

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Tetyana Erofeeva

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

**Pasienter på sykehjem under COVID-19
pandemien**

Nursing home patients during COVID-19
pandemic

4PM791-1 21V

Vår 2022

Forord

Dette er en masteroppgave fra studiet master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Innlandet. Oppgaven inneholder en artikkel fra studien ”Pasienter på sykehjem under COVID-19 pandemien” og en rammeberetning med refleksjoner og begrunnelse for forskningsopplegget. Artikkelen er skrevet i henhold til retningslinjene til Nordisk tidsskrift for helseforskning.

Takk til deltakerne i denne studie som var villige til å dele sine erfaringer med oss og helsepersonell ved sykehjemmene som prøvd å mobilisere styrker og å organisere hverdagen til eldre så godt de kunne under pandemien.

Jeg ønsker å takke alle som på forskjellige vis har bidratt til denne masteroppgaven, for konstruktiv hjelp og gode tilbakemeldinger gjennom hele prosessen.

En stor takk rettes også til min hovedveileder, førsteamanuensis, Sigrid Helene Kjørven Haug, for alltid tålmodig og god veiledning. Dine bidrag har vært uvurderlige for meg.

01.05.2022

Tetyana Erofeeva

Norsk sammendrag

Hensikten med denne studien var å utforske hvordan eldre pasienter på sykehjem i Norge opplevde den krevende situasjon under Covid-19 pandemien, med særlig vekt på deres psykiske helse. I alt ble syv pasienter i alderen 60-80 år intervjuet ved bruk av semistrukturert intervju. Systematisk tekstkondensering av Malterud ble anvendt som analysestrategi.

Pasienter opplevde sykehjemmet som et trygt sted under Covid-19 pandemien og deltakerne uttrykte at de mestret smitteverntiltakene. Studien identifisert flere faktorer ved Covid-19 situasjonen som aktiverte og fremmet resiliens hos deltakerne. Samtidig ble denne situasjonen også opplevd som en krevende. Dette kom til uttrykk som bekymring, økt uro og angst og savn av pårørende. Kunnskap om beskyttende faktorer som fremmer resiliens og stressmestring er relevant for helsepersonell med tanke på forebyggende intervensjoner for pasienter som strever med angst- og depresjonsplager. Dette vil kunne bidra til styrking av deres brukermedvirkning og dermed større grad av trygghet for disse pasientene i møte med stressrelaterte hendelser i fremtiden.

Nøkkelord:

sykehjem, Covid-19, resiliens, psykisk helse

Engelsk sammendrag (abstract)

The aim of this qualitative study was to explore how elderly patients in nursing homes in Norway experienced COVID-19 situation, with special reference to their mental health. A total of seven patients aged 60-80 were interviewed with a semistructured guide. Malterud's Systematic Text Condensation (STC) was used for analysis.

The participants experienced the nursing home as a safe place during the Covid-19 pandemic and they expressed that they mastered restrictions. These findings were seen as expressions of resilience in terms of activated abilities, adaption over time, and increased mental strength. At the same time, this situation was also experienced as a demanding stressful situation. Knowledge of protective factors that promote resilience and stress management is relevant for healthcare professionals considering preventive interventions during pandemic for patients struggling with anxiety and depression. This could contribute to strengthening user involvement and thus a greater degree of security for these patients in the face of stress-related situations in the future

Keywords:

nursing home, COVID-19, resilience, mental health

Innhold

Innhold

NORSK SAMMENDRAG	3
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT).....	5
INNHold	6
1. INTRODUKSJON.....	8
1.1 BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	8
1.2 STUDIENS KONTEKST	11
1.3 STUDIENS HENSIKT OG PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGEN	11
1.4 BEGREPSAVKLARINGER	12
1.5 FORFORSTÅELSE	13
2. TEORI.....	15
2.1 RESILIENS I GERONTOLOGI.....	15
2.2 KOGNITIV AKTIVERINGSTEORI FOR STRESS (CATS)	17
3. METODE	18
3.1 STUDIEDESIGN	18
3.1.1 Semistrukturert intervju	19
3.1.2 Utvalg og rekrutering.....	20
3.2 TRANSKRIBERING	20
3.3 ETISKE VURDERINGER.....	23
4. RESULTATER.....	25
5. DISKUSJON	26
5.1 REFLEKSIVITET, RELEVANS OG VALIDITET	32

https://doi.org/10.7557_



© Forfattere(n). Denne artikkelen er lisensiert under en [Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) lisens.

6. KONKLUSJON.....	36
6.1 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS.....	37
8 LITTERATURLISTE	38
Vedlegg 1 Intervjuguide	
Vedlegg 2 Informasjonsskriv	
Vedlegg 3 NSD vurdering	
Vedlegg 4 Kondensat	
Vedlegg 5 Artikkel tilhørende rammeberetning «Pasienter på sykehjem under COVID-19 pandemien»	

1. Introduksjon

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

I mars 2020 iverksatte helsemyndighetene føre-var COVID-19 smitteverntiltakene som ble justert med ujevne mellomrom avhengig av smittepresset (Regjeringen, 2020). For sykehjemmene bestod smitteverntiltakene av adgangskontroll, forbud eller begrenset besøk fra familie og venner og kansellering av felles aktiviteter og spesialistkonsultasjoner. Et av de mest krevende tiltakene var beslutningen om nedstengning av sykehjemmene. Selv om dette var et av de viktigste tiltakene, påvirket det allerede isolerte beboere betydelig sosialt og følelsesmessig (Santini et al., 2020). Sosial isolasjon og ensomhet øker risikoen for psykiske lidelser, men det er for lite kunnskap om forskjellige aspekter av isolasjon (Drageset et al., 2012).

En nylig norsk spørreundersøkelse avdekket at 38 % av eldre opplevde sosial isolasjon i en eller flere perioder fra mars 2020 til februar 2021 (Ibsen et al., 2022). Dette er fem ganger høyere enn tallene for sosial isolasjon som er beskrevet i den generelle eldre befolkningen før pandemien. Halvparten av deltagerne opplevde frykt for COVID-19, og enda flere beskrev ukomfortable tanker om den. Eldre over 80 år skåret høyere på frykt for viruset enn de yngre i alderen 70–79 år. Depresjon av angstlidelser blant eldre er utbredt og kan betraktes som risikofaktorer som er forbundet med økt risiko for falltendens, dødelighet og andre uønskede komplikasjoner ved sykehusinnleggelse (Balsamo et al., 2018; Zisberg, 2017).

Kunnskapen om opplevelser av COVID-19 situasjon hos pasienter på sykehjem, som strever med angst- og depresjonsplager, har vært mangelfull. Jeg ønsket med denne masteroppgaven å benytte den muligheten pandemien gav til å gi et forskningsmessig bidrag i dette feltet, samt å bidra med kunnskap som på sikt kan få betydning for lokal kvalitetssikring av tjenestene på mitt arbeidssted. Det var dessuten behov for å undersøke de utfordringene pasientene erfarte som følge av

direktivene og påleggene som ble iverksatt i den hensikt å begrense smitteoverføring av COVID-19. Dette anså jeg som viktig kunnskap for klinikkledelsen, som satt med ansvaret for tiltakene.

Sykehjemmet som bosted

Et sykehjem er en helseinstitusjon i kommunehelsetjenesten som har heldøgn bemanning for mennesker med stort behov for pleie og omsorg (Ranhoff et al., 2007). Rett til å få plass på sykehjem inntreer når kommunen ikke kan gi hjemmebasert forsvarlig helsehjelp. Tradisjonelle sykehjem deles gjerne inn i flere avdelinger, som spesialiseres i ulike pasientgrupper: palliative, somatiske og alderspsykiatriske. Cirka 70-80% av pasienter på sykehjem lider av forskjellige grader av demens. Statistisk sentralbyrå (2021) viser til at det er 39 241 registrerte sykehjemsplasser i Norge, sist oppdatert 16. juni 2021 (SBB, 2021). Pasienter på sykehjem har krav på opphold på sykehus, både kortvarig i forbindelse med nødvendig rehabilitering, eller langvarig i forbindelse med varig og alvorlig sykdom (Helsedirektoratet, 2015).

Beboere på sykehjem er vanligvis eldre voksne med høye nivå av kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse, og de er derfor sårbare for COVID-19. De er spesielt utsatt for alvorlige komplikasjoner og dødelighet (Ho et al., 2020; Nystad et al., 2020). Sykehjem er deres hjem og de bor ofte tett på hverandre. Dette medfører at det kan være utfordrende å plassere beboere i karantene når de er syke. Helsepersonell beveger seg fra rom til rom får å gi nødvendig hjelp, noe som gjør det vanskelig å opprettholde smitteverntiltakene.

I lys av den beskrevne risikoen for eldre pasienter på sykehjem presiserte smittevernekspertene ved FHI og Helsedirektoratet viktigheten av gode smittevernrutiner (Folkehelseinstituttet, 2020). Det viste seg at disse pasientene ble prioritert bort fra sykehusbehandling og at de ble utsatt for unødig smitte og for tidlig død hvor de var isolert fra sine familier (Andersen, 2020).

Covid-19 og smittevernrestriksjoner

Koronavirusssykdom (COVID-19) er en smittsom sykdom forårsaket av SARS-CoV-2-viruset. Eldre mennesker og de med underliggende medisinske tilstander som kardiovaskulær sykdom, diabetes, kronisk luftveissykdom eller kreft har større sannsynlighet å utvikle alvorlig sykdom dersom de blir smittet. COVID-19-viruset smitter ved innånding og avsetning av dråper ved nærkontakt.

Inkubasjonstiden er cirka 4-5 dager og de fleste smittede utvikler symptomer innen 10 dager. Symptomene oppstår som regel i de øvre luftveiene og kan i tillegg omhandle sykdomsfølelse, hodepine, muskelsmerter, magesmerter og diaré, nedsatt smak- og luktesans. Ved alvorlig forløp får rundt 15-35% av de sykehusinnlagte et kritisk forløp slik at de trenger intensivbehandling.

Intensivbehandling og dødsfall er vanligst blant eldre og de med underliggende sykdommer, men kan også forekomme hos personer uten kjente risikofaktorer (Folkehelseinstituttet, 2020).

Den 19. mars 2020 la helseminister Bent Høie fram et notat om prioritering i helsevesenet som gikk ut på at COVID-syke pasienter kunne overføres tilbake til sykehjem fra sykehus og at «pasienter i sykehjem som blir syke med Covid-19 må behandles i sykehjemmet» (Helsedirektoratet, 2020). Dette skapte mye forvirring og usikkerhet, ettersom sykehjemmene ikke var forberedt på å ta imot flere COVID-19-pasienter fra primærhelsetjenesten og fra sykehus (Jacobsen et al., 2021). Smittevernekspertene ved FHI og Helsedirektoratet presiserte viktigheten av gode smittevernrutiner, fordi eldre er en sårbar gruppe med risiko for alvorlig sykdomsforløp og høy dødelighet. Det viste seg at pasienter på sykehjem ble prioritert bort fra sykehusbehandling og utsatt for unødig smitte og muligens død isolert fra sine familier på sykehjemmet (Andersen, 2020). De fleste institusjoner var dårlig utstyrt og kronisk underbemannet. De manglet personell, smittevernutstyr, smitteoppsporingsrutiner og smittevernfaglig kompetanse. Som resultat av det økte antall syke og døde på institusjoner dramatisk (Andersen, 2020).

1.2 Studiens kontekst

Studien rekrutterte informantene fra en alderspsykiatrisk og somatisk avdeling på et sykehjem i en middels stor by i Sørøst-Norge. Det utvalgte sykehjemmet er berammet til 80 eldre med omfattende pleie- og omsorgsbehov fordelt i tre somatiske, en palliativ, en alderspsykiatrisk og to demensavdelinger med 10-12 pasienter per avdeling. De fleste som jobber der er sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter som jobber med daglig stell og pleie, aktiviteter og miljøterapeutiske tiltak.

1.3 Studiens hensikt og presentasjon av problemstillingen

Hensikten med denne studien var å utforske hvordan eldre pasienter på sykehjem opplevde den krevende situasjon under COVID-19 pandemien, med særlig vekt på deres psykiske helse. Dette ledet til følgende problemstilling:

Hvordan opplevde eldre pasienter på sykehjem COVID-19 situasjonen med særlig vekt på psykisk helse?

Ordet opplevelser ble utforsket i intervjuguiden ved at deltakerne ble spurt om å beskrive følelser, tanker og handlinger knyttet til hvordan de hadde det, gjerne fortellinger om konkrete situasjoner, utfordringer og belastninger (Vedlegg 1). Eldre pasienter betød eldre sykehjemsbeboere i alderen 60-83 år. De var blitt diagnostisert med angst- og depresjonslidelse enten før de fikk plass på sykehjem eller av sykehjemslege.

Overordnet perspektiv

Det overordnede perspektivet i denne oppgaven var brukerkunnskap i en helt spesiell situasjon. Kunnskapsbasert praksis handler om å praktisere de ulike kunnskapskildene ved å bruke forskning-, erfaring- og brukerkunnskap i ulike miljøet (www.helsebiblioteket.no). Konteksten er viktig ved bruk av

kunnskapsbasert praksis og knyttet til rammeforståelse, ressurser, etiske forhold, nasjonale og lokale prioriteringer under Covid-19 pandemi med utgangspunkt i de opplevelsene og erfaringene pasienter på sykehjem hadde fått med seg.

Pasient- og brukerrettighetsloven (§3-1) definerer at pasient har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og velge mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og behandlingsmetoder (www.lovdatab.no).

Stemmene fra deltakere kan ha betydningen for organisering av hverdagen for pasienter på sykehjem, tilpassing av aktiviteter ved nedstengt samfunn, rask og tilpasset besøksprosedyrer for å ivareta deres psykiske helse. Dette er kunnskap som kan være relevant i en senere pandemi

1.4 Begrepsavklaringer

Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse på følgende måte:

“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).

Pandemien kan i regnes for å være en normal stressituasjon, slik det står om i definisjonen ovenfor. Den er derimot en global krise som stiller ekstra store krav til sårbare pasientgrupper slik som pasienter på sykehjem. Det som er relevant fra definisjonen til WHO er forståelsen av at psykisk helse omhandler det å realisere sitt potensial og bidra i den sammenhengen man bor. Dette gjelder også for pasienter som bor på sykehjem under COVID-19 pandemien, og som strever med angst- og depresjonsplager.

Psykisk helsearbeid

Følgende definisjon ble benyttet av psykisk helsearbeid i denne studien: «Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting» (Andersen et al., 2008). For pasienter på sykehjem kan det ha oppstått fare for brudd på behandlingstilbud og relasjoner under pandemien, med konsekvenser for deres psykiske helse. For å utforske deltakernes erfaringer om hvordan de tilpasset seg pandemisituasjonen ble teori om resiliens og stressmestring valgt. Disse er relevante for å belyse hva det å fremme eldre menneskers psykiske helse kan innebære på sykehjem.

1.5 Forforståelse

Jeg har de siste 5 årene vært ansatt som psykiatrisk sykepleier på en alderspsykiatrisk avdeling ved et sykehjem. Mitt arbeid under pandemien utenom vanlige oppfølging inkluderte omorganisering av hverdagen for pasienter tilpasset smittenivået i kommunen. Før jeg startet med prosjektet hadde jeg inntrykk at vi påførte de mest sårbare pasientene ekstra påkjenninger med vårt ønske om å beskytte dem fra smitte. Pasientene hadde lite medvirkning og mulighet til å bli hørt om deres ønsker i forhold til nedstengninger. De ble aldri spurt om hvordan oppleves det å høre at COVID-19-syke ikke skal intensivbehandles. Som sykepleier som jobbet under pandemien hadde jeg fått inntrykk av at media og pårørende mente at isolering, redusert tjenestetilbud og stadige forandringer kunne ha bidratt til utvikling eller forverring av psykiske lidelser. I lys av dette var jeg av den oppfatning av at mitt arbeidssted gav meg en unik mulighet til å finne ut hva som har vært utfordrende for pasientene under pandemien.

