

Bachelor i Sjukepleie

Avd. Haugesund

Ikke-medikamentell søvnbehandling
til sykehjemsbeboere



Bacheloroppgave,

Vår 2009

Kandidatnummer: 20

Eksamensnummer: SYKHB3001

Antall ord: 7034

Sammendrag – Summary

Målet med oppgaven er å få inngående kunnskap som omhandler ikke-medikamentell søvnbehandling til eldre mennesker. Bruken av sovemedisiner blant eldre er utbredt, og blir ofte sett på som den enkleste løsningen ved søvnløshet. Ikke-medikamentell søvnbehandling blir i følge nyere forskning nedprioritert, på tross av lovende resultater.

Bakgrunnen for oppgaven og min interesse for temaet, oppstod i løpet av min praksis på sykehjem. Her observerte jeg stor bruk av søvnfremmende medikamenter, og mange av pasienten hadde stått på samme medikament over lang tid, noe som ikke anbefales. På tross av medikamentell behandling, våknet mange av beboerne å sa at de hadde sovet dårlig.

Forskning viser lovende resultater for ikke-medikamentell behandling. Videre viser funn at det er vesentlig å bruke god tid ved iverksettelse. Resultatene for ikke-medikamentelle søvntiltak kommer med tiden, og effekten blir bedre etter som tiden går.

The aim of this paper is to gain detailed knowledge regarding non-drug treatment among elderly. The use of sleep medications among elderly is widespread, and is often seen as the simplest solution by insomnia. Non-drug treatment is according to recent research given lower priority, despite the promising results.

The background for my interest in the subject, occurred in the course of my practical work with elderly living in nursing home. I observed a great use of hypnotica, and many of the patients had been on the same medication over a long time, which is not recommended. Despite drug therapy, many of the residents said that they had slept poorly.

Research shows promising results for non-drug therapy. Moreover, studies show that it is essential to use good time at the start of the treatment. The results for non-medication or sleep measures come with time, and becomes better as time passes.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG – SUMMARY	2
1.0 INNLEDNING.....	4
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	4
1.2 Begrensning av problemstilling.....	5
2.0 TEORI.....	6
2.1 Søvn	6
2.1.1 Søvnstadier	6
2.1.2 Fysiologiske aldersforandringer	7
2.1.3 Insomni.....	8
2.2 Sykepleiers helsefremmende funksjon	8
2.3 Ikke-medikamentelle søvntiltak	10
2.3.1 Søvnhygiene	10
2.3.2 Søvnrestriksjon.....	11
2.3.3 Andre ikke-medikamentelle tiltak	12
3.0 METODE.....	13
3.1 Definisjon av metodebegrepet	13
3.2 Valg av metode	13
3.3 Litteratursøkeprosessen	14
3.4 Kvalitetssikring	14
3.5 Begrunnelse for valgt litteratur.....	15
3.6 Forskningsetiske overveielser	16
4.0 DRØFTING	17
4.1 Hva sier forskning om effekten av ikke-medikamentelle søvnfremmende tiltak?.....	17
4.2 Sykepleiers ansvar ved iverksetting av ikke-medikamentelle tiltak	21
5.0 AVSLUTTENDE REFLEKSJONER.....	25
LITTERATURLISTE	26

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Søvn er ett av våre grunnleggende behov.

Å ivareta de grunnleggende behovene er en forutsetning for at mennesket skal oppleve god helse. Sykepleiers gjøremål tar derfor utgangspunkt i menneskets grunnleggende behov (Stordalen, Grasaas & Hovland, 2005).

Søvnforstyrrelser er et vanlig fenomen blant sykehjemsbeboere, og problemene øker i takt med alderen. En norsk studie viste at hele 72 % av beboere på sykehjem sliter med søvnforstyrrelser i en eller annen grad (Fetveit og Bjorvatn, 2005).

Min interesse for dette temaet oppstod etter at jeg var i praksis på sykehjem. Her observerte jeg at bruken av sovemedisiner var stor og at pasientene, til tross for medikamentell søvnbehandling, kunne fortelle at de ikke opplevde god søvn gjennom natten. Interessen for tema ble enda større da jeg leste om virkning og bivirkninger som følge av sovemedisiner. Ursin (2007) sier at søvn er en prosess som styres av flere faktorer. Hun sier videre at dette er årsaken til at det er viktig for helsepersonell å ha kunnskap om søvnfysiologi og søvnregulering.

For at en sykepleier skal være i stand til å identifisere menneskets grunnleggende behov, er det en forutsetning med kunnskaper innen normal kroppsfunksjon og eventuell sviktende kroppsfunksjon. Det er også viktig for sykepleier, ut i fra pasientens tilstand, å ha evne til å iverksette nødvendige tiltak. Dette for å fremme helse, eller for å forhindre forverring i helsetilstanden (Stordalen et al., 2005).

Det var først etter å ha økt min kunnskap innen bruken, virkningen og bivirkningene til sovemedisiner at jeg forstod hvor viktig det er for sykepleiere å ha kunnskap om hva som kan gjøres for å bedre søvnen til sykehjemsbeboere, uten å ta i bruk medikamenter. Jeg stiller spørsmål til den store bruken av medikamentell søvnbehandling og nødvendigheten av dette. Kan sykepleier bidra til god søvnkvalitet ved å iverksette andre, ikke-medikamentelle tiltak?

Min problemstilling er derfor ***”Hvilke ikke-medikamentelle tiltak kan sykepleier iverksette for å fremme god søvn hos sykehjemspasienter?”***

1.2 Begrensning av problemstilling

Etter å ha lest gjennom ulik litteratur, viser det seg at det finnes mange ikke-medikamentelle tiltak som kan iverksettes for å fremme god søvn hos sykehjemsbeboere. For at oppgaven ikke skal bli for stor og omfattende, ser jeg meg nødt til å begrense min oppgave. Jeg velger derfor å konsentrere meg om to av de ikke-medikamentelle tiltakene. Dette vil resultere i at jeg vil få en mer inngående kunnskap i disse tiltakene, og det gir meg mulighet til å gå mer i dybden. Tiltakene jeg har valgt å konsentrere meg om er, søvnhygiene og søvnrestriksjon.

2.0 Teori

2.1 Søvn

Søvn er viktig for alle mennesker.

Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson har i sin sykepleieteori satt opp 14 punkter hun mener beskriver menneskets grunnleggende behov. Punkt nummer fem sier "Sove og hvile" (Henderson, 1998, s. 46).

Å få nok søvn fremmer opplevelsen av helse og opplevelsen av velvære (Bjorvatn, 2007).

De fleste voksne sover mellom seks og ni timer i døgnet, der gjennomsnittet er syv til syv og en halv time (Stordalen et al., 2005). Likevel er søvnkvaliteten vel så viktig som antall timer søvn. Det finnes en regel som sier at, "Hvis man er uthvilt på dagtid, så får man tilstrekkelig søvn" (Bjorvatn, 2007).

