



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	03-05-2023 12:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	12-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	335
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	8000
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	105
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Psykose og søvn: Et essay om å finne ro i uro

To Find Ease in the Disease: An Essay on Sleep in Psychosis

**Kandidatnummer: 335**

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Antall ord: 8000

12.05.2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

## Forord

Etter tre år preget av pandemi, digitale møter og svært varierte praksisperioder, ligger det nå utrolig mange ulike muligheter foran mine føtter. Hva skal jeg velge? Hvor skal jeg begynne? Muligheten til en stilling på sykehus ved akuttmottak, kirurgiske eller medisinske avdelinger, enten poliklinisk eller på døgnavdeling. På sykehjem, i hjemmesykepleien eller på bo- og rehabiliteringssentre. Innenfor psykisk helsevern ved sykehus eller distriktpspsykiatriske sentre innenfor dagbehandling, døgnavdeling eller ambulante tjenester. På helsestasjoner eller i skolehelsetjenesten. Eller kanskje videreutdanning innenfor sykepleie, noe som kan gi enda flere muligheter.

Utvalget av steder jeg kan fortsette sykepleieferden videre er endeløs, men det å vite at vi som sykepleiere har samme mål hvor enn vi befinner oss er betryggende. Å møte våre medmennesker på en respektfull, omsorgsfull og verdig måte. Å behandle og forebygge sykdom. Å fremme og styrke våre medmenneskers egne ressurser til å håndtere de utfordringene livet byr på. Å se hele menneske fremfor oss. På vei til å bli sykepleier har omfanget av dette både overveldet og gledet meg. Våre komplekse menneskekropper, dens anatomi og fysiologi, dens arv og miljø, dens grunnleggende behov, dens somatiske og psykiske lidelser. Ikke minst, våre unike livsverdener og innvirkningen helseplager og utfordringer har på vår livsutfoldelse, og vår rolle som sykepleiere i det helhetlige bildet.

Å velge hva jeg skulle ha som tema til hovedoppgaven var derfor ikke lett, da det er et så vidt fagfelt vi jobber innen. Jeg landet til slutt på en gren i fagfeltet vårt hvor jeg følte meg mest på hjemmebane. Innenfor psykiatriens rammer og psykiske lidelser. Det er noe spesielt med å skape de gode relasjonene, utfordringene sykepleiere møter på i behandling og lykkerusen når pasientene opplevde bedring. En mestringsfølelse uten like. I denne oppgaven har jeg derfor valgt å skrive om psykose og psykoselidelser med praksiserfaring fra en frivillig forening for mennesker med psykiske plager og fra en rehabiliterende enhet for psykose. Begge steder så jeg tydelig hvor viktig søvn er. Et grunnleggende behov vi alle har og ikke fungerer uten.

## Abstract

In this essay, I wanted to explore the role of sleep in psychotic disorders. I have seen it affect the lives of patients before onset of psychotic episodes, during the episodes and after remission. Therefore, I present two patient stories and combine them with nursing literature, as Virginia Henderson and Joyce Travelbee, and studies concerning sleep in psychosis.

The first patient, Selma, is a woman from a voluntary association for people with mental health problems. We follow her journey from the onset of psychotic symptoms to a involuntarily admission to an acute psychiatric ward. Here, we also look at the studies' findings on sleep problems in psychotic disorders and consequences they have on psychotic symptoms. In addition to barriers for sleep treatment and what the main tendencies of treatment are according to the studies.

The second patient, Lene, is a woman I met during my time at a psychiatric ward specializing in psychotic disorders. Here, the main focus is rehabilitation. Together we explore important elements for the rehabilitation process, challenges in treatment, the role of sleep and hope. Is it possible to find ease in the disease if we treat sleep problems? Hope and therapeutic nursing is important in this setting, as well as treatment alliance and the meaning of atmosphere in wards.

Lastly, I highlight how nurses can examine Lene's and Selma's sleep problems in a ward. Thereafter, how nurses can treat sleep disorders. There seems to be a lack of focus on this in our daily nursing practice. Whilst that being said, I must specify that sleep is only one of the areas nurses have to focus on in cases of psychotic disorders. Still, there seems to be a huge gap between our nursing practice and research-based knowledge on sleep. Will we ever manage to decrease this gap?

## Innholdsfortegnelse

Å miste fotfeste .....	1
I morgen var de alltid løver .....	3
Selma .....	5
Den som ikke har nattero, har ikke dagen god.....	5
I krise.....	7
Mind the gap .....	9
Søvnhygiene og søvnmedikamenter .....	10
Lene .....	12
Å finne fotfeste.....	12
En allianse .....	13
Stående i grenseland.....	15
Med håp om endring.....	17
Å finne ro i uro .....	20
Referanselitteratur .....	22
Vedlegg 1: Metode	
Vedlegg 2: Litteratormatrise	

## Å miste fotfeste

Er det ikke fascinerende hvordan en forvirringstilstand kan fjerne skillet mellom hjernens påfunn og den fysiske, sanselige verden? At et menneske brått kan miste fotfeste i sin tidligere oppfattelse av virkeligheten? På vei til å bli sykepleier har jeg vært vitne til det flere ganger. Både på sidelinjen til andre sykepleiere og stående alene i kryssilden. Mens filosofen Immanuel Kant beskrev det som å drømme i våken tilstand (Strand, 1990), har pasientene mine i etterkant av forvirringstilstanden beskrevet at det kjentes ut som å miste grepet om hva som er virkelig og ikke. Klarer du å forestille deg det? Å høre stemmer ingen andre hører? Å kunne føle en hånd på din hånd like godt som du kjenner blodtrykksmansjettens stramme seg rundt overarmen din? Å kunne se flammer i vindusgardinene uten at noen andre reagerer på det? Er det ikke fascinerende at vi alle kan risikere å oppleve dette? Er det ikke skremmende?

På et tidspunkt gikk det opp for meg at vi som sykepleiere og medmennesker kan møte på forvirringstilstanden hvor enn vi er. På sykehus, i sentrum, i hjemmetjenesten, på sykehjem, i din egen sfære, på reise og innenfor psykisk helsevern. Samtidig som det opptrer ved psykoselidelser, som schizofreni, paranoide psykoser og schizoaffektiv lidelse, har tilstanden også tendenser til å vise seg ved andre psykiske lidelser, som bipolar lidelse og depresjon (Hartberg, 2020, s.121). På sykehus har jeg sett at det også kan oppstå ved somatiske tilstander. Av medisinske årsaker, i etterkant av kirurgiske inngrep i form av delirium, ved nevrologiske sykdommer og hos pasienter under rusmiddelpåvirkning (Hartberg, 2020; Aarre & Farshbaf, 2018). Det fasinerte meg at et menneske plutselig kunne erfare verden på en annen måte enn før. På tvers av institusjoner, avdelinger og pasientrom er det eneste som tilsynelatende knytter disse pasientene sammen at forvirringstilstanden er hjernens måte å fortelle at den ikke fungerer som den skal (Færden, 2020, s. 288).

I fare for å ha et altfor bredt tema å utforske, vendte jeg blikket mitt til de pasientene jeg har møtt med psykoselidelser. En pasientgruppe som opplever forvirringstilstanden hyppigere enn folk flest. På fagspråket heter det psykose, som kort forklart er et symptom, et tegn på sykdom, hvor man er preget av en realitetsbrist (Hartberg, 2020). De amerikanske sykepleierne Wilson og Kneisl har med velvalgte ord beskrevet det mer utdypende, som en tilstand «hvor en persons



mentale kapasitet til å oppfatte virkeligheten, kommunisere og å forholde seg til andre mennesker svekkes, *noe* som virker inn i personens evne til å møte de kravene livet stiller» (Hummelvoll, 2012, s. 337). Mens alle mennesker kan være utsatt for forvirringstilstanden i løpet av livet, ligger livstidsforekomsten for psykoselidelser i befolkningen på 2% (Oslo Universitetssykehus, 2022). Omregnet til menneskeliv snakker vi om drøyt 110.000 mennesker på landsbasis.

Hvorfor disse menneskene utvikler psykoselidelser og opplever psykose er fremdeles et mysterium. Vi har to ulike forklaringsmodeller som forsøker å forklare det: En biomedisinsk og en psykodynamisk (Aarre & Farshbaf, 2018). Fra et biomedisinsk ståsted er psykoselidelser en hjernesykdom, hvor det er kjemisk ubalanse i hjernen med avvik i signalstoffer, som overaktivitet i dopaminerge nervebaner og andre neurotransmittere, samt endringer i hjernestrukturer med svinn i hjernesubstans (Hartberg, 2020, s.125). Fra et psykodynamisk ståsted er det et psykologisk forsvar på traumatiske opplevelser, hvor psykoseutviklingen skyldes en kombinasjon av medfødte sårbarheter, traumatiske opplevelser og påkjenninger over lang tid (Aarre & Farshbaf, 2018). Hvilken forklaringsmodell som anvendes er avhengig av hvem du er, men det er viktig i den forstand at det vil påvirke behandlingsformen (Lauveng, 2020, s.40). Mens den biomedisinske forståelsen har tro på medikamenter for å stabilisere aktiviteten til neurotransmittere, har den psykodynamiske forståelsen tro på samtalebehandling for å nøste opp i opplevelser og erfaringer. Stort sett anvendes kombinasjoner, hvor psykologer, leger og sykepleiere ønsker det samme: At pasienten skal finne fotfeste igjen.

Uavhengig av forklaringsmodellene, er det et faktum at flere av pasientene i perioder har redusert evne til å ivareta sine grunnleggende behov som følge av psykosens innvirkning på tilværelsen (Hummelvoll, 2012, s. 361). Hele livet påvirkes: Alt fra soma til psyke. Kommunikasjon, sanser, personlig hygiene, ernæring, sosiale relasjoner, familieforhold, jobb, fritidsaktiviteter, søvn og hvile. Med utgangspunkt i Virginia Hendersons sykepleieteori, de fjorten grunnleggende universelle behovene vi har, blir det da en del av vår sykepleierolle å bistå pasientene med å fremme og ivareta de grunnleggende behovene de har utfordringer med frem til de har funnet fotfeste igjen (Henderson, 1995, s.79). Etersom hver pasient er unik, i kraft av å være seg selv og med tanke på situasjonens unike rammer, blir det å tilpasse

sykepleien en kunst i seg selv.

Av alle de utfordringene som var tilstede var det spesielt en av våre fjorten universelle, grunnleggende behov som fanget oppmerksomheten min. Det grunnleggende behovet for søvn (Henderson, 1995). En aktivitet vi mennesker bruker en tredjedel av levetiden vår på (NHI, 2023). For flere pasienter preget søvnutfordringer tilværelsen. I tillegg til å være en sårbarhetsfaktor for utvikling av psykose, kunne pasienter, sykepleiere og leger jeg møtte oppfatte søvnproblemer som tidlig tegn på en ny psykoseutvikling. Hos noen vedvarte utfordringene også etter at psykosen var behandlet. Mens noen slet med å sove, kunne andre sove døgnet rundt eller snu døgnrytmen på hodet. Dermed spilte utfordringene med søvn en rolle både før, under og etter den psykotiske episoden. Med den gyldne muligheten til å utforske deler av sykepleiens fagfelt selv, ble jeg opptatt av å finne ut mer. I tråd med den vitenskapelige essaysjangeren har jeg dykket inn i mine pasientmøter, sykepleiefaglig litteratur og forskningsartikler som utforsker søvnproblemer ved psykoselidelser (Vedlegg 1; Vedlegg 2).

