



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 10

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Hvordan kan kognitiv atferdsterapi for insomni påvirke helsen til pasienter med psykisk lidelse?

Antall ord *: 8959

Engelsk tittel *: How can cognitive behavioral therapy for insomnia effect health in patients with mental illness?

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



BACHELOROPPGAVE

«Hvordan kan kognitiv atferdsterapi for insomni påvirke helsen til pasienter med psykisk lidelse?»

«How can cognitive behavioral therapy for insomnia effect health in patients with mental illness?»

Kandidatnummer 10

Bachelor i sjukepleie

Høgskolen på Vestlandet, avd. Haugesund

Innleveringsdato: 25.04.2019

Sammendrag

Bakgrunn: Tidligere ble insomni redusert til et symptom av den psykiske lidelsen. I dag ansees insomni som en komorbid tilstand. Dette setter krav til behandling som retter seg mot søvnforstyrrelser blant pasienter med psykisk sykdom. Ny kunnskap antyder at en kombinasjonsbehandling av psykiske lidelser og søvnvansker kan være fruktbart i behandling av søvnvansker, for bedring av psykisk helse og for reduksjon av risiko for tilbakevendende psykiske episoder. Kognitiv atferdsterapi for insomni (KAT-I) er i dag anbefalt behandling av søvnvansker i Norge.

Problemstilling: *Hvordan kan kognitiv atferdsterapi for insomni påvirke helsen til pasienter med psykisk lidelse?*

Hensikt: På tross av at KAT-I er anbefalt behandling ved søvnvansker, er denne behandlingen underutnyttet blant pasienter med psykiske lidelser. På bakgrunn av dette vil denne oppgaven gå nærmere inn på fire underordnede spørsmål som skal belyse problemstillingen. Hensikten med denne oppgaven blir derfor å se nærmere på hvordan kognitiv atferdsterapi innvirker på søvnen og helsen til pasienter med psykiske lidelser.

Metode: Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie som bygger på forskning og annen faglitteratur med hensikt om å besvare problemstillingen.

Funn: Det fremkommer av forskningen at KAT-I er en effektiv behandling av insomni blant pasienter med psykisk lidelse. Forskningen antyder at økt utbredelse av KAT-I vil være fruktbart, sett at behandlingen tilpasses den psykiske sykdommen. Videre observeres bedret psykisk helse og reduksjon av psykiske tilbakefall som bieffekter av insomnibehandlingen. Til slutt går det frem av forskningen at den lave utnyttelsen av KAT-I skyldes manglende bevissthet rundt viktigheten av insomnibehandling tilknyttet pasienter med psykisk lidelse.

Abstract

Background: Early conceptions reduced insomnia to a symptom of mental illness. Today insomnia is considered as a comorbid condition. This demands an increased use of insomnia-treatment among patients with mental illness. Recent knowledge suggests a promising, combined treatment constructed to aim both insomnia as well as mental illness. This treatment is supposed to treat insomniasymptoms, increase mental illness and reduce the risk of mental relapse. Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) is considered to be the best optional treatment to target insomnia according to the Norwegian guidelines.

Research question: *How can cognitive behavioral therapy for insomnia effect health in patients with mental illness?*

Aim: In spite of CBT-I being the recommended treatmentoption, science considers CBT-I to be underutilized among patients with mental comorbidities. This thesis is meant to provide an answer to four subordinate questions to enlighten the superior research question. The aim is to take a closer look at CBT-I and its effects on sleep, and overall health, among patients with comorbid mental illness.

Method: This bachelor thesis is a literature study that manifests itself on science and professional literature to answer the research question.

Findings: Findings suggests that CBT-I-I can be considered an effective treatment of insomnia among patients with mental illness. The researchers imply a need for enhanced use of a custom-made CBT-I treatment to target insomnia in mentally ill patients. Findings detects significant side effects associated with insomniatreatment. This regards an improvement in mental health and a reduction in risk of mental relapse. Underutilization of CBT-I is owed to a lack of knowledge regarding the significance of insomniatreatment in patients with mental illness.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
ABSTRACT	2
1 INNLEDNING	4
1.1 BAKGRUNN	4
1.2 HENSIKT	4
1.3 PROBLEMSTILLING	5
1.4 AVGRENSNING OG PRESISERING	5
1.5 BEGREPSAVKLARING	5
2 TEORI	7
2.1 KOGNITIV ATFERDSTERAPI	7
2.2 KOGNITIV ATFERDSTERAPI FOR INSOMNI	8
2.3 INSOMNIA TILKNYTTET PSYKISKE LIDELSER	12
2.4 SYKEPLEIEFAGLIG RAMMEVERK	12
3 METODE	15
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	16
3.2 SØKSSTRATEGI	16
3.3 METODEKRITIKK	18
3.4 KILDEKRITIKK	18
4 FUNN	20
5 DRØFTING	26
5.1 HVORDAN FUNGERER SØVNFREMMENDE TILTAK BLANT PASIENTER MED PSYKISK LIDELSE?	26
5.2 KAN ET ØKT FOKUS PÅ SØVNVANSKER REDUSERE PSYKISKE PLAGER?	27
5.3 KAN BEHANDLING AV INSOMNI FOREBYGGE NYE PSYKISKE EPISODER?	30
5.4 HVA SKYLDES LAV UTNYTTELSE AV KAT-I INNENFOR PSYKISK HELSEVERN?	31
6 KONKLUSJON	32
BIBLIOGRAFI	33

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Søvnvansker har høy forekomst blant pasienter med psykisk sykdom. Omtrent 50-80 prosent av pasienter med psykiske lidelser opplever søvnforstyrrelser, og minimum 50 prosent av pasienter med søvnforstyrrelser har en psykisk lidelse (Holsten, Pallesen, & Sivertsen, 2011). Dette antyder et gjensidighetsforhold mellom søvnproblematikk og psykisk helse. Tidligere ble det antatt at søvnvansker var et symptom som ville forsvinne ved behandling av den psykiske lidelsen. Nyere forskning vitner nå om at en kombinert behandling av psykisk sykdom og søvnproblemer kan være mer fruktbart i henhold til behandling av søvnvansker, bedring av psykisk helse og en reduksjon av risiko for tilbakevendende psykiske episoder (Khurshid, 2018).

Kognitiv atferdsterapi er i dag anbefalt som behandling av søvnvansker (Berge & Pallesen, Søvnproblemer, 2015). Denne behandlingen anses for å være kompatibel med terapeutisk og medisinsk behandling av psykisk sykdom (Holsten, Pallesen, & Sivertsen, 2011). Likevel tyder mye på at denne kunnskapen ikke utnyttes i den daglige praksisen i møte med den psykiatriske pasienten. Søvn mønsteret til disse pasientene har en tendens til å bli underrapportert og fokus rettes mot behandling og symptomlindring av den psykiske lidelsen (Khurshid, 2018). Dette er i stor grad i overenstemmelse med mine egne erfaringer fra psykiatrisk praksis. I den daglige praksisen oppleves det som at søvnen degraderes til en del av den psykiske lidelsen. Søvnproblematikk blir i stor grad, fortsatt, håndtert som et symptom som lindres ved medikamentell behandling. Disse erfaringene kan underbygges av funn som fremkommer av folkehelse rapporten fra 2018. Ifølge denne er medikamentell behandling av søvnvansker fortsatt den dominerende praksisen (Folkehelseinstituttet, 2018).

1.2 Hensikt

Forundersøkelsen innenfor dette temaet har gitt inntrykk av at kognitiv atferdsterapi for insomnia (KAT-I) er et gunstig, men underutnyttet behandlingsalternativ for pasienter med

søvnvansker og psykisk sykdom. På bakgrunn av dette vil jeg i denne oppgaven se nærmere på hva forskningen sier om 1) hvordan søvnfremmende og søvnregulerende tiltak fungerer blant pasienter med psykisk lidelse, 2) hvorvidt et økt fokus på søvnvansker kan redusere psykiske plager, 3) om behandling av insomni potensielt sett også kan forebygge nye psykiske episoder og 4) hvilke årsaker som ligger bak lav utnyttelse av KAT-I innenfor psykisk helsevern.

1.3 Problemstilling

«Hvordan kan kognitiv atferdsterapi for insomni påvirke helsen til pasienter med psykisk lidelse?»

1.4 Avgrensning og presisering

Helsebegrepet i problemstillingen knyttes hovedsakelig opp mot pasientenes søvnhygiene og psykiske helse. Med dette kommer jeg til å utelukke eventuell effekt på komorbid fysisk og medisinsk sykdom. På tross av spennende funn i tilknytning til KAT-I i behandling av pasienter med rusavhengighet, har jeg vært nødt til å utelukke denne pasientgruppen av hensyn til ordgrensen. Søvnens effekt på daglig fungering skaper en glidende overgang mellom psykisk og fysisk helse, men kommer til å bli inkludert av hensyn til stor grad av relevans for psykisk helse (se begrepsavklaring av psykisk helse under). Effekt av tiltak er hovedfokuset i problemstillingen.

1.5 Begrepsavklaring

Søvn

Søvn ansees som ett av våre grunnleggende behov og er den dypeste formen vi har for hvile. Likevel kan søvn karakteriseres som en aktiv prosess som igangsetter og deaktiverer ulike nervesentre lokalisert i hypothalamus og hjernestammen (Bastøe & Frantsen, 2016, s. 349).

Insomni

Insomni kan betegnes som manglende evne til å generere søvn, til tross for tilstrekkelig med tid og anledning (Walker, 2017, s. 241).

Helse

Helsebegrepet kan defineres ut fra tre ulike standpunkt: som fravær av sykdom, som ressurs og som velbefinnende. Hvorvidt samtlige av disse faktorene må være innfridd for oppnåelse av god helse er omdiskutert og anses for å være individuelt betinget (Larsen, 2014, ss. 46-50).