Søvn reguleres av tre forhold. Døgnrytme, søvnbehov og vaner.

Det beste for hvert menneske er å følge en døgnrytme der man er våken på dagen og sover om natten. Døgnrytmen styres av ytre faktorer som lys og mørke. Lyset virker inn på netthinnen i øyet som sender signaler til en kjerne som ligger i hypothalamus. Det er denne kjernen som er med på å styre døgnrytmen vår. Dagslys er derfor en av de viktigste årsakene til vårt behov for søvn, da det påvirker den biologiske rytmen i kroppen.

De fysiologiske prosessene i kroppen endrer seg i løpet av et døgn. Om kvelden synker kroppstemperaturen, hormonnivået, adrenalinet og kortikosteroider. Denne prosessen fører til at vi blir trøtte og søvnige.

Dersom vi holder oss våkne til tross for at søvnbehovet og døgnrytmen tilsier noe annet, er det vanene eller adferden som holder oss våkne (Stordalen et al., 2005).

2.1.1 Søvnstadier

Søvn dybden varierer i løpet av en natts søvn.

Grovt sett kan man dele søvnen inn i to ulike søvnperioder, NREM-søvn og REM-søvn.

NREM-søvn, Non Rapid Eye Movement, er delt inn i fire søvnstadier.

Stadium 1 er et stadium der man er i en overgang mellom våken og sovende tilstand. Den som sover kan vekkes lett, og vil derfor ofte si at han ikke sov. Stadium 2 beskrives av mange som det første stadiet der vi egentlig sover. Her er det lite øyeaktivitet og man kan drømme.

Stadium 3 & 4 kan betegnes som dyp søvn. Her forekommer svært langsom hjerneaktivitet og lite muskelaktivitet. Disse søvnstadiene blir sett på som de viktigste for søvnens restituerende effekt. 75 – 77 % av søvnen til et voksent menneske består av NREM-søvn (Bachmann og Lindhardt, 2007).

REM-søvn, Rapid Eye Movement, preges av raske øyebevegelser, der øynene beveger seg under lukkede øyelokk. De fleste og lengste drømmene foregår også under REM-søvn, og det er disse drømmene vi husker når vi våkner om morgenen. Under REM-søvn er hjernen aktiv, og er derfor ikke så avslappende som NREM-søvn. 25 % av søvnen til et voksent menneske består av REM-søvn (Bachmann og Lindhardt, 2007).

2.1.2 Fysiologiske aldersforandringer

Søvnkvaliteten blir dårligere med alderen, og man får mer av den lette søvnen og mindre av den dype, restituerende søvnen. Ved 70 års alderen er den dype søvnen nesten helt borte (Stordalen et al., 2005). Dette skyldes sviktende funksjoner i døgnytmesenteret i hypothalamus, som igjen fører til tidligere tretthet på kvelden, og tidligere oppvåkning om morgenen (Ranhoff, 2008). At eldre mennesker ikke har så mye av den dype søvnen, kan føre til at de våkner oftere og lettere om natten og kan skyldes smerter, bekymringer, støy eller andre miljømessige faktorer (Ursin, 1996). Urininkontinens og bleieskift på nattestid er også en medvirkende faktor til at mange pasienter blir vekket i løpet av natten (Bachmann og Lindhardt, 2007).

Endret søvnmønster og lite nattesøvn hos eldre har en tendens til å føre med seg tretthet og døsighet om dagen. Dette resulterer i at mange sover for mye i løpet av dagen, noe som igjen fører til dårligere nattesøvn. Man kan da komme inn i en ond sirkel, der hverdagen preges av lite aktivitet og lite dagslys og nattesøvnen blir ytterligere forringet. Dette er en av årsakene til at eldre som ønsker å sove bedre om natten, bør oppmuntres til å sove mindre om dagen og å

tilbringe tid utendørs, i fullt dagslys (Ursin, 1996). Mange eldre har til alle tider brukt bena som eneste fremkomstmiddel. Flere sykehjemsbeboere gir derfor uttrykk for at en ting de savner med å bo på sykehjem, er muligheten til å komme seg ut i frisk luft (Bondevik, 2001).

Vanlige aldersforandringer blir lett missforstått som søvnproblemer av den eldre, og et besøk hos legen blir gjerne ansett som en nær løsningen. Enkelte leger er igjen raske med å skrive ut resept på hypnotika, sovemedisiner, gjerne også uten å informere om normale aldersforandringer (Ranhoff, 2008). Dette er en av årsakene til at dette er ett viktig område for sykepleier å ha kjennskap til. Mangel på informasjon kan føre til utrygghet, usikkerhet og da også økt lidelse (Tveiten, 2005). Informasjon om søvnendringer hos eldre, kan derfor alene være med på å bedre nattesøvnen.

2.1.3 Insomni

Den latinske betegnelsen på søvnvansker er insomni, og Jennum (1991) definerer det som, "en subjektiv oppfatning av utilstrekkelig søvn til tross for tilstrekkelig tid i sengen" (Bachmann og Lindhardt, 2007). Insomni kan føre til nedsatt funksjonsnivå på dagtid, humørsvingninger og redusert yte og prestasjonsevne. Konsentrasjonen blir også nedsatt (SLK, 2000:08). Det kan også føre med seg store forandringer i immunsystemet og i stoffskiftet (Bachmann og Lindhardt, 2007). Krygger (2004) sier at eldre mennesker er spesielt utsatt for insomni. Medvirkende faktorer er lite fysisk aktivitet, lite eksponering for dagslys og liten eller ingen stimulering i løpet av dagen. Insomni hos eldre kan oppstå på bakgrunn av legemidler, sykdommer og oppstår som følgene av det å bli eldre (Bachmann & Lindhardt, 2007).

2.2 Sykepleiers helsefremmende funksjon

God helse er ikke alle forunt, og er ikke noe man kan skaffe seg for penger. Helse er derimot noe som fremtrer ved individuell eller kollektiv innsats (Kristoffersen, 2005).

Verdens helseorganisasjons (WHO) definisjon av helse sier at, ”Helse er ikke bare frihet fra sykdom og lyte, men fullstendig legemlig, psykisk og sosialt velvære” (NOU, 1997: 7).

Denne definisjonen av helse blir av mange sett på som foreldet, og har derfor blitt sterkt kritisert.

I Ottawa-charteret som ble utarbeidet i Canada i 1986 definerer de helse slik, ”prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse. For og nå frem til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, må et individ eller en gruppe være i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov og endre eller mestre sitt miljø” (Mæland, 2005, s. 66).

For mange eldre mennesker kan det gjerne bli vanskelig å oppnå fullstendig fysisk og psykisk helse. Målet vil da være å oppnå bedre, og best mulig helse.