## **I morgen var de alltid løver<sup>1</sup>**

Selma og Lene er to pasienter som har åpnet øynene min for søvnens rolle ved psykoselidelser. Av hensyn til taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999, § 5-21) oppgis ikke deres ekte navn eller detaljer som kan være med på å identifisere dem, men du skal likevel få et innblikk. Blant alle de pasientene jeg har møtt med psykoselidelser skiller de seg ut i mengden. Selma er den første jeg møtte under sykepleierutdanningen og Lene den siste. De har til hver sin tid, på hvert sitt vis, satt spor i min sykepleieidentitet. Som enkeltindivider er de vidt forskjellige mennesker med totalt ulike bakgrunner, interesser og prioriteringer. Det lille de har til felles er at de har sterk bergensdialekt og er omtrent like gamle. De er også to kvinner av cirka ti tusen mennesker i behandling for schizofreni i Norge (Johannessen, 2022). Vår mest alvorlige og kostnadskrevenende psykoselidelse (Hartberg, 2020; Helsedirektoratet, 2013, Aarre & Farshbaf, 2018).

---

<sup>1</sup> Lauveng, A. (2014). *I morgen var jeg alltid en løve*. Cappelen Damm.

De fikk begge diagnosen i 20-årene etter sin første psykotiske episode. Det samsvarer med statistikken, hvor sykdomsdebut normalt sees før man fyller 30 år (Helsedirektoratet, 2013; Aarre & Farshbaf, 2018). Av de 500 til 600 menneskene som diagnostiseres med schizofreni årlig (Røssberg, 2022), vil en fjerdedel kun ha en kort, forbigående psykotisk episode. En annen fjerdedel vil oppleve at psykoselidelsen utspiller seg som et livslangt forløp, hvor man periodevis har tilbakefall med forverring av symptomer og andre perioder med få eller ingen symptomer (Hartberg, 2020; Helsedirektoratet, 2013; Aarre & Farshbaf, 2018). De resterende vil befinne seg mellom de to ytterpunktene, der Selma og Lene foreløpig er. På en runddans i psykoseforløpet sine ulike faser; ettersom psykosesymptomer har en tendens til å forbedres eller forverres avhengig av stressnivåer og andre faktorer (Helsedirektoratet, 2013, s. 128). I psykoseforløpet vil de avhengig av symptomtrykket ha tilgang til ulike oppfølgingstiltak fra helsevesenet, hvor alle har et felles mål om å opprettholde stabil fase med få eller ingen symptomer (Helse Bergen, 2022).

Stående i en pragmatisk og dynamisk profesjon, er sykepleiefunksjonen gjennom psykoseforløpet avhengig av hva Selma og Lene har størst behov for (Kristoffersen et al., 2016a, s.17). Mens de i en stabil fase får oppfølging på hjemmebane fra kommunale tjenester med fokus på helsefremming og forebygging av tilbakefall. I en ustabil fase med ytterligere forverring vil de få tettere oppfølging og eventuelt dagbehandling på et distriktpsikiatrisk senter (Helse Bergen, 2022). Det var i disse fasene jeg møtte Selma, og hvor hun samtidig hadde utfordringer med å sove. Fra å være i en stabil fase begynte hun etterhvert å sanse det ingen andre kunne. I tillegg fikk hun en vrangforestilling om at alle rundt henne ville henne vondt, som er det man kaller positive symptomer ved psykoser. De oppstår i tillegg til vanlige funksjoner (Hartberg, 2020; Hummelvoll, 2012; Aarre & Farshbaf, 2018). Symptombildet samsvarte etterhvert med en psykotisk episode, en akutt fase, hvor hun ble innlagt på døgnavdeling på et sykehus spesialisert i psykiatri, der behandling er en stor del av sykepleieutøvelsen.

En sykehusinnleggelse som det er ofte av kort varighet over noen få dager. Det innebærer i noen tilfeller overføring til distriktpsikiatrisk senter for videre behandling og rehabilitering. Begge steder tilbys det spesialisert behandling, men et opphold på distriktpsikiatrisk senter er

ofte mer langvarig. Der har man også muligheter for åpen innleggelse og oppfølging via ambulante tjenester (Regjeringen, 2023). Det var der jeg møtte Lene. Etter en psykotisk episode og stabilisering på sykehus, var hun på det distriktpsikiatriske senteret preget av negative symptomer. De som representerer et fravær av noe (Hartberg, 2020; Aarre & Farshbaf, 2018). Det var vanskelig å tyde hva hun følte på, da Lene hadde manglende uttrykk for følelser, trakk seg tilbake og manglet indre driv og motivasjon. I tillegg erfarte hun ofte ambivalens og disorganisering av tanker og handlinger, som er typiske trekk ved schizofreni (Hummelvoll, 2012). Sykepleierens rehabiliterende funksjon preget utøvelsen, men andre funksjoner som undervisning og veiledning opptrådte samtidig.

Med hver sin symptomsammensetning hadde Selma og Lene helt ulike erfaringer med lidelsen. Sammen med de karakteristiske symptomene opplevde de også symptomer som sees ved andre psykiske lidelser, på samme måte som andre psykiske lidelser også vil kunne omfatte psykosesyntomer (Hartberg, 2020; Aarre & Farshbaf, 2018). Det påvirket livene deres på helt forskjellig vis, hvor Selma fremsto kaotisk i sin væren og Lene trakk seg tilbake fra verden. Felles for begge var at variasjonene av symptomer skapte forstyrrelser i evnen deres til å ivareta egenomsorg og grunnleggende behov. Noe de også har felles med andre mennesker som opplever psykose (Hartberg, 2020; Helsedirektoratet, 2013; Hummelvoll, 2012; Aarre & Farshbaf, 2018). Det er kanskje naturlig når evnen din til å oppfatte verden, deg selv og andre mennesker endres; at det også vil påvirke dine følelser, tanker og handlinger. Ingenting var som det tidligere hadde vært. Ordgrensen hemmer meg i å utforske hele psykoselidelsens innvirkning på livet deres, så vi skal kun fokusere på søvn fra nå av. Først sammen med Selma. Deretter med Lene.

## Selma

### **Den som ikke har nattero, har ikke dagen god**

Jeg må starte fra begynnelsen av. I møtet med Selma i stabil fase. I hennes vanlige hverdag, hvor hun lenge var fast inventar på en frivillig forening for mennesker med psykiske plager. Her lå fokuset til personalet på å skape et godt aktivitetstilbud, et sosialt miljø for besøkende og skape mening og mestring, som er en viktig del av helsefremming og forebygging av sykdom

(Gonzalez, 2020, s.49). Det var ikke vårt ansvar å tenke over hver enkelt sin helsetilstand. Likevel reflekterte jeg stadig over de sykepleiefaglige observasjonene jeg gjorde. Første gang jeg så henne satt hun tilbakelent i en stol og hvilte øynene sine. Jo nærmere man kom, jo bedre kunne man se de mørke ringene under øynene, det bustete håret og den urørte kaffekoppen hennes. Hun virket både fysisk og psykisk trøtt. Kanskje hun var i en periode med mye stress i livet sitt? Ved å øke aktiviteten i det sympatiske nervesystemet vårt kan stress forstyrre søvnen vår. I stedet for å ha et miljø for oppbyggende prosesser som man har ved dyp søvn, vil aktiviteten i det sympatiske nervesystemet føre til at man skiller ut nedbrytende hormoner, som kortisol, adrenalin og noradrenalin. En helt essensiell trio for overlevelsesinstinkt vårt, men også stresshormoner som virker negativt inn på søvnrytmen vår (Bastøe & Frantsen, 2016, s 351).

I hverdagen kan man kjenne på dette gjennom dårligere søvnkvalitet, nattlige oppvåkninger og redusert søvnmengde. Ved økte stressnivåer vil også frigjøring av aminosyrer i vev tappe kroppen for energi og gi oss mindre overskudd (Bastøe & Frantsen, 2016, s 356). Kanskje det var det Selma opplevde? Det var tydelig at hun kjente på et underskudd da søvnmangelen hennes preget dagene. Tidvis kunne hun fremstå rastløs og vandre rundt i lokalet uten mål og mening. Andre ganger satt hun i stillhet alene borte fra alle andre. For hver dag som gikk så jeg tydeligere hvorfor Virginia Henderson tenkte at «evnen vår til å sovne og sove uavbrutt er et mål på både mental og fysisk helse» (Bastøe & Frantsen, 2016, s. 350). Søvnproblemene til Selma gikk utover egenskapene hennes til å interagere med verden, akkurat som psykoselidelsen. Noe som er forståelig ettersom mennesker med schizofreni ofte har forstyrrelser i søvnmønsteret sitt med kortere perioder av dyp søvn (Helsedirektoratet, 2013, s. 88). Betyr det at søvnmangelen er en del av psykoselidelsen?

«Forskning viser at søvnproblemer ofte starter før den psykiske lidelsen, kan disponere for utvikling av den, bestå etter lidelsen har gått i remisjon, og kan være en sterk risikofaktor for senere sykdomsepisoder» (Bjørvatn, 2020, s. 170).

Gjennom forskningsartikler har jeg funnet ut at helsepersonell kan se søvnproblemer hos

pasientgruppen gjennom hele psykoseforløpet, ofte før en psykotisk episode oppstår og etter at den er behandlet. I opptil 80% av tilfellene kan problemene tilsvare typiske karakteristika ved søvnforstyrrelser, og at det hos flere pasienter kan kvalifisere til en diagnostiserbar søvnforstyrrelse (TIPS Sør-Øst, 2021; Barrett et al., 2020). Selma nevnte aldri en søvnforstyrrelse, men jeg lurer i dag på om dette gjaldt for henne også. Søvnproblemene gikk utover hele tilværelsen. I likhet med resten av befolkningen er insomni den vanligste søvnforstyrrelsen hos pasientgruppen, hvor man ofte sliter med å sovne og har hyppige oppvåkninger (Barrett et al., 2020; Li & Lang, 2021; Faulkner & Bee, 2017; Koyanagi & Stickley, 2015; Sheaves et al., 2017; Waters et al., 2015). Deretter følger hypersomni, hvor man opplever økt søvnighet, og døgnrytmeforstyrrelse, hvor man har forskjøvet døgnrytme (Barrett et al., 2020; Sivertsen, 2014). Andre typiske søvnforstyrrelser er mareritt-lidelse og obstruktiv søvnapné (Oslo Universitetssykehus, 2023). Hvis Selma hadde en av disse betyr det at søvnproblemene hennes kommer av en samtidig søvnforstyrrelse, og ikke bare som en konsekvens av psykoselidelsen.

Med en søvnforstyrrelse eller ikke, fortsatte søvnproblemene hennes å eskalere. Vi merket etterhvert at hun fremsto og opptrådte annerledes enn før. Det preget både omgivelsene og menneskene rundt. Var det søvnproblemer som var årsaken til endringen i væremåten hennes eller var det hennes endrede atferd som hadde forårsaket søvnproblemene? I en global undersøkelse fant de at søvnproblemer kunne utløse psykoselignende symptomer hos friske mennesker i den generelle befolkningen (Koyanagi & Stickley, 2015). Er man ekstra sårbar for dette når man har en psykoselidelse fra før av? Sammenhengen ytres også av mennesker med psykoselidelser, som ser på dem som en trigger for psykoseutvikling og et varseltegn (Faulkner & Bee, 2017). Det stopper ikke der. Søvnproblemer kan også forverre psykosesymptomer og føre til redusert funksjon både sosialt, fysisk og mentalt, men psykosesymptomer i seg selv kan også påvirke søvn (Barrett et al., 2020; Faulkner & Bee, 2017; Waters et al., 2015). Kanskje Selma erfarte en blanding? Et samspill mellom psykosesymptomer og søvnproblemer? Hun ønsket ikke å snakke om noe av det, verken endringene vi så eller søvn. Det var noe annet som krevde oppmerksomheten hennes. Deretter eskalerte det videre, gradvis over tid.

## I krise

Etter noen dager ble hun mer mistenksom overfor vennene sine, andre besøkende og de ansatte.