Stress:

Stress er en form for ytre og indre stimuli. Stress stimulerer kroppens sympatiske nervesystem som forårsaker en «fight or flight»-reaksjon. På tross av at stress ofte er et negativt ladet ord, kan stressreaksjonen være hensiktsmessig i korte perioder og i gitte situasjoner. Negativt stress er stress som bygges opp over lengre tid, som utsetter kroppen for sykdom (Renolen, 2015, ss. 154-158).

Psykisk helse

Psykisk helse er en tilstand som kjennetegnes av menneskets evne til å mestre belastninger og påkjenninger i hverdagen. Et menneske kan anses for å ha god psykisk helse dersom det mestrer livets utfordringer, bidrar til samfunnet og opplever en følelse av trivsel og mening med tilværelsen (Kristoffersen, Helse og sykdom - utvikling og begreper, 2016, s. 51).

Psykisk lidelse

Folkehelse rapporten fra 2014 definerer psykisk lidelse som «symptombelastninger som er omfattende i den grad at de kvalifiserer til en diagnose» (Stoltenberg, 2014).

Kognitiv atferdsterapi (KAT)

Kognitiv atferdsterapi er et ikke-medisinsk behandlingsalternativ. Det er en metode for å rettlede pasienter til å styre sine følelser og reagere rasjonelt ved hjelp av kognisjon eller tankeprosesser. (Winther & Repål, 2015, s. 61).

Kognitiv atferdsterapi for insomni (KAT-I)

Kognitiv atferdsterapi for insomni er en spesialisert KAT behandling rettet mot insomni (Folkehelseinstituttet , 2018).

2 Teori

2.1 Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi er et produkt av både kognitive og atferdsmessige læringsteorier. Det er en metode for å bistå og å rettlede pasienter til å styre sine følelser og reagere rasjonelt ved hjelp av kognisjon eller tankeprosesser. Ved kognitiv terapi skal tankevirksomheten gjøres bruk av som et verktøy som regulerer en atferd. Målet med terapien er å gi pasienten ressurser til å bli bevisst på sammenhengen mellom egne tanker, følelser og handlinger (Winther & Repål, 2015, s. 61).

Kognitiv atferdsterapi gjennomføres ved at terapeut og pasient kommer frem til en felles erkjennelse av problemet, terapiens mål og virkemidlene som skal tas i bruk for å oppnå ønsket resultat. Blant virkemidlene som tas i bruk er det hovedsakelig samtaler i terapirommet som forbindes med kognitiv atferdsterapi. Disse samtalenes formål er å skape endring i allerede etablerte tankemønstre. Ettersom største delen av livet leves utenfor terapirommet er det, likevel, ikke til å komme bort fra at aktiviteter mellom samtaletimene må til for å hjelpe pasienter med å skape varig endring i tanker og atferd rundt området hvor problemet foreligger. For at pasienten skal få utbytte av samtaler må han eller hun ta med seg kunnskapen som etableres i terapirommet, gjøre den til sin egen ved å tilpasse den til sin egen personlighet, for så å anvende den på de aktuelle problemområdene. Slik kan en betrakte kognitiv atferdsterapi som en læringsprosess som omsider gir pasienter tilgang på de ressursene som kreves for at de skal kunne bli sin egen terapeut. Kognitiv atferdsterapi stiller altså krav til at pasienten tar en aktiv rolle i behandlingen, noe som reduserer terapeuten til en veileder som innehar en pedagogisk rolle i behandlingen (Winther & Repål, 2015, s. 61).

2.2 Kognitiv atferdsterapi for insomni

Kognitiv atferdsterapi for insomni (KAT-I) er en retning innen kognitiv atferdsterapi som retter seg spesifikt mot pasienter med langvarig søvnløshet. KAT-I er utviklet for å utruste pasienter med tilstrekkelige ressurser for å kunne skape og opprettholde et sunt søvnmønster (American Academy of Sleep Medicine). Denne behandlingsformen har vist seg å gi de beste og mest langvarige resultatene, og er per dags dato den foretrukne behandlingen av insomni (Berge & Pallesen, Søvnproblemer, 2015, s. 319).

Kognitiv terapi er en tilpasningsdyktig behandlingsmetode som kan tas i bruk innenfor en rekke områder. I utgangspunktet er KAT utviklet for behandling av psykiske lidelser (Berge & Repål, 2015, ss. 19-20). På bakgrunn av kunnskapen om en nær tilknytning mellom insomni og psykiske lidelser, har det blitt foreslått å bruke kognitiv atferdsterapi som kombinasjonsbehandling. I disse tilfellene får pasienter kognitiv atferdsterapi av gjeldende psykisk sykdom med aktuell medikamentell behandling og kognitiv atferdsterapi som behandling av insomni på toppen av dette (Khurshid, 2018).

Kognitiv atferdsterapi for insomnia består av fire grunnleggende komponenter:

Søvnrestriksjon, stimuluskontroll, avslappingsteknikker, kognitiv kontroll og undervisning i søvnhygiene. Men før terapien kan tre i kraft er god informasjon og søvnundervisning nødvendig for å hjelpe pasienten til å ta del i sin egen behandling (Berge & Pallesen, Søvnproblemer, 2015, s. 319).

Søvnundervisning

Grunnleggende søvnundervisning består vanligvis av en introduksjon til hva som kjennetegner en søvnsyklus som inkluderer at det er vanlig å våkne flere ganger i løpet av en natt for så å falle i søvn igjen snarlig etter oppvåkningen. Videre bør søvnundervisningen inneholde en introduksjon som formidler virkningsmekanismer og karakteristikk av søvnstadiene, drivkrefter som regulerer søvnen, konsekvenser av søvnmangel, vanlige årsaker til søvnproblemer og effekter av sovemedisin. Målet med undervisningen er at pasienten får et kunnskapsgrunnlag som dekker det som kan anses for å være et normalt søvnmønster, samt hva som kan betraktes som et avvikende søvnmønster. Med denne

kunnskapen vil det være enklere for pasienten å påpeke hvor eventuell problematferd ligger og hvilke tankemønstre som ligger til grunn for atferden. Når områder rundt søvnen er begrepsfestet og en grunnleggende forståelse er etablert, er det enklere for pasienten å samarbeide med helsepersonell om en behandlingsplan (Berge & Pallesen, *Søvnproblemer*, 2015, ss. 319-321). Videre undervises det i søvnhygiene med faste prinsipper for leggetid, oppvåkningstid, minimumstid tilbrakt ute i dagslys på formiddagen, rutiner for koffeinholdig mat og drikke, restriksjoner for alkohol, tunge måltider og trening like før leggetid, unngåelse av sterkt lys sent på kvelden osv... Undervisningen er ment for å gi pasienten de redskapene som behøves for å medvirke i egen behandling (Berge & Pallesen, *Søvnproblemer*, 2015, s. 325).

Søvnrestriksjon

Søvnrestriksjon er en metode som går ut på å innskrenke tiden tilbrakt i sengen, til den tiden pasienten er i søvn. Det vil si at søvnrestriksjon reduserer pasientens søvnmulighet ved kun å tilby pasienten søvn i løpet av den tiden han/hun faktisk sover. Dette har bakgrunn i at mange med dårlig søvn tilbringer lang tid i sengen, uten å være i stand til å generere søvn over halvparten av tiden som blir tilbrakt der. Dette gjøres i tro om at søvnen kanskje vil komme dersom en ligger lenge nok, eller i den tro at hvile skal kunne kompensere for søvnen som ikke kommer (Berge & Pallesen, *Søvnproblemer*, 2015, s. 327).

I praksis bes pasienten om å registrere sin søvn med en søvndagbok omtrent i en uke. Deretter kalkuleres omtrentlig søvnlengde ut fra dette utgangspunktet. Den registrerte søvnlengden er tiden pasienten får mulighet til å sove i løpet av oppstartsfasen (med et minimum av 4,5 timer). Under behandlingen regnes søvneffektivitetsprosenten ukentlig. Ved tilfredsstillende høy søvneffektivitetsprosent, over 85 prosent, får pasienten utvidet sengetiden sin med et kvarter om gangen. Synker søvneffektivitetsprosenten under 80%, får pasienten et kvarter mindre i sengen (Berge & Pallesen, *Søvnproblemer*, 2015, s. 327).

Stimulus kontroll

En stimulus er alt som forårsaker en respons. Pasienter kan være søvnige i det de er i ferd med å legge seg, men oppleve å være våkne i det de har lagt seg i sengen. Dette tyder på at

leggerutiner og soverommet utløser mental aktivering i stedet for å innby til avslapping, hvile og søvn. Stimuluskontroll handler om at rutinene rundt leggetid skal innby til søvn. Pasienter må på bakgrunn av dette utvikle nye søvnvaner som genererer gode muligheter for å falle i søvn, forbli i søvnen og la være å våkne tidligere enn nødvendig (Berge & Pallesen, *Søvnproblemer*, 2015, s. 325).

For å oppnå et bedre søvnmønster anbefales pasienter å begrense søvnen til de anledningene der en er søvnig, unngå å bruke soverommet til andre ting enn søvn, å slukke alt lys, ikke å se på klokken og å holde mobil og andre skjermer unna soverommet. Dersom en ikke får sove innen ca. et kvarter etter en har lagt seg anbefales det å stå opp og gå inn i et annet rom inntil en føler søvnpresset på nytt. Når en føler seg søvnig skal en legge seg i sengen og forsøke på nytt. Målet med denne rutinen er at en skal utvikle en forbindelse mellom søvn og seng. For at søvnen skal komme forutsetter det ofte mange forsøk. Når en står opp i løpet av natten forutsetter det at en ikke utsetter seg for sterke lyskilder, unngår å spise og drikke og gjerne foretar seg noe kjedelig. Oppvåkingsrutinen anses for å være like viktig som rutinene rundt innsovningen. Et viktig prinsipp er at kroppen skal etablere en fast døgnrytme. Av den grunn er det viktig å stille vekkerklokken til samme oppvåkningstid hver morgen, på tross av manglende nattesøvn (Berge & Pallesen, *Søvnproblemer*, 2015, s. 327).

