



UiT Norges arktiske universitet

UiT Norges arktiske universitet

Hvordan erfarte ektefeller til sykehjemspasienter besøksrestriksjoner under koronapandemien?

-En kvalitativ studie

Antall ord:18374

Silje Marie Fagertun Kristiansen

Mastergradsoppgave i aldring og geriatrisk helsearbeid

HEL-3963 mai 2022

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Hensikt.....	2
1.2	Begrep og avklaringer, begrensninger.....	3
1.3	Oppgavens disposisjon	4
2	Teoretisk ramme.....	5
2.1	Sykehjem som bosted	5
2.2	Pårørenderollen.....	6
2.3	Ektefelle som pårørende til sykehjemspasient.....	7
2.4	Organisering av helsetjenester	8
2.5	Koronaviruset og nasjonal håndtering	10
2.6	Koronavaksine	12
2.7	Koronatiden, en ny tidsregning.	13
2.8	Korona på sykehjemmene.....	13
3	Forskningssøk.....	16
4	Metode.....	25
4.1	Fenomenologi og Hermeneutikk	25
4.2	Antonovsky's teorier om opplevelse av sammenheng	27
4.3	Utvalget av informanter	28
4.4	Forberedelser	29
4.5	Det kvalitative forskningsintervju	29
4.6	Forforståelse	31
4.7	Forskningsetiske overveielser.....	32
4.8	Metodekritikk	33
4.9	Transkripsjon av intervjuene	34
4.10	Analyse	35
5	Resultater.....	39

5.1	Utfordrende samhandling i pandemitid	40
5.1.1	Helsepersonell som kontaktformidler	40
5.1.2	Kreativ kontakt	41
5.2	Avstand som kostbar erfaring.....	43
5.2.1	Å stå utenfor	43
5.2.2	Avstand til den som er på sykehjem.....	44
5.2.3	Støtte og forsoning	45
6	Diskusjon.....	46
6.1	Utfordrende samhandling i pandemitiden	46
6.1.1	Helsepersonell som premissleverandør for kontakt	47
6.1.2	Erfaringer med digital kontakt	48
6.1.3	Alternativ kontakt.....	49
6.2	Avstand som kostbar erfaring.....	50
6.2.1	Emosjonell påkjenning	51
6.2.2	Avstand som påvirkning for relasjonen.....	52
6.2.3	Støtte og forsoning	53
7	Avslutning	55
7.1	Studiens styrker og svakheter	56
7.2	Kliniske implikasjoner og forslag til videre forskning	56
7.3	Avsluttende kommentarer -Noen refleksjoner fra forfatteren	57
	Referanseliste	58
	Vedlegg 1	63
	Vedlegg 2	66
	Vedlegg 3	69
	Vedlegg 4	72
	Vedlegg 5	73

Forord

Å skrive en masteroppgave har vært krevende, men også faglig utviklende. Det er på sin plass og takke alle som har hjulpet meg på veien mot målet.

Først og fremst vil jeg takke informantene som stilte opp og delte sine erfaringer og opplevelser.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Kirsti Skavberg Roaldsen, for veiledning, kloke ord og troen på at dette prosjektet skulle lande.

En spesiell takk til primus motivator og medstudent Lise.

Deretter vil jeg takke medstudentene mine på kullet for lærerike år med faglige diskusjoner og nye perspektiver

En takk til mine flotte kollegaer.

Takk til Liv-Mona for overnatting.

Takk til Frode, Frida, Tor-Even og Anna for tålmodighet og støtte på hjemmebane.

Takk til pappa som ga meg mot og viljestyrke.

Takk til min tante Eva som har stilt opp ved studiesamlinger de siste årene.

Sist, men ikke minst vil jeg takke min mor for utallige timer med hjelp i stallen med våre firebeinte venner. Det hadde ikke gått uten deg.

Silje Marie Fagertun Kristiansen

Ranum, 5.mai 2022

Sammendrag

Bakgrunn: Koronapandemien medførte beslutninger om inngrepene tiltak som gjorde at store deler av samfunnet stengte ned i mars 2020. Et av regjeringens tiltak var å innføre strenge besøksrestriksjoner som i praksis medførte stengte sykehjem. En konsekvens av dette, var at de pårørende ikke kunne møte sine nærstående fysisk, før besøksrestriksjonene ble redusert våren 2020. Ektefeller som pårørende utgjør en betydelig ressurs. For mange er det viktig å være involvert samt opprettholde kontakten og relasjonen med sine nærstående etter at de har flyttet inn på sykehjem. Med koronapandemien oppstod det et uventet brudd i besøks og kontaktmønster mellom ektefellen og den nærstående på sykehjem. Som sykepleier med mange års erfaring fra sykehjem, gjorde det dypt inntrykk at pasienter og pårørende ble adskilt under koronapandemien. Jeg ønsket derfor å gjennomføre en studie for å få innsikt i hvordan ektefeller erfarte det å bli stående utenfor.

Hensikt: Denne masteroppgaven har til hensikt å utforske og beskrive ektefellers erfaringer med besøksrestriksjoner i sykehjem under koronapandemien.

Problemstilling «*Hvordan erfarte ektefelle til sykehjemspasienter besøksrestriksjoner under koronapandemien?*»

Metode: Denne masteroppgaven er en kvalitativ studie som bygger på semistrukturerte intervju med fire informanter. I dataanalysen ble stegvis-deduktiv- induktiv (SDI) metode brukt.

Teori: Det teoretiske rammeverket er forankret i teori knyttet til sykehjem som bosted, ektefelle i pårørenderollen, organisering av helsetjeneste og nasjonal håndtering av koronapandemien. Det vitenskapelige perspektivet er basert på en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming og Antonovsky sine teorier om opplevelse av sammenheng.

Resultat og konklusjon: To hovedtema ble identifisert gjennom dataanalysen: «Utfordrende samhandling i pandemitid», og «Avstand som kostbar erfaring». Resultatene fra studien viser at ektefellene erfarte tiden med strenge besøksrestriksjoner som en emosjonell og utfordrende tid. Ektefellene var opptatt av å opprettholde forbindelse med sine ektemenn. De hadde varierende erfaringer med de alternative kommunikasjonsmetodene, som de benyttet seg av for å holde kontakt med sine ektemenn. Basert på resultatene fra denne studien er det usikkert om besøksrestriksjonene førte til endringer i relasjonene ektefellene hadde til sine menn. Familie og sosialt nettverk var viktige for ektefellene i denne studien for å finne aksept og ro i situasjonen

Nøkkelord: Eldre, ektefeller, korona, Covid-19, pårørende, samhandling, kommunikasjon, pandemi, sykehjem og besøksrestriksjoner

Abstract

Background: The corona pandemic led to decisions on invasive measures that led to the closure of large parts of society in March 2020. One of the government's measures was to introduce strict visitor restrictions that effectively resulted in closed nursing homes. One consequence of this was that married couple could not meet their spouses physically, until the visitor restrictions were reduced in the spring of 2020. Spouses as next of kin constitute a significant resource. For many, it is important to be involved and maintain contact and relationship with their spouses after they have moved into nursing homes. With the corona pandemic, there was an unexpected break in visiting and contact patterns between spouses. As a nurse with many years of experience it made a profound impression that patients and relatives were separated during the corona pandemic. I therefore wanted to gain insight into the experiences of the spouses regarding visitor restrictions.

Purpose: This purpose of the study is to explore and describe spouses' experiences with visitor restrictions during the corona pandemic.

Research Question: *"How did the spouse of nursing home patients experience visitor restrictions during the corona pandemic?"*

Method: A study with a qualitative research design was used. Data analysis was conducted using a stepwise-deductive inductive method. Semi-structured, individual interviews was used to collect data with four informants. **Theory:** The theoretical framework is rooted in theory related to nursing homes as a place of residence, spouse in the role of next of kin, organization of health services and national management of the corona pandemic. The scientific perspective is based on a phenomenological, hermeneutic approach and Antonovsky's theories of a sense of coherence.

Results and conclusions: Two main themes were identified through the data analysis: "Challenging interaction in pandemic time", and "Distance as a costly experience". The results of the study show that the spouses experienced the time of strict visitor restrictions as an emotional and challenging time. The spouses were set on maintaining the connection with their husbands. They benefited varyingly from the alternative methods of communication, which they used to keep in touch with their husbands. Based on the results of this study, it is uncertain whether the visitation restrictions led to changes in the relationships the spouses had with their husbands. Family and social network were important for the spouses in this study to find acceptance in the situation.

Keywords: Elderly, spouses, corona, Covid-19, next of kin, interaction, communication, pandemic, nursing home, visitor restrictions

1 Innledning

Jeg er oppvokst i ei lita grend med få barn på egen alder. Besteforeldrene var alltid hjemme, og barna var velkomne i alle hjem. Min farmor var en aktiv pensjonist som tok meg med på aktiviteter og tilstelninger hun var engasjert i. Min oppvekst har nok vært avgjørende for at jeg er blitt så glad i eldre mennesker. Året jeg fylte 18 år fikk jeg min første sommerjobb på skjermet demensavdeling. Det ble en sommer med mange fine møter med de eldre, og det stod klart for meg at sykepleieutdanning skulle bli min vei. Eldreomsorg som fagfeltet er spennende og mangfoldig. Det ble naturlig å ta en videreutdanning innenfor aldring og geriatri for å få en dypere kunnskap og utvikle mine fagkunnskaper

Som sykepleier er jeg spesielt engasjert i pårørendeomsorg. Jeg fikk selv erfaring med pårørenderollen da jeg sent i tenårene opplevde alvorlig sykdom blant en av mine nærmeste. Disse erfaringene er med i min ryggsekk og har gitt meg innsikt i hvordan det er å sitte på den andre siden av bordet. Min nærstående levde i mange år med sin sykdom, de siste månedene av sitt liv på sykehjem. Som sykehjemspasient var daglig kontakt med ektefelle vesentlig for hans trygghet og trivsel.

Gjennom mitt virke som sykepleier har jeg ført samtaler med ektefeller som forteller om vanskelige og emosjonelle beslutninger når deres livspartner flytter på sykehjem.. En ektefelle fortalte om sorg, dårlig samvittig og skyldfølelse over å svikte sin livspartner. Han og følte seg ansvarlig for å sette strek over et langt samliv og felles historie. Samtidig beskrev ektefellen mye av tiden fremover ville være knyttet til å være på sykehjemmet sammen med sin livspartner. Ektefellen gledet seg til at de kunne gjøre hyggelig ting sammen. Nå skulle han få lov til å «bare» være ektefelle.

Den dagen besøksforbud ble innført sykehjemsavdelingen jeg jobber på, var jeg på jobb og ble ansvarlig for å varsle pårørende. De pårørende jeg snakket med hadde forståelse for at helsevesenet måtte følge anbefalingen ved å stenge avdelingen for besøk.

En av de pårørende jeg snakket med viste forståelse for beslutningene samt at helsevesenet måtte forholde seg til regelverket, og at de sårbare må beskyttes. Videre beskrev den pårørende en dyp fortvilelse, fordi hennes tilstedeværelse var lyspunktet i ektefellens liv.

Denne samtalen gjorde et dypt inntrykk på meg, og ble utgangspunktet for min problemstilling i denne masteroppgaven.

1.1 Hensikt

Hensikten med studien er å få kunnskaper og innsikt i hvordan ektefeller til sykehjemspasienter erfarte besøksrestriksjoner ved sykehjem tidlig i koronapandemien. Koronapandemien oppstod som en uventet hendelse, og smittevern og besøksrestriksjoner medførte til endring i hvordan ektepar kunne holde kontakt. Jeg ønsker i denne studien å belyse ektefellenes kunnskap og erfaringer som pårørende til sykehjemspasienter under koronapandemien.

Pårørendeveilederen henstiller kommuner og helseforetak å tilrettelegge for god dialog med pårørende. Pårørendes synspunkter og erfaringer er verdifulle for kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017b). Det er viktig at helsepersonell som var nær på koronapandemien tar med seg lærdom og erfaringer videre, slik at helsetjenesten står bedre rustet dersom vi får en ny pandemi i fremtiden. Jeg håper at denne masteroppgaven med følgende problemstilling kan være et bidrag på forskningsfronten og bidra til kunnskapsutvikling.

Hvordan erfarte ektefeller til sykehjemspasienter besøksrestriksjoner under koronapandemien?

For å få en dypere innsikt har jeg stilt følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan opprettholdt ekteparene kontakt med hverandre tidlig i pandemien?
2. Hvordan erfarte ektefellene å ha en begrenset mulighet til å møte sine ektemenn på sykehjemmet?
3. Hvordan erfarte ektefellene at besøksrestriksjonene påvirket relasjonen de hadde til sin ektemann?

1.2 Begrep og avklaringer, begrensninger

Som begrensning i denne studien har jeg valgt å konsentrere meg om besøksrestriksjoner fra sykehjemmene ble stengt, med besøksstans for pårørende i mars 2020, og til tiden der besøksrestriksjonene ble myknet opp og ektefellene kunne møtes fysisk på ulike måter i henhold til de rådene smittevern og anbefalinger våren 2020.

I rekrutteringsprosessen var den ingen avgrensning i forhold til sykdomsbakgrunn til ektefellen på sykehjemmet. Denne studien har søkelys på hustruene og deres opplevelser. Jeg har anvendt teori og forskning om pårørende med pasienter med demens fordi demens er en vanlig sykdom blant sykehjemspasienter. Følgende definisjoner er inkludert i oppgaven:

Demens: «Demens er et ervervet hjerneorganisk syndrom hos en voksen eller eldre person. Syndromet kjennetegnes ved svekket kognitiv kapasitet med redusert evne for hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til nedsatt evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endre atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid» (Engedal, Haugen, Brækhus & Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og, 2018, s. 18)

Samhandling: «Samhandling, interaksjon, er en betegnelse på samspill eller vekselvirkning mellom to eller flere aktører som er i aktivitet med hverandre. Vanligvis er samhandling knyttet til en eller annen form for direkte kommunikasjon» (Noack & Tjora, 2018)

Relasjon: «Relasjon betyr forhold, forbindelse, (årsaks)sammenheng eller samhörighet» (Aubert, 2020).

Ektefelle: Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke ordene ektefelle, deltaker, pårørende og informant om hverandre i oppgaven for at oppgaven skal bli mindre monoton.

Pandemier defineres som utbrudd av infeksjonssykdommer som sprer seg globalt og rammer mange mennesker. En pandemi kan oppstå når et nytt virus som befolkningen ikke har immunforsvar til å håndtere begynner å sirkulere (Folkehelseinstituttet, 2011).

Avstand som kostbar erfaring: Jeg etablerte dette som et begrep i oppgaven, for å beskrive en emosjonell kostnad forbundet med avstand som kan oppstå i relasjonen, både fysisk og emosjonelt.

1.3 Oppgavens disposisjon

I kapittel 2 vil jeg presentere den teoretiske rammen og konteksten som ligger til grunn for denne studien.

I kapittel 3 Vil jeg redegjøre for litteratursøk og presentere tidligere forskning innenfor mitt tema.

I kapittel 4 vil jeg presentere den kvalitative metoden og prosessen som ledet frem til mine resultater.

I kapittel 5 vil jeg presenterer resultatene i studien.

I kapittel 6 vil jeg drøfte resultatene i en diskusjon.

I kapittel 7 Vil jeg avslutte og reflekterere over studien

2 Teoretisk ramme

I dette kapitlet presenteres relevant informasjon som bidrar til å sette oppgaven i en kontekst. De ulike delene skal bidra til å bygge en helhetlig forståelse. Ved å utforske hvordan ulike momenter kan henge sammen og påvirke hverandre, kan innsikten videreutvikles i rammen av ulike teoretiske vinklinger som kan øke forståelsen av ektefellers erfaringer ved å stå i en utfordrende situasjon.

2.1 Sykehjem som bosted

Det bor ca. 40 000 beboere på norske sykehjem (Statistisk sentralbyrå, 2020). De fleste av landets sykehjemsbeboere bor på offentlige omsorgsinstitusjoner, og er eldre i aldersgruppen 80-90 år. Årsaker for at den eldre ikke lengre kan bo i eget hjem, er ofte en kombinasjon av sykdomstilstander. Redusert funksjonsnivå, kognitive utfordringer og behov for et høyere omsorgsnivå for å ivareta egen helse danner grunnlag for en sykehjemsplass (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014).

Det er anslått at 80% av landets sykehjemsbeboere med langtidsplass har kognitiv svikt eller demensdiagnose (Folkehelseinstituttet, 2014). For denne pasientgruppen er det viktig at de ansatte får opplæring og kompetanse om personsentrert omsorg. Kommunikasjon, miljørettet tiltak og kjennskap til andre kommunale tiltak pasienten kan ha nytte av, er viktig for å gi et helhetlig tilbud.

Ved overgang til sykehjem er som regel pårørende og helsetjenesten involvert. Pasienten har ifølge § 2-1 rett til opphold til sykehjem eller tilsvarende helse og omsorgs tilbud, dersom dette er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten nødvendige og forsvarlige helse og omsorgstjenester (Helse-og omsorgsdepartementet, 1999). Pasienten har ifølge § 3-1 i pasient- og brukerrettighetsloven, rett til å medvirke ved avgjørelser knyttet til gjennomføring av helse og omsorgstjenester. Ved manglende samtykkekompetanse ved for eksempel demenssykdom, er det pasientens nærmeste pårørende som har rett til å medvirke sammen med pasienten (Helse-og omsorgsdepartementet, 1999).

Sykehjem er for mange eldre det siste bosted. Rundt 47 % av den norske befolkningen dør her (Holm & Husebø, 2015). For pasienter med vedtak om langtidsplass var gjennomsnittlig bo

og levetid på institusjon regnet til to år i 2016. Blant disse døde 28% innen de første 6 månedene (Helsedirektoratet, 2017a).

Sykehjemspasienter regnes som en sårbar gruppe grunnet høy alder i kombinasjon med komorbiditet. Dette medfører at pasientgruppen er mindre motstandsdyktig ved infeksjonssykdommer, og er utsatte for å få alvorlige sykdomsforløp dersom de skulle bli rammet (Helsedirektoratet, 2020b).

2.2 Pårønderollen

De fleste mennesker må på et tidspunkt i livet forholde seg til at sykdom rammer en nærstående, for en kortere eller en lengre periode. Pasient og brukerrettighetsloven definerer pårørende, som den pasienten velger som sin nærmeste. Ektefelle, samboer eller partnere blir som regel automatisk valgt, forutsatt at det ikke foreligger innsigelser fra pasient. (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Dersom pasienten samtykker, har nærmeste pårørende rettigheter til innsyn og informasjon knyttet til pasientens helse. Hvis en pasient har en demenssykdom som er av en slik grad at pasienten åpenbart ikke er i stand til å ivareta egne interesser, har pårørende ifølge lovparagraf 3-3, rett til å motta samme informasjon som pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

«Pårørende er en viktig ressurs. Med dette menes at pårørende kan være sentrale bidragsyttere og støttespillere for sine familiemedlemmer eller andre nære ved at de kjenner den enkelte og deres behov» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 8).

Det er beregnet av ca. 800 000 nordmenn befinner seg i en omsorgsrolle. Familieomsorg, også kalt uformell omsorg er estimert til å utgjøre 136 000 årsverk, som er litt i underkant av det den profesjonelle omsorgen yter med sine 142 000 årsverk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Regjeringen utformet i 2020 en pårørendestrategi og handlingsplan for årene 2021-2025, Vi- de pårørende. Denne strategiplanen er et resultat av samarbeid med innspill fra pårørende, bruker-pårørende organisasjoner, ulike fag og kompetansemiljøer og andre interesserte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Denne planen anerkjenner de pårørende som omsorgspersoner, og verdsetter de pårørende som en ressurs som ikke må tas forgitt. Gjennom en god og helhetlig ivaretagelse, med tidlig

innsats, settes de berørte i stand til å mestre pårønderollen kombinert med sin livssituasjon. Strategiplanen tar sikte på at barn som pårørende ikke skal ha omsorgsansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Pårørendestemmen i denne strategiplanen uttrykker at for de pårørende er det viktigste at deres nærstående får et kvalitativt tjenestetilbud, og blir ivaretatt på en trygg måte. Pårørende oppgir at de har behov for informasjon om rettigheter, støtterordninger og hjelpetiltak. I møtet med helsevesenet ønsker pårørende å bli møtt med respekt og empati og at helsepersonell ser mennesket, ikke bare sykdommen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

2.3 Ektefelle som pårørende til sykehjemspasient

«Når den ene ektefellen flytter til institusjon, trues fellesskapet i relasjonen. Flyttingen medfører både en fysisk og mental adskillelse for ektefellene, og følelsen av å være alene melder seg. Besøk i institusjonen er viktig for å kunne opprettholde rollen som ektefelle og styrke samhørigheten» (Førsund et al,2015:(Rokstad & Smebye, 2020)

Som ektefelle og livspartnerer deler de fleste hverdag og felles livshistorie. Når hustru eller ektemann blir rammet av sykdom og har behov for helsetjenester, blir også ektefellen berørt. Pårørende er en viktig ressurs som omsorgsgivere og pådrivere for å ivareta pasientens interesser. Med sin kjennskap til pasientens livshistorie og verdier bidrar pårørende med verdifulle opplysninger, som gir helsevesenet en bedre forståelse av pasientens behov og ønsker.