Som fagperson har jeg hatt mange tanker rundt problemstillingen, noe som har ført til at jeg måtte være bevisst på min forforståelse og hvordan den preget måten

jeg stilte spørsmålene på under intervjuene. Før jeg startet trodde jeg at deltakerne skulle rapportere angst og bekymringer i mindre grad enn de faktisk gjorde. De fleste pasientene virker mindre bekymret for COVID-19 spredning i verden enn personalet.

2. Teori

Teoretisk refleksjon i kvalitativ studie står sentralt på grunn av den fortolkende funksjon. Den kan brukes som bakteppe uten at den påvirker analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 190). Teorikapittelet valgt ut fra relevansen til problemstilling og omhandler resiliens og kognitiv aktiveringsteori for stress (CATS).

2.1 Resiliens i gerontologi

Resiliens er en kompleks konstruksjon som må ses i sammenheng med individer, familier, organisasjoner, samfunn og kulturer. For å forstå denne konstruksjonen må det brukes ulike perspektiver, som inkluderer genetiske, epigenetiske, utviklingsmessige, demografiske, kulturelle, økonomiske og sosiale egenskaper. Resiliens kan fremmes på en rekke nivåer – individ, familie, samfunn og kultur. (Southwick et al., 2014).

Basert på forskjellige definisjoner defineres resiliens som en personlig prosess som skaper en evne til å komme tilbake etter motgang, ideelt sett å tilpasse seg positivt for å reintegrere seg tilbake til tilfredshet med livet etter vanskelige situasjoner (Resnick, 2014). Resiliens er en dynamisk prosess og kan endres gjennom livet etter hvert som en person blir eldre (Wild et al., 2013). Likedan mener Resnick (2014) at «resiliens vokser fra erfaring» (s. 155).

Resiliens kan komme til uttrykk i mange former: som et resultat av fysisk eller psykisk bedring etter en traumatisk opplevelse, som en kvalitet som beskriver et individs evne til å mestre, eller som en prosess for å komme seg etter en stressende opplevelse (Edwards, 2017) I følge Rutter (2006) er ikke resiliens et personlighetstrekk, fordi det endrer seg etter situasjon og kontekst (Rutter, 2012).

Konseptet resiliens ble i gerontologien tidligere ofte sett på som «alderdommens paradoks» (Edwards, 2017). Paradokset er at til tross for at de opplever tap og tilbakegang mot slutten av livet, har de eldre faktisk et høyere nivå av subjektivt

velvære enn individer i noen annen aldersgruppe. De rapporterer at de føler seg tilfredse, og de har lavere forekomst av psykopatologi enn befolkningen generelt. Forskere har hevdet at dette skyldes resiliens, og at en forståelse av resiliens kan føre til nye helsefremmende strategier som gir sunnere, lykkeligere mennesker og samfunn (Li et al., 2021).

Det finnes både psykologiske, fysiske og sosiale aspekter av fenomenet resiliens knyttet til aldersrelaterte forandringer (Wild et al., 2013). Psykologisk resiliens karakteriseres av mestringsstrategier som måter å håndtere utfordringene på (Resnick, 2014). Fysisk resiliens er evnen til å opprettholde god helse, holde ut og gjenopprette fysisk funksjon i møte med motgang, for eksempel skrøpeligheit. Sosial resiliens er evnen til å tilpasse seg, dyrke, engasjere seg i og opprettholde positive relasjoner, i tillegg til å holde ut, komme seg etter og tilpasse seg som et resultat av uønskede hendelser og sosial isolasjon (Wild et al., 2013).

Aspekter som gir tilgang til beskyttelse og bidrar til å minimere eksponering for motstand der det er mulig, vil fremme motstandskraft (Hildon et al., 2010). Funksjonelle begrensning, forverring av fysisk helse, stress og negative livshendelser påvirker resiliens negativt.

Li (2021) hevder at den mentale helsen til eldre voksne er ubetydelig bedre enn hos andre aldersgrupper, og indikerer dermed at paradokset med aldring fortsatt eksisterer i sammenheng med COVID-19-pandemien. Resiliens er en positiv prediktor for mental helse under pandemien, og sosial støtte kan tjene som en buffer mot virkningen av lave nivåer av motstandskraft på mental helse (Li et al., 2021). Ved lavt nivå av resiliens er det kun høye nivåer av sosiale støtte i alle aspekter som kan kompensere for de negative effektene av lav motstandskraft på psykisk helse. Derfor er det en effektiv strategi for å forbedre sin psykologiske motstandskraft mot psykiske helserisikoer forårsaket av pandemien (Li et al., 2021).

Resiliensteori kritiseres for uklarhet rundt hva et positivt eller negativt utfall i møte med motgang er, og t i hvilken grad resiliens er en personlig kvalitet eller en

prosess. I følge Breda (2018) bør definisjonene av utfall være relevante for den sosiale konteksten og deltakernes situasjon (Breda, 2018).

2.2 Kognitiv aktiveringsteori for stress (CATS)

Den kognitive aktiveringsteorien av Ursin og Eriksen (2004) skiller seg fra mange andre tilnærminger til "stress" i sitt fokus på de positive helseeffektene av den normale reaksjonen på angst som oppstår når kroppen mangler en essensiell faktor. Teorien er en forlengelse av den generelle aktiveringsteorien fra nevrofysiologien. CATS har til hensikt å tilby en systematisk forståelse av de psykologiske mekanismene som forklarer utvikling av forskjellige aspekter av angst. Angst produserer ikke-spesifikke endringer som en del av den generelle forberedelsen til å møte utfordringer eller fare og samtidig fremmer mestringsatferd. Det legges vekt på forskjellen mellom reaksjoner og forventninger knyttet til utfall.

Feiloppfatning av normale adaptive adferd er ikke bare feil. De kan faktisk bli sanne, ikke fordi de er sanne, men fordi de anses som sanne og forårsaker unødvendige angst og bekymringer (Ursin & Eriksen, 2004, s. 589).

CATS vektlegger de helsemessige fordelene ved den normale angstresponsen som oppstår når kroppen mangler en essensiell faktor. Stressreaksjoner er normale aktiveringsreaksjoner som resulterer i økt aktivering og tilsvarende atferdsendringer i kroppen. CATS utdyper også at vi har forventninger som oppstår når mestring uteblir i form av hjelpeløshet og håpløshet. Begge tilstandene kan føre til en vedvarende stressrespons som kan ha negativ helsepåvirkning (Ursin & Eriksen, 2004).

3. Metode

I dette kapitlet presenteres vitenskapsteoretisk begrunnelse, metode og forskerrolle. Videre redegjøres den praktiske gjennomføringen; semistrukturert intervju, utvalg av deltakere, refleksjoner rundt metode og etiske overveielser. Studien har et deskriptiv og eksplorativt design som innebærer at intervjuene belyser det som deltakerne var opptatt av i form av induktiv tilnærming. Denne metoden ble valgt for å få frem subjektive opplevelser i forhold til COVID-19 pandemien med fokus på psykisk helse for pasienter på sykehjem.

3.1 Studiedesign

På grunn av oppgavens problemstilling var det hensiktsmessig å benytte kvalitativ metode. Kvalitativ metode gir muligheter for rike beskrivelser av et bestemt fenomen, og er særlig anvendbart dersom fenomenet er lite studert fra før (Kim et al., 2017). Kravene til systematikk og refleksivitet er like store når erfaringer og meningsinnhold skal tolkes (Malterud, 2017). Ifølge Malterud, er det ikke nok med bare generaliserbar kunnskap dersom vi har et mål å forske på sykdom og helse som dynamiske prosesser i en levende kropp (Malterud, 2002). Det er også behov for vitenskapelige tilnærminger som forklarer at slike prosesser forløper på forskjellige måter hos mennesker som befinner seg i ulike sosiokulturelle sammenhenger.

Ontologi og epistemologi handler om å skaffe kunnskap om den verden vi lever i og konsistensen mellom disse er en logisk forutsetning for vitenskapelig kunnskap. Det fortolkende paradigmet vektlegger subjektet i sentrum med grunnforståelse at verden kan oppleves ut ifra individets utgangspunkt (Malterud, 2017, s. 27). Kvalitative forskningsmetoder bygger på dette paradigme. Det samme gjorde denne studien.

Den hermeneutiske tradisjonen dreier seg om tolkninger av innholdet i individets uttrykk som gir grunnlag for forståelse. I hermeneutikken vektlegges forholdet

mellom deler og helhet, den såkalte hermeneutiske sirkel, og betydningen av forbindelsen til selvrefleksjon (Malterud, 2017, s. 28).

I denne studien ble datamaterialet analysert ved hjelp av Malteruds 4-trinns analysestrategi kalt systematisk tekstkondensering (STK).

Malterud anvender begrepet «pragmatisk» om STK, og det referer 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 bare hvis den kan omsettes til handlinger i en bestemt kontekst (2017, s. 159). Dette innebærer at fokus er på resultater og konsekvenser av kunnskap, ikke intensjonene bak tilnærmingen. I denne studien utgjorde datamaterialet fra de syv deltakerne resultatene. Teori brukt for å forstå og drøfte funnene.

3.1.1 Semistrukturert intervju

For å få kunnskap om menneskets opplevelser, følelser eller holdninger omkring den verden de lever i, må man spørre dem (Kvale et al., 2015). Semistrukturert intervju er en planlagt og fleksibel samtale som er godt egnet til å frembringe beskrivelser av respondentens livsverden med dennes egne fortolkninger. Dette innebærer også informasjonsutveksling og sosial samhandling. Her skal man være klar over etiske overveielser knyttet til relasjoner mellom informant og intervjuer, og hvilken betydning dette kan ha for tolking og funn. Forskerens integritet er avgjørende for vitenskapelig kvalitet og etiske beslutninger (Kvale et al., 2015).

Semistrukturert intervju forutsetter bruk av intervjuguide med liste over tema som skal belyses i samtalen, og spørsmålene ble tilpasset til hver enkelt informant. Denne typen intervju gir muligheten til utdypende spørsmål for å avklare og nyansere respondentens meninger og uttalelser (Kvale et al., 2015). I denne studien ble det laget en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål om opplevelser knyttet til COVID-19 situasjonen på et sykehjem (Vedlegg 1).

Pasientene ble spurt om å utdype sine tanker og utsagn ut ifra spørsmålene fra denne intervjuguiden.

3.1.2 Utvalg og rekrutering

Utvalg og rekrutering av deltakerne er beskrevet detaljert i artikkelen. Ingen av deltakerne hadde fått påvist COVID-19 før eller under intervjuene. Materialet ble samlet inn i august-september 2021 da smittevernrestriksjonene var minimale. Sykehjemmet hadde ved intervjutidspunktet ikke opplevd smitte, men det var et smitteutbrudd senere i september 2021 med to smittetilfeller.

3.2 Transkribering

Grundig prosedyre ved transkribering styrker forskningens pålitelighet og validiteten (Malterud, 2017). Intervjuene ble tatt opp på lydopptak med digital diktafon. Dette gav mulighet for å høre på det flere ganger i analysen. I transkriberingen ble muntlig tale omgjort til skriftlig form. Målet under transkripsjonen var å utforme tekstene så nær den muntlige talen som mulig for å beholde fokuset på pasientens perspektiv. Det ble markert for følelsesuttrykk som latter for å ha bedre forståelse hva informantenes meninger og unngå misforståelser. Det ble også markert for setninger hvor det var vanskelig å høre hva som ble sagt.

Systematisk tekstkondensering

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av Malteruds 4-trinns analysestrategi kalt systematisk tekstkondensering (STK) (Malterud, 2017, s. 97). Ifølge Malterud er fordelene med STK at denne metoden ikke krever avansert kunnskap om fenomenologisk filosofi for å kunne brukes forsvarlig. Den kan derfor benyttes av nybegynnere på feltet.

Analysen skal være en link mellom teksten og resultatene ved at organisert informasjon blir fortolket og komprimert. Ut ifra problemstillingen skal det stilles

spørsmål til materialet, og svarene er de mønstrene som kan gjenkjennes ved hjelp av systematisk kritisk refleksjon. Deretter skal man kaste lys over betydningen av forforståelse og teori for resultatene, og drøfte funnene opp mot eksisterende teoretiske referanserammer. Systematisk tekstkondensering er en analyse av kvalitative data som sammenfatter informasjon fra forskjellige respondenter. STK består av 4 trinn, og de blir nærmere beskrevet nedenfor.

Trinn 1: Helhetsinntrykk

Det første trinnet i analyseprosessen handler om å bli kjent med materialet. Intervjuene ble transkribert ord for ord, og alle tekster lest igjennom. Målet på dette stadiet er å danne seg et helhetsbilde og merke seg temaer som vekker oppmerksomhet med tanke på problemstilling (2017, s. 99). Allerede ved første gjennomlesing kom det noen inntrykk og første ideer. De transkriberte intervjuene ble gjennomlest av begge forfattere og det ble laget en oversikt med temaer og tentative navn. Deretter ble inntrykkene oppsummert og det ble satt opp åtte foreløpige temaer: Sykehjem-trygt sted under pandemien, Pasienter taklet tiltakene godt selv om det var noe krevende aspekter, Vaksinerer, Forholdet til nyheter fra media, Bekymret mer over barn enn selv, Redd, skummelt i starten av pandemi, Merket ikke forskjell, Meninger om intensivbehandling.

Trinn 2: Meningsbærende enheter

Denne delen av analysen består av systematisk gjennomgang av hele materialet linje for linje og identifisering av meningsbærende enheter. I den aktuelle analysen ble teksten komprimert og deler som ikke besvarte problemstillingen fjernet. Begge skrevet ned sine temaer og drøftet hva som var forholdsvis kongruent i tekster og for å omformulere betegnelsene vi var enige i.. De aktuelle meningsbærende enhetene klassifisert og sortert i grupper (koding). Kodene ble justert med tanke på de foreløpige temaene og det ble prøvd å gjøre dem forskjellige fra hverandre (2017, s. 100). Det ble startet med mindre antall kodet og deretter ble de mer nyansert. Under kodene, som ble markert med forskjellige farger, ble de meningsbærende enhetene satt inn i samme farge. Sortering av kodene gikk i flere omganger inntil de ble dekontekstualisert slik at opprinnelige

tekstbiter kunne leses i sammenheng med liknende tekstbiter i lys av de teoretiske perspektivene.

Trinn 3: Kondensering

Under tredje trinn i analyseprosessen ble de meningsbærende enhetene med samme meningsinnhold samlet, kodet og sortert i kategorier. Kodene ble justert i forhold til de foreløpige temaene fra trinn 1. De delene av materialet som ikke kastet lys over problemstillingen, ble lagt til side. Innholdet i hver undergruppe ble sammenfattet (2017, s. 105). Det ble startet med å se på innholdet av hver kodegruppe der tekstbiter presenterer forskjellige nyanser som avspeiler ulike meninger. Oppmerksomheten ble rettet mot ulikheter og fellestrekk, for på den måten kommet frem til subgrupper innen kategoriene. Subgruppene og de meningsbærende enhetene fra trinn 2 gav grunnlag for utarbeidelse av kondensater. Kondensat er oppkonstruert sitat i jeg-form som avspeiler både fellestrekk og ulikheter i materialet (Vedlegg 4). Her ble det igjen gjort en sortering med tanke på sammenhengen til problemstilling. De kunstige sitater ble hentet fra transkripsjonene og inkludert i teksten fra de meningsbærende enhetene. Gjennom disse sitatene ble det forsøkt å gjenfortelle det deltakerne hadde fortalt, ved bruk av deres ord og begreper.

