



4. Pleier–pasient-interaksjonens helsefremmende potensial i sykehjem

Gørill Haugan

Sammendrag Kapitlet er basert på to sett med empirisk datamateriale som representerer 390 eldre i 77 norske sykehjem. Ni hypoteser om pleier–pasient-interaksjonens direkte sammenheng med dimensjoner som fremmer velvære blant eldre i sykehjem, testes. Funnene indikerer at pleier–pasient-interaksjonen fremmer opplevelse av sammenheng, mening i livet, livsglede, håp og *self-transcendence*, og dermed velvære og helse. Helsefremming i sykehjem bør baseres på kunnskap om salutogenese og patogenese som anvendes integrert.

Nøkkelord sykehjem | symptombyrde | pleier–pasient-interaksjon | helsefremming | velvære

Abstract This chapter is based on two empirical data materials representing 390 elderly people in 77 Norwegian nursing-homes. Nine hypothesized associations between nurse–patient interaction and dimensions highly correlated with well-being were tested. Nurse–patient interaction promotes sense-of-coherence, meaning-in-life, joy-of-life, hope and self-transcendence, and thereby wellbeing and health. Health-promotion in nursing-homes develops from an integrated perception of salutogenesis and pathogenesis.

Keywords nursing home | symptom severity | nurse–patient interaction | health promotion | wellbeing

KOMMUNEHELSE TJENESTEN I DAG

Norsk helsevesen er midt i en omdreiningsprosess iverksatt av norske myndigheter. Det har vært, og er, politisk enighet om å forskyve arbeidsoppgaver mellom nivåene i helsetjenesten. Flere stortingsmeldinger beskriver denne ønskede dreiningen, særlig gjelder dette «Samhandlingsreformen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008–2009), «Folkehelsemeldingen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012–2013), «Morgendagens omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012–2013) og «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» (HOD, 2014–2015). Som en konsekvens er tjenester flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, samtidig som kommunehelsetjenesten skal ha helsefremmende og forebyggende arbeid mer i fokus. Altså, store utfordringer og endringer i kommunehelsetjenesten på en og samme tid.

Kommunehelsetjenesten i Norge står nå midt i konsekvensene av disse endringene, som stiller krav til økt kompetanse. Kravet om økt vekt på helsefremming og forebygging innebærer blant annet økt brukermedvirkning og brukerinnflytelse, tidlig innsats i sykdomsforløp og økt vekt på habilitering og hverdagsrehabilitering. Sagt på en enkel måte: Folk skal ut av sykehusene så fort som mulig. Sykehusene skal kun drive aktiv behandling; alt annet helse- og omsorgsarbeid skal foregå i kommunene. Som eksempler kan nevnes såkalte pakkeforløp og «fast-track»-forløp i sykehusene (Schnell Husbt & Aglen, 2016), og barselkvinner skal hjem etter 24–48 timer etter fødselen (Aune & Dahlberg, 2016). Kommunale tilbud skal derfor utvikles nær der brukerne bor, for å effektivisere sykehustjenesten. Ulike lavterskeltilbud (Eldstad & Eide, 2017), frisklivs-sentraler (Sagsveen, Rise, Grønning, Westerlund & Bratås, 2018), helsefremmende hjemmebesøk (Aune, Dahlberg & Haugan, 2017; Dahlberg, Haugan & Aune, 2016), selvhjelpsgrupper (Aglen, 2014) og poliklinisk behandling er opprettet og videreutviklet i kommunene. Brukerne av den kommunale helsetjenesten vil bli flere enn før, og vil være i alle aldersgrupper, med mer komplekse og sammensatte hjelpebehov. I lys av det demografiske skiftet mot en stadig eldre befolkning som vi nå er vitne til, vil den største gruppen brukere være eldre mennesker.

DEN DEMOGRAFISKE UTVIKLINGEN

Vi ser nå en stor endring i verdens befolkning. Mennesker lever lenger, mange blir svært gamle; 80, 90 og 100 år. I dag er 125 millioner mennesker 80 år eller eldre; andelen 80+ øker mest. Denne befolkningsutviklingen startet i høyinntektsland; eksempelvis i Japan er allerede 30 % av befolkningen 60 år eller eldre. Nå ser vi den

samme utviklingen også i middelinntekts- og lavinntektsland. For første gang i historien kan mennesker generelt over hele kloden forvente å leve til de er 60 år og eldre (WHO, 2018). Fra 2015 til 2050 forventes det at andelen 60+ nesten fordobles fra 12 % til 22 %; i 2050 vil to milliarder mennesker være 60 år eller mer, en økning fra 900 millioner i 2015. Når levetiden øker over hele verden, er det viktig å utvikle et helsevesen som sikrer at de ekstra leveårene er verdt å leve, til tross for kroniske sykdommer (ibid.). Dette har stor betydning ikke bare for den enkelte eldre, men også for familiene, nærmiljøet og samfunnet.

Men det finnes lite evidens som indikerer at eldre i dag har bedre helse enn deres foreldre hadde i alderdommen (Kingston et al., 2017; Modig, Virtanen, Ahlbom & Agahi, 2016). Alder er ingen sykdom, samtidig er de fleste kronisk syke eldre mennesker (WHO, 2018). Høy alder etterfølges fortsatt av økt forekomst av kronisk sykdom, komorbiditet og funksjonstap (WHO, 2010). For mange fører dette til behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, som hjemmetjeneste og hel-døgns opphold i sykehjem. WHO's (2017) handlingsplan «Aging and Health» fremhever et globalt behov for utvikling av gode systemer for langtidsomsorg for å møte den aldrende befolkningens behov. Alle land møter nå disse utfordringene (WHO, 2018), som kan synes overveldende; særlig gjelder dette lavinntektsland, som har begrensede ressurser. Ergo vil helsefremmende initiativ, tiltak, program og tilbud for mennesker som lever hjemme eller i kommunale institusjoner, bli svært avgjørende i årene som kommer.

Eldre i sykehjem er en voksende gruppe; utfordringer relatert til langtidsomsorg for eldre mennesker er felles for alle land. Velvære vil være et sentralt mål i helsefremmende sykehjem – utvikling av gode helsefremmende strategier er nødvendig. Basert på det helsefremmende perspektivet og den salutogene helseforståelsen fokuserer dette kapitlet på pleier–pasient-interaksjonen som en potensiell helsefremmende ressurs i sykehjem.

HELSEFREMNING

WHO definerer helsefremming som den prosessen som setter den enkelte, så vel som fellesskapet, i stand til å ta kontroll over forhold som påvirker helsen. Dette er altså en ganske bred definisjon. Den første internasjonale konferansen om helsefremming ble holdt av WHO i Ottawa, Canada, i 1986. Her ble Ottawa-charteret (WHO, 1986) utarbeidet; charteret beskriver helsefremming slik: «Health promotion is the process of enabling individuals and communities to increase control over the determinants of health and thereby improve their health» (ibid.). Overført til den norske kommunehelsetjenesten innebærer helsefremming å utvikle indivi-

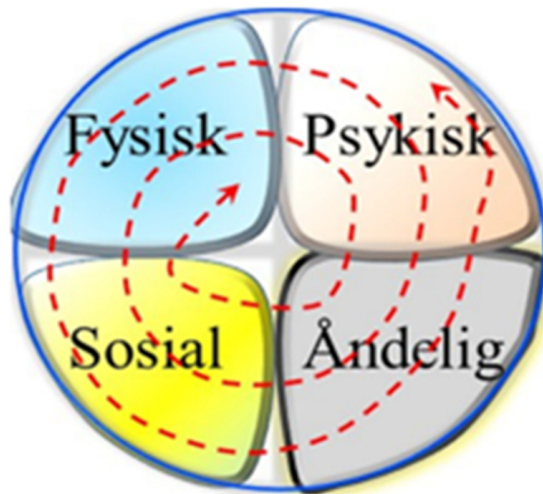
dets helsefremmende ferdigheter ved å tilby informasjon, opplysning, kunnskap, støtte, veiledning, omsorg og mestringsteknikker. Så tidlig som i 1987 definerte Helsedirektoratet (1987) at målet er å reorientere helsetjenesten i en helsefremmende retning. Hvordan kan sykehjemmene reorienteres mot helsefremming? En slik reorientering innebærer ikke å se bort fra patogenesen. Kunnskap om patogenese, det vil si kunnskap om sykdom, risiko, forebygging og behandling, er svært viktig i alle helsefag, og selvsagt også i sykehjem. Generelt preges sykehjemspopulasjonen av multimorbiditet, høy symptombyrde, skjørhet og mortalitet (Barca, Selbæk, Laks & Engedal, 2009; Drageset, Eide, Kirkevold & Ranhoff, 2013; Haugan, 2014b; Rinnan et al., 2021). Dermed er kunnskap om sykdom, smerte og symptomlindring avgjørende i sykehjem. Samtidig er salutogenesen med sitt fokus på salutogene ressurser for velvære og helse viktig. Sykehjemmene trenger en tydelig og eksplisitt syntese av patogenesen og salutogenesen. I stedet for å sette disse to paradigmene opp mot hverandre bør de integreres i en helhetlig måte å forstå og arbeide med helse på. Helsen skal ikke bare behandles, men også fremmes og fasiliteres, ikke minst i sykehjem. Helse er alltid til stede, mens sykdom og skade oppstår fra tid til annen. Selv om eldre i sykehjem har flere kroniske sykdommer og funksjonstap, har de likevel helse. Den salutogene helseforståelsen er holistisk; helse forstås som en ressurs som alltid er til stede, i ulik grad, gjennom hele livsløpet. Helsen varierer langs et kontinuum mellom uhelse («dis-ease») og helse («ease»). Ulike salutogene ressurser kan bidra til å bevege pasientens helse mot den positive enden av helse-kontinuumet, det vil si mot velvære («ease») (Antonovsky, 1987).

