



Høgskolen i **Hedmark**

Hysj!

Virkning og gjennomføring av søvnhygiene og miljøtiltak for personer med demens.

Helene Skybak

Antall ord: 7698

Emnekode: 4VFOPSH1
Fagspesifikk fordypning med vekt på psykisk helse hos eldre

Campus Elverum
Avdeling for helse og idrett
Viderutdanning i eldreomsorg med vekt på psykisk helse, kull 2
ELVERUM, 1 juni 2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Litt medisin

*Litt medisin, litt medisin
så kan du sove rolig
så kan vi alle hvile litt
fra rop og fall, skritt hit og dit
som ikke har en plan, en vei*

*Litt medisin, litt medisin
så kan du sove rolig
Så kan du hvile litt i dag
og her er det fler som deg,
Jeg ville gjerne trøste deg-
men her er så mange,
jeg er bare jeg*

*De ringer, roper, de må skiftes på
og de er store, tunge
og sønner, døtre, maser så
jeg blir så trøtt og ør
så ta litt medisin,
det gjør så godt
for kropp og sinn-
om ikke din- så min*

Sammendrag

Hensikt/Mål: Oppgavens hensikt var å finne ut om søvnhygiene og miljøtiltak ville ha virkning på å bedre søvnen hos personer med demens. Videre diskuteres mulighetene man har for å integrere søvnhygiene og miljøtiltak inn i den daglige pleien. Viktigheten med å finne tiltak for søvnfremming hos personer med demens, var økningen i antall med demens i tiden fremover, og at søvnforstyrrelser kan påvirke hele deres liv.

Metode: Dette er et litteraturstudie, hvor det er søkt etter bevisbasert- teori og forskning. Søkeordene var DEMENTIA, SLEEP, SLEEP HYGIENE, ENVIROMENT, og det ble søkt i databasene EBSCO (Ageline og cinahl full text), Swemed +, PubMed, ovid nursing, og google scholar. Kvalitative og kvantitative artiklene var av interesse. Prøvde å unngå forskning som var mer enn 5-10 år gammel, med mindre det er forskning som ofte ble representert som bakgrunns litteratur. Artikler på norsk, svensk, dansk og engelsk, ble foretrukket. Fagfellesvurderte, og publisert i anerkjente databaser eller tidsskrifter. Inklusjonskriteriene og eksklusjonskriterier var selvvalgt, og det ble brukt sjekklister fra den norske «Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester» for å validere forskningen.

Funn: De fleste undersøkelsene fokuserte på enkelttiltak eller kombinerte tiltak som kan plasseres under kategoriene søvnhygiene og miljøtiltak. I studier som tar for seg enkelttiltak viser liten positiv bedring på søvnen, hvor studiene som kombinerer to eller flere tiltak kan vise til bedring av søvnen. Forskning viste til at lys, støy og rutinemessig tilsyn, både med og uten inkontinenspleie var de faktorene som førte til hyppig oppvåkning hos pasienter. Alene hadde ikke reduksjon av lys, støy og tilsyn noen virkning på søvnen, men kombinert med andre tiltak virket det positivt inn.

Konklusjon: Innføring av søvnhygiene og miljøtiltak på natt i avdelinger med personer med demens, kan virke positivt inn på nattesøvnen. Gjennomføring av tiltakene krever en personsentrert tilnærming, og samarbeid mellom personalet. anbefaler at det gjøres videre undersøkelser i denne tematikken, da de fleste studier har for lav deltagelse til å gi en fullstendig konklusjon.

Nøkkelord: Dementia, Sleep, Sleep hygiene, Environment.

Summary:

Intent/goal: The thesis objective was to find out if sleep hygiene and environmental interventions would be effective in improving sleep in people with dementia. Then the possibilities are discussed in how to integrate sleep hygiene and environmental interventions into the daily care. The importance of finding interventions for sleep promotion in people with dementia is the increase in number of people with dementia in the future, and because sleep disorders can affect their entire lives.

Method: This is a literature study, where its searched for evidence-based theory and research. The keywords were dementias, SLEEP, SLEEP HYGIENE, environment, and it was applied in EBSCO databases (Ageline and CINAHL full text), Swemed +, PubMed, Ovid Nursing, and google scholar. Qualitative and quantitative articles were of interest. Tried to avoid research that were more than 5-10 years old, unless the research is frequently represented as background literature. Articles in Norwegian, Swedish, Danish and English, was preferred. Peer reviewed, and published in reputable database or journal. The inclusion and exclusion criteria were self-made, and it was used checklist's from the Norwegian "nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester" to validate the found research.

Findings: Most of the studies focused on one single intervention or combined interventions that can be placed under the categories of sleep hygiene and environmental interventions. In studies dealing with a single intervention show little positive improvement of sleep, however where the studies combine two or more interventions it showed improvement in their sleep. Research showed that light, noise and routine supervision, both with and without incontinence care were factors that led to frequent awakening in patients. Alone the reduction of light, noise and supervision had no effect on sleep, but combined with other interventions it gave positive results.

Conclusion: The introduction of sleep hygiene and environmental interventions at night in institutions with people with dementia can have a positive effect on sleep. Implementation of these interventions requires a person-centered approach, and collaboration between staff. Recommend that there be further investigation of this matter, as most studies have insufficient participation to provide a complete conclusion.

Keywords: Dementia, Sleep, Sleep hygiene, Environment.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	1
1.2 Avgrensning og oppbygning	2
2 Metode	3
2.1 Søkeprosessen	3
2.2 Kildekritikk	5
3 Teoretisk plattform	6
3.1 Søvn	6
3.1.1 Søvnens stadier og funksjon	6
3.1.2 Fysiologiske forandringer vedrørende søvn i alderdommen	8
3.2 Demens	9
3.2.1 Søvnproblemer hos personer med demens	10
3.3 Sykepleierens funksjon	11
3.4 Ikke-medikamentelle tiltak	12
3.4.1 Søvnhygiene som overordnet prinsipp	13
3.4.2 Tilrettelegging av miljøet	15
4 Drøfting	17
4.1 Innføring og gjennomføring søvnhygieniske prinsipper	17
4.2 Tilrettelegging av miljøet på natt	19
4.3 Ansattes ansvar for iverksetting av tiltak for bedring av søvn	22
5 Konklusjon	23
6 Litteraturliste	25
Vedlegg 1 Anvendte sjekklister	i
Vedlegg 2 Sjekkliste for vurdering av en RCT	ii
Vedlegg 3 Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel	vi
Vedlegg 4 Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning	x

Figurliste

Figur 1 PICO- skjema	4
----------------------	---

1. Innledning

Fokuset på søvnproblematikk og tilhørende tiltak hos personer med demens er lav. Dette viser et oversiktsøk på 4 databaser. Antall artikler og studier er bare en brøkdel, i forhold til antallet man finner om voksne og barn. De demografiske fremskrivningene viser en økt andel eldre i løpet av de neste 30 årene, og som en direkte konsekvens av at det blir flere eldre, samt at man lever lenger vil bli demensutvikling. I rapporten *glemsk, men ikke glemt (2007)*, viser sosial- og helsedepartementet til at det var ca 66 000 mennesker med demens i Norge på dette tidspunktet, og de regnet med at andelen ville bli fordoblet og ligge på ca 130 000 innen 2040. For å sikre disse personene en god alderdom tiltross for den degenerative sykdommen, må vi vite mer om hvordan en kan løse utfordringer hos de enkelte. I daglig virke som nattsykepleier, opplever jeg mange utfordringer rundt en person med demens sin søvn. Det kan til tider virke som at dette feltet er nedprioritert i forhold til de synlige fysiske vanskene som oppstår. Av erfaring vet jeg at det trengs tid, samarbeid mellom helsepersonellet og kunnskap for å knekke koden til en god søvn hos personer med demens.

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt å konsentrere meg om blir stående som

Vil søvnhygiene og nattlige miljøtiltak bedre søvn hos personer med demens, og hvordan utføre dette i praksis.

Da oppgavestørrelsen er fastlagt på forhånd, ble det naturlig å begrense antall tiltak som kan benyttes. Søvnhygiene er anerkjente prinsipper som blir anbefalt for alle som opplever søvnvansker, og jeg ønsker å vurdere virkningen på disse prinsippene opp mot en person med demens sine søvnvansker. Miljøtiltak som ikke farmakologisk intervensjon hos personer med demens, er gjort godt kjent igjennom lærebøker og fagartikler, og jeg vil utforske virkning og muligheter for å bringe dette inn som en del av pleien.

1.2 Avgrensning og oppbygning

For å begrense oppgavens omfang har jeg valgt å fokusere på pasienter med demens som bor på institusjon og som er fysisk oppegående. Jeg velger å ikke fokusere på grad av demens i oppgaven. Vi er i denne sammenheng pleiepersonale eller annet personale som jobber tett med personer med demens. Igjennom oppgaven vil jeg veksle på begrepet person med demens og pasient. Miljøtiltak er et stort felt, men jeg velger å trekke frem det forskningen anser som problematiske forhold i miljøet bare i søvnperioden på natt.