For mange ektefeller kan det oppleves meningsfullt å stille opp og hjelpe partneren i dagliglivet. Fellesskapsfølelse og tilknytning til den andre, kan være motivasjon for at samlivspartnerer strekker seg langt for å hjelpe den andre (Rokstad & Smebye, 2020). For pasienten kan omsorgen fra en ektefelle være avgjørende for muligheten til å leve et selvstendig liv i eget hjem til tross for sykdom. I relasjoner der samlivspartneren for eksempel rammes av demens, kan det være utfordrende og emosjonelt å være vitne til endringer denne sykdommen medfører for den som er rammet. Samvittighet, pliktfølelse, økonomi og forventninger kan være drivende faktorer for at pårørende utsetter en sykehjems overgang (Rokstad & Smebye, 2020). Pårørende til pasienter med demens har ofte en langvarig omsorgsbelastning, og er sårbare for å utvikle fysiske eller psykiske helseplager som følge av tyngende omsorgsbelastning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Overgang til sykehjem blir som regel foreslått av andre enn ektefellen, og er ofte ekspertdrevet. Ektefeller beskriver overgangen som emosjonell og tung. Flere oppgir at de føler usikkerhet og har lite innflytelse i overgangsfasen (Lundh, Sandberg & Nolan, 2000). Ektefeller er som regel en viktig ressurs for pasienten etter overgang til sykehjem. Besøk er viktig for å opprettholde kontakt og relasjon i forholdet, men er også med å holde orden på praktiske ting i hverdagen, som klær og økonomiske anliggender. Ektefellen bidrar ofte med å opprettholde pasientens sosiale liv ved å formidle kontakt og nyheter om familie, venner, og nettverk. Davies & Nolan. (2006) viser at pårørende må redefinere sin rolle når pasienten flytter fra hjem til sykehjem. Det er viktig for de pårørende at personalet blir kjent med pasientens personlighet samt får god pleie og omsorg. De pårørende vektlegger ønsket om å beholde den spesielle forbindelsen i relasjonen, for å styrke den nærstående sin identitet og livskvalitet etter å ha flyttet inn på sykehjem (Davies & Nolan, 2006b).

2.4 Organisering av helsetjenester

Helsetjenesten er organisert i to deler, primær og spesialisthelsetjenesten. Landets kommuner mottar økonomiske tilskudd fra staten, men er selv pliktig til å drifte og sikre helsetjenester til sine innbyggere. Tilgang til fastlege, akutthjelp, helsetjenester i hjemmet og sykehjem mfl. inngår i denne tjenesten. Spesialisthelsetjenesten er statlig drevet og er delt inn i regionale foretak etter landets geografi. De regionale foretakene er ansvarlig for drift av sykehus og de spesialiserte helsetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Fastlegen er ofte den som henviser og koordinerer tiltak utfra pasientens behov og medisinske helsesituasjon. Flere eldre bruker fastlegen regelmessig. Pasienter i aldersgruppen >67 år utgjør 24% av konsultasjonene hos fastlegen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 37).

I følge helse- og omsorgsloven er kommunene ansvarlig for helse og omsorgstjenester, og skal tilby tjenester som for eksempel legevakt, helsestasjonstjeneste, dagsenter og heldøgns institusjonsplass (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Kommunene har handlefrihet til å utforme, tildele og organisere forsvarlige helsetilbud ut fra rådene ressurser og lokaltilpasning. Tjenestene skal utføres i samspill med pasient og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

Forskriften om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene har som formål å sikre at kommunene yter helse og omsorgstjenester til de med behov hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Kommunene må opprettholde gode systemer med nedfelte prosedyrer

som sikrer pasientene koordinerte, fleksible og helhetlige tjenestetilbud. Tjenestene skal utføres i tråd med verdier som respekt for menneskets iboende autonomi, integritet og livsførsel (Sosialdepartementet, 2003).

Noen kommuner bruker omsorgstrappen som en rettesnor i pasientforløp. Denne skisserer tiltakskjeder tilpasset den enkelte pasients behov. Eksempelvis nevnes helsefremmende tilbud som dagsenter, hjelpemidler og praktisk bistand på de lave trinnene i trappa, mens økende sykdom og funksjonsnedsettelse har mer omfattende helsetjenester som heldøgns tilbud. Sykehus og spesialisthelsetjenesten plasseres på de øverste trappetrinnene (Helsedirektoratet, 2016).

De første sykehjemmene i Norge ble bygget på 1950 tallet. I 1970-årene var det en stor tiltaksatsning på utbygning av sykehjem over hele landet, og eldreomsorgen dreiet mot en institusjonell eldreomsorg. Sykehjem og institusjoner tilbyr heldøgns omsorg og pleie. De gir pasientene et samordnet tilbud med lege, sykepleie og fysioterapitjeneste (Kirkevold et al., 2014). Opphold i institusjon kan være fra kortvarige avlastning og rehabiliterings tilbud til langvarige og permanente botilbud. Rommene skal etter hovedregel være enerom, men med muligheter for to dersom par ønsker å bo sammen. Ved langvarige opphold har vedkommende rett til å ta med møbler og personlige eiendeler. Beboerne skal ha muligheter til å ivareta personlige interesser, livssyn og fritt kunne motta besøk (Helse- og omsorgsdepartementet, 1989).

Det siste tiåret ses en dreining fra institusjon mot hjemmebaserte tjenester. Dette er basert på kunnskap om at eldre har det best i eget hjem, så lenge de får støtte og nødvendig hjelp (Kirkevold et al., 2014). Regjeringen lanserte i 2018 kvalitetsreformen *Leve hele livet*. Denne reformen setter søkelys på livskvalitet og verdighet for eldre, og hvilke faktorer som bidrar til at eldre kan leve gode og selvstendige liv. Noen av kjerneverdiene i denne reformen er å gi eldre og deres pårørende økt livskvalitet, glede og trygghet i hverdagen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

2.5 Koronaviruset og nasjonal håndtering

I mars 2020 ble ny type smittsomt koronavirus verifisert, og gitt navnet SARS- Cov2. Viruset ble først påvist i Kina, Wutang området. Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI), antas det at en flaggermuskoloni er arnestedet, og at smitten ble overført indirekte via dyr eller direkte til mennesker (Folkehelseinstituttet, 2020a). Verdens helse organisasjon (WHO) erklærte 11. mars 2020 koronaviruset, SARS- Cov2 og Covid-19 for en pandemi og en folkehelsekrise. På det tidspunktet var 20 000 bekreftet smittet med 1000 dødsfall registrert i Europa. På bakgrunn av disse tallene samt utviklingen av smittetilfeller i opprinnelseslandet, ble det forventet at smitten ville spre seg ytterligere. Dette ble vurdert å utgjøre en trussel for personer med en sårbar helsetilstand. WHO oppfordret landene til å forberede seg og utarbeide handlingsstrategier for pandemihåndtering. Det ble anbefalt å tenke forebyggende og senke spredningshastigheten for å ikke overbelaste helsetjenester. WHO foreslo tiltak som sosial avstand, karantene, stenge skoler, fleksible jobbløsninger, begrense folkemengder samt bruk av offentlig transport. Størst risiko ble vurdert å være knyttet til de eldste, og de med underliggende sykdommer.

“COVID-19 impacts the elderly and those with pre-existing health conditions most severely. In a spirit of solidarity, we all have to be ready to contribute our part to protect those people at highest risk. As individuals, practising good hygiene and prevention measures as well as applying measures of social distancing, including avoiding crowded places, continue to be very important” (World Health Organization, 2020).

Norske helsemyndigheter valgte å følge WHO anbefalinger. Det ble i tillegg fremmet en midlertidig koronalov. Denne hadde til hensikt å gi myndighetene handlingsrom for å ta nødvendige grep samt fatte beslutninger lineært med utviklingen i pandemien. Formålet med loven var å opprettholde grunnleggende funksjoner i samfunnet samt redusere konsekvensene av tiltak. Dette var viktig for å ivareta enkeltmennesket og næringsliv, slik at disse ikke ble så hardt rammet økonomisk (Justis-og beredskapsdepartementet, 2020b).

Regjeringen opprettet ulike økonomiske tiltak for å hjelpe nærings og kulturliv. Koronaloven sikret for eksempel at en lang søknadsprosess for velferdsytelser ble kortet ned. Skoler, barnehager og mange norske arbeidsplasser sendte sine ansatte hjem rundt 12. mars 2020. Digital teknologi og hjemmekontor ble den nye hverdagen, og avgjørende for at skole og arbeidsliv skulle fungere. Elever på landets skoler fikk digitale klasserom for undervisning.

Barn og ungdom ble oppfordret til å ha en digitalarena på fritiden for å være sosial og forebygge ensomhet.

Flere av yrkesgrupper som for eksempel helsepersonell kunne ikke utføre sine jobber digitalt fra hjemmekontor. Det ble derfor gjort vurderinger på hvilke yrkesgrupper som var samfunnskritiske funksjoner. Myndighetene besluttet at helse, forsvar og nødetater med flere var samfunnskritiske og ble opprettholdt. Det ble også tilrettelagt for personell med samfunnskritiske oppgaver, slik at de fikk dekket behovet for barnepass i barnehager og skolefritidsordninger (Justis- og beredskapsdepartementet, 2020a).

På lokalt plan fikk kommuneoverlegene ansvar for å overvåke og holde en epidemiologisk oversikt over antall smittede, dødsfall, utbrudd av smitte i institusjoner som sykehjem, skoler, barnehager, vaksinasjonsdekning i aldersgrupper, sykefravær blant kommunalt ansatte. Det ble gjort en prioritering for å sikre at kommunen hadde personell og gjennomføringsevne til å følge opp vaksiner og oppgavene til smittesporingsteamene (Folkehelseinstituttet, 2020a). Ved smitteutbrudd skulle FHI og andre samarbeidspartnere varsles i henhold til MSIS-forskriften §§ 3-3 og 3-4, jf. smittevernloven § 2-3.

Medio mars 2022 var det i Norge registrert 1664 koronarelaterte dødsfall siden februar 2020. Blant de døde var 979 personer i aldersgruppen 80 år og eldre (Folkehelseinstituttet, 2020b).

Siden mars 2020 har det versert flere ulike koronavirusvarianter i samfunnet. På nasjonalt plan har folkehelseinstituttet den overordnende oversikten med ansvar for å veilede og gi hjelp til kommunene.

Etter den første nedstengningen ble det vurdert at strategien for å bremse en smittespredning var virkningsfull. Regjeringen besluttet som en følge av dette, at samfunnet gradvis skulle gjenåpnes på en kontrollert måte. I månedsskifte april/mai 2020 åpnet barnehager, skolefritidsordninger og småskoletrinnet. Samfunnet har gradvis åpnet opp i takt med bedring av smittesituasjon og økt vaksinerings.

2.6 Koronavaksine

Jeg har valgt å skrive om vaksineutvikling selv om den ikke var tilgjengelig ved besøksrestriksjonene tidlig i koronapandemien. Grunnen for mitt valg er at utvikling av vaksinen ble vesentlig for samfunnets gjenåpning, og min mulighet for å møte og intervju informantene fysisk.

Det ble tidlig i pandemien et samlet internasjonalt søkelys på forskning for å utvikle en vaksine mot Covid-19 viruset. Norge med Solbergregjeringen i spissen, var tidlig ute og markerte at Norge ønsket å bidra økonomisk i den internasjonale dugnaden for vaksineutviklingen og den globale helsesikkerheten (Regjeringen, 2020). En rekke selskaper innenfor forskning og bioteknologi jobbet iherdig for å utvikle en kurativ behandling. De første vaksinene som ble godkjent av europeiske og norske legemiddelmyndigheter var mRNA vaksinene Comirnaty fra BioNTech og Pfizer som fikk sine godkjenninger 21.12.2020 (Folkehelseinstituttet, 2020b) De første 10 000 vaksinedosene ble levert til Norge i romjulen 2020. Ettersom høy alder og underliggende sykdommer var risikofaktorer for alvorlig sykdom og død, var FHI sin anbefaling at de første vaksine dosene skulle forfordes til sykehjemsbeboere. Deretter var prioriteringen eldre over 65 år og personer mellom 18-64 med underliggende sykdom (Helse-og omsorgsdepartementet, 2020).

Den 03 februar 2021 meddelte helse og omsorgsminister Bent Høye til pressen at sykehjemsbeboere med 2 vaksiner var godt beskyttet og kunne ha nærkontakt med sine kjære igjen (Zondag, 2021).

Etter hvert som Norge fikk flere leveranser av vaksiner første halvår 2021 ble de fordelt og distribuert ut til kommunene, som en del av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet. Vaksinen var gratis, og staten tok regningen for å dekke kostnadene til kommunene og helseforetakene i forbindelse med massevaksineringen. I løpet av koronapandemien har nordmenn fått tilbud om å ta 3 vaksinasjoner for å forhindre alvorlig sykdom ved koronasmitte.

2.7 Koronatiden, en ny tidsregning.

Begynnelsen av pandemien var for mange preget av usikkerhet. Det var lite kunnskap om viruset, og det fantes ingen kur mot den usynlige fienden. Nyhetsbildet var preget av et hardt rammet Europa, hvor helsepersonell jobbet utrettelig på sykehus og sykehjem for å redde alvorlig syke pasienter med Covid-19. Bilder av utslitt helsepersonell med tydelige merker i ansiktet etter verneutstyr, gjorde dype inntrykk på mange. Helsepersonell ble også smittet, der noen døde som en følge av å ha blitt smittet på jobben. Det ble laget gripende reportasjer om familier som ikke fikk tatt et siste farvel, fordi de pårørende ikke fikk slippe inn på helseinstitusjoner grunnet risiko for smitte. I vårt naboland Sverige, var forekomsten av smitte på sykehjem særlig høy i begynnelsen av pandemien. Sverige fikk en del kritikk for dårlig implementering av smitteverntiltak rundt sykehjem. En konsekvens av dette var at Sveige var blant de landene i Europa med høyest overdødelighet i befolkningen april 2020. (Statistikmyndigheten, 2021).

I Norge valgte vi en strategi mer i tråd med “føre var”- prinsippet og WHOS anbefaling. Den 14.03.2020 sendte helsedirektoratet ut første tiltak som gjelder beboere på sykehjem og omsorgsinstitusjoner til landets fylkesmenn og kommuner.

«For å beskytte sårbare pasienter og brukere mot smitte er det nå nødvendig med adgangskontroll og alminnelig besøksstans i alle landets offentlige og private helse- og omsorgsinstitusjoner, samt i fellesarealer i omsorgsboliger mv. Tiltakene må omfatte alle besøkende, inkludert pårørende til beboere og pasienter, frivillige hjelpere og andre som leverer tjenester og bidrar med aktiviteter ved institusjonen» (Helsedirektoratet, 2020a).

Dette medførte at dørene ble stengt de første månedene etter pandemiens utbrudd, slik at det ikke var mulighet for pårørende å besøke sine nærmeste på nevnte institusjoner.

2.8 Korona på sykehjemmene

Da sykehjemmene stengte var det kun strengt tjenstlige behov som ga nødvendig helsepersonell adgang til helseinstitusjonene. Tjenester som fysioterapi, frisør samt sosiale tilbud driftet av frivillige, ble vurdert å ikke representere nødvendige behov. Disse ble derfor kuttet som en konsekvens av nedstengningen. Pasientene sin sosiale kontakt bestod hovedsakelig av omgang med ansatte og medboere på avdelingen. Personalet ble anbefalt å holde meteren som ellers i samfunnet samt sette søkelys på smittevern i avdelingene.

Nasjonal kartlegging viser at det var mangel på smittevernsutstyr i beredskapslager, og at sykepleiere ble bedt om å være sparsommelig i bruk av smittevernsutstyr (Melby, Thaulow, Lassemo & Ose, 2020). I en undersøkelse gjennomført av Norges sykepleie forbund, som Aftenposten fulgte opp, beskriver sykepleiere deres frykt for å bringe smitten inn på sykehjemmene til pasientene (Dommerud, Torset & Thoresen, 2020).

Sykefraværet blant helsepersonell i 2020 var det høyeste innen alle bransjer med en økning i sykemeldinger på 7,4 % sammenlignet med 2019 (Bergsagel, 2021). Økt sykefravær og personellmangel medførte en høyere arbeidsbelastning på det gjenværende personellet i avdelingen. Hver tredje sykepleier erfarte endringer i arbeidstid og turnus som en følge av koronasituasjonen (Melby et al., 2020)

Den 20 mars publiserte forskere ved verdighetscenteret en artikkel, der sykehjemmene ble anbefalt å gjøre forberedende samtaler med pasient og pårørende, for å utarbeide palliative planer i lys av at den ekstraordinære situasjonen (Verdighetscenteret, 2020). Ved mistanke om smitte ble pasientene i all hovedsak isolert på egne rom. Personalet måtte da bruke smittevernsutstyr ved all pasientkontakt. For pasienter med fremskreden demenssykdom og sansesvikt kunne dette fremstå som uforståelig og utfordrende. Det oppstod diskusjoner rundt etiske dilemma om hvor inngripende tiltak som kunne aksepteres i den hensikt å beskytte pasienter samt hindre smittespredning (Fonn, 2020).

Melby et al. (2020) viser til at Covid-19 smitte kom inn på sykehjemmene og sirkulerte før den ble oppdaget. Dette førte til at nærkontakter og ansatte ble satt i karantene. Arbeidsforholdene ble uoversiktlige og pasientene som døde som en følge av Covid-19-sykdom hadde en mer besværet og dramatisk dødsprosess enn sykepleierne var vant til (Melby et al., 2020).

Helsedirektoratet gikk våren 2020 ut med en anbefaling som oppfordret helse og omsorgstjenester å bidra med tilrettelegging for kontakt mellom pasient og pårørende ved bruk av digitale løsninger.

«Når lokale smitteutbrudd medfører begrensninger på fysisk kontakt mellom pasienter/brukere og pårørende, bør virksomheten aktivt legge til rette for kontakt for eksempel gjennom sosiale medier eller video» (Helsedirektoratet, 2020b).

Det viste seg å være store differanser vedrørende hvordan omsorgsinstitusjoner operasjonaliserte de ulike besøksrestriksjonene og Helsedirektoratet fikk i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å vurdere de etiske dilemmaene, herunder at alvorlig syke ikke kunne ha kontakt med sine pårørende, tilrettelegging av besøk i henhold til smittevern samt aktivitetsstimulerende tiltak for sosialisering av isolerte pasienter. På bakgrunn av denne rapporten ble det utarbeidet en egen veileder som ble lansert i desember 2020 for besøkende i helse og omsorgsinstitusjoner (Helsedirektoratet, 2020a).

3 Forskningssøk

Jeg har gjort litteratur og forskningssøk jevnlig under arbeidet med studien. Ved forbedrende søk våren 2020, fant jeg lite forskning knyttet til temaet jeg undersøkte. Dette kan ha en sammenheng med at det tar tid å bygge erfaringer, og gjøre de tilgjengelig i videre forskning. Dessuten var fokuset tidlig i korona pandemien rettet mot kurativ behandling og vaksineutvikling.

Forskningsfronten på korona og Covid-19 har vært dynamisk og har endret seg hurtig. I mine søk har jeg laget ulike søkekombinasjoner med følgende ord: Korona, Covid-19, pårørende, ektefelle, sykehjem, erfaringer, spouse, partner, next of kin, nursing home, longtime care facilities, experiences, caregiver. I mine søk fant jeg ut at ved å legge caregiver eller omsorgsgiver i søk sammen med ektefelle, spouse, partner, fant jeg flere artikler.

Jeg har brukt databaser som Oria, Sykepleieforskning, Aldring og helse, Eppi centre og Idunn. Ansatte ved universitetsbiblioteket hjalp meg å opprette en søkestreng på databasen Ovid (Medline), slik at der har jeg fått tilsendt oppdateringer ved relevante artikler. Jeg har funnet flere artikler ved å lese referanselister. Medstudenter som var kjent med min forskning har sendt meg aktuelle artikler. Jeg har også brukt avhandlinger skrevet av tidligere bachelor og masterstudenter.