Trinn 4: Syntese

Her ble funnene fra hver enkelt undergruppe og kodegruppe syntetisert ved hjelp av kondensatene. Kondensatene ble omdannet til syntesetekster, og dette ble illustrert med direktesitater fra materialet. Teksten ble validert opp mot de transkriberte intervjuene (2017, s. 108) for å sjekke sammenhengen. Her ble det brukt tredjepersonsformen for å skape analytisk avstand til materialet.

Analyseprosessen foregikk i en frem og tilbake prosess for å sjekke at innholdet i tema og koder var konsistente, og for å minimere risikoen for at noe ble oversett. Det var stadig bevegelse mellom punkt ett og tre i prosessen for å sikre at resultatet var representativt i forhold til det transkriberte materialet (2017, s. 111).

Etter det ble det gjennomført nytt litteratursøk med tanke på liknende funn. Dette ble ikke identifisert.

3.3 Etiske vurderinger

I Forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning betones viktigheten av tilrettelegging av forskning på en slik måte at den ivaretar personvern og informasjonssikkerhet, og samtidig etiske, medisinske, helsefaglige og vitenskapelige forhold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Helsinki-deklarasjonen handler om prinsipper i hensynet til særlig sårbare grupper, herunder eldre som bor på institusjoner. Likevel ble det i denne studien bestemt å forske på denne gruppen. Dette ble begrunnet i faren å miste relevant kunnskap som kun pasienter på sykehjem kan dele, noe som er i tråd med Helsinki-deklarasjonen. I tillegg bør denne gruppen ha nytte av kunnskap, praksis eller intervensjoner som konsekvens av forskningen. Alle sårbare grupper og individer bør få spesiell vurdering av beskyttelse (WMA, 2018).

Informert samtykke, konfidensialitet og gode konsekvenser av å delta i forskningsprosjekter er tre sentrale etiske retningslinjer ved forskning (Thagaard, 2018). For å kunne gjennomføre forskningsintervjuene med pasienter på sykehjem ble de informert gjennom et informasjonsskriv om studiets hensikt, anonymitet og konfidensialitet (Vedlegg 2) Deltakerne ble opplyst om at deltakelse var frivillig og at de til enhver tid under eller etter intervjuet kunne trekke seg fra deltakelse uten konsekvenser. Informert samtykke vil si at deltakere blir informert om mål og hensikt med undersøkelsen samt fordeler og ulemper med å delta, for å forsikre seg om at deltakelsen er frivillig (Kvale et al., 2015). Som forsker skal man sørge for gode konsekvenser, unngå uheldige konsekvenser og at deltakere skal behandles med respekt. Ikke alle spørsmålene ble stilt til alle pasientene med tanke på familiesituasjon da to av informantene ikke hadde pårørende samt at ingen av dem hadde ektefeller. Å forske på egen arbeidsplass medfører flere etiske utfordringer. Relasjonen mellom pasient og behandler kan påvirke

forskningsprosessen. Det kan være vanskelig for pasienter å si nei til å delta i prosjektet. For å styrke frivilligheten til deltakelse ble ledelsen fra mitt arbeidssted spurt om å stille et åpent spørsmål til aktuelle kandidater.

En annen etisk utfordring er å skille mellom rollen som sykepleier og forsker. Det skal være tydelig for pasienter når jeg er i hvilken rolle: sykepleier eller lyttende forsker. Dette ble presisert for deltakerne og ble tatt hensyn til under intervjusituasjonen. Intervjuene ble tatt på forskerens fritid og foregikk i privatklær slik at det ble tydelig hvilken rolle jeg hadde.

Prosjektet ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, Saksnr. 428029). Ettersom prosjektet ble sett som et kvalitetssikringsarbeid, vurderte jeg i samarbeid med veilederat prosjektet ikke var fremleggspliktig for REK. Etter de nye retningslinjene som kom i november 2021 hadde REK vært søkt i dag som følge av endret forståelse av helsebegrepet (NEM, 2021).

Lokal etisk komite ved HINN (LEFK) ved sekretær Anne Sofie Lofthus ble kontaktet i februar om studien var innenfor i forhold til nødvendige etiske godkjenninger. Hun svarte at så lenge student og veileder har vurdert etiske implikasjoner i prosjektet og det har blitt gjennomført i tråd med dette, er dette tilstrekkelig. LEKF kan benyttes i bør-sammenheng når man er i berettiget tvil og ser behovet for uavhengig vurdering i prosjekter som inkluderer sårbare grupper.

4. Resultater

Analysen av deltakernes erfaringer resulterte i fire hovedkategorier:

Problemstilling: Hvordan har eldre pasienter på sykehjem opplevd Covid19 situasjonen?			
Sykehjemmet som et trygt sted	Psykiske belastninger, savn og bekymringer	Høyprioritert for vaksiner og nedprioritert for sykehusinnleggelse	God håndtering av «den nye hverdagen» på tross av smittevern og nyhetspåvirkning

Deltakerne har opplevd generell trygghet under pandemien. De uttrykte at de mestret tiltakene i den nye situasjonen, og de var fornøyde med at regjeringen hadde satt i verk strenge tiltak for å begrense smittespredningen på sykehjemmene. De rapporterte frykt, angst og bekymringer for COVID-19 og savn av nære familiemedlemmer. Videre ble det uttrykt ønske om å bidra med praktisk hjelp på avdelingen. Følelsen av å være «en ressurs» var en måte å tilpasse seg den krevende situasjonen på. Det ble uttrykt at de hadde problemer med å orientere seg i de offisielle retningslinjene og delte sine erfaringer om stressreaksjonene som de daglige nyhetene om utviklingen av pandemien bidro til.

5. Diskusjon

Denne studien undersøkte hvordan eldre pasienter på sykehjem opplevde Covid-19 situasjonen. Deltakerne hadde angst- og depresjonslidelse fra tidligere. Dataene viser at selv om sykehjemmet har vært et av de potensielt «farligste» stedene (Jacobsen et al., 2021; Kemenesi et al., 2020; Logar, 2020; McMichael et al., 2020), så opplevde deltakerne sykehjemmet som et tryggere sted enn hjemme. De uttrykte at de mestret tiltakene i den nye situasjonen, og de var fornøyde med at regjeringen hadde satt i verk strenge tiltak for å begrense smittespredningen på sykehjemmene. De rapporterte frykt, angst og bekymringer for Covid-19 og savn av nære familiemedlemmer. Videre ble det uttrykt ønske om å bidra med praktisk hjelp på avdelingen. Følelsen av å være «en ressurs» var en måte å tilpasse seg den krevende situasjonen på. Det ble uttrykt at de hadde problemer med å orientere seg i de offisielle retningslinjene og delte sine erfaringer om stressreaksjonene som de daglige nyhetene om utviklingen av pandemien bidro til. Dette gitt grunnlag for å diskutere funnene mot resiliensteori, noe som var sentralt, om enn i ulik grad, i alle hovedfunnene.

Deltakernes brukerstemmer om deres erfaringer under pandemien ble ansett som det overordnede perspektivet i denne studien. De hadde rett til helsehjelp og medvirkning i egen behandling slik det er beskrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven (www.lovdatab.no). I lys av dette ble det ansett som sentralt å få frem deres stemme for å styrke kunnskapen om hvordan utforme pleien og omsorgen ved sykehjem på best mulig måte i pandemisituasjonen.

Depresjon- og angstlidelser blant eldre er utbredt (Balsamo et al., 2018; Zisberg, 2017). Et spørsmål man kan stille er hva det innebærer å klare seg eller være resilient i denne konteksten. Dette handler om å tilpasse seg til tross for psykiske og fysiske plager. Resiliens kritiseres ofte for at individuelle variasjoner i møte med motgang ikke vektlegges (Rutter, 2012). Å ta dette i betraktning bidrar samtidig til å øke forståelsen for hvordan eldre håndterer og mestrer tiltakene sett i sammenheng med kontekster for den enkelte.

Informantene fremhevet at de ble støttet av personalet og myndigheter, ble tatt på alvor og følte seg sett og forstått. Tidligere studier har visst at personer med høye nivåer av oppfattet sosial støtte føler større grad av trygghet fordi de er mindre tilbøyelige til å vurdere en stressende situasjon som truende, og har dermed lavere sannsynlighet for fysiologisk dysregulering (Ditzen & Heinrichs, 2014). Dersom deltakerne opplevde psykologisk og sosialt velvære på sykehjemmet under pandemien kan det forklares med at de vurderte stressfaktorer som mindre alvorlige. Som en konsekvens av positive reaksjoner fra andre kan eldre utvikle en mer positiv selvoppfatning. Interaksjoner og samspill er med på å utvikle ressurser slik at de lettere kan håndtere både stress og risiko. Disse faktorene virker resiliensfremmende.

I gerontologilitteraturen har sosiale relasjoner blitt funnet å være sterkt korrelert til resiliens (Wells, 2010) Resultater fra denne studien støtter også funn fra tidligere forskning som bekrefter at det finnes sammenheng mellom resiliens og beskyttende faktorer (Resnick, 2014). Det viser seg at sosial støtte hjelper eldre med å overvinne motgang og tilpasse seg positivt gjennom resiliens. Utnyttes dette og inkluderes beskyttelsesfaktorer i intervensjoner, kan helsepersonell fremme resiliens hos eldre. Konseptet med resiliens kan ikke læres, men helsepersonell kan legge til rette for bedre motstandsdyktighet. Andre studier påpeker at å være eldre samt å være mer utsatt for sykdom er assosiert med en bedre adaptiv atferd. Det er også bevis på at høyere nivåer av angst og større tillit er forbundet med mer adaptiv atferd (Bish & Michie, 2010).

En erfaring som formidles i ett av intervjuene, er opplevelsen av å bli holdt under strengere oppsikt av helsepersonell når de bor på institusjon. Uttalelsen «føles som i fengsel» er ganske sterkt å høre fra en deltaker. På den ene siden kan det forklares med at helsepersonell ofte ikke har tiltro til at eldre selv kan ordne opp, og dette kan ha ført til at tiltakene opplevdes som unødvendig sterke.

Overbeskyttelse på sykehjem kan kobles til at eldre ofte blir fratatt selvbestemmelsesretten. Dette er igjen nært knyttet til tap av funksjon og økende behov for pleie og lavere resiliens. Det viser seg at faktorer som indikerer psykisk

og fysisk velvære, samt at det er tilgang og kvalitet på sosial støtte, er assosiert med høyere motstandskraft. Faktorer som indikerer dårligere psykologisk velvære og sosiale utfordringer er på sin side assosiert med lavere motstandskraft (Górška et al., 2021).

Når eldre i denne studien uttaler seg om læring av pandemi kan det forstås som Eldres oppmerksomhet i noen grad blir konsentrert om det positive under kriser. Det kan forstås at eldre til tross for pandemien prøver å finne mening i å takle situasjonen, akseptere den og finne ut hvordan man skal forholde seg til den nye virkeligheten. Mening i livet er anerkjente psykologisk ressurs. Alder ser ut til å være sterkt relatert til stress rundt Covid-19, på den måten at det er de eldste som opplever minst akutt stress (Schnell & Krampe, 2020). Spesielt i krisetider har mening i livet vist seg å være en avgjørende faktor for resiliens og mestring. Meningsfullhet er assosiert med lavere psykiske plager, høyere grad av selvmedfølelse, selveffektivitet og resiliens (Sørensen et al., 2019). Uti fra følgende kan man si at på et overordnet nivå viste deltakerne i studien resiliens som ble forsterket av meningsskapning.

Det viste seg at deltakerne i studien på kort tid vennet seg til det alvorlige stresset: «Til å begynne med torde jeg ikke å gå ut, men det gikk fort over, liksom». Forskning innen gerontologi viser at eldre har evnen til å greie seg bra og komme seg, samt evnen til å trives i møte med motgang på tross av risiko og stress (Hildon et al., 2010). Eldre anvender resiliens som en strategi for å overvinne motgang og holde ut, eller til og med fortsette med samme livstil, til tross for pandemi. Frykten for alvorlig sykdom og eventuelt døden er motivasjonen til å tilpasse seg smitteverntiltak.

Deltakerne uttrykte at psykiske utfordringer knyttet til å leve isolert i romkarantene var spesielt belastende. Flere opplevde det som vanskelig og følte seg «innestengt». De opplevde sosial isolasjon også før pandemien, men etter nedstigningen ble det enda mer aktuelt og omtalt av flere. Dette stemmer med annen forskning på sykehjem (van Dyck et al., 2020). Sosial isolasjon og

ensomhet øker risikoen for psykiske lidelser, men det er for lite kunnskap om forskjellige aspekter av isolasjon (Drageset et al., 2012; Santini et al., 2020). Santini (2020) konkludert at den psykologiske effekten av karantene er omfattende, betydelig og potensielt langvarig. Dette trenger ikke å bety at karantene ikke skal brukes, for de psykologiske effektene av å ikke bruke karantene og la sykdommen spre seg kan være verre. Oppfatningen av sosial isolasjon eller ensomhet øker årvåkenheten mot trusler og følelsen av sårbarhet, samtidig som ønsket om å knytte sosiale kontakter stiger (Hawkley & Cacioppo, 2010). Belastning av isolasjon er igjen subjektiv opplevelse og deltakere i denne studien hadde en tendens til å snakke om ensomhet som en ny og normal tilstand som påvirker hele verden. Samtidig kan generell ensomhet blant deltakerne før pandemien forklare hvorfor de ikke merket særlig forskjell i det daglige livet. De var vant til å være alene. Dette gjenspeiles i studie som hevder at eldre som følte seg isolert før pandemi opplever isolasjon relatert til COVID-19 mer meningsfull (Bundy et al., 2021).

For at pasienter på sykehjem skal gå gjennom sterke påkjenninger over lengre tid, er det helt avgjørende å fremme resiliens strategier. Opplevelse av ensomhet endres gjennom hele livet og derfor endringer i ensomhet ser ikke ut til å være en følge av alder, men kan snarere tilskrives individuelle opplevelser (Mund et al., 2019). Dette støttes av resultater fra studien som antyder at personlig deltakelse for felles innsats for å bekjempe spredningen av viruset kan øke resiliens mot ensomhet (Luchetti et al., 2020).

Istedenfor å vurdere resiliens som enten til stede eller fraværende bør resiliens anerkjennes som en dynamisk prosess og ses på som noe som eksisterer på et kontinuum (Southwick et al., 2014). En person som tilpasser seg godt til stress med sykehjems nedstengning, kan mislykkes i å tilpasse seg beskjeden om nedprioritering på grunn av sin alder. I tillegg til å fokusere på hva som går galt med de pasienter som tåler dårlig pandemiutfordringer, er det bedre å spørre om hva som skjer når eldre som tilpasser seg til potensielt traumatiske hendelser med ro. Kompleksiteten i det å utvikle effektive resiliensfremmende intervensjoner på

individnivå skal ikke undervurderes. Pasienter på sykehjem trenger forskjellige ferdigheter for å aktivere sin resiliens. For eksempel kan noen av de eldre føle seg tryggere av strengere restriksjoner, mens andre trenger å forsterke følelsen av verdighet og sammenheng. Yeruda (2014) mener at det er viktig å se etter ferdigheter som allerede er til stede for å ha grunnlag for å bygge videre på resiliens (Southwick et al., 2014).

Det ble uttrykt av deltakerne i denne studien at de hadde problemer med å orientere seg i de offisielle retningslinjene knyttet til pandemien. Dette kan skyldes myndighetenes behov for å utdype de samfunnsnormene og verdiene de baserer sine beslutninger på, samt å presisere hvordan nedstengning og distansering er i tråd med disse verdiene. Tanken bak kan være at hvis mennesker fortsetter å oppfatte seg selv som en del av samfunnet, vil de være villige til å handle ansvarlig. Å inkludere forskjellige grupper i beslutningsprosessene kan også gjøre det mulig for innbyggerne å forstå meningen. Som forskning viser, kan dette fungere som en buffer i kritiske tider: mennesker som så en mening i livet, ble mindre påvirket av akutt COVID-19-stress (Schnell & Krampe, 2020).