For å kunne se lettere hvilke spørsmål en må besvare for å kunne drøfte hvordan søvnhygiene og miljøtiltak kan påvirke søvnen hos personer med demens anser jeg disse forskningsspørsmål som relevante:

- Hvordan utvikler søvnen seg ved naturlig aldring?
- Hvilke søvnforstyrrelser vil personer med demens kunne oppleve?
- Viser forskning at disse to tiltakene har effekt?

Videre vil jeg drøfte hvordan en kan bruke disse tiltakene i praksisfeltet, ved å knytte dette opp mot forskningen som belyses.

Oppgaven vil bestå av 5 deler, hvorav del 1 er innledningen. Del 2 forklarer metoden og utvelgelsen av litteratur og kildekritikk, mens del 3 tar for seg teorien som viser i faglitteratur og studier. Drøfting vil følge i del 4, og hovedkonklusjonen i del 5.

2 Metode

Metode er et verktøy for hvordan man skaffer og tolker informasjon, samt hvordan en bruker og organiserer denne informasjonen (Larsen, 2007). Metoden i denne oppgaven er et litteraturstudie, som går ut på at hvordan man søker etter, kritisk vurderer, presenterer og drøfter informasjon funnet i litteratur for å danne seg en mening til et aktuelt tema (Dysthe, Hertzberg og Hoel, 2010). Metoden kan videre deles inn i kvalitativ eller kvantitativ tilnærming. Kvantitativ tilnærming omhandler et ønske om bredde, noe som vil gi en generalisering. Dataene som samles vil være observerbare, harde fakta (Dalland, 2012). Kvantitativ tilnærming baserer seg på positivismen, som anser at alle funn skal være mulig å etterprøve (ibid, 2012). Kvalitativ tilnærming retter seg mot å gå i dybden, og det vil være problematiske å observere dataene. Disse dataene kalles for myke data og man får gjerne masse data i form av subjektive erfaringer. Fremgangsmåten vil i mange tilfeller avgjøres av problemet eller fenomenet som undersøkes, og hva en ønsker å få svar på. Mange bruker en blanding av kvalitativ og kvantitativ tilnærming (Dysthe et al, 2010).

I litteraturen finnes det mange små studier innefor tiltak for bedring av søvn hos personer med mild kognitiv svikt, med hovedsakelig sikte på hjemmeboende eller personer med mild kognitiv svikt. Finner lite tilgjengelige og oppdaterte studier på tiltak for personer med demenslidelse av moderat til alvorlig grad, som er inneboende på institusjon. Derfor vil jeg møte noe utfordring med tanke på å trekke sammenhenger og konklusjoner basert på funn i disse undersøkelsene. Men ved å se de fysiologiske søvn og kognitive forandringer som oppstår vil jeg kunne trekke sammenhenger og mulige løsninger.

2.1 Søkeprosessen

For å finne artikler, måtte jeg vite hvilke databaser som er mest aktuelle for meg å søke i med tanke på tema for oppgaven. Gjennom Høgskolens bibliotek hadde jeg tilgang på flere

sykepleiefaglige databaser. Før selve søkingen fant sted valgte jeg å dele opp problemstillingen å sette det inn i PICO skjema (**figur 1**).

Population	Dementia
Intervention	Non-pharmacological intervention (Søkeord: sleep hygiene, enviroment)
Comparision	
Outcome	Sleep

figur 1 PICO- skjema

Kombinasjonsordene som ble brukt var AND og OR, i noen tilfeller ble NOT brukt i de tilfeller hvor ekskludering var nødvendig. Både kvalitative og kvantitative artikler er av interesse. Prøvde å unngå artikler som er mer enn 5-10 år gamle, d.v.s. 2002-2012, med mindre det er forskning som er hyppig representert som bakgrunns litteratur. Artikler på norsk, svensk, dansk og engelsk, da dette er språk jeg behersker relativt godt. Fagfellesvurderte, og publisert i anerkjente databaser/tidsskrifter. Består av anerkjent forskningsoppsett og kan kvalitetsvurderes ved bruk av sjekklister utgitt av nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, 2006. Trunkeringstegn ble brukt, \$ og *.

I tillegg til databaser på nett, brukte jeg en del fagbøker. Bøkene ble valgt ut fra problemstillingen og vurdering av innhold. En bok ble valgt bort da innholdet ikke samsvarte med de faglige retningslinjer som har fremkommet i senere år, i tillegg var det dårlig med henvisninger til annen litteratur, og visse faglige feil ble identifisert. Resten bøkene anser jeg som av god faglig kvalitet, de har god metodikk og gir gode referanser.

Databaser som det ble gjort søk i var EBSCO, hvor jeg valgte Ageline og Cinahl with full text. Videre søkte jeg på Swemed +, PubMed, Ovid nursing, og Google scholar. Søkene ble foretatt sporadisk i perioden august 2010 til mai 2012. Søkte hovedsakelig på artikler og studier i full tekst, noe som gjorde søket noe begrenset, fant i tillegg noe i trykket form igjennom biblioteket.

Søkene DEMENTIA + SLEEP HYGIENE + SLEEP ga meg 20 fulltekst resultater i EBSCO hvor jeg valgte 2 RCT studier, på Ovid nursing fant jeg ingen, Swemed+ hadde 14 resultater, hvor jeg valgte ut 2 artikler fra norske søvnspecialister. Pubmed gav 20 resultater, hvor ingen ble valgt. Google scholar gav for mange resultater på søkekombinasjonen, så denne databasen ble hovedsakelig brukt for å finne refererte publikasjoner.

DEMENTIA + ENVIROMENT\$ + SLEEP, gav betydelig flere resultater, og i EBSCO fant den 24, hvorav jeg valgte 4 etter å ha lest abstrakt og vurdert opp mot egen problemstilling. Her besto det av 1 RCT og 3 oversiktsartikler. Swemed+ gav ingen resultater på denne søke kombinasjonen, mens Pubmed fant 50, hvorav jeg valgte ut en oversiktsartikkel og en kvalitativ intervjustudie. Google scholar ble brukt på samme måte som ved forrige søkekombinasjon, hvor referansene ble funnet.

Videre gikk jeg inn i referanselistene på det jeg fant, og la inn publiseringer for søk, fant på denne måten mange relevante, som jeg ikke fikk opp under søkeordene. Og som tidligere nevnt, ble hovedsakelig Google scholar brukt til dette formålet.

2.2 Kildekritikk

For å avgjøre om kilden jeg brukte var god nok, valgte jeg å bruke standardiserte sjekklister utgitt av nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester. Disse listene vil legges ved som vedlegg, i tillegg vil jeg legge ved et vedlegg som viser hvilken sjekkliste som ble brukt ved de forskjellige studiene og artiklene. Ved to tilfeller, må jeg referere Schnelle et al (1989 og 1993) som det er referert til i flere oversiktartikler og som bakgrunnsmateriale i et par RCT som står oppført i flere oversiktsartikler. Dette gjøres da primærkildens resultater er av betydning for min oppgave. Fant ikke full versjon av denne studien, samt tok det for lang tid fra bestilling til besittelse. Dette vil gjøre oppgaven noe svakere, da jeg må basere ufallet på sekundærkildene, og muligheten for egen vurdering av deres metode frafaller. I tillegg kan det nevnes at de data jeg har samlet, baserer seg på min oversetting av engelsk litteratur, noe som kan ha ført til feiltolkninger.

3 Teoretisk plattform

For å kunne vurdere søvnproblematikken opp mot de tiltak jeg senere vil gjøre rede for, så trenger man en forforståelse av begrepet søvn, fysiologiske aldersforandringer på søvn, demenslidelse, og hvordan en demenslidelse påvirker behovet og muligheten for søvn. Dette vil det gis en nærmere forklaring på i dette kapitlet.

3.1 Søvn

Vi tilbringer ca 1/4 av våres liv i sovende tilstand, noe som understreker søvnens viktighet for livet. Sovende tilstand kan forklares med at kroppen opplever langvarig hvile og hvor man ikke bevisst på sine omgivelser. Søvn regulerer konsentrasjonsevne, oppmerksomhetsevne og yteevne, videre er det under søvn man ubevist bearbeider og integrerer informasjon, samt at implementering av nye ferdigheter tar plass (Ursin, 1996). Hormonproduksjon og restituering foregår under søvn, mye på grunn av den nedkjøling man opplever på natten. Søvn er en av menneskets grunnleggende behov, og er vel så viktig som både ernæring og eliminasjon. Ved å opparbeide seg en oversikt over søvnens betydning for livskvalitet, velvære og menneskets funksjon, så vil man lettere se viktigheten med et økt fokus på søvn hos personer med demens.

3.1.1 Søvnens stadier og funksjon

Søvn viser seg ifølge Ursin (1996) igjennom fem dybdestadier, de fire første stadiene ligger under kategorien Non-Rapid-Eye-Movement (NREM), mens det siste stadiet tilhører Rapid-Eye-Movement (REM). Søvn figurerer ikke kronologisk, men går i sykluser igjennom natten. De to første stadiene i NREM søvn er av lett type, hvor en kan oppfatte tilstanden mer som døsning enn søvn. De to siste stadiene i NREM er av dypeste art, hvor både kroppstemperaturen og pulsen synker, mens hjerneaktivitet og muskler operer langsommere.