Hun kom likevel inn dørene på foreningen daglig med armene i kors. En tidligmorgen var hun vill i blikket, fortvilet og krass. Hun satt seg rolig ned, men i stedet for å hvile, rettet hun øynene intenst på meg. Når selv ikke sansene dine er til å stole på lenger, hvem kan man egentlig stole på da? Jeg våget meg til å være tilstede med henne selv om jeg innerst inne, den gang, var en redd og uerfaren student. “Jeg klarer ikke å sove lenger”, fortalte hun. Stående utenfor helsevesenets rammer begynte hjernen min å kverne på hva vårt neste steg var. Uten andre ansatte med helsekompetanse... Uten tilgang til pasientjournalen hennes... Selma som tydelig hadde formidlet sine ønsker om å holde seg utenfor psykiatriens rammer... Med en schizofrenidiagnose med gjentatte psykotiske episoder måtte hun vel ha en slags oppfølging fra ulike instanser i psykoseforløpet? Har hun laget en behandlingsplan, tiltaksplan eller kriseplan sammen med helsepersonell? (Helsebiblioteket, 2022; Helsedirektoratet, 2013; Lauveng, 2020, s.118)

Samtalene til Selma rettet seg bestandig ut i intet, opp i taket, inn i veggene. Hun var tydelig berørt av det som ble sagt fra stemmer vi ikke kunne finne kilden til. Stående i en uforutsigbar situasjon så vi oss nødt til å kontakte akuttpsykiatrisk hjelp selv om Selma ikke ønsket en innleggelse (Helse Bergen, 2022). Noen få timer senere dukket ambulanspersonell opp med følge av politi. «Tvang kan i blant være en form for omsorg», husker jeg at en av veilederne mine sa og fant noe betryggelse i det, i at dette var riktig selv om det føltes feil. Med håp om at hun skulle finne fotfeste sitt igjen. I kraft av et tvangsparagraf fikk hun et gjensyn med det nærmeste psykiatriske sykehuset, og ble innlagt mot sin egen vilje til tvungen observasjon på en døgnavdeling (Psykisk helsevernloven, 1999, § 3-2). I en psykotisk episode med behov for kontinuerlig oppfølging for å kunne dekke sine grunnleggende behov. I en akutfase, hvor sykepleierens behandlende funksjon trår til, med hensikt om å fjerne eller redusere Selma sine psykosesymptomer og andre helseproblemer (Kristoffersen et al., 2016a, s 18).

«Ja, av alle de medisinske ytelser er sygepleien den eneste, som kanskje kan kaldes kontinuerlig» (Henderson, 1995, s. 38).

Ettersom det er stor variasjon i hvordan psykoselidelser utspiller seg blir det å tilpasse

sykepleien til Selma sin opplevelse av situasjonen, og psykosefasen hun er i, helt essensielt (Kristoffersen et al., 2016a). Uten egenerfaring med psykiatriske sykehus kan jeg bare undre over hvordan oppholdet var. Basert på mine siste observasjoner hadde hun behov for hjelp til ivaretagelse av flere av de fjorten grunnleggende behovene Henderson la frem (Hummelvoll, 2012; Henderson, 1995; Gonzalez, 2020). Leser hun gjennom sykepleienotater i pasientjournalen sin kan hun i dag se dem komme til live gjennom dokumentasjon av vurderinger, observasjoner og tiltak (Vabo, 2018). I tillegg til dette vil hun ifølge retningslinjene ha opplevd at leger iverksatte medikamentelle tiltak og psykologer som forsøkte å finne årsaken til hennes endrede atferd gjennom samtaler. Det er heller ikke uvanlig at helsepersonell på døgnavdelingen anvender grensesetting, skjerming og hyppige tilsyn for å fremme ro, beskyttelse og begrense stimuli (Hartberg, 2020; Helsedirektoratet 2013; Hummelvoll, 2012). Fant Selma natteroen på sykehuset?

### **Mind the gap**

Noe av det jeg er mest nysgjerrig på er hvordan de utforsket søvnproblemene hennes. Psykosesymptomene gjorde at hun var svært mistenksom. Dette forverret seg når spørsmål ble stilt, hvor hun enten reagerte ved å skjelle andre ut eller trekke seg tilbake. Klarte sykepleierne på døgnavdelingen å ha en samtale med henne om de søvnproblemene hun opplevde? Jeg tviler. Til og med vennene til Selma slet med å holde samtaler før innleggelsen. Når hun var så påvirket av psykosesymptomene, hva slags observasjoner prioriterte sykepleierne å gjøre da? Kan det hende de prioriterte psykosesymptomene først? På jakt etter å finne ut mer om sammenhengen mellom søvnproblemer og psykoselidelser fant jeg ut at både sykepleiere, leger og pasienter i psykiatrien rapporterer at søvn ikke følges opp på en systematisk måte, verken gjennom strukturerte samtaler eller andre vurderingsmetoder. Det er et universelt fenomen i helsevesenet både på landsbasis og i utlandet (Barrett et al., 2020).

Hos pasienter med psykoselidelser, som Selma, er det lite sannsynlig at de selv tar opp søvnproblemene med mindre de spesifikt blir spurt. De er ikke nødvendigvis i stand til å vurdere søvnen sin heller når preget av psykosesymptomer (Barrett et al., 2020; Faulkner & Bee, 2017). Ifølge psykologspesialisten Erling Andreas Fyhn er «kroniske søvnvansker regelen, og ikke unntaket, for pasienter med psykoselidelser» (Oslo Universitetssykehus, 2022). Så hvorfor er



det et så stort skille mellom vår utøvelse av praksis og forskningsbasert kunnskap? Hva er det som hemmer vår kunnskapsbaserte utøvelse? I studiene (Barrett et. al, 2020; Faulkner & Bee, 2017; Waters et al., 2015) uttrykkes tydelige barrierer for utredning og behandling av søvnproblemer ved psykoselidelser. Både pasienter, sykepleiere, leger og psykologer mente pasientenes livsstil med tanke på etterlevelse, sykdomsinnsikt, motivasjon for behandling og psykosesymptomer var pasientrelaterte barrierer.

De ulike profesjonene nevnte også miljømessige faktorer på avdelingene, som bivirkning av medikamenter, mangel på søvnfokus og miljøregler som kunne skape forstyrrelser om natten. Et annet perspektiv var at det ikke var utformet retningslinjer for psykoselidelser med fokus på søvn, og at det var manglende kunnskap angående vurdering og behandling av søvn, i tillegg til tidsmangel (Barrett et al., 2020). I et øyeblikk falt mine tre år med fokus på kunnskapsbasert praksis i grus. I Helsedirektoratet sine retningslinjer klarer jeg heller ikke å finne noe kapittel om retningslinjer for søvn ved psykoselidelser. Kun et lite avsnitt om medikamenter sine bivirkninger og søvnproblemer hos pasienter med schizofreni (Helsedirektoratet, 2013, s.88). Betyr dette det jeg tror det betyr? På vei til å bli sykepleier har jeg sett det før: At vår forskningsbaserte kunnskap forblir et ideal, et mål å strekke seg etter, og ikke en fasit for praksisutøvelse. Den erfaringsbaserte praksisen trumfer alt, i et helsesystem preget av mangel på sykepleiere, høy vikarbruk, lange pasientkøer og tidsmangel, men likevel: Kan dette stemme? Mange pasienter med psykoselidelser får ifølge forskningsartiklene ikke de mest anbefalte intervensjonene for søvnproblemene sine (Barrett et al., 2020, Faulkner & Bee, 2017; Koyonagi & Stickley, 2015; Sheaves et al., 2017; Waters et al, 2015).

## **Søvnhygiene og søvnmedikamenter**

Ettersom anerkjennelse og diagnostisering av en sykdom eller lidelse er første steget på veien i utredning og behandling blir sykepleieren i meg urolig. Litt motløs, men også håpefull. Basert på erfaringer vet jeg også at sykepleiere iverksetter relevante intervensjoner selv om det kanskje ikke samsvarer med den mest oppdaterte, forskningsbaserte kunnskapen. Det er vår plikt å gi relevant helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999). Siden Selma fra et objektivt perspektiv slet med å sove er det naturlig å tenke at helsepersonalet hev seg rundt for å fremme og ivareta søvn. Forskningsartiklene jeg har funnet støtter det, og rapporterer at søvnproblemene behandles selv

om de ikke utforskes på strukturert vis. I de fleste tilfeller innebærer det tiltaksformer som medikamenter og søvnhygiene (Barrett et al, 2020; Faulkner & Bee, 2017; Koyanagi & Stickley, 2015; Li & Lang, 2021, Sheaves et al., 2017; Waters et al., 2015). I noen få tilfeller settes søvnrestriksjon, kognitiv terapi eller lysterapi på agendaen (Barrett et al., 2020; Waters et al., 2015). I akutte kriser er dagens anbefaling at søvnproblemene skal behandles samtidig med psykosen, hvor kognitiv terapi er det mest anbefalte for insomni, lysterapi og melatonin for døgnrytmeforstyrrelser (Holsten, 2021). Kun en femtedel av helsepersonellet i forskningsartikkelen anvendte kognitiv atferdsterapi for søvn (Barrett et al., 2020). De mest populære er altså ikke de mest anbefalte. Våre mest populære intervensjoner må vel likevel ha effekt?

Legemiddelhåndtering har lenge vært et naturlig sykepleieansvar, hvor leger ordinerer legemidler og sykepleiere administrer dem. Legemidlene antipsykotika, antihistaminer, hypnotika og antidepressiva er vanligst å bruke (Barrett et al., 2020; Bjorvatn, 2020). Et lyspunkt i det er at psykosebehandlingen i seg selv, med antipsykotika, har god effekt på søvnen til pasientene. Antipsykotikaene olanzapin, quetiapin og risperidon har egenskapene til å øke pasienten sin andel av dyp søvn og dermed forbedre søvnkvaliteten, men det medfølger også bivirkninger, som trøtthet og søvn på dagtid, noe som skaper forstyrrelser på søvnmønsteret (Helsedirektoratet, 2013 s. 88). I det man forsøker å behandle søvnproblemene til Selma kan man derfor oppleve motsatt effekt. Slike bivirkninger gjør at pasienter har bekymringer rundt legemidlene som gis (Barrett et al., 2020; Faulkner & Bee, 2017; Waters et al., 2015). Selma hadde også bekymringer angående det. I det lange løpet ønsket hun heller andre behandlingsmetoder. Det var enkelt å forstå. Hun hadde lang erfaring med diverse bivirkninger, endringer i legemiddeldoser og legemiddelbytter. En tidkrevende prosess hvor legene har gode hensikter om å finne den beste behandlingen for Selma. Til tross for bekymringer er det bred enighet fra pasientene om at legemidler trengs når de befinner seg i en akutfase, i en fragmentert og kaotisk verden (Faulkner & Bee, 2017; Waters et al., 2015). På kort sikt veier fordelene opp for ulempene.

Også søvnhygiene har lenge vært en naturlig sykepleierrolle. Helt siden grunnleggeren av den moderne sykepleien sin tid, *The Lady with the Lamp*, har sykepleiere ønsket å tilrettelegge

miljøet til pasienten ved å tilpasse miljøfaktorer som luft, temperatur, lukt, lys og lyd (Nightingale, 1995, s.122). Selma kunne ofte fortelle om sine erfaringer fra tidligere innleggelser om hvor mye disse detaljene kunne bety. I forbindelse med selve innleggelsen i seg selv kan disse faktorene, med pleierutiner, lyd, lys, forstyrrelser fra medpasienter, skape endrede søvnvaner og døgnrytmer (Bastøe & Frantzen, 2016). Det som plaget Selma aller mest var slamring av dører og risling i nøkkelknipper. Utallige ganger hadde hun likevel funnet fotfeste igjen før etter lignende psykoseepisoder. Selv om hun mest sannsynlig ikke fikk utredning av søvnproblemene eller de mest anbefalte tiltakene for dem, har søvnhygiene og medikamenter stor betydning. Hun fant fotfeste. Etter noen få dager på sykehuset var hun på vei ut igjen. Ingen visste stort mer enn det, annet enn at hun var overført til et distriktpsikiatrisk senter. På vei til en mer stabil tilværelse igjen forhåpentligvis.