Ved artikkelsøk ble det viktig å finne artikler med relevans for tematikken i denne masteroppgaven. I vurderingen så jeg på overskrift, sammendrag av artiklene, fagfelle vurdering og at valgte artikkel var publisert av seriøse tidsskrifter. Jeg valgte å sette en sluttstrek for mine forskningssøk 1 april 2022.

Eksempler på noen av mine søk:

I Oria 29 treff med søkeordene: *spouse or partner and nursing home or long-time care facility and experiences.*

I Oria 59 treff med søkeordene: *ektefelle erfaringer sykehjem*

I Aldring og helse 13 treff med søkeordene: *korona+sykehjem+ pårørende+ erfaringer.*

I Sykepleien Forskning: 11 treff på søkeordene: *korona+sykehjem+ pårørende+ erfaringer*

Ovid (Medline) 28 treff på søkestrengen med ordene: *spouse or partner or caregiver and nursing home or long-time care facility and covid-19 or corona.*

Jeg vil her presentere de artiklene jeg har valgt å inkludere i oppgaven. Artiklene presenterer kunnskap fra ulike vinkler knyttet til problemstillingen i denne oppgaven

Nash, Harris, Heller & Mitchell. (2021) har i sin studie undersøkt erfaringene til pårørende som omsorgsgivere under tiden med besøksrestriksjoner knyttet til Covid-19 pandemien. Hovedvekten blant deltakere i studien var døtre. De beskriver at lav bemanning, neglisjerte omsorgsbehov, fraværende sosial og mental stimulans, var noe som medvirket til at deres nærstående på sykehjemmet forfalt fysisk og kognitivt. Pårørende beskriver sine følelser med ord som sorg, maktesløshet, hjertesorg, panikk, sinne og forferdelse med flere. Videre beskriver de metoder for å holde forbindelse, som digitale løsninger, vindu eller utendørsbesøk. Deltakerne beskriver at for noen vekket slike kontaktløsninger assosiasjoner til at deres nærstående er i fengsel. Dette bidro til å forsterke emosjonene i negativ retning. Resultatene fra studien viser at brudd i omsorgsrelasjonen, besøksrestriksjoner, og å være vitne til at deres nærstående forfalt, hadde innvirkning på de pårørendes egne mentale helse (Nash, Harris, Heller & Mitchell, 2021).

Molvik (2019) gjennomførte en masterstudie som undersøkte, hva som kjennetegner eldre som brukere av sosiale medier. Studien hentet sitt tallmateriale fra tversnittundersøkelsen til Norwegian Survey, Health and Ageing (NORSE) bølge 2, NORSE2 gjennomført i 2018. NORSE er en undersøkelse om helse og livstil blant innbyggere i Oppland fra 60 år og oppover. Utvalget er delt inn i tre aldersgrupper: 60-69 år, 70-74 år, 75-79 år og er tilfeldig trukket ut fra folkeregisteret, med sikte på å være like mange deltakere i hver av de tre aldersgruppene. Blant 2000 inviterte deltok 321 personer i undersøkelsen. Spørreskjemaet var rettet mot hvilken type sosiale medier (Facebook, Instagram, Snapchat) eldre bruker for å holde kontakt med barn, barnebarn og bekjente samt frekvensen for sosial kontakt via disse sosiale mediene.

Forskeren trekker frem at det var flere funn blant variablene, for eksempel at det var flere blant de eldste som aldri brukte sosiale medier, at flere med høyere utdanning brukte sosiale medier vs. de med lav utdanning og kjønnsmessig at det var en tendens at det var flere kvinner enn menn som brukte sosiale medier. Disse funnene var ikke lengre statistisk signifikante etter justering for alder. Konklusjonen for studien er at det er et signifikant

forhold mellom alder og bruk av sosiale medier. De eldste bruker sosiale medier i langt mindre grad, enn de unge eldre. En mulig forklaring som trekkes frem er forskjeller i kunnskap om teknologi mellom generasjonene samt at eldre kan være mer skeptisk til bruk av sosiale medier (Molvik, 2019).

O'Rourke et al. (2021) utforsker hvordan strenge restriksjoner påvirker trivsel og hverdagsliv for pasienter med demens diagnose og deres pårørende. Funnene ble triangulert mot diskusjoner på internett i ulike forum for personer med demens samt andre med relevans for studien. De valgte å kategorisere datamaterialet i tre hovedkategorier, de som klarte seg godt med mindre eller få utfordringer, de som klarte seg med noen utfordringer og de som har særlige vanskeligheter. Innenfor de tre kategoriene kunne man se hvordan deltakernes sosiale og mentale «robusthet» påvirket hvor godt de håndterte situasjonen. Studien konkluderte med at Covid-19 tiltakene var utfordrende for alle, men de medførte en større belastning for pasienter med mild til moderat grad av demens og deres pårørende. Forskerne fremhever at personsentrert tilnærming for ivaretagelse av pasienter og pårørende som er mindre robust, er viktig for å kompensere for deres vansker med å håndtere hverdagen (O'Rourke et al., 2021).

Backhaus et al. (2021) undersøker mulige konsekvenser av nedstengninger og besøksrestriksjoner for pasienter, pårørende og helsepersonell. Første nedstenging og koronabølge tar utgangspunkt i perioden mars og april 2020. Respondentene i denne studien er helsepersonell ved sykehjem. Funnene i studien viser at sykehjemmene håndhevet besøksrestriksjonene ulikt basert på smittesituasjon. Det hevdes at en del av pasientene hadde fallert kognitivt under nedstengningen. Pasientene fikk det bedre og ble mer positive da besøksforbudet ble opphevet. De fleste kunne gjenoppta de sine aktiviteter høsten 2020. Tallene viser at pårørende var bekymret for å trekke smitte inn på sykehjemmet, men at de tok ansvar i forhold til smittevern ved besøk. Helsepersonellet hevder at de følte seg trygge på jobb med tanke på smittesituasjonen, men at de erfarte høyt arbeidspress, blant annet som følge av sykefravær. Resultatene viser at sykehjemmene gjorde selvstendige vurderinger ved gjenåpningen. De måtte finne et balansert kompromiss mellom akseptabel risiko, der faktorene som behovene til ansatte, pasientene og de pårørende måtte avveies mot smittevernhensynene. Langtidskonsekvensen av å anse besøk av pårørende som truende for pasientens helse kan ha fått innvirkning på forholdet mellom pasient, pårørende og helsepersonell (Backhaus et al., 2021).

I forskningsstudiene til **Eriksen et al. (2022)** studeres aldersgruppen $70 \geq$ år, og deres bruk av skjermbaserte medier. Hensikten med studien var å få innsikt i gruppens digitale vaner i en pandemitid, der eldre ble oppfordret til selvisolering samtidig som de skulle opprettholde sosial kontakt med eget nettverk. Resultatene fra studiet viser at nesten alle respondentene i undersøkelsen brukte skjermbaserte medier. En høy andel av deltakerne brukte daglig skjermbaserte medier som sosial plattform. Tallene viste at flere kvinner enn menn brukte tid på slike medier. Aldersmessig fordeling viste at de under 80 år brukte mer tid på skjermbaserte medier, enn de med høyere alder. Forskerne oppfordret til mer forskning på eldre over 80 år, som ikke har brukt skjermbaserte medier som kilde til kommunikasjon under pandemien, samt eldre som har få i sitt nettverk. Forskerne konkluderer med at det derfor bør rettes fokus på å forebygge digitalt utenforskap blant de eldste (Eriksen et al., 2022).

Prins, Willemse, Van der Velden, Margriet & Van der Roest. (2021) undersøker forskerne ulike forhold ved pårørendeinvolvering. Studien er knyttet til pårørende til nærstående med demens på sykehjem i tiden med besøksforbud. Forskerne utformer to hypoteser som de ønsket svar på. I den første hypotesen fremstiller de at en betydelig involvering fra pårørende før besøksforbudet, fører til økt bekymring blant de pårørende. Som moderator oppgis kontaktfrekvens under besøksforbudet og pårørendes robusthet (resilience). I den andre hypotesen fremstilles det at et betydelig pårørende engasjement, før besøksforbud, førte til en sterkere opplevelse av ensomhet under besøksforbudet. Som moderator oppgis kontaktfrekvens med den nærstående under besøksforbudet og de pårørendes robusthet. Resultatene viser at før nedstengningen var mer enn halvparten av deltakerne aktive i sosiale og omsorgsrelaterte oppgaver sammen med sine slektninger på sykehjemmet. Litt under halvparten holdt kontakt med sine nærstående oftere enn en i gang uken under besøksforbudet. Måten de holdt kontakt med sin nærstående var via skjermbaserte medier, og alternative løsninger som vindubesøk og utendørsbesøk. Forskerne fant ut at de som besøkte sine nærstående oftere enn ukentlig før pandemien var mer bekymret enn de som besøkte sjeldnere. Videre viser studien at de som besøkte ofte før besøksforbudet var mindre bekymret når de kunne holde ukentlig eller hyppigere kontakt med sin nærstående under nedstengningen. Alternativ kontakt ga den pårørende mulighet til å følge med pasientens situasjon, og gjennom å opprettholde kontakten, bekymret de pårørende seg mindre (Prins, Willemse, van der Velden, Pot & van der Roest, 2021).

Veiga, Miranda & Veiga. (2022) viser i sin scoping review- artikkel, hvilke følger besøksrestriksjoner fikk for pasienter og pårørende på sykehjem. Det undersøkes hvilke strategier og handlinger sykehjemmene bruker for å etablere kontakt mellom pårørende og nærstående på sykehjemmet. Resultatene i studien viser at Covid-19 hadde betydning for pårørende og deres nærstående sin tilfredshet. Besøksrestriksjoner, omsorgen den nærstående mottar, utilstrekkelig pårørendestøtte og den eldre sin siste livsfase trekkes frem. Sykehjemmene triangulerer besøksrestriksjoner mot alvorligheten i situasjonen. Forberedelsene ved å gjenåpne sykehjemmene inkluderte opplæring av personell, klargjøre lokalitet, kommunikasjonen med de involverte samt utforme besøkskriterier. Ved fysiske besøk var det lagt opp for flere muligheter her nevnt som utendørsmøter, vindubesøk eller bruk av pasientrom. Resultatene viser videre at de ansatte forsøkte skjermbasert teknologi for å fremme meningsfull kontakt mellom pårørende og den nærstående. Her trekkes det også frem brukervennlige apper for eldre utviklet for eldre for å hindre isolasjon og opprettholde kontakt med familie og nettverk. Det anbefales at sykehjem styrker og tilrettelegger for digital kommunikasjon. Ved å gi ansatte ansvar for å opprettholde kontakt mellom pasient og pårørende, kan det samtidig etableres en mer støttende, og kontinuerlig kontakt med pårørende (Veiga, Miranda & Veiga, 2022)

I studien til **Parmar et al. (2021)** retter forskerne søkelyset på hvilke støttebehov omsorgsgivere hadde under pandemien for å ivareta seg selv og andre. Resultatene viser at deltakerne mente at risikoen for å få Covid-19 måtte balanseres mot behovene til de nærstående. Pårørende knytter sosial isolasjon til forverring av fysisk og kognitiv helse hos sine nærstående. Videre peker pårørende på at lav bemanning i avdelingene, førte til at pasientene kun fikk dekket sine basale behov, da det ikke var tid til å ivareta andre behov innenfor fysiske, mentale og sosiale stimuli. Pårørende ønsker å bli inkludert og anerkjent som omsorgsgivere, og vektlegger at det bør skilles mellom pårørende med omsorgsoppgaver, og andre besøkende ved strenge besøksrestriksjoner. Digital teknologi ble trukket frem som en positiv kontaktfremmer (Parmar et al., 2021).

Glasier & Arbeau (2019) undersøker hvordan ektefeller erfarer ufrivillig adskillelse som følge av at livspartner flytter på sykehjem. Funn i studien viser at ektefellene opplever overgangen som overveldende med emosjoner beskrevet som sorg, maktesløshet, frustrasjon og følelse av å svikte ektefellen etter et langt samliv når ektefellen trengte de som mest. Ektefeller som var involvert i avgjørelsen rundt partnerens overgang til sykehjem beskrev skyldfølelse og opplevelse av utilstrekkelighet. Ektefeller, der andre tok beslutningen oppgir

følelser som stress og maktesløshet. Familie og sosialt nettverk har betydning i overgangen som hjelp og støttespillere. Studien viser at livspartnerens overgang til sykehjem førte til en rolleendring med tap av sosiale forbindelser for den gjenværende ektefellen. Ektefeller som hadde regelmessig tilgang, hvor de også hadde en god relasjon til sykehjemmet, fortsatte å være deltakende i ektefellens liv. Videre funn i studien beskriver deltakernes ønske om å fortsette å ta en dag av gangen, men at det ikke er det samme som å gå videre i livet. For noen av deltakerne fortøner denne tilværelsen seg som en resignasjon (Glasier & Arbeau, 2019) .

Studien til **Kusmaul, Miller & Cheon. (2022)** viser at pårørende erfarer varierende tilgang på informasjon om deres nærstående som følge av lav bemanning. Alternative besøksmetoder som vindu- og utendørbesøk ble tatt i bruk. Deltakerne oppgir helsestatus som en begrensning. Digitale løsninger omtales som en kommunikasjonsfremmer. Pårørende rapporterer om negativ utvikling i fysisk og kognitiv helsetilstand. Informantene beskriver sterke emosjoner og tap av dyrebar tid. Deltakerne beskriver at besøksforbudet påvirket tilknytningen i relasjonen negativt (Kusmaul, Miller & Cheon, 2022).

I forskningsstudiet til **Nakagomi, Shiba, Kondo, Kawachi. (2022)** undersøkes sammenhengen mellom bruk av internett og depresjon blant friske eldre fra 65 år. De hevder at bruk av internett til kommunikasjon med familie og venner kan være en beskyttende faktor mot depresjon i større grad enn bruk av internett til andre formål. Studien trekker inn tall om depresjoner fra verdens helse organisasjon som viser at det globalt i 2015 var 7 % av alle kvinner og 5% av menn i alderen 65-79 år med en depresjonslidelse. Risikofaktorene som nevnes er funksjonsnedsettelse, sorg, tidligere depresjon og det å være kvinne i seg selv. Helsefremmende faktorer mot depresjon som trekkes inn er emosjonell støtte og sosial omgang. Videre hevder studien at det i dagens moderne samfunn er et stadig økende antall eldre som har tilgang til internett og sosiale medier, noe som åpner opp for at eldre kan bruke internett som en sosial arena samt finne relevant informasjon og løse praktiske gjøremål. Data grunnlaget ble hentet fra JAGES, en japansk gerontologisk befolkningsundersøkelse blant eldre 65+ gjennomført i 2013 og 2016. Etter utvelgelse stod forskerne tilbake med 12333 respondenter fra urbane og rurale strøk. Blant disse gjorde forskerne et utsnitt på 9199. Deltakerne ved baseline undersøkelsen som ikke hadde en klinisk depresjon var basert på besvarelser i en forenklet Geriatric Depression Scale, eller selvrapportert.

Videre ble bruk av internett formulert inn i sju kategorier, formulert etter ulike gjøremål. Justerte kontroll variabler er nevnt som demografiske faktorer, psykisk helsetilstand,

sosioøkonomisk situasjon, sosial interaksjon, instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (IADL), kroniske sykdommer, sosial status, boform og sosial frekvens. Som analysemetode brukte forskerne ulike statistiske verktøy og modeller. Resultatene viser at den vanligste bruken var for å kommunisere med venner og familier. Av de som ikke brukte internett var det 11,7% som hadde utviklet en klinisk depresjon, mens det blant internettbrukere var 7,7%. Menn og kvinner var omtrent likestilt i bruk av internett for å kommunisere med venner og familie. Forskerne trekker frem at funn fra denne studien styrker internett som kommunikasjonsplattform med venner og familie, og at dette kan ha en beskyttende virkning mot utvikling av depresjon blant eldre. Videre anbefaler forskerne behov videre forskning i lys av Covid-19 situasjonen og geografisk avstand, der disse medfører en barriere for fysisk kontakt og øker isolasjon blant eldre (Nakagomi, Shiba, Kondo & Kawachi, 2022).

Hado & Feinberg (2020) ser i denne studien på kommunikasjon mellom pårørende og sykehjemsbeboere under koronapandemien. Resultater fra studien viser at tiltak som er opprettet for å beskytte de eldre på sykehjemmet, gjør det utfordrende for pårørende å opprettholde kontakt. Det anbefales tilrettelegging for kontakt over digitale plattformer med apper, som også åpner mulighetene for at pasienten kan ha kontakt med et større familienettverk. Studien foreslår digitale løsninger som kan bidra positivt til å skape en tettere dialog mellom familie og helsepersonell. Videre peker forskerne på at ledelse involvering ved å sette kommunikasjon på dagsorden kan oppfordre de ansatte til å opprettholde kommunikasjon med pårørende (Hado & Friss Feinberg, 2020).

Jacobsen et al. (2021) fikk i oppdrag å utarbeide en underlagsrapport til koronakommisjonen basert på erfaringer fra helsepersonell, ledelse og pårørende knyttet til håndtering av Covid-19 i norske sykehjem. Funn i studien viser at sykehjemmene opplevde pandemisituasjonen som krevende for alle involverte. Rapporten viser at pårørende og ansatte uttrykker bekymring for beboernes muligheter for sosial kontakt. Det trekkes frem at noen beboere har forfalt raskere i fysisk og kognitiv funksjon. Informantene i denne studien gir uttrykk for strenge besøksrestriksjoner og liten fleksibilitet for å tilrettelegge trygge besøk for pasient og pårørende. Pårørende erfarte den andre nedstengningen som tyngre, enn den første. De pårørende reflekterte over om det kunne være en konsekvens av at pasientene hadde forsonet seg med mindre sosialt samvær, og av den grunn ble mer passive og mindre kontaktsøkende. Studien konkluderer med at pandemien har medført en kostnad for alle involverte, men også gitt erfaring og kunnskap på alle nivå, fra kommunale til nasjonale myndigheter. Forskerne trekker frem at ved en tilsvarende pandemisituasjon bør smittevern og hjelpetiltak settes inn

tidligere. Videre bør det satses på å utforske hvilke kontaktmuligheter som kan tilrettelegge for sosialt og trygt samvær i lys av smittevernhensyn. Nye kommunikasjonsplattformer er blant tiltakene forskerne mener bør videreføres.

Davies & Nolan (2006) undersøker i sin studie, pårørendeperspektivet, og hvordan de pårørende må redefinere sin nye rolle ved den nærstående sin overgang fra hjem til sykehjem. Funn i studien viser at pårørende var opptatt av å holde en kontinuitet i kontakten for å hjelpe pasienten å opprettholde identitet samt overføre kunnskap til personalet om pasientens personlighet. Studien indikerte også at pårørende ønsket å opprettholde den spesielle forbindelsen og kjærligheten i relasjonen, for å bruke det til å bedre livskvaliteten til den nærstående på sykehjemmet. Det å overføre kjente rutiner og aktiviteter fra hjemmet, trekkes også frem som betydningsfullt. Funn viser videre at det var viktig for pårørende å følge med på pleiestandard samt være tydelig på hva de forventet. Pårørende interagererte sosialt på avdelingen ved å bli kjent med personell og andre pasienter i tillegg til å delta praktisk, for eksempel ved å organisere utstyr til et rom, følge en medpasient etc. Studien så også på hvorvidt de pårørende kunne oppleve at initiativ ikke alltid ble tatt så godt imot blant personalet. Studien anbefaler at helsepersonell bør anerkjenne pårørendes bidrag samt involvere pårørende i en omsorgsplan, der forventninger og behov avklares. Personalet bør sikre at pårørende følges opp i overgangsprosessen og får mulighet til å uttrykke sine følelser (Davies & Nolan, 2006b).

Kjerkol, Linset, Westeren. (2020) viser i rapporten hvordan Covid-19 tiltak påvirket eldre i kommune helsetjenesten med spesielt søkelys på kommunikasjon, samt de eldre sin opplevelse av trygghet og livskvalitet under tiltakene. Undersøkelsen var gjennomført i Trøndelag medio juli 2020, en tid med relativt strenge tiltak. Resultatene viste at det er viktig å finne kommunikasjonsmidler som de eldre mestrer og er fortrolige med, slik som ansikt til ansikt kommunikasjon. Eldre synes å være mer fortrolige med vanlig telefon (lyd). Den eldre personens trygghet og livskvalitet påvirkes når ansikt-til-ansikt kommunikasjon erstattes med samtaler over telefon. I resultatene kommer det frem at digitale løsninger som nettbrett, smarttelefon ikke er et fullverdig alternativ til vanlig telefon, noe som også støttes opp av personalet (Kjerkol, Linset & Westeren, 2020).