Det temaet jeg har valgt å fokusere på i denne oppgaven omhandler sykepleiers helsefremmende funksjon. I følge Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) dreier denne funksjonen seg om friske mennesker, men også mennesker som er utsatt for komplikasjoner av en eller annen grunn. I rammeplanen for sykepleierutdanningen (2005) står det at studentene skal tilegne seg kunnskap innen området helsefremming. Videre står det at ”sykepleie omfatter tiltak for å fremme helse hos friske og utsatte grupper i befolkningen. Dette krever kunnskap om sammenhenger mellom helse og sykdom i ett individ og samfunnsperspektiv” (Mekki, 2007, s. 62).

All sykepleie omfatter helsefremmende oppgaver. Det kan være å fremme opplevelsen av mening, fremme opplevelsen av velvære eller fremme opplevelsen av helse (Kristoffersen et al., 2005).

I Ottawa Charteret (1986) står det at helsefremmende arbeid ikke bare skal dreie seg om mennesker som er spesielt utsatt for risiko, men skal omhandle helsepåvirkning i menneskets hverdagsliv. Helsefremmende arbeid konsentrerer seg om å styrke helsen i samfunnet, og har da også fokus på å motvirke at helsen svekkes (Mæland, 2005).

Sykepleiers helsefremmende funksjon omhandler både friske og syke mennesker. Ovenfor sykehjemsbeboere, er det å fremme helse en sentral oppgave for sykepleier, da dette ofte vil føre til økt velvære hos den enkelte beboer (Kristoffersen et al., 2005).

Virginia Henderson (1897-1996) så det å fremme god søvn til pasienter og beboere som ett av sykepleierens viktigste mål (Bachmann og Lindhardt, 2007).

2.3 Ikke-medikamentelle søvntiltak

Med ikke-medikamentelle tiltak menes tiltak som sykepleier iverksetter uten å ta i bruk medikamenter. Nyere forskning synliggjør viktigheten av å ha kunnskap innen ikke-medikamentell søvnbehandling til eldre mennesker.

Studier utført av Morin, Colecchi, Stone, Sood & Brink (1999) og Sivertsen, Omvik, Pallesen, Bjorvatn, Havik, Kvale, Nielsen & Nordhus (2006) viser at ikke-medikamentelle tiltak har vist seg å være effektive når det gjelder å bedre situasjonen for personer med insomni. I Følge Bachmann og Lindhardt (2007) viser flere undersøkelser at personer som slutter med sovemedisin, opplever mindre trettheten og svimmelhet om dagen. Dette samtidig som energinivået øker.

Når sykepleier møter pasienter med søvnevansker, er det nødvendig å tilpasse hjelpen slik at den dårlige trenden kan snu (Bachmann og Lindhardt, 2007). Det vil da være vesentlig med god kunnskap innen søvnbehandling og ett tett samarbeid mellom sykepleier og pasient.

2.3.1 Søvnhygiene

Fetveit og Bjorvatn (2005) ser på søvnhygiene som ett av basistiltakene når det kommer til ikke-medikamentell søvnbehandling, og er levere regler for å oppnå god søvn.

Søvnhygiene går ut på oppbygning av søvnbehovet og å respektere døgnrytmen.

Søvnhygiene har vist seg å være lite effektivt dersom man uten videre gir råd om søvnhygiene til en beboer, for så å overlate resten til han eller henne, dette kan videre føre til utrygghet.

Dette tiltaket krever derfor ett tett samarbeid og god tid mellom sykepleier og beboer, slik at sykepleier da kan bistå ved gjennomføring av tiltakene. Dette kan fremme trygghet for pasienten.

I følge Fetveit og Bjorvatn (2005) innebærer god søvnhygiene at man tar kontroll over søvnevanskene ved å iverksette små forandringer i hverdagslige rutiner. Søvnhygiene dreier seg derfor om å, begrenset tiden i sengen, legge seg og stå opp til samme tid hver dag, unngå bruk av sovemedisiner, lite søvn om dagen - mindre enn en time, regelmessige måltider, faste

rutiner ved sengetid, unngå kaffe, te og tobakk etter klokken 17, et mørkt, rolig rom og fysisk aktivitet på dagtid - ikke på kveldstid.

Backmann og Lindhardt (2007) mener det er fornuftig å tilpasse de ulike tiltakene innen søvnhygiene til hver enkelt beboer. Alle tiltakene er heller ikke nødvendigvis like aktuelle for alle beboerne.

På et sykehjem vil mange av beboerne være svært avhengig av den hjelpen sykepleier kan bistå med. Det er derfor viktig at sykepleierne har ett felles ønske om å hjelpe pasientene til å fremme god søvn. Det krever ikke bare innsats fra beboerne, men i mange tilfeller vel så stor innsats fra sykepleierne. God tid er også en forutsetning.

Søvnhygiene vil ofte ha bedre effekt dersom det kombineres med ett eller flere andre ikke-medikamentelle søvnfremmende tiltak (Bachmann og Lindhardt, 2007). Jeg har valgt å se på miljøtiltak i kombinasjon med søvnrestriksjon.

2.3.2 Søvnrestriksjon

Hensikten med søvnrestriksjon er å begrense den tiden man tilbringer i sengen til å omhandle den tiden man reelt sover (Bachmann og Lindhardt, 2007). Mennesker med søvnvansker har en tendens til å tilbringe mer tid i sengen enn den tiden de sover, i håp om å få sove. Dette kan være med på å forverre og opprettholde søvnvanskene (Ursin, 1996).

Dersom den reelle søvnmengden om natten viser seg å være fem timer, anbefales det da å tilbringe kun fem timer i sengen hver natt. For eksempel fra klokken ett om natten til klokken syv neste morgen. Søvnrestriksjon fører til at de fleste pasientene blir så trette at de da sover de timene de tilbringer i sengen om natten. Etter hvert kan det være aktuelt å utvide tiden i sengen med 15 minutter, til en når ønsket søvnmengde (Fetveit og Bjorvatn, 2005).

Søvnrestriksjon innebærer også at beboeren ikke sover for mye på dagen. Dette krever enn innsats fra sykepleier, og innebærer meningsfulle sosiale eller individuelle aktiviteter, for da å hindre at pasientene sitter i ro og sover eller dør. Innaktivitet er med på å fremme søvn på dagtid (Fetveit og Bjorvatn, 2005).

Fetveit og Bjorvatn (2005) mener videre at bemanningssituasjonen på sykehjem ofte gjør ikke-medikamentelle tiltak vanskelige å iverksette. Lite bemanning kan føre til at enkelte pasienter må tidlig til seng. Dette for å kunne rekke over aller beboerne før nattevaktene kommer på jobb. Tidlig sengetid er med på å ødelegge nattesøvnen ytterligere.