## Lene

### Å finne fotfeste

Noen måneder senere befant jeg meg også på et distriktpsikiatrisk senter, ved en rehabiliterende enhet for døgnbehandling av psykose. Sykepleiere der er tilstede døgnet rundt, i likhet med døgnavdelingen på sykehuset. Målet er å gi pasienter kontroll over symptomene sine så raskt som mulig med kontinuerlig oppfølging av helsepersonell (St. Olavs Hospital, 2020). Minnene blusset opp igjen. I pasientjournalene dukket det opp variasjoner av ulike psykiske lidelser, som schizofreni, paranoide psykoser, schizoaffektive psykoser, bipolare lidelser og depressive psykoser. Med brede sammensetninger av symptomer innad på enheten la jeg også merke til at flere av pasientene slet med søvn. En av dem var Lene. Hun hadde hatt et opphold på det samme sykehuset som Selma før hun kom hit, og hadde også en schizofrenidiagnose. De var totalt ulike mennesker, men befant seg på en lignende reise i Helse Bergen og møtte sykepleiere som ønsket det samme: At de skulle finne stien tilbake til deres tidligere opplevelse og oppfatning av verden.

Lene var på god vei. Schizofrenilidelsen var der like fullt, men hun kjente seg bedre nå i og med at hun ikke lenger var like preget av psykosesymptomene. På avdelingen hadde hun for lengst funnet sin plass blant de grønne veggene, i rutine og blant miljøpersonalet. Selv om

hun tilsynelatende hadde kommet langt i rehabiliteringsprosessen slet hun fremdeles med søvn. Hun kunne sove bort store deler av dagen, men var stadig trøtt. Samtidig hadde vi fokus på søvnhygiene og søvnmedikamenter. For å støtte henne på veien videre var sykepleierens rehabiliterende funksjon dominerende, hvor sykepleiere bistår henne med å oppøve de ferdighetene hun trenger for å gjenvinne helse og mestre livssituasjonen sin. Det var spesielt viktig for henne å gjenopprette struktur i hverdagen igjen, finne meningsfulle aktiviteter og få oppfølging av legemidler (Hartberg, 2020, s 128). Sykepleiefunksjonen retter seg mot å styrke Lenes ressurser på veien hennes, og gjennom undervisning og veiledning styrke hennes forståelse, kunnskap, motivasjon og vilje på de områdene det er behov for det, som søvn (Kristoffersen et al., 2016a, s. 19). Bryter man det ned handler det om å fremme de grunnleggende universelle behovene vi har som mennesker, avhengig av hva Lene har mest behov for i sin situasjon.

Hvordan kan sykepleiere skape et miljø for struktur, mening, mestring og rehabilitering? Det hang en informasjonsgivende poster med psykologen Gundersons grunnprinsipper for miljøterapeutisk psykisk helsearbeid på enheten jeg var på. Den lød som følger: Beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring. Er det disse prinsippene som førte til at Lene falt til ro på avdelingen? Stabilitet, trygghet og interesse? “Jo, det må være det som skaper den beryktede postterapeutiske atmosfæren”, tenkte jeg. Fra forelesninger i psykiatrifaget, kom jeg til å tenke på Ward Atmosphere-scale og sitatet «den mest afgørende enkeltfaktor, hvad angår behandlingseffekten på et psykiatrisk hospital, forekommer denne komité at være et udefinert element, der kun kan beskrives som atmosfære» (WHO, 1953). Det fascinerer meg fremdeles den dag i dag. Uavhengig av hva slags intervensjoner vi iverksetter, vil det viktigste vi gjør innenfor psykiatriens rammer være å sørge for at det er en god atmosfære. Helsedirektoratet nevner også viktigheten av behandlingsmiljøet, da det er viktig for utbyttet av og kvaliteten på behandlingen (Helsedirektoratet, 2013, s.70). De anbefaler at institusjoner måler atmosfæren ved hjelp av Ward Atmosphere-scale (WAS) minst en gang i året.

## **En allianse**

WAS-en ga gode utslag. Det var noe spesielt med omgivelsene, menneskene der og engasjementet til sykepleierne. Lene påpekte at hun aldri hadde følt seg så godt møtt før som

det hun gjorde her. De gode relasjonene var en hjørnestein i behandlingen (Røssberg, 2016, s.41). På vei til å bli sykepleier ble det dermed et mål for meg å få andre pasienter til å føle seg like godt møtt som Lene følte seg. Jeg opplevde at det var essensielt for hele psykosebehandlingen og det postterapeutiske miljøet. Pasienter selv uttrykker at de synes det er viktig (Faulkner & Bee, 2017; Waters mfl, 2015). Relasjonen var også en måte å skape en såkalt behandlingsallianse, hvor man spiller på lag for å oppnå det samme målet, uavhengig av symptombildet og fase i psykoseforløpet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Helsedirektoratet formidler også at pasienttilfredsheten er «sterkt knyttet til i hvilken grad pasientene blir involvert i behandlingen og de ulike aktivitetene på posten» (Helsedirektoratet, 2013, s.70). På vei mot vårt felles mål om bedring er det å opprettholde denne alliansen et «mål i seg selv og må gjennomsyre hele rehabiliterings- og bedringsprosessen» (Hummelvoll, 2012, s. 351). Samtidig må vi være enige om hva målet vårt er, hvilket området vi skal jobbe med.

For å oppnå denne relasjonen ble terapeutisk sykepleie av interesse. Å fremme grunnleggende behov og styrke pasienters ressurser ved å gi litt av meg selv. Å oppnå en åpen, trygg kommunikasjonslinje mellom Lene og meg selv. En god trygghet mellom oss, noe jeg mener også er viktig for søvn. En kjent inspirasjon for den terapeutiske sykepleien er den amerikanske sykepleieren, Joyce Travelbee, som utviklet teorien om at sykepleie er en mellommenneskelig prosess. Ifølge henne handler det om å bruke sin personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandlingen, hvor man må ha selvinnsikt, selvforståelse, forståelse av menneskelig atferd, tålmodighet, interesse og evne til å forutse både egen og andres atferd. Man må også kunne oppnå kontakt og forstå det særegne i personens situasjon, da ethvert menneske er «en unik person, uerstattelig person, som er forskjellig fra alle som har levd og som noensinne kommer til å leve» (Travelbee, 1971, s. 26). For meg har det betydd at man kan farge sykepleierrollen sin med sine særegne kvaliteter og bruke dem i sykepleieutøvelsen, i samarbeidsprosesser med Lene. Og at hennes opplevelser og erfaringer også påvirker meg og mine handlinger.

I Helsedirektoratet sine retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser, er det også disse aspektene pasientene verdsetter mest: Empati, interesse, forståelse for situasjonen, respekt, støtte og tid (Helsedirektoratet, 2013, s.70). Som forsåvidt

er helt grunnleggende egenskaper den ideelle sykepleier skal ha (Kristoffersen et al., 2016a). Dermed blir relasjonen mellom pasienter og sykepleiere et helt essensielt område for alle deler av sykepleieutøvelsen. I Travelbees tankebaner vil man gjennom denne relasjonen forsøke å finne kilden til Lene sitt ubehag og ha et ønske om å gjøre noe aktivt for å lette tilstanden hennes (Travelbee, 1971). På den rehabiliterende enheten handlet det ofte om å løfte opp tema til andre i behandlingsteamet. Leger og psykologer ble koblet på og oppdatert av sykepleiere på en daglig basis. I tillegg hadde de jevnlige møter med pasientene på egenhånd. Selv med dette samarbeidet, som muligens er det beste jeg har sett så langt, husker jeg ikke at noen av pasientene sine søvnproblemer ble vurdert på systematisk vis. Det var stort sett andre branner man måtte slukke først.

## Stående i grenseland

Å oppnå den gode relasjonen og behandlingsalliansen var ikke alltid like lett som fagbøkene skulle ha det til. Der vi befant oss var de negative symptomene mest fremtredende. Man måtte bli vandt til å ta imot avvisninger. Et lag av tilbaketrekning lå som tåke over miljøet. I tillegg var det stor variasjon i døgnrytmene til pasientene. Mens noen slet med å sove om natten, kunne andre snu døgnet. Lene sov store deler av dagen, men oppga at hun følte seg trøtt. Ytterst få ga uttrykk for at de ønsket hjelp til å endre på det. Basert på mine erfaringer, vet jeg at det å i det hele tatt komme i posisjon til å få hjelp er en tidkrevende prosess hos denne pasientgruppen. Til tross for brukermedvirkning, myndiggjøring og samarbeid i tankene, begynte derfor hjernen min å kverne på spørsmålet: Selv om en pasient ikke ønsker hjelp til endring betyr det vel ikke at man bare skal la det stå urørt? Behandlingsteamet snakket ofte om søvnen, hadde fokus på søvnhygiene og delte ut søvnmedikamenter. Hvorfor ønsket ikke Lene å få hjelp til dette? Hva var hennes tidligere erfaringer med søvn og søvniltak? Kjenner hun på at søvnen påvirker hverdagen og psykosesymptomene hennes?

I dialog med Lene om søvn fortalte hun, "...det har vært sånn lenge nå, så jeg har på en måte blitt vandt til det", etterfulgt av "...jeg har mine egne måter å håndtere det på". Hun kjente søvnen sin innvirkning på dagen, men hadde funnet en måte å håndtere det på selv. I studien (Faulkner & Bee, 2017) fant de gjennom samtaler ut at pasienter synes det å ivareta en viss mengde med søvn og holde på søvnrutiner var viktig for å kunne delta i arbeidslivet og være

tilstede i sosiale settinger. Andre pasienter så på søvn som en mulighet til å rømme fra virkeligheten, som en slags mestringsmekanisme. Uavhengig av søvnmengder og rutiner var likevel god søvnkvalitet en sjelden vare tilknyttet fortiden. Håpet for å bedre den var hos noen helt fraværende, mens andre kjente på fremtidshåp for endring relatert til å kunne styrke sin egen livssituasjon (Faulkner & Bee, 2017). En følelse av myndiggjøring. Også Travelbee nevner håp i sitt sykepleieperspektiv, hvor hun der knytter håpet til samarbeid med andre, valg, ønsker, en fremtidsrettet endring, mot og tillit (Travelbee, 1971, s. 78). Kjernen i håpet er tillit til omverdenen, til at menneskene rundt oss vil bistå når det trengs. Hvordan kan man skape den tilliten? Med terapeutisk sykepleie kan et steg i riktig retning være å vise pasientene at man har de kunnskapene og ferdighetene som behøves for å iverksette sykepleietiltak.

Gjennom vår utøvelse av sykepleie med fokus på søvn har vi mulighet til å forbedre denne pasientgruppen sin livskvalitet og velvære, redusere psykosesyntomer og bidra til å fremme funksjon (Barrett et al., 2020; Faulkner & Bee, 2017; Li & Lang, 2021; Sheaves et al., 2017; Waters et al., 2015). I en randomisert, kontrollert studie fant de ut at målrettet søvnbehandling førte til at pasientene ble utskrevet en hel uke før kontrollgruppen (Sheaves et al., 2017). I en annen fant de at en kombinasjon av systematisk sykepleie og anbefalte søvntiltak førte til raskere bedring i psykosesyntomer, søvnkvalitet, selvtillit, medikamentetterlevelse og livskvalitet (Li & Lang, 2021). Ved å anvende sykepleiekunnskapen vi har om søvn i vår utøvelse vil det bety at vi kan fremme helse ved å redusere søvnproblemer. Jeg undrer meg over om det er dette som skal til, sykepleiekunnskap, for å minske gapet mellom forskningsbasert kunnskap og utøvelse av praksis. Helsepersonell ser negative konsekvenser av søvnproblemer hos pasientene i form av innvirkning på humør, psykosesyntomer, kognitive evner, fysisk helse og daglig fungering (Barrett et al., 2020; Faulkner & Bee, 2017; Li & Lang, 2021; Sheaves et al., 2017; Waters et al., 2015). Også pasienter forteller om at de opplever noen av disse sammenhengene selv (Faulkner & Bee, 2017; Waters et al., 2015). Samtidig kan det hende at pasienter, preget av psykosesyntomer og en oppstykket indre og ytre verden, ikke har kapasitet til å se sammenhengene selv.