Lund, Sandberg & Nolan (2001) belyser i sin studie hvordan ektefeller erfarer det å ta avgjørelsen for ektefellens overgang fra hjem til sykehjem. Funn viser at de pårørende i takt med sykdomsutvikling hos ektefellen i økende grad kom til et punkt der de ikke kunne

fortsette i omsorgsrollen i hjemmet. Flere av de pårørende i studien oppgav å være utslitt grunnet lengre tids omsorgsbelastning. Funn viser at det som regel var familie og helsevesen som tok opp temaet om flytting til sykehjem. Overgangene var ofte ekspertdrevet noe som bidro til legitimitet for behovet av overgangen. Til tross for denne legitimiteten, følte flere av ektefellene at de sviktet sin livspartner hvor de beskrev følelser som forræderi og skyldfølelse. Funn viser at selve overgangen ble beskrevet som negativ som følge av at overgangen innebar et utvalg av sykehjem, der noen var mer attraktiv enn andre. De av ektefellene med partnere som hadde vært innom sykehus før overgang til sykehjem, erfarte overgangen til sykehjemmet som enklere. Funn viser at ektefellene uttrykte usikkerhet knyttet til sin rolle og manglende innflytelse i tiden ektefellen flyttet inn på sykehjemmet. Videre erfarte de pårørende at personalet ikke anerkjente de pårørendes kunnskap og ønsker for pasienten. Overgangen kunne i seg selv føre til en frihetsfølelse for de pårørende med økte muligheter for å bli sosialt deltakende. Flere beskriver at selv om de fikk mindre ansvar, så kunne tankene være negative knyttet mot følelser som maktesløshet, ensomhet og oppgitthet. Noen oppgir at den familiære følelsen i huset endret seg når de ikke lengre kan høre lyder og de tingene ektefellene representerte i tilværelsen (Lundh et al., 2000).

4 Metode

I dette kapitlet presenteres studiens metode. Prosessen fra forberedelser og valg av informanter, med forskningsintervjuer, for forståelse, forskningsetiske overveielser, til metodekritikk, transkripsjon og til sist selve analysen. For å belyse mine funn i diskusjonen har jeg trukket inn Aaron Antonovsky sin teori om opplevelse av sammenheng (OAS). Det ble også naturlig å trekke inn teorier om livsverden og forståelse gjennom fenomenologisk og hermeneutisk filosofi.

«Vores undersøgelse bør være kritisk og udogmatisk samt sky metafysiske og videnskabelige fordommer. Den bør styres av det, som rent faktisk foreligger, snarere end av det, som vi forventer at finde givet vores teoretiske standpunkt» (Zahavi, 2003, s. 25)

Jeg har i denne studien valgt en kvalitativ metode fordi jeg ønsket å undersøke og få kunnskap om ektefelles erfaringer ved besøksrestriksjoner under koronapandemien. Metoden er egnet når problemstillingen søker deskriptiv beskrivelse av erfaringer, handlinger og refleksjoner fra informantens livsverden (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015).

I den kvalitative metoden er forskeren redskapet, drivverket og den som har gått i dybden på alle ledd i prosessen. Metoden er åpen for kreativitet og er fleksibel ved at prosessen kan lede til nye veier. Den kvalitative metoden fordrer systematikk gjennom alle deler av prosessen uten å redusere fleksibiliteten. Prosessen bidrar mot en helhetlig forståelse av prosjektet (Polit & Beck, 2012).

4.1 Fenomenologi og Hermeneutikk

Fenomenologi handler om hvordan et fenomen eller en fysisk virkelighet kan fortone seg for et individ. Fenomenologien trekker frem førsteperson perspektivet og den subjektive bevisstheten.

«Fænomenologien vil typisk hævde, at den verden som fremtræder for os, det være seg i perception, i vores praktiske omgang eller i de videnskapelige analyser, er den eneste virkelige verden» (Zahavi, 2003, s. 14).

Edmund Husserl (1859-1938) regnes som fenomenologiens grunnlegger. Husserl trekker frem at det må foreligge en forutsetning om at det finnes en virkelighet, hvor vi selv og andre mennesker er en del av samme virkelighet. Fenomenologiens grunntanke er vår væren-i-verden, det vil si at vi er i verden, som en del av verden (Zahavi, 2003). Fenomenologien ønsker å gå rett til poenget, og søker en kritisk og presis undersøkelse av de faktiske forhold, ikke det vi ønsker å finne. Begrepet «Livsverden» har en sentral plass i denne filosofien. Livsverden er hverdagen, den verden vi lever og interagerer med hverandre. Livsverden er grunnlaget og forutsetningene for våre erfaringer (Wifstad, 2018). I samhandling med andre mennesker, er ikke deres livsverden eller bevissthet åpenbar eller synlig. Men ved å samhandle er det gjennom interaksjonen vi kan bli bevisste. Ved å se, høre og tolke den andres kropp får vi innsikt og forståelse.

«Å prøve å forstå et annet menneske er å prøve å forstå den andres måte å oppfatte virkeligheten på. Den andres subjektive perspektiv blir da en nøkkel» (Wifstad, 2018).

Hermeneutikk er en filosofisk lære om forståelse og fortolkning. Ordet hermeneutikk kommer fra det greske verbet hermeneuein, som har tre hoved betydninger; å uttrykke (språk tale), å utlegge (forklare å fortolke) og å oversette (Krogh, 2019). Språk og handling er bundet til hverandre ved at de sammen gir mening. Mennesker uttrykker sine indre tanker gjennom samtale og språk. Tyskeren, Hans-Georg Gadamer (1900-2002) var en av de sentrale filosofene i denne læren. Gadamer mener at evnen til forståelse er et grunntrekk ved mennesker, og at forståelse oppstår og er under kontinuerlig utvikling. Mennesket er et produkt av sin tid, og den individuelle forforståelse må ses i lys av den historiske, sosiale og kulturelle konteksten en lever i (Krogh, 2019). Den hermeneutiske sirkelen trekkes frem i den hermeneutiske læren. I Gadamers tolkning av den hermeneutiske sirkelen, tolker leseren budskapet i en tekst med sin forforståelse og former det i sitt meningsbilde (Krogh, 2019).

4.2 Antonovsky's teorier om opplevelse av sammenheng

Aaron Antonovsky (1923- 1994) var professor i medisinsk sosiologi. I løpet av sin karriere var Antonovsky tilknyttet flere prestisjefylte universiteter, blant annet Brooklyn Collage og ved det helsefaglige universitetet Ben Gurion i Israel (Antonovsky & Lev, 2000). Som en del av sin forskning studerte han sammenhengen mellom å ha opplevd traumatiske hendelser og livsmestring i etterkant. Antonovsky utviklet den salutogene modell, som handler om hvilke perspektiver og ressurser som fremmer god helse for den enkelte. Viktige begrep i den salutogene teorien er sence of coherence, som oversatt til norsk blir opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2000).

Definisjon av opplevelse av sammenheng:

«Oplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerende, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressurser til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og (3) disse krav er utfordringer, der er værd at engagere sig i» (Antonovsky & Lev, 2000, s. 37)

De tre begreper som inngår i denne definisjonen er gjennomgående og dynamiske ovenfor hverandre i Antonovsky sin teori om opplevelse av sammenheng. De følgende begreper er begripelighet, som sier noe om hvordan en med sin kognitive forståelse klarer å se en sammenheng i tingene, og ved hjelp av de indre og ytre ressurser, sorterer ut det som skaper støy, uoversiktighet mot det som gir en opplevelse av forklaring og mening.

Håndterbarhet, hvilke ressurser en har til å håndtere de krav eller den situasjonen man står i. En person som har en sterk opplevelse av å mestre utfordringen, og som ser dette i sammenheng samt har innsikt i at uheldige hendelser er en del av livet, vil stå bedre i situasjonen enn en person som opplever seg som et offer for omstendighetene. Det siste begrepet er meningsfullhet, som handler om å se sammenhenger. Her trekker Antonovsky inn viktigheten av å kunne engasjere seg og ha påvirkning på de forhold som påvirker ens dagligliv og tilværelse (Antonovsky & Lev, 2000). Antonovsky mener at mennesker til enhver tid befinner seg på en selvopplevd skala for egen helse, fra god til redusert. Han legger til grunn opplevelsen av sammenheng som en avgjørende faktor på hvordan mennesker håndterer både ventede og uventede livshendelser. Antonovsky mener at det ikke er selve

begivenheten i seg selv som er det vesentlige, men hvordan en som person håndterer konsekvenser og ringvirkningene som følger. Hvor en befinner seg på skalaen for opplevelse av sammenheng som sier noe om hvordan innvirkning hendelsen får for den enkelte. Herunder om opplevelsen blir negativt, nøytral eller får en positiv og helsefremmende effekt. Antonovsky beskriver motstandsressurser som psykiske eller fysiske ressurser en person tar i bruk for å håndtere ulike situasjoner i livet. Eksempel på motstandsressurser er sosialt nettverk, interesser, motivasjon og engasjement. Motstandsressurser er en av forutsetningene og regnes som sentrale i opplevelsen av sammenheng (Antonovsky & Lev, 2000).

4.3 Utvalget av informanter

Jeg har i denne studien et strategisk utvalg med informanter. Ektefellene ble rekruttert med henblikk mot erfaringer og kunnskap som var relevant for studiens problemstilling. Det var ønskelig å finne 4-6 informanter presentert av begge kjønn. Et av kriteriene var at informantene måtte ha en partner som oppholdt seg på sykehjemmet i tidsrommet det var besøksrestriksjoner på sykehjemmet. Jeg sendte e-post med informasjon om studien direkte til sju enhetsledere på sykehjem både i by og landkommuner, for å få hjelp til rekruttering av aktuelle informanter. Jeg fikk noen avslag på henvendelsene begrunnet med usikker smittesituasjon og høyt press på tjenesten. Enhetslederne som stilte seg positive, fikk tilsendt en e-post med informasjonsskriv som inneholdt skjema for informert samtykke til deltaker samt informasjon til helsepersonell og pasient. Jeg fikk deretter tilbakemelding fra enhetslederne med kontaktopplysninger til informantene som ønsket å delta i studien.

Mitt endelige utvalg bestod av fire kvinnelige ektefeller i aldersgruppen 70-85 år fra by- og landkommuner. Jeg tok deretter kontakt med informantene for å avtale tidspunkt for gjennomføring av intervju. Det ble også diskutert muligheter for digitalt møte, dersom smittesituasjonen skulle endre seg.

4.4 Forberedelser

Siden jeg ikke hadde noen erfaring med forskningsintervju fra tidligere valgte jeg å bruke tid på forberedelser. Intervjuguiden (se vedlegg 5) består av åtte åpne spørsmål som kan bygges videre med oppfølgingsspørsmål som henstiller mot å få deltakeren til å reflektere rundt spørsmålene. Jeg lastet ned diktafon applikasjon både på telefon og nettbrett og fikk testet at den fungerte sammen med nettskjema for oppbevaring av lydfiler.

Som et ledd i forberedelsene gjennomførte jeg et prøveintervju med en kollega for å få en følelse med intervjusettingen. Jeg justerte da på spørsmål som virket litt upersonlig etter å ha stilt det i en samtale. Min kollega kom med flere konstruktive tilbakemeldinger for å videreutvikle spørsmålene og strukturen i intervjusamtalen. Jeg opprettet en huskeliste med flere punkter for å sikre at jeg som forsker var forberedt og kunne tilrettelegge for en god intervjusituasjon.

4.5 Det kvalitative forskningsintervju

Kunnskap oppstår gjennom interaksjonen i møtet og samtalen mellom intervjuer og deltaker. I denne studien har jeg valgt dybdeintervju med åpne spørsmål fordi denne intervjumetoden åpner for at informanten kan gå i dybden og reflektere rundt sine erfaringer. Dette er en hensiktsmessig intervjuform når det søkes innsikt i informantens livsverden, perspektiver og forståelse om ulike tema (Tjora, 2012).

Produksjon av empiri avhenger av intervjuerens ferdigheter til å stille spørsmål og ta fortløpende vurderinger i samtalens flyt for å stille oppfølgende spørsmål. Kvaliteten på intervjudata speiler intervjuers ferdigheter og kunnskap om tema. Mengdetrening må til for å bli en dyktig intervjuer (Kvale et al., 2015)

Alle intervjuene ble gjennomført i tidsrommet november 2021 til januar 2022. Intervjuvarighet var på 40-60 minutter. Deltakerne hadde på forhånd fått utlevert informasjonsskriv og informert samtykke. Ifølge Kvale (2015) er det en maktubalanse mellom forsker og deltaker fordi forskeren har den ledende rollen i intervjuet. For å skape en balanse i møtet fikk deltakerne velge møteplass for intervjuene (Tjora, 2012). To av intervjuene ble gjennomført hjemme hos deltakerne, de to andre ble gjennomført på et besøksrom tilknyttet sykehjemmet de pårørende hørte til.

Det var viktig for meg å ivareta alle forhåndsregler knyttet til smittevernet i intervjuprosessen uavhengig av hvor intervjuene ble gjennomført. I hjemmet hos deltakeren ble jeg tatt imot som en gjest. Her fikk jeg et innblikk i deltakerens livshistorie gjennom å bli vist bilder og personlige ting. På besøksrommet på sykehjemmet hadde jeg i forkant av intervjuene pyntet bordet og satt fram frukt og drikke. Møblene var plassert slik at det var over 1 m avstand i henhold til anbefaling fra FHI. Deltakerne spritet seg ved inngangspartiet og ble vist inn på besøksrommet av en pleier, der tok jeg imot deltagerne. Ifølge Kvale (2015) er forskningsintervju en profesjonell samtale som bygger på den daglige samtalen. I møtet med deltagerne var målet å skape god kontakt som åpnet for en samtale der deltakerne skulle føle seg trygg. For å bli kjent med deltakeren brukte jeg de første minuttene på å fortelle litt om meg selv og prosjektet. Jeg informerte om deltakerens rettigheter, informert samtykke og muligheten til å trekke seg fra intervjuet eller studien på et senere tidspunkt. Jeg gjorde også informantene oppmerksomme på at jeg ville notere ned spørsmål som kom underveis i samtalen og besvare de etter intervjuet. Deretter åpnet jeg opp for samtale om ufarlige temaer som vær og vind. Når en god tone var etablert informerte jeg om at selve intervjuet ville starte.

De første spørsmålene i intervjuet gikk på å lede deltakeren tilbake i tid og forbedre hukommelsen ved å bringe frem refleksjoner om et konkret minne (Kvale et al., 2015). Jeg åpnet derfor med å spørre deltakerne om de husket noen spesielle episoder fra begynnelsen fra koronatiden. Jeg brukte deretter intervjuguiden, men fulgte den ikke slavisk da jeg erfarte at samtalen naturlig ledet til spørsmålene. Ifølge Kvale (2015) vil den sosiale konteksten som oppstår mellom forsker og informant gjenspeiles i forskerens forståelse og kompetanse i samproduksjon av empiri (Kvale et al., 2015). Jeg måtte innimellom styre samtalen om informanten forsvant helt fra tematikken. Noen av informantene beskrev sin ektefelles sykdomshistorie og forløpet for behovet for sykehjemsplass, andre var tilbakeholdne og forholdt seg mer til her og nå situasjonen. For å få uttømmende svar brukte jeg ulike typer oppfølgingsspørsmål for å få deltakeren til å utdype og resonnere rundt sine svar. Forskeren må være sensitiv for spenningspunktet mellom å oppnå ønsket informasjon og opptre respektfullt og ivareta den andres integritet (Kvale et al., 2015). Jeg erfarte at deltakerne beskrev opplevelser og erfaringer som hadde gjort inntrykk og som brakte frem emosjoner blant informantene. Jeg valgte derfor å være støttende og lyttende i situasjon og lot deltakeren fortelle det hun ønsket å formidle, samtidig som jeg fulgte opp med noen kommentarer

dersom det falt seg naturlig. Ifølge Kvale (2015) kan det være betydningsfullt å fortelle om sin opplevelse til en som er oppriktig interessert (Kvale et al., 2015).

Den siste delen av intervjuet gikk på å avrunde intervjuet. Her gjentok jeg informasjonen om deltakerens rettigheter og prosessen videre i prosjektet. Alle ektefellene fikk en påskjønnelse for å ha deltatt i studien. Flere av Informantene ønsket å prate i etterkant av intervjuet. Jeg besvarte spørsmål jeg hadde notert ned underveis. Samtalen med ektefellene etter intervjuene varte fra 15 minutter til over en time. Deltakerne utrykte at det hadde vært fint å få snakke om sine opplevelser. Da jeg var ferdig med intervjuene, førte jeg feltlogg der jeg beskrev mine egne erfaringer, atmosfæren, refleksjoner, følelser og tanker rundt intervjuene. Min erfaring var at alle intervjuene var ulike, men jeg erfarte at jeg fikk fine samtaler med engasjerte deltakerne.

Da jeg var i gang med analysedelen og hadde sortert ut de meningsbærende sitatene stilte min veileder spørsmålet om jeg hadde reflektert over at noen av informantene i noen av sitatene hadde besvart i tredjeperson. Dette var noe jeg hadde skrevet om i loggen min fordi jeg merket meg at noen av deltakerne snakket om «vi» og «dem» som refererte til helsepersonell.

Jeg hadde ikke et fasitsvar på dette, fordi jeg fra min subjektive vurdering og opplevelse i situasjonen ikke tror at jeg presset for mye på i intervjuet. Min fortolkning er at ved å snakke i tredjeperson distanserer deltakerne seg fra det som er vanskelig. Jeg har i ettertid reflektert over at selv om deltakerne var innstilt på intervjuet, så var de ikke forberedt på de følelsene samtalen utløste.

4.6 Forforståelse

Min forforståelse er knyttet til sentrale verdier i egen livsverden, refleksjoner og erfaringer jeg har samlet i ryggsekken min gjennom mange år som sykepleier i helsevesenet. Jeg tenker også at min erfaring som pårørende har vært medvirkende for denne oppgaven. Mine erfaringer ved å være sykepleier på jobb i begynnelsen av pandemien har vært motivasjon for valg av tema og problemstilling. Samtaler med pårørende og ektefellene gjorde inntrykk. Spesielt ble min nysgjerrighet for hvordan denne erfaringen ble for ektefellen som i mange tilfeller hadde sterke bånd og lang felles historie. Det er spennende å få mulighet til å kunne fordype seg i eget fagfelt og en spennende og praksisrelevant problemstilling.

«Ingen forståelse kan starte fra scratch ifølge Gadamer. Enhver forståelse forutsetter en annen. En slik forutgående forståelse kaller Gadamer en fordom»

(Krogh, 2019, s. 49)

Bevisstgjøring av egen forforståelse er viktig for å kunne stille seg åpen for nye innsikter og muligheter. Som mennesker har vi ikke tilgang til andres livsverden, men gjennom interaksjon med andre kan vi møte og få forståelse fra den andres perspektiv (Zahavi, 2003).

Vitenskapelig teori, forskning om pårørende og koronaerfaringer har vært viktig for å utvide mine perspektiver mens jeg skriver oppgaven.

4.7 Forskningsetiske overveielser

Det er strenge retningslinjer som skal følges når en skal utføre forskningsintervju og samle inn data som inneholder personopplysninger. Prosjektskissen for masteroppgaven ble sendt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) med meldeskjema nr. 325445 våren 2021. Dette skjema ble delt med veileder Kirsti Skavberg Roaldsen. Vedlagt fulgte informasjonsskriv med informert samtykkeskjema (vedlegg 2). Siden det kunne komme frem opplysninger om en tredjepart, ektefellen på sykehjem, ble jeg bedt om å sende inn et informasjonsskriv til tredjepart (vedlegg 3). I dialog med den ansatte på NSD ble det enighet om at det skulle utformes et informasjonsskriv til helsepersonell (vedlegg 4). Dette for å informere om at det kunne vurderes om pasienten hadde nytte eller kunne samtykke til deltakelse, dersom vedkommende hadde en fremskreden demenssykdom. Prosjektet fikk godkjenning av NSD 24.09.2021 (vedlegg 1).