Søvnrestriksjon krever gode observasjon på forhånd av iverksettelse. Man må ved hjelp av tilsyn og samtale med beboer, finne ut av når han eller hun legger seg og når de faktisk sovner (Fetveit og Bjorvatn, 2005).

2.3.3 Andre ikke-medikamentelle tiltak

Det finnes mange ikke-medikamentelle tiltak som kan iverksettes for å fremme god søvn hos sykehjemspasienter. Miljøtiltak, stimuluskontrollbehandling, avslapping og avspenning, lysbehandling, kognitiv terapi og akupunktur er noen av disse tiltakene.

Min begrensning av oppgaven gjør det dessverre vanskelig for meg å si noe mer om disse behandlingsmetodene.

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metodebegrepet

Vilhelm Aubert definerer metode slik, ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2007).

All forskning bygger på ett spørsmål, et problem eller en idé som forskeren tar tak i. Når man skal velge metode å bygge oppgaven på, er det avgjørende å finne ut hva man vil vite. Man kan ha et kvalitativt eller et kvantitativt forskningsperspektiv. Begge metodene krever at litteraturen bygger på saklig argumentasjon. Kvalitativ og kvantitativ metode er ulike ved at man tilnærmer seg problemet enten innenfra eller utenfra (Olsson & Sörensen, 2006).

3.2 Valg av metode

Denne oppgaven bygger på en litteraturstudie. Dette betyr at den vil være på bakgrunn av litteratur som er skrevet i bøker, tidsskrift og artikler. Dette gjør jeg for å tilegne meg kunnskap og fordype meg i det temaet jeg har valgt. Jeg vil ta i bruk både kvalitative og kvantitative forskningsartikler for så å gå gjennom disse på best mulig måte. Jeg vil til beste evne gjøre ett forsøk på å analysere det forskerne har kommet frem til. For så å se artiklene i sammenheng med hverandre.

En litteraturstudie krever god og systematisk søking etter litteratur. Videre må det gjennomføres kritisk gjennomgang av litteraturen innen et valgt emne eller problemområde. Det finnes ingen regler for det antall studier som skal inngå i en litteraturstudie, men det beste vil være å inkludere relevante forskningsartikler i oppgaven, slik at oppgaven da i hovedsak bygger på disse (Forsberg og Wengström, 2008).

Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Videre fører denne metoden til bedre forståelse av det samfunnet vi lever i og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Kvalitativ metode

fører også til at man lettere kan fordype seg i det emnet man har valgt (Dalland, 2007). Ved å bruke kvalitativ metode har man en viss nærhet til problemet man undersøker, man ser altså problemet innenfra. Kvalitative metoder gir beskrivende data, og tar i bruk menneskets egen ord, da både skrevne og talte, men også menneskets observerbare atferd. En kvalitativ analyse har ikke som formål å resultere i presise målinger, slik formålet er i kvantitativ forskning. Forskeren ønsker å komme frem til en helhetsforståelse, for så å få en fullstendig forståelse av problemet (Olsson & Sørensen, 2006).

3.3 Litteratursøkeprosessen

For å kunne gjennomføre en litteraturstudie, er det en forutsetning at det finnes tilstrekkelig antall studier, av god kvalitet, gjort omkring temaet som er valgt. Dette er viktig, da det danner grunnlaget for teori, drøfting og beslutninger (Forsberg & Wengström, 2008).

Jeg har brukt ulike søkebasen i litteratursøkeprosessen. Jeg har tatt utgangspunkt i høgskolebiblioteket, og deres anbefalinger til søkebasen som kunne gi meg relevant helsefaglig litteratur. Jeg har brukt ProQuest, Medline, Norart og SveMed+. Ellers har jeg søkt i internettarkivet til Den norske Legeforening og BIBSYS.

Det viste seg at det var ProQuest som hadde flest artikler som var relevante til min oppgave.

For å få tak i mest mulig relevant litteratur brukte jeg flere ulike søkeord, da både alene og i kombinasjon med hverandre. Jeg søkte også ordene opp både på norsk og på engelsk. Søkeordene jeg benyttet meg av var: sykehjem, institusjon, sovemedisin, hypnotika, ikke-medikamentell, sykepleietiltak, søvn, søvnbehandling, insomni, søvnproblemer/søvnforstyrrelser, søvnrestriksjon, søvn, miljøtiltak og eldre.

3.4 Kvalitetssikring

Validitet og Reliabilitet er to krav som må være oppfylt for at artiklene skal gi troverdig kunnskap. Jeg har derfor sett spesielt etter artikler med høy validitet og reliabilitet. Validitet vil si at artikkelen er relevant og gyldig for det problemet som står i fokus. Reliabilitet vil si at

målingene i en undersøkelse er utført på riktig måte, og eventuelle feilkilder er oppgitt (Dalland, 2007).

Når jeg har søkt etter litteratur til oppgaven har det å søke etter litteratur i seg selv gått relativt greit. Jeg har likevel møtt på problemer, i og med at det finnes mye litteratur innen området jeg har valgt meg ut. Jeg har da sett meg nødt til å være kritisk til mye litteratur, dette for å finne frem til de artiklene som kan besvare min problemstilling på best måte.

Underveis i prosessen har det vist seg at mange artikler som i utgangspunktet har vært relevante for mitt tema, gjerne ikke har vært like relevant til min problemstilling, jeg har da valgt å utelate disse artiklene.

Det finnes spesielt mange artikler innenfor temaet jeg har valgt som dreier seg om tiltak til sykehjemsbeboere med demens. Jeg har ikke fokusert utelukkende på demens i oppgaven, og har derfor valgt å utelukke artikler som ikke dreier seg om en spesiell diagnose. Dette for å innskrenke min oppgave. Jeg har også utelatt artikler som spesielt omhandler søvntiltak til beboere med psykiske lidelser.

For å sikre kvaliteten på artiklene, har jeg forsøkt å finne artikler av nyest mulig dato. Foruten en artikkel, skrevet i 1999, er de to andre skrevet innenfor de fem siste årene. Dette gjør artiklene med troverdige og aktuelle.

3.5 Begrunnelse for valgt litteratur

Jeg har funnet flere relevante og ikke minst interessante artikler som angår ikke-medikamentelle tiltak for å fremme søvn hos sykehjemspasienter med søvnproblemer. Jeg vil kort presentere noen av artiklene jeg har funnet.

En norsk studie utført av Sivertsen et al (2006), ser på ikke-medikamentell søvnbehandling i forhold til medikamentell søvnbehandling hos eldre voksne. Dette er en kvantitativ studie som har gjort at jeg enda bedre forstår viktigheten av å ha kunnskap angående ikke-medikamentell søvnbehandling. Artikkelen har et utvalg på 46 respondenter, og er en randomisert kontrollert studie med en gjennomsnittsalder på 60.8 år. Behandlingen foregikk i 6 uker med oppfølging

etter 6 måneder. Jeg har valgt å involvere studien på grunn av dens relevans til mitt tema, samtidig som målinger og tallfesting gjør den pålitelig.