Når Lene ikke har dette håpet for endring vil det i terapeutisk sykepleie være viktig å fokusere på hennes egen opplevelse av å være syk. Hvordan ser livet ut utenom søvnproblemene og

psykosesymptomene? I den forbindelse kan mennesker ha god helse til tross for lidelsen sin (Kristoffersen et al., 2016b, s. 29). Ordlyden ligner Antonovskys salutogenese hvor en sykdomstilstand ikke automatisk utelukker opplevelse av god helse (Langeland, 2018). Det bringer meg tilbake til rehabiliteringsprosessen. Fra et rent sykepleieperspektiv «bygger man opp krefter og ressurser når man sover, krefter til å fremme helse, velvære og rehabilitering etter sykdom» (Bastøe & Frantzen, 2016, s. 351). Gjennom dette perspektivet kan man bidra til at Lene kommer inn i gode bedringsprosesser ved hjelp av god psykisk helse (Mjøsund, 2020). Og hva er en essensiell del av god psykisk helse? Jo, søvn (Bjorvatn, 2020)! Fra et fysiologisk perspektiv vil det å fremme og ivareta god søvn hos Lene skape et ikke-inflammatorisk miljø, et miljø for oppbyggende prosesser, med potensiale for overskudd til å mestre dagliglivets store og små utfordringer (Bastøe & Frantzen, 2016, s. 351). For hva er det viktigste for Lene i tilværelsen sin? Hvilke ønsker har hun for fremtiden? Finnes det håp? De sosiale og fysiske konsekvensene av psykoselidelsen var det som plaget henne mest. Hun ønsket overskudd til å treffe familie og løpe i skogen som før. Kan mennesket bak psykosediagnosen få den energien hun trenger for å oppnå sine mål ved å fremme og ivareta søvn? Å finne ut hva slags søvnproblemer Lene har er i så fall av stor betydning.

## Med håp om endring

Forskningsartiklene belyser at søvnproblemer utforskes på ustrukturert vis, og at søvnforstyrrelser hos mennesker med psykoselidelser er svært utbredt (Barrett et al., 2020; Faulkner & Bee, 2017; Li & Lang, 2021; Oslo Universitetssykehus, 2021; Sheaves et al., 2017; TIPS Sør-Øst, 2021; Waters et al., 2015). Hva kan man gjøre for å oppdage dem? Hvor skal man starte? Gjennom disse tre årene har sykepleieprosessen blitt en vane for meg. Ifølge Stuart er prosessen «en relasjonell og interaktiv systematisk og individualisert prosess som har til hensikt å løse problemer, dekke behov og bidra til vekst, utvikling, mestring og velvære» (Gonzalez, 2020, s.52). Fra å være en møysommelig prosess i starten av sykepleieutdanningen er det i dag en kjapp oppskrift å følge. Det vanskelige nå er å sørge for å ta hensyn til omstendighetene i selve situasjonen, miljøets rammer, hele mennesket og dets omgivelser. For søvn er ikke det eneste som behøver vårt fokus, men forskningsartiklene jeg har funnet formidler at det kan ha mye å si.



Det første steget i sykepleieprosessen er å anerkjenne problemet og identifisere det, hvor man i første omgang må samle inn data (Kristoffersen et al., 2016a). Datainnsamlingen kan skje både gjennom generelle observasjoner og vurderinger i pasienten sin hverdag, og ved å kartlegge søvnmønster og søvnvaner i samtale med Lene og Selma. I dialog kan man undersøke deres egen opplevelse av søvnkvalitet og søvnvarighet, samt hva de selv tenker er idealet. Ikke minst, kan man sammen finne ut hvilke faktorer de synes fremmer søvn og hva slags faktorer som hemmer (Hummelvoll, 2012). Ifølge Helse Bergen sine retningslinjer kan noen søvnproblemer vurderes basert på subjektive meninger gjennom samtaler, spørreskjema og søvndagbok, men andre søvnproblemer krever objektive vurderingsmetoder som aktigrafi, og i spesielle tilfeller polysomnografi (Bjorvatn et al., 2020). Ofte er likevel en grundig utspørring i mange tilfeller det som trengs for å stille en diagnose (Bjorvatn, 2020). Å snakke sammen, å undersøke Lene og Selma sine egne opplevelser og erfaringer.

I sykepleieprosessen kan vi knytte resultatene fra utspørringen til problemformulering (Kristoffersen et al., 2016a). Det eksisterer nok et skille et sted mellom hva som er søvnproblemer ved psykoselidelser og hva som er en søvnforstyrrelse i seg selv, men begge to vil uansett kreve sykepleietiltak. De vurderingene og observasjonene man gjør som sykepleier vil dermed påvirke intervensjoner og behandlingsvalg, noe som ved søvnforstyrrelser kan kreve spesialkompetanse (Bjorvatn, 2023). Gjennom bruk av strukturerte spørreskjema for søvnevurdering fra Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer ser jeg flere likhetstrekk mellom søvnproblemene til Selma og Lene og karakteristika ved søvnforstyrrelser. Selv om de ikke hadde en diagnostisert søvnforstyrrelse da jeg møtte dem, vil jeg for det om bruke denne muligheten til å løfte frem de mest anbefalte tiltakene. Videre vil jeg gjerne knytte dem opp mot de vanligste søvnforstyrrelsene ved psykiske lidelser: Insomni, hypersomni og døgnrytmeforstyrrelser (Holsten et al., 2011).

For Lene, som sov hele tiden ser jeg flere indikatorer på at hun har hypersomni, ved at hun sov store deler av dagen på uvanlige steder og fremdeles var søvngig. Behandlingen av dette varierer basert på alvorlighetsgrad. I første omgang er nok nattesøvn, stabil døgnrytme og søvndagbok de mest anbefalte tiltakene. Eventuelt kan man forsøke medikamentell behandling, som sentralstimulerende midler (Holsten, 2021). Har man alvorlig hypersomni kreves den

medikamentelle behandlingen, noe som er en spesialistoppgave styrt av nevrologer eller søvnspecialister (Bjorvatn, 2023). En stor del av sykepleieutøvelsen vil derfor bli struktur, søvnhygiene, dokumentasjon av søvn og å koble på legene. Elementer som allerede er tilstedeværende i det postterapeutiske miljøet og sykepleiens nåværende praksis, utenom dokumentasjonsdelen.

«Pasienter med schizofreni kan ha god nytte av veiledning om søvnhygiene og døgnrytmeregulering, særlig fordi mange er innlagt over lang tid og derfor tilgjengelige for intervensjoner når det gjelder søvn» (Holsten et al., 2011).

For de av pasientene som snudde døgnet på hodet, kan det være snakk om en døgnrytmeforstyrrelse (Barrett et al., 2020; Sivertsen, 2023). For de som opplever døgnrytmeforstyrrelser er lysterapi, søvndagbok og melatonin anbefalte intervensjoner (Helse Bergen, 2021). Mange pasienter gis allerede melatonin i tråd med anbefalinger, men kun 8% av behandlerne bruker lysterapi (Barrett et al., 2020). Dette til tross for at lysterapi sees å ha sterkere effekt enn melatonin (Bjorvatn, 2023b). Mens melatonin fremmer søvnhormonet på kveldstid, vil lysbehandling støtter opp om den indre søvnklokkas funksjon på morgenen. Det er også mulig å bruke en kombinasjon. Hva ville du selv valgt: Å sitte foran en lyslampe i en halvtime og/eller ta tabletter? Jeg vet godt hva jeg hadde gått for, men det er ikke opp til meg å velge hva slags behandling du skal få.

Gjennom Bergen Insomnia Scale samsvarer Selmas søvnproblemer med insomni. Den vanligste søvnforstyrrelsen, hvor man sliter med å sovne og har hyppige oppvåkninger (Helse Bergen, 2023). Legemidler er anbefalt ved kortvarige, forbigående søvnvansker, men i lengden er det anbefalte tiltaket kognitiv atferdsterapi (Bjorvatn, 2020, s.171). Det innebærer psykoedukasjon om søvnhygiene, avslapningsteknikker, stimuluskontroll, søvnrestriksjonsterapi og kognitiv terapi (Barrett et al., 2020; Bjorvatn, 2020; Waters et al., 2015). I nyere tid har det kommet kognitiv atferdsterapi for insomni tilpasset pasienter med psykoselidelser, hvor søvnrestriksjon er ekskludert ettersom det i pasientgruppen skaper tretthet på dagtid (Barrett et al., 2020). For en fersk sykepleier er det ikke noe man skal begi seg blindt

utpå. Man må kjenne sitt kompetanseområde. Det man derimot kan gjøre er å åpne øynene til andre i behandlingsteamet, til psykologene og legene, og sørge for at andre ser de vurderingene og observasjonene som er gjort. Ved bistand fra dem kan man sørge for at pasienten får den best anbefalte behandlingen. Eller man kan ta den videreutdanningen som kreves for å kunne tilby det. Hvem vet, kanskje jeg skal det i fremtiden.

## Å finne ro i uro

Jeg bega meg ut på å finne ut mer om søvnproblemer ved psykoselidelser av interesse for de opplevde sammenhengene jeg selv hadde sett i praksis. Fag- og forskningslitteratur belyser at helsepersonell ser søvnproblemer gjennom hele psykosens forløp og at det er svært utbredt i pasientgruppen. Likevel avdekker forskningsartiklene jeg har anvendt at utredning og behandling av søvnproblemer i pasientgruppen ikke måler seg med anbefalingene. Dette sees på som et universelt fenomen som følge av diverse barrierer. Jeg undrer fremdeles over hvorfor det er så stort gap der, men jeg har sett det før. Vil det alltid være sånn? Kommer vi noen gang til å klare å forene forskningsbasert kunnskap med utøvelse av praksis? Jeg har håp om det, om at vi kan strekke oss etter det. Slik jeg ser det deler vi alle på en kunnskapsnett, hvor alle har hver sine styrker og svakheter. Der virkelig visdom virkelig er å vite hva vi ikke vet (Gaarder, 1996, s.75). Med det vil både pasienter, sykepleiere, leger og psykologer lære av hverandre og ha muligheten til å trygge hverandre der vi finner kunnskapshull. Fordelen med det, er at vi gjennom samarbeid kan utvikle vår mellommenneskelige relasjon, den postterapeutiske atmosfæren og de ulike profesjonene i behandlingsteamet.

Disse forskningsartiklene har et dystert budskap, om at behandling av søvnproblemer tilsynelatende blir nedprioritert, men noen av dem formidler også håp for fremtiden. For det finnes alltid håp, men vi må starte et sted. En av forskningsartiklene (Barrett et al. 2020) formidler at det trengs mer kunnskap om søvn. Kan det være et sted å starte? I sykepleieutdanningen ved å gi studenter mer kunnskap om et av våre mest grunnleggende behov som mennesker? Et naturlig sykepleieansvar, hvor vi tilsynelatende har behov for å vurdere søvnproblemer hos pasienter med psykoselidelser mer systematisk. For mens Lene sov hele tiden, slet Selma med å sove. Samtidig som psykosesyntomer gikk utover evnen deres

til å møte de kravene liver stiller, skapte søvnproblemene utfordringer i evnen deres til å samhandle med andre og ivareta egenomsorg. Begge trengte sykepleiere sin støtte til å få dekket grunnleggende behov, i varierende grad, gjennom de ulike fasene av psykoseforløpet. Søvnproblemene deres var tilstede før forverringen av psykosesymptomer, og de vedvarte hos Lene etter bedring av psykosesymptomer. Å anerkjenne søvnproblemene innebærer å utforske pasientperspektivet, anvende vurderingsmetodene som kreves, og fremheve dem for andre profesjoner.