Avslappingsteknikker

Pasienter med søvnvansker har ofte høy fysiologisk og kognitiv aktivering. Dette gjelder både på dagtid så vel som i innsovningsfasen. Dette bidrar til årvåkenhet og økt tankeaktivitet. På toppen av dette medfølger høy følelsesmessig aktivering. Dette skaper behov for avslappingsteknikker som progressiv muskelavspenning, meditasjon, hypnose og biofeedback (Berge & Pallesen, *Søvnproblemer*, 2015, s. 327).

En alternativ avslappingsmetode er oppmerksomt nærvær eller «mindfulness» som går ut på å akseptere vonde tanker og følelser. Oppmerksomt nærvær handler om å ønske alle tanker og følelser velkommen uten å forsøke å endre dem ved å la seg distrahere av noe annet. Ved bruk av denne metoden kan en lære å rette oppmerksomheten fullstendig mot det som foregår i øyeblikket. Slik kan en observere det som oppstår i bevisstheten uten at en lar det

gå innover seg, uten at en trenger å gjøre noe med det eller har behov for å handle på grunn av det. Oppmerksomt nærvær er, blant annet, en metode som er effektiv for å unngå å bli fanget av bekymringsfulle tanker som kan forstyrre søvnen (Berge & Pallesen, *Søvnproblemer*, 2015, s. 327).

Kognitiv kontroll

Kognitiv kontroll handler om å restrukturere tankemønstre og holdninger som vanskeliggjør søvn. Dette gjøres ved at en terapeut hjelper til med å identifisere holdninger og tanker som hindrer søvnen. Negative tanker er ofte stressrelaterte bekymringer som aktiverer nervesystemet og holder en våken. Tanker som er uforenelige med søvn kan kategoriseres som:

- *tvangspregede tanker* som «jeg må sove»
- *overdrivelser* som «hver natt med lite søvn leder til en uproduktiv dag»
- *katastrofetanker* som «søvnen ødelegger livet»
- *overgeneraliseringer* som «søvnen er alltid dårlig»
- *dikotom tenkning* som «siden jeg ikke har klart å sovne enda, blir dette en natt med dårlig søvn»
- *selektiv hukommelse* som «hver gang jeg sover dårlig, fungerer jeg dårlig neste dag»

For å omstrukturere disse tankene kan pasienten gis en innføring i sammenhengen mellom tanker, følelser, kroppslig aktivering og atferd. Pasienten har behov for veiledning for å kartlegge sine tanker, dette gjøres ved å la pasienten forestille seg situasjonen forbundet med de negative holdningene. Deretter kan pasienten få uttrykke hvilke tanker som dukker opp i detalj. Når tankene dukker opp kan en gå inn i holdningene og undersøke om de har rot i virkeligheten eller om det dreier seg om f.eks. katastrofetenkning. Etter at dette er kartlagt oppfordres pasienten til å erstatte de dysfunksjonelle tankene med mer konstruktive tankemønstre. Tankemønstrene endres fra å ha fokus på ukontrollerbare ytre faktorer til å fokusere på de indre og mer kontrollerbare faktorene. Her kommer søvnundervisningen inn med opprettelse av realistiske tanker basert på kunnskap om hvordan søvnen egentlig utarter seg. Med kognitiv kontroll utrustes pasienten med teknikker som reduserer bekymringer rundt søvn (Berge & Pallesen, *Søvnproblemer*, 2015, s. 328).

2.3 Insomnia tilknyttet psykiske lidelser

Søvnproblematikk er nært tilknyttet alle former for alvorlig psykisk sykdom. Søvnproblemer kan observeres i sammenheng med depresjon, angst, PTSD, schizofreni og bipolar lidelse, og gir store konsekvenser for pasientenes psykiske symptomer (American Sleep Association, 2016). Den amerikanske diagnosemanualen over psykiske lidelser – DSM-5 og den internasjonale diagnosemanualen – ICD-10, inkluderer insomni i diagnosekriteriene for klinisk depresjon, angst-lidelser, PTSD og rusmisbruk (American Psychiatric Association, 2019). Forskningen viser at psykisk sykdom kan trigge søvnvansker ettersom at sykdommen påvirker de samme hormoner som aktiverer våken tilstand. Dette innebærer at de samme patofysiologiske mekanismene som forårsaker psykisk sykdom også kan forårsake insomni og hypersomni (Khurshid, 2018).

Nyere forskning viser at søvnproblemer ikke kan reduseres til et symptom av psykisk sykdom. Forskning på friske individer avdekker at søvnmangel forårsaker store emosjonelle svingninger fra positive lykkefølelser, som hindrer impuls kontroll og reduserer evnen til risikovurdering, over til destruktive følelser av verdiløshet som kan trigge selvmordstanker. Dette er de samme mekanismene som ligger til grunn for psykisk sykdom. Forskningen viser at søvn reguleres av de samme områdene i hjernen som psykiske lidelser. En kan betrakte søvn og psykiske lidelser som to drivkrefter i kontinuerlig interaksjon, med konstant påvirkning på hverandre (Walker, 2017, ss. 146-150). På bakgrunn av dette kan en spørre seg om søvnproblematikk i psykiatrien kan være en underbehandlet, sentral komponent av den totale sykdomsbehandlingen.

2.4 Sykepleiefaglig rammeverk

Sykepleiere skal fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og gjenopprette helse (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Under disse samlebegrepene inngår særegne funksjonsområder som behandling, rehabilitering, undervisning og veiledning (Kristoffersen, Skaug, Grimsbø, & Nortvedt, 2016, s. 17). Samtlige av disse funksjonsområdene anses som

relevante for temaet i denne oppgaven. Store deler av oppgavens fokus ligger på behandlingsaspektet, ettersom at kognitiv atferdsterapi er en behandlingsmetode. *«Behandling retter seg mot å fjerne eller redusere pasientens problemer, og retter seg mot mennesker som har akutt eller langvarig helse- og funksjonssvikt.»* (Kristoffersen, Skaug, Grimsbø, & Nortvedt, 2016, s. 18).

Innenfor behandlingsfunksjonen inngår tverrprofesjonelt samarbeid knyttet til pasientens medisinske og psykiatriske behandling (Kristoffersen, Skaug, Grimsbø, & Nortvedt, 2016, s. 18). Tidligere ble kognitiv atferdsterapi forbeholdt individualterapeuter, med hensikt om å ivareta en nisjeordning som skulle sikre at behandlingen ikke kunne utøves av andre yrkesgrupper enn leger og psykologer. I senere tid har dette synet endret seg. Flere yrkesgrupper har sett verdien av forståelsesrammene rundt KAT i arbeid med pasienter. Teknikkene som brukes i KAT anses for å være ufarlige fordi pasienten selv deltar aktivt i egen behandling. Dette gjør behandlingen forutsigbar og gir pasienten kontroll over situasjonen. Yrkesgrupper med treårige utdannelser har i lengre tid fått et stadig større ansvar for oppfølging av behandling og rehabilitering av pasienter innenfor psykisk helsevern ved bruk av blant annet miljøterapi. Dette har ledet til en utbredelse av KAT-utdanning blant sykepleiere i løpet av de siste årene (Hallberg & Ørbeck, 2009).

Etter å ha aktualisert KAT som sykepleierintervensjon ved å trekke inn behandlingsaspektet ved sykepleie, vil jeg gi en oversikt over sammenhengen mellom bestanddelene i KAT-I knyttet opp mot sykepleiefunksjonen. KAT-I består, grovt regnet, av søvnundervisning, søvnrestriksjon, stimuluskontroll, avslappingsteknikker og kognitiv kontroll (Berge & Pallesen, *Søvnproblemer*, 2015, ss. 319-329). Jeg kommer til å trekke ut tilfeldige funksjonsområder under de ulike elementene i KAT-I behandlingen for å eksemplifisere hvordan KAT-I kan være en metode som er kompatibel med utøvelsen av sykepleie.

Søvnundervisningen får særlig utløp via sykepleierens undervisende og veiledende funksjon. Denne funksjonen gjør seg aktuell innenfor de fleste områder av sykepleieutøvelsen og dreier seg om å bidra til læring, utvikling og mestring. Sykepleierens plikt til undervisning og veiledning av pasienter og pårørende er så grunnleggende at den er nedfelt i

helsepersonelloven. Sykepleierens ansvar for undervisning og veiledning er tilknyttet pasientens behov for nødvendig kunnskap for å ivareta sin egen helse (Kristoffersen, Skaug, Grimsbø, & Nortvedt, 2016, s. 19).

Søvnrestriksjon, stimuluskontroll og kognitiv kontroll kan plasseres under flere funksjonsområder; blant annet behandling, undervisning og veiledning, forebygging og rehabilitering. Særlig aktuell, med hensyn til KAT-I, er kanskje den rehabiliterende funksjonen. Rehabilitering tilknyttes pasienter med helse- eller funksjonssvikt. Rehabiliteringen tar sikte på å tilby pasienten ny kunnskap eller opptrening i nye ferdigheter for å gjenvinne helse og mestring i hverdagen. Rehabiliterende sykepleietiltak vil rette seg mot styrking av pasientens ressurser og mot tilrettelegging av omgivelsene (Kristoffersen, Skaug, Grimsbø, & Nortvedt, 2016, s. 19).