Forskere enige at det ikke finnes direkte sammenheng mellom en gitt ytre belastning og stressresponsen, derfor kan den samme belastningen oppleves på forskjellige måter (Harris & Ursin, 2012). Deltagerne i studien reagerte for eksempel forskjellig på det å ikke behandles på sykehuset dersom de ble syke. CATS forklarer dette fenomenet med ulike forventninger til en gitt belastning, til forventede hendelser og responsen på det. For noen pasienter på sykehjem kan innleggelse bli krevende på grunn av frykt for masse medisinsk utstyr og frykt for å bli overlatt til fremmede mennesker. For andre kan frykten for ikke å få puste, frykt for å dø kan bli overveldende. Siden forventning til stimulus er avhengig av individets læring, vil individer reagere ulikt på samme type stimulus (Ursin & Eriksen, 2004). For en pasient kan møtet med sykehuset skremmende, mens for andre kan representere en trygghet og overlevelse.

Basert på individets erfaring, påvirker forventningen stressresponsen, i form av nevrofysiologisk aktivering (Ursin & Eriksen, 2004). Denne type stressresponsen er som en alarm som oppstår når det er en uenighet mellom forventninger og realitet. Alarmen kan oppleves som ubehagelig, men er en sunn mekanisme for adaptasjon som har hensikten å sette individet i gang til handling. Deltageren i studien som tok initiativ til å spritte håndtakene, er et eksempel på en hensiktsmessig aktivering som bidro til handling. (Ursin & Eriksen, 2004).

Andre faktorer som kan spille inn på deltakernes trygghetsopplevelse er akseptering av situasjonen, refleksjoner om læring og meningsfullhet. De trekker frem en «lærdom» man kan ta med seg fra pandemien i form av å akseptere situasjon for å kunne leve med den og beholde roen. Dette stemmer med Yehuda (2014) sin presisering om resiliens da han fremhever reintegrering av selvet som inkluderer en bevisst innsats for å komme videre på en innsiktsfull integrert positiv måte som et resultat av lærdom fra en negativ opplevelse (Southwick et al., 2014). Dette stemmer også med den grunnleggende i stressmestring ifølge CATS å skape en positiv forventning ved utfordrende hendelse. Håp er tett knyttet til positiv respons og fungerer som en motvekt til hjelpeløshet og håpløshet (Harris & Ursin, 2012). Dersom sykehjemspasienter stimuleres av helsepersonell til positiv forventning at situasjonen er forbigående kan dette fremme håp.

Helsepersonell har døgkontinuerlig kontakt med pasienter på sykehjem de og har derfor en unik mulighet til å fremme deres resiliens. En viktig forutsetning for at dette skal lykkes, er at helsepersonell faktisk har kunnskap om pasientens styrker. Styrken til et individ vektlegges gjennom å vurdere ham/henne gjennom et resiliensperspektiv. Målet med en slik refleksjon er å vurdere om en person har egenskapene som predikerer positive utfall når vedkommende skal håndtere stressende hendelser, og å se behovet for å oppmuntre til resiliens ved mangel på disse egenskapene (Edwards, 2017). For å forhindre stress og usikkerhet kan det være behov for at helsepersonell får bedre kompetanse i å forstå og møte eldre med høyst individuelle erfaringer. Å forstå den overordnet effekten av sosial støtte på motstandskraft vil kunne styrke evidensbasert praksis i psykisk helseomsorgen.

Manglende oppmerksomhet mot betydningen av sosial støtte har for psykisk (u)helse og psykisk helsearbeid også trukket fram av forskere, som sier at psykisk helsearbeid må forstås som kontekstuell arbeid (Andersen et al., 2008). Derfor består psykisk helsearbeid for pasienter på sykehjem av å ta brukerkunnskapen på alvor. Helsepersonell er forpliktet på Pasient- og brukerrettighetsloven (§3-1), og vi trenger kunnskap og forskning som viser hva det innebærer for pasienter på sykehjem i en krevende pandemisituasjon. Dette kan gjøres ved å lytte til deres erfaringer, forstå de problemene de har opplevd under pandemien i den sammenhengen de lever i, støtte opp om de relasjonene de har og ta deres psykiske plager på alvor. Teori om resiliens og stressmestring betoner at kunnskap om beskyttende faktorer som fremmer resiliens og stressmestring er relevant for helsepersonell med tanke på forebyggende intervensjoner for pasienter som strever med angst- og depresjonsplager på sykehjem. Dette vil kunne bidra til styrking av deres brukermedvirkning og dermed større grad av trygghet for disse pasientene i møte med stressrelaterte hendelser i fremtiden.

5.1 Refleksivitet, relevans og validitet

Under arbeidet med funnene ble det flere ganger tatt stilling til refleksivitet, relevans og validitet. Spesielt aktuelt var egen innflytelse på prosessen og hvilken betydning det kan ha hatt for forskningen.

Refleksivitet handler om forskerens egne fremgangsmåter og holdninger, som skal granskes kritisk i relasjon til temaet som skal undersøkes (Malterud, 2017). Egne motiver og forestillinger skal ikke bestemme resultatene, og forforståelsen skal legges frem i teksten slik at det blir tydelig hvordan resultatet har utviklet seg. Det ble forsøkt å være bevisst på dette under arbeidet med denne studien. Først og fremst ble det tilstrebet å stille åpne spørsmål for å få så reflekterte erfaringer og meninger fra deltakerne som mulig. Det ble dessuten reflektert rundt egne tanker og holdninger under intervjuene med pasientene. Det ble forsøkt å være bevisst på rollene og holde rammene som intervjuguiden gav. Å forske på egen arbeidsplass

medførte flere utfordringer. Relasjonen mellom deltakerne og meg, kan ha påvirket forskningsprosessen siden de kjente meg som psykiatrisk sykepleier ellers. Pasientene ble informert om hvilken rolle undertegnede hadde under intervjuene. Kjennskap gjorde det muligens enklere for pasientene å være mer åpne og uttrykke egne meninger og ønsker med tanke på forandringer. Samtidig kunne deltakere beskrive situasjonen mildere enn den faktisk var for å ikke skuffe eller skape ubehageligheter for meg. Det at deltakerne kjente meg i rolle som psykiatrisk sykepleier var innimellom utfordrende. Det var komplisert å holde retningen på samtalen og noen ganger pasientene ønsket å snakke om noe annet enn aktuelt tema. Utfordrende var det også å være mindre aktiv i samtalen og ikke analysere svarene fra sykepleieperspektiv. Ikke alle spørsmålene ble stilt til alle pasientene med tanke på familiesituasjon siden et par av dem ikke hadde pårørende.

Før jeg startet med prosjektet hadde jeg inntrykk av at vi påførte dem ekstra påkjenninger med vårt ønske om å beskytte dem fra smitte og at dette muligens også bidro til utvikling eller forverring av psykiske lidelser. Til tross for bekymringene så viste resultatene at de opplevde sykehjemmet som et tryggere sted enn hjemme. De uttrykte også at de mestret tiltakene i den nye situasjonen.

Det var overaskende at alle formidlet de følelsene uten at det var synlig under den første fasen av pandemi. Dette gjelder også svarene om mangel på tilfredsstillende aktiviteter, fordi det ble brukt mye tid for å organisere hverdagene for å erstatte bortfall av kulturaktiviteter. Det visste seg at de nye aktiviteter ikke var like meningsfulle for pasienter.

Imidlertid har denne typen tilnærming sine egne problemer. I en kvalitativ analyse og fortolkning vil forskerens posisjon alltid ha betydning for de resultatene som til slutt blir presentert (Malterud, 2017). I denne studien var forforståelsen preget av nære personlige relasjonene mellom førsteforfatter og deltakerne med et underliggende håp om bedre forståelse. Mitt innsideperspektiv med kunnskap innen psykisk helse hos eldre og klinisk erfaring fra sykehjem bidro i utformingen

av intervjuguiden. Samtidig er det i forskning som dette en risiko for at deltakerne undervurderer, skjuler eller ignorerer noen spørsmål. Ulempen er også er det å ha innsideperspektiv bidrar til at tilstrekkelig avstand er vanskelig og dermed risiko for å overse andre perspektiver.

Overveielser om validitet ble gjort i flere ledd i forskningsprosessen. Intern validitet viser til at valgt metode faktisk er egnet til å undersøke en gitt problemstilling (Kvale et al., 2015). Analysemetoden som ble valgt for denne studien var Malteruds systematiske tekstkondensering (STK). Den anses som en systematisk og enkel måte som passer godt for nybegynnere. Analysen benytter en velbeskrevet prosedyre der man har mulighet til å gå fram og tilbake mellom forskjellige trinn inntil resultatet blir tilfredsstillende uten fare for å miste noen viktige funn. De transkriberte intervjuene ble gjennomlest av begge forfattere og temaer og tentative navn ble bestemt i felleskap, samt sorteringen av koder ble sjekket opp av veilederen mot de foreløpige temaene i trinn 1. I starten av intervjufasen var det en del bekymringer om tilstrekkelig mengde av data. Noen av svarene i intervjuene virket kortfattet. I analyseprosessen ble det synlig at materialet var tilstrekkelig og resultatene gav svar på problemstillingen. Det å svare kort betyr ikke nødvendigvis at innholdet er tynt.

Pasienter på sykehjem er en sårbar gruppe med psykiske lidelser, med forskjellig nivå av kognitive funksjoner, og noen trenger lengre tid til å svare enn andre, derfor var ikke fokusgruppeintervju aktuelt. Individuelle intervjuer for å få frem pasientenes erfaringer og opplevelser var mest egnet.

Ekstern validitet handler om overførbarhet av studiens funn til andre tilsvarende kontekster og pasientgrupper. Studien var basert på strategisk utvalg der søkelyset var rettet mot pasienter med angst og depresjonslidelser som bodde på sykehjem under pandemi. Overførbarheten er ofte knyttet til utvalget og skal forklare på hvilken måte resultatene bidrar til å svare på en liknende problemstilling i en annen kontekst (Kvale et al., 2015). Tidspunktet for datainnsamling var preget av lavt smittetrykk og minimale smitteverntiltak i kommunen, noe som kan ha

påvirket deltakernes opplevelse av situasjonen. Dette gjorde at resultatene ikke var overførbare til andre sykehjem med høyere smittetrykk. Pasientenes kognitive funksjon var ikke presisert, men alle deltakerne hadde psykiske lidelser som diagnose, noe som muligens kan ha påvirket resultatene. Pasientene på sykehjem har sammensatt helsetilstand og majoriteten har demenssykdom. Pasientgruppa med mild kognitiv svikt, angst og/eller depresjon omhandler et strategisk utvalg i denne studien.

Relevans handler om hvordan denne studien kan bidra til felles-vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2017). Det er fortsatt vanskelig å si i hvilken fase av pandemien vi befinner oss, og det er stort behov for ny kunnskap. Oppgavens overordnede perspektiv var brukerkunnskap der det å få frem stemmene til pasienter på sykehjem var viktig. Antallet eldre mennesker med angst og depresjonslidelser vil øke, som en følge av økt levealder. Derfor er det behov for å styrke geriatrisk forskning spesielt, også med tanke på fremtidige pandemier.

6. Konklusjon

Denne studien undersøkte hvordan eldre pasienter på sykehjem, som hadde angst- og depresjonslidelser, opplevde Covid-19 situasjonen. Funnene viste at selv om sykehjemmet var regnet som et av de «farligste» stedene for å bli smittet av sykdommen, så opplevde deltakerne sykehjemmet som et tryggere sted enn hjemme. Deltakerne uttrykte i stor grad at de mestret tiltakene i den nye situasjonen, og de var fornøyde med at regjeringen hadde satt i verk strenge tiltak for å begrense smittespredningen på sykehjemmene. Samtidig ble denne situasjonen også opplevd som en krevende stresssituasjon, særlig i den første fasen av pandemien. Dette kom til uttrykk som bekymring, økt uro og angst og savn av pårørende. Videre ble det uttrykt ønske om å bidra med praktisk hjelp på avdelingen. Følelsen av å være «en ressurs» var en måte å tilpasse seg den krevende situasjonen på for pasientene. Det ble uttrykt at de hadde problemer med å orientere seg i de offisielle retningslinjene og delte sine erfaringer om hvordan de daglige nyhetene om utviklingen av pandemien som strømmet konstant fra ulike kanaler.

Denne studien fremhever viktigheten av å ta opp resiliens og stressmestringsteori i alderdommen og antyder at sosiale relasjoner kan være en viktig beskyttende faktor som kan bidra til styrking av brukermedvirkning hos pasienter på sykehjem. Dette kan påvirke grad av trygghet i møte med stressrelaterte hendelser eller i møte med nye pandemier. Funnene har vist at til tross for vanskeligheten med å kontrollere smitte og høyt dødsfall i sykehjemmene, sykehjemspasienter visste resilienskapasitet og de har ressurser som gir mulighet til aktiv samhandling med et miljø. Psykisk helsearbeid må forstås som kontekstuell arbeid (Andersen et al., 2008) og kunnskap om dette kan være viktig å ha med seg inn i møtet med den pasienter på sykehjem. Det bør innføres tiltak for å sikre og styrke kompetanse hos helsepersonell om potensialet av resilienskonseptet og stressmestringsteori med tanke på forebyggende intervensjoner for pasienter som strever med angst-

og depresjonsplager. Dette er verdt til å ha med seg for planlegging av hva vi bør være oppmerksomme på ved nye pandemien.

6.1 Implikasjoner for praksis

Kunnskap om resiliens kan bidra til endring av praksis og inspirere helsepersonell til organisering av helsetjenester for pasienter på sykehjem annerledes. Det bør utvikles en praksis der eldres psykiske ressurser ses på mer nyansert måte der erfaringer og kunnskap av hver enkelte ivaretas.

Videre forskning bør tilstrebe å få mer kunnskap på området der smittetrykk var høyere enn i denne studien for å kartlegge pandemiens effekter på psykisk helse av pasienter på sykehjem.