DEN SALUTOGENE HELSEFORSTÅELSEN

Aron Antonovskys (1987) spørsmål «What creates health?» danner utgangspunktet for den salutogene helseforståelsen, som representerer et vendepunkt innen helseforståelse og helseforskning (Haugan & Eriksson, 2021). Stadig flere forskere har innsett at et ensidig fokus på sykdom og risiko for å bli syk ikke nødvendigvis øker eller styrker menneskers helse. Livet er komplekst; vår helse utsettes for mange ulike typer belastninger som vi responderer ulikt på. Ikke alle blir syke under store belastninger, risikofaktorer, tap, kriser og sykdom. Finnes det noen salutogene ressurser som bevarer menneskers helse og velvære under vanskelige omstendigheter? Mange må leve med sykdom og funksjonstap gjennom store deler av livet; helse kan derfor ikke bare handle om ikke å ha sykdom, men om å leve gode liv på tross av sykdom.

Antonovsky (1979, 1987) anses som «salutogenesens far». Selvet begrepet «salutogenese» har sin opprinnelse i det latinske begrepet «salus», som betyr «helse», og

det greske begrepet «genesis», som betyr «opprinnelse». Ergo er salutogenese – den salutogene helseforståelsen og det etter hvert utviklede salutogene begrepsapparatet – basert på kunnskap om helsens opprinnelse. Det vil si kunnskap om hva som gir, fasiliterer og understøtter helse og velvære. Den salutogene helseforståelsen er holistisk, og anser mennesket som en helhet av en fysisk, psykisk, sosial og åndelig/eksistensiell dimensjon. Sykepleie og andre helsefaglige profesjoner er grunnnet i den holistiske helseforståelsen. Helsefaglige studenter presenteres for at mennesket er en helhet, bestående av fire dimensjoner: en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon. Dermed har vi teoretisk splittet opp helheten mennesket i fire deler, noe som synes selvmotsigende. Helhet er helhet. Splitter vi den opp i fire, er den ikke lenger hel, men har fire deler. Mange pasienter lider dessverre unødvendig i møte med et helsevesen som i stor grad er basert på denne oppsplittingen av mennesket; de opplever seg som en diagnose, en case eller en ting som opereres og ordnes på, ikke som et helt menneske, en person. Selv om dagens sykehjem representerer en palliativ kontekst hvor velvære og dermed salutogenese burde stå sentralt, ser det ut til at den patogene helseforståelsen fortsatt er dominerende.



Figur 4.1 Mennesket som helhet. © Gørill Haugan

Figur 4.1 illustrerer enheten mennesket bestående av en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon, i tillegg har figur 4.1 en rød stiplet linje som sirkulerer; selv om vi teoretisk hevder det er ulike dimensjoner i helheten, er den fortsatt en helhet fordi disse fire dimensjonene er integrert i hverandre. Det foregår en interaksjon mellom delene eller nivåene i helheten, alt styrt via hjernen. Ingenting er «bare

psykisk» eller «bare fysisk»; alt er integrert i alt. Alt virker inn på alt. Mennesket er en unik og udelelig fysisk-psykisk-sosial-åndelig enhet hvor kropp, sjel og ånd er integrert i og i stadig interaksjon med hverandre, helt ned på cellenivå. Ergo er menneskets opplevelser, erfaringer, forventninger, tanker og følelser fysiologiske tilstander eller biokjemiske forhold i kroppen, med påfølgende konsekvenser i kroppen, og derfor også i resten av helheten mennesket. Forskning har vist og viser stadig tydeligere at det er forbindelser (interaksjon) mellom sjelen (sinnet; våre tanker, følelser og opplevelser) og kroppen i utviklingen av de aller fleste sykdommer og plager. Negative følelser og langvarig stress utsetter organsystemene for belastning som kan resultere i sykdom. Våre emosjoner er biokjemiske realiteter i våre kropper. Vi føler og kjenner dem i kroppen. De har ikke noe annet sted å være.

Candace Pert er en internasjonalt anerkjent stressforsker. Hun har vist at hjernen «snakker» med immuncelle-systemet ved hjelp av «budbringer-celler» som kalles neuropeptider eller transmitterstoffer. Når hjernen tolker emosjoner som frykt, sinne, glede eller sorg, får alle immuncellene beskjed om denne tolkningen. Pert (1999) beskriver denne prosessen som om «biter av hjernen flyter rundt i kroppen». Forenklet kan vi si at våre følelser og tanker «flyter rundt i kroppen», materialisert som peptider (protein-molekyler) og en myriade av komplekse kjemiske og fysiologiske prosesser. Innen stressforskning har det vært hevdet at følelsen frykt utløser mer enn 1400 kjente fysiske og kjemiske stressreaksjoner, og aktiverer mer enn 30 ulike hormoner og nevro-transmittere (Haugan, 2014a). Samtidig fremhever stresslitteraturen at positive holdninger og forventninger ikke bare er skiftende sinnsstemninger, men også biologiske realiteter i kroppen. Seligman (1991) viste at optimisme har stor positiv betydning for menneskers helse. Flere studier har vist at en særlig type hvite blodlegemer, kalt «natural killer cells», øker i antall under kognitiv terapi, samt ved ulike former for avslapnings- og visualiseringsteknikker (Haugan Hovdenes, 1995; Rannestad, Hovdenes & Espnes, 2006). Ulike helsefremmende intervensjoner, tilpasset den enkelte og den spesifikke konteksten, vil altså berøre pasienten som en enhet av kropp–sjel–ånd. Også den eldre pasienten i sykehjem. Fordi helhet er helhet, vil helsefremmende tilnærminger kunne påvirke smerter, fatigue, dyspné, kvalme, angst og depressive symptomer. Basert på den salutogene helseforståelsen fokuserer dette kapitlet på pleier–pasient-interaksjonens helsefremmende potensial i sykehjem. I det videre presenteres kunnskap om dagens sykehjemspopulasjon.

ELDRE I SYKEHJEM

I Norge lever nå 7,2 % av de som er 67 år og eldre, og ca. 9 % av de som er 80+, sin siste levetid i sykehjem. Gjennomsnittlig levetid i norske og amerikanske sykehjem er 1–2 år (Kelly et al., 2010; Vossius, Selbæk, Šaltytė Benth & Bergh, 2018), og 30–40 % av årlige dødsfall i Norge og USA skjer i sykehjem (Temkin-Greener, Zheng, Xing & Mukamel, 2013; Vossius et al., 2018). Dagens sykehjemspopulasjon preges av høy alder, multimorbiditet, funksjonstap, mortalitet og høy symptombyrde (Barca, Selbæk, Laks & Engedal, 2009; Drageset, Eide, Kirkevold & Ranhoff, 2013; Haugan, 2014b; Rinnan et al., 2021). Å flytte til et sykehjem er en konsekvens av sykdom, funksjonstap, tap av sosiale relasjoner og av å «se døden i øynene», og representerer også tap av egen bolig, sosialt nettverk og sosiale roller (Choi, Ransom & Wyllie, 2008; Otsuka, Hamahata, Komatsu, Suishi & Osuka, 2010; Tuckett, 2007). Disse forholdene gir økt opplevelse av avhengighet, sårbarhet, maktesløshet og «emosjonelt stress» (Drageset et al., 2013; Drageset, Eide & Ranhoff, 2013).

Følgelig er depressiv symptomatologi utbredt (Haugan, 2014b; Rinnan et al., 2021; Stewart, 2013). Forekomsten av depresjon er vist å være tre til fire ganger høyere blant eldre i sykehjem sammenlignet med hjemmeboende eldre; 30–50 % i sykehjem rapporterer depressive symptomer (Haugan, 2014b; Jongenelis et al., 2004; McDougall, Matthews, Kvaal, Dewey & Brayne, 2007; Rinnan et al., 2021). Disse symptomene blir oversett eller møtt med farmakologisk behandling (Hosia-Randell & Pitkälä, 2005; Mann, Köpke, Haastert, Pitkälä & Meyer, 2009; Swapna, Bhattacharjee, Kamble & Aparasu, 2011; Verhoeven et al., 2014), selv om effekten av behandling med antidepressiva blant eldre i sykehjem er diskutabel (Boyce et al., 2012). Ergo har den raskt økende sykehjemspopulasjonen høy risiko for psykologiske plager, og en adekvat respons mangler.