For å ivareta personvernet i henhold til personvernforordningen, General Data Protection Regulation (Europarlamentet-og rådet for den europeiske union, 2016). Ble det høsten 2021 sendt inn en risiko og sårbarhets (ROS) vurdering for håndtering av sensitive personopplysninger til Universitet i Tromsø (UIT). Det var også et nyttig verktøy for å øke egen bevissthet rundt sikkerheten for lagring og håndtering av data knyttet til masteroppgaven. Meldeskjema for sikker lagring av lydfiler ble opprettet, og utløpsdato på lydfilene ble satt til 01.08.2022 slik at lydfilene automatisk blir slettet ved denne dato. Skriftlige notater som feltlogg, informasjonsskriv etc. er oppbevart i et skap med lås på min arbeidsplass. Alle personopplysninger ble fjernet fra materialet under transkripsjon. De transkriberte filene ble lagret som deltager 1-4. Under framskrivningen av resultatene ble det

opprettet fiktive navn. Deltakerne har fått skriftlig og muntlig informasjon om sletting av personopplysninger og lydfiler ved prosjektets avslutting.

4.8 Metodekritikk

Reliabilitet (pålitelighet) i en studie viser konsistens og troverdighet i forskningsresultatene. Ifølge Kvale et al. (2015) bør en stille spørsmålet om reproduksjon herunder, om en annen forsker ville fått de samme svar med like spørsmål og de samme informantene. Intervjuerens pålitelighet kan diskuteres med tanke på evnen til å stille spørsmål som kan være ledende for svarene studien søker (Kvale et al., 2015). For å styrke reliabiliteten i studien har jeg etter beste evne forsøkt å beskrive valg og fremgangsmetode i alle delene av oppgaven.

Under intervjuene var det viktig at informantene forstod mine spørsmål korrekt. Ved usikkerhet gjentok jeg spørsmålene eller validerte tilbake til spørsmålet slik at jeg visste at deltakeren hadde forståelse. Som sykepleier har jeg erfaringer med pårørendesamtaler og er vant til å stille dybdespørsmål, samtidig som jeg kan å lytte og gi rom for at samtalen skal utfolde seg. I rekrutteringsprosessen fikk jeg informasjon om at alle informantene hadde svart ja uten betenkingstid, slik at deltagelse var en motivasjon for informantene. Deltakerne i studien var kjent med min sykepleiefaglige bakgrunn, så min opplevelse var at de følte seg trygge og komfortable i settingen, og delte sine erfaringer med tillitt til meg som forsker. I intervjuene viste ektefellene at de var engasjerte, modige og jeg forstod at det var viktig for de å få fortelle sin historie. Jeg har i denne masterstudien gjennom forskningsprosesser forsøkt å vise frem essensen fra deres fortellinger.

Validitet (gyldigheten): Viser til en sann og korrekt fremstilling, og handler om valgte metode er egnet som redskap for å undersøke det en søker svar på (Kvale et al., 2015). Jeg har i takt med oppgavens utfoldelse kontinuerlig jobbet med problemstilling og forskningsspørsmål. For å styrke validiteten i denne oppgaven har jeg fulgt og beskrevet alle trinn gjennom planlegging, utførelse av intervju, transkripsjon, analyse og diskusjon. Som prosjektleder og forskningsinstrument i denne oppgaven, vil oppgaven være farget av mine valg. Jeg har derfor beskrevet min forforståelse, som er preget av min livsverden, verdigrunnlag og fortolkning. I oppgaven viser jeg også frem refleksjoner og tanker i de ulike prosessene. For å utvikle mine perspektiv og forståelsesgrunnlag har jeg knyttet inn vitenskapelig teori, forskning, relevant litteratur fra studiets pensumliste. Jeg har i prosessen rådført meg med veileder og ført et

givende samarbeid med medstudenter. Jeg vil også trekke frem at masterseminarene ved universitet har vært nyttige ved at en får drøftet problemstillinger og får innspill i prosessen.

Generaliserbarhet (overførbarhet): En kvalitativ studie med få deltakere kan sies å ha liten gyldighet og overføringsverdi ettersom det forskes på en liten gruppe, et smalt tema og ikke kan generaliseres i større format. Samtidig kan slike studier være verdifulle og fordi de kaster lys over en utvalgt gruppes opplevelser og handlinger. Selv om det er få informantene i denne studien kan kunnskapsgrunnlaget ha overføringsverdi og være til nytte for helsepersonell, pårørende og andre som har interesse for feltet.

4.9 Transkripsjon av intervjuene

Jeg gikk i gang med transkripsjon mellom en til fem dager etter at intervjuene var gjennomført. Alle intervjuene ble tatt opp som digitale lydfiler som ble overført til et skriftlig materiale. For å underlette arbeidet med transkripsjonen ble disse lydfilene konvertert til tekst, ved hjelp av en tjeneste i Word kalt diktafon. Transkripsjonen ble så ordrett og tett på samtalen som mulig, men på bokmål. Det bidro også til å anonymisere deltagerne ytterligere samt at det passet med mitt ønske om å bruke bokmål som skriftspråk, (Tjora, 2012). Faren ved å oversette dialekt til bokmål er at nyanser og mening kan forsvinne, men jeg veier dette opp mot det forskningsetiske ved at deltakeren skal være anonyme. Jeg brukte mye tid på å lytte til intervjuene spesielt når noe ble uklart så måtte enkelte sekvensen høres igjennom flere ganger slik at jeg var sikker på at den rette meningen kom fram.

Jeg mener at oversettelsen ikke har påvirket pålitelighet eller gyldighet ved å oversette fra dialekt til bokmål. Min opplevelse er at teksten fremdeles har fylde og er meningsbærende i forhold til det partnerne formidlet i intervjuene. Transkripsjonsfasen var en fin måte å få en oversikt over det rådatamaterialet jeg samlet inn. Samtidig ble jeg også emosjonelt beveget av det flere av deltakerne fortalte om. Gjennom å høre på lydopptakene, fikk jeg lyttet til det som ble sagt på en annen måte enn da jeg gjennomførte intervjuene. Jeg noterte ned punkter og temaer jeg følte var fremtredende. Totalt utgjorde det transkriberte materialet om lag 40 sider.

4.10 Analyse

Målet i min analyse er å finne mønster, og trekke ut det som er meningsbærende i det innsamlede materialet. Som analyse metode har jeg valgt Aksel Tjora sin kvalitative analyse metode, stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) (Tjora, 2012). SDI metoden er en tosidig modell. Hvis man velger den induktive vinklingen, er metoden oppadgående i etappevis fra råmateriale og mot teori. Den deduktive vinklingen tar utgangspunkt i teoretiske på toppen med tilbakekoblinger ned til det empiriske (Tjora, 2012). Jeg har i min analyse valgt å den induktive vinklingen med utgangspunkt empirien.

For å komme i gang og «angripe» prosessen valgte jeg fulgte Tjora sitt råd om stille seg undrende, og stille spørsmål til materialet. Hva er det i materialet som engasjerer, fenger og berører meg?

For å beskrive prosessen har jeg valgt å dele denne inn i 3 deler.

Del 1: Å komme i gang med analysen

I denne fasen brukte jeg mye tid på å lese de transkriberte tekstene og blir godt kjent med materialet. Jeg leste igjennom intervjuguiden for å ha spørsmålene friskt i minnet. Jeg noterte stikkord og notere refleksjoner både til tekst og tilbakekobling til selve intervjuet. Jeg leste gjennom feltloggen og vurderte de tankene og stikkordene jeg hadde notert meg i etterkant av intervjuet. Stikkord jeg hadde notert fra feltloggen var: sorg, sterke følelser, lav bemanning, bekymring, lite stimulans for pasientene, urettferdig-strengt, digital teknologi, gode minner, stå-på vilje.

Deretter begynte jeg å grovsortere materialet. Jeg satt alle meningsbærende sitater fra intervjurunden inn i et eget Word dokument. Totalt utgjorde dette 28 sider. Deretter gikk jeg i gang med å sortere materialet ut fra intervjuene og mot stilte forskningsspørsmål. Det var en todelt prosess, fordi mye av materialet fra intervjuene hadde gjort inntrykk, samtidig som det må settes noen begrensninger. Den empirien jeg satt igjen med etter grovsorteringen harmonerte med den problemstilling og forskningsspørsmål som var utgangspunktet for studien.

Del 2: Tekstnær koding

Målet med tekstnær koding er å opprette beskrivende koder av intervjusitat (Tjora, 2012). Neste steg var å opprette en Excel-fil, der hver ektefelle fikk sitt eget ark for å skape å få struktur og oversikt. Jeg jobbet med en tekstnær koding avsnitt for avsnitt og satte søkelys på å få frem beskrivende koder som kunne fange essensen av det deltagerne fortalte i intervjuene se tabell 1. Jeg stilte spørsmål til materialet, noterte stikkord samt gikk frem og tilbake mellom de ulike deltakerne. Jeg noterte også ned mulige kategorier som formet seg i takt med at jeg kom lengre ned i dybden i materialet. Jeg identifiserte likheter, men også motsetninger i materialet. Da jeg nærmet meg slutten i arbeidet med den tekstnære kodingen kontaktet jeg veileder fordi jeg opplevde at jeg satt fast, og hadde behov for råd og impulser. Min erfaring var at jeg ble litt blind på eget materiale. Min veileder beskrev hennes umiddelbare assosiasjoner, kom med råd, innspill og spørsmål som satte tankeprosesser i gang. Samtalen førte også til gode diskusjoner som fikk frem noen momenter jeg ikke hadde tenkt på. Veiledningen ga god motivasjon til å jobbe videre.

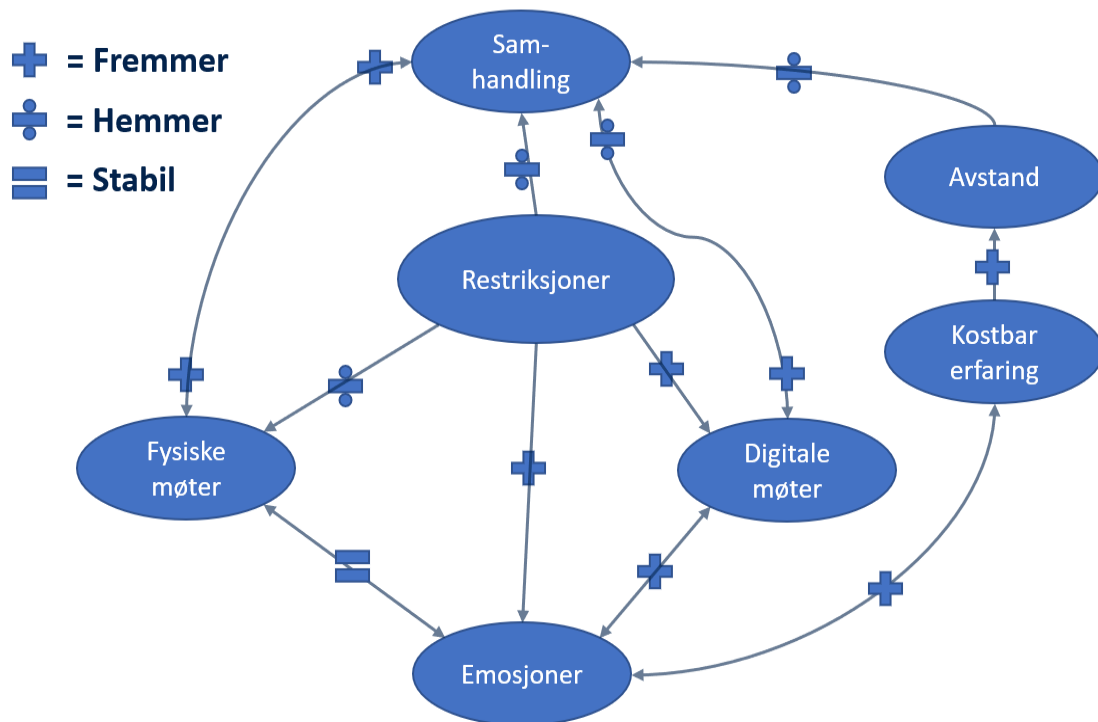
Tabell 1. Eksempel på analyseprosessen for hvordan ektefeller til sykehjemspasienter erfarte besøksrestriksjoner under koronapandemien med meningsbærende sitater fra intervjuene og tekstnære koder,

Tekstnær koding	Intervju
<p>Følelsesmessig påkjenning</p> <p>Mangelfull informasjon</p>	<p><i>«De sa at han var suicidal, at han bare ville komme seg ut, så fikk jeg komme på besøk. Men de sa at det var et unntak og bare den ene gangen, fordi han var så veldig deprimert, slik at han kunne få litt lys inn i tilværelsen. Jeg hadde jo ikke sett han på mange måneder, og jeg fikk jo aldri informasjon om hvor alvorlig hans tilstand faktisk var så jeg ble helt knust og knakk sammen»</i></p>
<p>Nytenkning</p>	<p><i>«Koronatiden bør ses på som en utfordring til å tenke nytt, hvis ikke så vil man fortsette i samme sporet. Jeg tenker da på tilrettelegging for samvær i en pandemitid og hvordan institusjonen kan legge opp til gode løsninger digitalt for de pårørende».</i></p>
<p>Gode stunder sammen</p>	<p><i>«Jeg bestemte at de dagene vi skulle være sammen, så måtte han være klar i rullestolen til jeg kom. Vi har gått mange mil, sett på fjellene, trærne og trafikken. Vi har hatt veldig gode turer sammen».</i></p>

Del 3: Kategorisering

Kategorisering handler om å samle de tekstnære kodene som er relevante for problemstillingen. Kategorier er grunnlaget for funnene i studien (Tjora, 2012). I denne fasen ble de tekstnære kodene og de noterte temaforslagene samlet til kategorier. Å finne frem til kategorier har vært en prosess der jeg har gått mye frem og tilbake imellom kodene i empirien. Deler av empirien denne oppgaven har en større kompleksitet, slik at det har vært utfordrende å lage uttømmende kategorier. For eksempel ledet mitt spørsmål om hvordan informantene opprettholdt kontakt med sine ektemenn, naturlig over til de emosjonelle konsekvensene. For å illustrere denne kompleksiteten har jeg laget et tankekart som illustrer hvordan jeg har fortolket og vurdert hvordan kategoriene henger sammen og påvirker hverandre, se figur 1. Resultat i framskrivning, og diskusjonen er farget av denne kompleksiteten. I denne analysefasen ble det indentifisert to hovedkategorier «*Utfordrende samhandling i pandemitid*» og «*Avstand som kostbar erfaring*» som har fått henholdsvis to og tre underkategorier se tabell 2. Jeg har valgt å utelukke Tjora sine videre trinn i SDI modellen som har konsept- og teoriutvikling som mål, da det ikke har vært en målsetning i denne masteroppgaven.

Figur 1: Tankekart over kategoriens sammenheng og mulige påvirkning.



5 Resultater

Målet i denne studien er å belyse problemstillingen: *Hvordan erfarte ektefeller til sykehjemspasienter besøksrestriksjoner under koronapandemien?*

Studien har tre forskningsspørsmål:

1. Hvordan opprettholdt ekteparene kontakt med hverandre tidlig i pandemien?
2. Hvordan erfarte ektefellene å ha en begrenset mulighet til å møte sine ektemenn på sykehjemmet?
3. Hvordan erfarte ektefellene at besøksrestriksjonene påvirket relasjonen de hadde til sine ektemenn?

Gjennom tekstnær koding og kategorisering i analysen ble det identifisert to hovedtema “*Samhandling i pandemitid*” og “*Avstand som en kostbar erfaring*». Disse hovedkategoriene er hver for seg bygd opp av henholdsvis to og tre underkategorier, se tabell 2.

I resultatframskrivningen har jeg valgt å trekke inn utvalgte sitater for å illustrere resultatene fra analysen. Noen av sitatene er redigert og er markert med følgende symbol /./ som betyr at ikke-relevant tekst er redigert bort. Alle oppgitte navn i tekst er fiktive.

Tabell 2. Hoved- og underkategorier fra analyseprosessen av hvordan ektefeller til sykehjemspasienter erfarte besøksrestriksjoner under koronapandemien.

Hovedkategorier	Utfordrende samhandling i pandemitid	Avstand som kostbar erfaring
Underkategorier	Helsepersonell som kontaktformidler	Å stå utenfor
	Kreativ kontakt	Avstand til den som er på sykehjem
		Støtte og forsoning

5.1 Utfordrende samhandling i pandemitid

Dette temaet handler om hvordan besøksrestriksjoner og smittevern under pandemien endret pårørendes muligheter til å besøke og holde kontakt med sykehjemsbeboere. Det kom frem i intervjuene at helsepersonell fikk en sentral rolle som kontaktformidler mellom ekteparene. Intervjudeltakerne erfarte at alternativ kontakt kunne by både på utfordringer, men også være meningskapende og lede til fine opplevelser og kvalitetstid med ektefellen.

5.1.1 Helsepersonell som kontaktformidler

Ektefellene i denne undersøkelsen besøkte sine ektemenn regelmessig før pandemien førte til brudd i besøksfriheten. Ektefellene fortalte at besøksrestriksjonene gjorde at de ble avhengige av helsepersonellet for å etablere kommunikasjon med sine ektemenn. En av ektefellene fortalt at hun syntes det var vanskelig å ta kontakt med avdelingen fordi hun visste at den som måtte gå med telefonen var nødt til å bruke en del tid på å være til stede med ektefellen, hun fortalte at hun hadde dårlig samvittighet både for helsepersonellet som hun tenkte hadde viktigere ting å gjøre, og for ektefellen som hun visste hadde behov for kontakt. Hun valgte derfor å ringe til avdelingen, fremfor å be om assistanse fra personalet for å holde kontakt med ektefellen.

«Det var jo sporadisk kontakt, det var litt vanskelig for han. Så da var det slik at jeg snakket med de ansatte /../. De formidlet hvordan han hadde det, og skulle overbringe hilsen til han» (Anne).

Det kom frem i intervjuene at informantene som brukte digitale løsninger i kommunikasjon med sine ektemenn var prisgitt helsepersonellens tekniske kunnskaper. En av deltakerne beskrev at pårørendegruppen hadde forfattet et skriv til ledelsen og stilt spørsmål om tilgang på nettbrett for alle avdelingene, opplæring av de ansatte og besøksrutiner. Hun reflekterte over at ansvaret for å opprettholde kontakt mellom pasient og pårørende burde ha vært på arbeidslisten i hvert fall en gang i uken på lik linje med oppgaver som stell og omsorg. Hun reflekterte over at hun selv ville bli den digitale generasjonen eldre boende på sykehjem.

«Koronatiden bør ses på som en utfordring til å tenke nytt, hvis ikke så vil man fortsette i samme sporet. Jeg tenker da på tilrettelegging for samvær i en pandemitid og hvordan institusjonen kan legge opp til gode løsninger digitalt for de pårørende» (Elsa).

Intervju deltakerne delte synet om det ble enklere å holde kontakt og besøke sine ektemenn da sykehjemmene gradvis åpnet opp for fysiske besøk våren 2020. Informantene følte seg velkomne og roste personalet for hvordan de tilrettela for besøk ut fra det gjeldende regelverket.

5.1.2 Kreativ kontakt

Det kom frem i intervjuene at ektefellene tidlig etter nedstengningen var opptatt av hvordan de kunne opprettholde kontakt med sine ektemenn på sykehjemmet.

«Jeg forstod at det kunne ta tid før jeg kunne besøke han igjen på sykehjemmet, så på hvilken måte kunne jeg kommunisere med han, hvilke alternativer har jeg?» (Grete).

Telefon og digitale løsninger var den kommunikasjonsløsningen de begynte med. Ektefellene gjorde seg ulike erfaringer over hvor egnet denne kommunikasjonsformen var. To av ektefellene fortalte om positive erfaringer og beskrev at samtale med levende bilder ga en ekstra dimensjon og nærhet.

«Vi hadde litt kontakt via telefon og på Facetime, det gikk forsåvidt greit, men i og med at han var der han var, så kunne man ikke ha de lengre samtalene. Men vi kunne i hvert fall se og høre stemmen til hverandre» (Signy).

En av ektefellene beskrev at hun holdt jevnlig kontakt med sin ektemann over telefon eller nettbrett gjennom hele pandemitiden, og at denne typen kommunikasjon også åpnet opp for muligheter til å involvere familien. En informant fortalte at hun i samarbeid med personalet hadde forsøkt flere digitale løsninger, men at ektefellens kognitive sykdom og dårlige hørsel ble et hinder. Hun fortalte at det var trist og vanskelig å være vitne til at ektefellen ikke mestret situasjonen, samtidig som hun var glad for at de hadde forsøkt. En siste ektefelle fortalte at hun var blitt informert om den muligheten av helsepersonell, men slik hun vurderte ektemannens situasjon med svak hørsel og demens, så trodde hun ikke at det ville være noe som passet for dem.

