begrepet «erfarer» i problemstillingen var i denne sammenhengen anvendt bredt. Jeg har vært ute etter informantenes tanker, følelser og refleksjoner. I denne studien var informantene invitert til å fortelle om deres erfaringer og opplevelser. Betydningen som ligger til grunn for begrepet «psykisk helse» var deres personlige forståelse av begrepet, og hvilke erfaringer de knyttet til dette. De var alle aleneboende eldre pasienter. De gikk til behandling på en poliklinikk der de gikk til samtaler hos psykiatriske sykepleiere. De hadde alle depresjon.

1.3 Avgrensninger og avklaringer

Jeg har valgt å kalle deltagerne i studien for «*informanter*», da det var et uttrykk som ble brukt på Høyskolen i Innlandet, i ulik litteratur (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2004 og Dahlen, 2019) og jeg derfor ble komfortabel med å anvende. Parallelt med dette har jeg valgt å kalle meg selv «intervjuer».

Jeg har valgt å bruke eksistensiell psykoterapi i teorien, da den dekker en del begreper og temaer som kom opp i intervjuene som eldre mennesker er opptatte av jamfør Yalom (2011) og annen forskning. Disse begrepene innbefatter tap av mening, isolasjon og tanker rundt døden.

I teorikapittelet har jeg valgt å ikke ta med et eget kapittel om angst. Dette fordi jeg tenker at kapittelet om depresjon dekker mye av det som trengs å stå om psykisk sykdom hos eldre i teorien og var hoveddiagnosen i inklusjonskriteriene. I diskusjonskapittelet kommer det fram noe om angst under den amerikanske psykiateren Irvin Yaloms (2011) forståelse av døden.

1.4 Oppgavens relevans for psykisk helsearbeid

Den eldre aldersgruppen er i stadig vekst og stadig flere bor alene (Gleditsch, 2020). Eldre mennesker kan ha andre utfordringer enn sine yngre medborgere og være opptatt av andre spørsmål enn yngre brukere av psykiske helsetjenester. Eldre lever oftere i ensomhet og er som følge av alderdommen mer sosialt isolerte. De kan i større grad enn yngre mennesker slite med å finne mening i tilværelsen og tenker oftere på døden. For eldre mennesker henger ofte kropp og sinn nært sammen og psykiske smerter kommer gjerne til uttrykk gjennom den fysiske kroppen. For å imøtekomme denne pasientgruppen er det viktig med kunnskap, bevissthet og tid (McDougall, 1995). Både veksten i aldersgruppen og eldres behov for støtte og nevnte særegne behov, tilsier at masteroppgavens tema har relevans for psykisk helsearbeid.

1.5 Begrepsavklaringer og definisjoner

1.5.1 Psykisk helse.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse slik:

Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community (WHO, 2018)

Definisjonen vektlegger at en har det bra med seg selv og finner glede i å delta i livet utenfor hjemmet, det vil si gjennom arbeid eller i samfunnet for øvrig. Forhold endrer seg gjennom livet, derfor vil dette ikke være likt fra person til person eller på tvers av kulturer.

Hummelvoll (2014) viser til den østerrikske psykologen Marie Jahoda som har seks faktorer hun mener beskriver fenomenet psykisk helse: en positiv selvoppfatning, evne til å være aktiv og utnytte sine ressurser, å være en integrert person, å ha evne til å foreta selvstendige beslutninger, å ha empati og realitetssans og tilslutt å kunne skape gode relasjoner til andre mennesker. Disse punktene er ikke å anse som absolutter, men gode idealer (Hummelvoll, 2014, s. 36).

1.5.2 Psykisk lidelse

Psykiatrisk forening i Legeforeningen definerer psykisk lidelse som en fellesbetegnelse for lidelser og sykdommer som har langvarige plagsomme psykiske symptomer (www.Legeforeningen.no). Med symptomene følger det ulik grad av funksjonsnedsettelse sammenlignet med hvordan det var før lidelsen oppsto. Skårderud (2010, s. 28) er opptatt av å klargjøre skillet mellom å lide psykisk og å ha en psykisk lidelse. Det første kan være et sunnhetstegn og gi en erfaringer man som menneske kan vokse på, mens det andre da gir psykiske endringer og en dårligere funksjon i hverdagen. Verdens helseorganisasjon (WHO) vektlegger ikke bare den enkeltes egenskaper til å håndtere eget liv og hverdag med tanke på hvem som står i fare for å utvikle psykisk lidelse. De trekker også fram velferd, levestandard, arbeidsvilkår og støtte i omgivelsene. Det vil si sosiale, kulturelle og økonomiske faktorer i

samfunnet (www.who.int). I min masteroppgave har den aktuelle pasientgruppa psykiske lidelser og det er de sosiale sidene av koronapandemien som utdypes.

1.5.3 Psykisk helsearbeid

Bøe & Thommassen definerer psykisk helsearbeid slik: «*Psykisk helsearbeid omfatter alle mulige arbeidsformer og tiltak som kan bidra til å bedre menneskers psykiske helse*» (Bøe & Thommassen, 2007, s. 18). I denne definisjonen ligger en åpning for at psykisk helsearbeid kan utøves både på kommunalt plan og i spesialisthelsetjenesten, og at den kan ha mange ulike former og aktører. Denne masteroppgaven omhandler eldre mennesker som får poliklinisk behandling i alderspsykiatrien og det er deres erfaring som skal belyses.

1.6 Forforståelse

Malterud (2017) påpeker at det ofte er en viktig motivasjon for å sette i gang med forskning rundt et bestemt tema, og nevner også faren med «å gå inn i prosjektet med skylapper og begrenset horisont» (Malterud, 2017, s. 45). Det er derfor viktig å være klar over sine egne holdninger og spørre seg selv hvorfor man går inn i dette temaet og om man har bestemte forventninger knyttet til utfallet.

Jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier og jobber i dag i spesialisthelsetjenesten. Avdelingen jeg jobber på er en sengepost i alderspsykiatrien som i utgangspunktet er en utredningspost for utredning av pasienter med tanke på mulige kognitive svekkelser. Sengeposten har også en subakutt funksjon og mottar eldre pasienter med ulike psykiske lidelser. Det gjør jobben og hverdagen variert og sjelden kjedelig, men åpner også for at man kan gjøre seg noen tanker. Helt fra jeg startet i jobben for mange år siden, har jeg observert at altfor mange eldre mennesker sitter alene hjemme og at altfor mange blir syke. Enkelte pasienter har gjort voldsomt inntrykk på meg, mennesker som lever midt blant oss, men likevel så ensomt og isolert. Det har ofte slått meg hvor lett det tilsynelatende er å falle utenfor, og bli den som sitter der alene. Hun eller han ble kanskje ikke gift, eller de fikk ikke barn og ektefelle døde tidlig. De hadde liten familie, kanskje bare en niese som nærmeste pårørende som de ikke vil bry. Kanskje hadde de en jobb der de gikk mye alene og aldri utviklet det kontaktnettet andre gjør via arbeidsplass. Eller kanskje de bare var litt sjenerte og derfor ble alene. Jeg har hatt

pasienter som har opplevd overgrep i barndommen og som siden mer eller mindre har forskanset seg hjemme. Det har handlet om de ulike personlige historiene og hvilke mestringsstrategier som er valgt og anvendt. De som er alene har derfor alltid interessert meg, jeg synes det er et spennende tema, men litt sårt. I denne perioden med korona har alle blitt pålagt restriksjoner, men det er klart at sårbare personer, som de som jeg akkurat har nevnt, står i fare for å være ekstra utsatt. Ved å spørre de eldre selv, håper jeg imidlertid å kunne belyse og få bedre innsikt i hvordan de faktisk har opplevd denne tiden.

1.7 Overordnet perspektiv

Kunnskapsbasert praksis innebærer en tredeling av kildene for kunnskap: forskningsbasert-, erfaringsbasert- og brukerkunnskap (www.Helsebiblioteket.no). I denne masteroppgaven ble alle de tre kildene anvendt, og samtidig var brukerkunnskapen det mest sentrale ved at informantene besto av eldre aleneboende pasienter. Masteroppgavens overordnede perspektiv var derfor brukerperspektivet. Informantenes stemmer er de førende, studien tar utgangspunkt i deres opplevelser og erfaringer og tar sikte på å være så praksisnær som mulig.

Pasienters rettigheter blir definert Pasient- og brukerrettighetsloven. Her blir pasientenes rett til medvirkning i både gjennomføring og utforming av egne helsetjenester (§3-1) lovfestet, samt at deres mening skal vektlegges tungt (www.lovdatab.no). Dette er relevant med tanke på framtidige helsetjenester. Å lytte til den aktuelle gruppen med pasienter i den krisesituasjonen som oppsto da koronaepidemien kom, kan ha noe å si for utformingen av framtidens helsetjenester. Bøe & Thomassen (2007, s. 83) påpeker at det gir mening og kanskje håp i å kunne sette ord på egne opplevelser. Videre blir rollen endret fra passiv mottaker av en tjeneste til en aktiv bruker. Det vil si en som har vært med å utforme tjenesten selv og som også har definert hvilke utfordringer som gjelder for akkurat ham eller henne.

2.0 Teori

2.1 Introduksjon

Malterud (2017, s. 47) skriver at en teoretisk referanseramme representerer perspektivet vi har når vi leser og analyserer. Teorien blir i så måte en integrert del av vår forskningsmetode, som hjelper oss å sette funnene inn i en større sammenheng.

Teorikapittelet omhandler følgende temaer: Forskning, den alderspsykiatriske pasienten, korona og koronarestriksjoner, psykisk sykdom hos eldre med fokus på depresjon, ensomhet og sosial isolasjon og teori om eksistensialismen. Teorien som er tatt med er valgt ut da den er antatt som relevant med hensyn til problemstilling.

2.2 Forskning

Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven har det skjedd en endring i tilgangen på relevant litteratur. Da de første litteratursøkene ble foretatt høsten 2020 var det svært lite forskning tilgjengelig. Dette har nå endret seg og det dukker stadig opp artikler og studier knyttet til forskningsområdet. Det er så langt jeg vet få longitudinelle studier enda, men en del undersøkelser med kortere tidsspenn. Det er noen få kvalitative undersøkelser med intervjuer fra tiden med koronarestriksjoner. Det er foretatt søk i ulike søkemotorer, både tverrfaglige og helsefaglige, som Oria, Cinahl, Google Scholar, PsycInfo/Ovid, Forskning.no og Idunn. Universitetsbibliotekaren ved Høgskolen i Innlandet Elverum har hjulpet meg med søkene mine.

To relevante studier har undersøkt forhold for eldre i samfunnet, begge før tiden med korona: En britisk kvantitativ studie med utgangspunkt i tall fra en levekårsundersøkelse, undersøkte sammenhengen mellom sosial isolasjon, ensomhet og økt dødelighet blant eldre (Stephoe, Shankar, Demakakos & Wardle, 2013). Resultatet viste en sammenheng mellom sosial isolasjon og tidlig død, men ikke mellom den subjektive opplevelsen av ensomhet og død. De påpeker at manglende sosial støtte kan bidra til for tidlig død for de som er isolerte. Den norske kvalitative studien av Bjørkløf, Kirkevold, Engedal, Selbæk & Helvik (2015) tok for seg 18 inneliggende deprimerte eldre pasienter som ble intervjuet om deres måte å håndtere

og holde ut depresjon på. Også her viste resultatet at ensomhet og sosial isolasjon var en faktor som påvirket depresjon. Samtidig var denne studien særlig interessant fordi de eldre deprimerte pasientene selv fikk satt ord på hvordan de opplevde å ha depresjon. Ulike studier og artikler har fokusert på eldre og psykisk helse under korona. En tysk longitudinell studie av Seethaler et al. (2021) viste hvordan mangelen på sosial støtte påvirket eldre psykiatriske pasienter under COVID-19. Resultatet viste at de eldre psykisk syke ikke klarte å nyttiggjøre seg ulike tiltak uten å ha sitt vante støtteapparat rundt seg. En artikkel fra India belyser hvorfor eldre er særlig utsatt med hensyn til psykisk helse i tiden med korona (Mackoli & Mackolis 2020). Blant annet trekkes det fram tilstedeværelse av ulike faktorer i livet som gjelder spesielt for den eldre delen av befolkningen, som noe svakere immunsystem, fallerende helse med større sjanse for hypertensjon, diabetes, kreft, alle faktorer som vil plassere dem i en risikogruppe ved en eventuell koronainfeksjon. Noe av det samme kommer fram i amerikanske Wus (2020) artikkel som i tillegg trekker fram viktigheten av sosial støtte og familien. Khademi, Moayedi, Golitaleb, & Karbalaie (2020) beskriver i sin iranske artikkel de Eldres dødsangst, som er hyppigere enn i den yngre delen av befolkningen, delvis trigget av redusert fysisk helse, kroniske sykdommer, ensomhet og avhengighet av andre. De tar til orde for at mer hjelp settes inn i pandemien for denne gruppen.

Barca, Hartberg & Tveito (2021) har forsket på de de alderspsykiatriske helsetjenestene i Norge under koronapandemien. Med utgangspunkt i en kvantitativ undersøkelse med spørreskjemaer sendt ut til behandlere har det blant annet kommet fram at 45,8% rapporterer en forverring i pasientenes psykiske tilstand på grunn av sosial isolasjon i stor eller svært stor grad. Det er flere studier og artikler som omhandler sosial isolasjon og ensomhet, blant annet en amerikansk longitudinell studie med 93 eldre av Krendl & Perry (2021) der informantene ble spurt om ensomhet, depresjon og sitt sosiale nettverk. 6-9 måneder tidligere, før koronapandemien, hadde de samme informantene besvart de samme spørsmålene. Resultatet viste at hvis de eldre hadde en sterk relasjon til familien, kunne det dempe depresjon, men ikke hvis opplevelsen av isolasjonen var for sterk. Hvis de eldre ønsket å involvere seg sosialt, men ikke hadde muligheten, viste det en særlig økning i depresjon. Somes (2021) presenterer i sin amerikanske artikkel en gjennomgang av Eldres ensomhet og hvordan man kan møte og bistå dem. Hun er opptatt av risikofaktorer hos for eldre som sosial isolasjon og ensomhet. To artikler belyser eksistensiell tilnærming i psykiatrien. Den ene er fra New Zealand og har et recoveryfokus og gjelder for alle pasienter uavhengig av alder. Den presenterer kjente

eksistensielle begreper, blant annet døden, tap av mening, ensomhet og isolasjon (Moore & Goldner Vukov, 2009), mens den andre er en amerikansk artikkel som belyser hvorfor særlig eldre mennesker vil ha nytte av eksistensiell psykoterapi i møte med livskriser (McDougall, Graham, 1995).

2.3 Pasienter i alderspsykiatrien

Mange steder praktiseres det at en pasient kun faller inn under alderspsykiatri hvis hans eller hennes psykiske sykdom debuterte etter fylte 65 år, mens andre steder organiseres tilbudet slik at alle over nevnte 65 år blir henvist til alderspsykiatrien, hvis behovet er der.

Vi blir stadig eldre og det vil med andre ord si at antall eldre vokser. Hummelvoll (2014, s. 377) påpeker at det også er den livsfasen som er lengst; den kan fort spenne over to generasjoner. Med alderdommen følger andre utfordringer enn man hadde tidligere ved at venner og andre jevnaldrende begynner å falle fra, helseproblemene øker og med alderen vil også behovet for pleie og omsorg vokse. Innsikten i at den «beste tiden ligger bak en» kan for mange eldre være tung å bære. Med større sårbarhet og fysiske plager øker også risikoen for psykiske plager (s. 378).

Med alderdommen kommer det før eller senere endringer, og ikke alle endringer ønskes velkommen. Det kan handle om å måtte innse at boligen man har hatt i mange år har blitt for mye å håndtere. Kanskje er tiden inne for å gi opp eneboligen og flytte i en liten leilighet med alt på ett plan, eller inn i en omsorgsbolig fordi man ikke lenger klarer å ivareta seg selv på en god nok måte. Det kan være sorg i form av å bli enke eller enkemann, eller savn etter annen familie. Det kan være savn etter den man en gang var da man arbeidet og var betydningsfull i egne og andres øyne. Å være arbeidsom er en høyt respektert egenskap i vårt samfunn og for mange gir jobben en form for identitet. Tiden da man jobbet representerte for mange den mest strukturerte tiden i livet og er ofte en tid fylt med mening (Moksnes, 2013 s. 446). Mange opplever at tap av førerkort, uansett årsak, er svært inngripende og kan reagere med både sorg og depresjon. Hummelvoll (2014 s. 379) påpeker at det er både sosiale tap og kriser som følger med alderdommen og er særegne for denne perioden av livet. Han nevner traumatiske kriser, som kjennetegnes av ulike tap og krenkelser som for eksempel å bli fratatt autonomi. I

alderdommen er det overganger, eller transisjoner, som i motsetning til hos yngre mennesker, er uforanderlige og endelige (s. 379). Helsedirektoratets rapport *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet* fra 2017 (www.regjeringen.no) understreker at helsa og familien er viktigst for livskvaliteten for denne aldersgruppen og at den økte aldringen av befolkningen parallelt vil øke presset på familien som kilde for omsorg.