Jeg velger å ta den med, da den synliggjør effekten av ikke-medikamentelle tiltak.

En amerikansk studie utført av Morin et al (1999) har sett på effekten av ikke-medikamentelle søvnbehandling alene og ikke-medikamentelle søvnbehandling kombinert med medikamentell behandling. Studien er en randomisert kontrollert studie og har ett utvalg på 71 personer.

Gjennomsnittsalderen er 68 år. Undersøkelsen foregikk i løpet av 8 uker, med oppfølging etter 3, 12 og 24 måneder. Jeg har valgt å involvere studien, da den involverer de tiltakene jeg har valgt å fordype meg i. Videre ser undersøkelsen på effekten av medikamentell og ikke-medikamentell behandling, både på kort og på lang sikt.

Ouslander, Conell, Bliwise, Endeshaw, Griffiths og Schnelle (2006) undersøker ikke-medikamentelle tiltak som kan forbedre søvnen hos sykehjemsbeboere. De utfører tiltak for så å se virkningen av disse. 160 respondenter fullførte denne studien som er en kontrollert klinisk studie. Undersøkelsen fant sted i løpet av 17 dager og netter. Denne undersøkelsen viser til ett resultat som er ulikt resultatet i de andre undersøkelsene jeg har lest. Jeg syns dette gjorde temaet enda mer interessant, og viser at forskning ikke alltid har de samme resultatene, selv om de undersøker samme område.

3.6 Forskningsetiske overveielser

I en litteraturstudie er det tidligere dokumentert kunnskap som skal undersøkes. Spørsmålet vi stiller, stiller vi til litteraturen istedenfor til personer. Derfor er det viktig å gjøre rede for all litteratur som brukes i studien, dette for å være etisk i forhold til forfatteren (Forsberg & Wengström, 2008).

Jeg vil derfor gjøre mitt ytterste for å være tro mot forfatteren, og skal i alle tilfeller der litteratur benyttes gjøre rede for hvem som er forfatter og når det er skrevet.

4.0 Drøfting

Sivertsen et al. (2006) erfarer at bruk av søvnfremmende medikamenter blant eldre bærer med seg få fordeler og liten effekt. De mener derimot at ikke-medikamentelle søvn tiltak er ett godt alternativ til mennesker som sliter med insomni. Sivertsen et al. (2006) har foretatt en undersøkelse der deltakerne ble delt inn i tre grupper. En gruppe mottok ikke-medikamentell behandling som innebar blant annet søvnhygiene og søvnrestriksjon. En annen gruppe mottok hypnotika i form av Zopiclone. Den siste gruppen mottok medisiner i form av placebo. Resultatene i denne undersøkelsen viser en stor fordel til de pasientene som mottok ikke-medikamentell behandling.

På sykehjem er bruken av sovemedisiner utbredt, og mange vil, på tross av medikamentell behandling, våkne uopplagte og trøtte. I praksis på sykehjem erfarte jeg at beboerne i flere tilfeller sa at de ikke hadde sovet, eller ikke hadde sovet godt i løpet av natten.

Ved siden av medikamentell behandling, var det ingen prosedyre for å iverksette tiltak i hensikt av å bedre beboernes søvn. Fokuset på ikke-medikamentell søvnbehandling var fraværende.

Videre er det en forutsetning med kunnskap for å iverksette tiltak. Kunnskapen må, slik jeg ser det, innebære viten om søvn, innsikt i hvilke tiltak som kan iverksettes og ikke minst dokumentert effekt av tiltakene.

4.1 Hva sier forskning om effekten av ikke-medikamentelle søvnfremmende tiltak?

En studie utført av Sivertsen et al. (2006), viser at ikke-medikamentelle tiltak har vist seg å være effektive når det gjelder å bedre situasjonen for personer med søvnvansker. Så mange som 70-80 % opplever bedre nattesøvn ved å iverksette tiltak som ikke innebærer medikamentell behandling. Studien viser videre at blant pasientene som mottok ikke-medikamentell behandling, var den totale våkentiden om natten redusert med 52 % etter 6 uker. Sammenlignet med de to andre gruppene der våkentiden var redusert med 4 og 16 %. Dette i seg selv sier mye om effekten av ikke-medikamentell søvnfremmende behandling.

Undersøkelsen til Sivertsen et al. (2006) ble gjennomført ved at de delte respondentene inn i tre grupper. Gruppe nummer en mottok ikke-medikamentell behandling, innebærende av blant annet søvnrestriksjon og søvnhygiene. Gruppe nummer to mottok medikamentell behandling i form av zopiclone og gruppe nummer tre mottok medikamentell behandling i form av ett placebo medikament. Zopiclone ble valgt ut som medikament, da det er det mest solgte søvnfremmende medikamentet i Norge. Hele 45 % av befolkningen som bruker sovemedisin, bruker nettopp dette medikamentet.

Denne undersøkelsen er interessant fordi den ser på, og sammenligner effekten av de tre inndelte gruppene på tre ulike stadier. Før behandlingen ble satt i gang, etter 6 uker og etter 6 måneder. I denne undersøkelsen kan man, på bakgrunn av disse funna, si at ikke-medikamentell behandling viser seg å ha bedre effekt der behandlingen blir overholdt over lengre tid. Innad i gruppen som mottok ikke-medikamentell behandling var det, før behandlingen ble i verksatt, 6 respondenter som oppfylte kravet om en effektiv søvn mer enn 85 % av natten. Etter 6 uker oppfylte 13 respondenter kravet, og etter 6 måneder hadde tallet steget med ytterligere 1 respondent. I gruppe nummer to var det etter 6 uker 7 respondenter som oppfylte krevet om 85 % effektiv søvn. Etter 6 måneder sank tallet med en respondent. Undersøkelsen avklarer videre at respondenter som mottok ikke-medikamentell behandling, tilbrakte mer tid i den dype, restituerende søvnen, søvnstadium 3 og 4.

Søvnkvaliteten og søvnmengden til respondentene i gruppen som mottok ikke-medikamentell behandling, var altså betydelig forbedret etter 6 uker, og ytterligere forbedret etter 6 mnd.

På den andre siden, viser studien til Sivertsen et al. (2006) at bruk av zopiclone, har en negativ effekt i behandlingen av søvnvansker. Gruppen som mottok zopiclone opplevde at mengden med dyp, restituerende søvn, avtok i takt med undersøkelsen. Søvnkvaliteten til respondentene var altså bedre før behandlingen med zopiclone ble iverksatt.

Denne studien viser altså en stor fordel til i respondentene i gruppen som mottok ikke-medikamentell behandling.