Er det å utforske søvnproblemer og anvende de mest anbefalte tiltakene for søvnproblemer en mirakelkur for psykosebehandling? Nei, det er flere grunnleggende behov som behøver sykepleierens oppmerksomhet innenfor psykoselidelser. De komplekse lidelsene påvirker hele mennesket og dets omgivelser, alt fra soma til psyke. Sykepleiere må forsøke å se hele individet, uansett hvor tidkrevende eller komplisert det er. I tråd med salutogenese, å fremme god helse i sykdom, ser det likevel ut som at det å ha fokus på andre områder enn selve psykoselidelsen kan bety mye. Akkurat som Selma syntes detaljer i omgivelsene hadde innvirkning på tilværelsen hennes, og Lene, det postterapeutiske miljøet. Sykepleiere kan ved det utgjøre en forskjell i psykoseforløpet, tror jeg. For Selma på den frivillige foreningen og Lene i sin rehabiliteringsprosess. Hvis de har en av de mest typiske søvnforstyrrelsene ved psykoselidelser, som insomni, døgnrytmeforstyrrelse eller hypersomni, finnes det flere behandlingvalg (Holsten, 2021). Et ideal å strekke seg etter i det store gapet mellom forskningskunnskap og utøvelse. Med den kunnskapen vi har om søvn betyr det at vi ved å implementere gode søvntiltak kan fremme bedringsprosessene til Lene og Selma. Ikke bare for pasientene sin del, men også for helsepersonell sin fordel: Gleden ved å se bedring.

Hvordan livene deres ser ut i dag, hvilken fase av psykoseforløpet de er i, vet jeg ikke. Jeg så Selma sittende på en benk rundt Lille Lungegårdsvann for en stund siden. Etter at våre veier delte seg trodde jeg aldri jeg skulle se henne igjen, men der satt hun. En helt vanlig bergenser som solbadet. Da jeg så henne slo det meg brått at vi hadde vært på samme reise. Mest sannsynlig på samme type sted, men med erfaringer fra to ulike perspektiv. Hun som pasient på distriktpsykiatrisk senter og jeg i en sykepleierrolle. Hadde sykepleierne utforsket søvnproblemene hennes? Hun så iallfall bedre ut, mer opplagt ut, der hun satt i sine egne tanker.

Slet hun fremdeles med søvn? Hennes tidligere ville blikk var tilsynelatende blitt erstattet av et roligere et. Hvis det viste seg at hun hadde en søvnforstyrrelse, hadde sykepleierne sørget for at Selma fikk den rette behandlingen for dem? Det mørke, bustete håret var ikke lenger krølla opp i en strikk. Bølgene la seg heller mykt ned langs skuldrene hennes. Var helsepersonalet hun møtte oppdatert på den nyeste, tilgjengelige kunnskapen på fagfeltet? De mørke ringene under øynene var borte. Jeg kjente på en smittsom, god ro.

## Referanselitteratur

Barrett, E.A., Aminoff, S.R., Simonsen, C. & Romm, K.L. (2020). Opening the Curtains for Better Sleep in Psychotic Disorders – Considerations for Improving Sleep Treatment.

*Comprehensive Psychiatry* 103 (2020). <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152207>

Bastøe, L.K.H. & Frantsen, A.M. (2016). Behovet for søvn og hvile. I Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., Skaug, E. og Grimsbø, G.H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 2 - Grunnleggende behov* (3.utgave, bind 2, s. 347 -372). Gyldendal Akademisk.

Bjorvatn, B. (2020). Søvn og søvnforstyrrelser. I Gonzalez, M.T. (Red.). *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s.169 - 175). Gyldendal Akademisk.

Bjorvatn, B. (2023, 28.februar). *Hypersomnier*. Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer. Helse Bergen. <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/hypersomnier>

Bjorvatn, B. (2023b, 28.februar) Melatoninbehandling av søvnproblemer. Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer. Helse Bergen. <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/melatoninbehandling-av-sovnproblemer>

Bjorvatn, B., Sivertsen, B., Waage, S., Holsten, F. & Pallesen, S. (2020, 06. mars). *Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av insomni*. Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer. Helse Bergen. <https://helse-bergen.no/seksjon/sovno/Documents/Nasjonal%20anbefaling%20for%20utredning%20og%20behandling%20av%20insomni.pdf>

Faulkner, S. & Bee, P. (2017) Experiences, Perspectives and Priorities of People with

Schizophrenia Spectrum Disorders regarding Sleep Disturbance and its Treatment: a Qualitative study. *BMC Psychiatry*. 17:158 DOI 10.1186/s12888-017-1329-8

Færden, A. (2020). Møter med psykose. I Gonzalez, M.T. (Red.). *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 287 - 294). Gyldendal Akademisk.

Hartberg, C.B. (2020). Psykoselidelser. I Gonzalez, M.T. (Red.). *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s.121 - 131). Gyldendal Akademisk.

Helse Bergen (2022, 13. mai). *Psyko세forløp*. Psykisk helsevern. Helse Bergen. (Hentet 24.april 2023 fra <https://helse-bergen.no/avdelinger/psykisk-helsevern/psyko세forlop>

Helse Bergen (2023, 26.januar). *Spørreskjema*. Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno). (Hentet 28.april 2023 fra <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sporreskjema>

Helsebiblioteket (2022, 22. desember). *Schizofreni – pasientinformasjon*. (Hentet 24.april 2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/pasientinformasjon/schizofreni>

Helsedirektoratet (2013) *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Nasjonal faglig retningslinje (IS-1957). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfo%20ling%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfo%20ling%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/) /attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:5981d8d6a0c9f6086a20bc426eb552f12a2d81dd/Utredning,%20behandling%20og%20oppfo%20ling%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell. LOV-1999-07-02-64. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/1999-07-02-64>

Henderson, V.A. (1995). *The Nature of Nursing: Overveielser etter 25 år*. Munksgaard.

Holsten, F., Pallesen, S., Sivertsen, B. (2011, 08.april). *Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser*. Tidsskrift Norsk Legeforening (7. utgave). 131: 688-91 doi: 10.4045/tidsskr.08.0604 <https://tidsskriftet.no/2011/04/oversiktsartikkel/sovnforstyrrelser-ved-psykiske-lidelser>

- Holsten, F. (2021, 13. september). *Generelt om søvn ved psykiske lidelser*. Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer. Helse Bergen. <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/generelt-om-sovn-ved-psykiske-lidelser>
- Hummelvoll, J.K. (2012). Samarbeid med psykotiske mennesker. I Hummelvoll, J.K., (Red.) *Helt – ikke stykkevis og delt*. (7.utgave, s.336 - 374) Gyldendal Akademisk.
- Gonzalez, M.T. (2020). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I Gonzalez, M.T. (Red.). *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (44 -56) Gyldendal Akademisk.
- Gaarder, J. (1996). Sokrates ...klokest er den som vet hva hun ikke vet.... I *Sofies Verden: Roman om filosofiens historie* (s. 65 – 78). Aschehoug.
- Johannessen, T. (2022, 21.juli). Schizofreni. I *Norsk elektronisk legehåndbok*. (Hentet 24.april 2023 fra <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/tilstander-og-sykdommer/psykoser/schizofreni>)
- Koyanagi, A., & Stickley, A. (2015). The Association between Sleep Problems and Psychotic Symptoms in the General Population: A Global Perspective. *SLEEP* 2015;38(12):1875–1885. <http://dx.doi.org/10.5665/sleep.5232>
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A., Grimsbø, G.H. (Red.) (2016a). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utgave). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A., Grimsbø, G.H. (Red.) (2016b). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utgave). Gyldendal Akademisk.
- Langeland, E. (2018). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I Gammersvik, Å. og Larsen, T. B. (Red.). *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utgave, s. 157-178). Fagbokforlaget.
- Lauveng, A. (2014) *I morgen var jeg alltid en løve*. Cappelen Damm.
- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid: Det landskapet vi er mennesker i*. Universitetsforlaget.

Li, M. & Lang, B. (2021). The Effects of Systematical Psychological Nursing on the Sleep Quality of Schizophrenic Patients with Sleep Disorders. *Am J Transl Res* 2021;13(6):7263-7269 [www.ajtr.org](http://www.ajtr.org) /ISSN:1943-8141/AJTR0132082

Malt, U. & Røssberg, J.I. (2023, 2.januar). psykoselidelser. I *Store Medisinske Leksikon*. <https://sml.snl.no/psykoselidelser>

Mjøsumd, N.M (2020). Psykisk helse - et salutogent perspektiv. I Gonzales, M.T. (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 29 - 33) Gyldendal Akademisk.

NHI (2023, 24.april) Hva er søvn? I *Norsk helseinformatikk*. Hentet 04.mai 2023 fra <https://nhi.no/kroppen-var/funksjoner/hva-er-sovn/?page=all>

Nightingale, F. (1995) *Notes on Nursing. Bemærkninger om sykepleie*. Munksgaard.

Oslo Universitetssykehus (2022, 03. mars) *Psykoselidelse*. Nasjonal kompetansesenter for utviklingshemming og psykisk helse. Oslo Universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-utviklingshemming-og-psykisk-helse/psykoselidelse>

Oslo Universitetssykehus (2023, 07.mars) *Hvordan behandles søvnproblemer ved psykoselidelser?* Regionalt kompetansesenter for tidlig intervensjon ved psykoser. Oslo Universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/forsknings-og-innovasjonsavdelingen-i-pha/regionalt-kompetansesenter-for-tidlig-intervensjon-ved-psykoser/hvordan-behandle-sovnproblemer>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Psykisk helsevernloven (1999) Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern LOV-1999-07-02-62. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Regjeringen (2023, 16.januar). *Grunnstrukturen i helsetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>

Røssberg, J.I (2016). Postatmosfæren – hva vet vi? I Strømstad, J.V., Torbjørnsen, A.B.E. &



Aasøamd. A-M.K. (Red.) *Hvem er du? Miljøterapi som terapeutisk relasjonsarbeid* (s.36–49). Hertervig Forlag Akademisk.

Røssberg, J.I. (2022, 1.februar) schizofreni. I *Store Medisinske Leksikon*.

<https://sml.snl.no/schizofreni>

Sheaves, B., Freeman, D., Isham, L., McInerney, J., Nickless, A., Yu, L-M., Rek, S., Bradley, J., Reeve, S., Attard, C., Espie, C.A., Forster, R., Wirz-Justice, A., Chadwich, E., & Barrera, A. (2017) *Psychological Medicine* 48, 1694–1704.

<https://doi.org/10.1017/S0033291717003191>

Sivertsen, B. (2014, 30. juni). *Søvnvansker i Norge*. I Stoltenberg, C. (Red.),

Folkehelse rapporten: Helsetilstanden i Norge. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/sovnvansker-folkehelse rapporten/>

St. Olavs Hospital (2020). *Døgnbehandling psykiatri*. Psykisk helsevern. St. Olavs Hospital.

Hentet 11.oktober 2022 fra <https://stolav.no/behandlinger/dognbehandling-psykiatri>

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet - psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Gyldendal Norsk Forlag.

TIPS Sør-Øst (2021, 22.mars). Søvnforstyrrelser ved psykoselidelser: forekomst, utredning og behandlinger (Del 1). [Video]. Youtube.

<https://www.youtube.com/watch?v=yHXLzokXuqU&t=1507s>

TIPS Sør-Øst (2021, 22.mars). Søvnforstyrrelser ved psykoselidelser: forekomst, utredning og behandlinger (Del 2). [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=4N2mM-YrskI>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing* (2. utgave). F.A. Davis Company.

Vabo, G. (2018). *Dokumentasjon i sykepleiepraksis* (3.utgave). Cappelen Damm Akademisk.