Denne dype søvnen er viktigst for både den subjektive opplevelsen, samt de fysiologiske konsekvensene vedrørende søvn. (ibid, 1996)

Ved mangel på dyp søvn, så bidrar det til en opplevelse om at søvnen var av dårlig kvalitet og man føler seg gjerne uopplagt (Engedal, 2008). Det vises at eldre i stor grad mister noe av evnen til å oppnå dyp søvn og noen mister evnen helt (Ursin, 2001). Dette vil naturligvis bidra til at eldre vil ha en annen subjektiv oppfattelse av egen søvn, enn for eksempel nattevakten som observerer de igjennom natten.

REM-søvn er det femte stadiet, og beskrives som perioder hvor hjernen befinner seg mellom våken og lett søvn, med hurtige øyebevegelser. Det er ikke vist at manglende REM- søvn har noen negativ betydning for subjektiv eller fysiologisk opplevelse av søvn ifølge Prathiba, Kumar og Karanth (i Fetveit, 2010). Derimot hevder Ursin (1996) at REM-søvn kan ha betydning på læring og hukommelse.

Søvnen reguleres av det opparbeidede søvnbehovet, den innebygde døgnrytmen og vaner. Det opparbeidede søvnbehovet bestemmes av lengden man har vært uten søvn, og ved et stort underskudd på søvn vil man føle seg trett og lettere sovne (Ursin, 1996). Døgnrytmen bestemmes av den indre biologiske klokke som reguleres i hypothalamus, som vanligvis holder ca 25 timer, noe som innlysende ikke passer sammen med det tidsbegrep vi benytter oss av i det daglige. For å tilpasse oss 24 timers døgnet, har vi en rekke andre faktorer som bidrar til døgnrytmeregulering (ibid, 1996). Melatonin er et søvnfremmende hormon hvor utskillelsen hemmes når man utsettes for lys, mens i mørke så vil hormonet utskilles i økt grad. I tillegg til lys og mørke, så påvirkes utskillelsen av melatonin av hjerneaktivitet (ibid, 1996). Vaner og rutiner påvirker også søvnen. (Ursin, 2006; Fetveit, 2008)

3.1.2 Fysiologiske forandringer vedrørende søvn i alderdommen

Ranhoff (2008) nevner at svekkelse av hypothalamus kan være en årsak til at den dype søvnen avtar. I tillegg sier Ranhoff (2008), at man fra 70-års alder vil oppleve at nesten all den dype søvnen forsvinner.

Hos eldre reduseres den daglige aktiviteten, og igjennom tapt nettverk så vil det sosiale samspillet reduseres noe som videre gir utfordringer med å kunne klare å skille på dag og natt (ibid, 2008). Når man ikke har en meningsfull tilværelse, så blir det lettere å døse igjennom dagen, noe som gjør at det ikke vil opparbeides noe søvnbehov til natten. Døgnrytme påvirkes blant annet av kroppens kjernetemperatur, ved at en vil ha større mulighet for å sovne på et tidspunkt hvor kroppens temperatur er på det laveste, som i de fleste tilfeller er på kvelden (Ursin, 1996). Ved høy alder vil kroppens temperaturregulering avta (Wyller, 2011).

Undersøkelser på hva som kan være den fysiologiske årsaken til søvnproblemer som kan oppstå ved naturlig aldring, vises det til en reduksjon av melatoninproduksjon sier Nygaard (2006). I tillegg så må man legge til at ved økende alder så vil det være en gjennomgående men mild nedbrytning av hjernevev, som kan påvirke hypothalamus (Wyller, 2011).

Ved naturlig aldring så vil tiden for innsovning økes, noe som gir utslag i lang ”uproduktiv” liggetid. Dette kan gi konsekvenser med det hensende at man bruker mye hjernekapasitet på å fokusere på at man ikke får sove (Ranhoff, 2008; Nygaard, 2006; Fetveit, 2008). Dette ender opp som en vond sirkel, da det negative fokuset på utebliende søvn vil gi opphav til stress som i så måte bidrar til lenger latenstid innsovning. Ved alderdom så vil den totale søvnen igjennom et døgn, være lik yngre voksne, men søvnen fordeles gjerne utover dagen (Engedal, 2008)

3.2 Demens

Demenslidelse er en samlebetegnelse på flere ulike former for degenerative hjernesykdommer. Felles for disse sykdommene er svikt i kognitive og emosjonelle funksjoner, som gir utslag i avvikende atferd. De vanligste demenslidelsene er Alzheimers sykdom (60-70%) og vaskulær demens (15-20%). Deretter finner man blant annet frontotemporal demens, demens med lewy legemer, alkoholindusert demens og parkinsonistisk demens. Engedal (i Engedal og Haugen, 2009:17) bruker en definisjon for demens av som lyder slik:

Demens (gal, avsindig) er en fellesbetegnelse på en tilstand (syndrom) som kan være foresaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibelkognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd.

Kriteriene for å bedømme om en person er rammet av demenslidelse er beskrevet i klassifiseringsverktøyet ICD-10, som er utarbeidet av Verdens helse organisasjon (Engedal, 2008). Ifølge ICD-10 er kriteriene for demenssykdom: svekket hukommelse, svikt av andre kognitive funksjoner, svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd, klar bevissthet og må ha vært en varighet på minimum 6 måneder (Rokstad, 2008a). Det er gitt at den ene svikten skal knyttes til hukommelse, og det må prege den rammede i dagliglivet (Engedal, 2008).

Sykdomsforløpet preges av stor individuell variasjon avhengig av diagnosen, hos noen utvikles sykdommen raskt, mens hos andre kan det gå lang tid før sykdommen preger dagliglivet (Engedal, 2008). Sykdomsutviklingen beskrives i tre hovedfaser (ibid, 2008). Mild grad er hvor demenslidelsen påvirker dagliglivet, men en fungerer greit i trygge og faste omgivelser. Ved moderat grad vil behov for hjelp økes, selv i trygge og faste omgivelser. Alvorlig grad karakteriseres av et stort hjelpebehov, og nødvendig tilsyn 24 timer i døgnet. Når pasienten har utviklet en alvorlig grad av demens, så vil de i mange tilfeller søkes over i institusjon.

Symptomene ved demens deles inn i kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer. Kognitiv svikt kan best beskrives som en redusert evne til å tenke, huske, tolke, lære, oppfatte, forstå og iverksette. Atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD). APSD er de symptomene som oftest skaper utfordringer hos personene selv og i omgivelsene. Deres handlinger og uttrykk kan oppfattes irrasjonelle og skremmende, da de i tilfeller styres av vrangforestillinger og hallusinasjoner. Irritabilitet og aggressivitet, oppstår gjerne når personen er utrygg i situasjonen, da de i mange tilfeller ikke evner å uttrykke eller klarer å gjøre rede for dette. (Rokstad, 2008a; Engedal, 2008; Wyller, 2011)

Rokstad (2008a) viser til at hyppigheten av demenslidelser ikke er økende, men den økende alderen gjør at prevalensen er stigende. Ifølge Sosial- og helsedepartementet (2007), er det ca 66 000 personer med en demenslidelse i Norge. Tallet er stigende (ibid, 2007). Engedal (2008), viser til at det ifølge undersøkelser er en klar sammenheng mellom demenslidelse og høy alder. Demografiske fremskrivninger gjort av statistisk sentralbyrå (2009), forteller om en økning av eldre over 65 i årene fremover. Mellom 75-80 % av pasienter med plass på sykehjem har en form for demenslidelse, noe som samsvarer dårlig med det lave antall tilrettelagte plasser som finnes for denne pasientgruppen (Engedal, 2008).

3.2.1 Søvnproblemer hos personer med demens

Personer som er rammet av en demenslidelse, vil kunne oppleve en forstyrrelse i søvnen. Et forskningsprosjekt utført av universitetspsykehuset i Stavanger, viste at ca 7 av 10 personer med demens opplevde søvnproblemer (Fugelsnes, 2012). Søvnforstyrrelsene som vil oppleves er en forlenging av de normale aldersforandringene på søvn, og må ses i sammenheng med de kognitive forstyrrelsene som ved en demenslidelse vil forekomme (Nygaard, 2006). Den økte innsøvningstiden, hyppige oppvåkninger og redusert kognitive funksjoner bidrar alle til en døgnrytmeforstyrrelse hos en person med demens (Engedal, 2008)

Ved moderat til alvorlig demenslidelse, så vil en kunne oppleve en økt forvirring på sen ettermiddag eller på kveldstid ved sengetid. Dette kalles i faglitteratur som sundowning.

Sundowning er et omstridt begrep, og noen hevder at det er en form for delirium som forekommer hos de med demens (ibid, 2006). Den økte forvirringen gir seg til syne ved agitasjon, angst, uro og vandring, noe som kan gjøre leggesituasjonen utfordrende (Rokstad, 2008c).