En undersøkelse utført av Morin et al. (1999) viser også lovende resultater angående ikke-medikamentell søvnbehandling. Også her ble deltakerne delt inn i grupper, men her har de lagt til en gruppe som mottok ikke-medikamentell behandling kombinert med medikamentell behandling. Studien viser at deltakeren i gruppen som mottok ikke-medikamentell behandling

var de som var mest fornøyd med resultatet av søvnbehandlingen. Og opplevelsen av bedre søvn innad i gruppen var høyere etter 12 måneder enn etter 8 uker.

Undersøkelsene utført av Sivertsen et al. (2006) og Morin et al. (1999) viser altså at behandling av søvnevansker uten å ta i bruk medikamenter har god effekt. Og effekten viser seg å være bedre når behandlingen foregår over lang tid. Resultatene for ikke-medikamentell behandling viser best effekt etter 6 mnd og 12 mnd. Tid er altså, i følge begge undersøkelsene, ett nøkkelord for at ikke-medikamentelle tiltak skal ha effekt.

Ouslander et al. (2006) har også studert effekten av ikke-medikamentelle tiltak. Resultatet her går på tvers at de to andre undersøkelsene, og kan fortelle at ikke-medikamentell behandling har liten effekt. Det eneste forfatterne anså som positivt i denne sammenheng, var en nedgang i respondentenes søvnmengde på dagtid.

Til forskjell fra de to andre undersøkelsene foregikk denne undersøkelsen over 17 dager og netter. Som både Sivertsen et al. (2006) og Morin et al. (1999) kan fortelle, viser det seg at ikke-medikamentell søvnbehandling har økende effekt over lengre tid.

Det kan altså vise seg at 17 dager og netter er for få dager til å dokumentere effekten av ikke-medikamentelle tiltak til eldre. Det kan også være med på å dokumentere for sykepleier, at der ikke-medikamentelle søvntiltak iverksettes, er det ikke nok å prøve ut tiltakene i kun en kort periode. Resultatene av undersøkelsene til Sivertsen et al. (2006) og Morin et al. (1999) viser økning i effekt over tid, dette er derfor viktig å ta med i beregningen når tiltak skal iverksettes. Undersøkelsen til Ouslander et al. (2006) viste en positiv endring i beboernes søvnmønster på dagtid. Dette er gjerne bare det første steget i en prosess der en ønsker å lykkes med ikke-medikamentelle søvntiltak. Dersom undersøkelsen hadde foregått over lengre tid, ville gjerne resultatet vært annerledes, slik de to andre undersøkelsene kan være et bevis på.

Videre fokuserer de to første undersøkelsene på hjemmeboende eldre med insomni. Ouslander et al. (2006) er den eneste som fokuserer utelatende på eldre som bor på sykehjem. Dette kan fortelle oss at å iverksette ikke-medikamentelle tiltak tenkt til sykehjemsbeboere, kan by på vanskeligheter i form at pasientene bor på en institusjon, der det også må tas hensyn til andre beboere. Her møter en på flere utfordringer med tanke på pleierutiner, lyd, smerter og andre miljømessige faktorer. Det kan altså være vanskeligere for sykepleier å iverksette ikke-medikamentell søvnbehandling på sykehjem enn hva det ville vært i andre sammenhenger. På

den andre siden viser de to første studiene lovende resultater for ikke-medikamentell behandling, og slik jeg ser det vil det viktigste være at en har anledning til å gi det god tid, også når det gjelder sykehjemsbeboere.

En hverdag på sykehjem består i mange hverdagslige rutiner, og det kan ta tid for ett menneske å bryte en ond sirkel og å komme ut av vante rutiner (Bachmann og Lindhardt, 2007). Jeg mener derfor at å gjennomføre en studie på 17 dager kan være litt for kort tid til å vise den egentlige effekten av ikke-medikamentelle søvntiltak blant sykehjemsbeboere. Dette sier jeg på bakgrunn av det Sivertsen et al. (2006) og Morin et al. (1999) har erfart innen effekten av ikke-medikamentelle søvnfremmende tiltak.

Dersom man skal se resultatet og effekten av ikke-medikamentelle tiltak etter undersøkelsen til Ouslander et al. (2006), kan det være umotiverende for sykepleier å iverksette tiltak for å fremme søvn. Da ikke-medikamentell behandling i følge denne undersøkelsen viser liten eller ingen effekt på sykehjemsbeboere. Det er derfor viktig å vite at annen forskning har vist god effekt av disse tiltakene. Undersøkelsen til Sivertsen et al. (2006) og undersøkelsen til Moring et al. (1999) forteller oss at god tid og oppfølging er en forutsetning.

Forskning viser altså delte resultater når det kommer til effekten av ikke-medikamentell søvnbehandling. Likevel mener jeg at effekten av tiltakene kan anses som god, i lys av undersøkelsene utført av Sivertsen et al. (2006) og Morin et al. (1999). Undersøkelsen utført av Ouslander et al. (2006), viste at ikke-medikamentell søvnbehandling hadde liten effekt på sykehjemsbeboere. Da denne undersøkelsen ble utført over betraktelig kortere tid enn de to andre, velger jeg likevel å se effekten av ikke-medikamentell søvnbehandling som god. Men kan på bakgrunn av artikkelen til Ouslander et al. (2006) si at å bruke god tid er et viktig element i ikke-medikamentell søvnbehandling.

4.2 Sykepleiers ansvar ved iverksetting av ikke-medikamentelle tiltak

Sykepleier har en funksjon som tilsier ett ansvar for å fremme god helse blant befolkningen. Og når vi vet betydningen av god søvn og ulempene ved dårlig søvn, er dette ett område som absolutt er med på å fremme helse. Sykehjemsbeboere er en del av befolkningen som alle andre, og selv om fullstendig psykisk og fysisk velvære kan være vanskelig og oppnå, må målet til sykepleier være at pasientene opplever så god psykisk og fysisk velvære som overhodet mulig. Ikke-medikamentelle søvntiltak og god søvn, er slik jeg ser det, en viktig del av en sykehjemsbeboers mulighet til å oppnå nettopp god psykisk og fysisk velvære.

Morin et al. (1999) ytrer at ikke-medikamentell søvnbehandling blir underprioritert i dagens helsevesen, på tross av lovende resultater.

I rammeplanen for sykepleierutdanning (2005) står det at sykepleie omfatter tiltak for å fremme helse hos friske og utsatte grupper i befolkningen (Mekki, 2007, s. 62). Eldre mennesker som bor på sykehjem, er på grunn av vanlige aldersforandringer utsatt for søvnevansker. Miljøet rundt beboeren og nattlige pleierutiner kan være med på å forringe søvnen ytterligere. Det er derfor opp til sykepleier å sette i verk tiltak som kan fremme god søvn blant beboerne.