Eldre skiller seg fra yngre voksne ved at de oftere trenger behandling både for fysiske og psykiske lidelser, men det er ofte de fysiske som er de mest synlige. Dette kan komme både av et ønske om å ville klare seg selv og av nøysomhet (Moksnes, 2013 s. 451). Det er gode utsikter for å bli bedre for den alderspsykiatriske pasienten innlagt i spesialisthelsetjenesten. Ved hjelp av tverrfaglighet, samarbeid med pårørende og primærhelsetjeneste, samt annet medisinske spesialister kan man forvente at 80% er bedre ved utskrivelse enn ved innleggelse.

2.4 Korona

SARS-Covid 19, som herfra kalles korona eller koronaviruset, ble identifisert i januar 2020 og har visse likheter med SARS-viruset (Severe Acute Respiratory Syndrome) som tilhører koronavirusfamilien. MERS (Middle East Respiratory Syndrome er et annet koronavirus (www.FHI.no). Man vet ikke med sikkerhet hvor smitten startet, men man antar at det kom fra flaggermus som smittet mennesker i slutten av 2019, da korona i sjeldne tilfeller kan smitte mellom mennesker og dyr.

Smitten skjer ved nærkontakt med en annen smittet person og ved at man da blir eksponert for virus via luftveiene. Man er mest smittsom 1-2 dager før symptomstart (presymptomatisk periode) og i de første dagene etter symptomstart, men man kan også være smittet uten å ha symptomer.

Korona er en luftveissykdom, og smitter først og fremst ved dråpesmitte. Grad av dråpedannelse er ulikt fra person til person og ulik mengde virus i hver dråpe varierer og gjennom infeksjonsforløpet. Mindre dråper kan holde seg i luften i lengre tid (flere timer) og forflytte seg over større avstander. Kontaktsmitte kan skje ved direkte kontakt eller ved at man tar på overflater forurenset med virus. Undersøkelser viser at viruset kan overleve på

overflater opptil flere dager, avhengig av overflatemateriale, virusmengde, temperatur, luftfuktighet og sollys.

Koronaviruset kan i noen tilfeller føre til alvorlig sykdom og i noen tilfeller død. Enkelte har korona uten å utvikle alvorlig symptomer, dette gjelder særlig barn og yngre voksne. Symptomene oppstår gjerne i de øvre luftveiene først i tillegg til en generell sykdomsfølelse, hodepine og muskelsmerter. Noen får magesmerter og diaré og det er vanlig med nedsatt smak- og luktesans. Noen utvikler tungpust, brystmerter og forvirring. Sykdommen varierer fra person til person. Over 80% av de smittede får et mildt til moderat forløp, mens noen får et mer alvorlig forløp. Av de som får et alvorlig forløp får rundt 15-35% av de sykehusinnlagte et kritisk forløp og trenger intensivbehandling. Intensivbehandling og dødsfall er vanligst blant eldre og de med underliggende sykdommer, men kan også forekomme hos personer uten kjente risikofaktorer (www.FHI.no).

«Long Covid» har blitt et begrep for mange som har gjennomgått en koronainfeksjon. Man anslår at 1 av 5 har et sykdomsbilde som varer i en lengre periode enn 12 uker, og dermed faller inn under denne betegnelsen. Det de beskriver er gjerne hodepine, brystmerter, muskelsmerter, fatigue, konsentrasjonsvansker («hjernetåke»), kognitiv dysfunksjon, slitenhet, depresjon og hodepine. For de som fortsatt sliter etter 6 måneder er det den kognitive dysfunksjonen som er det mest fremtredende symptomet (Johannessen, 2021).

2.4.1 Koronarestriksjonene

Med koronaviruset fulgte det med ulike former for tiltak fra myndighetene sin side. Den 12. mars 2020 innførte helsemyndighetene de første tiltakene, og var klare i sine uttalelser på at dette var tiltak som ville gripe direkte inn i innbyggernes hverdagsliv og personlige frihet (www.regjeringen.no). Reglene ble endret med ujevne mellomrom, alt ettersom hvor mye smitte det var i samfunnet. I perioder skulle man ikke reise over kommunegrensene eller reise til hytta, så fram til hytta ikke var i egen hjemkommune. Besteforeldre skulle ikke ha nærkontakt med egne barnebarn og man skulle ha begrensede sosiale kontakter. Det ble ikke mulig å reise utenlands, såfram reisen ikke var å regne som helt nødvendig. Det ble vanskelig for folk å få time hos egen fastlege, og i perioder var barnehager og skoler stengt for barn som ikke hadde foreldre i såkalte «samfunnskritiske posisjoner», det vil si helsevesen, lærere etc. Det var restriksjoner for blivende fedre på fødeavdelingene og en lang periode var det ikke

mulig å besøke beboere på sykehjem eller personer som var innlagte på sykehus (www.helsenorge.no). Reglene var regulert både lokalt og regionalt. 25. september 2021 gjenåpnet samfunnet igjen og restriksjonene ble fjernet.

2.5 Depresjon hos eldre

Depresjon er den vanligste formen for psykisk sykdom hos eldre (Engedal & Bjørkløf, 2014 s. 50). Det anslås at 100.000 eldre i Norge til enhver tid har en klinisk depresjon, hvorav 30 - 40 000 har en alvorlig depresjon. Begrepet depresjon brukes av Berge & Repål (2014, side 48) som en fellesbetegnelse på flere tilstander der de mest fremtredende symptomene er overdrevent negativ tenkning, manglende overskudd og initiativ, kroppslig uro, søvnproblemer og irritabilitet. I tillegg kommer nedsatt appetitt, redusert evne til å glede seg og interessere seg for andre, nedsatt konsentrasjon og ofte forestillinger om egen verdiløshet og skyld.

Man anslår at gjennom et livsløp får et sted mellom 15 – 25% av den kvinnelige befolkningen og 7 – 12% av den mannlige befolkningen en behandlingstrengende depresjon (www.nhi.no). Man vet ikke helt hvorfor kvinner er mer belastet enn menn, men man kan anta at det har en sammenheng med hormoner, da kvinner i fruktbar alder er hardest rammet, etterfulgt av kvinner i overgangsalderen. Ved siden av å være kvinne, er det flere faktorer som kan øke sjansen for å utvikle depresjon, slik som depresjon hos et familiemedlem, tidligere depresjon, tidligere selvmordsforsøk, vonde opplevelser fra barndommen som for eksempel seksuelle overgrep, belastende hendelser i livet enten nå eller tidligere, eller misbruk av alkohol eller medisiner. Å leve med kroniske smerter og funksjonstap vil også kunne øke sjansen for å kunne utvikle depresjon (www.nhi.no). Moksnes (2004, s. 299) påpeker den arvelige komponenten, og sier at så mange som 44% av de eldre som får depresjon vil ha et familiemedlem som har hatt en depresjon. Blant eldre er vaskulære endringer i sentralnervesystemet, subkortikale endringer i hvit substans i hjernen og reduksjon i funksjonen til neurotransmittorer, særlig noradrenalin, serotonin og dopamin faktorer som påvirker. Enkelte legemidler kan forårsake depresjon, noe eldre er særlig utsatt for (s. 299).

Andre faktorer som kan gjelde for eldre kan være ustabile forhold i ekteskapet, traumer, endring av roller, økt sårbarhet, funksjonstap, isolasjon, tap av autonomi og selvstendighet eller mangel på sosial støtte. Dette med sosial støtte blir også påpekt av Engedal og Bjørkløf (2014, s. 186) som sier at et manglende sosialt nettverk vil påvirke både en depresjons varighet og den eldres mulighet til å komme ut av den. Et vedvarende dårlig sosialt nettverk vil være en faktor som opprettholder depresjonen og vel så viktig i behandlingen som for eksempel støttesamtaler vil det i mange tilfeller være å gi praktisk hjelp (s. 186).

En depresjon varer gjennomsnittlig mellom fire til seks måneder, men 20 prosent kommer ikke ut av depresjonen, mens andre får stadig tilbakevendende episoder (Berge & Repål 2018, side 187). Depresjonen er oftest verst om morgenen og avhengig av antall symptomer og grad av alvorlighet kan man spesifisere om en depresjon er mild, moderat eller alvorlig.

Helsedirektoratet skriver i de nasjonale, faglige råd (www.helsedirektoratet.no) at eldre mennesker synes å være ekstra utsatt for depresjon og poengterer videre at depresjon ikke er en naturlig del av alderdommen. Førstevalget ved behandling og tiltak ved mild depresjon er ifølge de nasjonale rådene ulike selvhjelpstiltak, fysisk aktivitet og bedring av sosiale tiltak. Ved de mer alvorlige formene for depresjon kan mer høy-intensive tiltak igangsettes, som for eksempel psykoterapi eller medisinerer. Likevel er de grunnleggende tiltakene fortsatt de mest sentrale og aktuelle, det vil si sosial omgang og fysisk aktivitet. Det å holde seg i gang og ha andre mennesker i livet sitt, anses med andre ord å være det beste tiltaket for å motvirke og behandle depresjon.

2.5.1 Depresjonens vesen

Den alvorlige depresjonen blir beskrevet av Kringlen (1978, s. 378) som nedsatt stemningsleie, pessimisme, mindreverdighetsfølelse og hjelpeløshet. Stemningen dominerer hele pasientens tankeinnhold og hos enkelte kan den forskyve opplevelsen av tid. For noen kan depresjonen få en religiøs form, de har syndet mot Gud og har ingen mulighet for frelse. Tidligere hendelser i livet kan bli trukket fram og aktualisert, pasienten tror han gjorde en feil og kan bli voldsomt opphengt i slike egentlige bagateller. Berge & Repål (2018, s. 189) påpeker at den deprimertes tankemønster ofte er kategorisk og ekstrem, og at selvkritikken er nådeløs. Den deprimerte identifiserer seg gjerne med depresjonen, depresjonen er en svakhet ved ham selv som viser verden hvilket dårlig menneske han egentlig er. Andre typiske

tankemønstre er hangen til grubling, som kan ses på som en kjernekomponent i depresjon (side 191). De deprimerte tenker om og om igjen på for eksempel hvor dårlige de føler seg og hvor lite energi de har, samtidig som denne grublingen hindrer dem i å aktivt gå inn og løse de problemene de har. Grublingen fungerer heller som unngåelse, både i form av handlinger og følelser. Videre kan det oppstå paranoide forestillinger av såkalt depressiv natur, det vil si at pasienten kan ha forårsaket en ulykke eller at noen klandrer ham for noe. Det er også vanlig med vrangforestillinger om sykdom og lidelser. Hvis det oppstår hallusinasjoner er det oftest synshallusinasjoner (Kringlen, 1978, s. 378).

Den alvorlig deprimerte er ofte retardert i sine bevegelser, ting går langsomt og han framstår tung. Hos eldre pasienter er agitert depresjon noe vanligere enn hos de yngre, de kan av og til framstå mer rastløse, urolige og engstelige. Man kan også se at eldre oftere har andre atypiske depresjoner, som for eksempel mangle det depressive stemningsleie, men ha mange somatiske symptomer (maskert depresjon) eller være overbevisst om at han eller hun er alvorlig somatisk syk, det vil si hypokondri (Moksnes 2004, s. 301). Ved tung depresjon er pasientens somatiske funksjoner ofte retarderte, noe som kan føre til obstipasjon og nedsatt blærefunksjon. Matlysten er gjerne redusert og vekttap er vanlig. Søvnvansker er svært vanlig, den deprimerte sliter gjerne med å sovne og våkner ofte tidlig (Kringlen 1978, s. 341).

Med alvorlig deprimerte mennesker er det alltid en forhøyet fare for suicid. Når pasienten er på sitt tyngste psykisk mangler han gjerne det initiativet som skal til for å gjennomføre et suicid, men faren er overhengende når han er på vei ut av den depressive fasen (Kringlen 1978, s. 341) Engedal & Bjørkløf (2014 s. 58) nevner også disse punktene og tilføyer at Eldres suicidtanker sjeldnere blir uttrykt, sammenlignet med de yngre. Eldre mennesker tenker generelt mer på døden enn yngre, og eldre mennesker er langt mer besluttsomme når det kommer til gjennomføring av suicid.

I Bjørkløf et als. studie fra 2015 blir eldre, inneliggende og deprimerte pasienter intervjuet om hvordan de opplevde og håndterte depresjon. Studien hadde tre sentrale funn. Informantene opplevde i depresjonen en sterk lidelse, ofte fysisk manifestert med smerter i kroppen, rastløshet og utmattelse. Informantene følte seg videre fanget i den situasjonen de var i og så

ingen vei ut av den. De klandret seg selv fordi de ikke fant veien ut av problemene, ikke klarte å ta seg sammen og ga opp. Informantene følte seg også fremmedgjorte både fysisk og psykisk; mange følte på skam og skyld. Det siste funnet viste hvordan informantene spurte seg hvorfor dette hadde skjedd og hadde forklaringsmodeller utenfor seg selv, stor omsorgsbyrde, sorg, bekymringer og utmattelse, der de i stor grad hadde satt andres behov foran sine egne og ikke spurt om hjelp. Det var også mange tanker rundt det å bli en byrde for andre, særlig sin egen familie. Dette gjaldt særlig de av informantene som var skilte eller enker og i økende grad hadde blitt avhengig av bistand på grunn av fysisk sykdom (Bjørkløf et al, 2015). I denne artikkelen bemerkes det at de eldre pasientene, i kontrast til yngre voksne, tilsynelatende var i dårligere stand til å håndtere og holde ut lidelsen. De slet med å finne lindring og håp, og var i stor grad avhengig av omfattende støtte fra omgivelsene for å klare å oppnå dette. Det påpekes at denne pasientgruppen generelt er mer sårbar både gjennom sin høye alder, kognitive, fysiske og sosiale evner og komorbiditet. Disse faktorene påvirker deres evne til å møte depresjonen.

2.6 Ensomhet og sosial isolasjon

Ensomhet er et ord som lett kan oppfattes som et ord med en negativ klang. Det finnes ikke noe ord som betyr det motsatte av å være ensom, det nærmeste vi kommer på norsk er *samhørighet* eller *tilhørighet* (Halvorsen 2005, s. 18). Ordet er satt sammen av «ein» og «saman», - en og sammen (www.Bokmålsordboka.no). Det viser altså til noe som står for seg selv, en enhet.

Ensomhet er en følelse, en følelse som er knyttet til lengsel og savn etter andre mennesker. Denne følelsen rommer en tomhet og et fravær, og man kan føle seg avvist, uønsket, ignorert eller sviktet (Halvorsen 2005 s. 42). Karoliussen & Smebye (1997, s. 738) utvider denne definisjonen når de sier at lengselen etter fellesskapet andre mennesker gir, også rommer en lengsel etter å kunne engasjere seg i og bry seg om andre mennesker. Noen er ensomme til tross for at de bor sammen med og omgås andre, mens andre bor alene og har et sparsomt sosialt nettverk, og føler likevel ikke på ensomhet. Det vil med andre ord si at det er en forskjell på å være alene og å føle seg ensom. Å være alene handler om antall sosiale kontakter den enkelte har og kan måles objektivt. Å være ensom er den subjektive og personlige opplevelse av dette.

Halvorsen (2005) viser til Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT (1995-1997) som viste at ensomhetsfølelse henger nøye sammen med følelsen av tilfredshet og å være fornøyd med tilværelsen, samt depresjon. Informantene, 94 hjemmeboende over 65 år, rapporterte at jo mer de følte på ensomhet, jo mindre tilfreds med livet og tilværelsen var de. Med hensyn til depresjon viste resultatet det samme: blant de som opplevde ensomhetsfølelse, var det bare 26% som aldri følte seg deprimerte, mens tallet var 86% blant de som aldri følte seg ensomme (Halvorsen, 2005). Undersøkelsen viste også at å dele husholdning med noen, for eksempel ektefelle eller samboer, var ensomhetsreducerende, mens den faktoren som veide tyngst for å opprettholde ensomhetsfølelsen var å være aleneboende. Å ikke ha venner eller barn man hadde kontakt med, gjorde også at faren for å oppleve ensomhet økte. De som fortsatt var yrkesaktive var mindre ensomme enn de som var pensjonister. I vårt samfunn er menneskers identitet nært knyttet til deres posisjon i yrkeslivet og det er lett å forestille seg at når arbeidskarrieren er over kan det føre tap av både selvfølelse og tap av det sosiale nettverket arbeidslivet førte med seg. Andre ting som blir nevnt er bosted (det er mer ensomhet i byene), sykdom, skade eller funksjonshemming av varig natur, samt økonomiske vansker.

En annen ting som trekkes fram fra undersøkelsen er at dødsfall blant venner eller familie kan forsterke den eldre følelse av å være sosialt isolert eller ensom. Det er kvinner over 80 år som er de mest sosialt isolerte. Årsaken til dette henger sannsynligvis sammen med at kvinner lever noe lenger enn menn og i større grad tilbringer de siste årene av livet som aleneboende. I undersøkelsen viser det seg at 16% av disse hadde sjeldnere kontakt med familie og venner enn en gang hver uke. De som fant seg en ny partner etter å ha blitt enke, var betydelig mindre ensomme enn de som ble forble alene.