Det er flere komponenter hos personer med demenslidelse, som påvirker søvn. Ved PSG registreringer ser man at demenslidende vil ha et oppstykket søvnmønster (Ursin, 2001). Det fragmenterte mønsteret kan ofte resultere i hyppig oppvåkning hvor man gjerne ser at personen med demenslidelse står opp og begynner å vandre. Lett søvn vil øke utover det som ses på som naturlig hos friske eldre, og den dype søvnen vil reduseres ytterligere (Nygaard, 2006). Dette påvirker videre at konsentrasjons- og oppmerksomhetsevne reduseres, noe som kan bidra til uro og forvirring hos den det gjelder (Rokstad, 2008c).

3.3 Sykepleierens funksjon

Sykepleier har ansvar for å kartlegge og vurdere pasientenes problemområder, samt å styrke og ivareta deres grunnleggende behov. Anerkjente sykepleieteoretikere innen behovsteori som blant annet Virginia Henderson og Dorothea Orem, hevder at søvn er en av menneskets basale behov, og vi er dermed pliktige å støtte oppom søvnbehovet (Henderson, 1997; Cavanagh, 2010). Henderson (1997) hevder at å fremme god søvn er et av sykepleiens viktigste mål. Vi har i tillegg igjennom de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere en plikt til å ivareta pasienters omsorgsbehov, og fremme helse (norsk sykepleierforbund, 2011).

I enhver samhandling med pasienter må vi utvise respekt og medmenneskelighet, og det å kunne se dem som hvem de er sier Kitwood (1999). For å kunne behandle en person med demens på en verdig og god måte, er det viktig at vi har kjennskap til personens levde liv. For å lære om pasientens levde liv, er det viktig å snakke med pårørende. Tom Kitwood (1999) opplevde at personer med demens ofte ble krenket på flere måter, både av pårørende og omsorgspersonale. Igjennom flere forskningsprosjekter fant han ut at negative sosialpsykologiske holdninger, bidro til negativ atferd og hurtigere forløp av demenslidelsen.

Han beskriver at holdningene kommer som en forsvarsmekanisme hos individene som omgås personer med demens. Frykt for å miste sin egen forstand og bli avhengig av hjelp fra andre, mener Kitwood (1999) at er årsaken til omsorgspersoners ondartede sosialpsykologi. Alle i en avdeling har ansvar for hvordan behandler en pasient, for det er de ansatte som setter pleiekulturen. En kvalitativ studie utført i Storbritannia, av McIntosh og MacMillan i 2005, hvor de intervjuet 26 studenter og 15 sykepleiere på et sykehus om hvilke holdninger de hadde til fremming av søvn. Resultatene fra undersøkelsen viste at grunnet rutiner og pleiekultur så ble ofte søvnpromotering nedprioritert.

For å vurdere søvn på institusjon hos personer med demens, anbefales det å kartlegge døgnet ved et hjelp av et døgnregistreringsskjema. Her kan man legge inn ulike vansker som oppstår igjennom døgnet. Og man ser lettere sammenhenger i døgnrytmen til pasienten ved å sette observasjonene i system. Det finnes i tillegg en rekke ulike spørreskjema, søvndagbøker og lignende som kan prøves ut, men her må man ta i betraktning alvorlighetsgraden på den kognitive svikten. (Wyller, 2011)

3.4 Ikke-medikamentelle tiltak

Tidligere ble det innefor helsetjenestene lagt stor vekt på medikamentelle tiltak, og hvor reseptblokka eller medisinerpermen ikke satt langt fra hånden. I mange tilfeller så er medikamenter det riktige, både med tanke på somatiske og psykologiske problemer, men utredning og diagnostisering er da påkrevd (Engedal, 2008). I det senere har fokuset blitt lagt mer inn på tiltak som ikke involverer medikamenter, da man så at bivirkninger i mange tilfeller gjorde mer skade enn det opprinnelige problemet (Engedal, 2008). Hos de med demens har man fort igangsatt behandling med hypnotika og sedativa for de med hyppig og utfordrende søvnproblematikk.

Det er gjort mange studier for å vurdere effekten av medisinske tiltak for å bedre søvn hos personer med demens, hvor konklusjonene i de fleste tilfeller viser en kortvarig bedring (Nygaard, 2006). Avhengighet er en kjent problemstilling rundt hypnotika og sedativa, og

bivirkninger som svimmelhet og ”hang-over” er lite ønskelige bivirkninger til denne pasientgruppen (Nygaard, 2006). Gjennom søk i ulike databaser, fant jeg lite om forebygging og ikke-medikamentelle tiltak i forbindelse med søvn til personer med demens. Oversiktsøk viste meg at forskning i søvn hos de ellers friske personene var godt representert.

3.4.1 Søvnhygiene som overordnet prinsipp

Et av de tiltakene vi som sykepleier kan iverksette for både forebygging og behandling av søvnproblemer hos personer med demens er god søvnhygiene. Fetveit og Bjorvatn (2005), beskriver denne tiltakspakken som basistiltakene i forhold til dårlig søvn. I hovedsak går søvnhygiene ut på å styrke de søvnregulerende faktorene, og innarbeide seg en god rutine for fremming av søvn. Da personer med demens har utfordringer i forhold til kognitive ferdigheter, som planlegging, iverksettelse og hukommelse, så må personellet rundt han være de som tar seg av implementeringen av de søvnhygieniske prinsipper i avdeling.

Fetveit og Bjorvatn (2005), sier videre at man må avgjøre hvilke råd man trenger økt fokus på, og noen av rådene kan av praktiske eller individuelle årsaker ikke implementeres. Søvnhygiene går ut på å begrense tiden man tilbringer i sengen/på soverommet til å bare gjelde søvn og seksuelle aktiviteter. En lur på dagen bør holdes på under en time, og man må unngå å legge det til ettermiddag eller kveld. Man bør drive med fysisk og sosial aktivitet, og sørge for dagslys. Man må ha det mørkt, svalt og rolig etter sengetid. En må innføre daglige rutiner, hvor man legger seg og står opp samme tid hver dag, faste kveldstellrutiner og regelmessige måltider. I tillegg skriver Fetveit og Bjorvatn (2005) at man bør begrense kaffe, te og røyk etter 17. Søvnhygiene innebærer ulike tiltak, som kan individualiseres.

Forskning på søvn hos personer med demens tar for det meste for seg de spesifikke tiltakene, eller en kombinasjon av to til tre ulike tiltak. McCurry, Gibbons, Logsdon, Vitielli og Teri (2005), foretok en undersøkelse for å se virkning av innføring av søvnhygiene, 30 minutters fysisk aktivitet og lysbehandling hos hjemmeboende personer med demens. Her hadde de undervisning for pårørende i søvnhygiene, de bisto i tillegg med å utforme individuelle planer

for implementering av søvnhygiene. Hovedrekkene i søvnhygiene som ble iverksatt var endring av tidspunkt for sengetid, samt tidspunktet for oppvåkning. I tillegg skulle tidspunktene være konsekvent og ikke avvike mer enn 30 minutter fra planen. Videre skulle hvile i form av søvn på dagtid holdes før klokken 13 på dagtid, og være på maks 30 minutter. McCurry et al (2005), definerer ikke fysisk aktivitet som søvnhygiene, men jeg velger å følge Fetveit og Bjorvatns (2005) definisjon om fysisk aktivitet som søvnhygiene. Studien viser at kombinasjonen søvnhygiene, fysisk aktivitet og lysbehandling har en positiv effekt på hjemmeboende med demens. Studien er av liten størrelse med 36 deltakere, men gir et innblikk i mulig virkning av søvnhygiene.

Studie foretatt av Eggermont, Blankevoort og Scherder (2010), undersøker effekten av et program bestående av fysisk aktivitet i 30 minutter daglig, på søvn hos personer med demens. Studien viser ingen effekt på søvnen hos subjektene, og de viser selv til at studien er av lav kvalitet. På en annen side støttes disse funnene støttes av Richards et al (2011), som viser til at fysisk aktivitet som eneste tiltak, som styrketrening og gåturer ikke fremmer søvn. De fleste studiene som tar for seg søvnpåvirkning i forbindelse med fysisk aktivitet, integrerer i tillegg et eller flere tiltak, noe som korresponderer godt med søvnhygieniske prinsipper. Eggermont et. al (2010), sier at få studier tar for seg enkelttiltak, og derfor lar det seg vanskelig forklare hvilket at tiltakene som har de positive effektene på søvnproblematikken, med dette kan man trekke konklusjoner om at tiltakene må samordnes og planlegges for å ha best effekt.

Sosiale aktiviteter inkluderes i Fetveit og Bjorvatns (2005) definisjon på søvnhygiene. Richards, Beck, O'Sullivan og Shue (2005), undersøkte meningsfulle sosiale aktiviteters påvirkning på søvn. 71 subjekter fikk individualiserte aktivitetsplaner basert på interesser, kognisjon, fysisk tilstand og tidspunkt for hvile på dagtid. Disse planene ble gjennomført daglig i en til to timer, og ble introdusert som kompensasjon på den daglige hvilen. Kontrollgruppen hadde 68 subjekter som mottok vanlig pleie. Studien viser 40 minutters økt våkenhet på dagtid, men lite påvirkning på søvnen på natt. De begrunner blant annet dette med antall netter med måling, lav intensitet på den sosiale aktiviteten eller at de ikke utførte endringer på nattlig pleie, lys eller lydnivå. Richards et al (2011), undersøkte om sosial

aktivitet ville påvirke nattesøvnen hos personer med demens. Her fant de ingen oppsiktsvekkende bedring i våkenhet på dag, eller på nattesøvnen, noe de relaterer til at de ikke erstattet tiltaket med den daglige hvilen.