Avslappingsteknikker faller i likhet med de øvrige KAT-I-elementene inn under de fleste funksjonsområdene. For å eksemplifisere hvordan avslappingsteknikker er i overensstemmelse med sykdomsforebygging kan denne delen av den kognitive metoden plasseres under forebygging. Forebyggende sykepleie retter seg mot friske mennesker, mot pasienter med risiko for helsesvikt og mot mennesker som er utsatt for komplikasjoner. Forebyggende tiltak deles inn i tre grupperinger: primærforebyggende tiltak, sekundærforebyggende tiltak og tertiærforebyggende tiltak. Primærforebygging dreier seg om å forhindre helsesvikt blant friske og ekstra utsatte grupper. Sekundærforebygging tar sikte på å identifisere helsesvikt eller risiko for helsesvikt på et tidlig stadium, for så å sette inn tiltak som hindrer sykdom. Tertiærforebyggende tiltak retter seg mot å hindre ytterligere komplikasjoner ved sykdom, skade eller behandling (Kristoffersen, Skaug, Grimsbø, & Nortvedt, 2016, s. 18).

De resterende funksjonsområdene innen sykepleie som er aktuelle for KAT-I behandlingen er primært helsefremming, og under visse omstendigheter lindring. Helsefremmende arbeid hjelper pasienter med iverksettelse av prosesser som innbyr til økt kontroll over og forbedring av egen helse. Dette gjøres gjennom utvikling av kunnskap og kompetanse (Kristoffersen, Skaug, Grimsbø, & Nortvedt, 2016, s. 18). Dermed kan helsefremming anses

som et område som er svært aktuelt innenfor samtlige elementer innenfor KAT-I. Lindrende sykepleie utøves på pasientgrupper som har helseproblemer som ikke kan fjernes ved behandling. Lindring er til for å redusere omfanget av sykdomsbelastninger. Et viktig mål for lindrende behandling er å fremme velvære så godt som mulig (Kristoffersen, Skaug, Grimsbø, & Nortvedt, 2016, s. 18).

3 Metode

Forskningsmetode er en systematisk fremgangsmåte som er til for å løse et vitenskapelig problem. Metoden er hensiktsmessig for å frembringe ny forskning, eller for etterprøvelse av påstander (Dalland, 2014, s. 111). Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne skriver at sykepleieforskning i all hovedsak har to formål: 1) Grunnforskning som foretas for å utvide fagets kunnskapsbase, og 2) anvendt forskning som er til for å finne løsninger på eksisterende problem. Forskningsprosjekter kan omfatte både grunnforskning og anvendt forskning, men kan ofte helle litt mer i retning av det ene formålet (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, s. 17).

I forskningen går det et metodisk skille mellom kvalitativ og kvantitativ forskning. For å skille mellom de to metodene kan en se an datamaterialet som forskningen bygger på eller problemstillingen forskningen utgår fra. Sykepleieforskningen vil ikke nødvendigvis være enten kvalitativ eller kvantitativ, noe som innebærer at forskningen kan baseres både på kvalitative eller kvantitative elementer (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, ss. 18-19). Ettersom jeg ønsker å finne svar på *hvordan* kognitiv atferdsterapi påvirker søvn blant pasienter med psykisk lidelse, ligger det i problemstillingens kjernespørsmål at kvalitative funn vil være av størst interesse for å besvare problemstillingen. På en annen side kan kvantitativ forskning være aktuell for å bekrefte eller avkrefte at de kvalitative funnene er i overensstemmelse med tilsvarende funn i større populasjoner. Kvantitativ forskning utforsker større populasjoner, med dette legges det et godt grunnlag for å generalisere funnene som fremkommer (Dalland, 2014, s. 113).

Denne oppgaven bygger på flere forskningsartikler som settes sammen for å studere samme fenomen. Disse metodene kalles systematiske oversikter eller metaanalyser. Metoden går ut på å sammenstille tidligere forskning for å sammenligne resultater og observere trender innen det aktuelle forskningsområdet. Metaanalyser tar, med dette, sikte på å vise en sikker årsakseffekt, da dette gjør funnene mer generaliserbare. (Christoffersen, Johannesen, Tufte, & Utne, 2015, s. 229). Jeg har valgt å inkludere metaanalyser i oppgaven for å forsikre meg om at den aktuelle intervensjons effekt, i størst mulig grad, kan generaliseres og overføres til praksis. En annen årsak til at jeg har valgt metaanalyser som grunnforskning er fordi jeg har valgt å bruke *psykisk lidelse* i min problemstilling. På bakgrunn av spennvidden i dette begrepet, har metaanalysen vært et godt redskap for å få oversikt over intervensjonens effekt på et bredere spekter av psykiske lidelser. Metaanalysene har gitt meg tilgang på en oversikt som denne litteraturstudien aldri ville ha vært i stand til å etablere på basis av enkeltstudier.

3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en systematisk oversikt over flere artikler som omhandler samme tema. Denne typen studie har som hensikt å gi et balansert bilde av hva forskningen forteller om en bestemt problemstilling som ofte søker svar på effektspørsmål. En litteraturstudie har et klart formål, en godt beskrevet søkestrategi, klare inklusjon- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering av de inkluderte studiene og en beskrivelse av de mest karakteristiske trekkene for alle inklusjonsstudiene (Helsebiblioteket, 2016). Litteraturstudien kan være utgangspunktet for en empirisk undersøkelse eller, ganske enkelt, være en gjennomgang av et tema. I de tilfellene litteraturstudien er en gjennomgang eller en vurdering kan oppgaven betegnes som en «literature review» (Christoffersen, Johannesen, Tufte, & Utne, 2015, s. 62).

3.2 Søksstrategi

Det innledende litteratursøket ble foretatt i løpet av høsten 2018. Dette søket baserte seg mer på tema enn på en konkret problemstilling. Etter en rekke generelle søk i oppstartsfasen fant jeg aktuell støttelitteratur for temaet. Støttelitteraturen oppdrev jeg ved å gjøre

manuelle søk etter bøker og informasjonsartikler i Oria, ved å søke på enkeltartikler i Google Scholar, ved å gjøre søk i Cinahl etter forskningsartikler og ved å benytte meg av pensumlitteraturen. Fra denne litteraturen utledet jeg et problemområde som jeg ønsket å gå nærmere inn i, og av problemområdet formulerte jeg en midlertidig problemstilling ved bruk av PICO.

PICO er et verktøy som er til for å hjelpe til med å formulere problemstillingen presist og skaper en ramme for litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen. PICO står for problem/patient (P), intervention (I), comparison (C) og outcome (O) (Kunnskapsbasert praksis, 2016). På bakgrunn av dette kom jeg frem til de søkeordene jeg ønsket å bruke i mine systematiske søk i Cinahl. Jeg foretok søkene mine på engelsk ettersom de fleste studiene på dette området er av internasjonal karakter. Søkeordene jeg brukte var: *insomnia, mental disorder/psychiatric disorder, mental illness/psychiatric illness og comorbid insomnia/mental disorder/psychiatric disorder* som beskrev problem/pasientgruppe/diagnose (P) og *Cognitive behavioural therapy for insomnia/CBT-I* som beskrev tiltak (I). Jeg brukte ikke søkeord som beskrev sammenligning (C) eller utfall (O), men jeg identifiserte disse i forskningsartiklene jeg satt igjen med etter søket. Dette ble gjort for å vurdere relevans for oppgaven jeg ville skrive. Alle elementene i PICO ble med dette aktivt tatt i bruk i søks- og vurderingsprosessen.

Jeg gjorde flere søk i Cinahl, med ulike kombinasjoner av søkeordene og gjennomgikk abstraktene for å finne ut om artiklene kunne bidra med funn som var relevante for min litteraturstudie. Videre brukte jeg helsebibliotekets sjekklister for oversiktsstudier for å kvalitetssikre forskningen som litteraturstudien bygger på og for å etablere en strukturert oversikt over hver enkelt studie (Folkehelseinstituttet, 2016). Søkeprosessen var omfattende og utfordrende ettersom flesteparten av studiene som er blitt gjort på området knytter seg til en spesiell psykisk lidelse. For å skape en bredde som var i tråd med min problemstilling var jeg, med dette, nødt til å sile ut alle enkeltstudier. Etter søkene mine i Cinahl satt jeg igjen med fem artikler som møtte mine inklusjonskriterier.

De fem artiklene jeg endte opp med er artikler som svarer til mine inklusjonskriterier. Jeg har avgrenset søkeprosessen ved kun å se etter fagfellevurdert forskning og ved å unngå å bruke forskningsartikler som er eldre enn 10 år. I de øvrige avsnittene har jeg nevnt at jeg ønsket å bruke forskningsartikler som beskriver og undersøker fenomener tilknyttet et *utvalg* av psykiske lidelser. Dette er på bakgrunn av at intervensjonen (KAT-I) kan ha ulik effekt på forskjellige psykiske lidelser. Fire til fem enkeltstudier med fokus på hver sin spesielle psykiske lidelse ville ikke ha vært dekkende nok til å gi en tilfredsstillende besvarelse på den aktuelle problemstillingen. Ettersom at hensikten med denne oppgaven er å se på *trender* i forhold til *effekt av* insomnibehandling vil kvalitative enkeltstudier være for snevre til å kunne si noe på generelt grunnlag. Jeg har på bakgrunn av dette tatt et bevisst valg om å inkludere oversiktsstudier eller metaanalyser.