Waters, F., Chiu, V.W., Janca, A., Atkinson, A. & Ree, M. (2015). Preferences for Different Insomnia Treatment Options in People with Schizophrenia and Related Psychoses: A Qualitative Study. *Frontier Psychology* 6:990. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00990

WHO Expert Committee on Mental Health & World Health Organization. (1953). Expert Committee on Mental Health: *Third report [of a meeting held in Geneva, 24-29 November*

1952]. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37984>

Aarre, T.F. og Farshbaf, M. (2018). Psykoselidelser. I Aarre, T.F. (Red.) *Psykiatri for helsefag* (2.utgave, s. 107 - 134). Fagbokforlaget.

## Vedlegg 1: Metode

Essayet er et vitenskapelig essay, og står i tråd til kunnskapsbasert praksis, hvor jeg anvender både forskningsbasert, erfaringsbasert og pasientenes kunnskap (Helsebiblioteket, 2021). I essayistisk stil forsøker jeg å sirkle rundt det valgte temaet ved å være åpent, søkende og sansende. Ved å gjøre dette ønsket jeg å skape en skrivende dialog, hvor målet er at temaet skal være selve samtaleemnet (Bech-Karlsen, 2003). Tro til essaytradisjonen, hadde jeg et narrativ, hvor jeg dykker inn i gamle praksisminner og henter fram øyeblikk fra mine møter med pasientene Selma og Lene, som befinner seg på to ulike steder i psykoseforløpet. For å oppfylle den vitenskapelige delen av det vitenskapelige essayet anvendes fag- og forskningslitteratur relatert til tema.

Faglitteraturen har hjulpet meg å utforske det helsefaglige, teoretiske perspektivet på psykose, psykoselidelser, søvn og søvnforstyrrelser, samt sykepleiere sine holdninger og handlinger i møte med pasienter med psykiske lidelser. Noen av fagbøkene i referanselitteraturen er kjent fra bachelor i sykepleie sin pensumlitteratur, mens andre har blitt funnet gjennom Høgskolen på Vestlandet sitt bibliotek. Forskningslitteraturen undersøker oppgavens tema, psykose og søvn, og har blitt funnet ved hjelp av et systematisk litteratursøk. I teksten som kommer presenteres fremgangsmåten for hvordan jeg har gått frem for å finne de forskningsartiklene som anvendes i essayteksten. Det inkluderer en utdypende beskrivelse av litteratursøket og en presentasjon av forskningsartiklene i en litteraturmatrise.

### **Litteratursøk**

Ved hjelp av litteratursøk skaffer man seg oversikt over relevant kunnskap på et område man er opptatt av. Avhengig av hva man ser etter, kan man da finne både kvalitative og kvantitative studier på det aktuelle tema (Helsebiblioteket, 2021). Hensikten med det er å samle kunnskap fra ulike kilder, vurdere disse kritisk, og systematisere informasjonen (Thidemann, 2019, s.77). Et av kjennetegnene ved et godt litteratursøk er en tydelig problemstilling og en tydelig hensikt med søket (Helsebiblioteket, 2021). Dermed ble hovedundringen i essayteksten omgjort til et typisk kjerneproblem, og formulert som: «Hva kan sykepleiere gjøre for å fremme og ivareta

søvn ved søvnforstyrrelser hos pasienter med psykoselidelser?». Kjerneproblemet er utformet som et spørsmål på søken etter effekten av et tiltak (Helsebiblioteket, 2021).

## Søkestrategi

I tabellen nedenfor vises de tematiske elementene i problemstillingen ved hjelp av et PICO-skjema. PICO-skjemaet er et virkemiddel for å enklere strukturere søket og hente ut relevante søkeord. Man skiller mellom PICO for kvantitative forskningsdesign og PICO for svar på kvalitativ forskningsmetode (Helsebiblioteket, 2021). Da jeg i essayistisk stil er mest opptatt av å finne ut mer om helsepersonell og pasienter sine opplevelser og erfaringer, anvender jeg sistnevnte, selv om kjerneproblemet er formulert som et effektspørsmål. Elementene i problemstillingen struktureres dermed om til **p**opulasjon: hvem det handler om, **i**nteresse: hva slags tema jeg ønsker å undersøke *og* **k**ontekstene (Helsebiblioteket, 2021).

Sammen med norske søkeord, presenteres engelske emneord funnet via søk i Universitet i Agder sin database for Medical Subject Headings og gjennom PubMed sin nettsideoversikt over MeSH-termer. Generelle engelske tekstord er også inkludert i tabellen. Ved å bruke en kombinasjon av generelle tekstord og standardiserte emneord, som MeSH-termer, i søk i helsefaglige databaser kan man finne all tilgjengelig litteratur om temaet (Helsebiblioteket, 2021).

	<b>Population</b>	<b>Interesse</b>	<b>Context</b>
<b>Norske begreper</b>	Psykose Psykoselidelser Schizofreni	Søvnforstyrrelser Søvnlidelser	Nursing Sleep
<b>MESH-termer</b>	Psychotic disorders Schizophrenia	Circadian Rhythm Sleep Disorders Intrinsic Sleep Disorders	Nursing Sleep

	Schizophrenia and Related Psychoses		
<b>Tekstord</b>	Psychosis Psychotic disorder Schizophrenia	Circadian rhythm sleep disorders, Sleep Wake Disorders Intrinsic Sleep Disorders, Hypersomnias, Insomnia Sleep Disorders	Nursing Sleep

Tabell 1: PICO-skjema (Helsebiblioteket, 2021)

Disse søkeordene kan kombineres ved hjelp av de boolske operatørene AND, OR eller NOT i de ulike databasene. Dette bidrar til å avgrense søket ytterligere. (Helsebiblioteket, 2021). Søkeord innenfor samme tema kan kombineres med OR i søket, søkeordene på tvers av tema kan kombineres med AND. Språket i søket vil hovedsakelig være engelsk i de internasjonale databasene, med søkeordene som presentert i PICO-skjemaet (Thidemann, 2019, s.88). De standardiserte emneordene, Medical Subject Headings, anvendes i databasene der det er mulig. Dette gjelder databasene, MEDLINE, Embase og CINAHL (Helsebiblioteket, 2021). I de andre databasene, nevnt i søkehistorikk nedenfor, er MeSH-termene heller anvendt som generelle emneord og kombineres i litteratursøket med tekstord.

## Ekklusjons- og inklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier har blitt anvendt som et hjelpemiddel for å avgrense mengden med litteratur og tydeliggjøre søket (Thidemann, 2019). I innledende søk hjelper dette å redusere antall resultater. Fordelene ved det er at man konkretiserer hva man søker etter, hvilken målgruppe man har, og søker i databasene får nyere kunnskap (Thidemann, 2019). Ulempene kan være at man ekskluderer innhold i eldre artikler som kan være relevant, og at det kan bli mindre overførbart til de yngre og eldre aldersgruppene. Samtidig vil aldersbegrensninger i inklusjons- og eksklusjonskriteriene gjøre essayteksten bedre tilpasset konteksten til essayteksten, hvor det kun var pasienter fra 18 år og oppover var innlagt.

Inklusjon	Eksklusjon
Artikler yngre enn 10 år	Artikler eldre enn 2013
Fagfellevurdert	Ikke-fagfellevurdert
Engelske og norske tekster	Fremmedspråklige artikler
Voksne	Eldre, ungdom og barn

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

## Søkehistorikk

For å få en rask oversikt foretok jeg søk i de helsefaglige oppslagsverkene UpToDate og BMJ Best Practice. Disse databasene er høyt oppe i kunnskapspyramiden, og er med på å gi et raskt overblikk over feltet (Helsebiblioteket, 2021). Videre, for å finne relevante forskningsartikler til tema har jeg anvendt databasene; CINAHL, PubMed, MEDLINE, Oria, The Cochrane Library og SveMed+. Disse helsefaglige databasene er tilgjengelige for studenter gjennom biblioteket til Høgskulen på Vestlandet og gjennom Helsebiblioteket sine nettsider. Det ble foretatt søk i alle databasene nevnt, men av hensyn til enten få søkeresultater i databasen eller funn av flere duplikater vises kun søkehistorikken fra de mest relevante databasen. Verken The Cochrane Library eller SveMed+ er derfor inkludert nedenfor.

Database: Ovid Medline		
Dato for søk: 18.04.2023		
#	Søkeord	Resultat
1	((Schizophrenia/ or Schizophrenia.mp.) OR (Psychotic disorders.mp. or Psychotic Disorders/) OR (Psychosis.mp.)) AND ((Circadian rhythm sleep disorders.mp. or Sleep	580

	<p>Disorders, Circadian Rhythm/) OR (sleep wake disorders.mp. or Sleep Wake Disorders/) OR (Intrinsic Sleep Disorders.mp. or Sleep Disorders, Intrinsic/) OR (Sleep Disorders.mp.) OR (Hypersomnia.mp.) OR (Insomnia.mp.)) AND ((nursing.mp. or Nursing/) OR (Sleep/ or sleep.mp.))</p> <p><b>Begrensninger:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utgivelsesår fra 2013 til 2023</li> <li>- Adult</li> </ul>	
--	--	--

Tabell 3: Søkeshistorikk – Ovid Medline (tabell fra Høgskulen på Vestlandet, 2023)

<b>Database: Pubmed</b>		
<b>Dato for søk: 18.04.23</b>		
#	Søkeord	Resultat
1	<p>((Schizophrenia) OR (Schizophrenia[MeSH Terms]) OR (Psychotic disorders[MeSH Terms]) OR (Psychotic disorders) OR (psychosis)) AND ((Circadian Rhythm Sleep Disorders) OR (Circadian Rhythm Sleep Disorders[MeSH Terms]) OR (Intrinsic Sleep Disorders[MeSH Terms]) OR (Intrinsic Sleep Disorders))) AND ((Sleep) OR (Sleep[MeSH Terms]) OR (Nursing[MeSH Terms]) OR (Nursing))</p> <p>Begrensninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utgivelsesår: 2013 – 2023</li> <li>- Engelske og norske tekster</li> <li>- Alder: 19 – 64</li> </ul>	82

Tabell 4: Søkeshistorikk – PubMed (tabell fra Høgskulen på Vestlandet, 2023)

<b>Database: Cinahl</b>		
<b>Dato for søk: 18.04.2023</b>		
<b>#</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Resultat</b>
	<p>((Schizophrenia) OR (Schizophrenia[MeSH Terms]) OR (Psychotic disorders[MeSH Terms]) OR (Psychotic disorders) OR (psychosis)) AND ((Circadian Rhythm Sleep Disorders) OR (Circadian Rhythm Sleep Disorders[MeSH Terms]) OR (Intrinsic Sleep Disorders[MeSH Terms]) OR (Intrinsic Sleep Disorders))) AND ((Sleep) OR (Sleep[MeSH Terms]) OR (Nursing[MeSH Terms]) OR (Nursing))</p> <p>Begrensninger: På grunn av få resultater relatert til søk for kun voksne, valgte jeg å kun begrense med utgivelsesår fra 2013 til 2023, engelske og norske tekster.</p>	71

Tabell 5: Søkehistorikk – Cinahl (tabell fra Høgskulen på Vestlandet, 2023)

<b>Database: Oria</b>		
<b>Dato for søk: 18.04.2023</b>		
<b>#</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Resultat</b>
1	<p>((Schizophrenia) OR (Psychotic disorders) OR (psychosis)) AND ((Circadian Rhythm Sleep Disorders) OR (Intrinsic Sleep Disorders))) AND ((Sleep) OR (Nursing))</p> <p>Begrensninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fra 2013 til 2023</li> <li>- Fagfellevurderte tidsskrift</li> <li>- Engelske og norske tekster</li> <li>- Adult</li> </ul>	148

Tabell 6: Søkehistorikk – Oria (tabell fra Høgskulen på Vestlandet, 2023)



## Utvelgelse av artikler

Litteratursøket ga relevante søkeresultat. Etter gjennomlesning av sammendrag og skumlesning av de mest relevante artiklene for tema, valgte jeg ut artikkelkandidater for nøyere gjennomlesning. Det ble kun valgt ut artikler som samsvarte med inklusjons- og eksklusjonskriterier fra hver enkelt av databasene. Etter gjennomlesning av flere artikler består det endelige artikkelutvalget av seks ulike forskningsartikler av tre ulike studiedesign. Utvalget består av to kvantitative studier, to kvalitative studier og to randomiserte, kontrollerte studier. En av de kvantitative undersøker prevalensen av psykosesymptomer og søvnproblemer i den generelle befolkningen. Den andre kvantitative studien undersøker helsepersonell sitt perspektiv på prevalens av søvnproblemer og ulike behandlingsmetoder av søvnproblemer hos mennesker med psykoselidelser. De kvalitative studiene undersøker pasientperspektivet, mens de randomiserte, kontrollerte studiene undersøker effekten av ulike tiltak relatert til søvn innenfor psykiatriens rammer.