Men å sette i gang tiltak i seg selv er ikke nok. Tiltakene må følges opp, og ikke bare av en sykepleier, men det må være en kollektiv innsats fra alle på avdelingen. Samarbeid er vesentlig for ett godt resultat. Forskningen viser at det er ved god oppfølging og over tid, at resultatene av ikke-medikamentell behandling kommer til sin rett, dette bekrefter Sivertsen et al. (2006) i sin studie.

Sovemedisiner er gjerne det enkleste å benytte seg av i mange tilfeller, da dette er det minst tidkrevende alternativet til god søvn, men som forskningen viser har disse medikamentene liten effekt, da spesielt på lang sikt.

Ikke-medikamentell søvnfremmende behandling er derfor et viktig emne for sykepleier å ha kjennskap til, for å oppnå målet om å fremme god søvn blant sykehjemsbeboerne.

Ved iverksetting av ikke-medikamentelle søvntiltak er det vesentlig at sykepleier er innforstått med at det kan ta tid før resultatene vises. Dette kan jeg si på bakgrunn av undersøkelsene utført av Sivertsen et al. (2006) og Morin et al. (1999). Foruten av at det kan gå en periode før

resultatene viser, kan det også bli en utfordring for sykepleier å finne tid til å iverksette og videre opprettholde de tiltakene som blir iverksatt, i en ellers travel hverdag som sykepleier. Jeg vil også tro at det kan være lett og gi opp, da resultatene gjerne ikke viser positiv virkning før etter noen uker, noe studien til Ouslander et al. (2006) kan være et bevis på, der den 17 dager lange studien viste dårlig effekt av ikke-medikamentelle tiltak. Det er derfor viktig at sykepleier tar ansvar, og informerer andre pleiere på avdelingen om at iverksettelse av ikke-medikamentelle tiltak kan bli en tidkrevende prosess. Det krever også et fokus på søvn til alle døgnets tider, følgelig uten at andre tiltak og gjøremål forkastes.

Hver dag må bestå av en kollektiv innsats med det formål om å bedre beboernes søvn. Dette vil videre kreve en innsats som innebærer å holde beboerne våkne på dagtid, noe som i følge Fetveit og Bjorvatn (2005) betyr en hverdag bestående av meningsfulle sosiale eller individuelle aktiviteter. En må også være positiv til å ta beboerne med ut i frisk luft, slik at de da også vil bli eksponert for dagslys.

Det er viktig at sykepleier viser en god holdning til å iverksette ikke-medikamentell søvnbehandling. I følge Kristoffersen og Nortvedt (2005) kan holdninger forstås som den måten vi fremtrer på i en bestemt situasjon. Dersom sykepleier viser en god og positiv holdning til ikke-medikamentell behandling, vil dette være med på å påvirke andre pleiere i samme retning, noe som vil være viktig for et vellykket resultat. Sykepleier må altså fremtre på en måte som bidrar til samarbeid og kollektiv innsats, og jeg vil tro at en positiv og optimistisk innstilling er noe av det viktigste i en situasjon der det kan ta tid før en ser resultater. Det hjelper ikke at sykepleier alene iverksetter tiltak, alle må ta en del av ansvaret, og både dagvakter, kveldsvakter og nattevakter må være innstilt på å gjøre en innsats. Brinchmann (2005) sier at sykepleiers holdninger og væremåte har betydning for om situasjonen oppleves god for pasienten. Det er altså vesentlig med en god holdning innad på avdelingen, ikke bare for ett vellykket resultat, men også for at pasienten skal føle seg trygg i situasjonen og ved iverksettelse av tiltakene.

Sykepleier må også være åpen for ett kritisk syn på avdelingens rutiner. Dette gjelder rutiner på dagtid, kveldstid og på nattestid. Er det noe som kan gjøres annerledes? Hva skal komme i første rekke om natta, en god natts søvn eller bleieskift? Dersom en pasient blir vekket om natten for bleieskift kan det være vanskelig for den det gjelder å falle tilbake i søvn. Det var gjerne utfordrende nok å få sove i utgangspunktet. Sykepleier må da ta en vurdering på hva som er viktigst for pasienten. God observasjon kan gjerne kartlegge eksakt når den enkelte pasient faktisk har som vane å sovne om kvelden og våkne om morgenen. Det kan da være

vesentlig å ta et siste bleieskift sent på kvelden, før pasienten vanligvis sovner, og neste bleieskift tidlig på morgenen, når pasienten vanligvis våkner. Beboeren vil da få timer med uforstyrret søvn, noe som i seg selv kan være med på å fremme søvn for pasienten. Men det er altså ikke bare rutinene på natten som bør få en kritisk gjennomgang. Rutiner på dag og kveldstid kan også være kritikkverdige, i forhold til om det gjøres en innsats relatert til å fremme søvn på nattestid. Som god søvnhygien tilsier vil frisk luft, fysisk aktivitet og fravær av søvn på dagtid være med på å bedre beboernes søvn. Sykepleier må da kartlegge hvor vidt dette blir prioritert i en ellers travel hverdag.

Å iverksette søvnrestriksjon som et ikke-medikamentelt tiltak, krever en økt innsats fra sykepleier på nattevakt. Egne erfaringer tilsier at nattevaktene ønsker at de fleste pasientene skal være i seng til de begynner på vakt, noe som vil være vanskelig der søvnrestriksjon skal iverksettes. Som søvnrestriksjon tilsier skal beboeren begrense den tiden han eller hun tilbringer i sengen til å omhandle den tiden man reelt sover (Bachmann og Lindhardt, 2007). Dersom observasjon og kartlegging viser at en beboer ikke sovner før kl 01 på natten, skal beboeren være oppe til klokken 01. Det vil da si at det er sykepleier på nattevakt som må hjelpe beboeren i seng. En god og positiv holdning vil her være viktig. Det kan være nødvendig med et samarbeid kveldsvaktene og nattevaktene i mellom, der kveldsvaktene gjør alt klart inne på beboerens rom. Med ett slikt samarbeid vil tro at dette ikke vil være alt for tidkrevende for sykepleier på nattevakt.

I helsevesenet vil man i mange tilfeller oppleve å høre at sykepleier ikke har god nok tid. Dette kan nok i mange tilfeller være riktig. Hverdagen på avdelingen er travel, og består i å utføre nødvendige gjøremål. Jeg har mange ganger undret meg over akkurat dette. For hva skyldes det egentlig? Er det for lite bemanning? Eller er det holdningen til arbeidet det er noe i veien med? Dersom det skyldes for liten bemanning, er det ett kostnadsspørsmål i regi av ledelsen. Noe som er kritikkverdig i seg selv, da det ikke bare går ut over bemanningen, men da også beboerne på avdelingen. Å iverksette ikke-medikamentelle tiltak på en avdeling med for lite bemanning og en vanligvis hektisk hverdag, kan være vanskelig. Holdningene rundt det å lykkes, kan fort bli dårlige, noe som kan føre til et resultat uten effekt.