3.3 Metodekritikk

Litteraturstudium er metode som belager seg på datainnsamling i form av et litteratursøk (Christoffersen, Johannesen, Tufte, & Utne, 2015, s. 62). Dersom litteratursøket ikke er tilstrekkelig godt gjennomført kan en risikere å utelukke oppdatert og relevant forskning. I mitt litteratursøk har jeg undersøkt ulike databaser, og valgt meg ut den databasen som ga det, tilsynelatende, største og mest relevante forskningsutvalget. Ettersom dette er min første litteraturstudie, kan jeg ikke utelukke at mitt søk kan ha vært utilstrekkelig i forhold til dets potensiale. Jeg ser i ettertid av litteratursøket at en grundigere dokumentasjon av denne prosessen kunne ha blitt foretatt. På en annen side er søket ganske snevert og enkelt å etterprøve ettersom alle artiklene er hentet fra samme database med de samme søkeordene.

3.4 Kildekritikk

Som tidligere nevnt har jeg hovedsakelig valgt å benytte meg av metaanalyser. I utgangspunktet er denne typen artikler nyttige for å skissere et oversiktlig bilde av et tema og for å påvise trender. Oversiktsstudier består av grundige analyser som frembringer solide og pålitelige hovedfunn (Christoffersen, Johannesen, Tufte, & Utne, 2015, ss. 229-230). På en annen side gir disse studiene lite rom for sjatteringer som i større grad fremkommer i

enkeltstudier. Det har på bakgrunn av dette vært utfordrende å trekke ut konkrete eksempler og mindre signifikante funn som, likefremt, kunne ha vært av interesse for denne litteraturstudien.

En av artiklene er en *randomized clinical trial* som samsvarer med en randomisert kontrollert undersøkelse (RCT). Denne metoden kjennetegnes ved at det måler effekt av et tiltak ved å bruke kontrollgrupper som mottar placebo, andre behandlingsalternativer eller ingen behandling. Utfordringene med denne typen studier er at sammenligningsgruppene bør være så like som mulig for at det skal unngå å påvirke resultatet. Dette gjøres ved randomisering, men dette gir ikke en fullstendig garanti for at utfallet ikke vil kunne påvirkes av interne eller eksterne faktorer som er utenfor studiens kontroll (Kunnskapsbasert praksis, 2016). En kan også kritisere denne studien for å være på grensen til utdatert ettersom den er fra 2009. Jeg har allikevel valgt å inkludere den på bakgrunn av dens relevans for min oppgave.

På bakgrunn av begrenset utbredelse av KAT-I blant sykepleiere har jeg ikke vært i stand til å finne forskning utført av sykepleiere på dette området som samsvarer med mine inklusjonskriterier. Dette innebærer at ingen av forskningsartiklene jeg har med i oppgaven baserer seg på sykepleieforskning. Ettersom jeg har til hensikt å skrive en oppgave som hovedsakelig er befestet i sykepleiefaget, kan kildene mine kritiseres for å være av lav relevans. Denne kritikken vil kunne være berettiget, men ettersom sykepleieforskningen på dette området er snever og KAT-I som sykepleieintervensjon er i en tidlig etableringsfase, var jeg ikke i stand til å finne tilstrekkelig god forskning utført av sykepleiere.

Til slutt vil jeg nevne at to av artiklene som er brukt i denne litteraturstudien mangler metodedel. Uten beskrivelse av metoden, blir studiene vanskelige å ettergå (Dalland, 2014, s. 111). Dette kan, i verste fall, gi grunn til å problematisere forskningens pålitelighet. Jeg var usikker på hvorvidt jeg skulle inkludere denne forskningen, men bestemte meg for å ta den med ettersom begge studiene er kvalitetssikret ved fagfelleevaluering og bygger på kvalitetssikrede kilder, i tillegg til at metoden er nevnt i overskriftene.

4 Funn

Artikkel 1:

Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions: a meta analysis.

Forfattere: Wu, J. Q., Appelman, E. R., Salazar, R. D. & Ong, J. C. (2015).

Hensikt: Hensikten med denne studien er å undersøke effektivitet av KAT-I av pasienter med komorbid psykisk eller medisinsk sykdom. Studien ønsker å se nærmere på (1) reduksjon av søvnproblemer, (2) selvrapportert søvneffektivitet, innsovningstid, oppvåkninger, søvntid og subjektiv søvnkvalitet. I tillegg til (3) effekt på komorbide symptomer.

Metode: Studien baserer seg på et litteratursøk. Etter litteratursøket var gjort, ble forskningen valgt ut på bakgrunn av et sett inklusjons- og eksklusjons-kriterier. Resultatet av søket ble at 37 forskningsartikler ble inkludert i studien. Dette gjør denne studien til en litteraturstudie av typen meta-analyse.

Resultat: Et av de viktigste funnene i denne forskningen er at 36% av pasienter som mottok KAT-I hadde en reduksjon av insomni, sammenlignet med en reduksjon på 16,9% blant kontrollgrupper som mottok andre behandlingsalternativer. Alle søvnparametre, bortsett fra søvnlengde, viser moderat til signifikant forbedring fra før til etter behandling med KAT-I. Blant pasienter med psykiske lidelser ble det registrert en forbedring i humør og daglig fungering. Forskningen avslørte at behandling av insomni ga en betydelig reduksjon av psykiske plager.

Konklusjon: Studien konkluderer med at (1) KAT-I er en effektiv behandling av insomni ettersom den reduserer insomnisymptomer, (2) og forbedret søvnparametrene for pasienter med komorbid insomni. (3) Det ble observert en positiv effekt i forhold til komorbide lidelser. Behandlingen viste stor effekt på symptomer ved komorbide psykiske lidelser og mindre effekt på symptomer ved komorbide medisinske sykdommer. Forskerne legger vekt

på at de ser et behov for utvidede og mer intrikate studier for å spisse funnene og øke kvaliteten på denne forskningen.

Artikkel 2:

Cognitive-behavioral therapy for the management of insomnia comorbid with mental disorders.

Forfattere: Sánchez-Ortuño, M. M. & Edinger J. D. (2012).

Hensikt: Forskernes hensikt med denne studien er å skape en oversikt over hvorvidt kognitiv atferdsterapi rettet mot insomni kan behandle søvnvansker blant pasienter med psykiske lidelser. Videre søker denne studien svar på om vellykket behandling kan gi positive utslag i psykisk helse ved å utforske dynamikken mellom insomni og psykiske lidelser.

Metode: Studien baserer seg på sammenligning av funn fra tidligere forskning og er i dette henseende en systematisk oversikt eller en litteraturstudie. Forskerne av studien har fokusert på et utvalg bestående av 65 litteraturkilder, hovedsakelig forskningsartikler, forskningsrapporter og diagnoseveiledere. Utover dette beskrives det ikke noen metode i forskningsartikkelen.

Resultat: Av studien fremgår det at bruk av KAT-I blant pasienter med depressiv lidelse reduserte insomni. I tillegg ble det observert en reduksjon i depressive symptomer. Tilbaketrekningen av de depressive symptomene var så omfattende at søvnbehandlingen kunne anses for å være dobbelt så effektiv som medikamentell behandling rettet mot depresjon. Forskning viser at KAT-I kan gi tilbaketreking av insomni blant pasienter med PTSD så lenge pasientene gjennomgår repetisjonsterapi i tillegg. Kombinasjonen av disse behandlingene har gitt de beste resultatene i behandling av både PTSD og komorbid insomni. Bruk av KAT-I blant pasienter med psykoselidelser viste seg å gi positive utfall både for søvnvanskene, paranoia og psykotiske symptomer. Forskningen viste at insomni var en trigger for paranoide tanker. Studien påviser hypotesen om at behandling av insomni

reduserer psykiske episoder ved å redusere søvnrelaterte triggere for psykisk sykdom (søvnløshet, redusert daglig fungeringsevne, sårbarhet for stress og psykiske symptomer).

Konklusjon: Behandlingen av komorbid insomni ved psykiske lidelser burde, ifølge studien, ta sikte på å behandle insomni kombinert med anbefalt, medisinsk eller terapeutisk, behandling av den psykiske lidelsen. Studien etterlyser mer forskning i form av meta-analyser som tar for seg graden av effekt KAT-I kan ha på komorbide psykiske tilstander. Dette vil kunne avsløre i hvilken grad effekten av KAT-I avhenger av den psykiske lidelsen. Ytterligere forskning krevers også for å vurdere den konkrete effekten insomni-behandling har på komorbid psykisk sykdom.

Artikkel 3:

Treating insomnia in patients with comorbid psychiatric disorders: a focused review

Forfattere: Garland, S. N., Vargas, I., Grandner, M. A. & Perlis, M. L. (2018)

Hensikt: Forfatterne av studien ønsker å undersøke hva litteraturen sier om (1) forholdet mellom insomni og psykisk helse, (2) offisielle retningslinjer og behandlingsanbefalinger for insomni, (3) kognitiv atferdsterapi for insomni, (4) bevis for virkningen av KAT-I av insomni relatert til depresjon, angst, PTSD, bipolarlidelse og psykoselidelser, i tillegg ønsker studien å (5) kartlegge behov og muligheter for undervisning og trening innenfor dette feltet.

Metode: Denne studien mangler metodedel, men ut fra oppgavens oppbygning tyder det på at den er en litteraturstudie basert på 108 artikler. Studien søker svar på fem tydelig uthevede fokusområder som litteraturen skal gi et tilfredsstillende svar på.