Samtidig viser studier at eldre i sykehjem strever med eksistensielle spørsmål og mangler noen å snakke med (Haugan et al., 2020; Haugan, Innstrand & Moksnes, 2013; Haugan Hovdenes, 2002; Sand & Strang, 2007; Sjöberg, Beck, Rasmussen & Edberg, 2018). Eksistensielle spørsmål handler om hva som gjør livet verdt å leve, det vil si hva som gir mening, opplevelse av ensomhet, hvordan møte sin egen død og så videre (Grech & Marks, 2017; Sjöberg et al., 2018). Blant eldre i sykehjem er opplevelse av mening i livet et sentralt aspekt ved åndelig/emosjonelt velvære, og derav også for fysisk velvære, så vel som mortalitet (Drageset et al., 2013; Haugan, 2014b; Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010). Opplevd mening i livet og redusert ensomhet blant eldre i sykehjem er knyttet til tilhørighet (Cooney, Dowling, Gannon, Dempsey & Murphy, 2014; Drageset, Haugan & Tranvåg, 2017; Haugan, 2013a; Stavrova & Luhmann, 2016), til kontakten med personalet (Phillips-Salimi, Haase & Kooken, 2012; Sjöberg, Edberg, Rasmussen & Beck, 2019), opplevelse av

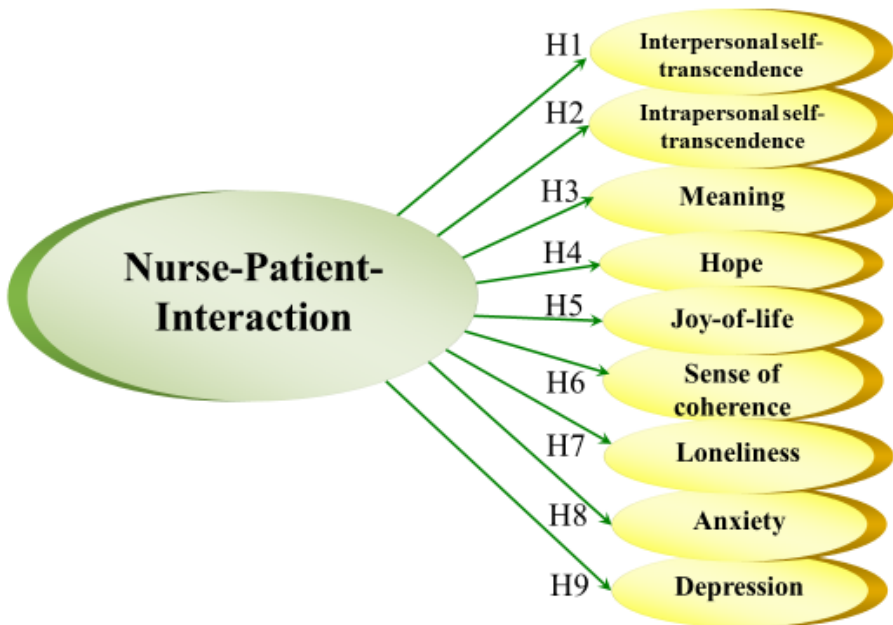
støtte, tillit, mening og et perspektiv utover døden (Thauvoye, Vanhooren, Vandenhoeck & Dezutter, 2019), så vel som med tilfredshet (Tejero & Marie, 2012), ensomhet (Prieto-Flores, Fernandez-Mayoralas, Forjaz, Rojo-Perez & Martinez-Martin, 2011a; Prieto-Flores, Forjaz, Fernandez-Mayoralas, Rojo-Perez & Martinez-Martin, 2011b) og verdighet (Slettebo et al., 2017).

Dermed er det mulig at symptomer som tolkes som klinisk depresjon, kan være tegn på meningsløshet og ensomhet (Sundström, Blomqvist, Edberg & Rängård, 2019) og ikke psykiatrisk sykdom så som depresjon. I så fall vil antidepressiv medikasjon ikke ha effekt, noe også forskning indikerer (Boyce et al., 2012). Innen kreftomsorg og palliativ medisin har betydningen av eksistensiell-åndelig lidelse fått fokus (Boston, Bruce & Schreiber, 2011; Kreitler, 2018; LeMay & Wilson, 2008), mens dette har liten oppmerksomhet i sykehjem (Sundström, Edberg, Rängård & Blomqvist, 2018). I likhet med den palliative pasienten preges sykehjemspasienten av tap, sykdom, stor symptombyrde og søvnproblemer. I sykehjem anvendes mye tid til å gjøre ingenting, sove og vente, noe som fører til en opplevelse av kjedsomhet, ensomhet, meningsløshet og uverdighet (Brownie & Horstmanshof, 2011; Grönstedt et al., 2013; Haugan et al., 2020; Slettebo et al., 2017). Eldre i sykehjem anvender uttrykk som «fanget», «fastlåst», «begrenset», «isolert» og «møtøst» når de beskriver sin opplevelse av det institusjonaliserte livet (Choi, Ransom & Wyllie, 2008). Dermed vil eksistensielle spørsmål om livets innhold og avslutning, ensomhet, meningsløshet og isolasjon aktualiseres hos den enkelte gamle, noe som trigges ytterligere av den pågående covid-19-pandemien med høy risiko, mortalitet og isolasjon blant eldre med kroniske sykdommer. Likevel, på tross av likhetene mellom sykehjemsomsorg og palliativ omsorg, prioriteres eksistensielle plager i liten grad i sykehjemmene, mens eksistensielle samtaler står sentralt i palliativ omsorg (Sundström et al., 2019). Det er behov for kunnskap om pleier–pasient-interaksjonen i sykehjem; kan den være en ressurs for identifisering av depresjon kontra eksistensiell lidelse, samt for å fremme helse og velvære?

KAPITLETS MÅL OG HENSIKT

Kapitlets mål er å bidra til kunnskap om pleier–pasient-interaksjonens betydning i sykehjem, dens helsefremmende potensial og hvordan denne kunnskapen kan operasjonaliseres og implementeres i sykehjemsomsorgen. Basert på den salutogene helseforståelsen reises følgende problemstilling: *Hvilken helsefremmende betydning har pleier–pasient-interaksjonen blant eldre i sykehjem, og hvordan kan den best anvendes for å fremme helse og velvære i denne sårbare populasjonen?* Totalt ni hypoteser om pleier–pasient-interaksjonens direkte sammenhenger med inter-

og intra-personlig *self-transcendence*, mening, håp, livsglede, opplevelse av sammenheng (OAS), samt ensomhet, angst og depresjon er testet; disse variablene ble valgt fordi de er høyt korrelert med velvære og livskvalitet. Figur 4.2 viser de ni hypotesene (H1–H9) om sammenhenger som ikke tidligere har vært belyst samlet og drøftet med tanke på operasjonalisering og implementering av denne kunnskapen i sykehjem.



Figur 4.2 Hypoteser om pleier–pasient-interaksjonens betydning. © Gørill Haugan

TO STUDIER AV PLEIER–PASIENT-INTERAKSJONEN I TOTALT 71 NORSKE SYKEHJEM

Den første studien samlet tverrsnittsdata i 2008–2009 fra 202 beboere i 44 ulike sykehjem; i alt ni forskjellige skalaer var inkludert, som til sammen utgjorde 130 items (Haugan, 2013b). Den andre studien ble gjennomført i 2017–2018 og samlet tverrsnittsdata fra 188 beboere i 27 ulike sykehjem; her var sju skalaer inkludert, som tilsvarte 120 items (Haugan et al., 2020).

Måleinstrument

Variablene i figur 4.2 ble målt ved hjelp av ulike validerte skalaer. The Nurse–Patient Interaction Scale (NPIS) ble utviklet for å kunne studere betydningen av sykehjemsbeoeres opplevelse av interaksjonen med sine pleiere. NPIS demonstrerte gode psykometrisk egnenskaper blant eldre i sykehjem (Haugan, Hanssen, Rannestad & Espnes, 2012). Self-Transcendence Scale (STS) utviklet av Reed (2008) ble brukt til å måle *self-transcendence*. Haugan og kollegaer (2012) oversatte STS-skalaen til norsk og validerte den i sykehjemspopulasjonen; en to-faktorstruktur innebærende en interpersonlig og en intrapersonlig dimensjon av *self-transcendence* viste best tilpasning. Denne to-faktormodellen er anvendt i de to studiene som omtales her. Videre ble mening i livet målt med Purpose-in-Life-testen (PIL), som er utviklet av Maholick og Crumbaugh (1969, 1981), basert på Viktor Frankls (1978) logoterapi. Som et ledd i dette arbeidet validerte vi også PIL blant beoere i sykehjem (Haugan & Moksnes, 2013). Herth's Hope Index (Herth, 1992) målte håp; vi validerte også denne skalaen, som viste gode psykometrisk egnenskaper i sykehjemspopulasjonen (Haugan, Utvær & Moksnes, 2013). Livsglede ble studert ved hjelp av den nylig utviklede og validerte Joy-of-Life Scale (Haugan, Rinnan et al., 2019), mens Orientation to Life Questionnaire (OLQ) målte brukernes opplevelse av sammenheng (OAS), som på engelsk benevnes «sense of coherence» (SOC) (Antonovsky, 1987). En norsk validering av OLQ blant eldre i sykehjem (Drageset & Haugan, 2016) viste tilfredsstillende psykometrisk egnenskaper. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Snaith & Zigmond, 1994) ble anvendt for å måle angst og depresjon. Den norske versjonen av HADS er tidligere validert blant sykehjemsbeoere (Haugan & Drageset, 2014); sub-skalaen for angst (HADS-A) fungerte godt, mens tre items tilhørende sub-skalaen for depresjon (HADS-D) har vist lav reliabilitet og validitet (ibid.). Det globale spørsmålet «Føler du deg ensom?» målte ensomhet på en skala fra 1 til 4 (1 = ofte, 2 = av og til, 3 = sjelden, 4 = aldri).