«Så vi brukte Skype, men det er blitt trist fordi jeg så han ble forvirret. Han skjønnte ikke hvorfor han så et bilde og hørte stemmen min. Så jeg så at det gjorde han ikke godt i det hele tatt. Det gjorde at jeg ble trist og lei meg» (Grete).

Flere av ektefellene beskriver at de opplevde tiden etter nedstengningen som å være i et vakuum. En av ektefellene fortalte at mannen var i tankene hele tiden, men hun bestemte seg for at hun skulle gjøre noe positivt ut av situasjonen. Hun følte at mannen trengte noe å se frem til og en personlig bekreftelse på at hun tenkte på han.

«Det jeg gjorde, var å levere en hilsen til han på sykehjemmet. Roser, aviser, frukt. Det gjorde jeg hver uke i den tiden det var stengt. Har tatt vare på kortene. Det var fint for meg å kunne gjøre det i en tid jeg syntes var veldig tung» (Signy).

Ektefellene fortalte at da anbefalingene tillot at de kunne møtes fysisk personlig ble de oppfordret til vindubesøk eller å møtes utendørs. Intervjupersonene stilte seg positiv til denne formen for besøk, men flere trakk inn at klima i landsdelen var en faktor når de planla besøk. En av ektefellene fortalte at været ikke var noen hindring for dem. Hun hadde gjort avtale med personalet om å hente ektemannen til et gitt tidspunkt. Hun beskrev fine turer i nærmiljøet og gleden over å være sammen igjen. Flere av turene la de innom en nærliggende café, der de ansatte inviterte de inn til tross for at caféen egentlig holdt stengt.

«Jeg bestemte at de dagene vi skulle være sammen, så måtte han være klar i rullestolen til jeg kom. Vi har gått mange mil, sett på fjellene, trærne og trafikken. Vi har hatt veldig gode turer sammen, og selv om det har vært en tung tid så har vi likevel hver eneste dag våre gode øyeblikk» (Grete).

En Informant fortalte at hun gjenopptok besøkene da det ble mulighet for at hun kunne treffe sin ektemann utendørs. Hun beskrev at avdelingen var velvillig og fleksibel i forhold når hun kunne komme på besøk. Ektefellen fortalte at hun tok anbefalinger om avstand og hygiene på største alvor, men det var mye å forholde seg til. Hun reflekterte over at det var vanskelig for ektemannen som ikke forstod hvorfor hun måtte sitte i den andre enden av bordet. Hun syntes det var greit å ta med seg datteren som støtte, og datteren ønsket jo å besøke sin far.

«Ja vi møttes ute når det gikk ann, min datter hadde med seg mobilen med masse musikk og en liten høyttaler. ././ Da har han sunget høyt og helt klart. Det har vært veldig mange fine stunder» (Anne)

5.2 Avstand som kostbar erfaring

Dette temaet omhandler hvordan besøksrestriksjoner ble en kostbar erfaring for de pårørende på det emosjonelle plan. Noen opplevde pandemien som en påminner for den ubetingete kjærligheten som fantes i ekteskapet, mens andre opplevde at restriksjonene og avstanden førte til mer distansert relasjon til ektemann på sykehjemmet. Støtte fra familie og nettverk ble viktig for å finne en måte å leve med situasjonen.

5.2.1 Å stå utenfor

Intervjupersonene beskriver hvordan besøksrestriksjoner fikk negativ betydning for de under koronapandemien. Flere uttrykte sterke følelser og bekymring for de konsekvensene adskillelse kunne medføre for ektemennene, som følge av at de pårørende ble nektet adgang. Flere av ektefellene beskrev at det var en utfordrende å være pårørende til sykehjems pasienter under pandemitiden. En reflekterte over at hun hadde vansker med å akseptere at besøksrestriksjonene skulle være så strenge, når det etter forholdene var et lavt smittepress i lokalsamfunnet.

«Jeg kunne ikke forstå hvorfor jeg ikke kunne komme, hvor gjennomtenkt var det egentlig? For det viste seg jo at det ikke var de pårørende som tok med seg smitten der [sykehjem sørpå] det var jo de ansatte» (Grete).

En av ektefellene beskrev at hun mistet innsikten i ektemannens liv, og følte seg mer som en tilskuer. Hun beskrev en følelse av at hun ble frarøvet tid med ektemannen, som hadde behov for nærhet og ei hånd og holde i. Hun beskrev at det var som han satt i fengsel og reflekterte over et ett møte som hadde berørt henne dypt.

«Jeg tok et bilde av mannen min, der han satt innenfor vinduet. Det var sprosper på vinduene. Jeg måtte slette bildet, det ser ut som han sitter i fengsel, det ble for sterkt [gråter]» (Grete).

Dette synet ble delt av en annen intervjudeltaker som erfarte at ektefellen fallerte fysisk og mentalt under pandemien. Hun reflekterte over at hun som ektefelle ikke følte seg involvert, eller godt informert om avgjørelsene rundt ektemannens helse, og kjente på frustrasjon over å bli fratatt muligheten til å hjelpe ektemannen.

«De sa at han var suicidal, at han bare ville komme seg ut, så fikk jeg komme på besøk. Men de sa at det var et unntak, og bare den ene gangen fordi han var så veldig deprimert, slik at han kunne få litt lys inn i tilværelsen. /../ Jeg hadde jo ikke sett han på mange måneder, og jeg fikk jo aldri informasjon om hvor alvorlig hans tilstand faktisk var, så jeg ble helt knust og knakk sammen [gråter]» (Signy).

En av ektefellene uttrykte at i lys av pandemien så måtte smittevern hensynet være førende. Man hadde jo sett hvor mange som døde på sykehjem i Sverige. Hun beskrev at det var flinke ansatte, og hun hadde god kommunikasjon med sykehjemmet som ga henne en trygghet.

«Jeg synes de [ansatte på sykehjemmet] har vært veldig flink fordi de har ringt hvis det har vært noe, og informert. Når det var stengt, så var det stengt, det nytter ikke å stå å banke på døra, man må jo bruke sunn fornuft» (Anne).

5.2.2 Avstand til den som er på sykehjem

På spørsmålet om ektefellene hadde tanker om besøksrestriksjoner hadde påvirket relasjonen de hadde til sine ektemanne,n hadde deltakerne forskjellige erfaringer. En av de intervjuede reflekterte over at tiden fra hverandre hadde vært tøff og emosjonell. Hun beskrev at hun og ektefellen alltid hatt et sterkt og kjærlighetsfullt forhold til hverandre, og adskillelsen ikke hadde endret på dette.

«Det som er bra er at vi alltid har hatt et sterkt og godt forhold. Så vi hadde veldig stor sorg begge to [deltaker gråter]. Vi visste at vi hadde hverandre, så det påvirket oss ikke som par i det hele tatt, utover at det var mye sorg, mye sorg» (Signy).

En av intervjupersonene beskrev at det hadde vært en utfordrende å stå utenfor så lenge. Hun hadde gjort seg tanker om at fysisk adskillelse og mangelen på en regelmessig kontakt, hadde ført til en følelsesmessig avstand til ektefellen. Deres kontakt hadde bestått i nærhet med klemmer og være tett innpå hverandre.

«Det var lange perioder der det var helt nedstengt. Så da blir det slik at når man ikke kan komme inn på fysisk besøk, så får man en veldig avstand fra den som er på sykehjem» (Elsa).

En tredje deltaker stilte seg litt mer usikker, da hun reflekterte over at det var en stund siden ektefellen hadde flyttet på sykehjemmet, som i seg selv hadde vært et skille i forholdet. Hun beskrev også at hans sykdom hadde endret mye mellom dem, så hun var usikker om besøksrestriksjonene i seg selv hadde så stor betydning

«At avstanden har blitt større mener du? Det kan godt tenkes. /../. Jeg har prøvd å være hos han tre dager i uken, men da det ble stengt da gikk det jo en stund før vi fikk treffes igjen» (Anne).

5.2.3 Støtte og forsoning

Flere av studiens deltakere trakk fram at de fant støtte i familie, venner og pårørendegruppen. En av ektefellene beskrev det positivt og givende å holde kontakt, og dele erfaringer med de andre i pårørendegruppen.

«Jeg kan jo si at jeg har hatt litt trygghet i andre pårørende, at vi kunne ha snakket litt i lag, har kunnet dele erfaringer mellom oss» (Grete).

En av ektefellene fortalte at barna «sa de rette tingene», og trakk fram det positive i situasjonen. Hun reflekterte over at det var litt vanskelig når hun selv hadde et register av følelser, men hun forstod at de ville oppmuntre henne. Hun trakk frem en venninne med helsefaglig bakgrunn, som viste henne omsorg ved å ringe ofte og inviterte henne med på gåturer. Hun reflekterte over at samtalene med venninnen hadde vært uvurderlige, og hjalp henne å finne ro i situasjonen.

«Man kommer liksom til en forsoning med hvordan livet har blitt. En forsoning med og en erkjennelse at sånn er det. Det er ikke en sånn alt overgripende sorg, men man prøver å gjøre det beste ut av det» (Signy).

6 Diskusjon

I dette kapitlet ønsker jeg å drøfte funn knyttet til de to hovedtema som ble identifisert gjennom analysen: «*Utfordrende i samhandling i pandemitid*», og «*Avstand som kostbar erfaring*» (se tabell 2). Diskusjonen er derfor delt i to hoveddeler som bygger på studiens to hovedkategorier. I diskusjonen vil jeg trekke inn Aaron Antonovsky sin teori om «*opplevelse av sammenheng*» og tidligere forskning for å svare på problemstillingen: *Hvordan erfarte ektefeller til sykehjempasienter besøksrestriksjoner under koronapandemien?*

For å strukturere diskusjonen har jeg valgt å abstrahere undertema et nivå opp for å tydeliggjøre funn og svare på de tre forskningsspørsmålene:

1. Hvordan opprettholdt ekteparene kontakt med hverandre tidlig i pandemien?
2. Hvordan erfarte ektefellene å ha en begrenset mulighet til å møte sine ektemenn på sykehjemmet?
3. Hvordan erfarte ektefellene at besøksrestriksjonene påvirket relasjonen de hadde til sine ektemenn?

I denne studien ble fire ektefeller intervjuet om hvordan de opplevde tiden med besøksrestriksjoner under koronapandemien.

6.1 Utfordrende samhandling i pandemitiden

Det første forskningsspørsmålet, *hvordan ektefellene opprettholdt kontakt med hverandre tidlig i pandemitiden*, ledet frem til hovedkategorien om utfordrende samhandling i pandemien. Informantenes svar på dette spørsmålet beskriver hvordan de opprettholdt kontakt med sine ektemenn samt hvordan samhandlingen med sykehjemmet endret seg som følge av restriksjonene. Svarene indikerer også en økt avhengighet av helsepersonell som bindeledd og kontaktformidlere. Ektefellene beskriver også sine erfaringer om bruk av digital teknologi og alternative måter å holde kontakt.

6.1.1 Helsepersonell som premissleverandør for kontakt

Funn i denne studien viser at ektefellene var opptatt av hvordan de kunne opprettholde forbindelse med sine ektemenn i tiden med besøksrestriksjoner på sykehjemmet. Flere av deltagerne beskrev dilemmaet mellom ønsket om å oppnå kontakt med ektefellen, og dårlig samvittighet for å oppta helsepersonellens tid. Deltakerne berømmet helsepersonellens innsats. Ektefellene hadde ett inntrykk av det var lav bemanning med travle dager blant de ansatte, som medførte at de ikke ønsket å bli en ytterligere belastning. Tilsvarende funn kommer frem i underlagsrapporten til koronakommisjonen, hvor en ektefelle følte på en terskel mot å ta forbindelse, uten en tydelig invitasjon fra helsepersonell. Det å bli invitert inn ville få en positiv betydning (Jacobsen et al., 2021a).

Noen av studiens deltakere beskrev at muligheten for å etablere og opprettholde en digital forbindelse med ektefellen, forutsatte kunnskaper og digitalkompetanse hos personalet. Informantene adresserte ledelsens ansvar, for å bidra til at koronatiden måtte kunne bidra til at fremtidsrettede nye kontaktløsninger kan innføres. Funnene i denne studien er i samsvar med studien til Hado & Friss (2020) som viser til at det var viktig å etablere rutiner for kommunikasjon mellom pårørende og deres nærstående. Ledelsen kan ved å gi opplæring til de ansatte samt sørge for tilgjengelig utstyr, løfte frem kontakten med de pårørende som en egen oppgave (Hado & Friss Feinberg, 2020). Dette er også sammenfallende med koronakommisjonen, som konkluderer i sin rapport at nye kommunikasjonsplattformer er viktige å videreføres, også etter pandemien (Jacobsen et al., 2021).

Ektefellene beskrev hvordan de engasjerte seg, sammen med andre i pårørendegruppa, for å tydeliggjøre behovet for samhandling gjennom å skrive brev til ledelsen. I følge Antonovsky (2000) kan det å ta eierskap i et problem være en motivasjonsfaktor. Det å bruke egen innflytelse og engasjement kan omstrukturere en stressende erfaring over i et positivt og mer meningsfullt resultat.

Fra egen praksis som helsepersonell under pandemien erfarte jeg at Easymeeting, en digital kontaktløsning, og nettbrett ble tilgjengelig i avdelingen kort tid etter at besøksforbud ble vedtatt. En utfordring var å koordinere en felles plattform med de pårørende for å sikre funksjonalitet mellom sender og mottaker. Min erfaring er også at overføring av kunnskap og implementering av teknologi og ulike tekniske løsningene er en tidskrevende prosess på en arbeidsplass som har ansatte og vikarer som jobber turnus. Faktorer som økt belastning på

personalet grunnet sykefravær og ressurskrevende smittehåndtering i avdeling førte til at helsepersonellet til enhver tid måtte velge prioriteringsområder

6.1.2 Erfaringer med digital kontakt

Ektefellene som i denne studien gjorde positiv erfaring ved bruk av digital teknologi, oppgav at denne typen kommunikasjon ga tettere kontakt og mer innsikt i den andres hverdag fordi de kunne se og høre hverandre. Flere studier viser at teknologiske løsninger kan være et positivt bidrag til å holde kontakt mellom sykehjemspasienter og deres pårørende. Grønnestad (2021) viser at videosamtaler fremmer muligheten for visuell og akustisk interaksjon i samtid.

Deltakerne kan utrykke seg via kroppsspråk som gir en virkelighetsopplevelse i kontakten. Et interessant funn fra Kusmaul et al. (2022) viser at bruk av kjente apper, som for eksempel Facebook på pasienters egne telefoner, økte personellets motivasjon til å etablere kontakt mellom pasient og deres pårørende (Kusmaul et al., 2022). Eriksen et al. (2022) kommenterer i sin studie at kommunikasjonsteknologi kan forebygge digitalt utenforskap og sosial isolasjon blant eldre.

I denne studien erfarte noen av ektefellene at kognitiv sykdom ble en utfordring ved bruk av digital kommunikasjon. Dette er i samsvar med Eriksen et al. (2022) som beskriver at demens og sansesvikt kan være et hinder for å kommunisere blant eldre (Eriksen et al., 2022). Forskningsrapporten til Kjerkol et al. (2020) viser at faktorer som trygghet og livskvalitet berøres når kommunikasjon som gir ansikt til ansikt kontakt byttes ut med telefon. Studien trekker frem at digitale løsninger som nettbrett ikke er alternativ til vanlig telefon. Funnene i studien til Kjerkol et al. (2020) støttes opp av helsepersonell.

Funn fra denne studien illustreres ved at en av informantene fortalte at det hadde vært emosjonelt å være vitne til at den eneste muligheten for kontakt var utenfor ektemannens mestringsområde, men hun var likevel glad for at hun hadde forsøkt. Antonovsky (2000) viser i sin teori at ved å ha oversikt over tilgjengelige muligheter og ressurser, så fremmes opplevelsen av håndterbarhet. Visshet over å ha forsøkt de tilgjengelige mulighetene kan være en faktor som bidrar til aksept av situasjonen (Antonovsky 2000).

Personlige praksiserfaring sammenfaller med informantenes beskrivelser i denne studien. Selv har jeg erfaring med en pasient med fremskreden demens, har strålt av glede over å se sine kjære på nettbrettet. Selv om pasienten ikke forstod settingen, så var det ubetydelig da det digitale møtet opplagt ga pasienten glede. Det non-verbale språket kom til uttrykk ved at

pasienten strøk over bildet på skjermen med en kjærlig hånd. Jeg har også erfaring med at digital kontakt ikke fungerer fordi løsningen blir uforståelig for pasienten, og som en følge av dette får motsatt effekt ved at det utløser bekymring og uro hos pasienten. Etter min mening så er demens en individuell sykdom der det ikke er noen opplagte svar på hva som fungerer for den enkelte. Jeg mener det er viktig at demenssykdommen i seg selv, ikke blir ekskluderende for å prøve en digital teknologisk kontaktløsning som kan få en positiv betydning. Etter mitt synspunkt så bør helsepersonell i samråd med hver enkelt pasient og pårørende vurdere hvilke kontaktløsninger som fremmer samhandling, også i tid som ikke er preget av en pandemi. Med hensyn til at den kommende generasjonen eldre som har større kunnskaper om digital teknologi, er det viktig at vi som helsevesen er forberedt og kan hjelpe denne pasientgruppen med bruk av digitale medier for å opprettholde sosialt nettverk. Det må samtidig være en bevissthet om at digitale løsninger har vist seg å ha klare begrensinger i enkelte situasjoner, og ikke på noen måte kan erstatte fysisk kontakt med pårørende. Samtidig kan digital teknologi som et supplement ha stor verdi.

6.1.3 Alternativ kontakt

Funn i studien viser at ektefellene erfarte at det ble enklere å holde kontakt med sine ektemenn ved lettelser i besøksrestriksjonene våren 2020. De første møtene ble arrangert utendørs. Vær ble nevnt som en faktor som kunne ha betydning for planlegging og gjennomføring av besøk. Informantene beskrev forskjellig praksis for tidsramme og gjennomføring av besøk ved de ulike sykehjemmene. Noen av ektefellene fortalte at de selv hadde regien og kunne bestemme innholdet i tiden de hadde til rådighet.

Tretteteig et al. (2022) viser i sin forskning at pårørende opplever at utendørsbesøk har vært positivt for kontakt mellom pårørende og nærstående på sykehjem. Pårørende føler at de har bidratt til at den nærstående har fått fysisk aktivitet og sosialt stimuli. Prins et al. (2021) viser i sin studie av alternativ kontakt med jevnlig kommunikasjon fører til lavere bekymring hos pårørende som besøkte pasienten ofte før pandemien.

Flere av ektefellene i denne studien fortalte at besøk utenfor sykehjemmet fikk en positiv betydning og ledet til fine stunder med deres ektemenn. Antonovsky (2000) viser i sin teori "*opplevelse av sammenheng*" at det å være involvert og ha mulighet til å engasjere seg samt

påvirke gir en opplevelse av sammenheng som er en viktig komponent for å kunne oppleve noe som meningsfullt.

Erfaring fra egen praksis er at de pårørende var positive til å møtes igjen, og for mange var vindubesøk eller utendørs besøk den første anledningen til å treffe sine nærmeste etter flere måneder med strenge besøksrestriksjoner. Dette var midlertidig ikke uten utfordringer. Først og fremst var været ofte førende av hensyn til de pasientene som var skrøpelige og stillesittende. Videre kunne det være utfordrende å holde avstand for de pasientene som ikke hadde innsikt i, eller forståelse for smittevernsbestemmelsene. Min erfaring er at pårørende var nøye med å overholde håndhygiene og avstand. Dette samstemmer med tallene i studien til Backhaus et al. (2021) som viser at pårørende var bekymret for å trekke smitte inn på sykehjemmet, men at de tok ansvar i forhold til smittevern ved besøk. Pårørende ga også den nærstående gode forklaringer på om hvorfor de ikke kunne sitte sammen eller gi en klem som ellers ville ha vært naturlig. Flere av de pårørende tok sine nærstående med på gå- eller trilletter i en nærområdet der de gjerne drakk kaffe og hadde en hyggelig stund. Etter min mening så var dette en kjærkommen måte å holde kontakten på og som førte med seg positive opplevelser. Det var også godt for helsepersonellet å se at kontakten ble gjenetablert, ettersom vi visste at det var et savn for pårørende og pasient og ledet til positive opplevelser.

6.2 Avstand som kostbar erfaring

Denne hovedkategorien besvarer studiens forskningsspørsmål nummer 2: *Hvordan erfarte ektefellene å ha en begrenset mulighet til å møte sine ektemenn på sykehjemmet?* samt forskningsspørsmål nummer 3: *Hvordan erfarte ektefellene at besøksrestriksjonene påvirket relasjonen de hadde til sin ektemann?*

Ektefellene svar på disse spørsmålene beskriver hvordan besøksrestriksjoner ble en kostbar erfaring på det emosjonelle plan. Noen av ektefellene oppgir at avstand kan ha på virket relasjonen til ektemannen, mens andre oppgir at besøksrestriksjoner ikke hadde noen betydning. En av de pårørende reflekterte også over at sykdomsbildet til ektemannen allerede hadde påvirket relasjonen på en slik måte at den hadde ført til økt avstand, allerede før pandemien. For denne respondenten, var det litt usikkert hvor mye pandemien og restriksjonene hadde bidratt til å øke avstanden i relasjonen versus sykdommen. Flere av

ektefellene i oppgaven oppgir at støtte fra familie, nettverk og pårørende grupper var viktig for å mestre situasjonen.

6.2.1 Emosjonell påkjenning

Funn fra denne studien viser at strenge besøksrestriksjoner førte til at ektefellene fikk begrensede muligheter til å delta i sine ektemenns liv. Informantene i studien reflekterte over tap av verdifull tid, helsemessige konsekvenser for ektefellen som følge av adskillelsen samt opplevelsen av å være tilskuer i den nærstående sitt liv. Videre beskriver de følelser som sorg, frustrasjon, fortvilelse og maktesløshet over situasjonen. Funnene er i overensstemmelse med Nash et al. (2021) som i sin studie beskriver at pårørende uttrykker at deres nærstående fallerte grunnet lav bemanning, neglisjerte omsorgsbehov og fraværende sosiale og mentale stimuli. Pårørende i samme studie oppgir emosjoner som sorg, maktesløshet og forferdelse mm. knyttet til strenge besøksrestriksjoner. Studien trekker frem at de pårørende opplever brudd i omsorgsrelasjonen, og at de føler seg som vitner uten muligheter til å gripe inn. Resultatene viste også at situasjonen hadde innvirkning på de pårørendes mentale helse (Nash et al., 2021). Tråden trekkes videre til Kusmaul et al. (2022) hvor det kommer frem at pårørende uttrykker erfaringen med besøksrestriksjoner med sterke emosjoner. Her nevnes tap av dyrebar tid og negativ påvirkning på relasjonen mellom pårørende og deres nærstående på sykehjemmet (Kusmaul et al., 2022). I den norske underlagsrapporten til Jacobsen et al. (2021) uttrykte en ektefelle at det var emosjonelt og vanskelig, ved at han ikke kunne være støttende og til stede for sin kone. Ektefellen beskrev at han følte det som om han mistet sin kone for tredje gang som følge av restriksjonene (Jacobsen et al., 2021b).

En av ektefellene i denne studien hadde motsatte erfaringer sammenlignet med de andre. Hun sa at hun var tilfreds med situasjonen og trygg på at ektefellen ble godt ivaretatt av personalet. Hun reflekterte rundt at hun hadde en god dialog med sykehjemmet, ble godt informert om tilstand og utvikling samt at smittehensynet måtte komme først. Dette funnet samsvarer med Jacobsen et al. (2021) som viser at kontinuerlig og oppdatert informasjon var betryggende for de pårørende i en vanskelig tid. Prins et al. (2021) viser i sin studie at pårørende som klarte å opprettholde en regelmessig kontakt med sine nærstående i tiden med besøksrestriksjoner hadde større opplevelse av trygghet i situasjonen.

Koronapandemien kom som en uventet hendelse i 2020 og medførte inngrepene som berørte hele verdenssamfunnet og privatlivet til den enkelte. I følge Antonovsky (2000) vil de fleste i et livsløpsperspektiv måtte forholde seg til forventede og uventede livsopplevelser. Besøksrestriksjonene ved institusjoner ble en inngrep i det private hverdagsliv, der rammene og spillereglene var definert uten at de som var berørt hadde innflytelse på bestemmelsene. Antonovsky (2000) beskriver at følelser er uttrykk for en naturlig respons på konflikten. Personer med sterk opplevelse av sammenheng vil i slike situasjoner søke problemløsning ved å forsøke å oppnå klarhet i situasjonen og mobilisere motstandsressurser med tillitt til at resultatet skal bli bedre. Dette syntes å være tilfelle for deltakerne i denne studien som var aktive og engasjerte i samhandlingen med sine nære på sykehjemmet. På den ene siden var besøksrestriksjoner sterke inngrep som tilsidesatte både menneskerettigheter, pasientrettigheter og den iboende respekt for at mennesker kan leve og ta selvstendige valg. På den andre siden så var Covid-19 en dødelig sykdom, som det i mars 2020 ikke fantes noen kur for. I tillegg var det mange dødsfall blant sykehjemspasienter i Sverige som høyst sannsynlig påvirket etablering av strenge besøksrestriksjoner i Norge. Tanken bak avgjørelsene til regjeringen var tuftet på verdien om å beskytte de sårbare i samfunnet. Fra mitt synspunkt som helsepersonell mener jeg også at det faktum at situasjonen fremstod som uoversiktlig og uviss bidro til opplevelsen av alvor og dermed behovet for strenge tiltak i sykehjemmene. Det fantes ingen fasit eller tidsbegrensinger. Avgjørelser og tiltak ble fattet fortløpende utfra statistiske tall om utbredt koronasmitte og dødelighet.

6.2.2 Avstand som påvirkning for relasjonen

Flere av ektefellene i denne studien reflekterer over at tiden fra hverandre var emosjonell. Informantene hadde ulik opplevelse av hvorvidt besøksrestriksjoner påvirket relasjonen de hadde til sine ektemenn.

For en av ektefellene førte nedstengningen til økt avstand til ektemannen, mens en av deltakerne var litt mer usikker. Den tredje besvarte at besøksrestriksjonene ikke hadde noen betydning for relasjonen hun hadde til sin mann. I studien til Kusmaul et al. (2022) beskriver de pårørende at besøksforbudet påvirket tilknytningen i relasjonen negativt fordi de mistet muligheten til å delta i det daglige livet og som omsorgsgiver (Kusmaul et al., 2022). Dette er sammenfaller med den ene informantens opplevelse. For den som var usikker og den som

mente at det ikke hadde noe negativ betydning for relasjonen har det vært utfordrende å finne forskning som beskriver dette.

Glasier et al. (2019) viser at ektefeller og partnere ofte erfarer sin livspartners overgang fra hjem til sykehjem som utfordrende og overveldende. Følelser av å svikte ektefellen etter et langt samliv når ektefellen trengte de som mest er ikke sjelden forekommende (Glasier & Arbeau, 2019). Dette støttes av Nolan et al. (2006) som viser at det er viktig for pårørende å opprettholde den spesielle forbindelsen, kjærligheten i relasjonen, og bruke denne forbindelsen til å bedre livskvaliteten til den nærstående på sykehjemmet (Davies & Nolan, 2006a).

En av intervjupersonene beskrev at det hadde vært utfordrende å stå utenfor så lenge. Hun hadde gjort seg tanker om at fysisk adskillelse og mangelen på en regelmessig kontakt, hadde ført til en følelsesmessig avstand til ektefellen. Deres kontakt hadde bestått i nærhet med klemmer og være tett innpå hverandre. Denne uttalelsen, kan kanskje peke på en sammenheng mellom en opplevelse av økt avstand i relasjonen dersom fysisk kontakt, som klemmer tilsv. uteblir som følge av den fysiske adskillelsen.

6.2.3 Støtte og forsoning

Det siste punktet jeg velger å diskutere handler om at ektefellene i studien fortalte at selv om situasjonen var krevende og dynamisk, så fant de støtte gjennom kontakt med andre i pårørenderørende gruppen, sitt sosiale nettverk og familien. De oppga at dette hadde betydning for å finne en vei til aksept for situasjonen. Dette er samstemmende med funn i studien til Glasier et al. (2019) som trekker frem at familie og nettverk har betydning som hjelp og støttespillere. Det kommer frem i studien at informantene valgte å ta en dag av gangen, men at det ikke var det samme som å gå videre i livet sitt (Glasier & Arbeau, 2019). Antonovsky (2000) hevder i sin teori at et menneske ikke klarer å håndtere en høy følelsesmessig belastning over tid, og at individet vil søke løsninger og tiltak som kan bidra til å håndtere situasjonen. Å samordne egne tilgjengelige indre og ytre ressurser som familie, og sosialt nettverk, slik at situasjonen kan få en positiv betydning i prosessen med å finne mening. Deltagerens i denne studien var vært opptatt av behovet for å opprettholde kontakt og kontinuitet i relasjonen, mens i underlagsrapporten til koronakommisjonen oppgir en pårørende at besøksrestriksjonene ga en mulighet til å et tiltrengt pusterom (Jacobsen et al., 2021b).

Noen av deltakerne i denne studien fortalte at de hadde tett oppfølging med daglige besøk hos sin ektemann før koronapandemien. Jeg tolker dette som et uttrykk for at deltakerne påtar seg et stort ansvar og definerer seg sterkt inn i omsorgsrollen. For disse medførte strenge besøksrestriksjoner et betydelig tap og en rollendring. En av ektefellene i studien fortalte at mesteparten av hennes tid var knyttet til å daglige besøk hos ektefellen, da det ble stengt opplevde hun en tomhet. Hun fortalte at hun lagde personlige gaver til mannen slik at han skulle forstå at hun tenkte på han, selv om hun ikke kunne være til stede.

Disse informantene var tett bundet med sine ektefeller, med et sterkt behov for daglig oppfølging av ektemannens omsorgsbehov. For disse kan det se ut som at restriksjonene innebar en høyere kostnad, noe som kanskje kan medføre et større behov for støtte og forsoning. Etter mitt synspunkt er det vesentlig at helsepersonell har fokus på ektefeller som identifiser seg sterkt i omsorgsrollen. Pårørendesamtaler og kontinuerlig oppfølging er viktig for å kartlegge og identifisere den enkeltes behov.

7 Avslutning

Jeg har i denne oppgaven ønsket å få innsikt i hvordan ektefeller til sykehjemspasienter erfarte besøksrestriksjoner ved sykehjem tidlig i koronapandemien. Jeg har i denne studien intervjuet fire ektefeller, og ønsker å bruke deres erfaringer som eksempler på hvordan ulike behov kan oppstå i forbindelse med en pandemi. Det er viktig å identifisere og kartlegge pårørendes behov slik at helseinstitusjonene kan prioritere ressursene, og gi god pårørende oppfølging. Koronapandemien oppstod som en uventet hendelse i mars 2020, og strenge smittevern og besøksrestriksjoner ble hurtig implementert uten at pårørende hadde noen muligheter til å forberede seg eller påvirke dette. Besøksforbudet utløste sterke emosjoner hos ektefellene som følte seg maktesløse i situasjonen fordi de mistet mulighet til å være til stede i den livspartnerens liv.

Med utgangspunkt i problemstillingen, *Hvordan erfarte ektefeller til sykehjemspasienter besøksrestriksjoner under koronapandemien?* har jeg for å få en dypere innsikt har jeg stilt følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan opprettholdt ekteparene kontakt med hverandre tidlig i pandemien?
2. Hvordan erfarte ektefellene å ha en begrenset mulighet til å møte sine ektemenn på sykehjemmet?
3. Hvordan erfarte ektefellene at besøksrestriksjonene påvirket relasjonen de hadde til sin ektemann?

Gjennom analysen ble følgende hovedkategorier identifisert:

“Utfordrende samhandling i pandemitid”

Denne studien viser at strenge besøksrestriksjoner i begynnelsen av koronapandemien førte til nye utfordringer for ektefellene som ønsket å holde kontakt med sine ektemenn på sykehjem. De fleste ektefellene stilte seg positive til å forsøke tilgjengelige digitale kommunikasjons muligheter, men hadde varierende utbytte av dette grunnet faktorer som tilrettelegging på institusjon og utfordringer ved kognitiv sykdom. Ektefellene i denne studien fortalte at lettelse i besøksrestriksjonene førte til flere muligheter, og at alternative kontaktmuligheter som utendørsbesøk førte til meningsfulle opplevelser med sin livspartner.

“Avstand som kostbar erfaring”.

Avstand som kostbar erfaring blir et begrep som beskriver den emosjonelle kostnaden forbundet med avstand som kan oppstå i relasjonen, både fysisk og emosjonelt. Resultatene fra studien viser at ektefellene erfarte tiden med strenge besøksrestriksjoner som en emosjonell og utfordrende tid. Det er usikkert om besøksrestriksjonene har ført til noen endring i relasjonene ektefellene hadde til sine ektemenn på sykehjem. Sosialt nettverk familie og nettverk var viktige for ektefellene i denne studien for å finne aksept og ro i situasjonen. Helsepersonell bør ha fokus på ektefeller som identifiserer seg sterkt i omsorgsrollen.

7.1 Studiens styrker og svakheter

En svakhet i studien var at det var et lite utvalg deltakere, og ingen mannlig representasjon. En styrke med utvalget var at det bestod av meningssterke og motiverte deltakere. En svakhet er at det er vanskelig å si om de representerer menings perspektivet til «den jevne» ektefelle som pårørende. Samtidig så var det likevel en variasjonsbredde i svarene. En styrke er at utvalget representerer både by og landkommuner. En annen styrke i studien er at den retter søkelys på et nytt forskningsområde. Studien er transparent og gjennomført etter forskningsetiske retningslinjer og tilfredsstillende kravene om troverdighet og gyldighet.

7.2 Kliniske implikasjoner og forslag til videre forskning

Selv om denne studien er liten, og resultatene ikke har en direkte overføringsverdi utover den aktuelle konteksten, anser jeg at resultatene kan være av relevans og interesse både for helsepersonell, og for pårørende som har sine nærstående på sykehjem. Studiens resultater kan blant annet brukes som utgangspunkt for refleksjon og dermed bidra til faglig utvikling. Resultatene kan også brukes som utgangspunkt for diskusjoner knyttet til hvilken kompetanse helsepersonell innen feltet bør ha, både med tanke på kommende eldrebølge samt en fremtidig tilsvarende pandemi.

Utover diskusjoner og debatt behøver viktige problemstillinger utforskes både med kvalitativ og kvantitative forskningsdesign. Opplevelsen av besøksrestriksjoner og dens konsekvenser bør utforskes og beskrives i større studier enn denne og inkludere perspektivet til både pårørende, pasientene, helsepersonell og ledere.

7.3 Avsluttende kommentarer -Noen refleksjoner fra forfatteren

«Livet kan bare forstås baklengs, men det må leves forlengs» (Søren Kierkegaard).

Jeg har trukket frem det kjente sitatet til Søren Kirkegaard fordi jeg synes det illustrerer koronatiden. Koronasmitten kom som en usynlig fiende i mars 2020, og spredte sitt grep over dagliglivet til store deler av verdens befolkning. Utviklingen har gått fra at det ikke fantes vaksine, eller noen medisinsk beskyttelse til at nesten 3 millioner av landets befolkning har fått vaksinedose nummer pr 3 i april 2022 (Folkehelseinstituttet, 2021a).

Det har vært spennende å skrive en oppgave der forutsetningene og vurderingene har endret seg i takt med utviklingen. Siste kapitlet om koronapandemien er enda ikke skrevet. Jeg har prøvd å distansere meg fra «etterpåklokskapen» og har reflektert rundt de valg som ble tatt i 2020 og de følgene det fikk for ektefeller som nærmeste pårørende.

I løpet av denne oppgaven har flere interessante temaer og problemstillinger dukket opp som jeg ser fram til å diskutere med helsepersonell på sykehjem.

Referanseliste

- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium : at tåle stress og forblive rask* (Unraveling the mystery of health). København: Hans Reitzel Forlag.
- Aubert, K. E. (2020, 18.07.2020). relasjon. I *relasjon*. Store norske leksikon.<https://snl.no/relasjon>
- Backhaus, R., Verbeek, H., Boer, B. d., Urlings, J. H. J., Gerritsen, D. L., Koopmans, R. T. C. M. & Hamers, J. P. H. (2021). From wave to wave: a Dutch national study on the long-term impact of COVID-19 on well-being and family visitation in nursing homes. Hentet 31.03.2022 fra *BMC geriatrics*, 21(1), 1-588. 10.1186/s12877-021-02530-1
- Bergsagel, I. (2021). 7 av 10 sykepleiere har hatt fravær på grunn av korona. Hentet 28.03.2022 fra <https://sykepleien.no/2021/05/7-av-10-sykepleiere-har-hatt-fravaer-pa-grunn-av-korona>
- Davies, S. & Nolan, M. (2006a). 'Making it better': Self-perceived roles of family caregivers of older people living in care homes: A qualitative study. Hentet 12.11.21 fra *Int J Nurs Stud*, 43(3), 281-291. 10.1016/j.ijnurstu.2005.04.009
- Dommerud, T., Torset, N. S. & Thoresen, F. H. (2020). 8 av 10 sykepleiere er redde for å smitte de eldre på sykehjemmet. *Aftenposten*. Hentet 28.03.22 fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/P9JadR/8-av-10-sykepleiere-er-redde-for-aa-smitte-de-eldre-paa-sykehjemmet>.
- Engedal, K., Haugen, P. K., Brækhus, A. & Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og, h. (2018). *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forl. aldring og helse akademisk.
- Eriksen, S., Rokstad, A. M. M., Selbæk, G., Hanevold, G. B., Tveito, M., Bergh, S., . . . Ibsen, T.L. (2022). Bruk av skjermbaserte medier blant eldre under covid-19-pandemien. En HUNT-studie. Hentet 27.01.22 fra 10.4220/Sykepleienf.2022.88131
- Europaparlamentet og rådet for den europeiske union. (2016). *Personvernforordningen*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/KAPITTEL_1#%C2%A71
- Folkehelseinstituttet. (2011). Hva er en influensapandemi. Hentet 27.03.22 fra <https://www.fhi.no/sv/influensa/influensapandemier/hva-er-en-influensapandemi/>
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Demens* (Folkehelse rapporten). Hentet 21.05.21 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Folkehelseinstituttet. (2020a, 07.02.2022). Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19. Hentet 27.03.21 fra <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/>
- Folkehelseinstituttet. (2020b). Utvikling og godkjenning av koronavaksiner. Hentet 11.03.22 fra <https://www.fhi.no/sv/vaksine/koronavaksinasjonsprogrammet/utvikling-av-covid-19-vaksine/>
- Folkehelseinstituttet. (2021a). Koronavaksinasjon - statistikk. Hentet 12.03.22 fra <https://www.fhi.no/sv/vaksine/koronavaksinasjonsprogrammet/koronavaksinasjonsstatistikk/>
- Folkehelseinstituttet. (2021b). Koronavaksinasjon - statistikk. Hentet 01.05.22 fra <https://www.fhi.no/sv/vaksine/koronavaksinasjonsprogrammet/koronavaksinasjonsstatistikk/>
- Fonn, M. (2020). Kommune vil tvangsisolere pasienter med demens. Hentet 30.04.22 fra <https://sykepleien.no/2020/08/kommune-vil-tvangsisolere-pasienter-med-demens>
- Glasier, W. C. & Arbeau, K. J. (2019). Caregiving Spouses and the Experience of Involuntary Separation. Hentet 26.11.21 fra *Gerontologist*, 59(3), 465-473. 10.1093/geront/gnx163

- Hado, E. & Friss Feinberg, L. (2020). Amid the COVID-19 Pandemic, Meaningful Communication between Family Caregivers and Residents of Long-Term Care Facilities is Imperative. Hentet 31.03.22 fra *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 410-415. 10.1080/08959420.2020.1765684
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1989). *Forskrift for sykehjem m.v.* Hentet 13.04.22 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Helse- og omsorgstjenesteloven-hol.* Hentet 13.04.22 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, 30.10.2014). Grunnstrukturen i helsetjenesten. Hentet 09.04.22 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre.* Hentet 09.04.22 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Vi- de pårørende.* Hentet 16.11.21 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, 11.10.2021). Omsorgstjenesten. Hentet 09.04.22 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/omsorgstjenesten/id426407/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).* Hentet 01.02.22 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#%C2%A72-1e
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende.* Hentet 05.12.21 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Regjeringens mål og prioriteringer for koronavaksinasjon.* Hentet 12.03.22 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2020ny/regjeringens-mal-og-prioriteringer-for-koronavaksinasjon/id2789597/>
- Helsedirektoratet. (2016). *Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk (Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester).* Hentet 10.04.22 fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helse-omsorgs-og-rehabiliteringsstatistikk-eldres-helse-og-bruk-av-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20%E2%80%93%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf/_/attachment/inline/9fd0b64f-1c63-41c9-b06b-240a8f92d60e:2ff83cff46b33ba9aa9e2b4be590080526cb3d6e/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20%E2%80%93%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf
- Helsedirektoratet. (2017a). *Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende.* Hentet 14.04.2022. Hentet 14.04.22 fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/botid-i-sykehjem-og-varighet-av-tjenester-til-hjemmeboende/2017-02%20Botid%20i%20sykehjem%20og%20varighet%20av%20tjenester%20til%20hjemmeboende.pdf/_/attachment/inline/9f8fa68c-5969-4147-95d1-2177464084de:8a6b1b6e741b917894778a5ef81610764635ea4c/2017-