Resultat: I forhold til klinisk depresjon sier forskningen at KAT-I er et reelt alternativ til antidepressiva ettersom det gir like gode resultater i forhold til å redusere depressive symptomer. I tillegg ga søvnbehandling en reduksjon av søvnproblemer, noe som betyr at KAT-I er et godt alternativ til pasienter som ønsker et ikke-medisinsk alternativ. Forskningen viser at KAT-I gir pasienter med depressiv-lidelse bedre livskvalitet, i tillegg til å være en mer

kostnadseffektiv behandling sammenlignet med det medisinske alternativer. I henhold til angstlidelsene har KAT-I vist seg å være like effektiv som ved depresjon. Funn viser at mange av de nevrologiske mekanismene som sees i pasienter med angstlidelse også kan sees i pasienter med insomni. På bakgrunn av dette spekuleres det i om angst og insomni er to ulike kliniske uttrykk for samme problem, nemlig stress. Blant pasienter med bipolar lidelse ble KAT-I rapportert å ha god effekt på den subjektive opplevelsen av søvn, i tillegg til at behandlingen ga færre maniske tilbakefall. KAT-I har gitt pasienter med psykoselidelse en reduksjon i hallusinasjoner. I forhold til søvnen til denne pasientgruppen ble det observert at over halvparten ikke lenger kvalifiserte for diagnosekriteriene til insomni etter behandlingene med KAT-I. I kontrollgruppen ble, til sammenligning, kun 4% kvitt søvnevanskene ved hjelp av standardisert behandling.

Konklusjon: Studien peker på at søvn har stor innvirkning på fysisk og psykisk helse, noe som gjør insomni til et alvorlig folkehelseproblem. Insomni øker risikoen for, og alvorlighetsgraden av en rekke psykiske sykdommer, i tillegg til å ha en negativ innvirkning på tilfriskning fra psykisk sykdom. KAT-I har vist seg effektiv i behandling av pasienter med psykiske lidelser og komorbid insomni. Denne forskningen trekker frem at KAT-I har stort potensiale og er underutnyttet i behandling av denne pasientgruppen. Studien konkluderer med at det er behov for økt oppmerksomhet og bevissthet rundt viktigheten av insomni-behandling. Videre blir det foreslått at atferdsbehandling av søvnevansker i større grad bør inkorporeres i lege- og psykologutdanningene, i tillegg til at erfarne behandlere underviser og gjør behandlingen mer tilgjengelig for annet helsepersonell.

Artikkel 4:

Cognitive behavioral therapy for patients with primary insomnia or insomnia associated predominantly with mixed psychiatric disorders: a randomized clinical trial

Forfattere: Edinger, J. D., Olsen, M.K., Stechuchak, K. M., Means, M. K., Lineberger, M.D, Kirby, A. & Carney C. E. (2009).

Hensikt: Studiens hensikt var å evaluere effekten av kognitiv atferdsterapi sammenlignet med kun fikk undervisning i søvnhyggiene for å behandle søvnproblemer blant pasienter med primær og komorbid insomni.

Metode: Studien baserer seg på en randomisert klinisk undersøkelse av 81 voksne deltakere med primær insomni (40 individer) eller komorbid insomni (41 individer). Hovedsakelig insomni komorbid med psykiske lidelser. Pasientene, som ble screenet ved bruk av strukturerte intervjuer og polysomnografi, ble tilfeldig tildelt kognitiv atferdsterapi (20 individer med primær insomnia og 21 individer med komorbid insomnia) eller søvnundervisning (20 individer med primær insomnia og 20 individer med komorbid insomnia). Behandlingen bestod av fire behandlinger over åtte uker, med oppfølging etter seks mnd.

Resultat: Av funnene i studien går det frem at KAT-I ga bedre resultater enn søvnundervisningen både blant pasienter med primær og komorbid insomni. Etter fire KAT behandlinger fanget studien opp at både individer med primær og komorbid insomni hadde, omtrent, den samme positive effekten innenfor de fleste søvnområdene som ble evaluert. Den eneste variabelen der det fremgikk at pasienter med primær insomni hadde størst fordel av behandlingen, var i henhold til subjektene evne til å opprettholde normal søvnkvalitet i etterkant av de fire behandlingene.

Konklusjon: Studien konkluderer med at KAT-I er en mer effektiv og langvarig behandling enn søvnundervisning. Dette gjaldt både for pasienter med primær insomni og blant pasienter med insomni komorbid med psykisk lidelse. Blant studiens svakheter nevnes det at pasienter med komorbid sykdom hovedsakelig bestod av pasienter med depresjon og PTSD, dette innebærer at funnene ikke nødvendigvis gjør seg gjeldende blant pasienter med andre komorbide sykdommer. På tross av studiens begrensninger konkluderes det med at behandlingen, som i hovedsak er utviklet for individer med primær insomni, kan gi noen av de samme fordelene for pasienter med komorbid psykisk sykdom.

Artikkel 5:

Cognitive and behavioural therapy for insomnia (CBT-I) in psychiatric populations: A systematic review.

Forfattere: Taylor, D. J. & Pruiksma, K. E. (2014)

Hensikt: Denne studiens primære hensikt er å undersøke effekten av kognitiv atferdsterapi for insomni blant pasienter med komorbide psykiske lidelser. Sekundært ønsker studien å evaluere effekten av KAT-I i forhold til psykiske symptomer blant pasienter med eller uten psykiske diagnoser. Det opplyses om at denne studien er en oppfølger til en studie fra 2005 som i tillegg inkluderte medisinske sykdommer.

Metode: Dette er en litteraturstudie som baserer seg på et litteratursøk fra 12. februar, 2014. Forskernes intensjon med dette søket var å fange et bredt spekter av randomiserte kliniske forsøk med hensikt å behandle insomni i psykiatriske populasjoner. Forskningen som ble inkludert i studien var forskning basert på størst antall studier, som i tillegg tok i bruk de mest omfattende søvnregistreringsverktøyene.

Resultat: Resultatene viser at KAT-I er en effektiv behandling for pasienter med komorbid psykisk sykdom. Funnene viser ingen kontraindikasjoner mot bruk av KAT-I på denne pasientgruppen. Pasientenes egne opplevelser av behandlingen var at søvnen ble mer sammenhengende og effektiv, dette var i tråd med resultater fra andre studier som viste at søvneffektiviteten økte etter behandling med KAT-I. I tillegg viser forskningen at KAT-I gir en signifikant bedring i depresjon- og angstsymptomer. Funnene antyder også at KAT-I ga en bedring i PTSD-symptomer og forbedret søvnkvalitet til pasienter med PTSD.

Konklusjon: Artikkelen konkluderer med at KAT-I er et nyttig behandlingsalternativ for pasienter med komorbide psykiske lidelser. På bakgrunn av dette argumenterer studien for økt bruk av KAT-I i klinisk behandling av pasienter med komorbid depresjon, angst og PTSD.

5 Drøfting

I drøftingskapittelet vil jeg belyse oppgavens problemstilling ved hjelp av teori fra kapittel 2 og funn i forskningsartiklene i kapittel 4.

Problemstilling:

«Hvordan kan kognitiv atferdsterapi for insomni påvirke helsen til pasienter med psykisk lidelse?»

For å besvare problemstillingen har jeg strukturert drøftingen etter de fire sentrale punktene som jeg skisserte i oppgavens innledning.

5.1 Hvordan fungerer søvnfremmende tiltak blant pasienter med psykisk lidelse?

I artikkel én hevdes det at KAT-I kan ansees som en effektiv behandlingsmetode ettersom den først og fremst reduserte insomnisymptomer og forbedret målbare søvnparametre blant pasientene som mottok KAT-I. Denne forskningen viser at KAT-I er mer effektiv enn ren søvnundervisning (Wu, Appleman, Salazar, & Ong, 2015). Det fremgår av forskningen at individer med primær og komorbid insomni hadde, omtrent, den samme positive effekten av KAT-I (Edinger, et al., 2009). Dette innebærer at KAT-I som søvnfremmende tiltak fungerer godt blant pasienter med psykiske lidelser.

KAT-I er ment som en søvnbehandling og setter av den grunn krav til komplementærbehandling av komorbid psykisk lidelse (Sánchez-Ortuño & Edinger, 2012). Aktualiteten til denne behandlingsmetoden må trolig ses i sammenheng med komorbiditetens alvorlighetsgrad for at pasienten skal være mottakelig for insomnibehandlingen som tilbys. Garland, Vargas, Grandner og Perlis skriver at effekten av KAT-I i tilknytning til bipolar-lidelse var noe lavere enn ved andre psykiske lidelser. Symptombildet til pasienter med bipolar-lidelse tilknyttet komplekse mønstre av søvnarytmier og humørsvingninger. På bakgrunn av dette anbefales det at pasienter med bipolar-lidelse imøtekommes med aktsomhet i forhold til behandling med KAT-I (Garland, Vargas, Grandner, & Perlis, 2018). Dette eksemplifiserer at ikke alle pasientgrupper er

modne for KAT-I. På en annen side ble KAT-I rapportert å ha god effekt på den subjektive opplevelsen av søvn blant pasienter med bipolar-lidelse (Garland, Vargas, Grandner, & Perlis, 2018). Dette tyder på at pasientene, i det minste, opplevde en positiv virkning av KAT-I, på tross av at denne gruppen scorete lavest i forhold til effekt. Funnene i studien utført av Taylor og Pruiksma viser ingen kontraindikasjoner mot bruk av KAT-I på pasienter med psykisk sykdom (Taylor & Pruiksma, 2014). Dette motstrider til en viss grad de øvrige anbefalingene fra Garland, Vargas, Grandner og Perlis. Noe som kan ses i sammenheng med kompleksiteten av komorbid behandling av insomni blant denne pasientgruppen. Holsten, Pallesen og Sivertsen oppfordrer til bruk av lettere tillempling av behandlingsprinsippene i oppstarten av KAT-I-behandlingen av pasienter med tung depresjon, psykoselidelser eller alvorlige bipolare svingninger (Holsten, Pallesen, & Sivertsen, 2011).