Utvalg i studie 1

Utvalget bestod av 202 (80,8 % responsrate) av 250 beoere som møtte inklusjonskriteriene. Disse 202 deltakerne representerte 44 ulike sykehjem i Midt-Norge. Alder varierte fra 65 til 104 år, med et gjennomsnitt på 86 år (SD = 7,65). I alt deltok 146 kvinner (72,3 %) og 56 menn (27,7 %); gjennomsnittlig alder var 87,3 og 82 år for henholdsvis kvinner og menn. I utvalget var 38 (19 %) gift eller samboer, 135 (67 %) enke/enkemann, 11 (5,5 %) skilt, og 18 (9 %) var singel. Gjennomsnittlig botid i sykehjemmet på intervjutidspunktet var 2,6 år (range 0,5–13 år);

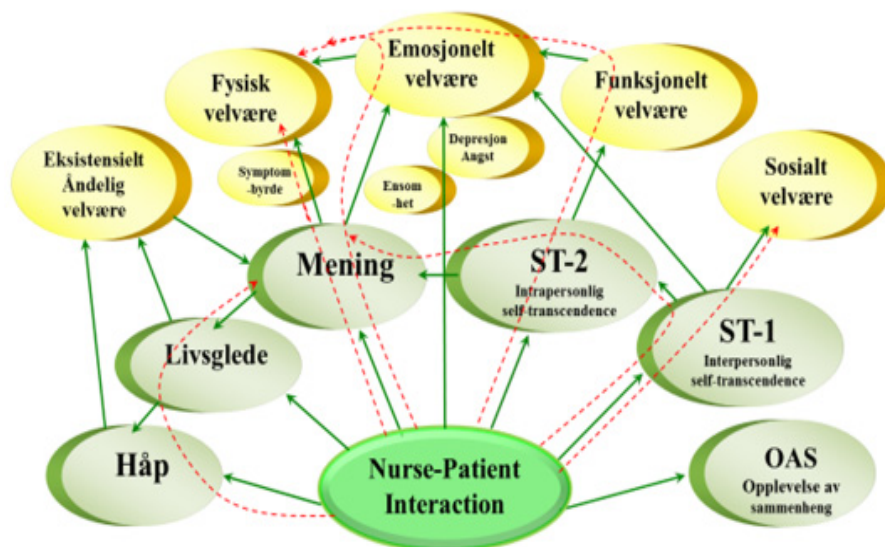
117 deltakere bodde i landkommuner, mens 85 bodde i bykommuner. Langtids sykehjemsplass ble definert som døgnopphold i seks måneder eller mer; korttidsopphold, rehabiliteringsopphold og pasienter diagnostisert med demens deltok ikke. Inklusjonskriteriene var: (1) kommunalt vedtak om langtidsplass i sykehjem, (2) botid seks måneder eller mer på intervjutidspunktet, (3) samtykkekompetanse vurdert av ansvarlig lege og sykepleier og (4) i stand til å gjennomføre intervju for å fylle ut spørreskjemaet.

Utvalg i studie 2

Dette utvalget bestod av 188 (92 % responsrate) langtidspasienter som møtte inklusjonskriteriene; deltakerne representerte 27 sykehjem i to store og to mindre bykommuner i Norge. Alder varierte fra 63 til 104 år, med et gjennomsnitt på 87,4 år (SD = 8,57). Totalt deltok 132 kvinner (73,33 %) og 48 menn (26,67 %); gjennomsnittsalder for kvinnene var 88,3 år (SD = 1,80) og 86 år (SD = 1,16) for menn. I dette utvalget var 23 (12,2 %) gift, 22 (11,7 %) samboere, 1 (0,5 %) singel, 106 (56,4 %) enke/enkemann, og 37 (19,7 %) var skilt. Langtidsplass i sykehjem ble definert som døgnomsorg i tre måneder eller lenger; korttidsopphold, rehabiliteringsopphold og beboere med diagnosen demens ble ikke inkludert. Inklusjonskriteriene var: (1) kommunalt vedtak om langtidsplass i sykehjem, (2) botid tre måneder eller lenger, (3) samtykkekompetanse vurdert av ansvarlig lege og sykepleier og (4) i stand til å gjennomføre intervju for å besvare spørreskjemaet.

FUNN

Samtlige ni hypoteser (H1–H9, figur 4.2) fant støtte i data. SEM-analyser basert på de to datamaterialene (N = 202 + N = 188) demonstrerte signifikant effekt av pleier-pasient-interaksjonen på angst og depresjon (Haugan, Innstrand et al., 2013), opplevelse av mening i livet (Haugan, 2013a), interpersonlig (ST-1) og intrapersonlig (ST-2) *self-transcendence* (Haugan, Hanssen et al., 2012), håp (Haugan, Moksnes & Espnes, 2013), livsglede (Haugan, Eide et al., 2021), OAS (Drageset et al., 2021) og ensomhet (Drageset & Haugan, 2021). Videre viste funnene at pleier-pasient-interaksjonen er en salutogen ressurs, ikke bare for *self-transcendence*, håp og mening (Haugan, 2014d), men også for livskvalitet i sykehjemspopulasjonen (Haugan, Moksnes & Løhre, 2016). Pleier-pasient-interaksjonen viste signifikant betydning for beboernes psykiske helse (Haugan, 2014e), samt for fysisk, emosjonelt, sosialt, funksjonelt og åndelig velvære (Haugan, 2015).



Figur 4.3 Signifikante sammenhenger mellom pleier-pasient-interaksjonen og håp, livsglede, opplevelse av mening i livet, intra- og inter-personlig *self-transcendence* (ST-2 og ST-1) og opplevelse av sammenheng (OAS), ensomhet, angst og depresjon (emosjonelt velvære). → = direkte effekt; - - - → = indirekte (mediert) effekt. © Gørill Haugan

Figur 4.3 illustrerer signifikante direkte og indirekte (medierte) assosiasjoner; de grønne heltrukne pilene illustrerer signifikante direkte sammenhenger, mens de røde tynnere stiplede pilene demonstrerer medierte sammenhenger. Pleier–pasient-interaksjonen demonstrerer direkte relasjoner til OAS, inter- (ST-1) og intrapersonlig (ST-2) *self-transcendence*, mening, håp og livsglede, som igjen har direkte innflytelse på velvære, angst, depresjon og symptombyrde. Funnene indikerer at pleier–pasient-interaksjonen har signifikant betydning for alle velværedimensjonene, mediert via *self-transcendence*, mening, OAS, livsglede og håp. I tillegg fant vi ved hjelp av logistisk regresjon og odds ratio at 10 av de 14 NPIS-itemene viste signifikant effekt på ensomhet (Drageset & Haugan, 2021).

DISKUSJON

Dette kapitlets hensikt er å bidra til kunnskap om pleier–pasient-interaksjonens betydning i sykehjem, dens helsefremmende potensial og hvordan denne kunnskapen kan operasjonaliseres og implementeres i sykehjemsomsorgen. Problem-

stillingen fokuserer på pleier-pasient-interaksjonens helsefremmende betydning i sykehjem, og hvordan den best kan anvendes for å fremme helse og velvære i denne sårbare populasjonen. De to datasettene samlet representerer 390 eldre i 71 norske sykehjem; funnene viser at pleier-pasient-interaksjonen har avgjørende betydning for pasientens opplevelse av mening i livet, OAS, håp, livsglede og *self-transcendence*, samt for ensomhet, angst og depresjon. Ergo fremmer god pleier-pasient-interaksjon velvære og helse. Hvordan kan denne kunnskapen operasjonaliseres og implementeres i sykehjem? For å forstå dette bør vi se på hvordan pleier-pasient-interaksjonen er målt.