Slik jeg ser det kan en komme langt med en positiv holdning og optimisme. Likevel er det viktig at forholdene på avdelingen, tilsier at ikke-medikamentell behandling kan iverksettes. Som nevnt tidligere er god tid en vesentlig ingrediens for at ikke-medikamentell behandling skal være vellykket.

Dersom bemanningen står i veien for iverksettelse av ikke-medikamentell søvnbehandling, bør sykepleier gå til ledelsen og fortelle om situasjonen og viktigheten av dette området.

Sykepleiers ansvar ved iverksettelse av søvnfremmende ikke-medikamentelle tiltak vil altså avhenge av flere faktorer. Det må være tilstrekkelig bemanning, bemanningen må ha rett holdning og positiv innstilling og det må være tid til gjennomførelse, da både på dag-, kvelds- og nattevakt.

Sykepleier har ansvar for å spre kunnskap og bevissthet blant andre pleiere på avdelingen. Dette må gjøres for å sette ikke-medikamentell behandling i fokus. Større bevissthet og bedre kjennskap til problemet kan fremme innlevelse og engasjement, noe som igjen fører til en god holdning. Videre har sykepleier ansvar for å kartlegge rutinene på avdelingen, for så å være kritisk til nødvendigheten av disse. Som Bachmann og Lindhardt (2007) skriver, er det viktig å være bevisst på betydningen av beboernes søvn, for så å være kritisk til pleierutiner om natten.

Undersøkelsene utført av Sivertsen et al. (2006) og Morin et al. (1999) setter fokus på betydningen av god tid ved iverksettelse, og det undersøkelsene sier om effekten av ikke-medikamentell behandling, inspirerer til handling.

Undersøkelsen utført av Ouslander et al. (2006) øker også forståelsen av å bruke god tid, og viser viktigheten av å la tiltakene gå seg til før en avslutter eller gir opp. Denne undersøkelsen forteller meg også at det kan være vanskelig å iverksette ikke-medikamentelle tiltak til sykehjemsbeboere, da aldersforandringer og miljø kan ha en stor innvirkning på denne gruppen mennesker.

Det alle studiene kan bekrefte er at det er alt for lite fokus på ikke-medikamentell, søvnfremmende behandling blant helsepersonell.

Med tilstrekkelig kunnskap og innsikt vil jeg tro det hadde blitt et annet fokus på dette området. Det er derfor viktig å spre budskapet om at sovemedisiner ikke fremmer søvn, det fremmer derimot avhengighet og om mulig enda dårligere søvn. Sykepleier må ta ansvar, og sette ikke-medikamentell søvnfremmende behandling i søkelyset.

5.0 Avsluttende refleksjoner

Jeg har egentlig aldri sett på søvn som mer enn en nødvendighet av de sjeldne, altså ett grunnleggende behov.

Ved å arbeide meg gjennom denne oppgaven har jeg fått et innblikk i søvn og søvnens betydning. Da spesielt søvn blant den eldre delen av befolkningen. Jeg har også fått ett innblikk i hvor stor del av befolkningen som sliter med nettopp søvnvansker.

En yrkeshverdag som sykepleier, vil i de fleste tilfeller innebære et tett samarbeid med eldre mennesker. Å vite hvordan sykepleier på best måte kan fremme god helse og velvære til eldre er derfor vesentlig.

Etter å ha lest relevant forskning innser jeg hvor viktig det er å ha kunnskap som omhandler ikke-medikamentell søvnbehandling. Dette kan gjøre hverdagen til beboerne betraktelig bedre, da på grunn av bedre søvn om natten og mer stimulering på dagtid. På sykehjem er mye av hverdagen lagt til rutiner og vaner, både fra beboernes og personalets side. Jeg mener jeg kan si at ikke alle disse rutinene kommer beboerne til gode. Iverksettelse av ikke-medikamentelle søvnfremmede tiltak, vil komme beboerne til gode. Dette på grunn av tiltakenes krav til økt innsats blant pleie personalet.

Litteraturliste

- Bachmann, M. & Lindhardt, J. (2007). Søvn og hvile. I: T. E. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende sykepleie* (s. 585 – 629). Oslo: Akribe.
- Bjorvatn, B. (2007) *Bedre søvn: En håndbok for deg som sover dårlig*. Bergen: Vigmostad & Bjørke.
- Bondevik, M. (2001). De eldste gamle – hvordan har de det? I: G. Fossan & K. Raaheim (Red.), *Eldreårenes psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Brinchmann, B. S. (2005) Nærhetsetikk. I: B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 105 – 119). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Forsberg, C. & Wengström Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur: Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kristoffersen, N.J. (2005). Helse og sykdom. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 1* (s. 29 – 77). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 1* (s. 137 – 183). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2005). Om sykepleie. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 1* (s. 13 – 27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Mekki, T. E. (2007). Sykepleie som fag. I: T. E. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende sykepleie* (s. 59 – 66). Oslo: Akribe.
- Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: I teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 1997: 07 (1997). *Piller, prioritering og politikk*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
Hentet 8. januar 2009 fra
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-7/5.html?id=140772>
- Olsson, H. & Sørensen, S. (2006). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ranhoff, A.H. (2008). Søvn og søvnproblemer. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 311 – 318). Oslo: Gyldendal akademisk.
- SLK 2000:08 (2000). *Terapianbefaling: Behandling av søvnevansker*. Oslo: Statens legemiddelkontroll.
- Stordalen, J., Grasaas, K.K. & Hovland, O.J. (2005). *Grunnleggende behov*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Tveiten, S. (2005). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Ursin, R. (1996). *Søvn: En lærebok om søvnfysiologi og søvnsykdommer*. Gjøvik: Cappelen Akademisk Forlag.
- Ursin, R. (2007). Søvn – en oversikt. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 44, 372-377.

Artikler:

Fetveit, A. & Bjorvatn, B. (2005). Søvnforstyrrelser hos sykehjemspasienter – praktiske behandlingsråd. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 12.

Hentet 8. januar 2009 fra

http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1211217

Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R. & Brinch, D. (1999). Behavioral and Pharmacological Therapies for Late-Life Insomnia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, (11) 1053.

Hentet 29. januar 2009 fra ProQuest.

Ouslander, J. G., Connell, B. R., Bliwise, D. L., Endeshaw, Y., Griffiths, P. & Schnelle, J. F. (2006). A Nonpharmacological Intervention to Improve Sleep in Nursing Home Patients: Results of a Controlled Clinical Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. (54) 38 – 47.

Hentet 12. januar 2009 fra ProQuest.

Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O. E., Kvale, G., Nielsen, G. H. & Nordhus, I. H. (2006). Cognitive Behavioral Therapy vs Zopiclone for Treatment of Chronic Primary Insomnia in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, (24) 295.

Hentet 12. januar 2009 fra ProQuest.