8 Litteraturliste

- Andersen, A., Bøe, T., Fodstad, H., Ibabao, V., Krogsæter, O., & Norvoll, R. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-02-01>
- Andersen, B. M. (2020). *Coronapandemien i Norge- en vente og se holdning- ikke føre var.* https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiFjLWh5p32AhXwlySKHY_FCTcQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.regjeringen.no%2Fno%2Fdokumenter%2Fhoring-nou-2021-6-myndighetenes-handtering-av-koronapandemien%2Fid2846977%2FDownload%2F%3FvedleggId%3D31041a0c-41a9-4391-8d88-a35b61935b67&usg=AOvVaw0OtyF6B14HYWezuLUVRwom
- Balsamo, M., Cataldi, F., Carlucci, L., & Fairfield, B. (2018). Assessment of anxiety in older adults: a review of self-report measures. *Clinical interventions in aging*, 13, 573-593. <https://doi.org/10.2147/CIA.S114100>
- Bish, A., & Michie, S. (2010). Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: A review. *British journal of health psychology*, 15(4), 797-824. <https://doi.org/10.1348/135910710X485826>
- Breda, A. D. (2018). A CRITICAL REVIEW OF RESILIENCE THEORY AND ITS RELEVANCE FOR SOCIAL WORK. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 54, 1-18. <https://doi.org/10.15270/54-1-611>
- Bundy, H., Lee, H. M., Sturkey, K. N., & Caprio, A. J. (2021). The Lived Experience of Already-Lonely Older Adults During COVID-19. *The Gerontologist*, 61(6), 870-877. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab078>
- Ditzen, B., & Heinrichs, M. (2014). Psychobiology of social support: The social dimension of stress buffering. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 32, 149-162. <https://doi.org/10.3233/RNN-139008>
- Drageset, J., Espehaug, B., & Kirkevold, M. (2012). The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment—a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7-8), 965-974. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03932>
- Edwards, E. S., Hall John, Zautra Alex. (2017). *Resilience in Aging.* <https://www.uofazcenteronaging.com/care-sheet/providers/resilience-aging>
- Folkehelseinstituttet. (2020, 2022, Februar 7). *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19.* 2020, Februar 8. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/#om-koronaviruset>

- Górska, S., Singh Roy, A., Whitehall, L., Irvine-Fitzpatrick, L., Duffy, N., & Forsyth, K. (2021). A systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with resilience of normally aging, community-living older adults. *The Gerontologist*. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab110>
- Harris, A., & Ursin, H. (2012). Kapittel 7 Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. In.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218-227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning, 02.05.2021 (2009). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-07-01-955>
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. 2015, April 01 Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemien, (2020) Lest 25.04.2021. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/prioritering-av-helsehjelp-i-norge-under-covid-19-pandemien>
- Hildon, Z., Montgomery, S. M., Blane, D., Wiggins, R. D., & Netuveli, G. (2010). Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is “right” about the way we age? *The Gerontologist*, 50(1), 36-47. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp067>
- Ho, F. K., Petermann-Rocha, F., Gray, S. R., Jani, B. D., Katikireddi, S. V., Niedzwiedz, C. L., Foster, H., Hastie, C. E., Mackay, D. F., & Gill, J. M. (2020). Is older age associated with COVID-19 mortality in the absence of other risk factors? General population cohort study of 470,034 participants. *PloS one*, 15(11), e0241824. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241824>
- Ibsen, T. L., Rokstad, A. M. M., Eriksen, S., Bjørkløf, G. H., Tveito, M., Bergh, S., & Selbæk, G. (2022). Sosial isolasjon blant eldre under koronapandemien. <https://doi.org/978-82-8061-791-0>
- Jacobsen, F. F., Arntzen, C., Devik, S. A., Førland, O., Krane, M. S., Madsen, L., Moholt, J.-M., Olsen, R. M., Tingvold, L., & Tranvåg, O. (2021). Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem. <https://hdl.handle.net/11250/2737650>
- Kemenesi, G., Kornya, L., Tóth, G. E., Kurucz, K., Zeghib, S., Somogyi, B. A., Zöldi, V., Urbán, P., Herczeg, R., & Jakab, F. (2020). Nursing homes and the elderly regarding the COVID-19 pandemic: situation report from Hungary. *GeroScience*, 42(4), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11357-020-00195-z>
- Kim, H., Sefcik, J. S., & Bradway, C. (2017). Characteristics of Qualitative Descriptive Studies: A Systematic Review. *Research in nursing & health*, 40(1), 23-42. <https://doi.org/10.1002/nur.21768>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Li, F., Luo, S., Mu, W., Li, Y., Ye, L., Zheng, X., Xu, B., Ding, Y., Ling, P., Zhou, M., & Chen, X. (2021). Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19

- pandemic. *BMC Psychiatry*, 21(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03012-1>
- Logar, S. (2020). Care home facilities as new COVID-19 hotspots: Lombardy Region (Italy) case study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 89, 104087. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104087>
- Luchetti, M., Lee, J. H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J. E., Terracciano, A., & Sutin, A. R. (2020). The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *American Psychologist*, 75(7), 897. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/amp0000690>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*. <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Universitetsforl.
- McMichael, T., Currie, D., Clark, S., Pogosjans, S., Kay, M., Schwartz, N., Lewis, J., Baer, A., Kawakami, V., Lukoff, M., Ferro, J., Brostrom-Smith, C., Rea, T., Sayre, M., Riedo, F., Russell, D., Hiatt, B., Montgomery, P., Rao, A., & Duchin, J. (2020). Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *New England Journal of Medicine*, 382. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2005412>
- Mund, M., Freuding, M. M., Möbius, K., Horn, N., & Neyer, F. J. (2019). The Stability and Change of Loneliness Across the Life Span: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Personality and Social Psychology Review*, 24(1), 24-52. <https://doi.org/10.1177/1088868319850738>
- NEM. (2021). *Helseforskningslovens saklige virkeområde*. 2021, November 17. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helseforskningslovens-saklige-virkeomrade/>
- Nystad, W., Hjellvik, V., Larsen, I. K., Ariansen, I., Helland, E., Johansen, K. I., Gulbrandsen, J., Gulseth, H. L., Eide, H. N., & Håberg, S. E. (2020). Underliggende tilstander hos voksne med covid-19. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2020/09/originalartikkel/underliggende-tilstander-hos-voksne-med-covid-19>
- Ranhoff, A., Schmidt, G., & Ånstad, U. (2007). Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger. *Oslo: Universitetsforlaget*.
- Regjeringen. (2020). *Tidslinje: myndighetenes håndtering av koronasituasjonen*. 2020: (sist faglig oppdatert 19. april 2021, lest 21. april 2021 Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/tidslinje-koronaviruset/id2692402/>
- Resnick, B. (2014). Resilience in Older Adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 30, 155-163. <https://doi.org/10.1097/TGR.0000000000000024>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>

- Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62-e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
- SBB. (2021). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>
- Schnell, T., & Krampe, H. (2020). Meaning in Life and Self-Control Buffer Stress in Times of COVID-19: Moderating and Mediating Effects With Regard to Mental Distress [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, 11(983). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.582352>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*, 5, 10.3402/ejpt.v3405.25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Sørensen, T., la Cour, P., Danbolt, L. J., Stifoss-Hanssen, H., Lien, L., DeMarinis, V., Pedersen, H. F., & Schnell, T. (2019). The Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire in the Norwegian context: Relations to mental health, quality of life, and self-efficacy. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 29(1), 32-45. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10508619.2018.1547614>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Fagbokforl.
- Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 567-592. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00091-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00091-X)
- van Dyck, L. I., Wilkins, K. M., Ouellet, J., Ouellet, G. M., & Conroy, M. L. (2020). Combating Heightened Social Isolation of Nursing Home Elders: The Telephone Outreach in the COVID-19 Outbreak Program. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(9), 989-992. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.026>
- Wells, M. (2010). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(2), 45-54. <https://doi.org/https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v10i2.55>
- WHO. (2018). *Mental health: strengthening our response*. 2018, Mars 30. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Wild, K., Wiles, J. L., & Allen, R. E. (2013). Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology. *Ageing & Society*, 33(1), 137-158. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0144686X11001073>
- WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, (2018). <https://www.wma.net/policies-post/wma->

[declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/
www.helsebiblioteket.no.](https://www.helsebiblioteket.no/declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/) *Kunnskapsbasert praksis.*
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
www.lovdatab.no. *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. 2001, Januar 01 Retrieved from
<https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og>
Zisberg, A. (2017). Anxiety and depression in older patients: the role of culture and acculturation. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1-10.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28978328/>

Vedlegg 1

Intervjuguide

Orientering om tema, kort introduksjon.

Erfaringer med COVID-19 restriksjoner i sykehjem.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har pasienter på sykehjem med Covid-19 restriksjoner?

1. Hvordan opplevde du tiden på sykehjem under Covid-19-tiltakene?

Kan du forsøke å beskrive følelser, tanker og handlinger knyttet til hvordan du hadde det? Fortell gjerne om konkrete situasjoner, beskriv utfordringer og belastninger.

2. På hvilke måter har restriksjonen påvirket deg mentalt/psykisk?

I hvilken grad har du merket humørforandringer, indre spenning, tapsopplevelse, sorg? Hvordan har situasjonen påvirket din søvn, appetitt, aktivitet og sosiale kontakt (tilbaketrekning). I hvilken grad har du vært bekymret for helsemessige konsekvenser av Covid-19, inkludert faren for å dø? Hvordan nyhetene om økning av dødsfalltilfeller påvirket deg? Hvordan reagerte du på beskjed at eldre Covid-syke pasienter skal ikke prioriteres for intensivbehandling?

3. På hvilke måter fikk du støtte og hjelp på avdelingen?

Hvordan ble aktivitetene på avdelingen forandret etter at Covid-19-restriksjonene ble iverksatt? Hva synes du hjalp deg (nettverk, helsepersonell, familiemedlemmer, PC, annet)? Hva opplevde du som positivt? Var det noe du savnet eller var det noe som burde vært gjort annerledes?

4. Hva synes du var mest krevende ved det å være sykehjemspasient i den tiden Covid- 19-tiltakene pågikk?

5. I ettertid, når du tenker tilbake, hva var det viktigste for deg under perioden med Covid-19-tiltakene?

Er det noe mer du ønsker å si før vi avslutter samtalen?

Vedlegg 2

Informasjonsskriv

**Vil du delta i forskningsprosjektet
Erfaringer med COVID-19 restriksjoner i sykehjem?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer de som bor på sykehjem har med Covid-19 restriksjoner.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om hensikten med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en del av masterstudie i psykisk helsearbeid ved Høgskolen Innlandet. Formålet med prosjektet er å utforske eldre menneskers erfaringer med hvordan smittevern-restriksjonene i forbindelse med Covid-19 pandemien har påvirket dem med tanke på sosial distanse, veid opp mot menneskets grunnleggende behov for nærhet til andre.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Tetyana Erofeeva (masterstudent), førsteamanuensis Sigrid Helene Kjørven Haug (prosjektveileder) og Høgskolen Innlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i dette prosjektet fordi du er over 60 år og har hatt langtids plass på sykehjem de siste to årene. Avdelingslederen på avdelingen er

den personen som hører med deg om du vil delta. Både menn og kvinner vil bli spurt. Ledelsen på sykehjemmet har gitt sitt skriftlig samtykke til dette prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du deltar på et intervju med Tetyana Erofeeva. Spørsmålene vil omhandle dine erfaringer med Covid-19 restriksjonene. Intervjuet vil ta ca. 1 time og det skal foregå på et møterom på avdelingen der du bor. Vi skal avtale tidspunktet på forhånd. Det blir ikke innhentet noen opplysninger om deg fra din journal eller andre kilder under prosjektet. Det du sier under intervjuet vil bli tatt opp på en lydopptaker og deretter skrevet ned.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst ombestemme deg uten å oppgi noen grunn. Alle dine opplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke deltar eller senere velger å trekke deg. Dette vil altså ikke påvirke ditt opphold på sykehjemmet eller ditt forhold til personalet på avdelingen.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg slik vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun undertegnede og prosjektveilederen som har tilgang til dine opplysninger. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli anonymisert før de lagres. Ditt navn skal erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Alt som samles inn skal lagres på en sikker forskningsserver ved Universitetet i Oslo. Kode med navneliste vil bli slettet ved utgangen av 2022. Samtykkeskjema du holder i hånden vil bli lagret i et låsbart arkiv på sykehjemmet, og det slettes også ved utgangen av 2022.

Oppgaven skal skrives som en artikkel, og den vil bli publisert i et tidsskrift. Du som deltaker vil ikke gjenkjenne deg selv i den ferdige artikkelen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet avsluttes senest innen utgangen av 2023. Da vil lydopptak, intervjuetekst, navnelisten og samtykkeskjema slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

-innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene

-å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende

-å få slettet personopplysninger om deg

-å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Tetyana Erofeeva (masterstudent) kan kontaktes på telefon 41063213 eller på e-post: tetyana.erofeeva@inn.no

Sigrid Helene Kjørven Haug (prosjektveileder) kan kontaktes på telefonnr 90893165 eller på e-post: sigrid.haug@inn.no

Vårt personvernombud: Anne Sofie Lofthus som kan kontaktes på telefon 61288277 eller på e-post: anne.lofthus@inn.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)*

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Erfaringer med COVID-19 restriksjoner i sykehjem 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

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Erfaringer med COVID-19 restriksjoner i sykehjem

Referansenummer

428029

Registrert

06.07.2021 av Tetyana Erofeeva - 127462@stud.inn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Sigrid Helene Kjørven Haug , sigrid.haug@inn.no, tlf: 90893165

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Tetyana Erofeeva, tetyana.erofeeva@gmail.com, tlf: +4741063213

Prosjektperiode

01.09.2021 - 31.12.2023

Status

04.08.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

04.08.2021 - Vurdert

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

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om (sett inn kategori) og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2023.

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

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

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). (velg det som passer) NB! Eventuelle unntak må begrunnes og hjemles. (omtale art. 21-22 hvis aktuelt).

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).

TSD er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4

Kondensat 1

Sykehjemets beskyttende effekt	Det var en fordel å være på sykehjem under pandemi og jeg er veldig fornøyd med måten det blitt håndtert på. Her lever vi som vi alltid har gjort og tiden på sykehjem er ganske lik den tiden før covid. Det var folk rundt meg hele tiden, personalet og andre beboere. Der er jo trygghet. Jeg tror ikke jeg hadde taklet det hjemme alene. Det er de andre som skal ta vare på meg
Krevende aspekter under pandemien. «Den nye hverdagen» er krevende. Stress og bekymringer under pandemien	Jeg var red til å begynne med, jeg torde ikke å gå ut, men det gikk fort over. Mest redd var jeg for det ukjente. Jeg bekymret seg mye om barn og barnebarn. Jeg ville ikke være den som smitter andre på avdelingen. Egentlig jeg var ikke redd for å dø, men jeg var redd for de problemene som det kunne medføre.
Nedprioritert for sykehusinnleggelse og høyprioritert for vaksinerings	Det er greit hvis man kan få behandling her, på sykehjem, fordi her jeg er kjent, og jeg vil være her. Koronavaksinen gjorde oss tryggere da, slik at jeg skulle ikke bli syk. Jeg synes det var bra at gamle var førstprioritert, før det var seint. Jeg tror at for å føle seg trygg så må jo alle pasienter bli vaksinert.
Nyhetstrykk	Jeg synes at det var det skummelt og slitsomt til å begynne med når alle media rapporterte om dødsfall og smitterekorder. Men så roet det seg heldigvis og vi ble vant til at alle nyheter begynner om pandemi. Jeg oppfattet det som positivt i og med at det var saklig informasjon. Det har ikke påvirket så mye min helse.

Vedlegg 5

Pasienter på sykehjem under COVID-19 pandemien

Tetyana Erofeeva, masterstudent, tetyana.erofeeva@gmail.com

Sigrid Helene Kjørven Haug, Førsteamanuensis, sigrid.haug@inn.no

Abstract

Patients in nursing homes during the COVID-19 pandemic

The aim of this qualitative study was to explore how elderly patients in nursing homes in Norway experienced COVID-19 situation, with special reference to their mental health. A total of seven patients aged 60-83 were interviewed with a semistructured guide. Malterud's Systematic Text Condensation (STC) was used for analysis.

The participants experienced the nursing home as a safe place during the Covid-19 pandemic and they expressed that they mastered restrictions. These findings were seen as expressions of resilience in terms of activated abilities, adaption over time, and increased mental strength. At the same time, this situation was also experienced as a demanding stressful situation. Knowledge of protective factors that promote resilience and stress management is relevant for healthcare professionals considering preventive interventions during pandemic for patients struggling with anxiety and depression. This could contribute to strengthening user involvement and thus a greater degree of security for these patients in the face of stress-related situations in the future.

Nøkkelord

*sykehjem, Covid-19, resiliens, psykisk helse
nursing home, resilience, mental health*

7. Bakgrunn

Eldre pasienter på sykehjem har vist seg å være svært sårbare for utbrudd av COVID-19 og de har også blitt sterkt påvirket av pandemien fordi sykehjem har vært et potensielt farlig sted for å bli smittet (Jacobsen et al., 2021; Kemenesi et al., 2020; Logar, 2020; McMichael et al., 2020). Deres sårbarhet for sykdommen henger sammen med deres høye alder, hyppigere og mer komplekse kroniske tilstander og svekket fysisk og kognitiv fungering (WHO, 2020). Dødeligheten blant eldre pasienter med COVID-19 har vært høyere enn hos unge og middelaldrende pasienter, og de eldre har hatt større sannsynlighet for å utvikle alvorlig sykdom (Ho et al., 2020; Nystad et al., 2020). Så langt har 53 % av COVID-19 relaterte dødsfall i Norge skjedd i kommunale pleie- og omsorgsinstitusjoner (Folkehelseinstituttet, 2022).