Nurse-Patient Interaction Scale (NPIS)										
På en skala fra 1-10, i hvilken grad opplever du										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ikke i det hele tatt										Fullt og helt
	1.									
	2.									
	3.									
	4.									
	5.									
	6.									
	7.									
	8.									
	9.									
	10.									
	11.									
	12.									
	13.									
	14.									
<small>©Gørill Haugan, PhD, Professor</small>										

Figur 4.4 Nurse-Patient Interaction Scale (NPIS) måler brukerens opplevelse av pleier-pasient-interaksjonen på en skala fra 1–10. © Gørill Haugan

Figur 4.4 viser de 14 itemene som er målt på en skala fra 1 til 10. Jo høyere skår, jo bedre pleier-pasient-interaksjon. Profesjonelle helsearbeidere kan altså influere på Eldres velvære og helse ved bevisst anvendelse av spesielle kvaliteter i pleier-pasient-interaksjonen. Ved å sørge for at den eldre føler seg lyttet til, anerkjent, respektert og bekreftet som den personen en er, kjenner seg tatt på alvor og forstått, kan pleieren bidra til å styrke brukerens *self-transcendence*, livsglede, håp, mening i livet, OAS og ensomhet, som alle har signifikant betydning for angst og depresjon, samt fysisk, emosjonelt, sosialt, funksjonelt og åndelig velvære (Haugan, 2013a, 2014b, 2014c; Haugan, Hanssen et al., 2012; Haugan, Innstrand et al., 2013;

Haugan, Rannestad, Hammervold, Garåsen & Espnes, 2013). Studier viser at opplevelse av mening og mindre ensomhet blant eldre i sykehjem er relatert til opplevelse av verdighet (Slettebo et al., 2017), tilhørighet (Cooney, Dowling, Gannon, Dempsey & Murphy, 2014; Drageset, Haugan & Tranvåg, 2017; Haugan, 2013a; Stavrova & Luhmann, 2016) og kontakt med personalet (Phillips-Salimi, Haase & Kooken, 2012; Sjöberg, Edberg, Rasmussen & Beck, 2019), hvor de opplever støtte, tillit, mening, samt et perspektiv ut over døden (Thauvoye, Vanhooren, Vandenhoeck & Dezutter, 2019).

NPIS inkluderer dimensjoner som tillit, respekt, å føle seg tatt på alvor og forstått, sett og anerkjent som den personen en er, samt å kjenne seg lyttet til og inkludert i avgjørelser vedrørende ens liv, og opplevelse av meningsfull kontakt. Samlet utgjør disse pasientens NPIS-skår. De statistiske analysene viser at Eldres opplevelse av disse kvalitetene i møte med pleiepersonalet bidrar til økt opplevelse av mening i livet, OAS, håp, livsglede og *self-transcendence*, samt mindre ensomhet, angst og depresjon. Disse funnene indikerer at interaksjonen mellom pleieren og den gamle kan anvendes til å fremme velvære og helse. Pleier–pasient-interaksjonen er en vital salutogen ressurs i sykehjemsomsorgen.

Den salutogene helseforståelsen anser mennesket som en helhet av kropp–sjel–ånd, hvor den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle dimensjonen sammen utgjør en integrert enhet, hvor alt interagerer med alt. Eldre i sykehjem er generelt sårbare, med høy komorbiditet, høy symptombyrde (Haugan, 2014b), høy mortalitet og er avhengig av omsorg og hjelp fra andre. Mange venter på døden. Mange tilbringer mye tid med å gjøre ingenting, sove og vente (Brownie & Horstmanshof, 2012; Grönstedt et al., 2013; Harper Ice, 2002; Haugland, 2012; Slettebo et al., 2017). Dette utgjør en eksistensielt krevende livssituasjon som representerer få muligheter til meningsfulle samtaler om det viktige i livet her og nå og økt sårbarhet (Haugan Hovdenes, 2002). Eldre i sykehjem strever med ensomhet og eksistensielle spørsmål og mangler noen å snakke meningsfylt med (Haugan, Eide et al., 2021; Haugan, Innstrand et al., 2013; Sand & Strang, 2007); eksistensiell lidelse forsterker fysiske plager som fatigue, smerte, dyspné og så videre. (Haugan, 2014b), og ses i sammenheng med økt mortalitet (Drageset et al., 2013; Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010). Å videreutvikle personalets kompetanse i pleier–pasient-interaksjon kan være et svar på sykehjemspopulasjonens høye risiko for psykologiske og eksistensielle plager.

Helsearbeiderne er den vesentligste kilden til sosial kontakt i sykehjem; samtidig har helsepersonell i sykehjem generelt lite kunnskap om og innsikt i hvordan de best kan møte Eldres eksistensielle lidelse. Mange helsearbeidere i sykehjem er unge og kjenner seg hjelpeløse og usikre i møte med eldre menneskers eksistensi-

elle spørsmål og lidelse i slutten av livet (Sundström et al., 2018), og det helsefremmende potensialet som pleier–pasient-interaksjonen representerer, kan dermed gå tapt. Personalets relasjonskompetanse synes avgjørende for eldres velvære i sykehjem. Relasjonskompetanse handler om kunnskap og ferdigheter i å anvende pleier–pasient-interaksjonen på helsefremmende måter. Det vil si å oppmerksomt observere og kompetent påvirke slik at helse og velvære økes. Hvordan kan kunnskapen om pleier–pasient-interaksjonen operasjonaliseres og implementeres i sykehjem?

RELASJONSKOMPETANSE – OPPMERKSOMHETS- OG PÅVIRKNINGSFERDIGHETER

Relasjonskompetanse innebærer både oppmerksomhetsferdigheter og påvirkningsferdigheter (Kvalsund, 2007). Helsearbeiderens oppmerksomhet er selve «verktøyet». Derfor er helsefremmende interaksjon basert på ferdigheter relatert til oppmerksomhet. Det handler om bevisst å bruke og regulere oppmerksomheten; det vil si hva du ser, hører, føler, lukter, fornemmer og tenker i møte med den gamle i sykehjemmet. *Hva* rettes oppmerksomheten mot? Eller *hvor* rettes oppmerksomheten? Oftest er det slik at vi hører både med øyne og ører, og vi ser med ørene like så vel som med øynene. Helsefremmende interaksjon krever oppmerksomhetsferdigheter som er basert på et aktivt og åpent mottakende nærvær, et sanseelig nærvær (Martinsen, 1993). At den profesjonelle ser *for å se*, og lytter *for å høre* og *ta imot* og *ivareta* det man ser og hører, skaper tillit og en følelse av å bli tatt på alvor. Dette er i seg selv helsefremmende for den gamle som trenger helsehjelp og omsorg; å kjenne seg tatt på alvor skaper tillit, og dermed bedre nattesøvn, mindre angst, depresjon og smerter. Dette handler også om å skape en felles forståelse av hva det står om her og nå. Ofte trenger vi å tydeliggjøre saken selv: Hva tenker, føler og opplever pasienten? Den gamles følelses- og opplevelsedimensjon skal få rom og bli tydelig for hjelperen. Også dette er i seg selv helsefremmende. Slik lar du den eldre i sykehjemmet få være *en person – seg selv*.

Oppmerksomhetsferdigheter inkluderer å merke seg ordvalg, volum, tonefall og kraft i stemmen, samt rytme i uttrykket (stakkato?), tempo (hurtig–langsomt, pauser), non-verbale uttrykk som sukk, pust, bruk av blick, ansiktsuttrykk, hudfarge, kroppsstilling, kongruens, autentisitet: Det er et vell av informasjon i alt dette for den som evner å være oppmerksom (Kvalsund, 2007; Tveiten, 2013). Denne informasjonen er avgjørende for å lykkes med helsefremmende pleier–pasient-interaksjon. Samtidig er kontakten med deg selv grunnlaget for din oppmerksomhetsevne; instrumentet for din oppmerksomhet er deg selv og hva du ser, hører,

føler og fornemmer. Dette instrumentet trenger å stemmes. Ethvert oppmerksomhetsfokus vil alltid inkludere noe og ekskludere noe annet. Derfor er det viktig å være seg bevisst (oppmerksom på) om det skapes uheldig oppmerksomhet eller eventuelt manglende oppmerksomhet for noe som absolutt burde få din oppmerksomhet. En pasient våger seg frem og forteller om sin ensomhet. Hun gråter. Hva gis oppmerksomhet? Det saklige innholdet? Eller følelsesuttrykket gråten? Hva gjør du? Lytter du? Utforsker du hva dette egentlig handler om? Eller starter du å trøste? Det finnes ingen fasit. Men å ta seg tid til å lytte og utforske, la den andre få plass og rom til å bli tydelig for seg selv, er helsefremmende. Og mer lindrende enn velment trøst. I noen tilfeller blir vårt forsøk på å trøste mer en strategi som opprettholder problemet, i stedet for å bidra til å løse det. Eksempelvis, å fokusere på det pasienten sier om at hun er ensom, i stedet for å fokusere på gråten, kan paradoksalt nok føre til at denne damen kjenner seg oversett, avvist og dermed føler seg enda mer ensom. Oppmerksomhet på saken og en kognitiv forståelse av dens innhold er oftest ikke nok. Oppmerksomhet overfor følelsesuttrykk er vesentlig.