Totalt sett viser de fem forskningsartiklene at KAT-I virker søvnfremmende på pasienter med komorbide psykiske lidelser. Garland, Vargas, Grandner og Perlis påpeker at søvn har stor innvirkning på både fysisk og psykisk sykdom (Garland, Vargas, Grandner, & Perlis, 2018). Dette kan støttes opp av søvn teori som viser til at de samme områdene i hjernen som knyttes til søvn og årvåkenhet, stimuleres av hormoner som utløses av psykiske lidelser. Det vil si at de samme patofysiologiske mekanismene som forårsaker psykisk sykdom, kan forårsake søvnforstyrrelser (Khurshid, 2018). En annen sammenheng mellom psykisk sykdom og søvnvansker tilknyttes en observert tendens blant pasienter med psykiske lidelser. Felles for mange i denne pasientgruppen er nemlig at de forsøker å slippe bort fra ubehaget og de psykiske vanskene ved å sove. Dette får konsekvenser for den homøostatiske faktoren som gir lav søvneffektivitet, døgnrytmeforstyrrelser og insomni (Holsten, Pallesen, & Sivertsen, 2011). En kan på bakgrunn av dette tenke seg at søvnrestriksjon kan forbedre situasjonen til flere pasienter innenfor denne gruppen. Undervisning i søvn og søvnhygiene kan bidra til at pasienter får økt kunnskap. Kognitivkontroll, stimuluskontroll og avslappingsteknikker kan gi flere ressurser som forutsetter økt søvnkvalitet.

5.2 Kan et økt fokus på søvnvansker redusere psykiske plager?

Forskningen utført av Wu, Appleman, Salazar og Ong påviser at KAT-I er en effektiv metode for å bli kvitt søvnevansker både blant pasienter med psykiske og medisinske lidelser. I tillegg fremgår det av denne forskningen at KAT-I har positiv effekt på de komorbide psykiske lidelsene (Wu, Appleman, Salazar, & Ong, 2015). Dette er gjennomgående for forskningen på dette temaet, og kan ses i ulik grad innenfor de ulike psykiske lidelsene.

Mye tyder altså på at KAT-I har effekt på de komorbide psykiske lidelsene i tillegg til å ha forbedre søvn. Dette er i tråd med den teorien forskningen har frembrakt om søvn og psykiske lidelser. Sánchez-Ortuño og Edinger mener at tidligere forskning legger til grunn at KAT-I er en svært effektiv behandling av depresjon i tillegg til søvn. Funnene viser at tilbaketrekningen av de depressive symptomene var så omfattende at søvnbehandlingen kunne anses for å være dobbelt så effektiv som medikamentell behandling rettet mot depresjon (Sánchez-Ortuño & Edinger, 2012). Søvn teorien sier at søvn og depresjon står i nær tilknytning til hverandre. I følge en nevrovitenskapelig rapport har så mange som drøye 90 prosent av pasienter med klinisk depresjon komorbid insomni. I tillegg ses en sammenheng mellom insomni og økt sannsynlighet for utvikling av depresjon (Khurshid, 2018). Det antydes at individer med insomni har en dobbelt så stor risiko for å utvikle depresjon (Garland, Vargas, Grandner, & Perlis, 2018). Dette bekrefter de grunnleggende oppfattelsene om at søvn og depresjon står i nær tilknytning til hverandre. Videre stadfester det at behandlingen av insomni blant denne pasientgruppen kan gi positive resultater for både insomni og depresjon. All forskningen jeg har funnet omhandlende temaet KAT-I og depresjon har vist lovende resultater for depresjonsbehandling i tillegg til behandling av insomni.

Analysen utført av Garland, Vargas, Grandner og Perlis viser at KAT-I er en tilsvarende effektiv behandlingsmetode av angstlidelser. Funn viser at mange av de nevrologiske mekanismene som sees i pasienter med angstlidelse også kan sees i pasienter med insomni. På bakgrunn av dette spekuleres det i om angst og insomni er to ulike kliniske uttrykk for stress (Garland, Vargas, Grandner, & Perlis, 2018). Avslappingsteknikkene i KAT-I er, i stor grad, konstruert for å ta sikte på stress i tilknytning til søvn. KAT-I gir pasienter de resursene som behøves for å utøve stressmestring ved avslappingsteknikker og kognitiv kontroll (Berge

& Pallesen, Søvnproblemer, 2015, ss. 327-328). På bakgrunn av dette kan det være fristende å tenke at denne hypotesen om insomni og angst kan være verdt å utforske. Litteraturen sier at pasienter med angstlidelse, alltid, bør utredes for insomni (Khurshid, 2018). Dette sier noe om sammenhengen mellom de øvrige tilstandene. Dersom insomni og angst er to ulike uttrykk for samme problem, vil trolig behandlingen av den ene tilstanden forbedre den andre. Om stress er årsaken til begge problemene vil kognitiv atferdsterapi trolig kunne benyttes både som insomnibehandling og som angstbehandling, ettersom KAT er konstruert for å distribuere pasienter med de nødvendige redskapene for håndtering av ytre og indre påkjenninger (Berge & Repål, Introduksjon til kognitiv terapi, 2015, ss. 19-20).

Som nevnt tidligere, er det usikkerhet tilknyttet effekten av KAT-I på pasienter med komorbid bipolar lidelse. KAT-I ble rapportert å ha god effekt på den subjektive opplevelsen av søvn, i tillegg til at behandlingen ga færre maniske tilbakefall. Allikevel var dette den pasientgruppen som viste seg å ha lavest effekt av KAT-I (Garland, Vargas, Grandner, & Perlis, 2018). Jeg har allerede spekulert i om dette kan skyldes de turbulente svingningene i humør og følelser som denne pasientgruppen opplever, i relasjon til de hormonelle stressorene som påvirker søvnen. Det foreslås også at pasienter med bipolar lidelse behandles med hensyn til symptomenes alvorlighetsgrad (Holsten, Pallesen, & Sivertsen, 2011). Walker skriver i sin doktorgradsavhandling at søvnmangel gir tilløp til irrasjonelle emosjonelle svingninger som hindrer emosjonell stabilitet. Etter lengre perioder uten søvn utvikles et svart/hvitt repertoar av følelser som kan sammenlignes med mani og depresjon. Dette henger sammen med søvnens påvirkning på hjernens følelsescenter (amygdala) og hjernens område for impuls kontroll (frontallappen). Ved en god natts søvn holder disse områdene i hjernen hverandre i sjakk, uten tilstrekkelig med søvn reduseres evnen til å styre følelsene våre (Walker, 2017, ss. 146-152). På bakgrunn ses en nær tilknytning mellom søvn og bipolar lidelse. Som nevnt anbefaler forskningen at det utvises aktsomhet i behandlingen av disse pasientene (Garland, Vargas, Grandner, & Perlis, 2018). Dette kan ses i sammenheng med kunnskap om at søvnrestriksjon blant denne pasientgruppen kan utløse maniske perioder (Walker, 2017, s. 150). Årsaken bak den omdiskuterte bruken av KAT-I på denne pasientgruppen kan altså anses for være forårsaket av at disse pasientene er sårbare for forverring av sin psykiske sykdom dersom behandlingen ikke tilpasses. Dette tolker jeg

som at KAT-I kan være en god, til og med, revolusjonerende behandling for denne pasientgruppen dersom den foretas på riktig måte.

Insomnia har åpenbare paralleller til pasienter med psykoselidelser. Søvnløshet er gjennomgående for samtlige av fasene i en psykose og er et av kardinalsymptomene for denne tilstanden (Khurshid, 2018). En av faktorene som spiller inn i sykdomsbildet er angst for vrangforestillinger noe som trigger stressreaksjoner som hemmer søvn (Holsten, Pallesen, & Sivertsen, 2011). Behandlingen for psykoselidelser er hovedsaklig medikamentell per dags dato, men utvikling av KAT-I til denne pasientgruppen er under arbeid. Tidlig forskning har allerede avdekket at KAT-I har gitt pasienter med psykoselidelser en reduksjon i hallusinasjoner (Garland, Vargas, Grandner, & Perlis, 2018). Dette antyder at KAT-I også har påvirkning på psykoselidelser ved riktig behandling.

I den spede begynnelsen av forskning på PTSD, ble atferdsterapien anvendt som metode for å redusere traumer (Martinsen, Falkum, Haavet, & Røssberg, 2016, s. 13). Av dagens forskning antyder funnene at KAT-I ga en bedring i PTSD-symptomer og forbedret søvnkvalitet til pasienter med PTSD (Taylor & Pruiksma, 2014). Forskning viser at KAT-I kan gi tilbaketreking av insomni blant pasienter med PTSD så lenge pasientene gjennomgår repetisjonsterapi i tillegg. Kombinasjonen av disse behandlingene har gitt de beste resultatene i behandling av både PTSD og komorbid insomni (Sánchez-Ortuño & Edinger, 2012). Av dette kan det antas at søvnvanskene til denne pasientgruppen kan være utløst av mareritt og angstfylte traumer, noe som forklarer behovet for komplementærbehandling.

Det fremgår av dette at et økt fokus på søvnvansker absolutt kan redusere psykiske plager. Med forbehold om at det benyttes kombinasjonsbehandlinger som tar sikte på komorbide psykiske lidelser.