Pandemien krevde rask planlegging og betydelig innsats for å unngå at den skulle bli like katastrofal for de eldste i Norge som vi har sett i andre land, for eksempel USA (Sinvani, 2020). I Helsedirektoratets veileder «Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemien» beskrives det at skrøpelige eldre med COVID-19 vil ha høy dødelighet og at de ikke skal intensivbehandles. Videre fremkommer det at pasienter på sykehjem i hovedsak bør forbli på sykehjemmet, og at skrøpelige hjemmeboende skal behandles av kommunale instanser (Helsedirektoratet, 2020). Det har vært uklart om sykehjemmene ville være i stand til å møte de utfordringene de har stått overfor. De har manglet folk, kompetanse og utstyr, og noen av sykehjemmene er ikke tilrettelagt bygningsmessig i forhold til isolasjon og god ventilasjon (Barstad, 2020; Wyller, 2020).

Siden pandemiutbruddet har det blitt reist bekymringer omkring de psykologiske konsekvensene av pandemisituasjonen. COVID-19 har resultert i utfordringer for mental helse hos særlig sårbare grupper av mennesker, slik som eldre (Krendl & Perry, 2021). Psykiske lidelser er utbredt blant eldre og forekomsten av depresjon hos pasienter på sykehjem var på 32 prosent før pandemien (Johannessen, 2021). Prevalensrater av angstlidelser blant eldre over 65 år er inntil 28 % i kliniske populasjoner (Balsamo et al., 2018). Angst og depresjon hos eldre kan betraktes som risikofaktorer og er forbundet med økt risiko for falltendens, dødelighet og andre uønskede komplikasjoner ved sykehusinnleggelse (Balsamo et al., 2018).

Høy alder er etablert som en hoved risikofaktor for alvorlig sykdom (Armitage & Nellums, 2020), og mange av de vanlige somatiske sykdommene blant eldre plasserer dem i en

risikogruppe for alvorlig sykdom hvis de skulle bli smittet. Denne risikoen har i økende grad blitt rapportert i media, ofte med frykt for at pandemiske utbrudd skal utløse forhøyet psykisk stress og angst i befolkningen generelt og hos eldre spesielt, og muligens i høyere grad blant grupper med angst, depresjon og andre psykiske lidelser (Korsnes et al., 2020). Bekymringer har særlig blitt reist omkring psykisk sykdom som en faktor for økt infeksjonsrisiko, forhøyede barrierer for tilgang til helsetjenester og forverring av psykiske symptomer (Khan et al., 2020). Til tross for de negative virkningene av frykt og angst, motiverer disse følelsene også en type atferd som reduserer engasjementet i risikoatferd, og de omtales derfor som «funksjonell frykt» (Harper et al., 2020). Spesielt i forhold til COVID-19 har følelsen av personlig risiko for infeksjon medført en større tilbøyelighet til mer regelmessig håndvask og sosial distansering.

Å isolere pasienter på sykehjem for å redusere smitteoverføring har vært et av de viktigste tiltakene når det gjelder å forsinke toppen i antall sykdomstilfeller og minimere spredningen til høyrisikogrupper (Folkehelseinstituttet, 2020). Samtidig er det kjent at sosial isolasjon blant eldre, inkludert pasienter på sykehjem, er et «alvorlig folkehelseproblem» på grunn av økt risiko for somatiske og psykiske helseproblemer (Helsedirektoratet, 2021). Angst, sosial isolasjon og ensomhet under pandemien ser ut til å ha vært høyere enn vanlig (Gaeta & Brydges, 2021). Sosial isolering har påført eldre større risiko for depresjon og angst (Santini et al., 2020).

En studie av eldre på sykehjem viste at det strenge besøksforbudet ble vanskelig å håndtere for mange pasienter (Jacobsen et al., 2021). Eldre med alvorlig kognitiv svikt fikk dramatisk forverret uro, fortvilelse og atferdsforstyrrelser fordi de ikke forstod hvorfor de nærmeste ikke kom på besøk (Giebel et al., 2021). En nylig gjennomgang av den psykologiske effekten av karantene har konkludert med at et slikt tiltak kan føre til forhøyede nivåer av stress- og depresjonssymptomer på tvers av alle aldersgrupper (Brooks et al., 2020).

Det viser seg at helse- og omsorgstjenestene i kommunene har manglet kunnskap om hvordan man skal gjøre prioriteringene under COVID-19-pandemi (Heggestad et al., 2020). Å forstå og anvende smitteverntiltak i sykehjem i en krevende tid har vært utfordrende. De fleste studiene om eldre pasienter på sykehjem fokuserer på de negative konsekvensene av COVID-19 pandemien (Gaeta & Brydges, 2021; Han et al., 2021). I lys av dette er det nødvendig å få mer kunnskap om erfaringer til pasienter på sykehjem med tanke på hvordan de har tilpasset seg, og hvordan pandemisituasjonen har påvirket deres psykiske helse.

Teoretiske perspektiver

I den aktuelle studien, som omhandler eldre pasienter på sykehjem og deres erfaringer med COVID-19 situasjonen, var kunnskap om resiliens relevant å anvende. I fagfeltet gerontologi defineres resiliens på flere måter. I denne studien ble begrepet definert som en personlig prosess som omhandler evnen til å komme seg etter motgang slik at man kommer tilbake til et tilfredsstillende liv etter vanskelige omstendigheter (Resnick, 2014, s. 155). Resiliens kan videre forstås som en egenskap, en prosess eller et resultat (Haug et al., 2014; Southwick et al., 2014). Resiliens som egenskap omhandler evnen til å komme seg etter motgang eller omstendigheter som er av en slik karakter at de gir en betydelig reduksjon i ens livskvalitet (Hildon et al., 2010). I forhold til prosess forstås resiliens som et dynamisk system som kan observeres i nåtid (Montpetit et al., 2010). Dersom krisesituasjon fører til forsterket motstandskraft er resiliens som resultat i fokus (Borge, 2018).

Resiliensprosessen forsterkes og støttes av beskyttende faktorer, som fremmer nivået av resiliens og reduserer negative effekter forbundet med motgang (Montpetit et al., 2010). Blant beskyttende faktorer som fremmer motstandskraft sent i livet fremheves sosiale relasjoner, fysisk helse og selveffektivitet (McClain et al., 2018). I den aktuelle studien ble sosiale relasjoner forstått som et støtteapparat som gir en følelse av tilhørighet. Fysisk helse omhandler evnen til å utføre fysiske aktiviteter og viktige oppgaver uavhengig av alder, roller, evner eller ferdigheter. Det å være fysisk aktiv assosieres med bedre resiliens potensiale. Selveffektivitet defineres som en tro på seg selv og som motivasjon for å oppnå et mål (Fuller-Iglesias et al., 2008; MacLeod et al., 2016; McClain et al., 2018; Resnick et al., 2015).

I den aktuelle studien var erfaringer med en krevende pandemisituasjon sentralt, og dermed håndtering av stress. Den kognitiv aktiveringsteori for stress (CATS) av Ursin og Eriksen (2004) ble derfor ansett som relevant. CATS definerer stress verken som god eller dårlig, men som en naturlig prosess som aktiverer ressurser for å håndtere stimuli (Ursin & Eriksen, 2004). Denne angst- eller stressreaksjonen er sunn og nødvendig for å håndtere stressfylte situasjoner.

CATS kjennetegnes videre av at vi som mennesker har individuelle forventninger til fremtidige hendelser. Utfallet avhenger av tolkning av situasjonen, og tolkningen er basert på tidligere erfaringer og forventninger (Ursin & Eriksen, 2004, s. 588). Når disse forventningene er positive, er det ingen helserisiko og dette beskrives som mestring.

Mestring omhandler forventning om å håndtere situasjonen på positiv måte eller i form av læring. Dette fører til psykisk vekst og utvikling av nye ferdigheter (Ursin & Eriksen, 2004, s. 577-278). CATS utdyper også at vi har forventninger som oppstår når mestring uteblir i form av hjelpeløshet og håpløshet. Begge tilstandene kan føre til en vedvarende stressrespons som kan ha negativ helsepåvirkning.

Studiens hensikt og problemstilling

Eldre pasienter på sykehjem har vært i en krevende situasjon under COVID-19 pandemien på grunn av de pålagte smittevernrestriksjonene. Hensikten med denne studien var derfor å utforske hvordan disse pasientene opplevde denne situasjonen, og med særlig vekt på deres psykiske helse. Dette ledet til følgende problemstilling: Hvordan opplevde eldre pasienter på sykehjem COVID-19 situasjonen med særlig vekt på psykisk helse?

Materiale og metode

Den aktuelle kvalitative studien hadde et deskriptivt og eksplorativt design. Designet var deskriptivt ved at den søkte å utdype og beskrive spesifikke erfaringer hos eldre pasienter på sykehjem. Det eksplorative aspektet gav mulighet til å ta hensyn til uventede forhold (Malterud, 2017). Den valgte analysestrategien av datamaterialet var systematisk tekstkondensering (STK) av Malterud (2017).

Kontekst og utvalg

Ut ifra problemstillingen ble det laget en oversikt over alle pasienter på et sykehjem med langtidsplass senest fra mars 2019. Sykehjemmet lå i en kommune i en middels stor by i Sør-Øst-Norge. Det hadde kapasitet til 80 pasienter med omfattende pleie- og omsorgsbehov, og det var organisert i syv avdelinger; tre somatiske, en palliativ, en alderspsykiatrisk og to demensavdelinger.

Inklusjonskriterier for valg av informanter var at pasientene var uten eller med lett kognitiv svikt, og i en stabil psykisk tilstand som muliggjorde deltakelse i individuelle intervjuer. Eksklusjonskriteriene var demens, psykose, alvorlig syk/døende og alvorlig depresjon. Den faglige- og administrative ledelsen ved institusjonen delte ut et informasjonsbrev med beskrivelse av studien og forespurte potensielle deltakere om å delta. Åtte pasienter meldte seg muntlig hvorav en av disse døde kort tid etterpå. I alt ble syv deltakere inkludert. Det var fem kvinner og to menn i alderen 60 - 83 år fra somatisk- og alderspsykiatrisk avdeling. To av informantene hadde ikke nære pårørende, ingen hadde partner, fire av dem hadde barn.

Alle deltakerne hadde lettere psykiske lidelser i form av angst og depresjon. Intervjuene ble utført av førsteforfatter, som også har en stilling som psykiatrisk sykepleier ved en av avdelingene.

Datainnsamling

Dataene ble samlet inn i august-september 2021. I denne perioden omhandlet smittevernrestriksjonene kun antallsbegrensninger for offentlige arrangementer og adgangskontroll ved besøk av pårørende på grunn av smittesporing. Smittetallet i kommunen var lav, men det var samtidig økende. Alle deltakerne var fullvaksinert og ingen av deltakerne hadde fått påvist COVID-19 før intervjuetidspunktet. Intervjuene var på cirka 40 minutter og ble gjennomført på deltakernes rom på avdelingene. Intervjuene ble tatt opp på diktafon og deretter transkribert av hovedforfatter.

Analyse

Systematisk tekstkondensering (STK) er en «pragmatisk metode for tverrgående analyse» av kvalitative data (Malterud, 2017 s. 97). Den består av fire følgende trinn: dannelse av helhetsinntrykk, identifisering av meningsbærende enheter, abstrahering av innholdet ved kondensering og sammenfatning av meningsinnholdet (2017, s. 98). I første trinn med helhetsinntrykk ble de transkriberte intervjuene gjennomlest av begge forfattere med tanke på å identifisere foreløpige temaer. I alt ble åtte temaer identifisert som var relatert til problemstillingen. I neste trinn med meningsbærende enheter ble biter av tekst med samme meningsinnhold samlet, kodet og sortert i kategorier. Kodene ble justert i forhold til de foreløpige temaene fra trinn 1. Kodene ble deretter slått sammen og sortert i hoved- og subgrupper. I det tredje trinnet ble det laget kondensater av de meningsbærende enhetene fra trinn to. Dette er kunstige sitater i jeg-form. I tillegg ble hoved- og subgrupper slått ytterligere sammen basert på fellestrekk. I det fjerde trinnet ble materialet sammenfattet i syntese tekst basert på hvert kondensat. I alt var det fire hovedkategorier, og hver av disse fikk en overskrift.

Etiske hensyn

Studien ble vurdert i forhold til REK godkjenning og det ble konkludert med at den ikke var fremleggspliktig da den ble ansett for å være et kvalitetssikringsarbeid. Studien ble godkjent av Norsk Senter for forskningsdata (Saksnr. 428029). Informert samtykke ble benyttet.

Resultater

Analysen av deltakernes erfaringer resulterte i fire hovedkategorier:

Problemstilling: Hvordan har eldre pasienter på sykehjem opplevd COVID-19 situasjonen?			
Sykehjemmet som et trygt sted	Psykiske belastninger, savn og bekymringer	Høyprioritert for vaksinerings og nedprioritert for sykehusinnleggelse	God håndtering av «den nye hverdagen» på tross av smittevern og nyhetspåvirkning

Sykehjemmet som et trygt sted

Det mest fremtredende trekk i materialet for alle deltakerne var opplevelser av generell trygghet under pandemien. Deltakerne mente at det å være på institusjon var langt bedre enn å være hjemme med tanke på sosial isolasjon. Dette ble uttrykt på følgende måte av en av dem: «Jeg er veldig glad for at jeg er her, fordi skulle jeg sittet helt alene i en leilighet, så tror jeg ikke jeg hadde taklet det, for her er det veldig trygt». Tryggheten skyldtes, ifølge flere deltakere, at personalet var i nærheten hele tiden. Erfaringer av trygghet ble i tillegg satt i sammenheng med tillit til myndigheter, håp for fremtiden og tilfredshet med livet.

Deltakerne beskrev at fellesskapet hadde blitt styrket av å ha samme bosted og et felles problem. Det ble nevnt at man på sykehjemmet «lever vi i en boble» og dette ble forsterket under pandemien. Flere fremhevet en gruppefølelse, vennskap og sterkere samhold. De uttrykte dette ved å bruke det direkte pronomenet «vi» under intervjuene.

En av deltakerne trakk frem hvilken «lærdom» man kunne ta med seg fra pandemien i form av å akseptere situasjonen for å kunne leve med den og beholde roen. Vedkommende uttrykte videre «lærdommen» på denne måten:

Å få oppleve en pandemi, som jeg alltid har hørt om, da ... men det har liksom vært så fjernt for oss, tror jeg, for alle, og nå har vi opplevd og gjennomlevd det og overlevd, det har vi gjort. Jeg synes jeg har lært veldig mye av det

De fleste deltakerne uttrykte at de ikke merket noen særlig forskjell i det daglige som at deres rutiner ble endret. De fikk den samme regelmessige helsehjelpen som før pandemien. Dette ble beskrevet på denne måten av en av deltakerne: «Denne avdelingen her synes jeg er så super at mange ganger tenker jeg at en ikke skulle tro det var noe pandemi, for her lever vi som vi alltid har gjort ...»

Psykiske belastninger, savn og bekymringer

Bare én av deltakerne uttrykte frykt for å dø av COVID-19. Samtidig ble angst, bekymringer og stress knyttet til situasjonen rapportert i forskjellig grad av alle deltakerne, særlig i starten av pandemien. Flere av deltakerne opplevde situasjonen som krevende og stressende. Et fellestrekk var at de følte på usikkerhet og avmakt uten muligheter til å trekke seg unna. Bekymringene var knyttet til vanskeligheter med å forstå og forholde seg til situasjonen: «Psykisk, mener jeg, har det vært en belastning, for du går og er redd, du er usikker, du har tusen spørsmål, men har vanskelig for å finne svar».

De fleste deltakerne uttrykte redsel for å få forverring av sin allerede nedsatte helsetilstand. I denne sammenhengen ble frykt for å «bli lagt i jernlunge», få pusteproblemer og kveles beskrevet som skremmende.

Flere av deltakerne bemerket en følelse av isolasjon i forskjellige former. Det ble påpekt at forbudet mot besøk opplevdes spesielt belastende og kommentert på følgende måte av en av deltakerne: «Jeg synes det var trist, veldig trist. Føles som i fengsel, ungene kommer ikke på besøk, alt er stengt, da er det som fengsel». Lengselen etter familie var et sentralt tema, og det og deltakerne fortalte om perioder med bekymring, økt uro og redsel for sine nære familiemedlemmer. Relasjoner til barn og barnebarn ble spesielt fremhevet, og at de uttrykte større bekymring for barn og barnebarn enn seg selv. En deltaker fortalte om et konkret mareritt knyttet til bekymring for sine nærmeste. For noen var savnet av pårørende en av grunnene til å vaksinere seg.

For å unngå å bringe smitte inn på avdelingen, bestemte flere av deltakerne seg for å unngå familiesammenkomster selv etter at restriksjonene var endret til det bedre. Noen av deltakerne fortalte at de lot være å gå ut for å ikke hente smitte inn på avdelingen.

Det mest belastende for deltakerne var å leve isolert i romkarantene. Flere opplevde det som vanskelig og følte seg «innestengt». Enda mer dramatisk opplevdes isolasjon og ensomhet

hvis beboeren var avhengig av andres hjelp og hadde ekstra stort behov for sosial interaksjon.

Deltakerne rapporterte at aktivitetene under pandemien ble redusert. Flere hadde redusert eller avsluttet sine regelmessige møter med familien på grunn av COVID-19 begrensninger. Noen pekte på at det var lite fysiske aktiviteter og mangel på tilbud utendørs. En deltaker uttrykte at dette med begrenset fysisk aktivitet var et kjent problem også før pandemien. Flere deltakere savnet de kulturelle tiltakene som institusjonen pleide å arrangere. Dette gjaldt særlig konserter, musikkgrupper og foredrag. Digitale alternativer ble beskrevet som lite populære blant deltakerne.

Ingen av deltakerne rapporterte at de hadde erfart nedsatt appetitt eller forandringer i søvnmønsteret under pandemien.

Høyprioritert for vaksinerings og nedprioritert for sykehusinnleggelse

En felles oppfatning blant deltakerne var at de hadde positive erfaringer med vaksineringsen. De følte seg prioritert og stolte på at det var riktig å ta imot tilbudet. Alle deltakerne formidlet at de valgte å vaksinere seg og at de følte seg friere og tryggere etter det. De støttet prinsippet om at det beste er å beskytte sykehjemsbeboere, som er den mest sårbare gruppen. En deltaker skilte seg fra resten ved å uttrykke en annen posisjon. Hen mente at personalet er viktigst og man først bør beskytte arbeidere i frontlinjen.

Bare en av deltakerne nevnte sine bekymringer rundt vaksineringsen. Vedkommende fikk bivirkninger og «angret seg nesten». Deltakeren beskrev at bivirkningene var forbigående, og hen støttet vaksineringsen til tross for det.

Det var ingen deltakere som beskrev at de opplevde et press om å vaksinere seg. De presiserte at de vaksinerte seg av to hovedgrunner; for å beskytte seg mot COVID-19, og for å få mulighet til sosial omgang med sine nærmeste.

Ingen av deltakerne beskrev at de hadde fått delta i avgjørelser om egen helse og preferanser under pandemien. Flere formidlet at de ikke hørt om prioriteringsskrivet fra Helsedirektoratet som fastslår at sykehjems pasienter skal avvises for intensivbehandling og i stedet skal behandles på sykehjem under COVID-19-krisen. Deltakerne uttrykte ulike syn på prioriteringsvedtaket. Noen ønsket å bli behandlet på sykehjem, og argumenterte med at det ville være tryggere å ha det kjente personalet rundt seg.

En deltaker begrunnet sitt syn i et langt liv og ønske om å gi muligheter til de yngre: «Det synes jeg egentlig var riktig, jeg. Det høres kanskje litt rart ut, men det jeg tenkte, var at mange av de på sykehjem jo har levd et veldig langt liv». En annen deltaker mente det var trist og uriktig at eldre ble nedprioritert for intensivbehandling på grunn av sin alder.

God håndtering av «den nye hverdagen» på tross av smittevern og nyhetspåvirkning

Deltakerne uttrykte at de mestret tiltakene i den nye situasjonen, at de forstod viktigheten av de iverksatte tiltakene og at de var gjennomførbare. De formidlet også at de var fornøyde med at regjeringen hadde satt i verk strenge tiltak for å begrense smittespredningen, spesielt for sykehjemspasienter. Noen av deltakerne mente at tiltakene godt kunne vært enda strengere og mer langvarige. Videre kom det frem at deltakerne hadde stor tiltro til de ulike politiske bestemmelsene som var innført for å begrense spredningen. De hadde fulgt med og de stolte på den offentlige helseinformasjonen. Noen av deltakerne sa at de var nøye på å følge smitteverntiltakene og at disse beroliget dem.

Deltakerne bemerket også at de ikke bare blindt fulgte tiltakene, men også gjorde individuelle vurderinger, for eksempel at de fortsatt unngikk forsamlinger og brukte munnbind etter at restriksjonene var blitt mildere. En av deltakerne uttrykte et fortsatt ønske om å tilpasse sitt eget liv til smitteverntiltakene til tross for at vedkommende var klar over at ikke alle pasientene på avdelingen har kognitiv kapasitet til å kunne gjøre det samme.

En av deltakerne fortalte om sitt ønske om å bidra med praktisk hjelp på avdelingen. Vedkommende hadde fått som fast oppgave å sprite alle håndtak på avdelingen to ganger om dagen. Betydningen av å være «en ressurs» var sentral i dette, samt at dette hjalp vedkommende med å takle den krevende situasjonen.

Deltakerne delte sine erfaringer om hvordan de daglige nyhetene om utviklingen av pandemien som strømmet konstant fra ulike kanaler, påvirket deres psykiske helse. Alle bekreftet at de fulgte nyhetene om virusspredning nøye selv om det ofte var «skummelt». Flere beskrev sine psykiske helseutfordringer i form av usikkerhet, angst og forsterket håpløshet.

Deltakerne beskrev at usikkerhet var en av de mest fremtredende stressreaksjonene som nyhetene bidro til. Det var mye rykter og motstridende informasjon om sykdommen, samt mangel på klare prognoser og eksperter som trakk på skuldrene. Det ble også uttrykt ønske om tydeligere og mer presise smitteverntiltak. En deltaker mente at hennes favoritt-

nyhetskanal burde legge mer vekt på enklere forklaringer, fordi eldre har lite mulighet til å vurdere faglig informasjon selv og derfor er avhengige av å stole på myndighetene.

Andre rapporterte noen positive erfaringer med det og mente at nyhetene ikke hadde hatt noen negativ påvirkning. Det å lytte kun til «saklig informasjon» ble opplevd som positivt.

Diskusjon

Denne studien undersøkte hvordan eldre pasienter på sykehjem opplevde COVID-19 situasjonen med særlig vekt på psykisk helse. Dataene viste at selv om sykehjemmet hadde vært et av de potensielt «farligste» stedene under pandemien (Logar, 2020; Jacobsen, 2021), så opplevde deltakerne sykehjemmet som et tryggere sted enn hjemme. De uttrykte at de mestret tiltakene i den nye situasjonen, og de var fornøyde med at regjeringen hadde satt i verk strenge tiltak for å begrense smittespredningen på sykehjemmene. Deltakerne rapporterte frykt, angst og bekymringer for COVID-19 og savn av nære familiemedlemmer. Videre ble det uttrykt ønske om å bidra med praktisk hjelp på avdelingen. Følelsen av å være «en ressurs» var en måte å tilpasse seg den krevende situasjonen på. Det ble uttrykt at de hadde problemer med å orientere seg i de offisielle retningslinjene og de delte sine erfaringer om stressreaksjonene som de daglige nyhetene om utviklingen av pandemien bidro til.

COVID-19 pandemien har påvirket eldre pasienter på sykehjem i stor grad på grunn av høy risiko for å bli smittet (Logar, 2020, McMichael et al., 2020, Jacobsen et al., 2021). Disse pasientene er særlig utsatt for alvorlig sykdom på grunn av alder, komplekse kroniske tilstander, svekket fysisk og kognitiv fungering (Ho et al., 2020; Nystad et al., 2020). Når det gjelder psykiske lidelser er depresjon og angst utbredt i denne gruppa (Balsamo et al., 2018, Zisberg, 2017).

Eldres mentale helse har blitt negativt påvirket av COVID-19-pandemien. Det er rapportert om økt depresjon og ensomhet sammenlignet med før pandemien (Krendl & Perry, 2021). Tidligere studiene har visst en sterk sammenheng mellom frykt for COVID-19 og affektive symptomer (angst og depresjon), noe som tyder på den betydelige effekten pandemi har på psykisk helse (Han et al., 2021). Den psykologiske virkningen av karantene og sosial isolasjon er omfattende, betydelig og kan være langvarig (Brooks et al., 2020), (Ibsen et al., 2022).

Resultatene fra denne studien viste at pandemisituasjonen har vært en betydelig stressfaktor for deltakerne, og særlig var den tidlige fasen av pandemien krevende psykisk sett.

Deltakerne viste både negativ og positiv opplevelse av stress. Selv om de uttrykte at de taklet situasjonen godt, formidlet de også angst og bekymringer.

Samtidig uttrykte deltakerne i denne studien en form for motstandskraft eller resiliens i møte med den krevende pandemisituasjonen. Forståelsen av resiliens ble hentet fra gerontologien, og da som en personlig prosess hvor det å komme seg etter motgang og reetablere et tilfredsstillende liv står sentralt (Resnick, 2014). Denne definisjonen ble så relatert til resiliens som en egenskap, en prosess eller et resultat (Haug et al., 2014, Southwick et al., 2014). I tillegg ble resiliens forstått som et kontinuum som kan være til stede i ulik grad i forskjellige livsfaser og kontekster (Southwick et al., 2014). Derfor var det sentralt å forstå hvordan resiliens som egenskap, prosess og resultat kom til uttrykk i den aktuelle konteksten i studien.

I forhold til resiliens som egenskap uttrykte deltakerne at de generelt følte seg trygge på sykehjemmet. Dette var det mest fremtredende trekket i materialet. Flere ga også uttrykk for at de hadde blitt roligere og følte seg tryggere etter den første fasen av pandemien fordi både helsepersonell og myndigheter tok vare på dem. Selv om helsetilstanden kan reduseres med alderen, kan man se en sammenheng mellom fysisk helse og resiliens (Wells, 2010). I den aktuelle studien bidro nedstengningen til at den ble opplevd som lite begrensende, da de fikk nødvendig pleie og omsorg og slapp å ta det overordnede ansvaret selv. Selv om nedstengningen gjorde at de ikke hadde samme bevegelsesfrihet som tidligere, ble det å være trygg ansett som viktigere. Miljøet på sykehjemmet ble av disse deltakerne beskrevet som i overveiende grad trygt. Ifølge Fonad (2006) er trygghetsfølelse noe av det mest verdifulle for eldre, faktisk er trygghet ofte viktigere enn uavhengighet (Fonad et al., 2006).

I forhold til prosess forstås resiliens som et dynamisk system som kan observeres i nåtid (Montpetit et al., 2010). Resiliens hos pasienter på sykehjem utspiller seg i en dynamisk prosess med døgnkontinuerlig pleie og omsorg. Personalets forståelse av de eldres situasjon under pandemien vil ha betydning for omsorgen pasientene får og for deres tilpasning til situasjonen. Dersom personalet ensidig fokuserer på problemene ved den psykiske lidelsen hos den enkelte, vil det kunne begrense utviklingen av resiliens. For å fremme psykisk helse er det viktig å være ressursfokuset, være opptatt av hvordan eldre tilpasser seg og styrke dette.

CATS- teorien bidrar i denne sammenhengen med et sentralt anliggende. Selv om pasienter skal beskyttes så er det ikke nødvendig å fjerne all belastning og «stress». Derimot bør

stressreaksjonene aksepteres av helsepersonell som sentrale fordi de er med på å beskytte og opprettholde psykisk helse. Dermed inngår denne formen for aksept i deres helsearbeid (Harris & Ursin, 2012).

Når det gjelder resiliens som resultat viste funnene i denne studien at deltakerne ble mer bevisste på håndhygiene, bruk av munnbind og å holde avstand. Å følge disse smittevernreglene kan forstås som hensiktsmessig ikke bare for å begrense spredning av viruset, men også som et verktøy som gav deltakerne en følelse av eget ansvar, ansvar for andre og kontroll over situasjonen. I dette tilfelle kom resiliens til uttrykk også som "prosess" fordi det antyder at resiliens ikke bare er et resultat etter motgang, men også en kapasitet der individet aktivt samhandler med et miljø i nåtid (Montpetit et al., 2010). En deltaker beskrev en type «lærdom» i form av å akseptere situasjonen for å kunne leve med den og beholde roen, og også det å ha erfart at vedkommende og de rundt hadde gjennomlevd det.

I lys av CATS modellen kan opplevelsene som deltakerne fortalte om forstås i sammenheng med deres forventninger, som igjen er forankret i tidligere opplevelser og erfaringer (Ursin & Eriksen, 2004). Dersom eldre opplever pandemien som en situasjon de ikke kan påvirke kan dette forstås som hjelpeløshet. Det at man lukker seg for det som man ikke kan påvirke, kan også være en styrke. CATS definerer stress som verken negativt eller positivt, og i situasjonen med COVID-19 pandemien er denne forståelsen særlig relevant. Stress medfører positive resultater i form av kognitivt og fysiologisk, psykologisk og atferdsmessig aktivisering (Ursin & Eriksen, 2004). Stress i dette tilfelle kan anses som positivt dersom det har gitt økt kroppslig aktivisering for pasienter på sykehjem. Å være fysisk aktiv assosieres med bedre resiliens potensiale (MacLeod et al., 2016). Det er verdt å merke at frykt for COVID-19 også hadde positive innvirkninger. «Funksjonell frykt» ble bekreftet at det er den eneste stabile faktor for positiv atferdsendring som for eksempel sosial distansering eller forbedret håndhygiene (Harper et al., 2020). Dersom helsepersonell hjelper pasienter på sykehjem til å uttrykke og håndtere stress på en adekvat måte kan dette bidra til bedre stresshåndtering, mestring og sterkere resiliens.

Eldre pasienter på sykehjem utgjør en sårbar gruppe som følge av alder, utsatthet for smittsomme sykdommer og høy forekomst av fysiske og psykiske lidelser (Zisberg, 2017, Balsamo et al., 2018). Blant beskyttende faktorer som fremmer motstandskraft hos eldre fremheves sosiale relasjoner, fysisk helse og selveffektivitet (McClain et al., 2018). Denne studien antyder at sosiale relasjoner på sykehjemmet, støtte til å mestre fysisk aktivitet og hjelp til å nå mål i dagliglivet var beskyttende faktor som sannsynligvis fremmet resiliensen.

Denne kunnskapen er nyttig for helsepersonell og viser at det å fremme psykisk helse hos pasientene er mulig ved at organiseringen av pasienters hverdag i situasjon med smittevernrestriksjoner.

Denne studien har synliggjort behovet for mer forskning på forholdet mellom psykisk helse, resiliens og stresshåndtering hos eldre pasienter på sykehjem. Dette gjelder både i lys av COVID-19 situasjonen og mer generelt da eldre pasienter på sykehjem utgjør en stor gruppe av pasienter i kommunehelsetjenesten. Økt kunnskap på disse områdene kan styrke arbeidet med å gi trygge helse- og omsorgstjenester av høy faglig kvalitet.