Helsefremmende pleier–pasient-interaksjon hviler på våre lytteteknikker og vår evne til å skape kontakt, det vil si møte og ivareta det som er. Kanskje kan vi si at oppmerksomhetsfasen i en pleier–pasient-relasjon har sitt tyngdepunkt i den innledende kontaktetableringen. Det handler om å bli kjent og etablere tillit basert på gjensidig respekt og positivt engasjement («jeg vil deg vel»). Men så lenge en hjelperelasjon varer, er vi avhengige av oppmerksomhetsferdigheter. Vi trenger oppmerksomhet for å få et klart bilde av hva det står om, slik at vi kompetent og etisk kan påvirke den andres velvære og helse positivt. Dette gjelder ulike fysiske tegn på for eksempel smerte, urinveisinfeksjon, pneumoni og så videre, eller når vi skifter på et sår, så vel som tegn på ensomhet, meningsløshet og depresjon. Vi er oppmerksomme overfor en rekke små hint som gir oss nyttig informasjon. Å skille mellom oppmerksomhets- og påvirkningsferdigheter kan virke konstruert, da oppmerksomhet også er påvirkning. Empatisk lytting skaper opplevelse av aksept og respekt, og kan føre til endringer – kanskje særlig i en selv og ens indre prosesser. Helsefremmende pleier–pasient-interaksjon handler altså om kompetent påvirkning. I litteraturen nevnes påvirkningsferdigheter som tolkning, konfrontasjon, å gi råd, anbefaling eller instruksjon (Kvalsund, 2007), samt det oppmerksomme nærværet båret av ubetinget aksept, anerkjennelse og empati. Konfrontasjon har liten plass i omsorgen for eldre i sykehjem, men ofte overlates vi til vår tolkning. Det er dermed avgjørende at du er bevisst at «nå tolker jeg», og at du åpent erkjenner for pasienten at «dette jeg nå presenterer for deg, er min tolkning», og ikke sannheten om deg eller denne situasjonen. Slik ivaretar vi grensene mellom oss, slik opprettholder vi respekt og verdighet. Også når vi tolker.

Noen ganger kan det være viktig å bruke sin kompetanse og gi direkte og klare svar på pårørendes spørsmål. I de fleste tilfeller er det likevel grunn til å være forsiktig og se etter varselampene. Lysten til å finne løsninger kan noen ganger overskygge at det den pårørende egentlig trenger, er noe annet enn direkte råd. Oftest trenger også de å oppleve seg lyttet til, forstått og anerkjent som den de er i møte med sykehjemmet. Slik vil de selv komme frem til det som er mest riktig for seg selv. Både påvirknings- og oppmerksomhetsferdigheter er utøvelse av makt. Makt og påvirkning hører til i alle menneskelige relasjoner, åpent eller skjult, men de er alltid der (Løgstrup, 1956/2010). I profesjonelle hjelperelasjoner skal vi derfor alltid være bevisst vår makt og hvordan vi bruker den. Det er oftest *måten* vi bruker vår makt på som er avgjørende for den andres opplevelse, om den er negativ eller positiv. Det vil si at oppmerksomhet overfor *hvordan* du påvirker og utøver makt, er avgjørende, ikke *om* du gjør det. Å ville den andre vel, ubetinget aksept, ekthet og varhet/varme er grunnvullen som pleier-pasient-interaksjonen må være fundert på (Thorn, 2013).

PLEIER-PASIENT-INTERAKSJON I SYKEHJEM – EN TENTATIV TEORI

Basert på sykehjemspasientens særlige utfordringer, og helsetjenestens ansvar for helsefremming, indikerer disse funnene at sykehjemmene har behov for kunnskap og ferdigheter som favner både patogenese og salutogenese. Det behøves en eksplisitt og tydelig integrering av patogenesen og salutogenesen i sykehjemmene. I tillegg trenger helsepersonell relasjonskompetanse, det vil si evne til å anvende oppmerksomhets- og påvirkningsferdigheter kompetent og etisk.

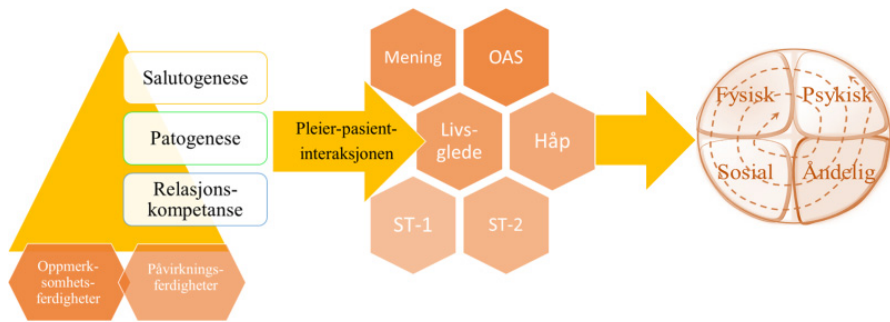
Figur 4.5 fremstiller nødvendig kunnskap i sykehjem illustrert ved en trekant, hvor salutogenese og patogenese utgjør trekantens sider. Disse hviler på fundamentet, som er relasjonskompetanse, og som avgjør hvor langt helsepersonell kommer i det helsefremmende arbeidet. Helsefremmende pleier-pasient-interaksjon er basert på alle de tre kunnskapsformene. Ved sin måte å være til stede på sammen med den gamle i sykehjemmet påvirker helsearbeideren den andre, enten han/hun er seg det bevisst eller ikke. Professor Baldacchino (2010) fremhevet at «the being in the doing». Dette er et godt og beskrivende uttrykk; *måten* vi er til stede på mens vi utfører de ulike oppgavene sammen med pasienten, avgjør hans/hennes opplevelse av velvære samt sykepleiers kvalitet (Haugan Hovdenes, 2022). Ved hjelp av oppmerksomhets- og påvirkningsferdigheter skal pleier-pasient-interaksjonen være kompetent påvirkning av den andres helse og velvære. Analysene av data fra de to utvalgene viser at den eldre opplevelse av kvalitetene i pleier-pasient-inter-



Figur 4.5 Nødvendig kunnskap i sykehjem. © Gørill Haugan

aksjonen har signifikant betydning for angst, depresjon, ensomhet, håp, mening, *self-transcendence*, livsglede og OAS. Dette betyr at pleier–pasient-interaksjonen kan anvendes helsefremmende; ved kompetent påvirkning kan vi fremme helse og velvære, både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/eksistensielt. Figur 4.6 illustrerer en tentativ teori om hvordan vi basert på den salutogene og patogene kunnskapen sammen med relasjonskompetanse, «the being in the doing», kan påvirke sykehjemspasienten som en integrert enhet av fysiske, emosjonelle, mentale, sosiale og åndelige aspekt. Ved hjelp av pleier–pasient-interaksjonen fremmes mening, opplevelse av sammenheng, livsglede, håp og *self-transcendence*; og derved fremmes pasientens velvære, fysisk, emosjonelt, sosialt og eksistensielt/åndelig.

Pleier–pasient-interaksjonen i sykehjem bør baseres i kunnskap om salutogenese og patogenese som anvendes integrert i møte med den gamle. Interaksjonen mellom pleier og pasient i sykehjem er et nødvendig redskap for å fange opp ulike helsetilstander, så som smerter, depresjon, eksistensiell ensomhet og så videre, og samtidig er den også en salutogen ressurs som fremmer opplevelse av mening i livet, OAS, håp, livsglede og *self-transcendence*, og dermed også bidrar til å lindre eksistensiell lidelse og depressive symptomer. Sykehjemspopulasjonen har mange likhetstrekk med den palliative populasjonen, relasjonskompetanse samt kompetanse innen smerte- og symptomlindring er fundamentalt, og meningsfull kontakt er



Figur 4.6 Tentativ teori om pleier–pasient-interaksjon i sykehjem. © Gørill Haugan

avgjørende for velvære i sykehjem. Helsepersonell i sykehjem bør gis anledning til å videreutvikle sin kunnskap og sin relasjonskompetanse med fokus på både å gjøre («the doing») og en måte å være på («being in the doing») som fremmer pasienters velvære og helse.