2.6.1 Følgene av ensomhet og sosial isolasjon i eldre år

Det er en klar sammenheng mellom dårlig helse og sosial isolasjon og ensomhet. Særlig etter 80 år blir dette tydelig, denne gruppen har gjerne mistet en ektefelle og har stadig dårligere helse (Thorsen 2005, s. 7). Hummelvoll (2014, s. 285) påpeker at veien kan være kort fra hjelpeløshet til håpløshet når man ikke lenger klarer å fylle dagene med innhold og mening og lengsel etter et fellesskap blir for stor. Mange eldre opplever psykisk uhelse på grunn av et lite

sosialt nettverk og særlig de med de tyngste psykiske lidelsene tar i liten grad kontakt med hjelpeapparatet selv.

Stephoe et al. (2013) ser på sammenhengen mellom sosial isolasjon, ensomhet og økt dødelighet. Artikkelen bygger på en engelsk studie, The English Longitudinal Study of Ageing fra 2004-2005, der 6500 kvinner og menn over 52 år deltok. Den påpeker at gode mellommenneskelige relasjoner er viktig for at man skal ha det godt som menneske og er avgjørende for å opprettholde en god helse. Ensomhet, som studien påpeker er vanligere blant kvinner enn menn, var forbundet med dårlig helse, men ikke økt dødelighet. Sosial isolasjon derimot, var forbundet både med både dårlig helse og økt dødelighet. De sosialt isolerte var oftere ugifte, eldre, hadde mindre utdanning og dårligere økonomi sammenlignet med de andre i undersøkelsen. De hadde oftere kroniske sykdommer som KOLS og artritt, samt redusert bevegelighet og depressive symptomer. Mennene og kvinnene som levde sosialt isolert fra andre mennesker hadde høyere risiko for kardiovaskulære sykdommer, de hadde høyere respons på stress, betennelser og infeksjoner. Artikkelforfatterne peker på to aspekter som kan forklare den høye dødeligheten. For det første kan livsstilen bli påvirket av å være sosialt isolert. Hvis man ikke har den sosiale støtten i hverdagen kan man lettere henfalle til dårligere valg som for eksempel inaktivitet, røyking, en usunn diett og ha større utfordringer med å følge gjeldende medisinske anbefalinger. For det andre vil en som blir akutt syk ha mindre sjans til å få bistand hvis man ikke har noen rundt seg som fanger opp symptomer og kontakter helsevesenet for hjelp. Ensomhet anses for å være den psykologiske manifestasjonen av den sosiale isolasjon og kan være en følge av de helseutfordringene man lider av.

Året etter SARS-epidemien i 2003 opplevde Hong Kong en 32% økning av selvmord blant eldre mennesker sammenlignet med året før (Yip & Chau, 2020). Undersøkelser i etterkant viste at de eldre led både under frykten for å bli smittet og karantenen som fulgte smitteutbruddet. Å ikke få se familien, fastlegen for de vante helsesjekkene og å miste dagtilbudet gjorde at noen av de eldre følte seg ensomme og isolerte (Yip & Chau 2020).

2.7 Eksistensiell psykoterapi og eksistensialisme

Eksistensialismen anses for å være en filosofi som ser på de betingelsene den menneskelige væremåte er underlagt. (Bertelsen, 1998, s. 43) Mennesket er bevisst seg selv og sin egen eksistens og det er det som gjør det til et menneske. Det kan velge sine handlinger og forholde seg til seg selv, det vil med andre ord si at det har frihet. Gjennom handlinger og valg skaper man sin egen eksistens. Eksistensialismen har blitt ansett for å være det moderne menneskets uttrykk og lengsel for å slippe vekk fra det fremmedgjorte og heller gjenopprette en skapende relasjon med verden. Det enkelte individ har, ifølge flere eksistensfilosofer, et ansvar ovenfor seg selv med hensyn til å ikke la seg styre av konvensjoner og tradisjoner. For eksistensialistene er angst et sentralt begrep. Angsten beskrives som følelsen av tomhet og likegyldighet i forhold til verden og er en påminnelse om potensialet i ens egen eksistens. Andre sentrale begreper er mening, ulike former for isolasjon, død, frihet og ansvar (Bertelsen, 1998, s. 43). Denne masteroppgaven vil fokusere på isolasjon, mening og død.

Irvin D. Yalom (1933), professor Emeritus ved Stanford University School of Medicine, anses å være en av de viktigste psykiaterne de siste 50 årene. De tre begrepene interpersonell isolasjon, intrapersonell isolasjon og eksistensiell isolasjon, er alle sentrale begreper i en retning i psykiatrien som kalles eksistensiell psykoterapi som han er grunnlegger av (Yalom 2011). I denne masteroppgaven skal det handle om interpersonell isolasjon. Jeg vil også utdype hans forståelse av mening og døden under punktene 2.8.2 og 2.8.3.

2.7.1 Interpersonell isolasjon

Med interpersonell isolasjon mener man sosial ensomhet. Det vil si, når man er avskåret fra samvær med andre mennesker (Yalom, 2011, s. 415). En slik form for ensomhet kan ha mange årsaker, både hos individet selv og i samfunnet for øvrig. For eksempel om man har sinnslidelser som preger de sosiale ferdighetene eller geografisk isolasjon hos individet. Yalom nevner at svekkelsen i kontaktfremmende institusjoner i USA, som for eksempel kirken, familielegen, slekten, lokalbutikken o.l. øker den mellommenneskelige fremmedgjøringen der. Tilsvarende institusjoner og endringer i samfunnsstrukturene vil i stor grad også gjelde i Norge. Koronarestriksjonene medførte en økt sosial isolasjon i samfunnet og dermed en økt sosial ensomhet.

2.7.2 Eksistensiell psykoterapi og forholdet til døden

Yalom (2009) framhever at livet og døden følger hverandre, og at begge er like avhengige av hverandre. Mennesket lever livet sitt med en visshet om at det skal dø, og lever livet dermed både med en livsangst og en dødsangst. Det er form av en slags kjernekonflikt mellom ønsket om å fortsette å leve og bevisstheten om at man skal dø. Yalom trekker fram et essay av Otto Rank, «Life Fear and Death Fear» som han mener beskriver menneskets angst for livet og angst for døden som to poler man hele livet beveger seg imellom som en pendel (Yalom, 2011, s. 176). Yalom mener at det ligger en mulighet til bedring med å bringe døden som tema inn i terapirommet. Han oppfatter at angsten for døden ofte er tilstede og i seg selv et underliggende problem, men at den kan være vanskelig identifisere, da den kan komme til uttrykk på mange ulike måter. Han påpeker at mange som har hatt en form for nærkontakt med døden, for eksempel i form av alvorlig sykdom eller selvmordsforsøk, prioriterer annerledes etterpå og gjennomgår en varig holdningsendring. Blant annet lever de mer «her og nå», de verdsetter de små ting, de har nærmere kontakt med familien og er mindre engstelige med hensyn til andre mennesker når det kommer til avvisning. Erkjennelsen av døden vil endre livet til det bedre og gi det et nytt perspektiv (s. 62). Eldre med psykisk sykdom skårer høyt på dødsangst sammenlignet med friske eldre, og dette gjelder særlig hvis de har få aktiviteter som engasjerer dem, ifølge Yalom (2011, s. 74).

2.7.3 Eksistensiell psykoterapi og mening

Yalom (2011, s. 493) påpeker at mennesket som vesen krever mening. Å oppleve at man har en mening med livet er viktig for alle, og å leve uten mening og verdier fører til lidelse. Mening gir opphav til menneskers verdier, noe igjen bidrar til meningsfylte liv. Gjennom verdiene man har får man bekreftet hva livet handler om, samtidig som verdiene setter meningen inn i en forståelsesramme som gir mening for den enkelte. Samtidig er det en enkelte selv som skaper meningen som gjelder for ham. Som menneske er det naturlig å filosofere over egen tilværelse, og i perioder av livet der det er endringer eller forandringer kan man bli urolig eller bekymret. Endringer eller overganger i livet gjør at man kanskje begynner å gruble og begynner å se med større perspektiver på egen tilværelse. Den tilsynelatende harmonien i eget liv blir truet og når noe røkter ved den må man finne nye perspektiver eller endre oppfattelser, noe som kan være vanskelig og opprivende.

Yalom (2011, s. 537) påpeker at vår persepsjon er nevropsykologisk organisert slik at vi automatisk ser etter mønstre i tilværelsen. Hjernen organiserer alle stimuli til å passe inn i velkjente skjema som gir mening og trygghet og er det noe som ikke passer inn vil man bli urolig, anspent eller kanskje misfornøyd. Dette ubehaget vil vedvare helt til man kan plassere dette uromomentet inn i en ramme som hjernen oppfatter som gjenkjennelig. Ifølge Yalom forholder vi oss til vår eksistensielle situasjon på samme måte. Når vi ikke klarer å finne slike mønstre føler vi oss hjelpeløse, og når vi opplever at vi forstår meningen bak noe føler vi på mestring. Når man mister troen på det som tidligere har vært viktig for en, altså det som tidligere har vært en verdi, vil man bli overveldet av en følelse av meningsløshet. Følelsen av meningsløshet er knyttet til depresjon og kommer gjerne til uttrykk gjennom blant annet lav selvfølelse, overforbruk av alkohol, suicidalitet, identitetskriser, følelse av tomhet, apati og fortvilelse.

3. Metode

3.1 Introduksjon med valg av studiedesign

I det følgende kapittelet vil den valgte forskningsmetoden bli presentert og begrunnet. Deretter vil det vitenskapsteoretiske ståstedet presenteres. Videre viser jeg utvalg og rekruttering. Jeg presenterer metode for datainnsamling og databehandling og til slutt forskningsetikk.

Masteroppgavens problemstilling søkte å undersøke hvordan de utvalgte informantene erfarte og opplevde tiden med korona. Det er problemstillingen som styrer hvilken metode som er best egnet, og med et slikt tema og problemstilling var et kvalitativt studiedesign det som passet best. Med individuelle intervjuer av informanter kunne jeg få tak i deres erfaringer og opplevelser, med andre ord deres subjektive forhold til tema, her tiden med Korona med fokus på psykisk helse. Det vil med andre ord si undersøke hvordan disse opplevelsene framsto og ga mening for dem. Målet med masteroppgaven var å gå i dybden og få fram det særegne, framfor å finne det generelle og allmenngyldige (Leseth & Tellmann, 2018, s. 12). Malterud (2017, s. 36) understreker at intersubjektivitet i en forskningsprosess er viktig. Det vil si at den skal være tilgjengelig for andre med hensyn til overførbarhet til andre områder og være etterprøvable. En studie med få informanter vil ikke ved gjentakelse få det samme resultatet, men metoden eller framgangsmåten skal være gjenkjennelig og etterprøvable.

Ontologi og epistemologi handler henholdsvis om hvordan vi oppfatter verden og virkeligheten og hvordan vi utvikler kunnskap om dette. Med hensyn til den vitenskapsteoretiske forankringen handler det her om et fortolkende induktivt paradigme. Det fortolkende paradigmet setter subjektet i sentrum og man trekker slutninger fra det enkeltstående til det allmenne. Det er dette paradigmet de kvalitative forskningsmetodene bygger på og som derfor også lå til grunn i denne studien (Malterud, 2017, s. 27).

3.2 Pragmatisk tilnærming og hermeneutikk

I denne studien har systematisk tekstkondensering, (STC), blitt valgt som analysestrategi. STC som metode setter individet og individets opplevelser i sentrum og kaller det gyldig kunnskap (Malterud 2017, s. 116). STC beskrives som en pragmatisk metode, det vil si det er en metode uten spesifikk tradisjonstilhørighet (2017, s. 37). Som beskrevet i punktet ovenfor er det fortolkende paradigmet like fullt en forutsetning. Ifølge Malterud «henviser begrepet «pragmatisk» i denne sammenhengen både til dagligtale (praktiske overveielser) og også i noen grad til pragmatisk filosofi, som vektlegger brukbarhet, praksis og konsekvenser» (2017, s. 38) I pragmatisk filosofi forstås kunnskap som gyldig kun dersom den kan overføres til handlinger i en spesifikk kontekst (2017, s. 159) Det vil si at resultater og konsekvenser av kunnskapen er i sentrum, og ikke intensjonene bak en gitt tilnærming. Når det gjelder begrepet pragmatisme forstått som praktiske overveielser innebærer det at pragmatisk analysestrategier som STC kan brukes til å analysere ulike kvalitative intervjuer med tverrgående analyse, og at teoriens rolle kan variere fra å være i bakgrunnen til å bli dominerende (2017, s. 38). I min masteroppgave ble det anvendt semistrukturerte, individuelle intervjuer og teorien er i bakgrunnen. Det vil si at teorien anvendes i diskusjonskapittelet for å drøfte og forstå funnene.

Med hensyn til den hermeneutiske tilnærmingen, så handler det om å være seg bevisst den forforståelsen man har. Krogh (2017, s. 38) viser til Gadamer som beskriver hermeneutikk som forståelse og vitenskapelig tekstanalyse. I møtet med andre mennesker vil man være preget av den forforståelsen man har, men ved å være den bevisst kan man møte den andres forståelseshorisont med åpenhet og kunne være bedre i stand til å ta imot det han formidler uten å la sine egne fordommer, forforståelse eller erfaringer i for stor grad prege den kunnskapen man mottar. Hvis jeg ikke klarer å være min forforståelse bevisst, vil alt jeg mottar av data fra informantene under intervjuene bli farget av den. Det samme vil den videre analysen. I møte med mennesker som snakker om psykisk helse kan jeg som psykisk helsearbeider lett plassere det jeg hører i kategorier jeg kjenner fra før hvis jeg ikke er bevisst min forforståelse. Den informasjonen jeg tar til meg og studiens data vil bli farget av dette. Samtidig skriver Gadamer (2010, s. 314) om fordommer som noe positivt, for «forståelsens betingelse». De inngår i forståelseshorisonten. Den hermeneutiske sirkelen illustrerer hvordan forforståelsen ligger som en forutsetning for at for at forståelse skal kunne oppstå. Bertelsen (1998 s. 69) beskriver to typer forståelse, delforståelse og helhetsforståelse. Det er en

gjensidig påvirkning mellom to som møtes. Gadamer (2010, s. 314) beskriver det som en horisontsammensmelting, der det ved en åpen dialog skjer en interaksjon som gjør at de to forståelseshorisontene sakte begynner å overlape hverandre. I en dialog går man fra del til helhet – den andres del blir en del av min helhet og omvendt – og man får en større forståelse for hverandre. Men de to sirklene vil aldri overlape hverandre helt; vår egen personlige historie med alt den innebærer av erfaringer og holdninger, vil alltid være unik for oss. Samtidig vet jeg jo at min forforståelse er tilstede, både i form av de oppfølgingsspørsmål jeg valgte å stille og de data jeg velger å belyse. Slik vil det alltid være. Det viktigste er å være den bevisst.

3.3 Utvalg og rekruttering

I denne studien ble det foretatt et strategisk utvalg av informanter. Et strategisk utvalg innebærer at man på forhånd har bestemt seg for hvilken målgruppe forskningen skal rette seg mot og hvor man skal samle inn de nødvendige data (Malterud 2017, s. 58). Dette var for å få tak i informanter som egner seg til å svare på problemstillingen. For å rekruttere informanter ble det satt opp inklusjonskriterier og tilsvarende eksklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene var som følger: Eldre mennesker over 65 år med en kjent psykisk lidelse, med utgangspunkt i diagnosen depresjon. Samtidig valgte jeg å være åpen for at annen psykisk lidelse i tillegg til depresjon ikke ville være ekskluderende. Informantene skulle også være samtykkekompetente med hensyn til sin egen behandling. Eksklusjonskriteriene utelot pasienter med en kjent kognitiv svikt, demenslidelse eller mistanke om dette. Pasienter som hadde aktive traumer, var i psykose eller var suicidale ble også ekskludert.

Kandidatene til intervjuene ble rekruttert fra egne behandlere på den poliklinikken de gikk til behandling på. Intervjuer hadde en informasjonssamtale med behandlere på forhånd og forklarte hvilke kandidater som ville være aktuelle og la igjen informasjonsskriv om studien og deltagelse. Når behandler hadde en kandidat som var aktuell som var positiv til å delta, leste de gjennom skrivet, og behandler kontaktet intervjuer på telefon. Intervjuer tok så kontakt med informanten og avtalte tid og sted for intervju, enten hjemme hos informant eller i poliklinikk, alt ettersom hva informanten var mest komfortabel med.

Det var fem informanter som deltok i studien, en mann og fire kvinner. De var alle over 70 år, den eldste 85 år. Tre av dem hadde høyere utdanning, mens to hadde grunnskole. De var bosatt i Østlandsområdet, fire i byområdene, en i mere rurale områder.

Demografisk informasjon. Navnene er fiktive.

<i>Navn</i>	«Trine»	«Simen»	«Tone»	«Line»	«Else»
<i>Alder</i>	70 – 75	70-75	75-80	75-80	80-85
<i>Sivilstatus</i>	Enke	Enkemann	Skilt	Enke	Enke
<i>Yrke</i>	Pensjonist, tidligere renholder og innen helse	Pensjonist, tidligere jobbet i Næringslivet	Pensjonist, tidligere jobbet innen helse	Pensjonist, tidligere jobbet innen helse	Pensjonist, tidligere jobbet i næringslivet
<i>Bosted</i>	Ruralt	Urbant	Urbant	Urbant	Urbant

Tabell 1.

3.4 Metode for datainnsamling

3.4.1 Det kvalitative forskningsintervjuet

Ved hjelp av aktuell faglitteratur (Johannessen, Tuft og Kristoffersen, 2004 og Dalen, 2019), ble en intervjuguide utformet. Jeg ønsket å intervju et sted mellom fem og åtte informanter til masteroppgaven min, da det antallet virket å passe en oppgave av min størrelse ut i fra de signalene jeg fikk fra Høyskolen i Innlandet. Det ble valgt å bruke en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg 1) for å kunne best mulig fange de ulike informantenes erfaring. En slik intervjuguide ville også gi informantene mulighet til å introdusere nye temaer på en naturlig måte. Et slikt intervju med åpne spørsmål skaper rom for informanten til å snakke om sin opplevelse eller erfaring og videre gi dem en mulighet til å sette egne ord på tema. Ifølge Johannesen et. al. (2004, s. 135) trenger man ikke tviholde på rekkefølgen i en slik intervjuguide, men la informanten bringe noe nytt til samtalen hvis det faller seg slik. Intervjuet vil i slike tilfeller ofte få form av en samtale, og i motsetning til med en kvantitativ

forskningsmetode vil forskeren være synlig og deltagende. Dalen, (2019, side 28) og beskriver at slike intervjuer er fokusert rundt temaer forskeren på forhånd har bestemt.

Intervjuguiden som ble utarbeidet var tredelt tematisk:

*Hvordan var den psykiske helsen din før korona?

*Hvordan har den psykiske helsen din vært under korona?

*Hvordan ser du på framtiden?

Intervjuguiden hadde mange spørsmål og jeg ble oppfordret til å redusere antallet av medstudenter og lærere. Det ble gjort og jeg var klar til å ha et prøveintervju.

3.4.2 Gjennomføringen av forskningsintervjuene

Det ble gjennomført et prøveintervju med en bekjent som ga meg en god pekepinn på hvordan et virkelig intervju ville foregå. Den som lot seg intervjuet følte seg godt ivaretatt og vi mente begge at samtalen fløt godt. Tilgangen på informanter var derimot ikke stor, og den første informanten dukket ikke opp før i april 2021.

Ved det første intervjuet satte jeg en ramme for tidsbruk. Jeg anslo at intervjuet vil vare rundt en time, noe som viste seg å stemme ganske bra. Intervjuguiden hjalp meg å holde fokus og en viss struktur og regi på intervjuet, samt at den gjorde at jeg var forberedt både mentalt og faglig. Underspørsmålene til hvert hovedtema hjalp informantene med å utdype informasjonen. De var alle forberedt på temaet og hadde et ønske om å fortelle fra tiden de hadde vært gjennom.

Intervjuene ble gjort der informantene ønsket. De var fem informanter til sammen, tre reiste jeg hjem til og to ble intervjuet i et samtalerom i en poliklinikk. Jeg gjennomgikk samtykkeskjemaet sammen med dem og viste fram diktafonen. Det ble informert om at det var lov å trekke seg når som helst, uansett årsak. Johannessen et al. (2004, s. 137) sier at man bør ha noen innledende nøytrale spørsmål, da det er i denne fasen man etablerer kontakt og relasjon. Jeg spurte etter navn, hvor gamle de var, hva de hadde jobbet med før de ble pensjonister og hva de likte å drive med på fritiden. Det siste innledende spørsmålet var om

«du bor alene, har du alltid gjort det?» eller noe lignende, for på en måte sirkle seg inn mot intervjuets egentlige tema, jamfør det Dalen (2019, s. 26) kaller «traktprinsippet». Selv prøvde jeg å stille meg så åpen som mulig, både i væremåte og spørsmålsstilling, og være oppmuntrende, støttende, medfølende og å stille oppfølgende spørsmål når jeg tenkte at det trengtes. Jeg la vekt på å stille åpne spørsmål, spørre «Vil du fortelle mer om det?» og bruke spørreord for å stimulere til videre samtale. Med jevne mellomrom oppsummerte jeg for å være sikker på at jeg fikk med meg alt som informanten forsøkte å formidle og samtidig vise at jeg fulgte med.

3.5 Metode for behandling av data

3.5.1 Dokumentering

Intervjuene ble gjennomført med hjelp av en diktafon. Jeg gjorde enkle notater med penn og papir under intervjuene og en kort oppsummering i etterkant for å bedre huske inntrykkene fra intervjuene. Intervjuene ble transkribert kort tid etterpå.

3.5.2 Transkribering

Malterud (2017, s. 77) poengterer at et opptak fra et intervju på ingen måte må forveksles med virkeligheten. Selv den mest nøyaktige gjengivelsen vil gi et avgrenset bilde, farget av forskerens perspektiv. I den filtreringen som nødvendigvis må skje i en slik prosess, vil mening gå tapt eller endres. Malterud oppfordrer til å nøye vurdere hvilke metoder som best vil ivareta datamaterialet.

Som tidligere nevnt ble lydfilene transkribert fortløpende. I prosessen med transkribering skrev jeg ut lydfilene som jeg hørte dem; alle «eh» ... og «ja» ... ble skrevet ut. Når ting ble sagt med latter satt jeg inn «*ler*» i parentes eller eventuelt «*ler oppgitt*» som gir en annen mening. Ved noen få tilfeller fant ikke informanten det riktige ordet, men viste med kroppsspråk hva han eller hun mente. Her har jeg skrevet min tolkning i parentes. Hvis en telefon ringte eller samtalen på noe vis ble avbrutt, ble dette tydelig markert i teksten. Enkelte ganger var det usikkert hva informanten faktisk sa, til tross for at man kanskje kunne gjettest ordene ut i fra gjeldende kontekst. Jeg har avstått fra tolkning og heller satt «*noe uhørlig*» i

parentes. Jeg har brukt en del timer på å transkribere hvert intervju, anslagsvis mellom fem og syv. Til sammen ble dette ca. 70 sider med enkel linjeavstand. Malterud (2017 s. 80) bemerker at transkriberingsprosessen kan åpne for nye tanker, ideer og slutninger.

3.5.3 Datareduksjon

Etter intervjuene og transkriberingene av disse, sitter en igjen med mye tekst, såkalt rådata. Det er i fra dette materialet at man skal foreta analysen og etterhvert hente ut enhetene som man vurderer som meningsbærende. Malterud, (2017 s. 75) påpeker at denne tekstmassen ikke representerer sannheten, disse dataene er gjengivelser som er utsatt for flere feilkilder og tolkninger. Det er derfor viktig at vi i denne prosessen viser «ydmykhet og forbehold» (s. 75) med tanke på vår egen rolle i håndteringen av materialet.

Malterud bruker begrepene «dekontekstualisering» og «rekontekstualisering» for å forklare prosessen med analyse av kvalitative data. Med det første begrepet tar vi ut deler av det transkriberte materialet og ser på det i en ny sammenheng, det vil si sammen med andre deler av materialet som sier noe om det samme temaet. Med rekontekstualisering forsikrer man seg om at de svarene man fikk i dekontekstualiseringen var relevante og tatt ut i fra riktig sammenheng. De blir validert tilbake opp mot de opprinnelige rådataene (Malterud 2017 s. 85).

3.5.4 Analyse av transkriberte intervjuer

Malterud – de fire trinnene i systematisk tekstkondensering

Jeg har benyttet meg av Malteruds metode for tekstkondenseringsanalyse. Metoden kalles Systematisk tekstkondensering (STC) og er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analyse (Malterud 2017, s. 115). Dette er en metode som anses for å være velegnet for analyse av fenomener beskrevet av flere informanter, da man kan utvikle nye begreper og nye beskrivelser. Tanken med denne prosessen er at man skal skape forbindelse mellom de opprinnelse dataene og resultatene gjennom fortolkning og sammenfatning. Det blir anbefalt at man gjør det gjennom fire trinn:

1. trinn – Helhetsinntrykk – fra villniss til temaer
2. trinn – Meningsbærende enheter – fra temaer til koder
3. trinn – kondensering – fra kode til mening
4. trinn – Sammenfatning fra kondensering til beskrivelser/begreper

Trinn 1. I dette første trinnet av Malteruds systematiske tekstkondensering skal man lese grundig gjennom dataene og skape seg et helhetsbilde. Man skal se etter ulike foreløpige temaer som går igjen, og dele inn i foreløpige analysegrupper. Malterud anbefaler å ikke ha for mange grupper, helheten er viktigere på dette stadiet. Det handler om det store bildet mer enn detaljer i denne første delen. For at informantenes stemmer skulle komme tydelig fram var viktig at jeg satte min forforståelse til side, det vil si blant annet hva jeg trodde jeg vil møte, det jeg kjente til gjennom jobb og utdanning, det jeg kjente til gjennom min egen erfaring og lignende. Det samme gjaldt de teoretiske referanserammene man har og huske på problemstillingen. Det gjelder å være åpen for det materialet byr på. Det anbefales mellom fem og åtte grupper foreløpige temagrupper på dette stadiet (Malterud 2017 s. 99). Det ble brukt farger for å skille de ulike informantene og utsagnene fra hverandre. Sammen med veilederen min kom jeg fram til syv foreløpige grupper: 1) Psykiske vansker før og nå, 2) Håndtering av hverdagen før og nå, 3) Opplevelsen av korona, 4) Ulikt syn på framtiden, 5) Ensomhet i form av sosial isolasjon, 6) Fysiske helseplager og 7) Tap av mening. Utsagnene ble klippet og limt på plansjer under overskrifter for hver gruppe.

Trinn 2. På dette trinnet gjelder det å finne såkalte meningsbærende enheter. De temaene man fant på forrige trinn skal omgjøres til koder og enhetene skal systematiseres. Malterud (2017, s. 100) påpeker at det i dette arbeidet kan være heldig å være to eller tre som jobber sammen for å få med seg flere detaljer. Man velger ut tekst som har i seg kunnskap om de ulike temaene fra trinn en. Det er viktig også i denne fasen å holde seg til problemstillingen, hvordan vil de ulike temaene belyse den? På dette stadiet samarbeidet jeg med veileder om hvilke grupper som virket å svare best på problemstillingen, og det ble stilt spørsmålsteget ved om var aktuelt å slå sammen enkelte grupper. De opprinnelige syv gruppene ble nå slått sammen til fire: 1) Ensomhet i form av sosial isolasjon, 2) Eksistensielle temaer som mening, framtiden og døden, 3) Krevende hverdag med merkbare innskrenkninger og 4) Ulike psykiske utfordringer som påvirker hverdagen.

Trinn 3. Kondensering. Her skal man trekke ut det kodegruppene representerte og ekskludere de kodegruppene man finner ut ikke er meningsbærende likevel. Det kan også være hensiktsmessig å dele opp en gruppe i flere. Etter at dette arbeidet er gjort vil man ha gått fra mange sider med tekst, til å sitte igjen med noen få kodegrupper. På dette analysetrinnet lages et kunstig sitat, et såkalt kondensat. Det skal fortelle oss om det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene. Kondensatet skal være i jeg-form, dette for å huske at vi representerer den enkelte informant, og skal inneholde ord og uttrykk som har blitt brukt i intervjuene. Det skal være et utgangspunkt for presentasjonen i neste trinn. Etter mer bearbeiding og videre sammenslåing endte jeg på dette trinnet med de tre endelige hovedgruppene:

- 1) Krevende hverdag med koronarestriksjoner og psykiske og fysiske helseutfordringer,
- 2) Ensomhet i form av sosial isolasjon og
- 3) Eksistensielle temaer som mening, framtiden og døden.

Hver av de tre hovedgruppene fikk tre subgrupper hver. Under arbeidet med kondensatene opplevdes det utfordrende å få med alle stemmene. Det ble jobbet i flere runder for at alle stemmer skulle bli hørt og representert på en ordentlig måte.

Et eksempel på sitat og kondensat i tabell følger i tabell under:

Meningsbærende enhet	Kunstig sitat/kondensat	Hovedgruppe/subgruppe
«Det er dette her med at du føler deg på en måte <i>bundet</i> , du føler deg bundet, og det er vel det for meg litt sånn vanskelig, for jeg liker jo å gjøre det jeg har lyst til å gjøre når jeg har lyst til det, og ikke utsette det, og den det litt mer sånn spontane.»	«Jeg føler meg bundet i hverdagen, jeg liker å gjøre det jeg vil gjøre, spontant. koronaen gjorde at jeg ikke fikk reist noe sted. Jeg har venninner, og vi snakker jo sammen i telefonen.. Jeg kjente at å ikke ha friheten til å gjøre som jeg ville ... det synes jeg var fælt.»	Krevende hverdag med koronarestriksjoner og psykiske og fysiske helseutfordringer/ Opplevelse av koronarestriksjonene

Tabell 2

Trinn 4. I dette trinnet skal man sammenfatte eller oppsummere de tidligere trinnene. Det handler om å gå fra kondensering til beskrivelser, rekontekstualisere, der essensen av det som har kommet fram i intervjuene skal gjenfortelles. Den analyserte teksten beskriver resultatene. Malterud anbefaler at man validerer de analyserte tekstene opp imot råmaterialet, altså de transkriberte intervjuene. Hun påpeker også at det i denne prosessen er viktig å ha et bevisst forhold til sine egne holdninger og forforståelse slik at vi i så liten grad som mulig lar de komme fram i teksten og dermed best mulig kunne gjenfortelle det informantene formidler (Malterud 2017, s. 45). I denne delen gikk jeg tilbake til de opprinnelige transkriberte intervjuene og sammenlignet de med funnene i kapittel 4 for å kontrollere at funnene samsvarte med informantenes opprinnelige mening.

3.6 Forskningsetikk

3.6.1 Forskningsetiske vurderinger

Når man som fagperson utfører handlinger som kan få konsekvenser for andre mennesker, må det vurderes etisk. Dette gjelder særlig innen samfunnsforskningen, fordi denne typen forskning så direkte berører enkeltmennesket (Johannessen et al. 2004). Dette gjelder spesielt i forbindelse med innsamling av data. Temaene kan være nærgående, informanten kan føle at han har sagt noe han ikke burde eller gitt for mye informasjon eller kanskje ikke føler seg godt nok ivaretatt eller respektert av forskeren. Informantene i denne studien ble hentet fra en fra før sårbar og utsatt gruppe. Alt dette tok jeg med meg inn i intervjusituasjonen.

Forskningen blir regulert gjennom ulike forskrifter, lover og regler som har som mål å beskytte utsatte grupper. Helsinkideklarasjonen, (www.WMA.net) har som mål å verne ulike sårbare grupper mot sterke vitenskapelige interesser. Helseforskningsloven bidrar med definisjoner og ansvarliggjøring (www.lovdata.no). Informantene blir også beskyttet gjennom NESH – Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsfag og humaniora – som har vedtatt de forskningsetiske retningslinjer. Disse retningslinjene viser at det er særlig tre typer hensyn man må ta med seg som forsker i møte med informanter (Johannessen, 2004, s. 89): Informanten har rett til selvbestemmelse og autonomi, man skal respektere informantens privatliv og man skal unngå skade.

Med hensyn til kravet om selvbestemmelse og autonomi så kommer dette særlig til uttrykk gjennom kravet om informert samtykke. I denne masteroppgaven gikk informanten og jeg gjennom informasjonsskrivet sammen. Jeg leste og samtidig fortløpende forklarte for å være helt sikker på at det som ble sagt ble forstått. Spesielt punktet om frivillighet ble vektlagt og det ble forklarte hvordan man trakk seg og hvem man skulle henvende seg til hvis man ønsket det. De ble informert om at det når som helst var helt greit om de ville avbryte intervjuet.

Neste punkt i retningslinjene omhandler respekt for informantens privatliv. Også her var det punkter i informasjonsskrivet som favnet dette. Jeg verken oppsøkte journal eller behandler for supplerende informasjon, og behandler hadde heller ikke mulighet til å spørre meg om hva som eventuelt hadde kommet fram under intervjuet. Intervjuet skulle ikke påvirke den behandlingen informantene fikk da eller i tiden framover. Et annet perspektiv på dette kan være valg av sted for intervjuet. To av intervjuene ble avholdt på et møterom i en poliklinikk, etter informantenes eget ønske. De tre andre intervjuene ble holdt i informantenes hjem, og her handler det om å vise respekt og ydmykhet med hensyn til det å være i andres hjem. Lingås (1996, s.72) advarer mot at man fort kan komme i en dobbeltrolle når man skal være samtalepartner i andres hjem og at det er viktig at man er bevisst det ærendet man er der i.

Det siste punktet viser til at man skal unngå skade. Under intervjuene var vi inne på vanskelige temaer som kan ha vært vanskelig for noen av informantene å håndtere. Jeg valgte å stille åpne spørsmål der informantene kunne velge å svare slik de ville og på den måten selv velge å komme inn på de mest nærgående temaene. Ved alle intervjuene ble jeg sittende igjen og småprate for å kunne ende tiden sammen på en god måte. Informantene virket å sette pris på dette. Ingen av informantene ga uttrykk for å trenge noe videre oppfølging etter intervjuet.

3.6.2 Konfidensialitet og taushetsplikt

Informantene jeg ønsket å intervjuer til denne ville være en del av en sårbar gruppe. Jeg skulle ikke ha innsyn i journaler eller på noe vis innhente opplysninger om informantene, men det var et krav om godkjenning av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Dette omhandlet lagring av lydfiler og de transkriberte intervjuene. Disse opplysningene kan lagres fram til senest 1. januar 2022, eller destrueres når masteroppgaven er levert og sensuren falt.

Sykehuset Innlandets forskningsplattform for sikker lagring av data, «Sikker Struktur» anvendt. Transkripsjonene av intervjuene ble anonymisert og oppbevart i en låsbar boks i en avlåst safe på Sykehuset Innlandet. Dette var kriterier som var nødvendige ifølge avtale inngått med NSD. Informasjonsskriv, prosjektbeskrivelse og intervjuguide ble sendt til NSD før godkjenningen forelå. Med hensyn til taushetsplikt ble det gjort klart for informantene at ingenting av det de sa, verken på bånd eller etter at diktafonen var skrudd av, ville komme videre eller kunne føres tilbake til dem. Dette gjaldt også til deres behandlere. Det var et premiss i avtalen med NSD at deres behandlere ikke skulle kunne oppsøke informasjon fra intervju, og dette måtte tydeliggjøres i informasjonsskrivet. Det ble også gjort.

Informantene ble anonymisert på en måte slik at ingen skulle kunne kjenne dem igjen i teksten. Steder, bopel, aldre og sykdommer ble for eksempel endret. Av de fem informantene var det kun en mannlig deltaker. Etter analysen ble han svært synlig i tekstmaterialet og jeg valgte å anonymisere han ytterligere med å unngå å bruke ord som «ham» og «han» og heller velge mer kjønnsnøytrale begreper og unngå vendinger og formuleringer som avslørte ham i materialet.

4. Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil funnene fra undersøkelsen bli presentert. Analysen fra det fjerde trinnet i STC fra de fem informantene presenteres, en mann og fire kvinner i alderen mellom 70 – 85 år. Hensikten er å bli bedre kjent og bedre forstå dem i deres hverdag som aleneboende eldre som er rammet av koronarestriksjonene. Etter analysen av datamaterialet sto det igjen tre hovedgrupper med ni tilhørende subgrupper. Hovedgruppene og subgruppene presenteres i tabellen under.

Tre hovedgrupper		
Krevende hverdag med koronarestriksjoner og psykiske og fysiske helseutfordringer	Ensomhet i form av sosial isolasjon	Eksistensielle temaer som mening, framtiden og døden
Ni Subgrupper		
Opplevelse av koronarestriksjonene	Savn av pårørende og nære relasjoner	Tap av mening
Fysiske plager innskrenker hverdagen	Ensomhet i hverdagen	Forholdet til framtiden
Ulike psykiske utfordringer som påvirker hverdagen	Isolasjonens påvirkning på den psykiske helsen	Tanker om døden

Tabell 3

4.1 Krevende hverdag med koronarestriksjoner og psykiske og fysiske helseutfordringer

Krevende hverdag med koronarestriksjoner og psykiske og fysiske helseutfordringer ble delt inn i tre subgrupper.

4.1.1 Opplevelse av koronarestriksjonene

Flere av informantene rapporterte at opplevelsen av innskrenkningen av frihet var vanskelig å håndtere. Samtlige informanter bodde alene og hadde det sosiale livet sitt utenfor hjemmet.

En informant sa det slik:

Det er dette her med at du føler deg på en måte bundet, du føler deg bundet, og det er vel for meg litt sånn vanskelig, for jeg liker jo å gjøre det jeg har lyst til å gjøre, når jeg har lyst til det, og ikke utsette det, og den der litt mer sånn spontane.

En annen uttrykte det slik: *Alt stoppet opp for meg. Jeg fikk jo ikke gjøre som jeg ville, liksom.* De ønsket å leve livet sitt, reise og være spontane. Å snakke med familie og venner i telefonen var for denne gruppen informanter bedre enn ingenting, men de opplevde restriksjonene som invaderende. Flere av informantene pleide ofte å reise å besøke familie og venner, restriksjonene stoppet dem fra dette. *Koronaen hemmer meg mest med at jeg ikke har fått reist noe sted*, forteller ei som pleide å besøke datter og barnebarn i helgene. For henne og de andre informantene endret restriksjonene livsstilen og hverdagen på en måte som gjorde at opplevelsen av hverdagen endret seg. Alle informantene ga uttrykk for at restriksjonene hadde påvirket deres psykiske helse, da den livsstilen de ble forhindret fra å ha i stor grad var deres måte å håndtere for eksempel uro eller depresjon på. En informant sa det slik: *Jeg tror det har vært det som har vært mest plagsomt i dette, at den, den derre, ha denne spontaniteten, at «nei, det skal jeg jammen meg gjøre i dag, nå skal jeg jammen meg reise dit.* For mye tid alene hjemme påvirket den psykiske helsen i negativ retning og savnet etter familien og særlig barnebarna lå i mellom linjene gjennom samtalene. Men til tross for både savn av barnebarn og dårligere psykisk helse forholdt alle seg lojalt til reglene og viste forståelse ovenfor egne barn som overholdt reglene. De ga likevel uttrykk for at det viktigste for dem hadde vært å få være sammen med familiene i denne tiden.

4.1.2 Fysiske plager innskrenker hverdagen

Den ene informanten opplevde at den fysiske helsa, med ulike utfordringer som hadde preget hverdagen i større eller mindre grad de siste årene, igjen hadde påvirket den psykiske helsa og ført til de plager vedkommende hadde i dag med angst og depresjon: *Det med angst og depresjon er veldig lunefullt, det er ... For eksempel når det feiler meg noe – som det har gjort nå – så er det skummelt, men det er konkret.* De ulike lidelsene ble beskrevet som begrensende og bivirkninger av medisiner gjorde at vedkommende ikke klarte å leve et så aktivt liv som tidligere. Informanten var også opptatt av at en fysisk helseutfordring satte stopper for deltagelse på for eksempel konserter og andre kulturtilbud, vedkommende takket nei, ble hjemme og synes det var trist: *Det har ødelagt så mye at jeg ... Når det blir på den måten, blir jeg folkesky. Nesten.* Flere av informantene hadde opplevd at fysiske plager hadde begrenset hva de kunne få til med hensyn til å aktivisere seg i tiden med koronarestriksjoner. Ei som var glad i å lese, slet med øynene etter sykdom. En annen hadde smerter som begrenset mulighetene til å komme seg ut på tur. En tredje informant reflekterte rundt opplevelsen av smerter og plager når hun var alene. Hun opplevde at verk og plager var helt fraværende når hun var sammen med andre, men var framtrødende når hun var alene. Hun var bekymret for framtiden, da hun anså det som sannsynlig at hun ville bli plaget med flere smerter og «vondter»:

Så det er jo det som også bekymrer meg litt, som jeg har drevet og tenkt på, kjære, åssen skal jeg bli! For etter hvert som årene går, så får man jo flere ting, da. Som ... fokuserer sånn på det derre der. Åssen skal jeg klare å ... nei.

4.1.3 Ulike psykiske utfordringer som påvirker hverdagen

Alle informantene hadde lang historikk med psykiske helseutfordringer, noen av dem helt fra barndommen. Hver og en av dem hadde en oppfatning av hvorfor deres psykiske helse var slik den var og hvorfor de hadde de utfordringene de hadde – alt fra genetikk, spesielle hendelser i livet, traumer og lignende.

En av informantene ga uttrykk for at hennes psykiske helse var noe hun måtte ta på alvor, til tross for fremskreden alder og kommentarer fra omgivelsene om at hun burde legge til side og

glemme fortiden. Hvis hun ikke skulle ta tak i det nå, når skulle hun gjøre det da? Å bli gående uvirksom hjemme i denne tiden hadde gjort hennes psykiske helse mer utfordrende. Alle informantene fortalte om langvarige plager med angst og depresjon. Det ble også beskrevet problemer med å slappe av, hvordan man plutselig kunne oppdage at man satt med skuldrende høyt og anspent når man var alene. De fortalte om angst som ikke slapp taket og svette som silte i sosiale sammenhenger. Samtidig kom det også fram at tiden med korona hadde vært vanskelige å håndtere fordi man hadde brukt trening, konserter og andre sosiale sammenkomster til å avlede seg fra plager som dukket opp når man var alene, de opplevde at både fysiske og psykiske belastninger var mindre framtrødende når de var sammen med andre.

Alle informantene rapporterte om økt uro i denne tiden da de hadde vært mye alene og hatt begrensede muligheter til å gå ut og aktivisere seg eller hatt samvær med andre. En informant sa det slik: *Jeg er veldig urolig når jeg er alene hjemme og jeg klarer liksom ikke slappe av, jeg må liksom ... drive med noe hele tiden.* En annen informant beskrev det slik: *Jeg kan sitte her og se, også kan jeg flytte på litt ting, også kan jeg ... nei, får ikke ro, liksom. Også lese, og sånn, det kan gjerne gå en uke før jeg klarer å lese ordentlig i avisen.* Informantene rapporterte om at periodene de var dårlige varte lengre og enkelte fortalte at angstplager kom lettere og var vanskeligere å kontrollere nå, sammenlignet med tiden før korona.

4.2 Ensomhet i form av sosial isolasjon

Ensomhet i form av sosial isolasjon ble delt inn i tre subgrupper.

4.2.1 Savn av pårørende og nære relasjoner

Informantene framsto generelt samstemte med hensyn til forståelse for reglene for restriksjonene, samtidig som de lot det skinne igjennom at det hadde vært aller viktigst for dem å se familien i denne tiden. Savnet kom til uttrykk på ulike måter. De informantene som hadde barnebarn snakket mye om dem, de ga uttrykk for savn og beskrev hvordan familien hadde prøvd å kompensere den manglende fysiske kontakten med telefonsamtaler:

Ja, for har det ikke kommet noen regler om at man ikke kan ha noen unger på besøk som det var i fjor? Da fikk man jo ikke ha kontakt med barnebarn eller noen! Nei, da var det veldig kjedelig, for da så jeg dem ikke på flere uker, for de turte ikke komme. Jeg prata med dem i telefonen, men det blir ikke det samme, vet du. Nei.

Lengselen etter barnebarna var framtrepende hos informantene: *Datteren min var her for en måned eller to siden. Men ute ... hun har en datter på 13, da. Hun ble hjemme, da. Ja. Så det er jo et savn, men.* Enkelte informanter beskrev tiden de ikke fikk sett barnebarna som ille. En informant etterlyste besøk av familien, og opplevde seg selv som så ensom og overlatt til seg selv at når hun hørte om andre på dagsenteret hun gikk på snakket om familiebesøk, så: *kjenner jeg at det stikker i hjerterota mi, for det, det er ingen som er innom meg.*

En informant hadde få familiære relasjoner, men flere venner. Da koronarestriksjonene kom havnet hun utenfor kohortene til de hun selv anså som sine nærmeste. Hun kjente på utrygghet med tanke på hvordan det ville bli etter tiden med korona, om relasjonene hun hadde bygd ville overleve tiden uten fysisk kontakt og bli like gode som de hadde vært: *Jeg håper jo at når alt dette er over at vi kan møtes igjen, og at vi kan ha samme gode tonen som vi har hatt bestandig.* Hun brukte ordet «bundet» for å beskrive hvordan hun opplevde å ikke kunne leve det livet hun var vant til, når hun kunne besøke venner når hun ville.

4.2.2 Ensomhet i hverdagen

Informantene beskrev ensomhet i hverdagen på ulike måter. Enkelte var mye alene allerede før korona, mens andre hadde mer aktive og sosiale liv. Felles for dem alle var at de alle hadde vært mye alene i denne tiden. En informant, som beskrev mye angst og depresjon når hun var alene hjemme, fant mening og lindring i å hjelpe de som var enda eldre enn seg med renhold. På den måten kom hun seg både ut av egen leilighet, fikk sett andre mennesker og følte at hun fikk gjort noe for andre, noe som var viktig for henne:

Ja, noen av de jeg vasker hos også, de bor jo alene. Så, de har ... ja særlig to stykker, de ... Å, da har de dekt på når jeg kommer, de venter med å spise til jeg kommer, de skal sitte sammen med meg og spise. De føler seg ensomme de også. Så det gjør veldig mye at jeg har dette her.

En annen informant hadde mistet ei interessegruppe som hun likte godt å være med i da koronarestriksjonene kom. Denne informanten hadde også byttet bolig, og savnet huset og naboene:

Selv om det ikke skjedde så mye, så var det «hei!» til naboen om jeg var ute i postkassa, det var liksom kjentfolk rundt det hele, men her er det jo ingen. Kun søppelbokser som de tømmer ... Jeg ser jo ingen!

Det å ha noe meningsfylt å fylle hverdagen med og ikke bare bli sittende inne, gikk igjen hos informantene. Flere informanter opplevde også at ulike fysiske plager som ofte følger med alderdommen begrenset deres deltagelse på en del tilbud og aktiviteter.

4.2.3 Isolasjonens påvirkning på psykisk helse

Flere av informantene beskrev hvordan tiden med pålagt isolasjon hadde påvirket deres psykiske helse. En informant som gikk til behandling for alvorlig sykdom, fikk i denne tiden enda en fysisk sykdom som forsterket isolasjonen og ble dermed helt isolert i hjemmet i mange uker. For denne informanten - som både hadde underliggende sykdom og et sparsomt kontaktnett - ble isolasjonen svært vanskelig. Hun fant støtte i kjæledyret sitt som krevde det stellet et kjæledyr krever. I tiden i isolasjon begynte hun å tenke på vanskelige erfaringer fra tidligere i livet, og hun begynte å gå i behandling etter dette.

Så jeg ble veldig tungsindig i den perioden. Det var jeg. Og da var det godt å ha dyr, for det trengte meg og måtte ha stell, klapp og slippes ut og inn og alt det her. Så da var det liksom noe å foreta seg. Og hadde jeg sittet helt alene uten noe levende vesen rundt meg, da tror jeg kanskje jeg hadde tatt en neve med piller, altså

Informantene beskrev hverdager alene hjemme preget av mye angst og uro. Noen informanter forklarte at behandlere oppfordret dem til å «gjøre mye selv» for å bedre sin situasjon, men at det var vanskelig å vite hva dette konkret innebar og at de ikke følte at de helt klarte å håndtere dette alene.

En annen informant fortalte at hun opplevde at panikkanfallene hun av og til hadde, kom lettere nå når hun var så mye alene. Det var nå bare småting som skulle til for å utløse de, sa hun: *Hadde jeg hatt en ektefelle eller noe, så hadde det jo vært ... sikkert vondt da og, men litt lettere i hvert fall! Hatt noen å prate med.* Ellers kunne de fortelle om smerter i kroppen som var tydelig verre når de var alene, men som de ikke tenkte over når de var sammen med andre. En informant sa det slik: *Det er så tydelig. At det ikke er sunt å gå sånn alene.*

4.3 Eksistensielle temaer om mening, framtiden og døden

Eksistensielle temaer om mening, framtiden og døden ble delt inn i tre subgrupper.

4.3.1 Tap av mening

Informantene beskrev en hverdag preget av manglende innhold og med et tydelig ønske om noe mer. Overgangen fra arbeidsliv til pensjonisttilværelse var blitt stor for flere av dem og med en hverdag preget av koronarestriksjoner slet de med å fylle den med noe de opplevde som meningsfylt. En informant beskrev det slik: *Jeg har ingen store planer. Tilværelsen er flat og litt uinteressant, det blir den jo når man har jobbet med mye ansvar og plutselig blir pensjonist.*

En informant erklærte at det var utfordrende at det så ut som det var så mange vellykkede pensjonister overalt, også i mediene. Jobben ble et savn for, særlig etter at ektefellen døde. Noen av informantene ga uttrykk for at de hadde ressurser de ikke fikk brukt og at lediggang hjemme opplevdes utfordrende, de ville gjerne være til nytte og var vant til å være å være i aktivitet.

Rett etter at ektefellen døde, byttet en av informanten bolig (fra hus til leilighet) og hun savnet nå den gamle boligen. Der hadde hun kunnet se på barneselskapene til naboen og hilse på kjentfolk når hun var i postkassa. Hun savnet de gamle tingene sine som det ikke var plass til i den lille leiligheten hun bodde i nå. Nå hadde hun bodd i ny leilighet noen år, men kjente fortsatt ingen og savnet noe å se på fra vinduet.

Enkelte informanter slet med manglende matlyst og fortalte at de ikke så vitsen med å stå opp om morgenen enkelte dager. En informant tenkte at det ikke var så farlig hvis hun skulle bli borte, men uttrykte samtidig at hun ikke hadde tanker om å skade seg selv. En annen, som i utgangspunktet ikke hadde så stor familie, var veldig lei seg fordi hun hadde mistet mye av kontakten med venninner fra ungdomsårene. Denne kontakten hadde vært viktig for henne og var nå en kilde til sorg, savn og bekymring. *Det var fryktelig koselig, og vi skravla som bare det, og spiste deilig lunch og sånn, så det er trist, det ble borte. Og det er jo akkurat en del sånne ting som ble borte som du ikke kan gjøre, som føler at du er, du blir på en måte innestengt.* En av informantene spiste beroligende tabletter for å kunne klare å gå ut, men sa samtidig at angsten forsvant sammen med folk, den var verst når hun var alene. Hun beskrev at hun startet dagen med beroligende medisin før hun ventet på å kunne ta en tablett til, mens hun døde bort formiddagen. Hun beskrev dagene uten innhold slik: *I morgen, for eksempel, når jeg ikke har noen ting, da er det helt ... for jævlig altså.*

4.3.2. Forholdet til framtiden

Informantene framsto noe delte i synet på framtiden. Mens noen var opptatt av det som gjaldt her og nå var andre opptatt av et større perspektiv.

Ja, hvordan ser en på framtida? Når en begynner å nærme seg 80 år. Det skjønner jeg ikke. Det går ikke helt opp for meg. Men, nei altså ... Jeg har det jo bra, jeg har bra økonomi, hvis jeg klarer å holde meg sånn noenlunde frisk, og alt sånn, ... så er jeg jo egentlig ganske positiv til framtida. Jeg er det.

Alle informantene så fram til å kunne leve mer normalt igjen. De så fram til å kunne reise og være mer sosiale, leve de livene de pleide å leve før koronarestriksjonene. Til tross for dette var det ingen av dem som hadde store planer om noe. De snakket mest om kunne fylle hverdagen med aktiviteter slik de hadde gjort før og kunne omgås familie og venner på en naturlig måte. Noen informanter uttrykte at de tok et år av gangen og hvis de fikk beholde helsa, så var de relativt positive til tida framover. En av informantene slet med å se framover, og mente at livet nok ikke ble noe bedre enn det var nå.

Med hensyn til det nevnte større perspektivet var det et par informanter som uttrykte håp om endring av mentalitet hos folk etter korona. En informant sa: *All den klemminga blir det ikke så mye av, tror jeg!* Hun var også usikker på om vi kom til å fortsette med å ta hverandre i hånden, eller begynne å hilse på annet vis. En annen var opptatt av endringer av mellommenneskelige verdier: *Det jeg håper er at folk kanskje ser For å være fornøyd, så er det ikke nødvendig å eie all verden og reise til utlandet flere ganger i året, og at det å være sammen er noe av det viktigste.* Samme informant uttrykte håp om at framtiden ville bringe flere sykepleiere og en bedre beredskapsplan. Hun opplevde det som skremmende at det ikke fantes nok utstyr å bruke for de som sto i frontlinjen.

4.3.3 Tanker om døden

Informantene delte tanker om døden, og da med hensyn til hvordan disse tankene preget deres hverdag. Flere ga uttrykk for at dette var tanker om var mye til stede, og en av dem sa det slik:

Jeg har ikke tenkt så mye på alder før. Til 83 gikk det bra. Mamma døde da hun var 84 og så har jeg tenkt som så at Den begynner å tære på meg liksom, jeg synes jeg er sliten. Det kan hende det er fordi jeg sitter så mye her. Jeg gjør jo ingenting.

Informantene kom innom både tanker om suicid og å dø en naturlig død. En informant ordla seg slik: *Jeg sitter aldri og tenker på å gjøre noe selv, altså, men jeg tenker, puh, blir jeg borte, så er det ikke så farlig, liksom.* Lignende tanker var det en annen som også hadde, hensynet til familien gjorde at informanten ikke ønsket å utsette familien for påkjeningen et

suicid ville påført dem, til tross for at vedkommende i perioder ikke hadde ønsket å leve. Denne informanten levde med redusert fysisk helse som hadde preget hverdagen i mange år. Vedkommende hadde nylig hatt en skremmende opplevelse relatert til dette og sa det slik: *Du har det meste av livet bak deg ... Jeg tenker jo mye på døden, jeg gjør jo det.* En informant beskrev hvordan hun opplevde at tanken på suicid var i bakhodet hennes hele tiden. Til tross for at hun ikke selv trodde at det var en reell fare, fikk hun ikke fred for tankene, de kvernet og gikk.

5. Drøfting

5.1 Introduksjon

Som innledning til dette kapittelet vil jeg minne om masteroppgavens problemstilling.

Hvordan erfarer eldre aleneboende pasienter hverdagen under koronarestriksjonene, med særlig vekt på deres psykiske helse?

I dette kapitlet vil jeg diskutere funnene fra analysen og metoden som er valgt. Funnene blir diskutert først, og inkluderer de tre hovedtemaene. Hovedfunnene inneholder det de fem informantene var opptatte av i tiden med korona. Hovedgruppe en, *Krevende hverdag med koronarestriksjoner og psykisk og fysiske helseutfordringer*, beskrev hvordan informantene følte seg bundet og fanget av restriksjonene, som de opplevde stoppet dem fra å leve slik de ville og påvirket deres psykiske helse. Videre snakket de om fysiske plager som innskrenket hverdagen og var mer fremtredende når de var alene. De opplevde at periodene de var psykisk dårlige varte lenger sammenlignet med tidligere perioder. I hovedgruppe to, *Ensomhet i form av sosial isolasjon* kom det fram savn og lengsel etter særlig barnebarn. Enkelte følte seg forlatt av familien og andre kjente på utrygghet med hensyn til om relasjoner ville overleve tiden med fravær og avstand. De ga uttrykk for ensomhet og savn. Flere hadde opplevd ulike tap som bidro til å vanskeliggjøre hverdagen ytterligere. Andre slet med å håndtere kravene i hverdagen som gjaldt å håndtere egen psykiske helse. Flere uttalte at livet hadde vært lettere hvis man hadde bodd sammen med noen. Den tredje hovedgruppen *Eksistensielle temaer som mening, framtiden og døden* tok for seg informantenes opplevelse av tap av mening. De savnet blant annet avdøde ektefeller, jobb, gammel bolig og tidligere liv. Dagene ble beskrevet som innholdsløse. Da de ble spurt om framtiden var enkelte opptatt av her og nå, mens andre løftet blikket og så et større perspektiv. Da det kom til temaet døden, var flere av informantene åpne om at det var noe de tenkte mye på, både selvmord og det å dø en naturlig død.

Som nevnt i innledningen til denne masteroppgaven så blir det stadig flere eldre i Norge, man anslår at i 2060 vil det være over 1,4 millioner mennesker over 70 år i Norge, og antallet vil femdobles for de over 90 år i samme periode (Gleditsch (2020)). De eldre blir flere og de

psykiske helseutfordringene i denne aldersgruppen vil vokse. Eldre som pasient- eller brukergruppe er en sammensatt gruppe som kan ha andre behov enn andre pasientgrupper og er med sin høye alder sårbare både for fysiske og psykiske helseutfordringer. Under koronapandemien ble de isolert for å beskyttes fra smitte. I denne masteroppgaven er det brukerperspektivet som er det overordnede. Pasientene har selv sagt noe om hvordan de har hatt det og hva som har opptatt dem. Deres kunnskap har vært det styrende perspektivet.

5.2 Krevende hverdag med koronarestriksjoner og psykiske og fysiske helseutfordringer

Kunnskapen om at depresjon kan manifestere seg i form av både fysiske og psykiske symptomer er etablert kunnskap. I studien til Bjørkløf et al. (2015) beskrives det at informantene, som var eldre inneliggende pasienter med alvorlig depresjon, slet med muskulære smerter og spenninger, samt andre smerter i ulike deler av kroppen. Enkelte av intervjuene måtte stoppes fordi informantene hadde det for ukomfortabelt. Noen av informantene så på de fysiske plagene som sitt hovedproblem. Funnene støttes av Moksnes (2004, s. 301) som sier at det er vanligere blant eldre å ha andre varianter av depresjon enn yngre, som for eksempel såkalt maskert depresjon, der lidelsen hovedsakelig kommer fram som somatiske symptomer eller hypokondri. Dette er også min erfaring fra yrkeslivet. Graden av nedstemthet kan framstå moderat, og pasienten kan virke mer opptatt av ulike plager som stammer fra kroppen. På den andre siden følger somatiske lidelser med alderdommen og eldre er en mer utsatt gruppe med hensyn til ulike somatiske lidelser som for eksempel hjerte- og karlidelser, kreft og diabetes (Wu 2020). Stivhet i kroppen og et generelt mer stillesittende liv vil ofte føre til mer smerter, og en depresjon vil da gjerne forsterke plagene og gi smertene og kroppens plager mer fokus. Simes (2020) poengterer at sosial isolasjon og ensomhet kan føre til dårlig helse, men samtidig kan dårlig helse også medføre ensomhet og sosial isolasjon. Den eldre psykisk syke pasienten kan fort havne i en ond sirkel, ensom og hemmet av den fysiske helsen sin, uten at man kanskje vet hvilket onde som kom først. Steptoe et al. (2013) påpeker i sin studie at det er en sammenheng mellom sosial isolasjon, ensomhet og økt dødelighet. De som levde alene og sjelden så andre, levde med generelt dårligere helse, flere kroniske sykdommer, de tok ofte dårligere valg både med hensyn til medisiner og diett, og hvis de skulle bli akutt syke var det ingen der for å fange det opp.

Mackoli & Mackoli (2020) påpeker i sin artikkel at de eldre som sitter i isolasjon vil i sin hverdag ha flere belastende faktorer. De har for eksempel gjerne dårligere fysisk helse og tyngre emosjonell bagasje ved at de kanskje har mistet en ektefelle eller andre nærstående. I tillegg vil isolasjonen gjøre noe med deres funksjonsevne, og gjøre dem avhengige av omgivelsene. Samtidig vil de ha god tid til å bekymre seg, for eksempel for familien. Noen tilsvarende observasjoner kom fram i denne masteroppgaven. Under intervjuene var enkelte mer opptatte av å snakke om den fysiske helsen sin og hvordan den satte stopper for det livet informantene ønsket å leve, mens de psykiske utfordringene kom litt i bakgrunnen. Kanskje er det naturlig å lete etter forklaringsmodeller i den fysiske kroppen når det indre blir for ubegripelig eller vanskelig å håndtere? De hadde alle i stor grad vært overlatt til seg selv i tiden med korona, og til tross for at deres personlige tap var store, lå tankene hos familien.

Informantene fra Bjørkløf et al. studie (2015) satte også ord på hvordan de følte seg fanget i den situasjonen de var i, og studien viste at de eldre trengte mye støtte fra de støttespillerne de hadde rundt seg. Dette gjaldt særlig de som bodde alene (Bjørkløf et al. 2015). Dette poenget med manglende sosial støtte blir også fanget opp i studien til Seethaler et al. (2021) der de ser på hvordan eldre med affektive lidelser blir påvirket av å ikke ha et godt nok sosialt tilbud. De nasjonale, faglige rådene fra Helsedirektoratet sier at bedring av sosiale tiltak, sammen med fysisk aktivitet og ulike selvhjelpstiltak, er selv grunnpilaren i behandlingen av depresjon, uansett alvorlighetsgrad (www.helsedirektoratet.no) Men Seethaler et al. (2021) studie viser at informantene ikke var i stand til å nyttiggjøre seg av de hjelpetiltakene de fikk på en god nok måte under pandemien. I denne studien var det psykisk syke eldre som var informanter og forskerne påpekte at den manglende sosiale støtten i hverdagen skapte en vanskelig psykososial situasjon. De eldre informantene hadde ikke de nødvendige redskapene en tilsvarende frisk kontrollgruppe ville hatt for å møte situasjonen. De var mindre i stand til å håndtere depresjon, leve i sosial isolasjon og med den usikkerheten og kravene som fulgte med pandemien. Også Tveito et al. (2021) trekker fram poenget med at eldre psykisk syke er de som kanskje er de som er dårligst rustet til å håndtere den sosiale isolasjonen de har blitt pålagt. Dette støttes av Wu (2020), som sier at sosial støtte kan gjøre det lettere å håndtere den sosiale isolasjonen.

Et annet moment i dette kan være den eldre ønske om å være til nytte for familien, å ha en rolle som betyr noe. Krendl & Perrys (2021) studie fant at en sterk relasjon til de nærmeste kan moderere depresjonen, men ikke hvis opplevelsen av sosial isolasjonen er sterk. Hvis familiebåndene var sterke, og vedkommende var vant til å involvere seg og delta, kunne man se en særlig økning av depresjon. Forskerne antok at det var fordi deltagelsen i familielivet ga den eldre en rolle, ga livskvalitet og representerte en verdi som var viktig for dem.

Helsedirektoratets rapport *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet* (2016) understreker nettopp dette når den sier at familien er viktigste kilde for livskvalitet for denne aldersgruppen (www.regjeringen.no). Lignende observasjoner ble gjort i min masteroppgave, der savnet etter barnebarn og familie var uttalt og tydelig. Flere av informantene pleide å passe barnebarna sine og ga uttrykk for å savne dette. Ulike aspekter ved det å bli gammel, som for eksempel overgangen fra å gå fra å være en som hjelper til å bli en som trenger hjelp, kan være vanskelig for mange (Hummelvoll 2014, s. 285). Hvis man har følt at man har bidratt med å passe barnebarn og plutselig ikke får gjort det mer, kan man tenke seg at man kan oppleve at man ikke er til nytte mer og at familien klarer seg uten den hjelpen man bidro med. Samtidig har man selv blitt redusert fra en bidragsyter til en hjelpetrequende, med andre ord at det har skjedd en endring av roller. Moksnes (2004, s. 299) nevner nettopp tap av roller som en av faktorene som sammen med isolasjon, dårlig nettverk, pensjonering, funksjonstap og lignende kan føre til depresjon hos eldre.

Bjørkløf et al. (2015) trekker fram at det var mange informanter i deres studie av deprimerte eldre som var svært redde for å bli en byrde for sine pårørende, og dette gjaldt i særlig grad de som bodde alene og var avhengige av bistand. Her er det på den andre siden viktig å minne om at en depresjon ikke bare handler om å være nedstemt. Berge & Repål (2014) trekker fram at den deprimertes tankemønster vanligvis er preget av kategoriske tanker, - tankegangen blir svært svart-hvitt og den sykes tanker blir ekstreme og selvkritiske. Grublingen som følger depresjonen vil sannsynligvis i mange tilfeller føre til at den eldre deprimerte pasienten overdriver den omsorgsbyrden han eller hun medfører for familien (Berge & Repål, 2014 s. 189).

5.3 Ensomhet i form av sosial isolasjon

Yalom (1980, s. 415) bruker begrepet «interpersonell isolasjon» når han snakker om ensomhet der man er hindret fra å være sammen med andre mennesker, slik som informantene i denne studien var. Hvorfor ensomheten oppstår kan være ulike årsaker. Det kan være psykiske utfordringer som gjør at det blir utfordrende å være sammen med andre. Det kan også være andre årsaker utenfor individet selv, som at nærmiljøet ikke klarer å møte de behovene den enkelte har. For informantene i min masteroppgave var det smittevernrestriksjoner som forsterket denne formen for ensomhet. Savnet etter familien og andre nære relasjoner var et tema gjennom alle intervjuene. De ga uttrykk for at de var for mye alene. Yalom (2011 s. 415) bruker svekkelse av institusjonene som eksempel, slekten, nærsamfunnet, kirken og at dette fører til en økning av mellommenneskelig fremmedgjøring. I tilsvarende norske forhold kan disse institusjonene sannsynligvis være primærhelsetjenesten og familien. Informanten slet med å håndtere hverdagen og enkelte ga uttrykk for å føle seg helt forlatt. De ga uttrykk for at ensomheten og den sosiale isolasjonen gikk utover den psykiske helsen deres og at tiden med koronarestriksjoner hadde ført til at de hadde slitt med høyere symptomtrykk og lengre perioder med psykisk lidelse. Hverdagen kjentes utrygg for enkelte og de ga uttrykk for ensomhet.

Informantene fra studien ga uttrykk for at de hadde forståelse for koronarestriksjonene, men at de opplevde at de hindret dem fra å leve livene sine slik de ville. Særlig den ene informanten kom tilbake til dette. Til tross for alvorlige helseutfordringer i denne perioden, var det opplevelsen av å ikke kunne gjøre som hun ville som hun opplevde som mest utfordrende. Kanskje har dette noe med hennes eksistensielle behov å gjøre, at de pålagte restriksjonene under pandemien forhindret hennes livsutfoldelse på et vis, og at hun kjente på en form for ufrihet. I denne tenkningen trenger mennesket større handlingsrom for å kjenne på frihet. På den annen side kan man kanskje tenke seg at hennes behov for å leve som hun pleide, å komme seg ut og aktivisere seg, var større enn vanlig, med tanke på at hun slet med ekstra helseutfordringer i denne perioden. Alle informantene var tydelige på at de brukte aktivitet og sosiale sammenkomster som en måte å håndtere angst, uro og depresjon på. Et annet moment som kan trekkes inn her er et poeng fra Bjørkløf et als. (2015) studie av alvorlig deprimerte eldre. Et av hovedfunnene var at informantene på ulikt vis ga uttrykk for at de var «stucked» (fanget) i depresjonen med en stigende følelse av angst. De hadde prøvd ulike strategier, men ingenting hadde lyktes. Nå hadde de en opplevelse av å være fanget i en forferdelig posisjon

som de ikke kom seg ut av. De hadde ingen innflytelse over sin egen situasjon og følte seg maktesløse. Om dette kan overføres til informantene som følte seg «bundet» av restriksjonene i hjemmet er ikke sikkert, men tanken er interessant. Flere av informantene ga på ulikt vis inntrykk av å være fanget eller låst i den situasjonen de var i. De ønsket å komme seg ut av boligen mer, se flere mennesker og reise mer. Flere av dem ga uttrykk for håpløshet knyttet til sin egen situasjon.