Styrker og svakheter

For å få svar på problemstillingen ble et strategisk utvalg benyttet i den aktuelle studien. Deltakerne var direkte berørt av de smitteverntiltakene som gjaldt for sykehjem under COVID-19 pandemien. Tidspunktet for datainnsamling var preget av lavt smittetrykk og minimale smitteverntiltak i kommunen, noe som kan ha påvirket deltakernes opplevelse av situasjonen. Intervjuene ble gjennomført ved samme institusjon og med få deltakere, og derfor kan ikke resultatene generaliseres. Samtidig kan funnene ha relevans for andre eldre pasienter med lettere angst- og depresjonslidelser i tilsvarende kontekster.

Analysearbeidet med de fire trinnene i STK ble gjort i tett samarbeid med andreforfatter. Dette bidro til at prosessen fra foreløpige tema til hovedkategoriene i stor grad var konsistent gjennom analyseprosessen. Endring i forståelse ble drøftet underveis.

Studien ble gjennomført på arbeidsplassen til førsteforfatter. Dette medførte noen etiske utfordringer. For å styrke frivilligheten til deltakelse hadde ledelsen tatt ansvar for å rekrutteringen. Med tanke på anonymisering ble det vektlagt at det publiserte materialet ikke skulle være gjenkjennbart med tanke på identifisering av pasienter for personellet på det aktuelle sykehjemmet.

Oppsummering

Pasienter opplevde sykehjemmet som et trygt sted under Covid-19 pandemien. Deltakerne uttrykte at de mestret tiltakene i den nye situasjonen, og de var fornøyde med at regjeringen hadde satt i verk strenge tiltak for å begrense smittespredningen. Studien identifiserte flere faktorer ved Covid-19 situasjonen på det aktuelle sykehjemmet som aktiverte og fremmet resiliens hos deltakerne. Samtidig ble denne situasjonen også opplevd som en krevende

stresssituasjon, særlig i den første fasen av pandemien. Dette kom til uttrykk som bekymring, økt uro og angst og savn av pårørende.

Kliniske implikasjonene av disse funnene er relevant for helsepersonell med tanke på forebyggende intervensjoner som fremmer resiliens og stressmestring hos pasienter som strever med angst- og depresjonsplager på sykehjem. Dette vil kunne bidra til styrking av deres brukermedvirkning og dermed større grad av trygghet for disse pasientene i møte med stressrelaterte hendelser i fremtiden.

8. Referanser

- Andersen, A., Bøe, T., Fodstad, H., Ibabao, V., Krogsæter, O., & Norvoll, R. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-02-01>
- Andersen, B. M. (2020). *Coronapandemien i Norge- en vente og se holdning- ikke føre var*. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiFjLWh5p32AhXwlYsKHY_FCTcQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.regjeringen.no%2Fno%2Fdokumenter%2Fhoring-nou-2021-6-myndighetenes-handtering-av-koronapandemien%2Fid2846977%2FDownload%2F%3FvedleggId%3D31041a0c-41a9-4391-8d88-a35b61935b67&usq=AOvVaw0OtyF6B14HYWezuLUVRwom
- Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5), e256. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)
- Balsamo, M., Cataldi, F., Carlucci, L., & Fairfield, B. (2018). Assessment of anxiety in older adults: a review of self-report measures. *Clinical interventions in aging*, 13, 573-593. <https://doi.org/10.2147/CIA.S114100>
- Barstad, S. (2020). Smittsomme sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(3), 1-6. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-03-01>
- Bish, A., & Michie, S. (2010). Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: A review. *British journal of health psychology*, 15(4), 797-824. <https://doi.org/10.1348/135910710X485826>
- Borge, A. I. H. (2018). *Resiliens: risiko og sunn utvikling*. Gyldendal.
- Breda, A. D. (2018). A CRITICAL REVIEW OF RESILIENCE THEORY AND ITS RELEVANCE FOR SOCIAL WORK. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 54, 1-18. <https://doi.org/10.15270/54-1-611>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

- Bundy, H., Lee, H. M., Sturkey, K. N., & Caprio, A. J. (2021). The Lived Experience of Already-Lonely Older Adults During COVID-19. *The Gerontologist*, *61*(6), 870-877. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab078>
- Ditzen, B., & Heinrichs, M. (2014). Psychobiology of social support: The social dimension of stress buffering. *Restorative Neurology and Neuroscience*, *32*, 149-162. <https://doi.org/10.3233/RNN-139008>
- Drageset, J., Espehaug, B., & Kirkevold, M. (2012). The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment—a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(7-8), 965-974. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03932>
- Edwards, E. S., Hall John, Zautra Alex. (2017). *Resilience in Aging*. <https://www.uofazcenteronaging.com/care-sheet/providers/resilience-aging>
- Folkehelseinstituttet. (2020, 2022, Februar 7). *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19*. 2020, Februar 8. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/#om-koronaviruset>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Covid-19 Ukerapport – uke 10*. <https://www.fhi.no/contentassets/8a971e7b0a3c4a06bdf381ab52e6157/vedlegg/2022/ukerapport-uke-10-07.03---13.03.22.pdf>
- Fonad, E., Wahlin, T.-B. R., Heikkila, K., & Emami, A. (2006). Moving to and living in a retirement home: Focusing on elderly people's sense of safety and security. *Journal of Housing For the Elderly*, *20*(3), 45-60. https://doi.org/10.1300/J081v20n03_04
- Fuller-Iglesias, H., Sellars, B., & Antonucci, T. (2008). Resilience in Old Age: Social Relations as a Protective Factor. *Research in Human Development*, *5*, 181-193. <https://doi.org/10.1080/15427600802274043>
- Gaeta, L., & Brydges, C. R. (2021). Coronavirus-Related Anxiety, Social Isolation, and Loneliness in Older Adults in Northern California during the Stay-at-Home Order. *Journal of Aging & Social Policy*, *33*(4-5), 320-331. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1824541>
- Giebel, C., Cannon, J., Hanna, K., Butchard, S., Eley, R., Gaughan, A., Komuravelli, A., Shenton, J., Callaghan, S., Tetlow, H., Limbert, S., Whittington, R., Rogers, C., Rajagopal, M., Ward, K., Shaw, L., Corcoran, R., Bennett, K., & Gabbay, M. (2021). Impact of COVID-19 related social support service closures on people with dementia and unpaid carers: a qualitative study. *Aging & Mental Health*, *25*(7), 1281-1288. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1822292>
- Górska, S., Singh Roy, A., Whitehall, L., Irvine-Fitzpatrick, L., Duffy, N., & Forsyth, K. (2021). A systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with resilience of normally aging, community-living older adults. *The Gerontologist*. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab110>
- Han, M. F. Y., Mahendran, R., & Yu, J. (2021). Associations Between Fear of COVID-19, Affective Symptoms and Risk Perception Among Community-Dwelling Older Adults During a COVID-19 Lockdown. *Frontiers in Psychology*, *12*, 638831-638831. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.638831>
- Harper, C., Satchell, L., Fido, D., & Latzman, R. (2020). Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. PsyArXiv. In.
- Harris, A., & Ursin, H. (2012). Kapittel 7 Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. In.
- Haug, S. H., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Demarinis, V. (2014). How older people with incurable cancer experience daily living: A qualitative study from Norway. *Palliative & supportive care*, *13*, 1-12. <https://doi.org/10.1017/S1478951514001011>

- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218-227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Heggestad, A. K. T., Førde, R., Pedersen, R., & Magelssen, M. (2020). Prioriteringsutfordringer i helse-og omsorgstjenesten i kommunene under covid-19-pandemien. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(1), 1-4. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-01-11>
- Forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning, 02.05.2021 (2009). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-07-01-955>
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. 2015, April 01 Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemien, (2020) Lest 25.04.2021. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/prioritering-av-helsehjelp-i-norge-under-covid-19-pandemien>
- Helsedirektoratet. (2021). *Tiltak for å motvirke sosial isolering i sykehjem og hjemmetjenester*. 2021, 20. oktober Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/tiltak-for-a-motvirke-sosial-isolering-i-sykehjem-og-hjemmetjenester>
- Hildon, Z., Montgomery, S. M., Blane, D., Wiggins, R. D., & Netuveli, G. (2010). Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is “right” about the way we age? *The Gerontologist*, 50(1), 36-47. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp067>
- Ho, F. K., Petermann-Rocha, F., Gray, S. R., Jani, B. D., Katikireddi, S. V., Niedzwiedz, C. L., Foster, H., Hastie, C. E., Mackay, D. F., & Gill, J. M. (2020). Is older age associated with COVID-19 mortality in the absence of other risk factors? General population cohort study of 470,034 participants. *PloS one*, 15(11), e0241824. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241824>
- Ibsen, T. L., Rokstad, A. M. M., Eriksen, S., Bjørkløf, G. H., Tveito, M., Bergh, S., & Selbæk, G. (2022). Sosial isolasjon blant eldre under koronapandemien. <https://doi.org/978-82-8061-791-0>
- Jacobsen, F. F., Arntzen, C., Devik, S. A., Førland, O., Krane, M. S., Madsen, L., Moholt, J.-M., Olsen, R. M., Tingvold, L., & Tranvåg, O. (2021). Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem. <https://hdl.handle.net/11250/2737650>
- Johannessen, T. (2021). *Depresjon hos eldre*. 2020, Juni 17. <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/geriatri/tilstander-og-sykdommer/ulike-sykdommer/depresjon-hos-eldre>
- Kemenesi, G., Kornya, L., Tóth, G. E., Kurucz, K., Zeghib, S., Somogyi, B. A., Zöldi, V., Urbán, P., Herczeg, R., & Jakab, F. (2020). Nursing homes and the elderly regarding the COVID-19 pandemic: situation report from Hungary. *GeroScience*, 42(4), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11357-020-00195-z>
- Khan, S., Siddique, R., Li, H., Ali, A., Shereen, M. A., Bashir, N., & Xue, M. (2020). Impact of coronavirus outbreak on psychological health. *Journal of global health*, 10(1). <https://doi.org/10.7189/jogh.10.010331>
- Kim, H., Sefcik, J. S., & Bradway, C. (2017). Characteristics of Qualitative Descriptive Studies: A Systematic Review. *Research in nursing & health*, 40(1), 23-42. <https://doi.org/10.1002/nur.21768>
- Korsnes, M. S., Grødal, E., Kjellén, E., Kaspersen, T. M. C., Gjellesvik, K. B., Benth, J. Š., & McPherson, B. A. (2020). COVID-19 Concerns Among Old Age Psychiatric In- and

- Out-Patients and the Employees Caring for Them, a Preliminary Study [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, 11(1123). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.576935>
- 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>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Li, F., Luo, S., Mu, W., Li, Y., Ye, L., Zheng, X., Xu, B., Ding, Y., Ling, P., Zhou, M., & Chen, X. (2021). Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 21(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03012-1>
- Logar, S. (2020). Care home facilities as new COVID-19 hotspots: Lombardy Region (Italy) case study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 89, 104087. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104087>
- Luchetti, M., Lee, J. H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J. E., Terracciano, A., & Sutin, A. R. (2020). The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *American Psychologist*, 75(7), 897. <https://doi.org/10.1037/amp0000690>
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266-272. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*. <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Universitetsforl.
- McClain, J., Gullatt, K., & Lee, C. (2018). Resilience and protective factors in older adults. <https://doi.org/10.33015/dominican.edu/2018.OT.11>
- McMichael, T., Currie, D., Clark, S., Pogojans, S., Kay, M., Schwartz, N., Lewis, J., Baer, A., Kawakami, V., Lukoff, M., Ferro, J., Brostrom-Smith, C., Rea, T., Sayre, M., Riedo, F., Russell, D., Hiatt, B., Montgomery, P., Rao, A., & Duchin, J. (2020). Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *New England Journal of Medicine*, 382. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2005412>
- Montpetit, M., Bergeman, C., Deboeck, P., Tiberio, S., & Boker, S. (2010). Resilience-as-Process: Negative Affect, Stress, and Coupled Dynamical Systems. *Psychology and aging*, 25, 631-640. <https://doi.org/10.1037/a0019268>
- Mund, M., Freuding, M. M., Möbius, K., Horn, N., & Neyer, F. J. (2019). The Stability and Change of Loneliness Across the Life Span: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Personality and Social Psychology Review*, 24(1), 24-52. <https://doi.org/10.1177/1088868319850738>
- NEM. (2021). *Helseforskningslovens saklige virkeområde*. 2021, November 17. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helseforskningslovens-saklige-virkeomrade/>
- Nystad, W., Hjellvik, V., Larsen, I. K., Ariansen, I., Helland, E., Johansen, K. I., Gulbrandsen, J., Gulseth, H. L., Eide, H. N., & Håberg, S. E. (2020). Underliggende tilstander hos voksne med covid-19. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2020/09/originalartikkel/underliggende-tilstander-hos-voksne-med-covid-19>

- Ranhoff, A., Schmidt, G., & Ånstad, U. (2007). *Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger. Oslo: Universitetsforlaget.*
- Regjeringen. (2020). *Tidslinje: myndighetenes håndtering av koronasituasjonen*. 2020: (sist faglig oppdatert 19. april 2021, lest 21. april 2021 Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/tidslinje-koronaviruset/id2692402/>
- Resnick, B. (2014). Resilience in Older Adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 30*, 155-163. <https://doi.org/10.1097/TGR.0000000000000024>
- Resnick, B., Klinedinst, N., Yerges-Armstrong, L., Choi, E., & Dorsey, S. (2015). The Impact of Genetics on Physical Resilience and Successful Aging. *Journal of aging and health, 27*. <https://doi.org/10.1177/0898264315577586>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology, 24*(2), 335-344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>
- Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health, 5*(1), e62-e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
- SBB. (2021). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>
- Schnell, T., & Krampe, H. (2020). Meaning in Life and Self-Control Buffer Stress in Times of COVID-19: Moderating and Mediating Effects With Regard to Mental Distress [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry, 11*(983). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.582352>
- Sinvani, L. (2020). The COVID-19 Pandemic: Experiences of a Geriatrician-Hospitalist Caring for Older Adults: Experiences of a geriatrician-hospitalist. *Journal of the American Geriatrics Society, 68*. <https://doi.org/10.1111/jgs.16481>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology, 5*, 10.3402/ejpt.v5.25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Sørensen, T., la Cour, P., Danbolt, L. J., Stifoss-Hanssen, H., Lien, L., DeMarinis, V., Pedersen, H. F., & Schnell, T. (2019). The Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire in the Norwegian context: Relations to mental health, quality of life, and self-efficacy. *The International Journal for the Psychology of Religion, 29*(1), 32-45. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10508619.2018.1547614>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Fagbokforl.
- Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology, 29*(5), 567-592. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00091-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00091-X)
- van Dyck, L. I., Wilkins, K. M., Ouellet, J., Ouellet, G. M., & Conroy, M. L. (2020). Combating Heightened Social Isolation of Nursing Home Elders: The Telephone Outreach in the COVID-19 Outbreak Program. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 28*(9), 989-992. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.026>
- Wells, M. (2010). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care, 10*(2), 45-54. <https://doi.org/https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v10i2.55>

-
- WHO. (2018). *Mental health: strengthening our response*. 2018, Mars 30. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- WHO. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report*, 73. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331686>
- Wild, K., Wiles, J. L., & Allen, R. E. (2013). Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology. *Ageing & Society*, 33(1), 137-158. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0144686X11001073>
- WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, (2018). <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- www.helsebiblioteket.no. Kunnskapsbasert praksis. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- www.lovdatab.no. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). 2001, Januar 01 Retrieved from <https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og>
- Wyller, T. B. (2020). «Hvileskjær» i pandemien må brukes tilbedre planlegging for de eldste.. *Tidsskr Nor Legeforen.*, (8). <https://doi.org/DOI:10.4045/tidsskr.20.0325>
- Zisberg, A. (2017). Anxiety and depression in older patients: the role of culture and acculturation. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28978328/>