REFERANSER

- Aglen, B. (2014). Selvhjelp og selvhjelpsgrupper. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 184–195). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental Health and Physical Wellbeing*. San Francisco: CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aune, I. & Dahlberg, U. (2016). En helsefermmende fødselsomsorg. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i Spesialisthelsetjenesten* (s. 133–148). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Aune, I., Dahlberg, U. & Haugan, G. (2017). Health-promoting influences among Norwegian women following early postnatal home visit by a midwife. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(4), 177–186 doi: <https://doi.org/10.1177/2057158517733244>
- Baldacchino, D. (2010). *Spiritual care: Being in Doing*. Malta: Preca Library.
- Barca, M. L., Selbæk, G., Laks, J. & Engedal, K. (2009). Factors associated with depression in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(4), 417–425. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.2139>
- Boston, P., Bruce, A. & Schreiber, R. (2011). Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), 604–618.
- Boyce, R. D., Hanlon, J. T., Karp, J. F., Kloke, J., Saleh, A., & Handler, S. M. (2012). A review of the effectiveness of antidepressant medications for depressed nursing home residents. *Journal*

- of the American Medical Directors Association, 13(4), 326–331. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.08.009>
- Brownie, S. & Horstmanshof, L. (2011). The Management of Loneliness in Aged Care Residents: An Important Therapeutic Target for Gerontological Nursing. *Geriatric Nursing*, 32(5), 318–325. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.05.003>
- Brownie, S. & Horstmanshof, L. (2012). Creating the conditions for self-fulfilment for aged care residents. *Nursing Ethics*, 1–10. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733011423292>
- Choi, N., Ransom, S. & Wyllie, R. (2008). Depression in older nursing home residents: the influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. *Aging Mental Health*, 12(5), 536–547.
- Cooney, A., Dowling, M., Gannon, M., Dempsey, L. & Murphy, K. (2014). Exploration of the meaning of connectedness for older people in long-term care in context of their quality of life: a review and commentary. *Int J Older People Nurs.*, 9(3), 192–199. doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12017>.
- Dahlberg, U., Haugan, G. & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, Aug;39, 57–62. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.003>
- Drageset, J., Eide, G., Kirkeveld, M. & Ranhoff, A. (2013). Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1–2), 106–114. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04209>
- Drageset, J., Eide, G. E. & Ranhoff, A. (2013). Anxiety and Depression and Mortality Among Cognitively Intact Nursing Home Residents With and Without a Cancer Diagnosis. *Cancer Nursing*, 36(4), 68–74.
- Drageset, J. & Haugan, G. (2021) The Impact of Nurse-Patients Interaction on Loneliness Among Nursing Home Residents – a Questionnaire Survey. *Geriatric Nursing*, in press.
- Drageset, J. & Haugan, G. (2016). Psychometric properties of the Orientation to Life Questionnaire in nursing home residents. *Scand J Caring Sci.*, 30(3), 623–630. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12271>
- Drageset, J., Haugan, G. & Tranvåg, O. (2017). Crucial aspects promoting meaning and purpose in life: perceptions of nursing home residents. *BMC Geriatrics, open access*, 17(1), 254. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0650-x>
- Drageset, J., Taasen, S., Espehaug, B., Kuven, B. M., Eide, W. M., Rinnan, E. . . . Haugan, G. (2021). Associations between nurse–patient interaction and sense of coherence among cognitively intact nursing home residents. *J Holist Nurs.*, 39(1), 16–28. doi: <https://doi.org/10.1177/0898010120942965>.
- Eldstad, T. A. & Eide, A. (2017). Social participation and recovery orientation in a “low threshold” community mental health service: An ethnographic study. *Cogent Medicine* (4), 1362840. doi: <https://doi.org/10.1080/2331205X.2017.1362840>
- Frankl, V. E. (1978). *The Unheard Cry for Meaning*. New York: Simon & Scuster.
- Grech, A. & Marks, A. (2017). Existential suffering part 1: definition and diagnosis. *Journal of Palliative Medicine*, 20(1), 93–94. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0422>
- Grönstedt, H., Frändin, K., Bergland, A., Helbostad, J., Granbo, R., Puggaard, L. . . . Hellström, K. (2013). Effects of individually tailored physical and daily activities in nursing home resi-

- dents on activities of daily living, physical performance and physical activity level: a randomized controlled trial. *Gerontology*, 59(3), 220–229. doi: <https://doi.org/10.1159/000345416>
- Harper Ice, G. (2002). Daily life in a nursing home – Has it changed in 25 years? *Journal of Aging Studies*, 16, 345–359.
- Haugan, G. (2013a). The relationship between nurse-patient-interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 107–120. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12173>
- Haugan, G. (2013b). *Self-transcendence, well-being and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing home patients*. (Philosophiae Doctor PhD). Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway. (2013:66)
- Haugan, G. (2014a). Helsefremmende interaksjon. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Haugan, G. (2014b). Meaning-in-life in nursing-home patients: a correlate to physical and emotional symptoms. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7–8), 1030–1043. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12282>
- Haugan, G. (2014c). Meaning-in-life in nursing-home patients: a valuable approach for enhancing psychological and physical well-being? *Journal of Clinical Nursing*, 23(13–14), 1830–1844. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12402>
- Haugan, G. (2014d). Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning-in-life, and self-transcendence in cognitively intact nursing-home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2014(28), 74–78. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12028>
- Haugan, G. (2014e). Pleier-pasient-interaksjonens betydning for klare sykehjemspasienters psykiske helse. *Geriatrisk Sykepleie*, 1, 8–16.
- Haugan, G. (2015). Langtidspasienter i sykehjem: Pleier-pasient-interaksjonens betydning for velvære. *Geriatrisk Sykepleie*, nr.2, side 22–33.
- Haugan, G. & Drageset, J. (2014). The Hospital Anxiety and Depression Scale – dimensionality, reliability and construct validity among cognitively intact nursing home patients. *Journal of Affective Disorders*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.042>
- Haugan, G., Eide, W. M., André, B., Wu, V. X., Rinnan, E., Taasen, S. E. . . . Drageset, J. (2021). Joy-of-life in cognitively intact nursing home residents: the impact of the nurse-patient interaction. *Scand J Caring Sci.*, 35(1), 208–219. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12836>.
- Haugan, G & Eriksson, M (2021) An introduction to the Health Promotoin Perspective in the Health Care Services. I Haugan, G & Eriksson, M (Red) (2021) *Health Promotion in Health Care – Vital Theoreis and Research*, Kapittel 1, side 3–14, Cham, Sveits, Springer Publisher.
- Haugan, G., Hanssen, B., Rannestad, T. & Espnes, G. A. (2012). Self-transcendence and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3429–3441. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04217.x>
- Haugan, G., Innstrand, S. T. & Moksnes, U. K. (2013). The Effect of Nurse-Patient-Interaction on Anxiety and Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15–16), 2192–2205. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12072>
- Haugan, G., Kuven, B. M., Eide, W. M., Taasen, S. E., Rinnan, E., Xi Wu, V. . . . Andre, B. (2020). Nurse-patient interaction and self-transcendence: assets for a meaningful life in nursing home residents? *BMC Geriatrics*, 20:168. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01555-2>

- Haugan, G. & Moksnes, U. K. (2013). Meaning-in-life in nursing-home patients: A validation study of the Purpose-in-Life test. *Journal of Nursing Measurement*, 21(2), 296–319. doi: <https://doi.org/10.1891/1061-3749.21.2.296>
- Haugan, G., Moksnes, U. K. & Espnes, G. A. (2013). Nurse-patient-interaction: a resource for hope among cognitively intact nursing home patients. *Journal of Holistic Nursing*, 31(3), 152–163. doi: .1177/0898010113491460
- Haugan, G., Moksnes, U. K. & Løhre, A. (2016). Intra-personal self-transcendence, meaning-in-life and nurse-patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing home patients. *Scandinavian J Caring Sciences*, 30(4), 790–801. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12307>
- Haugan, G., Rannestad, T., Garåsen, H., Hammervold, R. & Espnes, G. A. (2012). The Self-Transcendence Scale – An Investigation of the Factor Structure Among Nursing Home Patients. *Journal of Holistic Nursing*, 30(3), 147–159. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898010111429849>
- Haugan, G., Rannestad, T., Hammervold, R., Garåsen, H. & Espnes, G. A. (2013). Self-transcendence in nursing home patients – a resource for well-being. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1147–1160. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06106.x>
- Haugan G., Rinnan E, Espnes GA, Drageset J, Rannestad T & André B (2019) Development and psychometric properties of the Joy of life scale in nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 801–814. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12676>
- Haugan, G., Utvær, B. K. S. & Moksnes, U. K. (2013). The Herth Hope Index – a psychometric study among cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Nursing Measurement*, 21(3), 378–400.
- Haugan Hovdenes, G. (1995). Troen, håpet og kjærligheten: avgjørende ressurser relatert til helse og livskvalitet. *Klinisk Sygepleje*, 1995, s. 97–101, Munksgaard.
- Haugan Hovdenes, G. (2002). Pleier-pasient-relasjonen i sykehjem: virkeliggjørelse eller tilintetgjørelse]. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies/Vård i Norden*, publ. no.65, vol 22(3), 21–26.
- Haugland, B. Ø. (2012). Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet [Meaningful activities in nursing homes]. *Sykepleien Forskning*, 7(1), 42–49. doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0030>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid [The Coordination Reform. The right treatment – in the right place – at the right time]*. Bergen, Norway: Fagbokforlaget
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012–2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. [Good health – a common responsibility]*. Bergen, Norway: Fagbokforlaget
- Helsedirektoratet, H. (1987). Helsefremmende arbeid.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251–1259.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2014–2015). *Meld. St 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*, 7(7), 1–19.
- Hosia-Randell, H. & Pitkälä, K. (2005). Use of psychotropic drugs in elderly nursing home residents with and without dementia in Helsinki, Finland. *Drugs & Aging*, 22(9), 793–800.

- Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Beekman, A. T. F., Kluiter, H. & Ribbe, M. W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 83(2–3), 135–142. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.06.001>
- Kelly, A., Conell-Price, J., Covinsky, K., Cenzer, I. S., Chang, A., Boscardin, W. J. & Smith, A. K. (2010). Length of stay for older adults residing in nursing homes at the end of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(9), 1701–1706. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03005.x>
- Kingston, A., Wohland, P., Wittenberg, R., Robinson, L., Brayne, C., Matthews, F., . . . collaboration, o. b. o. t. C. F. a. A. S. (2017). Is late-life dependency increasing or not? A comparison of the Cognitive Function and Ageing Studies (CFAS). *Lancet*, 390, 1676–1684. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31575-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31575-1)
- Kreitler, S. (2018). Meaningfulness of Life and Existential Distress. *Adv Clin Exp Psychol* (ACEP-101 DOI: 10.29011/ ACEP-101. 100001). doi: <https://doi.org/10.29011/ ACEP-101. 100001>
- Kvalsund, R. (2007). *Oppmerksomhet og påvirkning i hjelperelasjoner*. Trondheim: Tapir akademiske forlag.
- LeMay, K. & Wilson, K. G. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions. *Clinical psychology review*, 28(3), 472–493. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.013>
- Løgstrup, K. E. (1956/2010). *Den etiske fordring* København: Klim.
- Maholick, L. & Crumbaugh, J. (1969, 1981). *Manual of Instructions for The Purpose-in-life test. Psychometric Affiliates*. TN: Psychometric Affiliates. Viktor Frankl Institute of Logotherapy. Saratoga, Murfreesboro.
- Mann, E., Köpke, S., Haastert, B., Pitkälä, K. & Meyer, G. (2009). Psychotropic medication use among nursing home residents in Austria: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 9(18). doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-9-18>
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien (From Marx to Løgstrup. About ethics and awareness in nursing)*. Otta: TANO A.S.
- McDougall, F., Matthews, F., Kvaal, K., Dewey, M. & Brayne, C. (2007). Prevalence and symptomatology of depression in older people living in institutions in England and Wales. *Age and Ageing*(36), 562–568. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afm111>
- Modig, K., Virtanen, S., Ahlbom, A., & Agahi, N. (2016). Stable or improved health status in the population 65 years and older in Stockholm, Sweden – an 8-year follow-up of self-reported health items. *Scand J Public Health*, 44(5), 480–489.
- Helse og omsorgsdepartement. (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Bergen: Fagbokforlaget
- Otsuka S, Hamahata A, Komatsu M, Suishu C & Osuka K. (2010) Prospects for introducing the Eden alternative to Japan. *J Gerontol Nurs.*, 36(3), 47–55. doi: <https://doi.org/10.3928/00989134-20100202-03>. PMID: 20180498
- Pert, C. B. (1999). *Molecules of emotion – why you feel the way you feel*. New York, U.S.: Simon and Schuster Inc.
- Phillips-Salimi, C. R., Haase, J. E. & Kooken, W. C. (2012). Connectedness in the context of patient-provider relationships: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 230–245. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05763.x>

- Prieto-Flores, M., Fernandez-Mayoralas, G., Forjaz, M., Rojo-Perez, F. & Martinez-Martin, P. (2011a). Residential satisfaction, sense of belonging and loneliness among older adults living in the community and in care facilities. *Health Place*, 17(6), 1183–1190. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.08.012>
- Prieto-Flores, M., Forjaz, M., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F. & Martinez-Martin, P. (2011b). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *Journal of Aging and Health*, 23(1), 177–194. doi: <https://doi.org/10.1177/0898264310382658>
- Rannestad, T., Hovdenes, G. H. & Espnes, G. A. (2006). Hjernen er ikke alene: psykosomatikken ser kropp og sjel i sammenheng, det bør sykepleie også gjøre. *Tidsskriftet Sykepleien*, 94, 52–56.
- Reed, P. G. (2008). Theory of Self-Transcendence. I M. J. Smith & P. R. Liehr (Red.), *Middle Range Theory for Nursing* (2. utg., s. 105–129). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Rinnan, E., Andre, B., Drageset, J., Garåsen, H., Espnes, G. A. & Haugan, G. (2021). Despite Symptom Severity, do Nursing Home Residents Experience Joy-of-Life? The associations between Joy-of-life and Symptom Severity in Norwegian Nursing Home Residents. *Journal of Holistic Nursing*, in press.
- Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K., Westerlund, H. & Bratås, O. (2018). Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway. *April*;22(2), 226–234. doi: <https://doi.org/10.1111/hex.12846>
- Sand, L. & Strang, P. (2007). Existential loneliness in a palliative home care setting. *Journal of Palliative Medicine*, 9(6), 1376–1387. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1376>
- Schnell Husby, V. & Aglen, B. (2016). Fast-track behandlingslinjer er helsefremmende for pasienter som skal opereres for slitasje i kne- og hofteledd. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i Spesialisthelsetjenesten* (s. 206–222). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knoph.
- Sjöberg, M., Beck, I., Rasmussen, B. H. & Edberg, A.-K. (2018). Being disconnected from life: meanings of existential loneliness as narrated by frail older people. *Aging & Mental Health*, 22(10), 1357–1364. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348481>
- Sjöberg, M., Edberg, A.-K., Rasmussen, B. H. & Beck, I. (2019). Being acknowledged by others and bracketing negative thoughts and feelings: Frail older people's narrations of how existential loneliness is eased. *International Journal of Older People Nursing*, 14(1), e12213. doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12213>
- Slettebo, A., Saeteren, B., Caspari, S., Lohne, V., Rehnsfeldt, A. W., Heggstad, A. K. T., . . . Naden, D. (2017). The significance of meaningful and enjoyable activities for nursing home resident's experiences of dignity. *Scand J Caring Sci*, 31(4), 718–726. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12386>
- Snaith, R., & Zigmond, A. (1994). *The hospital anxiety and depression scale manual*: Windsor: NEFER-Nelson.
- Stavrova, O. & Luhmann, M. (2016). Social connectedness as a source and consequence of meaning in life. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 470–479. doi: <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1117127>
- Stewart, R. (2013). Reducing depression in nursing homes: so little, so late. *Lancet*, Jun 29(9885)(381), 2227–2228. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60939-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60939-3)

- Sundström, M., Blomqvist, K., Edberg, A. K. & Rämgård, M. (2019). The context of care matters: Older people's existential loneliness from the perspective of healthcare professionals—A multiple case study. *International journal of older people nursing*. *International Journal of Older People Nursing*, 14(3), e12234. doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12234>
- Sundström, M., Edberg, A.-K., Rämgård, M. & Blomqvist, K. (2018). Encountering existential loneliness among older people: perspectives of health care professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1). doi: <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1474673>
- Swapna, U. K., Bhattacharjee, S., Kamble, P. & Aparasu, R. (2011). Prevalence and Predictors of Antidepressant Prescribing in Nursing Home Residents in the United States. *Pharmacotherapy*, 9(2, April 2011), 109–119. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2011.03.001>
- Tejero, L. & Marie, S. (2012). The mediating role of the nurse-patient dyad bonding in bringing about patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 994–1002. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05795.x>
- Temkin-Greener, H., Zheng, N. T., Xing, J. & Mukamel, D. B. (2013). Site of death among nursing home residents in the United States: changing patterns, 2003–2007 *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(10), 741–748. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.009>
- Thauvoye, E., Vanhooren, S., Vandenhoeck, A. & Dezutter, J. (2019). Spirituality among nursing home residents: a phenomenology of the experience of spirituality in late life. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. doi: <https://doi.org/10.1080/15528030.2019.1631939>
- Thorne, B. (2013) *Person-Centered Counselling in Action*. Fourth edition. London, SAGE Publications Ltd.
- Tuckett, A. (2007). The meaning of nursing-home: “Waiting to go up to St. Peter, OK! Waiting house, sad but true”: an Australian perspective. *J Aging Stud*, 21(2), 119–133.
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning – mer enn ord* (Vol. 4). Bergen: Fagbokforlaget.
- Verhoeven, V., Hartmann, M. L., Wens, J., Sabbe, B., Dieleman, P., Tsakitzidis, G. & Remmen, R. (2014). Happy pills in nursing homes in Belgium: A cohort study to determine prescribing patterns and relation to fall risk. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 5, 53–57. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2013.12.001>
- Vossius, C., Selbæk, G., Šaltytė Benth, J. & Bergh, S. (2018). Mortality in nursing home residents: A longitudinal study over three years. *PLoS One*, 13(9). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203480>
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*.
- WHO. (2010). *Global Status Report on Non-Communicable Diseases*.
- WHO. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2018, February 5th). *Ageing and health*.