Richards et al (2011), fant derimot ut at en kombinasjon av styrketrening, gåtrening og sosial aktivitet hadde god effekt på nattesøvnen, som i studien økte med 16,4 %, mot 7,5 % i fysisk aktivitet og 8,4 % i gruppen med sosial aktivitet. Noe som videre støtter hypotesen om at tiltakene ikke gir større utbytte isolert sett. Et tiltak som kombinerer både fysisk, sosial og meningsfull aktivitet kan være hagearbeid i ulike former. En koreansk pilot studie av Lee og Kim (2008) viser til at innendørs hagebruk til personer med demens kan bedre søvnen. Tiltross for at denne undersøkelsen er asiatisk, så tenker jeg at hagestell er en syssel som også blir brukt i Norge som rekreasjon, samt at sansehager er nye diskutert og implementert i Norge (Kirkevold og Gonzales, 2012). I denne lille studien har subjektene har vært delaktige i å velge ut sine favorittplanter (Lee og Kim, 2008). De har i tillegg bare valgt spiselige planter, som de ved innhøsting har servert til maten. Studien viste en positiv økning av dybden og lengden på nattesøvnen, samt antall oppvåkninger etter innsøvning. Mengden av søvn i løpet av dagen, ble svakt forbedret, og dette avhenger nok at den daglige hvilen ble redusert. Kirkevold og Gonzalez (2012), fant at sansehager kan bedre søvnen hos personer med demens, dette på grunnlag av 15 studier de hadde gjennomgått. De hevder selv at forskningen på feltet er mager, og at mer forskning er nødvendig for å gi en fullverdig konklusjon.

3.4.2 Tilrettelegging av miljøet

Tilrettelegging går ut på å organisere omgivelsene rundt personen med demens, så det får en terapeutisk virkning (Rokstad, 2008b). Det å legge til rette miljøet blir beskrevet som en behandlingsform, som tar sikte på å ivareta eller bedre de kognitive, sosiale, praktiske ferdigheter sier Vatne (2006). Fetveit og Bjorvatn (2005), beskriver negative miljøfaktorer for fremming av søvn i sykehjem, hvor de tar utgangspunkt i en studie av Schnelle et al (1989). Schnelle et al (1989) viser at støy og lys var av ødeleggende art for søvnen. Dette støttes i

studien foretatt av Kerr, Wilkinson og Cunningham i en 20 måneders periode i 2006-2007, som gir et godt innblikk i miljømessige utfordringer man møter hos personer med demens på natt. Studien tar sikte på å identifisere problemområder på natt ut fra pleiernes og pasientenes perspektiv. Studien tar utgangspunkt i en blandet kvalitativ tilnærming, hvor de benytter seg av både oppsummering av litteratur og intervjuer. De har inkludert alle beboere på institusjon, og funnene baserer seg på både mentalt friske, samt personer med demens. De viser til at redusering i tilsyn, inkontinenspleie, snuregimer, støy og lys, fremmet søvn hos beboerne. Studien er foretatt i Scotland, men jeg anser at studiens resultater vil være overførbare til norske forhold.

Undersøkelsen viser til at de natlige pleierutinene, som rutinemessig tilsyn, rutinemessig inkontinenspleie, lys og lyd var de største problemene i forbindelse med søvn (ibid., 2007). Dette støttes av Koch, Haesler, Tiziani og Wilson (2006), i deres systematiske oversikt, hvor de henviser til Schnelle (1993) som avdekker at reduksjon av støy på natt alene, ikke gir tilfredsstillende positive resultater på søvn hos beboere. Derimot viser Koch et. al (2006) videre til en studie av Alessi et al (1999) som har undersøkt effekten av reduksjon av lys, støy og inkontinens pleie. Det viste seg at gruppen som mottok bare tiltakene som beskrevet ikke fikk noen bedring i oppvåkning på natt, på den andre siden så opplevde de om fikk både tiltak som beskrevet og fysisk aktivitet på dagtid stor bedring i oppvåkningshyppigheten.

Donnely (2010) beskrev sin situasjon som pleier for sin far som led av demens. Hun forteller om hans oppvåkninger på bestemte tidspunkt av natten, fullt påkledd og klar til å dra på jobb, eller hvor han hastet for å komme tidsnok i sitt eget bryllup. Etter måneder med medikamentell behandling, og eskalerende negativ atferd, rev hun ned klokken i ren frustrasjon av å bli vekket om natten. Etter denne episoden sto hennes far ikke opp på natten for å dra på jobb, eller bryllup. Han hadde blitt forstyrret av klokken og levd seg tilbake til den tid hvor han var yrkesaktiv. Denne illustrasjonen viser hvordan miljøet kan påvirke en person med demens.

4 Drøfting

I denne delen vil jeg gi en redegjørelse for hvordan man kan innføre og utføre søvnhygiene og miljøtiltak på natt for eventuelt å bedre søvnen til en person med demens.

4.1 Innføring og gjennomføring søvnhygieniske prinsipper

Forskning viser at det er lite hensiktsmessig å fokusere på enkelttiltak for å fremme og bedre søvn hos personer med demens. Søvnhygiene som overordnede prinsipper med tanke på behovet for aktivitet og hvile viser seg igjennom litteraturen å ha en viss virkning på søvn hos personer med demens. Dette kan forstås igjennom søvnfysiologien, nærmere bestemt vaneaspektet, opparbeiding av søvnbehov og dagslys som er med på å bestemme døgnrytmen. Ved å legge til rette for at pasienten får følge sine sedvanlige rutiner og tidspunkt rundt legging og oppvåkning, vil han kunne få en bedre nattesøvn, noe som samsvarer med den personsentrerte omsorgen som gir oss føringer på å se individet. På den andre side så vil den biologiske aldringen påvirke tidligere rutiner. For eksempel så kan en person ha hatt som vane og legge seg ved 22-tiden, men ved høyere alder blir det vanskeligere for han å holde denne rutinen, da døgnrytmen i mange tilfeller blir noe forskjøvet. Det er da hensiktsmessig å etablere nye rutiner for leggetidspunkt og oppvåkningstidspunkt. Hos oss som personale fordrer dette kunnskap om søvnfysiologi og søvnhygiene. Pasienter med demens vil i mange tilfeller miste orienteringsevnen for tid og sted, og det er da vi som må kompensere for dette. For å oppnå best mulig søvnhygiene hos den enkelte bør det utvikles spesifiserte tiltaksplaner, med konkrete retningslinjer. Tiltaksplanen bør utarbeides igjennom samarbeid mellom dag-, kvelds- og nattevakter, da søvnhygiene er noe som må jobbes med igjennom døgnet 24 timer.

Vi har tidligere sett på fysisk og sosial aktivitet som et middel for å fremme søvn hos personer med demens, noe som bør integreres inn i den daglige pleien. For at dette skal gi en positiv effekt på nattesøvnen, vil det være nødvendig å strukturere dagen for den enkelte, med

fastsatte rutiner på de ulike aktivitetene. Om mulig bør en tilstrebe å legge inn den organiserte aktiviteten på et tidspunkt hvor personen vanligvis har hvilt. Dette blir noe motstridene med tanke på den personsentrerte omsorgen, som gir føring på at man skal respektere individet egne preferanser. Forskningen strider noe i forhold til når en eventuell lur på dagen skal legges, men de er enige om at 30-60 minutter er av passende lengde. Søvnfysiologien viser til at det opparbeidede søvnbehovet reguleres av våkenheten på dagtid, så det bør hindres langsvarig søvn i løpet av dagen. Her kan man argumentere for at en dårlig nattesøvn, gir pasientene et behov for å sove ut en gang, og man vil bli avventende på å vekke eller holde de våkne på dagtid. Det å skulle holde en fast leggetid i en avdeling er utfordrende, da det kan oppstå mange uforutsette situasjoner, som gjør at en må avvike. Det gis igjennom prinsipper for søvnhygiene et tidsrom på 30 minutter for avvik av leggetid, men dette kan det være behov for å utvide da man må se avdelingens utfordringer. Fastsatt tid for å stå opp, er et viktig poeng i forhold til søvnhygiene. Dette må tilrettelegges ved å ha nok personale, samt et opplegg for å holde pasienten våken i de gitte tidspunkt.

Lys og støy i forbindelse med legging bør reduseres, og dette gjøres best ved å slukke tv eller radio, dempe belysningen, lukke gardiner og skjerme pasienten fra urolige medpasienter. Søvnfysiologien forklarer virkningen av lysopphøring og støyreduksjon, ved leggetid, og ved å følge søvnhygiene vil man i større grad legge til rette for den fysiologiske prosessen for søvn. Ved å innføre rutiner på å lufte ut på rommet en times tid før sengetid, vil virke positivt inn, da søvnen inntreffer lettere på tidspunkt hvor kroppstemperaturen er som lavest. Her må man kompensere den sviktende temperaturreguleringen som eldre i stor grad opplever, og en god pysjamas kan være god om pasienten synes det blir for kaldt.