- 02% 20Botid% 20i% 20sykehjem% 20og% 20varighet% 20av% 20tjenester% 20til% 20hjemmeboende.pdf
- Helsedirektoratet. (2017b). *Pårørendeveileder*. Hentet 15.04.22 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/helseforetak-og-kommuners-plikter-overfor-parorende/plikt-til-parorendeinvolvering-og-stotte#kommuner-og-helseforetak-skal-ha-systemer-for-parorendeinvolvering-pa-flere-nivaer>
- Helsedirektoratet. (2020a). *Helsedirektoratets svar på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om besøksstans og sosial isolering under covid 19-pandemien*. Hentet 30.04.22 fra https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/anbefalinger-og-beslutninger/Helsedirektoratets%20svar%20p%C3%A5%20oppdrag%20fra%20Helse-%20og%20omsorgsdepartementet%20om%20bes%C3%B8ksstans%20og%20sosial%20isolering%20under%20covid%2019-pandemien.pdf/_/attachment/inline/7df4c198-78ae-4435-83c4-3a937ff2a768:ddb90898297230436ea4dbb93bcc648206a9f0e5/Helsedirektoratets%20svar%20p%C3%A5%20oppdrag%20fra%20Helse-%20og%20omsorgsdepartementet%20om%20bes%C3%B8ksstans%20og%20sosial%20isolering%20under%20covid%2019-pandemien.pdf
- Helsedirektoratet. (2020b). *Koronavirus – beslutninger og anbefalinger*. Hentet 04.05.22 fra [file:///C:/Users/sikr8/Downloads/Den%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenesten%20m%C3%A5%20bidra%20til%20at%20brukere_pasienter%20oppretholder%20kontakt%20med%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20og%20aktiviteter%20via%20sosiale%20medier,%20video%20o.l.%20n%C3%A5r%20dette%20begrenses%20av%20smittevernhensyn%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/sikr8/Downloads/Den%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenesten%20m%C3%A5%20bidra%20til%20at%20brukere_pasienter%20oppretholder%20kontakt%20med%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20og%20aktiviteter%20via%20sosiale%20medier,%20video%20o.l.%20n%C3%A5r%20dette%20begrenses%20av%20smittevernhensyn%20(1).pdf)
- Holm, M. S., Husebø, S. & Verdighetscenteret - omsorg for, g. (2015). *En Verdig alderdom : omsorg ved livets slutt*. Bergen: Fagbokforl.
- Jacobsen, F. F., Arntzen, C., Devik, S. A., Førland, O., Krane, M. S., Madsen, L., . . . Aasmul, I. (2021a). *Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem*: Hentet 14.11.21 fra Senter for omsorgsforskning.
- Justis-og beredskapsdepartementet. (2020a). Liste over kritiske samfunnsfunksjoner fastsatt. Hentet 11.03.2022 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/jd/nyheter/2020/liste-over-kritiske-samfunnsfunksjoner-fastsatt/id2693800/>
- Justis-og beredskapsdepartementet. (2020b). *Ny koronalov*. Hentet 12.03.2022. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/jd/pressemeldinger/2020/ny-koronalov/id2694038/>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2014). *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg). Oslo. Gyldendal akademisk.
- Kjerkol, I., Linset, K. & Westernen, K. I. (2020). *Virkninger av COVID-19 på tjenestetilbud, kommunikasjon og livssituasjon for eldre som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester i Stjørdal kommune*: Nord universitet.
- Krogh, T. (2019). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke* (2. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kusmaul, N., Miller, V. J. & Cheon, J. H. (2022). "They Just Took Him Out of My Life": Nursing Home Care Partner Experiences During the COVID-19 Pandemic. Hentet 31.03.22 fra *J Gerontol Nurs*, 48(2), 7-11. 10.3928/00989134-20220111-02

- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg. Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lundh, U., Sandberg, J. & Nolan, M. (2000). 'I don't have any other choice': spouses' experiences of placing a partner in a care home for older people in Sweden. Hentet 28.04.22 fra *J Adv Nurs*, 32(5), 1178-1186. 10.1046/j.1365-2648.2000.01588.x
- Melby, L., Thaulow, K., Lassemo, E. & Ose, S. O. (2020). *Sykepleieres erfaringer fra første fase av koronapandemien fra mars-oktober 2020*: SINTEF.
- Molvik, I. (2019). *Eldre og sosiale medier*. NTNU.
- Nakagomi, A., Shiba, K., Kondo, K. & Kawachi, I. (2022). Can Online Communication Prevent Depression Among Older People? A Longitudinal Analysis. Hentet 28.04.22 fra *J Appl Gerontol*, 41(1), 167-175. 10.1177/0733464820982147
- Nash, W. A., Harris, L. M., Heller, K. E. & Mitchell, B. D. (2021). "We Are Saving Their Bodies and Destroying Their Souls.": Family Caregivers' Experiences of Formal Care Setting Visitation Restrictions during the COVID-19 Pandemic. Hentet 31.03.22 fra *Journal of Aging & Social Policy*, 33(4-5), 398-413. 10.1080/08959420.2021.1962164
- Noack, T. & Tjora, A. H. (2018). Samhandling. Store norske leksikon. Hentet 02.05.2022 fra <https://snl.no/samhandling>
- O'Rourke, G., Pentecost, C., van den Heuvel, E., Victor, C., Quinn, C., Hillman, A., . . . Clare, L. (2021). Living with dementia under COVID-19 restrictions: coping and support needs among people with dementia and carers from the IDEAL cohort. Hentet 03.04.22 fra *Ageing and society*, 1-23. 10.1017/S0144686X21001719
- Parmar, J., Anderson, S., Dobbs, B., Tian, P. G. J., Charles, L., Triscott, J., . . . Poole, L. (2021). Neglected Needs of Family Caregivers during the COVID-19 Pandemic and What They Need Now: A Qualitative Study. Hentet 01.02.22 *Diseases*, 9(4), 70. 10.3390/diseases9040070
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Prins, M., Willemse, B., van der Velden, C., Pot, A. M. & van der Roest, H. (2021). Involvement, worries and loneliness of family caregivers of people with dementia during the COVID-19 visitor ban in long-term care facilities. Hentet 01.03.22 fra *Geriatr Nurs*, 42(6), 1474-1480. 10.1016/j.gerinurse.2021.10.002
- Regjeringen. (2020). *Norge bidrar i arbeidet med å bekjempe koronaviruset covid-19*. Hentet 11.03.22 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/smk/pressemeldinger/2020/norge-bidrar-i-arbeidet-med-a-bekjempe-koronaviruset-covid-19/id2690617/>
- Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (2020). *Personer med demens : møte og samhandling* (2. utgave. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sosialdepartementet. (2003). *Kvalitetsforskrift for pleie-og omsorgstjenestene*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Statistikmyndigheten. (2021). Överdödlighet i Europa under 2020. Hentet 08.03.22 fra <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2021/overdodlighet-i-europa-under-2020/>
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Verdighetsenteret. (2020). Sju koronaråd til sjukepleiarar og helsefagarbeidarar ved sjukeheimer. Hentet 01.04.20 fra <https://www.verdighetsenteret.no/2020/03/20/sju-koronarad-sjukepleiarar-helsefagarbeidarar-sjukeheimar>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforl.
- World Health Organization. (2020). WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic. Hentet 10.03.22 fra <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health->

emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic

Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi* (Problemer, positioner og paradigmer). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Zondag, M. (2021). Høie om klemming på sykehjem: – Første skritt på vei tilbake til hverdagen. Hentet 28.03.21 fra https://www.nrk.no/norge/hoie_-det-blir-lov-a-klemme-igjen-pa-sykehjem-i-lopet-av-uka-1.15357639

Vedlegg 1

04.05.2022, 18:59

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

325449

Prosjekttittel

«Ektefelles/samboers opplevelse av adskillelse ved stengte sykehjem under koronapandemien»

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Kirsti Skavberg Roaldsen , Kirsti.skavberg.roaldsen@uit.no, tlf: 92083476

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Silje Fagertun Kristiansen, skr112@uit.no, tlf: 45809958

Prosjektperiode

02.08.2021 - 01.08.2022

Vurdering (2)

29.09.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 26.09.2021

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 med vedlegg den 29.09.2021. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos NSD: Anne Marie Try Laundal

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/60d4253b-5a61-4426-b97e-96c88b5d63fc>

1/3

Lykke til videre med prosjektet!

08.09.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 07.09.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, og særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 01.08.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

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

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

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

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

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).

Quenchtech er oppgitt som 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 prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

<https://www.nsd.no/personverntjenester/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 ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD:

Anne Marie Try Laundal

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Ektefelles/samboers opplevelse av adskillelse ved stengte sykehjem under Corona epidemien».

I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Dette er en forespørsel til deg, om du kunne tenke det å delta i mitt forskningsprosjekt/masteroppgave. Jeg er tilknyttet studieretningen master i aldring og geriatrisk helsearbeid ved det helsevitenskapelige fakultetet, institutt for helse – og omsorgsfag ved Norges arktiske universitet, UiT, Tromsø.

- **Formål med prosjektet**

I løpet av høsten 2021 ønsker jeg å gjennomføre intervjuer med noen deltakere, som et ledd i mitt masterprosjekt. Jeg ønsker å gjøre en studie for å skildre hvordan ektefeller og samboere opplevde tiden med stengte sykehjem. Som pårørende har du med erfaring, opplevelser og tanker fra denne tiden. Jeg henvender meg til deg fordi jeg tror du kan gi en verdifull innsikt og et viktig bidrag til å belyse problemstillingen i forskningsprosjektet.

I denne masteroppgaven ønsker jeg å intervju 4-6 deltagere. Beregnet tidsforbruk er inntil to timer.

Som forsker ønsker jeg å intervju utvalgte ektefeller/samboere. Som deltager vil du få 7-10 åpne spørsmål om hvordan du håndterte koronasituasjonen og dine opplevelser, erfaringer og tanker du gjorde deg i tiden du ikke kunne besøke din ektefelle på sykehjemmet. Jeg vil også stille spørsmål om hvordan du holdt kontakt med din ektefelle/samboer, og om adskillelsen har påvirket forholdet mellom dere som et par.

Det innsamlede materialet vil bli analysert, og kategorisert sammen med annet innsamlet materiale. Ditt bidrag vil være viktig for at helsepersonell kan forbedre helsetjenesten og få en bedre innsikt i hvordan ektefelle/samboer opplever å bli ivaretatt i en krevende tid.

- **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

- **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Jeg har vært i kontakt med enhetsleder for pleie og omsorg i din kommune, og informert om forskningens hensikt og målsetning. Du får i dag tilsendt dette brevet fordi ledende sykepleier ved sykehjemmet har fått i oppdrag å kontakte aktuelle kandidater hun mener kan bidra med sin opplevelse som ektefelle/samboer.

- **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det et intervju på inntil 2 timer. Innledningsvis trenger jeg ditt navn, adresse, telefon nummer og eventuell mailadresse. Du kan velge møteplass, men jeg gjør oppmerksom på at smittevernshåndtering og kommunens retningslinjer kan medføre at intervjuet må gjennomføres digitalt, eller som telefonintervju. Det vil da bli valgt en sikker løsning. Under intervjuet vil jeg ta notater, disse vil være anonymisert. Jeg ønsker ikke helseopplysninger om deg, eller personlige, helsemessige opplysninger om din ektefelle/samboer. Opplysningene som blir innhentet gjennom intervjuet skal **kun** brukes til mastergaveprosjektet.

- **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller din ektefelle hvis du trekker deg fra deltakelse.

- **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

- *Lyd opptakene vil bli lagret på en sikker forskningsserver hos universitet i Tromsø.*
- *Det vil kun være undertegnede forsker som har tilgang på disse lydopptakene.*
- *Tilgang til lydopptakene sikres med krypterte passord/autentisering.*
- *Forsker vil være den eneste som har innloggings muligheter og passord til området der lydopptakene er oppbevart.*
- *Når lydopptakene blir omgjort til tekst vil alle personopplysninger bli anonymisert.*
- *Skulle de fremkomme personopplysninger eller helseopplysninger om din ektefelle vil disse bli utelukket fra tekstmaterialet.*
- *Som deltaker vil du ikke kunne gjenkjennes i en publikasjon.*

- **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Dine opplysninger anonymiseres i oppgaven. Når oppgaven er godkjent vil personopplysninger og opptak bli slettet.

- **Dine rettigheter**

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

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

- **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges Arktiske Universitet, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet (325449) er i samsvar med personvernregelverket.

- **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Silje Fagertun Kristiansen, masterstudent ved UiT Norges Arktiske Universitet.
Mailadresse: skr112@uit.no mobil:45809958

- Kirsti Skavberg Roaldsen, veileder ved UiT Norges Arktiske Universitet.
Mailadresse: kirsti.skavberg.roaldsen@uit.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

Silje Fagertun Kristiansen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Ektefelles/Samboers opplevelse av adskillelse ved stengte sykehjem under korona pandemien*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

Informasjon om forskningsprosjektet

«Ektefelle/samboers opplevelse av adskillelse ved stengte sykehjem under Corona epidemien»

I dette skrevet får du informasjon om mitt forskningsprosjekt og hva deltagelse innebærer for deg

- **Formål**

I løpet av høsten 2021 ønsker jeg å gjennomføre intervjuer med ektefelle/samboere til sykehjemsbeboere, som et ledd i mitt masterprosjekt. Koronapandemien har vært krevende tid som har påvirket livssituasjonen både til sykehjemsbeboere og til de nærmeste pårørende.

I denne studien ønsker jeg som forsker å få et dypere innsikt om hvordan stengte sykehjem påvirket ektefeller/samboere livssituasjon, og hvilke synspunkter, erfaringer og refleksjoner de sitter igjen med.

For å få denne kunnskapen ønsker jeg å intervjuer din ektefelle/samboer. Det innsamlede materialet vil være grunnlaget for en analyse i en masteroppgave som belyser hvordan tiden med stengte sykehjem fortonet seg for ektefelle/samboere til sykehjemsbeboere. Pårørendes erfaringer er viktige for å kunne forbedre helsetjenestens tilbud til pårørende og pasienter.

- **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

UiT Norges Arktiske Universitet er ansvarlig for prosjektet.

- **Hvorfor jeg kontakter deg.**

Du mottar denne informasjonen fordi din ektefelle/samboer har samtykket til å delta i intervjuer i mitt forskningsprosjekt. Du får dette brevet av avdelingsleder på din avdeling har sagt seg villig til å rekruttere aktuelle kandidater, og har vurdert at din samboer/ektefelle kan gi en god innsikt med sine erfaringer til dette forskningsprosjektet

- **Hva innebærer det for deg å delta?**

Jeg vil kun intervjuer din ektefelle/samboer i dette prosjektet. Du vil derfor ikke være aktiv i prosjektet, men dine pårørende kan omtale deg som tredjeperson når de forteller om sine opplevelser og erfaringer.

Det er frivillig deltakelse i prosjektet.

Det er frivillig å delta i prosjektet, som tredjeperson og ektefelle/samboer har du alle rettigheter til å melde fra at du ikke ønsker å være delaktig i prosjektet. Du kan gi beskjed når

som helst, og du trenger ikke å oppgi noen begrunnelse. Alle opplysninger vil da bli slettet, og det vil ikke foreligge noen negative konsekvenser for din avgjørelse.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

- Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålet som er omtalt i dette skrivet. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.
- Informasjon ville ikke bli delt med andre.
- Lydopptakene lagres på en sikker forskningsserver hos universitet i Tromsø.
- Det vil kun være undertegnede forsker som har tilgang på disse lydopptakene.
- Tilgang til lydopptakene sikres med krypterte passord/autentisering.
- Når lydopptakene blir omgjort til tekst vil alle personopplysninger bli anonymisert. Navn vil erstattes med «kvinnelig ektefelle/samboer eller mannlig ektefelle/samboer» og nummereres etter antall.
- Skulle de komme frem personopplysninger eller helseopplysninger om deg i intervjumaterialet vil disse utelukkes fra tekstmaterialet.
- Som deltaker vil du ikke kunne gjenkjennes i en publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Dine opplysninger anonymiseres i oppgaven. Når oppgaven er ferdigstilt vil alle personopplysninger og intervjuopptak bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg fordi det er av verdi for forskning og allmenhetens interesse å vinne innsikt i dette temaet. Du har likevel full rett til å velge at du ikke ønsker delaktighet i dette forskningsprosjektet.

På oppdrag fra UiT Norges Arktiske Universitet 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 personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Silje Fagertun Kristiansen, masterstudent ved UiT Norges Arktiske Universitet.
- Mailadresse: Skr112@uit.no

- telefon:45809958
- Kirsti Skavberg Roaldsen, veileder ved UiT Norges Arktiske Universitet.
Mailadresse: kirsti.skavberg.roaldsen@uit.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

Silje Fagertun Kristiansen

Vedlegg 4

Informasjon til helsepersonell vedrørende rekruttering av deltakere til forskningsprosjekt.

Jeg er masterstudent med aldring og helse og skal i studieåret, jobbe med en masteroppgave der hensikten er å finne ut hvordan ektefelle/samboer til sykehjemspasient opplevde tiden med stengte sykehjem under coronatiden, og hvorvidt dette hadde innvirkning på forholdet til ekteparet/samboerparet.

Målet med denne forskningsprosjektet er å vinne innsikt i tanker og erfaringer de pårørende sitter igjen med, slik at vi som helsepersonell kan være bedre rustet til å ivareta de pårørende i tilfelle vi møter en tilsvarende smittesituasjon i fremtiden.

Vedlagt i mailen følger samtykkeskjema for ektefelle/samboer som er målgruppen i denne masteroppgaven, samt informasjonsskriv til pasientene som blir involvert som tredjepersoner. Sykehjemspasienter er definert som en sårbargruppe og u.t vet av erfaring at reduserte kognitive evner kan medføre til utfordringer om hvorvidt pasienten kan nyttiggjøre seg og har forståelse av informasjonen. Pasienter har også sine juridiske rettigheter og ønsker om å være involvert og kan ta stilling til om de ønsker at ektefelle forteller om deres situasjon. Det er derfor ønskelig at det gjøres en vurdering av helsepersonell i hvert enkelt tilfelle.

Kontakt informasjon:

Silje F Kristiansen

Mail: skr112@uit.no

Mobil:45809958

Tusen hjertelig takk til dere som tar dere tid til å hjelpe meg med rekrutteringen av deltakere 😊

Med vennlig hilsen

Silje F Kristiansen

Vedlegg 5

Før intervjuet begynner opplyses deltaker om studiets hensikt og informert samtykke. Etter intervjuet blir det også gjentatt informert samtykke.

Intervjuets spørsmål for å bli kjent vil bestå av spørsmål om alder, yrke og vær.

1. Kan du fortelle meg om hvordan du har opplevd koronatiden?
2. Kan du beskrive din opplevelse av situasjonen da du fikk beskjed om at sykehjemmet ble stengt?
→Hva tenkte du da?
3. Hvordan holdt du kontakt med din ektefelle/samboer i denne perioden?
4. Hvordan opplevde du å bli ivaretatt som ektefelle av personalet i denne tiden?
→Kan du gi noen eksempler?
5. Fikk du informasjon fra de ansatte på sykehjemmet om hvordan din ektefelle/ samboer hadde det?
→Hvor ofte?
6. Har du noen tanker om adskillelsen påvirket forholdet/ekteskapet?
→Kan du eventuelt gi noen eksempler her?
7. Hvordan ville du ha beskrevet situasjonen din til noen som ikke hadde kunnskap om hvordan det er å ha en ektefelle på sykehjem i coronatiden.
→Har du noen tanker i ettertid om hvordan du kunne blitt bedre ivaretatt?
8. Er det noe du ønsker å tilføye, eller som er viktig for deg å få fortalt?

Avsluttende spørsmål: Hvordan har du opplevd Intervjusituasjonen?