McDougall (1995) påpeker at Eldres depressive reaksjoner ofte er et samspill av reaksjoner av både indre og ytre årsaker: For eksempel ulike tap, kroniske sykdommer og sosial isolasjon. En sentral risikofaktor er å mangle noen i livet sitt å betro seg til, det vil si helt nære, fortrolige relasjoner. Thorsen (2005) trekker også fram viktigheten av å ha en fortrolig relasjon. Mange i vårt samfunn mangler en slik relasjon, som kan dempe reaksjoner på tap og gjøre en sterkere i en rekke livssituasjoner (Thorsen, 2005, s. 6). Moksnes (2004, s. 316) sier at eldre er sårbare for tap av ytre støtte, ensomhet, ulike sykdommer og tap. Tiden med korona har skapt mye usikkerhet i samfunnet, og både korona og koronarestriksjonen har stilt krav som har vært vanskelige for de eldre å imøtekomme og skapt mye bekymringer og angst. Både ensomhet og sosial isolasjon er risikofaktorer for å utvikle psykiske lidelser, særlig angst og depresjon. Moksnes (2004, s. 299) m.fl. påpeker at en rekke faktorer som følger med det å bli eldre, blant annet ulike tap og dårlige sosiale nettverk, øker risikoen for å utvikle angst og depresjon. Det er lett å forestille seg at angst og depresjon på den ene siden og de indre og ytre årsakene på den andre siden virker i en negativ og selvforsterkende spiral, der for eksempel økt depresjon fører til mer sosial isolasjon, som igjen fører til mer angst som igjen fører til mer ensomhet.

Ensomhet er en følelse som er assosiert med lengsel etter fellesskap med andre (Smeby & Karoliussen 1997, s. 738), samtidig som man kan oppleve å kjenne på svik, tomhet, føle seg uønsket og ignorert (Halvorsen 2005, s. 42). I min masteroppgave var det flere som ga uttrykk for at de var ensomme. En informant fortalte at hun utførte renhold hos eldre mennesker, både for å føle at hun var til nytte, men også for selskapet. Å ha dette i denne tiden hadde betydning mye for henne.

Når kontakten med familien og venner blir mindre, slik som den har vært for de eldre i denne tiden, er sjansen for at det oppstår depresjon adskillig større for de som bor alene. Moksnes (2004, s. 299) nevner sosial isolasjon, tap av selvstendighet og manglende sosial støtte som tre av flere faktorer som forårsaker depresjon. Manglende sosial støtte blir også trukket fram av Engerdal og Bjørkløf (2014, s. 186), som sier at det manglende sosiale nettverket ikke bare vil påvirke depresjonens varighet, men også den Eldres mulighet til å komme ut av den. Slik de ser det vil godt psykisk helsearbeid til denne gruppen være praktisk hjelp like mye som støttesamtaler. Dette stemmer med min arbeidserfaring. De eldre deprimerte pasientene blir nærmest paralyisert av det de opplever de ikke får til. De trenger bistand og hjelp i hverdagen, og når de er på det sykeste gjelder det som psykisk helsearbeider å ikke stille for store krav, men heller støtte og bistå. Etterhvert som de tilfriskner tar de selv tilbake disse oppgavene. Seethaler et al (2021) påpeker at eldre har en dårligere evne til å beskytte seg mot depresjon når de møter ulike stressfaktorer i livet, med andre ord vil de være dårligere rustet til å håndtere en sosial isolasjon og andre krav som pandemien stiller. Studien deres viste at i perioden med korona hadde det vært en signifikant økning i psykiske symptomer blant informantene deres når det kom til PTSD, søvnproblemer, stress, angst og depresjon.

Halvorsen (2005) viser til Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT 1995-1997) der det påpekes det at ensomhetsfølelsen, følelsen av å være tilfreds med tilværelsen og depresjon henger sammen. Å bo alene var den faktoren som veide tyngst med tanke på å opprettholde opplevelsen av å være ensom. Den som fant seg en ny partner igjen etter å ha blitt enke eller enkemann, var betydelig mindre ensom sammenlignet med de som forble aleneboende (Halvorsen 2005). Hummelvoll (2014, s. 285) viser til at innhold i hverdagen og opplevelsen av et sosialt fellesskap er viktig for kunne holde seg oppe psykisk. I forbindelse med denne masteroppgaven ble det gjort lignende observasjoner. Informantene etterlyste noe å fylle hverdagene med og muligheten til å være sammen med andre mennesker. Flere sa at livet hadde vært lettere hvis de hadde bodd sammen med noen. Engedal & Bjørkløf (2014, s. 186) påpeker at et vedvarende dårlig sosialt nettverk vil fungere på en måte som opprettholder en depresjon og er en faktor som er med å avgjør om vedkommende klarer å komme seg ut av depresjonen.

5.4 Eksistensielle temaer om mening, framtiden og døden

Informantene beskrev hvordan de tenkte rundt sin egen hverdag og tiden framover. De ga uttrykk for at hverdagen var uinteressant, med for mye lediggang der de ikke fikk brukt ressursene sine. Mange hadde ulike savn som preget livene. Flere var åpne på at de tenkte mye på døden.

Når livet mangler mening vil det føre til lidelse, ifølge Yalom (2011, s. 493). Det handler ikke bare om å ha noe å gjøre noe som føles interessant, det handler om hva som føles verdifullt, da mening føder verdier. Hvis det som tidligere har vært viktig for en, for eksempel jobben, ikke lenger er der, vil det kunne føre til at man mister selvfølelse, blir deprimert og det skaper uro (Yalom 2011, s. 493). Moksnes (2014, s. 446) er blant dem som skriver at idealet med å ha arbeid og være arbeidsom står høyt i vår kultur, og det å jobbe gir en form for identitet. Hos informantene fra min studie var det flere momenter fra deres liv som hadde blitt borte og var gjenstand for savn og en informant brukte ord som «flat» og «uinteressant» for å beskrive sin hverdag nå ute av arbeidslivet. For flere av informantene var både jobb, hus, familie og ektefeller borte, og de etterlyste å kunne bruke hverdagene til noe nyttig. En av informantene, som hadde lite kontakt med familien, hadde mistet mannen sin noen år før. Rett etterpå hadde hun flyttet fra et stort hus til en mindre leilighet der hun vantrivdes og hun var åpen på at hun hadde det vondt nå. McDougalls (1995) artikkel nevner noen særskilte styrker som eldre har, i en artikkel som argumenterer med hvorfor eldre mennesker er gode kandidater for å få eksistensiell psykoterapi. En av disse styrkene, som skiller eldre fra yngre, er tilknytningen eldre mennesker har til kjente objekter. Denne tilknytningen gir dem en følelse av kontinuitet, komfort, trygghet og tilfredshet. Sett i lys av dette kan det derfor være lett å anta at tapet av hus og kjente omgivelser i en periode der informanten hadde nok med tap av ektefelle, ble en ekstra belastning for henne. På den andre siden vet jeg av erfaring at overgangen fra hus til mer lettstelt leilighet er en tøff overgang for mange eldre, og at dette er en avgjørelse de kan utsette litt for lenge. Kanskje hadde denne flytteprosessen blitt vanskelig for henne uansett.

Når en av informantene i min studie forteller at hun dører bort formiddagen med beroligende medisiner så kan det forstås i lys av Yalom (2011, s. 537) som sier at meningsløsheten er knyttet til depresjon og følelse av tomhet, apati og fortvilelse. Han bruker overforbruk av alkohol som eksempel, men et overforbruk av medikamenter kan her forstås som uttrykk for

det samme. Dette blir støttet av Moore & Goldner-Vukov (2009) som også påpeker at mangel på mening fører til angst, isolasjon og fortvilelse. De sier at den rammede trenger mye sosial støtte både fra familien og samfunnet. Barca et al. (2021) påpeker den doble byrden eldre lever med i denne perioden. Ikke bare er de den gruppen som er mest utsatt for alvorlige følger eller død ved eventuell smitte, de er også den gruppen som er dårligst rustet til å håndtere isolasjonen som fulgte med smitteverntiltakene.

Det kan være vanskelig å se framover når følelsen av håpløshet blir overveldende og en sliter med å se mening i omgivelsene. Informantene i studien var delte i synet på framtiden. Flere av dem var opptatte av det som gjaldt her og nå, mens en av dem ikke klarte å se en mulig endring i framtiden, verken til det bedre eller til det verre. De andre framsto til en viss grad positive. McDougall (1995) trekker i artikkelen sin fram flere styrker den eldre pasienten hadde som skiller ham eller henne fra yngre. Blant annet mener han at eldre mennesker opplever tiden mer som «her og nå», at de lever mer i øyeblikket sammenlignet med yngre mennesker. Nettopp dette med å fokusere på nåtiden framfor det som har vært, er sentralt i den eksistensielle tenkningen og tilnærmingen. McDougall mener også at eldre har utviklet det han kaller «a sense of the entire life cycle», det vil si en opplevelse av hele livssyklusen som kanskje gir dem en mulighet til å se seg selv i et større perspektiv. Kanskje det siste punktet her kan forklare hvordan enkelte av informantene, til tross for egen betydelige lidelse, evnet å se et større perspektiv når det ble snakk om framtiden?

Tanker om døden var ofte til stede for flere av informantene, og de snakket både om tanker om å dø en naturlig død og tanker om suicid som stadig dukket opp. Eldre mennesker tenker mer på døden enn yngre mennesker (Yalom 2011, s. 74). De er også mer bestemt med hensyn til gjennomføring av suicid hvis de først har bestemt seg (Engedal & Bjørkløf 2014, s. 58). Både Yalom og Khademi et al. (2020) er opptatte av at eldre har et annet forhold til døden enn yngre voksne. Samtidig som de lever nærmere døden i antall år blir de stadig påminnet sin egen sårbarhet med fallende helse og ulike lidelser. Yalom mener at ved å snakke om døden kan man imøtegå dødsangst. Vi lever livet igjennom i en slags pendelbevegelse mellom angst for livet og angst for døden. Når en informant fortalte under intervjuene at hun stadig tenkte på døden, tankene kvernet og kvernet, så var det lett å tenke at damen ønsket å dø. Samtidig kunne hun fortelle at hun ønsket å gå å shoppe når koronarestriksjonene lettet, hun hadde også

andre planer og kommentarer som tilsa at hun ikke så for seg at hun skulle dø snarlig. Utsagnene kan, slik jeg ser det, forstås hvis man ser for seg pendelen som beveger seg mellom angst for livet og angst for døden. Hun visste at døden var der, den dukket opp i tankene litt for ofte, men hun var redd for den. Samtidig var livet hennes vanskelig, hun hadde det ikke bra, men hun ønsket likevel å leve. Det var en angst for å leve og en angst for å dø. Moore og Goldner-Vukov (2009) påpeker at konflikten ligger i bevisstheten om at døden er uunngåelig, samtidig som man ønsker å leve videre. De som har hatt nærkontakt med døden, det vil si de som for eksempel har vært syke eller i ulykker eller hatt andre opplevelser der de har trodd de skal dø, har ofte prioritert annerledes etterpå, ifølge Yalom. Han mener derfor at det er muligheter for at man kan oppnå bedring hvis man tør å diskutere slike ting. Ved å snakke om døden, aktualisere den og bringe den fram i lyset på et vis, vil det kunne skape bedring i livsvilkårene til den enkelte og dermed øke livskvaliteten. Dette støttes av McDougall (1995) som sier at den eldre pasientens dødsangst ofte kan være hovedkilden til angst. Hummelvoll (2014, s. 379) påpeker at angstens karakter, som er vag og udefinerbar, gjør den skremmende og dermed fungerer selvforsterkende. Man får angst for angsten. Det er også verdt å merke seg Kringlens (1978) poeng om at en depresjon for den eldre pasienten ikke nødvendigvis framstår på samme måte som for den yngre. For den eldre kan den på mange måter framstå som uro og rastløshet mer enn nedstemthet, slik man ser i de yngre aldergruppene (Kringlen 1978, s. 341). Det kan dermed være vanskelig å skille hva som er hva og svært ofte er det to lidelser som opptrer sammen. Angsten for døden er svært vanlig, sier Yalom, men den kan være vanskelig å få øye på. Yalom (2011, s. 74) påpeker at psykisk syke eldre sliter med mer dødsangst enn friske eldre, særlig hvis de er inaktive. Det er lett å tenke at somatisering, og det som for den utenforstående framstår som tilsynelatende overdrevent fokus på redusert fysisk helse, kan ha en sammenheng med angst for å dø. På den annen side følger jo en fallende helse med alderdommen og med mindre fysisk aktivitet må man også anta at den fysiske helsen blir dårligere. Moore og Goldner-Vukov (2009) påpeker at mennesker som lever med psykiske lidelser lever sitt liv på en måte som de selv ikke har valgt, utenfor deres kontroll. Den psykiske lidelsen kan trigge dødsangsten og omvendt og dette hindrer personlig utvikling. Fokuset på de fysiske plagene kan bidra til angst og depresjon for den eldre pasienten. Det er vanskelig å vite hva som er hva. Det viktigste er kanskje å ha med seg er at bildet er komplekst og at alt er kanskje ikke hva det ser ut til ved første øyekast.

5.5 Relevans for psykisk helsearbeid

Denne studiens hensikt har vært å få mer kunnskap om eldre, psykisk syke som bor alene, og hvordan de har hatt det i tiden med koronarestriksjoner. Funnene har vist at hverdagen ble vanskeligere, med både fysiske og psykiske plager, de var ensomme og kom i kontakt med tanker om tap av mening og døden. Kunnskap om at eldre for eksempel tenker mer på døden og sliter mer med dødsangst enn yngre, kan være viktig å ha med seg inn i møtet med den eldre pasienten.

Bøe & Thommassens definerer psykisk helsearbeid slik: «*Psykisk helsearbeid omfatter alle mulige arbeidsformer og tiltak som kan bidra til å bedre menneskers psykiske helse*» (Bøe & Thommassen, 2007, s. 18). For eldre ensomme handler det ofte om støtte i hverdagen, hjelp til å kunne fungere best mulig. Det bør bedre kartlegges hvordan de eldre har det hjemme. Kanskje bør helsepersonell i større utstrekning foreta hjemmebesøk for å få et mer utfyllende bilde av hverdagen til pasientene under pandemien? Samtidig er det viktig å adressere de temaene som man vet at eldre er opptatte av og som de sliter med i større omfang enn yngre mennesker, de eksistensielle tankene rundt tap av mening, ensomhet og død. Å få hjelp til å sette ord på en dødsangst og å få fortalt om opplevd ensomhet. Hvis man våger å spørre, kanskje de våger å svare.

Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community (WHO, 2018).

Med hensyn til denne definisjonen av psykisk helse må man si at koronapandemien har utsatt informantene for mer enn «normal stresses of life». Å ha psykisk lidelse og ikke kunne anvende de mestringsstrategiene man vanligvis bruker med aktiviteter og sosialisering, øker helt klart stresset og belastningene i livet.

Pasient- og brukerrettighetsloven (www.lovdata.no) gir pasientene rett til medvirkning i egen helsehjelp og deres mening skal vektlegges. Informantene i denne studien var tydelige på at

det ikke var bra for dem å være så mye alene. Det ga dårligere psykisk helse og en tynge hverdag, preget av savn etter familie og nære relasjoner. Alderspsykiatrien som institusjon bør være en brobygger mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og jobbe for at samarbeidet blir tettere slik at man lettere kan fange opp de som sitter alene, og dermed muliggjøre å gi dem et helhetlig tilbud i hverdagen. Samtidig kan man jobbe for å styrke båndene innad i familiene for å kunne dra nytte av de ressursene de nærmeste kan bidra med. Informasjon og veiledning til familiene, på samme måte som man har pårørendeskoler for familier som er rammet av demens, vil være med å styrke familier og bistå dem i ivaretagelse av den eldre. Både tidligere forskning og funn i masteroppgaven tilsier at den sosiale støtten er svært viktig for den eldre, og familien er i en unik posisjon til å gi den. Dette bør støttes opp av ikke bare alderspsykiatrien, men av samfunnet generelt. Med hensyn til videre forskning så hadde det vært interessant å intervjuere eldre etter at koronapandemien var over og hørt hva deres tanker hadde vært i retrospekt perspektiv. Det hadde også vært interessant å intervjuere familiene deres for å høre hva de har observert i denne tiden med koronarestriksjoner.

5.5 Metodediskusjon

Malterud (2001) fremhever validitet, refleksivitet og relevans som tre faktorer som er essensielle i kvalitativ forskning, med andre ord om det jeg har funnet ut er sant og overførbart ut over den sammenhengen studien er gjennomført i.

5.5.1 Validitet

Det første punktet handler om intern og ekstern validitet. Intern validitet innebærer at man ser på om man har brukt relevante kartleggingsmetoder og begreper i den aktuelle studien. I denne studien har jeg brukt kvalitativt forskningsintervju, da jeg ville undersøke hvordan en tidsperiode, i denne sammenhengen tiden med korona, har vært for den enkelte informant. Jeg lagde semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål for å kunne gi informantene rom til å tenke og svare fritt.

Jeg brukte Systematisk Tekstkondensering (STC) i analysearbeidet da det er et analyseverktøy som egner seg godt til å beskrive menneskers særegne erfaringer. I analysearbeidet ble det trukket ut sitater fra den enkelte for å få fram det særegne og den enkeltes stemme. Med

hensyn til gyldighet opplever jeg at jeg fikk mange gode svar og at det datamaterialet jeg sitter igjen med gir gode svar på de spørsmålene jeg stilte og belyser problemstillingen. Ekstern validitet, det vil si i hvilken sammenheng eller kontekst har vi gjort våre funn. Malterud (2017, s. 24) påpeker at overførbarhet i studier ofte er knyttet til utvalget. Denne studien kan kanskje fortelle noe om hvordan eldre mennesker som bor alene kan ha det i sin hverdag, uavhengig av tiden med korona, men det var kun fem informanter som deltok. Det er altfor få til å kunne trekke noen generaliserte slutninger ut i fra funnene, noe som uansett ikke er hensikten med kvalitativ forskning. Flere informanter, større spenn i alder, litt mer likt representert med hensyn til kjønn og bosted (urbant/ruralt) ville gitt flere og mer nyanserte svar. Samtidig opplevde jeg at materialet jeg satt igjen med var rikholdig, det var fem ulike mennesker med fem ulike historier å fortelle.

5.5.2 Refleksivitet

Med refleksivitet menes det at forskerens bakgrunn alltid vil påvirke for eksempel hva han studerer og hvilket perspektiv han velger. I kvalitative studier vil slike ulike tilnæringer føre til økt forståelse av et komplekst fenomen, studien vil ikke miste noe av sin troverdighet (Malterud 2001). Det er likevel viktig å være klar over og åpen på den forforståelsen man har og kunne stille spørsmål ved egne framgangsmåter og motiver. I denne masteroppgaven har jeg redegjort for min yrkesmessige og faglige bakgrunn og i innledningen ble det opplyst om at det ble valgt et brukerperspektiv. Jeg opplevde at jeg i begynnelsen av analyseprosessen opplevde det utfordrende å legge til side min forforståelse. Intervjuene gikk relativt fint, med tanke på at jeg er nybegynner i dette. Det var og litt for lett å se for seg retningen på samtalen, noe som jeg tror er en direkte følge av å jobbe så nært pasientgruppen til daglig. Jeg måtte jobbe med å «lene meg tilbake» og ikke være for aktiv i samtalen, noe som jeg har tatt med meg tilbake til yrkeslivet. Men da analyseprosessen skulle starte var det vanskelig å frigjøre seg fra «diagnosetenkingen» da de materialet skulle sorteres.

5.5.3 Relevans

Kravet om relevans er særlig viktig i medisin og helsefag. Man ønsker at forskningen skal bidra til noe, at andre skal kunne bruke vårt bidrag til noe nyttig. Malterud (2017, s. 23) sier at forskeren skal vurdere hva metoden og materialet gir anledning til å si noe om. Om relevans i

forskningen foreligger så forteller det at den kunnskapen som kom ut av forskningen er nyttig eller viktig for flere (Malterud 2017, s. 21). Et mål må i så måte være å få bekreftet den kunnskapen som allerede foreligger og samtidig tilføre den noe nytt (s. 194). Det at jeg har fått hjelp av universitetsbibliotekar samt fått god hjelp av veileder i analyseprosessen av data mener jeg styrker studien, da flere er enige i litteraturens relevans og funnenes gyldighet (s. 100).

6. Konklusjon

Denne masteroppgavens mål har vært å belyse hvordan tiden med koronapandemien påvirket eldre mennesker som bodde alene som fra før slet med psykisk sykdom. Jeg vil tilslutt oppsummere de mest sentrale funnene og gi et svar på problemstillingen. Det er viktig å påpeke at studien har hatt fokus på den enkeltes personlige opplevelse, brukerperspektivet har vært det førende fokuset.

Funnene viser at tiden med koronarestriksjonene var krevende for de eldre informantene. Til tross for forståelse for restriksjonene, opplevde de dem som invaderende. De savnet familien og særlig barnebarna og kjente på ensomhet i det daglige. Flere etterlyste noe meningsfylt å fylle dagene med. De stille dagene alene gikk utover den psykiske helsa og informantene beskrev økt angst som de med vansker klarte å håndtere. Mange opplevde økte fysiske plager. Informantene hadde erfart ulike tap av noe som ga mening for dem. De var åpne om at dagene var kjedelige og de slet med å finne mening i tilværelsen. Flere av dem var åpne om at tanker om døden ofte var til stede. Til tross for dette var de fleste ganske positive til framtiden.

Denne masteroppgaven viser at den eldre psykisk syke pasienten ofte har sammensatte behov og at den sosiale støtten han eller hun får er viktig for at vedkommende skal kunne lykkes med å ta i bruk tiltak og kunne ivareta seg selv på en best mulig måte. Dette gjelder både under pandemien (Seethaler et al, 2021) men også ellers, slik Steptoe et als studie fra 2013 viser. Den eldre kan ha andre måter å uttrykke lidelse på enn yngre. De psykiske plager kommer ofte til uttrykk gjennom kroppslige smerter og et tegn på uro kan hos eldre være uttrykk for depresjon. Tanker om døden er oftere til stede hos eldre mennesker sammenlignet med yngre voksne, og med tankene følger dødsangst som også er vanligst blant de eldre. De sliter også ofte med å finne mening i sin tilværelse. Alt dette er relevant kunnskap å ha med seg for den som skal jobbe med eldre psykisk syke mennesker. Pasientenes stemmer har vært førende i denne masteroppgaven, det er deres erfaringer som har blitt delt. De var tydelige på at de ikke hadde det noe godt i sin hverdag, de var altfor mye alene, savnet andre mennesker rundt seg og slet med å håndtere hverdagen under koronapandemien. Som pasienter er deres rett til helsehjelp og medvirkning i egen behandling nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven (www.lovddata.no) og alderspsykiatrien bør bidra for å bedre deres tilbud.

7. Litteraturliste

- Berge, T. & Repål, A. (2014). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi*. Gyldendal Akademisk.
- Berge, T. & Repål, A. (2018). *Håndbok i kognitiv terapi*. Gyldendal Akademisk
- Bertelsen, Ingvald. (1998). *Exphil fra a til å Oppslagsbok for eksamen philosophicum og examen facultatum*. Spartacus forlag.
- Bjørkløf, G. H., Kirkevold, M., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A.-S. (2015). Being stuck in a vice: The process of coping with severe depression in late life. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10(1), 27187–27187. <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.27187>
- Bokmålsordboka. <https://www.bokmålsordboka.no>
- Bøe, T.B., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid*. Universitetsforlaget
- Dalen, Monica. (2019). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Universitetsforlaget.
- Engedal, K. & Bjørkløf, G. H. (2014). *Depresjon hos eldre. Forståelse og behandling*. Hertervig Forlag.
- FHI. Fakta og kunnskap om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19 publisert 8.februar 2020, oppdatert 22. juni 2021. Hentet fra <https://www.fhi.no>
- Gadamer, H., G. (2010) *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Pax forlag.
- Gleditsch, R. F. (3. juni 2020). *Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*. <https://www.ssb.no>
- Halvorsen, Knut. (2005) *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid*. Dimograf: Gyldendal Norsk Forlag.

- Helsebiblioteket. (2021, 1. oktober). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/brukermedvirkning/brukermedvirkning-i-psykisk-helsearbeid>
- Helsedirektoratet. (2019 2. mai) *Nasjonale faglige råd*. Helsedirektoratet.no <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre/depresjon-hos-eldre>
- Helsedirektoratet. (2016). Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no>
- Helsenorge.no (1. august 2021). *Lokale regler og anbefalinger* <https://www.helsenorge.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Hummelvoll, J.T. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Kristoffersen, L. (2004). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag.
- Johannessen, T. (2021, 13. august) *Long covid*. <https://www.nhi.no>
- Jørstad, R. H. (2020, 26. mars) Mange dropper fastlegen. *NRK*. <https://www.nrk.no>
- Karoliussen, M. & Smebye, K.L. (2002) *Eldre, aldring og sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Khademi, F., Moayedi, S., Golitaleb, M., & Karbalaie, N. (2021). The COVID-19 pandemic and death anxiety in the elderly. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 346–349. <https://doi.org/10.1111/inm.12824>
- Krendl, A. C., & Perry, B. L. (2021). The Impact of Sheltering in Place During the COVID-19 Pandemic on Older Adults' Social and Mental Well-Being. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(2), e53-e58. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa110>
- Kringlen, Einar. (1978) *Psykiatri*. Universitetsforlaget.
- Krogh, T. (2017). *Hermeneutikk – om å forstå og fortolke*. Gyldendal Akademisk

- Legeforeningen. Hentet ut 22. oktober 2021. *Vanlige spørsmål og svar om psykiske lidelser*.
<https://www.legeforeningen.no>
- Leseth, A.B. & Tellmann, S.M. (2019). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Cappelen Damm.
- Lingås, Lars G. (1996) *Over andres dørstokk*. Kommuneforlaget.
- Lov om pasient og brukerrettigheter (1999). (Pasient- og brukerrettighetsloven) Hentet fra
<https://www.lovdata.no>
- McDougall, G. J. (1995). Existential psychotherapy with older adults. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 1(1), 16-21.
- Mackolil, J., & Mackolil, J. (2020). Why is mental health of the geriatric population at a higher risk during the COVID-19 pandemic? *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 102401–102401. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102401>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet (British Edition)*, 358(9280),483–488.[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget
- Moksnes, K. M., Depresjon og angst hos eldre. (2004). I Engedal, K., Brun Wyller, T. *Aldring og hjernesykdommer*. (s. 295-320). Akribe.
- Moksnes, K. M., Livets siste faser. (2013). I Skårderud, F. *Psykiatriboken – Sinn – Kropp – Samfunn*. (s. 446-486). Gyldendal Akademisk.
- Moore, L. J., & Goldner-Vukov, M. (2009). The existential way to recovery. *Psychiatria danubina*, 21(4), 453-462.
- NHI. (2021) *Forekomst av depresjon*. Hentet ut 1. august 2021 fra
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-forekomst/>
- Regjeringen.12.mars 2020. *Omfattende tiltak for å bekjempe koronaviruset*.
<https://www.regjeringen.no>
- Seethaler, M., Just, S., Stötzner, P., Bermpohl, F., & Brandl, E. J. (2021). Psychosocial Impact of COVID-19 Pandemic in Elderly Psychiatric Patients: a Longitudinal Study. *Psychiatric Quarterly*<https://doi.org/10.1007/s11126-021-09917-8>

- Skårderud, F. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Gyldendal Akademisk
- Somes, J. (2021). The Loneliness of Aging. *Journal of Emergency Nursing*, 47(3), 469–475.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.12.009>
- Step toe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences - PNAS*, 110(15), 5797–5801.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
- Thorsen, Kirsten. (2005). Ensomhet blant eldre, selvmordsrisiko og utfordringer. *Suicidologi* 2005. årgang 10 nr. 1
- Tveito, M., Barca, M., & Hartberg, C. B. (2021). Alderspsykiatriske helsetjenester under covid-19-pandemien. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.1029>
- Tømmerås, A. M. (22.juni 2021) *Nå bor over 1 million nordmenn alene*. <https://www.ssb.no>
- Wu, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *Global Health Research and Policy*, 5(1), 27–27.
<https://doi.org/10.1186/s41256-020-00154-3>
- WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principals for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet fra: <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-oct2008/>
- Yalom, Irvin D. (2011) *Eksistensiell psykoterapi*. Arneberg forlag.
- Yip, P. S. F., & Chau, P. H. (2020). Physical Distancing and Emotional Closeness Amidst COVID-19. *Crisis : the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 41(3), 153–155. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000710>
- WHO. (2018, 30 mars). Mental health: strengthening our response. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-ourresponse>

Vedlegg 1

Intervjuguide

Hvor gammel er du?

Hva har du jobbet med? Jobbet du til du ble pensjonist? Hva har du likt å drive med?

Bosted – hvilken by, i hus eller leilighet?

Hvor gamle er eventuelle barn, bor de i nærheten? Du bor alene nå, har du alltid gjort det?

1. Psykisk helse før Corona

Hvordan hadde du det før Coronarestriksjonene ble innført i mars i år?

Hva var de største utfordringene dine da, slik du ser det?

Hvordan hadde du det psykisk?

2. Psykisk helse under Corona

Da korona kom ble alle pålagt restriksjoner. Hvordan opplevde du dette?

Hvordan har du opplevd tiden fram til nå? Jeg vil gjerne at du kommer med konkrete eksempler

- Hva var de største utfordringene for deg som en følge av restriksjonene?
- Kan du komme på noe som har vært bra eller positivt i denne situasjonen?

Du bor alene – hvordan påvirket det erfaringen din?

Hva kunne vært gjort - fra helsevesenet side - for at denne tiden kunne vært en bedre erfaring for deg?

3. Forholdet til nåtiden og framtiden

Coronasituasjonen med vekt på smittevern og samvær i mindre grupper ser ut til å vare en stund. Fortell om hvordan har du det nå i hverdagen?

- Hvordan har det påvirket din psykiske helse?

Hvordan ser du deg selv nå sammenliknet med før Corona?

Hvordan har Coronasituasjonen påvirket din relasjon til familie, venner eller andre du har et nært forhold til?

Hvordan ser du på fremtiden i lys av det du har vært igjennom med Coronarestriksjonene og smittefaren?

Er det noe annet du har lyst til å tilføye?

Vedlegg 2

Vil du delta i forskningsprosjektet

“Aleneboende eldre og Korona”?

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse hvordan koronarestriksjonene rammet eldre aleneboende med psykisk sykdom. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en del av en masteroppgave i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Innlandet. Formålet med oppgaven er å se nærmere på hvordan eldre aleneboende mennesker med psykisk lidelse ble rammet av korona-restriksjonene med tanke på hvordan samfunnet kan være bedre forberedt til å hjelpe denne gruppen ved senere tilfeller. Det vil bli gjennomført kun ett intervju med deg, samt mellom 4-7 andre. Under intervjuet vil du bli spurt om hvordan du hadde det i tiden før og under korona, samt ditt syn på framtiden.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Innlandet er ansvarlig for prosjektet. Førsteamanuensis Sigrid Helene Kjørven Haug er prosjektansvarlig.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er kontaktet fordi du tilhører målgruppen for prosjektet ved at du er over 60 år, bor alene, har psykisk sykdom og fikk det ekstra utfordrende da koronarestriksjonene kom. Behandlingsansvarlige i poliklinikken og sengepost i alderspsykiatrien på Sanderud har blitt spurt om de har aktuelle kandidater og forespørsler om deltagelse har gått gjennom dem.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta vil det bli gjennomført et intervju på et sted vi blir enige om i fellesskap. Spørsmål omhandler hvordan du hadde det før koronarestriksjonene og hvilke utfordringer du opplevde da de kom. Intervjuet blir tatt opp på bånd. Alle identifiserbare opplysninger, som navn, alder eller sted, vil bli utelatt i transkriberingsprosessen. Ingen opplysninger vil kunne spores tilbake til deg. Det som blir skrevet ned vil bli analysert og omarbeidet til en masteroppgave.

Det vil ikke innhentes informasjon fra journalen din eller annen bakgrunnsinformasjon. Deltakelse vil ikke føre til noen ulemper for deg bortsett fra at det vil ta noe av din tid. En fordel er at det vil gi deg mulighet til å bidra med dine erfaringer.

Det er frivillig å delta

Som informant står du fritt til å trekke ditt samtykke til enhver tid frem til prosjektet avsluttes, det vil si innen 31.12.2022. Eventuelle data om deg som da er samlet inn vil ikke bli brukt i studien, med mindre de inngår i allerede publiserte resultater. Du trenger ikke oppgi noen grunn til at du ikke lenger skulle ønske å delta. Det vil ikke få noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil ikke påvirke din behandling hverken nå eller i framtiden.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. De ansatte kan ikke gå utenfor sitt "vanlige virke" og søke opp informasjon de ikke har naturlig tilgang til.

Kun to vil ha tilgang til opplysningene om deg, prosjektansvarlig Sigrid Helene Kjørven Haug ved Høgskolen i Innlandet og masterstudent Kjersti Rongved Johansen. Man vil benytte Sykehuset Innlandets system for sikker lagring av data og kontaktopplysningene dine vil oppbevares på en kodet liste. Opplysningene du gir vil ikke kunne spores tilbake til deg, man vil anonymisere slik at ingen informasjon blir gjenkjennbar.

Personvernombudet for Sykehuset Innlandet er Per Christian Jørgensen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/opp-gaven er godkjent, noe som etter planen er senest 31.12.2022. Personopplysninger og lydopptak vil bli slettet innen 31.12.22.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Innlandet ved Sigrid Helene Kjørven Haug (tlf. 90893165)
sigrid.haug@inn.no
- Kjersti Rongved Johansen (99630470) kj-rojo@hotmail.com

Med vennlig hilsen

Sigrid Helene Kjørven Haug
(Forsker/veileder)

Kjersti Rongved Johansen
(Masterstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Aleneboende eldre og Corona*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

Godkjenning fra NSD

Melding 17.12.2020 12:51

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 554079 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 17.12.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD.

Behandlingen kan starte.

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 hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022.

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 art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. 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

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

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 dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD:

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)