Videre forteller søvnhygiene at personen bør utsettes for dagslys, og her fordres det at man enten er ute eller at man trekker for gardiner og lar dagslyset slippe inn. Dette tiltaket kan fint kombineres med fysisk aktivitet, en gåtur ute bidrar til lyseksponering og aktivitet. Her må man gjøre individuelle tilpassninger i tråd med personsentrert holdning, da egen erfaring viser at noen pasienter kan få økt uro ved å gå ute i offentlige områder, hvor de utsettes for trafikkstøy og for mange inntrykk. Her vil en sansehage, som er tilpasset for de med kognitiv svikt virke mye bedre. Om man ikke har tilgang på hage, så er det vist at innendørs

hagearbeid kan ha god virkning på søvnen, trolig for at dette stimulere både fysisk, sosialt og kan anses som en meningsfull aktivitet. Funksjonsnivå, kognisjon og tidligere interesser må være styrende for hvilken aktivitet som velges. Dette oppnås ved å samtale med pasient, pårørende og ved spesielle tilfeller igjennom prøve og feile metode.

Man skal ikke ligge i sengen mer enn man sover, noe som kan være vanskelig å opprettholde hos personer med demens grunnet deres fragmenterte nattesøvn. Mengden dyp søvn er varierende, og noen ganger fraværende og kvaliteten kan føles dårlig tross for mange timer i tilsynelatende sovende tilstand. Når innsøvningstiden i tillegg er økt, vil det være nødvendig at en person med demens oppholder seg i sengen utover det som er ønskelig. Forholdet mellom liggetid og søvntid vil ikke samsvare, men dette tenker jeg at er en naturlig konsekvens av søvnfysiologien ved aldring.

4.2 Tilrettelegging av miljøet på natt.

Da flere studier påpeker at lyd og lys er et oppvåkingsproblem for pasienter generelt, så vil man ved demens bli ekstra berørt av problemet. Da vi vet at personer med demens har et fragmentert søvnmønster, innsøvningssvanser, forstyrret døgnrytme og redusert kognisjon, så vil forstyrrelse av lyd og lys kunne føre til at personer med demens kan tro at det er morgen. I mange tilfeller vil urolige pasienter starte å vandre. Studier viser til at hyppigheten av eksempelvis sjekk av bleier og lignende, vil være et søvnforstyrrende moment. Med dette i tankene bør vi ta hensyn til den enkelte, og handle ut fra personsentrering. Vi må stille spørsmål omkring hvor mange sjekk som er nødvendig hos den enkelte når de sover, noe som fordrer samarbeid mellom dag-, kveld- og nattpersonale. Utgjør eventuelle våte bleier en større risiko for pasientens velvære enn mulig mangel på søvn, har pasienten sår- eller eksemutvikling som må tas hensyn til? Det samme prinsippet må gjelde ved snuregimer hos pasienter med demens. Vil mangelfull stillingsendring, påføre pasienten mer ubehag enn eventuell mangel på søvn.

Om vi ser på pasientens kognitive tilstand, om de har gjennomgående desillusjoner eller plages med vrangforestillinger, så kan rutinemessig tilsyn, med eventuell påfølgende vekking kunne skape frykt og engstelse hos pasienten. I tillegg vet vi at de fysiologiske forandringene vedrørende søvn påvirker pasientens mulighet til å sovne igjen er redusert. I utgangspunktet hadde de kanskje vanskeligheter nok med å sovne første gangen. Man må vite noe om pasientens søvnkvalitet, og derfor vil det være viktig at det er et fast personale med kjennskap til pasientene. Noen kan sove så lett, at de konsekvent våkner idet en tar i dørhåndtaket, og når søvnfysiologien viser at innsøvningstiden er forlenget vil de kunne bruke lang tid på å sovne igjen. Om avdelingens rutiner er at man skal sjekke pasientene med 2-3 timers intervall, så kan man risikere at pasienten enten ikke har sovnet eller bare fått sovet en time eller to før neste tilsyn. Dette blir da en ond sirkel. For å imøtegå kravet om tilsyn og opprettholdelse av søvn, kan man for eksempel ha døren noe åpen, for å slippe støy som kommer ved dørhåndtaket. Dette kan være problematisk i forhold til annen støy og brannsikring. Videre kan man om noen snorker eller har høylydt respirasjon, lytte ved døren. Om man velger denne metoden for reduisering av rutinemessige tilsyn, identifiserer man ikke tilstand annet enn at personen puster. Dette er igjen problematisk, da pasienten kan befinne seg på gulvet eller at det er andre forhold som kan avdekkes ved å titte inn på rommet. Det bør gjennomgås en full risikovurdering på fallfare og sykdomsvurdering. For å vurdere mulig reduisering av tilsyn, så må det være et godt samarbeid mellom de ulike vaktene, samt mellom personale og leder.

Jeg vil gjerne trekke frem en egen erfaring, hvor pasient hadde hatt et uhell med avføring. Uhellet hadde oppstått rundt midnatt, og taklyset måtte skrus på. Pasienten hadde ikke sovet lenger enn en time til sammen før uhellet, og i det taklyset kommer på så ble pasienten overbevist om at det var morgen. Uansett hvilken tilnæringsmetode som ble prøvet ut, så klarte ikke pasienten å tidsorientere seg. Vandret resten av natten, på leting etter en vei ut. Om det var lyset eller selve handlingen med å bli vekket og skiftet på som resulterte i følelsen av morgen vites ikke, men pasienten henviste til lyset som en overbevisning om at det var morgen.

Det må tilstrebtes et så lydfritt miljø som mulig på nattetid i avdeling. Alarmer, telefonlyd, samtaler imellom personale og tv/radio, bør dempes til et minimum. I tillegg bør personale

unngå å gå inn i høylydte samtaler med urolige pasienter i fellesarealer. I tilfeller hvor det er lydt i avdeling, så vil det være mest gunstig å lukke døren etter seg når man er inne hos pasienter. Lyden av skritt i en ellers så stille avdeling, vil som en studie påpekte føre til oppvåkninger, hos den mest lydvarer. For å redusere denne lyden, så vil det være nødvendig å redusere unødvendig gåing utenfor pasientrom, og påse at det ikke oppholder seg pasienter utenfor pasientrom. Arbeidsoppgaver som resulterer i høy lyd i avdeling, bør så langt det er mulig reduseres til et minimum. For å avdekke og identifisere støykilder, må personalet være oppmerksomme. Noen personer kan ha behov for lyder, da de kan være engstelige og roes gjennom å høre at han ikke er alene.

Noen er avhengige av et nattlys, både med tanke på utrygghet for mørket og fare for fall. Mens andre må ha det så mørkt som mulig, for å klare å skille natt fra dag. Dette kan være et dilemma med tanke på fallrisikoen om pasienten står opp på natten, for eksempel ved toalettbesøk. De som må ha lyset slukket for å sove vil ha vansker med å finne frem til toalett, og de vil ikke se eventuelle hindringer. Tiltak for denne gruppen med pasienter, vil kunne være å installere bevegelses sensitive lysbrytere, som slår på lyset da pasienten står opp og går. Lys kan påvirke, og jeg viser til en egenopplevd hendelse. En pasient som er flere ganger å titter ut i gangen, og hver gang han åpner døren kommer han gående til stuen. Lyset på stuen står på, men han får beskjed om at det er natt. Dette gjentar seg natten igjennom. Neste natt, lyset i stuen slått av. Pasienten er flere ganger å titter ut av døren sin. Men da det er mørkt i gangen, så trolig innser han at det er natt, og går tilbake til sengs på egenhånd.

Kveldspersonalet bør lukke gardiner og ta ned eventuelle persienner ved leggetid. For å redusere mengden av lys som kan føre til oppvåkning og døgnforvirring, så kan man ta i bruk lommelykt ved tilsyn. Her må man ta hensyn til den enkelte, da lysstrålen fra lommelykt kan forvirre og uroe pasienten, om han våkner.

4.3 Ansattes ansvar for iverksetting av tiltak for bedring av søvn

Ansatte har som tidligere nevnt plikt på å ivareta pasientenes omsorgsbehov, samt å fremme helsen. Da vi ser at dårlig søvn hos personer med demens bidrar til videre forskyvning av døgnrytme, noe som igjen reduserer deres kognitive atferd ytterligere, vil dette være av stor betydning. Man har alle et ansvar for å igangsette tiltak, tross for eventuelle holdninger negative holdninger innad i pleiemiljøet. Ved at man har fokus på personsentrert omsorg, vil det være lettere å identifisere hvilke tiltak som kan ha betydning for den enkeltes nattesøvn. Det kan være knyttet utfordringer til å balansere hensynet til person opp mot hensynet til søvnbehovet. Dette gjelder i hovedsak der personen med demens selv ikke har oppfatninger om dårlig søvn, eller forståelse for døgnrytmeforstyrrelsen han kan ha. Om pasienten selv ikke ser det som et problem at han er våken på natten og sover på dagen, så vil det komme konflikter om man som pleier innfører punktlig klokkeslett når pasienten helst vil være våken.