5.3 Kan behandling av insomni forebygge nye psykiske episoder?

Sánchez-Ortuño & Edinger mener å påvise hypotesen om at behandling av insomni reduserer psykiske episoder ved å redusere søvnrelaterte triggere for psykisk sykdom. Disse triggerne listes opp som: søvnløshet, redusert daglig fungeringsevne, sårbarhet for stress og

psykiske symptomer (Sánchez-Ortuño & Edinger, 2012). Psykisk helse anses for å være betinget av evnen til å vise motstand mot indre og ytre påvirkningsfaktorer, som kan karakteriseres som stress (Renolen, 2015, ss. 154-158). Uten redskaper for håndtering av stressmekanismer vil oppnåelse av god psykisk helse være utfordrende. På bakgrunn av det vi vet om KAT-I åpenbarer denne metoden seg som aktuell for tilegnelse av ressurser som bidrar til mestring av stress. KAT-I har hovedfokuset sitt på insomnibehandling, men ettersom insomni som regel er utløst av en bakenforliggende årsak, kan KAT-I anses for å være en effektiv metode for hverdagsmestring. Dette er i overensstemmelse med kunnskap om søvn og psykiske lidelser. Holsten, Pallesen og Sivertsen viser til søvnteori som bekrefter at søvnvansker oppstår før den psykiske lidelsen (Holsten, Pallesen, & Sivertsen, 2011). Ubehandlete søvnproblemer vil vanligvis ikke forårsake forbedret søvn. Dermed vil søvnproblemene, trolig, kunne utløse risikofaktorer for fremtidige psykiske tilbakefall. All forskningen jeg har funnet tilsier at behandling av insomni kan forebygge nye psykiske episoder. En kan på en annen side ikke forvente at insomnibehandling kan gi garanti mot psykisk sykdom.

5.4 Hva skyldes lav utnyttelse av KAT-I innenfor psykisk helsevern?

På tross av at KAT-I viser positive resultater for både søvn og psykisk helse, er denne metoden underutnyttet innenfor psykisk helsevern per dags dato. Insomni øker risikoen for, og alvorlighetsgraden av en rekke psykiske sykdommer, i tillegg til å ha en negativ innvirkning på tilfriskning fra psykisk sykdom (Garland, Vargas, Grandner, & Perlis, 2018). Dette burde tale for KAT-I som en aktuell metode med stort potensiale for pasienter med psykiske lidelser og søvnvansker. Det argumenteres for at den lave utnyttelsen kan skyldes manglende kunnskap om KAT-I og fordelene ved denne metoden. Dersom dette er i overensstemmelse med virkeligheten vil vi trolig se en økning av denne behandlingsformen i fremtiden. Det foreslås at flere sosialarbeidere og sykepleiere får trening og opplæring i KAT-I-metoden, for å øke behandlingsmulighetene (Garland, Vargas, Grandner, & Perlis, 2018). Jeg har vært innom KAT-I-opplæring av sykepleiere ved tidligere anledninger i denne oppgaven, og kan ikke unngå å anse dette som en reell mulighet. Dette kan ses i forhold til sykepleierens grunnleggende funksjoner.

Det kan påstås at kognitiv atferdsterapi rettet mot insomni dekker visse funksjonsområder som helsefremming, sykdomsforebygging, behandling, rehabilitering, undervisning og veiledning. Dette kan ses i lys av elementene som KAT-I er bygget opp av. Behandlingen endrer som nevnt tanker og atferd som *fremmer helse og forebygger sykdom*. Utøvelse av KAT-I, i sin helhet, kan betraktes som *behandling*. Den endrede mentaliteten som er resultatet av behandlingen kan anses for å være *rehabilitering*. Videre ligger det i ordets forstand at søvnhygieneundervisningen og annen aktuell undervisning kan anskues som *veilednings- og undervisningskomponenten*. På denne bakgrunnen vil jeg argumentere for at KAT-I inneholder elementer som kan knyttes opp mot sykepleieutøvelsen.

6 Konklusjon

All forskning tilsier at KAT-I er en ideell behandlingsmetode for insomni for pasienter med og uten komorbide lidelser. Den positive effekten som insomnibehandlingen har på de komorbide psykiske lidelsene er blant de mest revolusjonerende funnene innenfor dette forskningsområdet. Vellykket insomnibehandling gir en reduksjon i tilbakefall av nye psykiske episoder. Dette taler for at metodene og teknikkene i KAT-I er bærekraftige ressurser som pasientene kan få nytte av i et livslangt forløp. I en ideell fremtid kan tilbudet utvides blant pasienter med psykiske lidelser, men det foreligger noe uenighet om fremgangsmåten. Det foreslås en rekke spennende metoder for kombinasjonsbehandling av komorbid insomni, men behandlingene avhenger av ytterligere forskning. For innføring av KAT-I i psykiatrihelsetjenesten, kreves økt kunnskap og utvidede undervisningsmuligheter på tvers av de helsefaglige profesjonsgruppene.

Bibliografi

- American Academy of Sleep Medicine. (u.d.). *Cognitive Behavioral Therapy*. Hentet Mars 2019 fra [sleepeducation.org](http://sleepeducation.org/treatment-therapy/cognitive-behavioral-therapy/overview): <http://sleepeducation.org/treatment-therapy/cognitive-behavioral-therapy/overview>
- American Psychiatric Association. (2019, April 20). *Updates to DSM-5 Criteria, text and ICD-10 codes*. Hentet fra psychiatry.org: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/updates-to-dsm-5>
- American Sleep Association. (2016, November 15). *What is sleep? Why is it needed?* Hentet Mars 2019 fra sleepassociation.org: <https://www.sleepassociation.org/about-sleep/what-is-sleep/>
- Bastøe, L. K., & Frantsen, A.-M. (2016). Behovet for søvn og hvile. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende Sykepleie - Bind 2* (ss. 347-367). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T., & Pallesen, S. (2015). Søvnproblemer. I T. Berge, & A. Repål, *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg., ss. 319-332). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T., & Repål, A. (2015). Introduksjon til kognitiv terapi. I T. Berge, & A. Repål, *Håndbok i kognitiv terapi* (ss. 19-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christoffersen, L., Johannesen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag .
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Edinger, J. D., Olsen, M. K., Stechuchak, K. M., Means, M. K., Lineberger, M. D., Kirby, A., & Carney, C. E. (2009, Januar 1). Cognitive behavioral therapy for patients with primary insomnia or insomnia associated predominantly with mixed psychiatric disorders: a randomized clinical trial. *Sleep*, ss. 499-510.
- Folkehelseinstituttet . (2018, November 29). *Søvnvansker (insomni)*. Hentet fra fhi.no: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/sovnvansker-folkehelse rapporten/#konsekvenser-og-utfordringer>
- Folkehelseinstituttet. (2016, Juni 3). *Sjekklister*. Hentet fra helsebiblioteket.no: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Garland, S. N., Vargas, I., Grandner, M. A., & Perlis, M. L. (2018, Mai 1). Treating insomnia in patients with comorbid psychiatric disorders: A focused review. *Canadian psychological association*, ss. 176-186.
- Hallberg, M., & Ørbeck, A. L. (2009, April 21). *Kognitiv terapi gir gode resultater*. Hentet fra [Sykepleien.no](http://sykepleien.no): <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/kognitiv-terapi-gir-gode-resultater>
- Holsten, F., Pallesen, S., & Sivertsen, B. (2011, April 8). Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser. *Tidsskriftet - Den Norske Legeforening*, ss. 688-691.
- Khurshid, K. A. (2018, Mars-April). Comorbid Insomnia and Psychiatric Disorders: An Update. *Innovations In Clinical Neuroscience*(3-4), 28-32.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende Sykepleie - Bind 1* (Vol. 3. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Grimsbø, G. H., & Nortvedt, F. (2016). Hva er sykepleie? - sykepleie fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H.

- Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie - Sykepleie - fag og funksjon* (ss. 15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Kunnskapsbasert praksis. (2016, Juni 3). *PICO*. Hentet fra Helsebiblioteket.no: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Kunnskapsbasert praksis. (2016, juni 7). *Randomisert kontrollert undersøkelse - RCT*. Hentet fra helsebiblioteket.no: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/rct>
- Larsen, T. (2014). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik , & T. Larsen, *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (ss. 45-56). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Martinsen, E. W., Falkum, E., Haavet, O. R., & Røssberg, J. I. (2016). *ABC i kognitiv terapi - startbok for helsearbeidere*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A., & Tones, K. (2014). Helsefremmende arbeid - ideologier og begreper. I Å. Gammersvik, & T. Larsen, *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (ss. 23-44). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Norsk Forening for Kognitiv Terapi. (u.d.). *Søvnproblemer*. Hentet April 2019 fra [kognitiv.no](https://www.kognitiv.no/psykiske-lidelser/ulike-typer/sovnproblemer/): <https://www.kognitiv.no/psykiske-lidelser/ulike-typer/sovnproblemer/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011, November 1). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra [nsf.no](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf): https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sánchez-Ortuño, M. M., & Edinger, J. D. (2012, August 5). Cognitive-behavioral therapy for the management of insomnia comorbid with mental disorders . *Current psychiatry reports*, ss. 519-528.
- Stoltenberg, C. (2014). *Folkehelse rapporten 2014 - Helsetilstanden i Norge*. Nasjonalt folkehelseinstitutt . Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Taylor, D. J., & Pruiksma, K. E. (2014, April 1). Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) in psychiatric populations: a systematic review. *International review of psychiatry*, ss. 205-213.
- Walker, M. (2017). *Why We Sleep*. New York: Scribner.
- Winther, B., & Repål, A. (2015). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I T. Berge, & A. Repål, *Håndbok i kognitiv terapi* (ss. 59-70). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wu, J. Q., Appleman, E. R., Salazar, R. D., & Ong, J. C. (2015, Juli 6). Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions - a meta analysis. *Jama international medicine*, ss. 1461-1472.