De utvalgte forskningsartiklene ble gjennomlest og kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister for de enkelte studiedesignene fra Helsebiblioteket; Sjekkliste for randomiserte, kontrollerte studier, sjekkliste for kvalitative studier og sjekkliste for tverrsnittstudie. Dette for å vurdere gyldigheten av artiklene sitt innhold (Helsebiblioteket, 2021). I litteraturmatrisen (Vedlegg 2) kan man se styrker og svakheter ved studiene i den siste kolonnen i tabellene. Etter kritisk vurdering, ble hver enkelt av forskningsartiklene analysert for å se etter meningsbærende elementer som kunne bidra til å reflektere rundt undringen i essayteksten. De har i stor grad bidratt til den vitenskapelige siden av essayet om søvn ved psykose og psykoselidelser. I alfabetisk rekkefølge:

- Barrett, E.A., Aminoff, S.R., Simonsen, C. & Romm, K.L. (2020) Opening the Curtains for Better Sleep in Psychotic Disorders – Considerations for Improving Sleep Treatment. *Comprehensive Psychiatry* 103 (2020) 152207  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152207>
- Faulkner, S. & Bee, P. (2017) Experiences, Perspectives and Priorities of People with Schizophrenia Spectrum Disorders regarding Sleep Disturbance and its Treatment: a Qualitative study. *BMC Psychiatry* (2017) 17:158 DOI 10.1186/s12888-017-1329-8
- Koyanagi, A., & Stickley, A. (2015) The Association between Sleep Problems and

- Psychotic Symptoms in the General Population: A Global Perspective. *SLEEP* 2015;38(12):1875–1885. <http://dx.doi.org/10.5665/sleep.5232>
- Li, M. & Lang, B. (2021) The Effects of Systematical Psychological Nursing on the Sleep Quality of Schizophrenic Patients with Sleep Disorders. *Am J Transl Res* 2021;13(6):7263-7269 [www.ajtr.org](http://www.ajtr.org) /ISSN:1943-8141/AJTR0132082
  - Sheaves, B., Freeman, D., Isham, L., McInerney, J., Nickless, A., Yu, L-M., Rek, S., Bradley, J., Reeve, S., Attard, C., Espie, C.A., Forster, R., Wirz-Justice, A., Chadwich, E., & Barrera, A. (2017) *Psychological Medicine* 48, 1694–1704. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003191>
  - Waters, F., Chiu, V.W., Janca, A., Atkinson, A. & Ree, M. (2015) Preferences for Different Insomnia Treatment Options in People with Schizophrenia and Related Psychoses: A Qualitative Study. *Frontier Psychology* 6:990. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00990

## Referanser:

Bech-Karlsen, J. (2003). *Gode fagtekster – essayskriving for nybegynnere*. Universitetsforlaget.

Helsebiblioteket (2021, 17.september). *Kunnskapsbasert praksis.no*. Sist hentet 20.april 2023, tilgjengelig fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>

Høgskolen på Vestlandet (2022, 13.desember). *Dokumentere litteratursøk: Skjema - søkehistorikk*. SYKB390 i Canvas [v/ emneansvarlig Anne Kristin Schnibsøer.]

Thidemann, I.J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.utgave). Universitetsforlaget.

## Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfattere og utgivelsesår	Hensikten	Metode og utvalg	Resultat	Kommentarer
Barrett, E.A.; Aminoff, S.R.; Simonsen, C. og Romm, K.L. (2020)	Undersøker helsepersonell sitt perspektiv, deres opplevelser og erfaringer angående forekomst av søvnproblemer og behandling av dem hos pasienter med psykoselidelser.	Datainnsamling gjennom e-mail undersøkelse.  Kvantitativ studiedesign med noen få åpne, kvalitative spørsmål.  204 klinikere, hovedsakelig sykepleiere, leger, psykologer og psykiatere	Søvnproblemer var utbredt hos 40 til 100% av pasientene.  De fleste anvendte sjeldent strukturerte vurderingmetoder for å undersøke problemene.  De fleste behandlet søvnproblemer med tiltak som søvnhygiene og medikamenter, men en andel benyttet i noen tilfeller CBT-I, lysterapi og søvnrestriksjon.  Det ble avdekket ulike barrierer som kan forklare årsaken til hvorfor søvn ikke prioriteres i behandlingen.	<b>Styrker:</b>  Undersøkelse gjennomført i Norge, omfatter helsepersonell i kontakt med både innlagte og polikliniske pasienter.  Inkluderer flere ulike profesjoner.  Anonyme besvarelser. Felles spørreskjemaer.  <b>Svakheter:</b>  Ukjent responsrate. Mulig de som har svart er mer opptatt av søvn enn de som ikke har respondert.
Faulkner, S. og Bee, P. (2017)	Undersøker pasientperspektivet til mennesker med	Intervju som metode.  15 intervjuobjekter,	Flere var bekymret for bivirkninger av medikamenter for søvn, men antipsykotika var mer akseptert enn	<b>Svakheter:</b>  Datainnsamling og analyse gjennomført

	psykoselidelser angående deres erfaringer, perspektiver og prioriteringer relater til søvnforstyrrelser og behandlingen av dem.	hvorav alle er pasienter med psykoselidelser.	hypnotika. Bruk av medikamenter var mer verdsatt i en akutt fase. Noen følte at søvnproblemene var permanente, mens andre følte seg motivert for å gjøre endringer. Deltakerne hadde ulik grad av håp i relasjon til bedring. I vanskelige tider kunne søvn fungere som en flukt fra hverdagen, i andre tilfeller var det en hindring for å kunne leve et normalt liv. Gjennom intervjuene kom det frem at vedlikehold av god søvn og søvnkvalitet var verdsatt av pasientene, og i mange tilfeller var det noe de ønsket å gjøre noe med.	av kun en person.  Pasientene ble ikke screenet for søvnproblemer ved hjelp av et standardisert verktøy.  <b>Styrker:</b>  Klart formal om å forstå og belyse erfaringer til pasienter med psykoselidelser og søvnproblemer.  Gjør rede for valg av metode, utvalg og analyse.  Ingen konkurrerende interesser.
Koyanagi, A. & Stickley, A. (2015)	Undersøker sammenhengen mellom søvnproblemer og psykosesymptomer i den generelle befolkningen.	Internettundersøkelse gjennomført gjennom Verdens helseorganisasjon, (World Health Survey) med reultater fra 70 land. Over 260.000 individuelle besvarelser inkludert i	I så og si alle land fant de sammenhenger mellom søvnproblemer og psykosesymptomer.	<b>Styrker:</b>  Stort utvalg på tvers av flere land.  Felles spørreskjema, gjør rede for faktorer som kan ha innvirkning av kulturelle forskjeller.

		analysen.		<p>Ingen konkurrerende interesser.</p> <p><b>Svakheter:</b></p> <p>Fare for kulturelle forskjeller i forståelse av søvnproblemer og psykosesymptomer.</p> <p>Involverer ikke spørsmål som rus med tanke på årsak til psykoseutvikling.</p>
Li, M. og Lang, B. (2021)	Undersøker effekten av systematisk psykologisk sykepleie relatert til søvnkvalitet hos pasienter med psykoselidelser og søvnforstyrrelser	<p>Randomisert, kontrollert studie:</p> <p>En kontrollgruppe og en tiltaksgruppe.</p> <p>101 deltakere, hvor alle er pasienter med en psykoselidelse</p>	Søvnforstyrrelser uten effektiv behandling påvirker pasientens bedring og reduserer livskvalitet. Systematisk sykepleie forbedrer psykosesymptomer, søvnkvalitet, selvtillit, medikamentetterlevelse og livskvalitet hos pasientene.	<p><b>Styrker:</b></p> <p>Godkjent av sykehusets etiske komité</p> <p>Klart og tydelig forskningsspørsmål.</p> <p>Resultater godt rapportert via skjema og statistikk.</p> <p><b>Svakheter:</b></p> <p>Lite utvalg (101 pasienter)</p> <p>Kort tidsrom (1 måned)</p>

<p>Sheaves, B., Freeman, D., Isham, L., McInerney, J., Nickless, A., Yu, L.M., Rek, S., Bradley, J., Reeve, S., Attard, C., Espie, C.A., Foster, R., Wirz-Justice, A., Chadwick, E. og Barrera, A. (2017)</p>	<p>Undersøker effekten av søvnbehandling i akutt krise for å stabilisere søvn hos pasienter innlagt ved akutte tilfeller på psykiatrisk sykehus versus standard behandling.</p>	<p>Randomisert, kontrollert studiet: En kontrollgruppe og en tiltaksgruppe.  40 deltakere, hvorav alle er pasienter med ulike psykiatriske lidelser, halvparten hadde en psykoselidelse og den andre halvparten en affektiv lidelse.</p>	<p>Søvnbehandling me CBT-I i akutt krise sammenlignet med standard behandling førte til raskere bedring, forbedring av pasienters psykiske velvære og til tidligere utskrivelse (en hel uke før kontrollgruppen). Det kan være en effektiv behandlingsmetode for søvnforstyrrelser på døgnavdelinger med fordeler både på velvære og lengden på oppholdet.</p>	<p><b>Svakheter:</b></p> <p>Kun mannlige pasienter.</p> <p>Inkluderte ikke objektive mål for søvn eller komorbide søvnforstyrrelser..</p> <p><b>Styrker:</b></p> <p>Resultater godt rapportert via skjema og statistikk.</p> <p>Tilfredstillende kravene til en randomisert. kontrollert studie</p> <p>De fleste pasientene deltok perioden ut.</p>
<p>Water, F., Chiu, W.C., Janca, A., Atkinson, A. og Ree, M. (2015)</p>	<p>Undersøker hvilke holdninger pasienter med schizofreni og andre relaterte psykososer har når det gjelder tre ulike behandlingsmuligheter for insomni.</p>	<p>Intervju som metode.  14 intervjuobjekter, hvorav alle pasientene har en psykoselidelse</p>	<p>Pasienter foretrekker psykologiske og atferdsmessige behandlinger fremfor andre søvnintervensjoner, da disse støtter opp om og styrker dem i å ta ansvar for egen bedring. Medikamentelle tiltak er sett på som betydningsfulle i akutt fase, men bare som en kortvarig løsning. Funnene peker på at brukervedvirkning er nødvendig når det gjelder</p>	<p><b>Styrker:</b></p> <p>Inkluderer både innlagte og polikliniske pasienter sine erfaringer.</p> <p>Ingen konkurrerende interesser.</p> <p>Gjør godt rede for valg av metode, utvalg og analyse.</p>

			valg av behandling	<b>Svakheter:</b>  Lite utvalg. Meldte seg frivillig, noe som kan gi "bias".  Deltakerne hadde alle gjennomgått medikamentelle tiltak. Ingen hadde prøvd CBT, og tankene deres rundt det reflekterer kun tanker.
--	--	--	--------------------	--

*Tabell 1: Litteratormatrise (inspirert av Thidemann, 2019)*