I tillegg til den enkelte person med demens, så må man som pleier på institusjonsavdeling, ta hensyn til resten av beboerne. Om det ikke er optimale forhold i miljøet som tilsier at en pasient skal kunne oppholde seg i fellesarealene på natt, på grunn av støy, så må man inngå kompromiss med pasienten. I egen praksis så utføres dette å henvise våkne pasientene til sine egne rom på natten, for ved å la de vandre i korridoren på natten har vist seg å føre til hyppig oppvåkning og urolig atferd hos flere av de andre beboerne. Både fysisk og sosial aktivitet er viktig i forhold til søvnhygiene, men de dekker flere behov som man i tillegg er pliktig til å dekke eller støtte opp under, selv om det i mange tilfeller oppfattes som greit at en pasient sover på dagtid for å dekke opp mangelen av søvn på natten.

5 Konklusjon

For å forebygge søvnproblemer hos personer med demens, må vi ta hensyn til hva som kan karakteriseres som normal søvn hos eldre. Det er lite hensiktsmessig å sette standarden opp mot søvn hos voksne, yngre voksne eller barn. Vi kan ikke forvente at en person med demens skal kunne sove igjennom en hel natt, med tanke på den fragmenterte søvnen, derimot kan vi gjøre ulike tiltak for å bedre både kvalitet og lengde. Kjennskap til pasienten er av stor viktighet, og det fordrer et fast og kompetent personale. Både i forhold til pasientens egne rutiner rundt leggetid, samt hvordan pasienten vil ha det rundt seg på natten.

Søvnhygieniske prinsipper er en kostnadseffektiv tiltakspakke, som enkelt kan integreres igjennom døgnet, uten store omveltninger i rutiner. Søvnhygienen har vist bedring i søvn hos personer med demens, så lenge det i tillegg kombineres med flere tiltak. Søvnhygienen kan utformes som konkrete tiltaksplaner. Sosiale og fysiske aktiviteter, samt leggerutiner bør tilpasses den enkelte, både med tanke på kognisjon, interesser og ferdigheter. Det må tilrettelegges for personsentrering. For å sikre en best mulig nattesøvn så bør det inngås kompromiss mellom pasient og pleiere, om pasienten er negativ til tiltakene. God utlufting på rommet på kveldstid, og dempet belysning klargjør kroppstemperatur og hormonutskillelse for søvn.

Miljøfaktorer som har vist seg problematiske på natt, er støy i form av lys og lyd, samt forstyrrelser som berøring fra personalet. Lys må dempes for å gi en følelse av natt, og støy i form av tekniske hjelpemidler på avdeling som alarmer og lignende bør reduseres. Støy grunnet personalets aktiviteter i avdeling reduseres best ved å fjerne eventuelle oppgaver som ikke er pasientrettet. Våkne medpasienter bør oppholde seg på sine respektive rom, for å unngå støy ut i miljøet. Dette fordrer at nattepersonalet har god oversikt i avdelingen. Ved å individuelt tilpasse tilsynets hyppighet og tidspunkt, så vil man i mange tilfeller kunne redusere antall oppvåkninger, men det må nøye vurderinger da man kan gå glipp av viktig informasjon, som for eksempel fall. Tiltross for at studiene viser gode resultater ved

kombinering av tiltak, så anbefaler jeg at det trengs videre undersøkelser på tematikken, da studiene er basert på lavt antall deltagende.

Ikke-farmakologiske tiltak for bedring av søvn hos personer med demens, men det viser seg at tiltakene må kombineres og individualiseres for å ha effekt. Tiltross for at oppgaven ikke kan gi noe fasitsvar på hvilke tiltak som definitivt vil fungere på den enkelte, så vil oppgaven gi en oversikt over hvordan en kan bruke søvnhygiene og nattlig miljøterapi.

6 Litteraturliste

Anfinnsen, E. (2003) *Her- og langt borte: Demens sett med dikterens øyne*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

Cavanagh, S. J. (2010). *Orems model i praksis*. København: Munksgaard

Donnelly, G. (2010). Dementia, sleep and simple solutions. *Holistic nursing practice*. 24(2), 57-58. doi: 10.1097/HNP.0b013e3181d9f500

Dysthe, O., Hertzberg, F. & Hoel, T. L. (2010). *Skrive for å lære: Skrivning i høyere utdanning* (2. utg.). Oslo: Abstrakt forlag

Eggermont, L. H. P., Blankevoort, C. G., & Scherder, E. J. A (2010). Walking and night-time restlessness in mild-to-moderate dementia: a randomized controlled trial. *Age Ageing*, 39(6), 746-749. doi: 10.1093/ageing/afq115

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer: En lærebok*. Tønsberg: Aldring og helse

Engedal, K. (2008). *Lærebok: Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Fetveit, A. & Bjorvatn, B. (2005) Søvnforstyrrelser hos sykehjemspasienter – praktiske behandlingsråd. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 2005(12), 1676-1678. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2005/1676-8.pdf>

Fetveit, A. (2010). Søvnproblemer ved økende alder og demens. *Utposten*, 2010(3), 12-16

Fugelsnes, E. (2012, 03 februar). Demens gir søvnproblemer og depresjon. *Forskning.no*. Lokalisert på <http://www.forskning.no/artikler/2012/februar/312091>

Henderson, V. (1997). *Basic principles of nursing care*. Geneva : International Council of Nursing

Karoliussen, M. (1997). Aktivitet og hvile. I M. Karoliussen & K. L. Smebye (red.), *Eldre, aldring og sykepleie* (2. utg. s. 437-526). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kerr, D., Wilkinson, H. & Cunningham, C (2008). *Supporting older people in care homes at night*. Lokalisert på <http://www2f.biglobe.ne.jp/~boke/nightcareuk2008.pdf>

Kirkevold, M. & Gonzalez, M. T (2012). Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 7(1), 52-64. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0029

Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens: Personen kommer i første række*. København: Munksgaard

Koch, S., Haesler, E., Tiziani, A. & Wilson, J. (2006) Effectiveness of sleep management strategies for residents of aged care facilities: findings of a systematic review. *Journal of clinical nursing*. 15(10), 1267-1275. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01385.x

Larsen, A. K. (2007). *En enklere metode: Veiledning i samfunnsvitenskaplig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget

Lee, Y. & Kim, S. (2008). Effects of indoor gardening on sleep, agitation, and cognition in dementia patients—a pilot study. *International journal of Geriatric Psychiatry*. 23(5), 485-489. doi: 10.1002/gps.1920

McCurry, S. M., Gibbons, L. E., Logsdon, R. G., Vitello, M. V., & Teri, L. (2005). Nighttime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: a randomized, controlled trial.

Journal of the American Geriatrics Society, 53(5), 793-802. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53252.x

McIntosh, A. E. & MacMillan, M. (2005). The attitudes of student and registered nurses to sleep promotion in hospitals. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 560-565. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01770.x

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nygaard, H. A. (2006). Søvn og søvnforstyrrelser hos gamle. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (red.), *Tverrfaglig geriatri: En innføring* (2. utg., s. 266-276). Bergen: Fagbokforlaget

Ranhoff, A. H. (2008). Søvn og søvnproblemer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 311- 318). Oslo: Gyldendal akademisk

Richards, K. C., Beck, C., O'Sullivan, P. S. & Shue, V. M. (2005). Effect of Individualized Social Activity on Sleep in Nursing Home Residents with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(9), 1510-1517. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53460.x

Richards, K. C., Lambert, C., ... Sullivan, D. H. (2011). Strength training, walking, and social activity improve sleep in nursing home and assisted living residents: randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(2), 214-23. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03246.x

Rokstad, A. M. M. (2008a). Hva er demens. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 27-45). Oslo: Akribe

Rokstad, A. M. M. (2008b). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 152-179). Oslo: Akribe

Rokstad, A. M. M. (2008c). Utfordrende atferd. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 180-206). Oslo: Akribe

Sosial- og Helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glemt*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

Statistisk sentralbyrå (2009) Dette er Norge: Hva forteller tallene. [Oslo/Kongsvinger]: SSB

Ursin, R. (1996). *Søvn: en lærebok om søvnfysiologi og søvnsykdommer*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Ursin, R. (2001). Søvn hos eldre. I G. Fossan & K. Raaheim (red.), *Eldreårenes psykologi* (s. 123- 136). Bergen: Fagbokforlaget

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonenes betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Vedlegg 1 Anvendte sjekklister

<p>Eggermont, L. H. P., Blankevoort, C. G., & Scherder, E. J. A (2010). Walking and night-time restlessness in mild-to-moderate dementia: a randomized controlled trial.</p>	<p>Sjekkliste for RCT</p>
<p>Kerr, D., Wilkinson, H. & Cunningham, C (2008). <i>Supporting older people in care homes at night.</i></p>	<p>Sjekkliste for oversiktsartikkel og kvalitativ</p>
<p>Kirkevold, M. & Gonzalez, M. T (2012). Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens.</p>	<p>Sjekkliste for oversiktsartikkel</p>
<p>Koch, S., Haesler, E., Tiziani, A. & Wilson, J. (2006) Effectiveness of sleep management strategies for residents of aged care facilities: findings of a systematic review.</p>	<p>Sjekkliste for oversiktsartikkel</p>
<p>Lee, Y. & Kim, S. (2008). Effects of indoor gardening on sleep, agitation, and cognition in dementia patients—a pilot study.</p>	<p>Sjekkliste for RCT, egenmodifisert da dette var en pilot studie.</p>
<p>McCurry, S. M., Gibbons, L. E., Logsdon, R. G., Vitello, M. V., & Teri, L. (2005). Nighttime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: a randomized, controlled trial.</p>	<p>Sjekkliste for RCT</p>
<p>McIntosh, A. E. & MacMillan, M. (2005). The attitudes of student and registered nurses to sleep promotion in hospitals.</p>	<p>Sjekkliste for kvalitative studier</p>
<p>Richards, K. C., Beck, C., O'Sullivan, P. S. & Shue, V. M. (2005). Effect of Individualized Social Activity on Sleep in Nursing Home Residents with Dementia.</p>	<p>Sjekkliste for RCT</p>

Vedlegg 2 Sjekkliste for vurdering av en RCT

Kritisk vurdering - RCT

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. The Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the medical literature. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2002.
- Critical Appraisal Skills Programme.
<http://www.phru.nhs.uk/Pages/PHD/CASP.htm>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja O	Uklart O	Nei O
2. Er en randomisert kontrollert studie et velegnet design for å besvare spørsmålet?	Ja O	Uklart O	Nei O

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomiseringsprosedyren bør være beskrevet • Randomiseringsprosedyren er tilfredsstillende dersom den er skjult for den som fordeler (eks lukkede kovolutter, dataprogram, tabeller etc) • Se om gruppene er like ved oppstart av studien (eier randomisering) med hensyn til f.eks. alder, kjønn, sosial klasse, merker, funksjon 	Ja O	Uklart O	Nei O
<p>4. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventuelle tilleggstilak bør unngås eller være like i gruppene som sammenlignes • For å unngå forskjellbehandling, er det beskrevet om tiltakene ble gjennomført i forhold til en protokoll? 	Ja O	Uklart O	Nei O
<p>5. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er ikke alltid mulig å blinde deltagere (pasienten) og helsepersonell (de som gir tiltaket) – men man bør vurdere om blinding var mulig • Subjektive utfallsmål (f. eks. smerte eller funksjon) har økt risiko for bias, hvis ikke blinding • Den som måler utfallet kan som regel blindes. 	Ja O	Uklart O	Nei O

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE forts.

6. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?	Ja	Uklart	Nei
<p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Var det noen frafall - og er frafallene like fordelt i gruppene? • Er grunner for frafall beskrevet? • Er frafallene tatt hensyn til i analysen? • Ble alle deltakerne i studien analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)? 	O	O	O

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>7. Hva er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du oppsummere resultatene for de viktigste utfallene i en setning? • Hva er effektstørrelser for de ulike utfallmålene? Kan gis som gjennomsnitt (mean), middelværdi (median), prosent, RR, NNT etc. • Er det en viktig forskjell? 	
<p>8. Hvor presise er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det oppgitt p-verdi? • Se på bredden av konfidensintervalle; i forhold til minimal viktig effekt 	

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS ?

	Ja	Uklart	Nei
9. Kan resultatene overføres til praksis? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Er personene som er inkludert i denne studien representativt for de du møter i egen praksis? • Er slikaets detaljer nok beskrevet og gjennomførbar? • Er det sannsynlig at slikaet kan påvirke utfallet? (Vurder for eksempel dose, varighet) • Er slikaets akseptabilitet for brukerne? 	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Tenk på om utfallsmålene er relevante dersom du er en pasient, pårørende, politiker, ekspert eller kliniker • Ble utfallene målt med pålitelige måleinstrumenter? 	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
11. Bør praksis endres som en følge av resultatene i denne studien? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Er nytten av slikaet verdt kostnadene og eventuelle bivirkninger? • Settes resultatene i en ny sammenheng? 	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

Vedlegg 3 Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

Kritisk vurdering - oversikt

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN OVERSIKTSARTIKKEL

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. The Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the medical literature. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2002.
- Critical Appraisal Skills Programme.
<http://www.phru.nhs.uk/Pages/PHD/CASP.htm>

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med oversikten klart formulert?	Ja	Uklart	Nei
<i>TIPS:</i>	O	O	O
<ul style="list-style-type: none"> • Er det tydelig og relevant spørsmål? • Hva er hovedtemaene/ligningene? 			

KAN VI STOLE PÅ RESULTATENE

2. Er det klare kriterier for inklusjon av enkeltstudiene?	Ja	Uklart	Nei
<i>TIPS:</i>	O	O	O
<ul style="list-style-type: none"> • Se etter populasjon, slikt, kontroll og utfallsmål • Vurder om de har inkludert relevante studier 			
3. Er det sannsynlig at relevante studier er funnet?	Ja	Uklart	Nei
<i>TIPS:</i>	O	O	O
<ul style="list-style-type: none"> • Er du søkt i relevante databaser, og er sikker for å finne og benytte alle relevante oppgitt? • Er referanselister i inkluderte studier, andre oversiktsartikler, konsensusrapporter etc) gjennomgått? • Er referanselister på fagfellets konaktes? • Er du lei om å publisere manuskript og artikler publisert på andre språk enn engelsk? 			
4. Er risiko for bias (systematiske feil) på de inkluderte studiene vurdert?	Ja	Uklart	Nei
<i>TIPS:</i>	O	O	O
<ul style="list-style-type: none"> • Er det presisert hvilke kriterier man har benyttet for å vurdere risiko for bias? • Er en slik vurdering gjort av flere personer, og har de utført evalueringen uavhengig av hverandre? • Er manglende informasjon i publiserte artikler henset til? 			

<p>5. Er analysen gjennomført på en tilfredsstillende måte?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dersom meta-analyse: var populasjonene og tilskutene i enkeltstudiene "like nok" til å slå sammen?</i> • <i>Var resultatene i enkeltstudiene "like nok" til å slå sammen (heterogenitet)?</i> • <i>Er eventuelle variasjoner i resultatene forklart og diskutert?</i> • <i>Var det kliniske eller metodiske grunner som hindret en meta-analyse? Var analyseforholdningen forsiktig: obs "vote counting"</i> • <i>Husk at "no evidence" ikke er det samme som "evidence of no effect"</i> 	<p>Ja O</p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>
---	------------------------	----------------------------	-------------------------

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>6. Hva forteller resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kan du oppsummere resultatene for viktige utfall i en setning?</i> • <i>Hvor stor er effekten for de ulike utfallmålene i en eventuell meta-analyse? Er det en viktig forskjell?</i> 	
<p>7. Hvor presise er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Hvor presis er effestørrelsen? (se på bredden av konfidensintervall og vurder minimal viktig effekt)</i> 	

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I PRAKSIS

	Ja	Uklart	Nei
8. Kan resultatene overføres til praksis? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Er delagene som inngår i oversikten representativt for de du møter i din praksis? • Kan tilkaket overføres til din praksis? (nødvendige ressurser, akk. osv.) 	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
9. Bli alle viktige utfallsmål vurdert? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Tenk på om utfallsmålene er relevante dersom du er en pasient, pårørende, politiker, ekspert eller kliniker 	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
10. Bør praksis endres som følge av funnene i denne oversikten? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Ta hensyn til om nyten er større enn kostnadene og osv. biirkløinger. 	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

Vedlegg 4 Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.phru.org.uk/~casp
2. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers. *BMJ* 1997; 7110 (315)
3. Seers K. Qualitative research. In *Evidence- Based Practice. A Primer for Health Care Professionals*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1999
4. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001;358:397-400.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien tydelig?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hva som blir undersøkt? • Er dette en bærekraftig eller relevant problemstilling? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har problemstillingen som mål å forstå og forstå, eller beskrive fenomen eller subjektive erfaringer eller synspunkter? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</p> <p>TIPS:</p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke utvalgte relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kunne lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er rypåke eller arypåke, fordi de har betyngende forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rni og situ fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finnes det en beskrivelse og en overbevisende legitimering av utvalget som blir gjort? • Er det gjort rede for hvordan utvalget ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvor mange som ble valgt og hvorfor? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? 	<p>Kommentar:</p>
<p>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere forklaringer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltnotiser (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semi-strukturserte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er metoden som ble valgt den beste for å belyse problemstillingen? 	<p>Kommentar:</p>

<p>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Forskingsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår inntreffe påvirke resultatene.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk i? • Har forskeren gjort rede for sin teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<p>Kommentar:</p>
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>En vanlig tilnærming er å analysere av kvalitative data er å gjøre innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<p>Kommentar:</p>
<p>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige svaringer med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å gå lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjelden at forskjellige kilder gir helt like svar. I tillegg bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge data? 	<p>Kommentar:</p>
<p>8. Er etiske forhold vurdert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble noden forklart for deltagere? • Ble noden forelagt Etisk komité? 	<p>Kommentar:</p>

HVA ER RESULTATENE?

8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?

- Kan du oppsummere hovedfunnene?
- Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?

Kommentar:

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

TIPS:

Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomener.

- Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?
- Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?

Kommentar: