



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum/Kongsvinger

avd. for helsefag

4BACH

Jenny Theres Tinglum og Kristian Fredrik Lund

Veileder

Marit Berg

## Sykepleie til å sove av

Hvordan kan sykepleieren bedre opplevelsen av nattesøvn  
hos eldre pasienter innlagt på sykehus?

## Nursing to sleep of

11 700 ord

Bacheloroppgave i sykepleie, BASYK 2012

2015

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema .....	5
1.2 Oppgavens hensikt.....	5
1.3 Case .....	5
1.4 Problemstilling .....	6
1.5 Avgrensning .....	6
1.6 Oppgavens oppbygning .....	7
1.7 Begrepsavklaringer .....	7
<b>2 Metodebeskrivelse</b> .....	<b>8</b>
2.1 Litteratursøk og fremgangsmetode .....	8
2.2 Valg av databaser .....	8
2.3 Kvalitetsvurdering og kildekritikk.....	9
2.4 Primær- og sekundærlitteratur.....	9
2.5 Presentasjon av artiklene.....	10
<b>3 Teoretisk perspektiv</b> .....	<b>13</b>
3.1 Dorotea Orem .....	13
3.2 Søvnfysiologi .....	16
3.2.1 Søvnfaser.....	17
3.2.2 Normale endringer i søvnmønster hos eldre.....	18
3.3 Søvnkartlegging.....	18
3.4 Behov for søvn og hvile sett fra et sykepleieperspektiv .....	18
3.5 Kjennetegn på søvnproblemer hos eldre og mulige konsekvenser .....	19
3.6 Faktorer som kan forstyrrer eldre pasienters søvn i sykehus.....	19
3.6.1 Lyder og lys.....	20
3.6.2 Rutiner i sykehus .....	20
3.6.3 Sovemiljø.....	20
3.6.4 Ernæring.....	21
3.7 Medikamentell behandling av søvnevansker .....	21
3.7.1 Legemiddeltyper og bivirkninger .....	22
3.8 Søvnhygiene.....	22
3.9 Kommunikasjon. ....	23
3.10 Lover og regler .....	23
<b>4 Drøfting</b> .....	<b>24</b>
4.1 God søvn starter med god kartlegging .....	24
4.1.1 Subjektiv opplevelse .....	25
4.1.2 Biologisk rytme.....	26
4.1.3 Søvnforhold .....	26
4.1.4 Richards-Campbell Sleep Questionare (RCSQ).....	26
4.2 Hvordan kan sykepleieren tilrettelegge for bedre søvnopplevelse.....	27
4.2.1 Trygghet og velvære .....	28
4.2.2 Respekt for pasientens rutiner og vaner.....	29
4.2.3 Forventninger, motivasjon og kunnskap.....	30
4.2.4 Miljøfaktorer og pleierutiner .....	30

4.2.5 Medikamentell behandling .....	33
<b>5 Konklusjon.....</b>	<b>35</b>
<b>6 Litteraturliste .....</b>	<b>37</b>
<b>7 Vedlegg.....</b>	<b>42</b>
7.1 PICO (Vedlegg 1) .....	42
7.2 Spørreskjema for kartlegging av pasienters søvn og søvnvaner (Vedlegg 2) .....	43

## Sammendrag

Pasienter som legges inn i sykehus opplever endringer fra sitt vante sovemiljø. Disse endringene vil i seg selv kunne være søvnforstyrrende. Eldre pasienter er i større grad utsatt for søvnproblemer da de er spesielt sårbare for endringer i døgnrytme og har normale aldersforandringer med reduksjon i dyp søvn. Mange lider i tillegg av aldersrelaterte sykdommer. Eldre våkner lettere av ytre stimuli fra sykehusmiljøet, til tross for dette er det ikke automatikk i å utføre søvnkartlegging ved innleggelse i sykehus.

Etter som ivaretagelse av pasientens individuelle- og grunnleggende behov er en sykepleieroppgave, mener vi at sykepleieren har en viktig rolle i å tilrettelegge for en så god søvnopplevelse som mulig hos inneliggende pasienter. God søvn er en forutsetning for rask rekonvalesens under sykdom, så vel som å fremme kognitiv funksjon, skape overskudd og mestringsevne under et sykehusopphold.

Tilrettelegging for en god søvnopplevelse hos eldre pasienter handler om at sykepleieren via god kartlegging fanger opp de individuelle behovene pasienten har rundt søvn. Sykepleieren må sammen med pasienten velge ut realistiske tiltak som vil fremme og optimalisere en god nattesøvn og påse at tiltakene blir fulgt opp under tiden pasienten er innlagt. En god søvnopplevelse gjennom natten vil kunne gi raskere rekonvalesens og forebygge uheldige komplikasjoner som vil kunne kreve flere liggedøgn en nødvendig.

## 1 Innledning

Vi har studert sykepleie ved Høyskolen i Hedmark og er nå fremme ved bachelor-oppgaven. Vi har i den anledning valgt å fordype oss på søvn i spesialisthelsetjenesten og ønsker med det å øke vår kompetanse på området og derigjennom sørge for bedre nattesøvn hos pasientene.

### 1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

I følge PasOpp-undersøkelsen 2014 sa seg 71% av pasientene ved Sykehuset Innlandet tilfreds med muligheten for ro og hvile. På landsbasis er tilsvarende tall 65%. De spesifiserer ikke søvn nærmere. I følge Statistisk Sentralbyrå hadde vi 23573 liggedøgn i Hedmark. Av disse var 3710 i befolkningsgruppen 60-69 år og 3362 i gruppen 70-79 år.

Vi har selv gjennom praksis opplevd at nattesøvn kan være vanskelig for både pasienter og personalet. Vi ønsker derfor å se nærmere på dette og hva vi kan gjøre for å bedre situasjonen.

### 1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne måter å bedre eldre pasienter opplevelse av natesøvn under innleggelse på sykehus. For å gjøre dette kreves det kunnskap, ikke bare om viktigheten av søvn, men også om hva søvn er og hvordan søvn fungerer. Vi har funnet at sykepleiere besitter mye kunnskap om behovet for god søvn, men at avdelingskulturen ikke bruker denne kunnskap aktivt. Gjennom å øke kunnskapen rundt søvn kan vi komme frem til gode metoder som er realistiske og gjennomførbare i det daglige og gi sykepleieren flere handlingsalternativer. Tiltakene må være gjennomførbare i en travel avdeling.

Pasientens opplevelse av søvnkvalitet er relevant på mange måter. Vi har sett at dette er et felt som trenger å belyses ute i praksis. Det er begrenset hvor mye vi lærer om søvn i løpet av studietiden og med økt kunnskap vil vi kunne være en resurs for arbeidstedet.

For å kunne jobbe kunnskapsrettet med å øke søvnkvaliteten ble det nærliggende for oss å se videre på:

- Søvn og søvnprosesser
- Individuelle og miljømessige faktorer som kan påvirke pasientens søvnopplevelse.

### 1.3 Case

Gerd er 77 år, hun er klar og orientert og bor i aldersbolig med tilgang til felles spise- og oppholdsrom. Hun har bodd der i ett år. Hun bruker rullator ute, men ikke inne. En dag i Mai følte hun seg noe dårlig med svimmelhet og ubehag i brystet, utover dagen fikk hun tiltakende

smerter og ble mer tung i pusten. Gerd ble hentet i ambulanse og transporteres til et sentralsykehus for behandling. Hun blir så overført til sitt lokalsykehus tappet for energi, trøtt og sliten. Etter første natten på lokalsykehuset spør sykepleieren hvordan hun har det og om hun har sovet godt. Gerd forteller at hun føler seg helt utmattet etter å ikke ha fått sove på flere dager, dette på grunn av mye støy og uroligheter fra personalet og andre pasienter på sykehuset hun kommer fra. Det har ført til at hun er engstelig og utrygg. Gerd forteller at det ikke har vært noe særlig bedre her på lokalsykehuset heller. Hun ytrer ønske om enerom og noe å sove på slik at hun kan få hentet seg inn igjen. Grunnet stor pågang på lokalsykehuset kan sykepleieren ikke garantere å etterkomme ønsket om enerom, men forteller at de på avdelingen skal forsøke å tilrettelegge for en bedre søvn til natten som kommer.

Vi har valgt å konstruere en case som vi mener vil hjelpe oss å tydeliggjøre avgrensningen i oppgaven. Casen bygger på erfaringer fra praksis og vil være rammen rundt vår drøfting.

#### **1.4 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleieren bedre opplevelsen av nattesøvn hos eldre pasienter innlagt på sykehus?

#### **1.5 Avgrensning**

Oppgaven er begrenset til å omhandle pasienter på en generell medisinsk sengepost. Videre begrenser vi oss til eldre pasienter over 65 år. Vi ønsker ikke i denne oppgaven å utdype eller gå videre inn på pasientens diagnose eller årsak til innleggelse. Avdelingen kan inneholde mange forskjellige pasientgrupper hvor søvn og hvile er et individuelt grunnleggende behov for mennesket uavhengig av diagnose.

Vi begrenser oppgaven dit hen går ut fra at Gerd er tilfredsstillende smertelindret og ikke har andre diagnoserelevante eller tidligere kjente søvnvansker utover normale aldersforandringer.

Gjennomsnittlig antall liggedøgn på somatisk sykehus for valgt pasientgruppe angis å være 3,33 (Hermansen & Skevik, 2015). Den begrensede liggetiden vil gi sykepleieren for få døgn til å utnytte alle muligheter for tilrettelegging vedrørende søvn. Vi har derfor i denne oppgaven kun tatt for oss de mulighetene vi finner hensiktsmessige å gjennomførbare liggetiden tatt i betraktning.

## 1.6 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2, Metodebeskrivelse, beskriver vi hvordan vi har funnet og valgt ut den litteraturen som er brukt og presenterer de forskningsartiklene vi har valgt ut til å belyse oppgaven.

I kapittel 3, Teoretiske perspektiver, forklarer nærmere hva søvn er, hvordan den virker og hva den gjør med kroppen. Der etter ser vi nærmere på normale aldersforandringer i søvnmønster og hvilke utfordringer dette kan by på, samt relatert teori som vil være viktig for drøftingen.

I kapittel 4, Drøfting, vil vi drøfte de funnene vi har gjort i forskningen. Hva vet vi, hva praktiseres og hvor ligger forbedringspotensialet? Her brukes Gerd for å synliggjøre konkrete tiltak og intervensjoner og hvordan sykepleier kan jobbe sammen med henne for å bedre søvnopplevelsen.

I kapittel 5, Konklusjon, vil vi trekke frem det vi mener er essensen i oppgaven og fremme en bedre praksis for å sikre eldre pasienter en god søvnopplevelse ved innleggelse i sykehus.

## 1.7 Begrepsavklaringer

Nattesøvn: En lengre periode om natten hvor vi får sammenhengende søvn over flere timers tid. Behovet styres av den enkeltes indre klokke og av signalstoffer i kroppen som virker vekkende eller søvnfremkallende. God nattesøvn minker risikoen for stress, angst og depresjon. Vi bruker om lag 1/3 av livene våre på å sove (Gerlach, 2003).

Sykepleier: Sykepleierprofesjonen ivaretar sitt profesjonelle mandat i helsetjenesten gjennom å utøve sykepleie. Sykepleierens grunnlag er respekt for hvert enkelt menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleierens kompetanse skal bygge på de yrkesetiske retningslinjene ved å vise barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. I tillegg til å være kunnskapsbasert og funksjonsorientert (Bachmann & Lindhardt, 2011).

## 2 Metodebeskrivelse

Oppgaven baseres på et litteraturstudie som i oversatt betydning er en gjennomgang, granskning og analysing av litteraturmaterialet (Dalland, 2012). Teorien i oppgaven er bygget på litteratur fra pensum og selvvalgt spesiallitteratur samt nyere forskning. Gjennom arbeidet med å finne den litteraturen vi trenger har vi konstatert at det i senere tid forskes mye rundt hvorfor vi sover. Det har kommet frem en del ny kunnskap på feltet de seneste årene. Dette har vi tatt hensyn til i bruken av pensum- og annen faglitteratur.

### 2.1 Litteratursøk og fremgangsmetode

For å kunne jobbe målrettet i litteratursøkene, har vi valgt å bruke verktøyet PICO som vi mener er mest egnet og har erfaring med fra tidligere. PICO gir en systematisk og strukturert tilnærming av fag, forskningsbaserte- og vitenskapelige artikler som omhandler målgruppen "P" (Population) som problemstillingen skal handle om. Videre vil bruk av PICO kunne spesifisere tiltak "I" (Intervensjon) som har gitt oss artikler med løsningsorientert innhold sett opp mot problemstillingen. Vi har også ved bruk av PICO fått mulighet til å sammenligne "C" (Comparison) et tiltak opp mot et annet der det er nødvendig. Ved å spesifisere ønsket måloppnåelse "O" (Outcome) fant vi artikler med innhold som beskriver utfallet av våre tanker rundt tiltakene (PICO, s.a.).

Vi har først skaffet oss en forståelse av målgruppens omfang relatert til problemstillingen. Deretter ønsket vi å belyse hvilke tiltak som kan iverksettes for å forbedre eldre pasienters søvnopplevelse når de er innlagt på sykehus.

Vi har kommet frem til og valgt søkeordene som er beskrevet i PICO-skjemaet (Vedlegg 7.1).

### 2.2 Valg av databaser

Flesteparten av våre søk har foregått via søketjenesten "ORIA" som gir oss stor tilgang til fag- og forskningsartikler fra åpne kilder. ORIA har vi hatt tilgang til via Høgskolen i Hedmark sin nettside og fjerntilgang hjemmefra.

Via <http://Helsebiblioteket.no> har vi brukt oppslagsverket UpToDate via Kunnskapspyramiden, databasen OvidNursing samt funnet Mesh-termer ved hjelp av SveMed. Vi har og brukt Swedish MeSH.

Vi har, etter søk i MeSH-termer (Medical Subject Headings) og på bakgrunn av PICO-skjemaet vårt valgt ut søkeordene "sleep quality", "sleep experience in hospital", "in hospital", "elderly", "elderly patients", "aged", "facilitating" og "enhanced sleep experience". Det gir



mange treff og vi har avgrenset oss til norsk og engelsk språk, publisert etter 2010, samt artikler. I noen anledninger har vi og avgrenset oss til peer reviewed artikler. Mange artikler er ekskludert på bakgrunn av at de ikke treffe målgruppen, de strekker seg over for lang tid enn vi tar for oss eller fokuserer på diagnostiserte søvnvansker. Vi konstaterer og at mye av den forskning som er gjort som treffer vårt formål er gjort på intensivavdeling. Vi har valgt å ta med de i videre utvalg der materialet har hatt overførbar betydning til medisinsk sengepost.

### **2.3 Kvalitetsvurdering og kildekritikk**

Den valgte litteraturen er stort sett av nyere dato. Få kilder er mer en fem år gamle. Dette grunnet de studier som gjøres på søvn. Forklaringene på hvorfor vi sover og hva som skjer når vi sover samt de fysiologiske prosessene er noe det forskes mye på. Derav er noe av pensumlitteraturen ikke helt fullstendig og vi må ta forbehold om at deler av denne litteraturen ikke lenger står i forhold til nyere forskning. Når det gjelder reaksjoner på lite søvn er disse tekstene fortsatt relevante. Det har derfor hvert av betydning å kontrollere når litteraturen er skrevet for å kvalitetssikre arbeidet.

De forskningsartiklene som er brukt er fagfellevurdert og/eller hentet fra troverdige databaser via Oria og Cinahl. Med fagfellevurdert menes at artikkelen er gjennomgått og godkjent av eksperter på fagområdet (Dalland, 2012).

IMRoD-strukturen (Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon) er brukt for å kontrollere at valgte artikler er forskningsartikler og ikke fagartikler. Dette er den mest brukt oppbyggingen ved publisering av forskning (Dalland, 2012).

Ved de litteratursøk vi har gjort finner vi mye fagstoff. For å velge ut det som er relevant for vår oppgave har vi gått gjennom et utvalg av tekster for å finne de som svarer på våre spørsmål. Vi har tatt i bruk både primær- og sekundærstudier.

### **2.4 Primær- og sekundærlitteratur**

Primærlitteratur er forfatterens egen forskning, mens sekundærlitteratur er bygget på tidligere forskning. Sekundærlitteraturen går gjennom et utvalg av primærstudier, analyserer de på nytt og oppsummerer kunnskapen (Dalland, 2012).

Ved å bruke sekundærlitteratur tolker vi med andre ord en annen forfatters tolkning av en originaltekst. Dette gir rom for at vår tolkning kan skille seg noe fra originalforfatters mening.

Oppsummert forskning og litteraturstudier er sekundærlitteratur da dette er en sammenstilling av relevant forskning som foreligger på et bestemt område (Dalland, 2012).

## 2.5 Presentasjon av artiklene

Missildine, Bergstrom, Meininger, Richards & Foreman (2014) har gjort en pilotstudie –dvs en liten studie hvor man prøver ut metoder planlagt brukt i større studie. Derav er man og bevisst på at materialet er litt lite for å være dekkende. Målet med studien var å monitorere 48 eldre pasienters søvnmønster på en generell medisinsk avdeling. Deretter beskrives sammenhengen mellom søvn, støy og lysnivå som pasientene ble eksponert for på avdelingen om natten. Den er begrenset til første natt etter innleggelse og erkjenner at begrensingen kan påvirke resultatene grunnet engstelse og andre "førstenatts effekter". Vi finner allikevel studien aktuell da vi gjennom vår egen praksis ofte har observert det vi mener er uhensiktsmessig høye støynivåer og lysbruk om naten. Vi mener også at studien har direkte overførbar betydning på de miljømessige faktorene. Vi har gjentatte ganger fått tilbakemeldinger fra pasienter som påpeker sine søvnavbrudd gjennom natten. Med bakgrunn i støy og lysbruk føler de seg av denne grunn mer enn normalt uopplagte om morgenen. Artikkelen viser dog at lys og lyd muligens ikke har den negative effekten som antatt, men at det kan være deler av en større helhet og at søvnproblematikken kan være mere kompleks sammensatt.

Hoey, Fulbrook & Douglas (2013) har i ett litteraturstudie sett på egnede måleverktøy for å evaluere inneliggende pasienters søvnopplevelse. De fant 402 studier på temaet, 10 møtte kriteriene deres. Studien fremhever tre måleverktøy hvor en av disse utmerker seg som effektiv og enkel i bruk. Studien viser videre til at et egnet måleverktøy for evaluering av inneliggende pasienters søvnopplevelse er til stor hjelp for sykepleiere i oppgaven som søvnfasilitator. Studien påpeker at det i dagens praksis i liten til ingen grad brukes standardiserte metoder for søvnevaluering. Dette er i samsvar med vår egen erfaring fra praksis. Vi finner det av stor interesse og betydning å se på metoder som kan gi oss en strukturert tilnærming av pasientenes søvnopplevelse.

Radtek, Obermann & Teymer (2014) har gjennom litteraturstudie sett på sykepleiernes kunnskaper om søvnkvalitet, utfall av akutt syke pasienter på generelle medisinske avdelinger og om de kan identifisere hvordan sykepleiere kan redusere søvnløshet. Artikkelen viser at

sykepleiere er kunnskapsrike om betydningen av søvn, hvilke negative effekter søvnløshet har på pasientens evne til å helbrede og mulige strategier som kan hindre søvnløshet hos pasienter i akutthelsetjenesten. Til tross for sykepleierens unike posisjon og all denne kunnskap rundt søvn finnes det fortsatt barrierer mot søvnforfremmelse. Dette er i samsvar med våre egne opplevelser fra praksis, vi har og besitter den nødvendige kunnskapen rundt søvn og hvile, men bruker i liten til ingen grad strukturerte tilnæringsmetoder for å kartlegge pasientenes søvnvaner og søvnopplevelse.

Adachi et al. (2013) har gjort en prospektiv kohortstudie, det vil si et observerende studie der man følger opp pasienter over tid for å se hvem som utvikler sykdom og hvem som forblir frisk (Stoltenberg, 2014). Forskningen er gjennomført på en medisinsk avdeling. 118 pasienter over 50 år, snittalder på 65. De undersøkte lydnivå og lysnivå, overvåket søvnen ved hjelp av en aktigraf, et armbånd som leser av når og hvordan du sover, samt overvåket pasientens subjektive opplevelse gjennom daglige innrapporteringer. De etterspurte hvor mye kontroll pasientene hadde over egen søvn. Dette gjordes ved hjelp av måleverktøyet Sleep Locus of Control (SLOC) skalaen som er en internasjonal skala for om man tror man selv er ansvarlig for sin søvn, eller om man er prisgitt ytre faktorer for å få sove. I tillegg brukte de Sleep Self-Efficacy (SSE) skalaen som har som mål å kartlegge pasientens egen tiltro til at de skal få sove. De ønsket å undersøke forholdet mellom pasientdelaktighet og søvn blant eldre på sykehus. De fant ut at de som følte seg delaktige i tilrettelegging for søvn, og ble tatt med i tilretteleggingen hadde bedre søvnkvalitet og lengere søvnsekvenser enn de som ikke følte seg tatt med i prosessen. De som scoret lavt på disse skalaene, uavhengig av alder, hadde flere klager på støy. Forfatterne selv vedgår at forskningen har sine svake punkter. Den er laget ved et sykehus og hele 42% av objektene hvert forhindret fra å gjennomføre testen grunnet helsetilstand og forflyttinger. Dette er likevel en interessant studie da den bryter med de tanker vi ofte har om søvnproblematikk på sykehus. Den er tatt med i oppgaven for å bringe frem nytt materiale som tydeliggjøre betydningen av autonomi og medbestemmelsesrett.

Kamdar et al. (2012) undersøkte forholdet mellom pasienter og sykepleiers oppfattelse av pasientens nattesøvn ved hjelp av Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ). Skjemaet har i utgangspunktet fem spørsmål, her har de lagt til et sjettes som omhandler nattlige lyder. Disse skjemaene hvert fylt ut av pasient og nattsykepleier vedrørende den samme natten. Det hvert fylt ut 92 par med skjemaer om 33 pasienter i løpet av 24 dager. Undersøkelsen er gjennomført i en intensivavdeling. Undersøkelsen er av interesse da den tar opp forholdet

mellom pasientens og sykepleierens forskjeller i oppfattelse av søvn samt bruken av RCSQ i praksis.

### 3 Teoretisk perspektiv

For å kunne jobbe kunnskapsbasert trenger sykepleieren både den teoretiske kunnskapen så vel som den erfarenhetsbaserte. Dette kapittelet fordypet sykepleierens teoretiske kunnskap rundt søvn og øker det teoretiske handlingsgrunnlaget som er nødvendig for å sikre pasienten en god søvnopplevelse.

#### 3.1 Dorotea Orem

For å belyse problemstillingen vår har vi valgt å bruke sykepleieteoretiker Dorotea Orem (1914-2007). Hun har som mål at tydeliggjøre de systemer innenfor hvilke sykepleieren kan synliggjøre de behov som foreligger hos pasienten. Og i hvor stor grad pasienten trenger sykepleie samt hvordan den kan gjennomføres.

Dorotea Orem var behovsteoretiker. Det vil si sykepleierteori basert på menneskets grunnleggende behov og ivaretagelse av disse (Kristoffersen, 2011). Orem's teorier gir oss gode retningslinjer for å kartlegge pasientens behov. Hun har også forslag til handlingsalternativer for å gi pasienten den støtte hun trenger samtidig som vi ivaretar pasientautonomien.

Teorien vår bygger på Orem's 6. utgave fra 2001. Hennes egenomsorgsteorier inneholder mange begreper som kan være vanskelig å oversette. Vi har derfor valgt å låne begreper fra den norske oversettelsen til Cavanagh (1999).

Hos Orem (2001) står egenomsorg (*self-care*) sentralt. Hvor behovet for egenomsorg (*self-care requisites*) og kapasiteten til egenomsorg (*self-care agency*) må dekkes. I begrepet egenomsorg ligger de handlinger vi gjør for å opprettholde liv, helse og velvære. Basert på de kunnskaper vi tilegner oss i samvær og samtaler med andre er vi i stand til å utføre egnede handlinger til å møte behovene våre. I tillegg utfører vi disse handlingene overfor andre som er i behov av vår hjelp.

Orem (2001) vektlegger menneskets behov for å lære og videreutvikle seg samt å søke hjelp der egenomsorgen ikke strekker til. Hun mener og at vi, gjennom å reflektere over helse og omgivelser skiller oss fra alt annet levende. Vi er i stand til å sette ord på våre meninger og ideer og bruke disse til å legge til rette for et godt liv for oss selv og for andre. Dette mener hun er de psykologiske trekk som gjør oss menneskelige.

Egenomsorgsbehovene er delt inn i universelle, utviklingsrelaterte og helsesviktrelaterte behov. Ett av disse er behovet for søvn og hvile. Disse dekker vi gjennom å handle etter kroppens

signaler om behov for hvile eller aktivitet, samt gjennom å utvikle funksjonelle mønster for tilretteleggelse for søvn og hvile. Hvordan og i hvor stor utstrekning disse behovene blir møtt er individuelt. (Orem, 2001).

Behovet for sykepleie kommer inn der kapasiteten til egenomsorg svikter. Pasientens egenomsorgskapasitet strekker ikke til og hun greier ikke å dekke behovene.

Egenomsorgsbehovene dekker både de psykiske, fysiske, sosiale og åndelige behovene, som ifølge Orem (2001) er like viktige for at et menneske skal kunne fungere godt. Disse behovene må individet selv søke å imøtekomme etter egne evner, tatt i betraktning den kulturen vedkommende tilhører og lever innenfor.

Ved sykdom opptrer nye egenomsorgskrav (*self-care demands*). Pasienten vil måtte være i stand til å søke og sikre seg nødvendig helsehjelp. Hun må forstå resultatet av sykdom og dertil relaterte forandringer. Pasienten må utføre de tiltak som blir forordnet og forstå og forholde seg til ubehag knyttet til sykdommen og følgene av denne. Hun må også kunne akseptere sin tilstand og eventuelle hjelpebehov samt lære å leve med tilstanden sin og den behandling som trenges for så å kunne sikre videre selvutvikling (Orem, 2001).

Flere faktorer virker inn på egenomsorgskravene så som alder, kjønn, utviklingsstadium, livsstil, levemåte, forholdet til miljøet og individets tilgang på resurser ol. For å dekke kravene er det viktig å se på forholdet mellom de forskjellige innvirkende faktorene og hvordan de innvirke på kravene. Når disse kravene ikke blir dekket vil individet oppleve en egenomsorgssvikt. Det vil da være behov for hjelp til å dekke egenomsorgskravene. Dette kan være av en nærstående i hjemmet, eller som i dette fallet, av en sykepleier (Orem, 2001).

Terapeutiske egenomsorgskrav (*therapeutic self-care demands*) er måten egenomsorgsbehovene blir møtt. Spesifikke handlinger som er valgt ut til å møte et spesifikt behov på bakgrunn av handlingens gyldighet. Disse terapeutiske egenomsorgsbehovene kan avdekkes og møtes av pasienten der hun har kunnskap og motivasjon til det. Alternativt av sykepleier eller annen hjelper (Orem, 2001).

Videre er behovs-teorien til Orem (2001) praktisk rettet og hun kommer med klare retningslinjer for når og hvordan man bør gå frem for å sikre at pasienten får dekket sine terapeutiske egenomsorgskrav nå, å sikre at de blir dekket i fremtiden. Sammen med pasienten og eventuelt pårørende må sykepleier kartlegge nåværende og fremtidige egenomsorgsevner for så å velge et sykepleiesystem at jobbe ut fra. Orem (2001) deler det in i tre systemer; Det helt kompensierende, det delvis kompensierende og det støttende/undervisende system. Det helt

kompeniserende tilegnes når pasienten av forskjellige årsaker ikke er i stand til å selv utføre egenomsorgshandlinger, men trenger hjelp til alt. Det delvis kompeniserende kan tillempes når den fysiske eller kognitive funksjonen er til stede, pasienten trenger derfor hjelp til utvalgte deler av egenomsorgen. Det støttende/undervisende system må brukes da pasienten er stort sett selvhjulpen, men trenger støtte og undervisning for å trygges på at hun mestrer sin egenomsorg eller for å øke sin egenomsorgskapasitet innfor fremtiden (Orem, 2001).

For å synliggjøre sykepleierens arbeid med pasienten har Orem (2001) satt opp fem hjelpemetoder. Disse går ut på å handle eller gjøre noe for en annen, å veilede en annen, å støtte en annen fysisk eller psykisk, å tilrettelegge omgivelser som muliggjør helsefremmende omsorg og utvikling av personlige evner og å undervise. Det er viktig å avgjøre hvor mye støtte og hjelp pasienten trenger.

Sykepleierens oppgave er ifølge Orem (2001) å avdekke egenomsorgssvikt, forhold som kan føre til svikt og hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten med å få disse behovene dekket.

Teorien til Orem, (2001) kan brukes til å kartlegge, planlegge, utføre og evaluere pleien. Hun søker å spesifisere hva sykepleiere egentlig gjør i sin gjerning, hvorfor de gjør det og hva som er resultatet av valgte handlinger. Hun påpeker viktigheten av at sykepleier har en teoretisk utdanning og ikke bare praktisk erfaring.

Orem fremhever hele tiden samspillet mellom sykepleier, pasient og pårørende og hvor viktig det er med et godt samspill. Sykepleiers sosiale og mellommenneskelige ferdigheter er viktige for å få frem den kapasiteten som finnes hos pasienten i like stor grad som å avdekke de mangler som er til stede nå, og de som kan komme at oppstå. Sykepleier trenger en god dialog med pasient og pårørende for å klargjøre og avgrense de involverte parters rolle i helsehjelpen (Orem, 2001).

Orem (2001) tillegger sykepleierens teoretiske kunnskaper stor vekt. Kunnskap tilegnet kun gjennom praktisk arbeid er ikke nok. Han må ha kunnskaper om de grunnleggende behovene og de systemer som kan tas i bruk for å sikre at pasienten får dekket sine egenomsorgsbehov. Det må foreligge kunnskaper om andre yrkesgrupper rundt pasienten og hvordan disse kan samarbeide. Sykepleieren må ha de medisinske kunnskapene som trengs for å utføre legens ordinasjoner ol. Han trenger også kunnskaper om hvordan han skal formidle ny kunnskap til pasienten og gjøre henne i stand til å møte sine egenomsorgsbehov. Sykepleie er ifølge Orem (2001) et praktisk og kreativt yrke og metodene må kunne tilpasses etter pasientens utviklingsstadium og generelle behov. Orem (2001) vektlegger at det ikke finnes en direkte

oppskrift på hvordan pleie skal planlegges. Hun legger frem en rekke retningsgivende handlingsalternativer der det er opp til sykepleieren selv å tilpasse tilnærmingen til hver pasient basert på sine teoretiske, sosiale og mellommenneskelige ferdigheter.

### 3.2 Søvnfysiologi

Forskere vet fortsatt ikke eksakt hvorfor vi sover. Men det er ikke tvil om at vi alle trenger å sove. Mangel på søvn fører til forstyrrelser som bla. hukommelse, konsentrasjon og intellekt (Bachmann & Lindhardt, 2011).

Hovedsakelig har man tre teorier på spørsmålet om hvorfor vi sover.

- Søvn er *energiparende* da kroppstemperaturen faller og kaloribehovet avtar. (Kirsch, 2015). Temperaturen i kroppen synker når vi sover, den er som lavest rundt fire-tiden om morgenen (Gerlach, 2003).
- Søvn har en *gjenoppbyggende* effekt vi alle kan føle på etter en god natts søvn da vi våkner utvilte, til forskjell fra en natt med lite søvn. Veksthormon utsondres i størst grad når vi sover. Dette fører til oppbygging av muskulatur og gjenoppbygging av cellene i kroppen (Kirsch, 2015). Produksjonen av veksthormon synker med alder da produksjonen er avhengig av dyp søvn, noe vi får mindre av jo eldre vi blir.  
Forskere har også funnet at hjernen blir rensset for avfall når vi sover. Hjernen kvitter seg blant annet med signalstoffet adenosin som hoper seg opp i løpet av dagen. Adenosin gjør at vi føler oss trette og når konsentrasjonen blir høy nok sovner vi. Ved for lite søvn vil ikke hjernen rekke å kvitte seg med gårdagens opphopning og nivåene vil nå terskelverdien tidligere på dagen og vi føler oss trette. Dette kan føre til at vi faller i søvn i løpet av dagen. Disse terskelverdiene er individuelle. (Bachmann & Lindhardt, 2011).
- Søvn spiller en viktig rolle for innlæring, kognitiv funksjon og minne (Kirsch, 2015). Særlig REM-søvn er viktig for hukommelsen. Studier har vist at REM-søvn har god effekt på innlæring (Kirsch, 2015). Forskning viser at det ikke skal mange netter med dårlig søvn til før det får kognitiv effekt med nedsatt reaksjonsevne og ytelse (Cirelli, 2015)



Forskere har og funnet at det er viktigere når du legger deg en hvor lenge du har vært våken for å få god søvn. Er det lenge siden du sov sist, eller søvnkvaliteten har vært dårlig vil du nå sove dypere. Så det er ikke riktig at man ikke kan ta igjen tapt søvn. Også her gjelder kvalitet foran kvantitet og at du sover mange timer trenger ikke å være fordelaktig viss kvaliteten på søvnen er dårlig (Bachmann & Lindhardt 2011).

### 3.2.1 Søvnfaser

En søvnfase varer fra 60-90 minutter. Den gjentas 4-5 ganger gjennom natten. Hvis man blir vekket i løpet av søvnfasen begynner man på ny på N1, uansett hvilket stadium du var på og uavhengig av hvor lenge du var våken (Bachmann & Lindhardt, 2011).

Vi deler søvn inn i to faser, Non Rapid Eye Movement (NREM) og Rapid Eye Movement (REM). NREM i sin tur deles inn i 3 stadier hvor N1 er en periode på 5-20 minutter i overgangen mellom våken tilstand og søvn. Dette utgjør som regel 5-10% av den totale søvnen. I denne perioden er vi lette å vekke og mange av oss vil da ikke være klare over at vi har sovnet. Øynene beveger seg langsomt og rullende. N2 Denne delen utgjør en betraktelig større del av den totale søvnen med 45-50%. Musklene slapper av og det er omtrent ingen bevegelser i øyet. De fleste vil her oppleve at de sov viss de blir forstyrret. I en periode på 10-20 minutter kan man ligge og pendle mellom våken tilstand, N1 og N2. Etter 30-60 minutter vil vi nå N3 – dyp søvn. Nå er kroppen helt avslappet og det er nærmest ingen øyebevegelser. Energiomsettingen synker, likeså gjør blodtrykk, puls og kroppstemperatur. Nå er kroppen såpass avslappet at vi blir vanskelige å vekke men vi reagerer på lyder vi er vant til. N3-stadiene er lenger i begynnelsen av natta og avtar noe frem mot morgen. Forskerne tror at det er i denne delen av søvnen merparten av de åter-oppbyggende prosessene skjer (Gerlach, 2006; Kirsch, 2015; Bachmann & Lindhardt, 2011).

Rundt 80 minutter inn i søvnfasen går vi over i REM-søvn. Øyets bevegelser er raske og all muskulatur, bortsett fra hjerte og diafragma, er helt og fullt avslappet. Puls og respirasjon kan være uregelmessig. Det er fra dette stadiet vi kan huske drømmene våre, selv om vi drømmer i andre stadier også. Forskere knytter hukommelse og innlæring til denne delen av søvnen. REM utgjør sirka 20-25% av den totale søvnen og sekvensene blir lenger mot morgenen (Kirsch, 2015; Bachmann & Lindhardt, 2011).

For å skille de forskjellige fasene fra hverandre måler man hjernens elektriske aktivitet ved hjelp av elektroencefalologi (EEG). Det vil si at man ved hjelp av elektroder festet til hodet registrerer aktiviteten i hjernen (Gerlach, 2006).

### 3.2.2 Normale endringer i søvnmønster hos eldre

Med alderen endres søvnmønsteret og er ofte forbundet med redusert søvnkvalitet hos eldre, dette skyldes først og fremst aldringsprosessen (Bachmann & Lindhardt, 2011). Søvn er normalt mer overfladisk, oppstykket og oppvåkningen varer lengre hos eldre sett i forhold til yngre mennesker, søvnmønsteret generelt blir med tiden mindre preget av dyp søvn og erstattes av lett søvn (Bastøe & Frantsen, 2011). Endringene i søvnmønsteret er jevnt progredierende og i 80-90-årsalderen kan N3 søvn være redusert til ingenting (Bachmann & Lindhardt, 2011). En studie gjennomført blant 1000 mennesker over 65 år i USA, viste at eldre sov ca. sju timer om natten, men søvnen var ikke tilstrekkelig sammenhengende og behovet for søvn og hvile på dagtid var tilstede (Bastøe & Frantsen, 2011). Det er derfor vanlig blant eldre å kompensere med å sove litt på dagtid, det er i denne sammenheng anbefalt en halvtimes tid med søvn på dagtid og ikke bevist at dette skaper dårligere nattesøvn (Bastøe & Frantsen, 2011). Mange eldre sier seg til tross for forandringene tilfreds med den søvnen de får. Wolland & Heier (2011) viser til forskning fra 2007 gjort av Tafaro m. flere at over halvparten gir uttrykk for god søvnkvalitet. Tiden det tar fra individet legger seg til man sovner øker med alder. Særlig gjelder dette fra 50-årene og oppover. Forskjøvet døgnrytme kan dog føre til at noen eldre sovner veldig tidlig om kvelden og derav våkner veldig tidlig om morgenen. Den sviktende døgnrytmen antas å være degenererende, grunnet celletap i søvnsenteret i hjernen. Problemet er større hos kvinner enn hos men (Wolland & Heier, 2011).

### 3.3 Søvnkartlegging

Det finnes mange forskjellige skjemaer for kartlegging av søvn. Som illustrasjon viser vi til boken STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales (Shahid, Wilkinson, Marcu, & Shapiro, 2012), men det finnes mange flere. Forskningsartiklene vi har brukt viser til noen av de. Søvnkartlegging brukes for å avdekke pasientens søvnbehov, og i hvilken utstrekning de får dekket disse. Noen skjemaer retter seg mot spesifikke diagnoser, andre søker å avdekke problemområder eller kartlegge søvn i befolkningen. Disse skjemaene brukes både til forsknings- og i medisinsk hensikt.

### 3.4 Behov for søvn og hvile sett fra et sykepleieperspektiv

Søvn er en avgjørende faktor for menneskets helse, velvære og rehabilitering etter sykdom og er et av menneskets grunnleggende behov (Bastøe & Frantsen, 2011). Sykdom vil ofte innvirke

på søvnen hos eldre mennesker, enten ved at de sover mindre, eller ved at kvaliteten på søvnen blir dårligere. Sykepleieren har derfor et ansvar og står i posisjon til å i samarbeid med pasienten og individuelt tilrettelegge sykepleie som prioriterer den normale søvnen høyt (Bachmann & Lindhardt, 2011). Sykepleierens bevisste oppmerksomhet og kartlegging av pasientens søvnvaner vil kunne gi rom for best mulig tilrettelegging av pasientens nødvendige, gjenoppbyggende søvnbehov og forbedret søvnkvalitet. Dette vil gi grunnlag for at pasienten vil ha mer energi til å mestre sitt sykdomsproblem, ha overskudd til ønskede aktiviteter og gode samtaler med personalet og pårørende de påfølgende dagene (Bachmann & Lindhardt, 2011). At vurdere pasientens dekkede søvnbehov per nå og utover oppholdet vil være en viktig oppgave for sykepleier.

### **3.5 Kjennetegn på søvnproblemer hos eldre og mulige konsekvenser**

Søvnvansker kan deles inn i tre typer. De kjennetegnes ved lang innsovningstid, lett eller urolig søvn som preges av mange oppvåkninger gjennom natten og for tidlig oppvåkning lenge før en behøver å stå opp (Bastøe & Frantsen, 2011). Det er ofte vanlig med en kombinasjon av disse. Den utilstrekkelige og dårlige søvnen gir ikke nødvendig med hvile og medfører at en føler seg uopplagt, trett eller søvnnig på dagtid (Bastøe & Frantsen, 2011). Konsekvensene av disse søvnproblemene oppleves ofte som nedsatt livskvalitet og kan føre til psykiske plager som depresjon og angst og begrenset kapasitet til å kunne ivareta daglige gjøremål på en tilfredsstillende måte (Bastøe & Frantsen, 2011). Wolland & Heier (2011) viser og at reaksjonstiden kan bli forlenget hos eldre som sover dårlig. Dette kan være viktig for sykepleier å være bevist i hjelpesituasjoner.

### **3.6 Faktorer som kan forstyrrer eldre pasienters søvn i sykehus**

Pasienter generelt som legges inn i sykehus vil oppleve endringer fra sitt vante sovemiljø og ytre miljø for øvrig, disse endringene vil i seg selv kunne være søvnforstyrrende (Bachmann & Lindhardt, 2011). Som tidligere påpekt viser så mye som 60-75% av innlagte pasienter at de ikke får sove tilfredsstillende under innleggelse i sykehus og føler seg ikke uthvilte om morgenen (Bachmann & Lindhardt, 2011).

Eldre pasienter er i større grad utsatt for søvnproblemer ved innleggelse i sykehus, de er spesielt sårbare for endringer i døgnrytmen, mange lider av aldersrelaterte sykdommer og har

normal reduksjon i den dype søvnen. Dette medfører at de er mer utsatte for å våkne lettere av ytre stimuli fra sykehusmiljøet (Bachmann & Lindhardt, 2011).

### 3.6.1 Lyder og lys

Bachmann & Lindhardt (2011) viser til at støy oppgis til å være den vesentligste årsaken til søvnproblemer hos sykehuspasienter. Forstyrrende lyder kan være personalets fottrinn i korridorene, samtaler mellom pasienter eller personalet og mekaniske lyder fra trillebord og bekkbruk. Utstyr som varslingsanlegg, telefoner og medisinsk apparatur for øvrig er andre støykilder. Medpasienters assistansebehov, urolighet i sengen, hoste, snorking og klage på smerte utgjør også en stor del av støyfaktorene.

Selv om undersøkelser viser at pasienter opplever lys i rommet som en trygghetsfaktor er det noen pasienter som mener lys oppleves som forstyrrende for nattesøvnen. I hovedsak handler dette om lys som blir slått av og på mange ganger i forbindelse med aktiviteter som utføres av sykepleierne (Bachmann & Lindhardt, 2011). Lys som når øyet og netthinnen sender via nerveforbindelse signaler til hjernen. Disse signalene fremmer våkenhet og hemmer søvnighet (Wolland & Heier, 2011).

Lys har i tillegg en viktig funksjon ved å opprettholde døgn-variasjonene i kroppen. Gjennom å sørge for god belysning på dagtid hjelper man kroppen at skille på natt og dag og fremmer søvnbehovet om natten. Mange eldre har for dårlig belysning og motarbeider derigjennom den biologiske klokken (Wolland & Heier, 2011).

### 3.6.2 Rutiner i sykehus

Bachmann & Lindhardt (2011) forteller at observasjoner av pasientens tilstand kan være en grunn til at sykepleieren er nødt til å vekke pasienten flere ganger om natten.

Sykepleiehandlinger som tar sikte på å forebygge komplikasjoner ved sengeleiet med tanke på trykksår og inkontinens er også en vesentlig årsak til avbrutt søvn. Sikre pasienten mot komplikasjoner ved immobilitet kan ikke unngås, men sykepleiehandlinger på den andre siden viser seg å ha en tendens til å være rutinepreget uten hensyn til pasientens behov. En studie fra Bergen viser at mange pasienter opplyser at oppvåkninger skyldes sykepleiehandlinger (Bachmann & Lindhardt, 2011).

### 3.6.3 Sovemiljø

Pasienter som innlegges i sykehus må ofte sove sammen med andre. Det kan være vanskelig å komme frem til et kompromiss da noen foretrekker et varmt soverom, mens andre ønsker det

kjølig. Studier viser at plastovertrekk på madrasser og puter forsterker varmeopplevelsen hvor det klages over høy romtemperatur. Svett og fuktig hud øker fordampingen og avgir varme, bruk av sengetøy som ikke er laget av bomull kan forsterke fornemmelsen av å fryse da materialet mangler evnen til å suge opp fuktighet fra kroppen. Sengens plassering og høyde i rommet kan påvirke pasientens trykghetsfølelse. Det kan føles anstrengende for pasienten å komme opp og ut av sengen om natten og redsel for å falle ut er stor. Dette kan medføre at pasienten ligger våken og venter til siste øyeblikk med å tilkalle assistanse for eksempel toalettbesøk (Bachmann & Lindhardt, 2011).

### **3.6.4 Ernæring**

Følelsen av sult og tørst er hemmende for god søvn. Hjemme er det lett å gjøre noe med dette. På institusjon er det ofte vanskeligere. Den biologiske rytmen sørger for nedbrytning ved våkenhet og gjenoppbygging når vi sover. Proteinrik kost kan bidra til innsovning samt har en medvirkende funksjon i den gjenoppbyggingen som skjer når vi sover. Ved sykdom, vevsskade, sult og stress øker nedbrytningen i kroppen. Behovet for søvn øker i takt med disse faktorene. Nedbrytningen kan også føre til vektreduksjon. Vektreduksjon kan i sin tur føre til dårligere søvnkvalitet (Bachmann & Lindhardt, 2011).

### **3.7 Medikamentell behandling av søvnvansker**

Spigset (2007) forteller at selv om ikke-medikamentell behandling kan vise seg å være vel så effektivt som bruk av medikamentell behandling av søvnvansker, er det likevel utstrakt bruk av sovemidler blant eldre i Norge. Mer enn 30% av alle personer i aldersgruppen 70-80 år bruker sovemidler. Forbruket er sterkt stigende med alderen og størst forbruk forekommer hos personer over 85-år (Bachmann & Lindhardt, 2011).

Bachmann & Lindhardt (2011) forteller at sovemidler behandler kun symptomet søvnløshet med raskere innsovning og færre nattlige oppvåkninger men ikke den bakenforliggende årsak. Forbigående og kroniske søvnvansker kan med fordel behandles med sovemidler, men kun for en begrenset periode da de har en negativ innvirkning på de eldre. Sovemidler påvirker REM-søvnen og ved opphør etter lengre tids bruk oppleves urolig søvn, dette kan føre til avhengighet. Etter lengre tids bruk, vil derfor langsom nedtrapping over flere uker være å anbefale.

### 3.7.1 Legemiddeltypen og bivirkninger

Legemiddeltypen tilhørende hypnotika-gruppen som benzodiazepiner og benzodiazepinlignende hypnotika er de mest kjente og brukte i behandling av søvnvansker skriver Spigset (2007). Eksempel på benzodiazepiner er Mogadon (Mogadon, s.a.) og Apodorm (Apodorm, s.a.). Disse preparatene absorberes raskt med innsettende søvnfremkallende effekt. Benzodiazepiner har middels lang virketid og brytes langsomt ned i kroppen, ved dosering en gang i døgnet vil virkestoffet kunne akkumulere ”hope seg opp” i kroppen og gi uheldige bivirkninger som søvnighet, svimmelhet, desorientering, nedsatt hukommelse, koordineringsevne og treghet (Bachmann & Lindhardt, 2011). Eksempel på benzodiazepinlignende preparater er Zopiklon (Zopiklon, s.a.) og Zolpidem (Zolpidem, s.a.). Benzodiazepinlignende preparater er kjemisk forskjellig fra benzodiazepiner, men har lignende virkning. Virketiden er kortere og egner seg derfor bedre som sovemedisin hos eldre grunnet at man slipper uheldige bivirkninger som søvnighet eller ”hangover” dagen derpå. Benzodiazepinlignende preparater gir også mindre avhengighet og mindre risiko for misbruk (Spigset, 2007).

### 3.8 Søvnhygiene

Et naturlig søvnbehov bygges opp av hensiktsmessig adferd gjennom dagen ved å respektere døgnrytmen (Bachmann & Lindhardt, 2011). De mest brukte rådene for god søvnhygiene beskrives ofte med å sørge for at regelmessig mosjon og aktivitet foregår på dagtid og suksessivt roes ned mot kvelden, mye søvn om dagen og unødig opphold i sengen bortsett fra å sove er uheldig. For å holde en fast døgnrytme bør man stå opp og legge seg omtrent til samme tid hver dag og ha en romtemperatur man finner behagelig. Våkner man om natten å må på toalettet bør man unngå sterkt lys og høye lyder. Årsaker som skyldes livsvaner som stress, kaffe/te og store måltider bør unngås i timene før leggetid (Kirkevold, 2010).

Kirkevold (2010) skriver at råd om god søvnhygiene alene ikke bør overlates til pasientene på egenhånd, sykepleieren har et ansvar for å samarbeide med pasienten om å velge ut hvilke råd som er aktuelle å holde fokus på. Det er viktig for sykepleieren å være klar over at det kan være vanskelig for pasienten å gjennomføre rådene ut i fra hvilke individuelle vaner som er opparbeidet fra før.

### 3.9 Kommunikasjon.

Eide og Eide (2007) skriver at kjernen i kommunikasjonens kunst er å anerkjenne den andre, være aktivt lyttende, åpen og samtidig direkte. Profesjonell kommunikasjon i helsevesenet skal være velfundert og til hjelp for pasienten. Forutsetningen for å oppnå tillit, nærhet og kontakt, og dermed en god relasjon vil gi muligheten til å gi god helsehjelp og støtte. Til daglig brukes begrepet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Innenfor helsevesenet brukes begrepet om den enkelte hjelpers forhold til pasienter, pårørende, kolleger og samfunn for øvrig (Eide & Eide, 2007).

Kommunikasjon i dagliglivet er forskjellig fra profesjonell kommunikasjon. I jobben kommuniserer vi ikke som privatpersoner men som yrkesutøvere og helsepersonell, enten med personer som av ulike årsaker trenger, søker eller som er henvist til vår hjelp og assistanse skriver Eide og Eide (2007).

Profesjonell helsefaglig kommunikasjon har et helsefaglig formål om alltid å være hjelpende med å fremme helse, forebygge sykdom og gjenoppbygge helse og lindre lidelser skriver Eide og Eide (2007). Det er basert på yrkets verdigrunnlag hvor de norske yrkesetiske retningslinjene for helsepersonell sier at det skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Det innebærer også å beskytte den andre mot skader og bidra til at den andre kan ivareta egen helse og bruke egne ressurser. Profesjonell helsefaglig kommunikasjon skal også bidra til å la pasienten beholde mest mulig makt og kontroll over eget liv, bestyrke og stimulere pasienten til å delta i beslutningsprosesser og utøve myndighet der dette er nødvendig og naturlig (Eide & Eide, 2007).

### 3.10 Lover og regler

Med autonomi menes menneskets rett til å bestemme over seg selv. Vi som helsepersonell plikter å ivareta den retten. I de fallene pasienten ikke selv er i stand til å ivareta sin autonomi, har de rett til respekt for sin person og sine verdier (Hummelvoll, 2012).

Sykepleie og sykepleiere har lover og regler å forholde seg til. Lov om helsepersonell m.v (Helsepersonelloven) –hlspl. (1999) og Pasient- og brukerrettighetsloven –pasrl. (1999). Videre må sykepleier forholde seg til Forskrift om pasientjournal (2013) og Sykepleiens Yrkesetiske Retningslinjer (YR). Gjennom disse reguleres tjenesten og sikrer pasienten et trygt og rettferdig tilbud samt setter noen grenser og grunnleggende betingelser for sykepleier. YR er og en rettesnor for sykepleier i praksis.

## 4 Drøfting

Hvordan kan sykepleieren bedre opplevelsen av nattesøvn hos eldre pasienter innlagt på sykehus? Dette var spørsmålet vi ønsket å finne svar på. Nedenfor vil vi nå sette det materialet vi har funnet på temaet opp mot hverandre og se om vi kan finne noen løsninger.

Vi har til nå sett på hva som kan forårsake søvnevansker for Gerd i hennes nåværende situasjon. Vi har fått en innføring i hvordan søvn fungerer og har økt vår forståelse for ikke bare at, men hvorfor søvn er så viktig. På bakgrunn av det skal vi nå prøve å finne gode måter å hjelpe Gerd slik at nettene hennes blir bedre, hun føler seg mere tilfreds og opplagt samt bedrer mulighetene for at hun raskt kan komme tilbake til sitt vante jeg.

I YR står det at "Sykepleie skal være kunnskapsbasert og bygge på forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning". Dette ønsker vi å legge til grunn for drøftingen vår. I tillegg står det at "Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom". Det finnes ikke tvil om at god nattesøvn er av ytterste vekt av både helsefremmende og sykdomsforebyggende hensikt.

### 4.1 God søvn starter med god kartlegging

Gerd har gjennomgått et alvorlig traume med store påkjenninger for hennes kropp og er nå i behov for god søvn og hvile for å bli frisk og få igjen energien sin samt ivareta sine kognitive funksjoner (Kircsh, 2015). Gerd gir selv uttrykk for at hun ikke har fått sove og kjenner seg derfor utslitt.

Orem (2001) vektlegger kartleggingen for å avgjøre om pasienten trenger sykepleie og i såne fall i hvilken grad for å utarbeide en plan for sykepleie. Vår erfaring tilsier at søvn ofte ikke er så grundig kartlagt. Ofte mangler informasjon på dette punktet helt og holdent. Det er heller ikke noe man jobber videre med i løpet av innleggelsen.

På bakgrunn av sykepleiers naturvitenskaplige og hermeneutiske kunnskap til behovet for søvn og hvile vil han derfor, grunnet Gerds utilstrekkelig dekkede søvnbehov, undersøke dette videre. Gjennom åpen kommunikasjon med Gerd der sykepleier anerkjenner hennes opplevelse av søvnmangel, kan han begynne arbeidet med å sikre Gerd en bedre opplevelse neste natt. Sykepleier må sørge for at hennes grunnleggende behov for søvn og hvile blir dekket. For en god kartlegging bør denne jobben starte så tidlig som mulig og være i kontinuerlig fremdrift så lenge Gerd er innlagt. Dette arbeidet omtaler Orem (2001) som sykepleieprosessen og består av



fire elementer. Sykepleierdiagnose (datasamling og vurdering av data), sykepleiepreskripsjon (planlegging), sykepleieintervensjon/behandling og til sist evaluering. Orem (2001) påpeker at utarbeiding og gjennomføring av tiltak ikke trenger å vente til kartleggingen er fullført og sykepleier kan komme med tips og tanker om hva Gerd selv kan gjøre for å bedre sin situasjon.

Gode kommunikasjonsferdigheter er hjelpemidler til å forstå pasienten som person og unikt individ for derigjennom å kunne gi hjelpe og støtte til å ta gode beslutninger sammen. I sykehus har pasienter, pårørende og helsepersonell ofte liten og dårlig tid til å kunne etablere kontakt og skaffe seg et helhetlig bilde av situasjonen. Det å være aktivt lyttende og kommunisere klart og tydelig er en forutsetning for å identifisere hva situasjonen krever og forebygge uheldige valg og dårlige løsninger. I den grad kommunikasjonene er mangelfull eller dårlig oppstår fare for å gjøre profesjonelle feil og mangler. God kommunikasjon innebærer av denne grunn en kvalitetssikring av det helsefaglige arbeidet (Eide & Eide, 2007).

#### 4.1.1 Subjektiv opplevelse

Forskningen til Radtek, et al. (2014) viser at sykepleiere har mye kunnskap om søvn og har kjennskap til hva som kan forhindre søvn og hva som kan fremme den. Gjennom non-verbal, bekreftende og utforskende kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide, 2007) kan sykepleier skape den sosiale og mellommenneskelige kontakten mellom pasient og sykepleier som Orem (2001) mener er nødvendig. God kontakt er avgjørende for å få en så fylldig forståelse som mulig av Gerds problem, opplevelsen av de, samt resurser hun selv har til å besørge sine egenomsorgskrav. Vi ser på dette som en ypperlig mulighet til å avklare Gerds kunnskap og behov for økt kunnskap samt kartlegge hennes utviklingsstadium.

Forskningen til Adachi et al. (2013) viser at pasientens egne tanker rundt om hun skal få sove eller ikke spiller inn på hennes opplevelse av søvnkvaliteten. Vi mener dette er viktig å ta med i kartleggingen for å forstå Gerds egenomsorgskapasitet. Hennes tro på egen påvirkningskraft kan også vise seg viktig ved utarbeiding av tiltak.

Vi mener det er av vekt at sykepleier er kjent med, og kan formidle til pasienten at fire timer med god søvn kan ha like mye for seg som syv timer med mange oppvåkninger for å sikre følelsen av god søvnkvalitet. Vi har erfart pasienter som er stresset for at de sover færre timer enn normalt, men føler de har sovet godt. Vi har og opplevd pasienter som "sovet ved alle tilsyn" men er alt annet en opplagte om morgenen. For å utjevne avvik fra det vante sovemønsteret kan det være behov for veiledning fra sykepleier for å sørge for kontrollerte

perioder med søvn mitt på dagen. Dette for å veie opp for tapt nattesøvn og øke pasientens følelse av velvære.

#### **4.1.2 Biologisk rytme**

Gjennom sykepleiers teoretiske kunnskaper om søvnfaser, aldersforandringer, normalt søvnbehov og tegn på søvnmangel har han forståelse for de effekter lite søvn kan ha for kroppen. Gerds vaner og nåværende situasjon, avgjøre i hvilken grad søvnaspektet hos Gerd er i behov for sykepleiers assistanse. Gerlach (2003) påpeker viktigheten ved å følge kroppens biologiske søvnmønster. At kartlegge dette er et ledd i å hjelpe Gerd til en god søvnopplevelse. Ved å spørre om når hun vanligvis legger seg om kvelden, hvor lenge hun pleier å sove og om hun da pleier å være opplagt når hun våkner avdekker sykepleier Gerds normale søvnmønster. Ved å følge oppe med spørsmål vedrørende om hun sover noe mitt på dagen når hun er hjemme og i sånne fall hvor lenge kan vi tilrettelegge dagen hennes. Videre kan det være fornuftig å kartlegge hvor vidt hun våkner ofte om natten, hvor følsom hun er for lyder og lys samt om hun ofte står opp om natten hjemme.

#### **4.1.3 Søvnforhold**

Sykepleier burde i tillegg kartlegge Gerds vanlige kvelds- og natrutiner gjennom spørsmål vedrørende hva hun vanligvis gjør de siste timene før hun legger seg. Dette gjelder alt fra aktiviteter til hygiene. Spørsmål som spiser hun noe før hun legger seg, hvordan er hennes vante rom-temperatur, lys og lyder eller om hun har noen preferanser vedrørende sengen kan være vesentlige. At så langt det går tilrettelegge for at Gerd kan opprettholde vanene sine kan øke hennes følelse av trygghet og velvære og gi henne bedre søvnkvalitet (Bastøe & Frantsen, 2005).

På bakgrunn av Orems (2001) behovsteorier kan sykepleier nå avgjøre hva Gerd har forutsetninger for å utføre selv av egenomsorgshandlinger og hva hun vil trenge hjelp med. Sykepleier har fått innsikt i hvor Gerd vil trenge sykepleierens pedagogiske rolle og hvilket sykepleiesystem som er mest hensiktsmessig. Dette må nå dokumenteres i henhold til dokumentasjonsplikten i Forskrift om pasientjournal (2013) og YR. Videre oppdateres alt ettersom Gerds behov forandres.

#### **4.1.4 Richards-Campbell Sleep Questionare (RCSQ)**

Det finnes i dag flere kartleggingssystemer som brukes til vanlig på sykehusene. Der blant VAS og ESAS, som er kartleggingsverktøy for smerte. VAS formidler pasientens subjektive opplevelse av smerte, Esas plasserer smerten på kroppen. I tillegg scores alle over 65 år for

fallfare på sykehuset vi har vår praksiserfarenhet fra. Dette er enkle og konkrete verktøy, som gir ett lett avlesbart resultat og sykepleieren konkret og spesifikk informasjon. Gjennom å bruke slike verktøy for søvn kan vi raskt avdekke hvor vi trenger å støtte Gerd og hennes egenomsorgsbehov.

Vi har funnet at mange av de søvnkartleggingsverktøyene som er tilgjengelige er rettet mot et lenger tidsaspekt enn det som er interessant for pasienter innlagt medisinsk avdeling. Vi får støtte av Hoey, Fulbrook og Douglas (2014) som i sin litteraturstudie finner kun tre kartleggingsverktøy som måler det vi søker, den subjektive oppfattelsen av søvn her og nå. Målet med kartlegging er i dette fallet å avdekke Gerds søvnkvalitet sist natt og om det er behov for støtte. Ved å bruke RCSQ (vedlegg 7.2) mener vi Gerds opplevelse av utilstrekkelig søvn kunne vært avdekket før og behovet for støtte i hennes egenomsorg kunne vært satt in da hun ankom avdelingen. RCSQ har fem spørsmål, alle besvares ved en visuell, analog skala, det vil si en strek på 100mm som spenner fra 0-10 som vist i vedlegg 2. Skjemaet besvares ved å sette ett kryss på linjen der man synes det passer. Skalaen er validert på pasienter mellom 55-79 år (Shahid, Wilkinson, Marcu, & Shapiro, 2012). Vi velger å trekke frem dette skjemaet da det er enkelt i bruk. Tidsmessig bruker pasienten her ca. 2 minutter til forskjell fra andre verktøy som gjerne bruker 10-15 minutter (Hoey, Fulbrook og Douglas 2014). Bastøe & Frantsen (2011) viser videre til Wolkove mfl (2007) sin forskning på Eldres søvnproblemer som viser mulighet for samtidig utvikling av betydelige negative konsekvenser som redusert kognitiv funksjon, hukommelsesproblemer, mestringsproblemer og deliriske tilstander. Dette gjør RCSQ vel egnet hvis Gerd trenger assistanse fra sykepleier for å gjennomføre. Kamdar et al. (2012) sin forskning fra intensivavdeling viser at sykepleier, der pasienten selv ikke er i stand til å fylle ut skjemaet, kan gjøre det på pasientens vegner for å følge opp pasientens søvn. Dette vil som vist ut fra forskningen avvike noe fra pasientens oppfatning. Det viser at sykepleiere har en tendens til å oppgi mere støy enn pasienten gjorde. Sykepleier hadde en tendens til å oppgi pasientens søvnkvalitet som bedre enn pasienten selv. Dette i seg selv er interessant fakta og viktig at sykepleier har kjennskap til.

#### **4.2 Hvordan kan sykepleieren tilrettelegge for bedre søvnopplevelse**

Sykepleieren som skal møte Gerd og hennes søvnproblemer må ha som mål å bryte den onde sirkelen. Dette vil forutsette et tett samarbeid mellom sykepleieren og Gerd, så vel som et tverrfaglig samarbeid med fortrinnsvis lege og fysioterapeut. Ved bruk av Orem (2001) sin

behovsteori vil man kunne dekke Gerd sine egenomsorgskrav hvor utgangspunktet må være Gerd sin egen opplevelse av søvnen. Sykepleierens innsikt rundt problemene bør belyses via en kartlegging som beskrevet i kapittelet over, dette får frem hennes egenomsorgsevne. Omfanget av problemene vil kunne være med på å bevisstgjøre sykepleieren og Gerd om hvorvidt det er bestemte faktorer som fremmer eller hemmer hennes søvn. Sykepleieren kan videre praktisere ut i fra Orems (2001) system på delvis kompenserende eller støttende og undervisende tilnærming for å øke Gerd sin egenomsorgskapasitet i dagene som kommer. Vi vil nå se på noen av de muligheter sykepleier har for å dekke Gerds terapeutiske egenomsorgsbehov.

#### 4.2.1 Trygghet og velvære

Bachmann & Lindhardt (2011) skriver at det vil være av stor betydning for pasienten å få dekket sitt behov for trygghet, da trygghet er en grunnleggende forutsetning for en god natts søvn. Trygghet vil si at Gerd føler seg avslappet mentalt og kroppslig, noe som kan være utfordrende hvis hun ikke opplever simultant fysisk velvære. For sykepleieren som møter Gerd kan dette i mange tilfeller bli vanskelig å legge til rette for. Sykepleieren støtter Gerd psykisk ved å vise tilstedeværelse og være aktivt lyttende, for deretter ved bruk av profesjonell kommunikasjon oppnå tillit, nærhet og kontakt og dermed en god relasjon som skaper de trygge rammene Gerd trenger under innleggelsen.

Eldre som får for lite søvn kan få problemer med balansen med økt risiko for fall til følge (Wolland & Heier, 2011). Gjennom å sørge for at Gerd har en rullator tilgjengelig kan man øke hennes følelse av trygghet. Det vil kunne øke Gerds muligheter til å bevege seg rundt og derigjennom hennes selvbestemmelse da hun fritt kan gå seg en tur, komme seg på toalettet osv. uten å være avhengig av pleiepersonalet. Dette vil kunne styrke hennes følelse av trygghet og velvære. Viss Gerd er såpas dårlig fysisk vil sykepleier måtte gå lenger for å støtte henne fysisk. Han kan måtte hjelpe henne over i stolen eller hjelpe henne til et behagelig sengeleie. Sykepleieren bør, på bakgrunn av sin kunnskap om ernæring og den oppbyggende effekten søvn har for Gerds kropp, sørge for at hun får tilbud om noe å spise utover kvelden. At ligge sulten utover natten vil på ingen måter fremme Gerds følelse hverken trygghet eller velvære.

Den viktigste fysiske faktoren blir på mange måter velvære og den psykiske faktoren tryggheten, begge bør være i god balanse for å sovne raskt og sove mest mulig sammenhengende gjennom natten. Sykepleier tar i bruk to av Orems (2001) hjelpemetoder parallelt. Han sørger både for fysisk og psykisk støtte og legger til rette for en omgivelse som fremmer utvikling.

Slik praksis er i dag har vi opplevd at sykepleier sjelden har tilstrekkelig tid til å gi pasienten den trygghet ved forflytning som behovet tilsier. Dette fører til at eldre pasienter gjerne får lite fysisk aktivitet gjennom dagen.

#### 4.2.2 Respekt for pasientens rutiner og vaner

Gerd har med seg en livshistorie i bagasjen som inkluderer hennes egne innarbeidede rutiner og vaner, som vil påvirke hennes søvn. Det er viktig at sykepleieren fanger opp og er oppmerksom på disse rutinene og vanene. Orem (2001) mener det er viktig at pasienten selv gjør det hun evner og at ikke sykepleier yter mere hjelp en pasienten krever. Gerd bør utføre mest mulig av sine egenomsorgshandlinger i den utstrekning helsetilstanden hennes tillater dette. At sykepleier yter utover behovene kan hemme Gerds utvikling. Det er dog sykepleiers ansvar som hjelper å gå inn med støtte, der hun på bakgrunn av sin kunnskap mener det er til Gerds beste. Dette kan være der Gerd er for sliten til å utføre handlinger og fortsatt ha energi igjen til dagen, eller støtte henne til å utføre aktiviteter for å fremme søvn. Sykepleier bør støtte Gerd i å fastholde rutinene hennes og bevare hennes autonomi til å handle selv så langt det går. Gerds individuelle rutiner og vaner skal også dokumenteres i pleieplanen. Ifølge Dokumentasjonsplikten, som er en del av hlspl. skal journalen føres "i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen". Informasjonen følger Gerd gjennom hele oppholdet.

Bachmann & Lindhardt (2011) forteller at en hensiktsmessig adferd bygger opp det naturlige søvnbehovet gjennom dagen ved at respekten for døgnrytmen ses i forhold til aktiviteten på dagtid og den avtakende og opphørende aktiviteten mot kvelden. Dette er en vesentlig faktor for god søvnhygiene og i seg selv et av basistiltakene for ikke medikamentell behandling av søvnvansker (Bachmann & Lindhardt, 2011). Wolland (2011) viser imidlertid til en undersøkelse hvor det fremgår at mange eldre har til vane å sove en liten periode midt på dagen, med en varighet på ca en times tid. Forskning rundt Eldres søvn på dagtid viser at det er med på å tømme hjernens korttidshukommelse og dermed frigir plass til ny informasjon. Det bidro til økt kapasitet, bedret kognitiv funksjon og læringsevne utover ettermiddagen. Sykepleierens oppgave her vil være å sammen med Gerd identifisere og plukke ut hvilke råd som er aktuelle å fokusere på, dette må også vektles opp mot hennes vante og allerede innarbeidede rutiner. Vi mener her at det er viktig at sykepleieren er klar over at det kan bli vanskelig for Gerd å etterleve alle rådene. Det blir derfor vel så viktig at sykepleieren som Orem (2001) påpeker, hjelper og støtter henne i selve gjennomføringen av rådene som for

eksempel å tilrettelegge for en times søvn midt på dagen hvis hun er vant med dette fra tidligere.

#### **4.2.3 Forventninger, motivasjon og kunnskap**

Viljen og motivasjonen for nødvendig atferdsendring vedrørende søvnhygiene vil muligens kunne styrkes suksessivt gjennom pasientens økende kunnskap rundt hva de normale aldersforandringer gjør med søvn hos eldre skriver Bachmann & Lindhardt (2011). Det blir derfor viktig at sykepleieren sammen med Gerd får frem hvilke forventninger hun har om sin egen nattesøvn, videre at de sammen ser på om disse forventningene faktisk er reelle sett i forhold til hva de normale aldersforandringene medfører av søvnforandringer. Ved at sykepleieren bruker Orems (2001) støttende og undervisende tilnærming vil denne refleksjonen kunne bidra til å skape en forståelse hos Gerd, som medfører at hun lettere kan akseptere at noen utfordringer er å betrakte som normale hos henne og eldre generelt.

Orem (2001) utdyper at behov forandres med tiden. Det er reelt å anta at Gerds behov for søvn og hvile har forandret seg i det hun fikk et illebefinnende. Hun kan trenge støtte og undervisning for å se og akseptere dette samt møte de nye egenomsorgskravene.

En forutsetning for god og hensiktsmessig tilrettelegging starter med at pasienten er mottakelig og motivert for nødvendige atferdsendringer vedrørende søvnhygiene skriver Bachmann & Lindhardt (2011). Videre at pasienten har fått forankret forståelse av hva som kan forventes av sin nattesøvn sett opp mot normale aldersforandringer. Når disse faktorene er belyst vil sykepleieren sammen med Gerd kunne bruke Orems (2001) delvis kompensierende, og støttende tilnærming på den praktiske tilretteleggingen.

#### **4.2.4 Miljøfaktorer og pleierutiner**

Vi må kunne anta at Gerd under sin innleggelse i sykehus har opplevd vesentlige endringer fra sitt vante sovemiljø slik Bachmann & Lindhardt (2011) beskriver det, disse endringene vil i seg selv være søvnforstyrrende. Gerd er derfor i stor grad utsatt for søvnproblemer og spesielt sårbar for endringer i døgnrytmen grunnet sin normale reduksjon i dyp søvn. Dette medfører at hun videre er utsatt for å våkne lettere av ytre stimuli fra sykehusmiljøet. Bachmann & Lindhardt (2011) skriver at støy i dag oppgis til å være den vesentlige årsaken til at pasienter har problemer med å sove, og viser spesielt til de uvante og uventede lydene nattestid.

Missildine et al. (2014) viser i sin forskning at pasientenes totale søvn per natt var kort og preget av mange uhensiktsmessige oppvåkninger. Den totale effektive søvnmengden ble i snitt

målt til å være 3,75 timer, med gjennomsnittlige søvnsykluser på 19 minutter. Pasientene hadde videre gjennomsnittlig 13 oppvåkninger gjennom natten. Dette er å anse som betydelig ugunstig sett opp mot de gjennomsnittlige 5,5-6,5 timene med søvnsykluser på 60-90 minutter som er å se hos friske eldre. Bachmann & Lindhardt (2011) skriver at lyder viser seg uten tvil å være den vesentlige årsaken til søvnproblemene blant sykehuspasienter. Med bakgrunn i at en vesentlig del av denne støyen er relatert til sykepleieroppgaver, vil det være av stor betydning for Gerd at sykepleieren vurderer om enkelte sykepleierrelaterte oppgaver kan droppes eller utføres på andre tidspunkt av døgnet. Det at sykepleieren er oppmerksom på problemet vil gi mulighet til å begrense mange av de forstyrrende lydene. Både støynivået og den tiden støyen varer ved nødvendige aktiviteter og oppgaver som må utføres i rommet Gerd skal sove i må vurderes. Dette vil bidra til å eliminere uheldige oppvåkninger og forlenge søvnsyklusene hun vil ha gjennom natten. Forskingen til Adachi, et al. (2014) viser dog at pasienter som opplever kontroll over egen søvn har færre klager på lydrelaterte avbrudd av nattesøvnen. De peker på muligheten for at de som føler kontroll selv gjør visse tiltak for å tilrettelegge for søvn, som å sørge for lukket dør og kommunisere med personalet rundt temaet. Det viste seg og at lydnivået generelt var lavere på rom til pasienter med tro på egen søvn enn på tilsvarende pasientrom, uten at det ble dypere analysert hvorfor.

Gerd har uttrykkelige gitt beskjed om at hun ikke har fått sove. På bakgrunn av det antar vi at hennes tro på å få sove neste natten er svekket. Forskingen til Adachi et al. (2012) antyder at hun da kan mangle den egenomsorgskapasitet hun trenger til å tilrettelegge for god søvn. Sykepleiesystemet til Orem (2001) gir da sykepleier ansvar for å kompensere for dette gjennom å sørge for at Gerd får ro om natten.

Vi har opplevd gjennom egen praksis at noen pasienter angir bruk av lys som forstyrrende for nattesøvnen. Pasienter kan også angi lys som en trygghetsfaktor (Bachmann & Lindhardt, 2011). Det vil av denne grunn være viktig for sykepleieren å vite om lys er hemmende eller fremmende for Gerd sin nattesøvn. En dempet belysning om natten kan bidra til at det er lettere å navigere ved toalettbesøk, finne ringesnoren eller ha en beroligende effekt ved sengeleie (Bachmann & Lindhardt, 2011). Missildine et al. (2014) fant i sin forskning ut at det i snitt forekom 3 perioder med forhøyet lysnivå med en gjennomsnittlig total varighet på 1,75 timer per natt. Det forhøyede lysnivået var å se i forbindelse med sykepleierrelaterte aktiviteter. Sykepleieren trenger lys for å gjennomføre sine aktiviteter enten det er dag eller natt. Bachmann & Lindhardt (2011) forteller at sykepleiehandlinger har en tendens til å bli rutinepreget uten hensyn til den enkelte pasients behov. Det blir i denne sammenheng viktig at

sykepleieren som møter Gerd gjennom natten er bevisst på søvnens betydning, kritisk vurderer om aktiviteter er påtrengende nødvendig sett opp mot hennes pleie og observasjonsbehov. Er behovet til stede bør frekvensen av forhøyet lysnivå og varighet begrenses til det minimale.

Gerd har videre med seg erfaringer rundt sitt vante sovemiljø fra aldersboligen hvor hun selv kan styre flere faktorer som temperatur i rommet, bruk av eget sengetøy, plassering av seng og nattbord i rommet med mer. Gerd har også tilgang på felles oppholdsrom slik at hun kan spise og drikke, prate med andre beboere og være i bevegelse etter eget ønske gjennom dagen.

Hennes oppfattelse av sovemiljøet vil med stor sannsynlighet kunne endres betydelig i den tiden hun er innlagt på sykehuset, hvor mesteparten foregår i og rundt sengen på sykestuen. En konsekvens av dette vil kunne være at Gerd blir mer fysisk passiv og ytterligere få begrenset sin fysiske aktivitet som igjen kan påvirke henne til å bli mer søvnig gjennom dagen. Dette kan medføre at det blir lettere for henne å legge seg nedpå og ubevisst falle i søvn, som igjen vil være opphav til dårlig søvn til natten.

Gerd sitt signalement om at hun ønsker enerom kan være med bakgrunn i at hun føler seg forstyrret gjennom natten av pasienten hun deler rom med. Dette kan være i form av snorking, klaging på smerte eller andre uroligheter som hyppige toalettbesøk eller forvirring fra den andre pasienten. En annen faktor kan være den andre pasientens behov for hyppig tilsyn og pleie som er påtrengende nødvendig gjennom natten. Dette kan være alt fra inkontinenspleie, endring av sengeleie og medikamentell administrering så vel som observasjon av blodtrykk, puls og temp. Flere av disse faktorene kan lett bli opphavet til konflikter mellom pasientene.

Sykepleierens oppgave blir her i samråd med Gerd å finne frem til et best mulig kompromiss og håndtere det etiske dilemmaet mellom den enkeltes rett til selvbestemmelse, sett opp mot hensynet til den andre pasienten. For sykepleierne på avdelingen vil det være av stor betydning å tidlig kunne forutse disse utfordringene med god planlegging i form av tverrkartlegging, slik at uheldige situasjoner med pasientsammensetningen kan begrenses til et minimum så langt det lar seg gjøre.

Ved en tverrkartlegging mener vi man bør ta høyde for at den aktiviteten som nødvendigvis må skje i løpet av natten. I den utstrekning pasienter trenger hjelp nattetid bør sykepleier legge til rette for å møte romkameraters behov sammenfallende. Dette kan føre til færre antall avbrudd i løpet av natten.



#### 4.2.5 Medikamentell behandling

Den mest kjente og brukte behandlingen ved søvnløshet er bruk av sovemidler tilhørende hypnotika-gruppen. Ved kortvarig og riktig bruk viser søvnmidlene seg å være svært effektive ved å fremme søvnen med rask innsovning og færre nattlige oppvåkninger å ha lite bivirkninger. Pasienter med forbigående og kroniske søvnevansker kan med fordel behandles med sovemidler, men kun for en begrenset periode forteller Bachmann & Lindhardt (2011). Felleskatalogen anbefaler at behandling med søvnmidler i hypnotika-gruppen, eksempelvis med Zopiklon (Zopiklon, s.u.), bør være så kort som mulig og ikke overstige 2 til 4 uker bruk. Anbefalt startdose hos eldre er også halvert i forhold til hos voksne. Vi forstår at denne restriktive holdningen er forankret i de uheldige bivirkningene sovemidler kan gi ved bruk utover den anbefalte tid og dose som beskrevet i kapittel 3.7.1.

Gjennom vår egen praksis har vi likevel sett utstrakt bruk av sovemidler hos eldre pasienter. Spigset (2007) forteller at mer en 30% av alle personer i aldersgruppen 70-80 år bruker sovemidler. Forbruket er sterkt stigende med alderen og høyest forbruk er å se ved 85-års alder (Bachmann & Lindhardt, 2011). Vi har også gjennom vår egen praksis til stadighet erfart at behandlingstiden med sovemidler hos eldre pågår vesentlig lengre og at dosen er på maks av hva som er anbefalt via Felleskatalogen. Flere av pasientene har signalisert at det ikke foreligger noen planer om å trappe ned eller avslutte bruken av sovemidlene, de samme pasientene virket heller ikke til å ha kunnskap om hvilke konsekvenser langvarig bruk har for dem. For disse pasienter var dette den første tabletten de så etter ved utdeling av kveldsmedisiner, og virket til å være den viktigste og siste de ville miste.

For sykepleieren som møter Gerd i denne sammenheng, vil det være av stor betydning å være oppmerksom på at sovemidler kun behandler symptomet søvnløshet og ikke selve årsaken. Sykepleieren må videre ha inngående kunnskaper om hvilke negative innvirkninger sovemidler har på eldre pasienter ved langvarig bruk, og hvordan sovemidler virker. Sykepleieren til Gerd står her i posisjon til å bidra med å begrense bruken av sovemidler, ved å veilede og forankre forståelsen av sovemidlenes virkning og bivirkninger. Den økte kunnskapen må deretter sees opp mot de ikke medikamentelle tiltakene som iverksettes og Gerd sin egen forståelse av søvnforandringer hos eldre som er drøftet i kapitlene over.

Ved å aktivt bruker kartleggingen som er utarbeidet i forkant vil sykepleieren kunne veie medikamentelle støttetiltak opp mot Gerds tidligere erfaringer ved bruk av sovemidler. Hvis Gerd står på sovemidler fra før, vil det være vesentlig å kritisk vurdere hvilken effekt man kan

forvente å få ved fortsatt bruk. Her vil det kunne være hensiktsmessig å oppfordre til nedtrapping og muligens opphør i samråd med lege, da sovemidlene kan virke mot sin hensikt. Hvis Gerd ikke står på søvnmidler fra før vil sykepleieren kunne forvente en hensiktsmessig effekt. Ved valg av sovemidler er det viktig å ha kartlagt hvilket problem pasienten har med søvnen. Hvis problemet er tidlig oppvåkning om morgenen, vil det være nødvendig å bruke et preparat som har tilstrekkelig lang virketid. Et sovemiddel med kort virketid vil da være lite egnet. Intermitterende behandling bør også tilstrebes, ved for eksempel å benytte sovemedisin annenhver kveld for å redusere mulighet for avhengighet (Bjorvatn, 2012). Sykepleierens videre ansvar blir å observere virkning og bivirkning under bruk, og påvirke Gerd i til å en så kort behandlingstid og lav dose som mulig. En sovepille som sikrer normal søvnkvalitet uten bivirkninger er ennå ikke oppfunnet forteller Bachmann & Lindhardt (2011). Derfor må sykepleiere fokusere på å fremme og praktisere andre tilretteleggings- og behandlingstiltak først.

## 5 Konklusjon

Vi konkluderer med at hver enkelt sykepleier må erkjenne sin mulighet til å bedre nattesøvn til eldre pasienter innlagt medisinsk avdeling. Gjennom at på avdelingsnivå bygge opp en kultur med respekt for tilrettelegging av god søvnkvalitet hos pasientene får sykepleiere brukt sin fagkunnskap knyttet til temaet. Avdelingskulturen vil preges av sykepleiernes initiativ og engasjement for pasientens nattesøvn.

Det enkelte individ må være utgangspunktet i ethvert arbeid med å imøtekomme søvnbehovet. Det er av ytterste vekt at pasienten føler seg trygg på miljøet og menneskene rundt seg. Uten trygghet ser vi det som nærmest umulig å finne det psykiske og fysiske velvære som er nødvendig for en god natt. I en sykehusavdeling er det vår oppgave som sykepleiere å sørge for denne tryggheten gjennom respekt for individet og den enkelte pasients mentale og kroppslige behov.

Pasienten må møtes med respekt for sitt individ og de behov hun gir uttrykk for. Det må gis rom for pasienten å ta i bruk sine iboende ressurser og med støtte i sykepleieren utvikle sin kunnskap.

Vi har gjennom studiet funnet at sykepleiere besitter mange av de kunnskaper som kan føre til at pasienter på sykehus får sove. Men vi mener at det ikke er lagt til rette for å bruke denne kunnskapen. Gjennom kreativitet kan sykepleier sammen med pasienten finne gode løsninger for flere av de elementene som kan oppleves forstyrrende om natten. Vi peker på

- Tverrkartlegging av rom for å minimere antallet søvnavbrudd i løpet av natta.
- Tilrettelegging for den enkeltes biologiske klokke.
- Sørge for "stille tid" i de periodene pasienten har sine første timer med søvn.
- Fokus på romtemperatur og andre miljøfaktorer.
- Anerkjennelse av pasientens rutiner, også der de ikke er mulige å gjennomføre under oppholdet.
- Ernæring er viktig for god søvn, vi anbefaler tilrettelegging for ekstra måltid om kvelden, gjerne proteinrikt. For de som trenger ernæringsdrikk bør denne være proteinberiket til kvelden.

Vedrørende pasientens biologiske klokke ønsker vi mulighet til kreativitet. Som illustrasjon viser vi til intravenøs antibiotika. For noen kunne det være gunstig med et 4, 10, 16, 22-regime

istedenfor dagens 6, 12, 18, 24- regime for å sikre pasienten de avgjørende timene for søvn i begynnelsen av natten.

Vi vurderer kritisk uttrykket "sovet ved alle tilsyn" som ofte er å lese i rapporter fra natten. Dette er et lite dekkende begrep om hvordan pasientens natt har vært. Det er forskjell på kvalitativ og kvantitativ søvn. I tillegg ser vi det som lite sannsynlig at pasienten vil si hei, selv om hun er vakent istedenfor å ligge rolig og prøve å sove.

Videre ønsker vi at RCSQ blir oversatt og validert for norske forhold og tatt i bruk ved innkomst og ved behov for å underlette arbeidet med å sikre pasienter god søvnkvalitet.

Under korte perioder kan sovemedisiner med fordel brukes for å øke søvnkvaliteten. De bør dog ikke deles ut ukritisk. Sykepleier må ta hensyn til søvnvanskenes art, pasientens alder og mulige bivirkninger før han velger å gi de til pasienten.

God sykepleie, som resulterer i en god søvnopplevelse for pasienten, er en døgkontinuerlig prosess der sykepleieren i sin yrkesutøvelse har ansvar for kontinuerlig oppfølging, kartlegging, dokumentering og tilrettelegging ut fra den enkelte pasientens behov.

## 6 Litteraturliste

\*Adachi, M., Stasiunas, P.G., Knutson, K.L., Beveridge, C., Meltzer, D.O., Arora, V.M. (2013). *Perceived Control and Sleep in Hospitalized Older Adults: A Sound Hypothesis?*  
Lokalisert på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3764606/>

Apodorm. (s.a.). I B. C. B. Jansen (Red.), *Felleskatalogen*. Lokalisert på  
<http://www.felleskatalogen.no/medisin/apodorm-actavis-546120>

Bachmann, M. & Lindhardt, J. (2011). Søvn og hvile. I Holter, I. M. & Mekki T. E. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 659-702). Oslo: Akribe AS.

\*Bastøe, L. K. & Frantsen A. M. (2011). Søvn og hvile. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2* (2. Utg., s. 301-324). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

\*Bjørvatn, B. (2012). *Søvnsykdommer: Moderne utredning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.

Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Cirelli, C. (2015). Definition and consequences of sleep deprivation. Lokalisert den 15.04.15 på  
[http://www.uptodate.com/contents/definition-and-consequences-of-sleep-deprivation?source=related\\_link](http://www.uptodate.com/contents/definition-and-consequences-of-sleep-deprivation?source=related_link)

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk AS.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Forskrift om pasientjournal FOR-2000-12-21-1385. (2013).

\*Gerlach, J. (2003) *Søvn, Om betydningen av en god natts søvn*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS.

\*Hermansen, Å. & Skevik, G. A. (2015). Reformeffekt: Redusert liggetid blant de eldste. *Sykepleien Forskning*, 10: 24-32 doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.53351

\*Hoey, L. M., Fulbrook, P., Douglas, J. A (2014). *Sleep assessment of hospitalised patients: A literature review*. Lokalisert på [http://ac.els-cdn.com/S0020748914000285/1-s2.0-S0020748914000285-main.pdf?\\_tid=63a4c660-e280-11e4-8e49-00000aab0f6c&acdnat=1429000358\\_ae3d20a20ba7d65469713af843176d4b](http://ac.els-cdn.com/S0020748914000285/1-s2.0-S0020748914000285-main.pdf?_tid=63a4c660-e280-11e4-8e49-00000aab0f6c&acdnat=1429000358_ae3d20a20ba7d65469713af843176d4b)

\* Kamdar, B. B., Shah, P. A., King, L. M., Kho, M. E., Zhou, X., Colantuoni, E., Collop, N. A. & Needham D. M. Dale M. (2012). *Patient-Nurse Interrater Reliability and Agreement of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire*. Lokalisert på <http://dx.doi:10.4037/ajcc2012111>

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). (2010). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

\*Kirsch, D. (2015). *Stages and architecture of normal sleep*. Lokalisert den 15.04.15  
Lokalisert på [http://www.uptodate.com/contents/stages-and-architecture-of-normal-sleep?source=see\\_link#H630021550](http://www.uptodate.com/contents/stages-and-architecture-of-normal-sleep?source=see_link#H630021550)

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. (2. utg., s. 212-258). Oslo: Gyldendal Akademisk AS.

Lov om helsepersonell m.v (Helsepersonelloven) –hlspl. Den 11/5 LOV-1999-07-02-64 (2015).

Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie. I Holter, I. M. & Mekki T. E. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 148-168). Oslo: Akribe AS.

\*Missildine, K., Bergstrom, N., Meininger, J., Richards, K., Foreman, M. D. (2014). *Sleep in Hospitalized Elders: A Pilot Study*. Lokalisert på [http://ac.els-cdn.com/S0197457210000972/1-s2.0-S0197457210000972-main.pdf?\\_tid=30f7ea74-e282-11e4-a2c9-00000aacb35f&acdnat=1429001132\\_e2881fc913a43ec963046c977f88ab20](http://ac.els-cdn.com/S0197457210000972/1-s2.0-S0197457210000972-main.pdf?_tid=30f7ea74-e282-11e4-a2c9-00000aacb35f&acdnat=1429001132_e2881fc913a43ec963046c977f88ab20)

Mogadon. (s.a.). I B. C. B. Jansen (Red.), *Felleskatalogen*. Lokalisert på <http://www.felleskatalogen.no/medisin/mogadon-meda-561638>

NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* Lokalisert på [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

\*Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6. utg.) Missouri: Mosby, Inc

Pasient- og brukerrettighetsloven –pasrl. LOV-1999-07-02-63 (2014)

PasOpp-rapporten (2014). *Pasienterfaringer med norske sykehus: Nasjonale resultater i 2013*.

Lokalisert på: <http://www.kunnskapscenteret.no/serier/passopp-rapporter>

PICO. (s.a.). I B. B. Graverholt, *Senter for kunnskapsbasert praksis*. Lokalisert på

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>

\*Radtke, K., Obermann, K., Teymer, L (2014). *Nursing Knowledge of Physiological and Psychological Outcomes Related to Patient Sleep Deprivation in the Acute Care Setting*.

Lokalisert på

<http://search.proquest.com.ezproxy.hihm.no/docview/1544897492/fulltextPDF/134FCAFE59414D4BPQ/1?accountid=42560>

\*Shahid, A., Wilkinson, K., Marcu, S & Shapiro, C. M. (Red.). (2012). *STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales* Lokalisert på <http://www.springer.com/us/book/9781441998927>

Spigset, O. (2007). Legemidler ved psykiske sykdommer. I Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (1. utg., s. 255-275). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Statistisk sentralbyrå. (2015) *Pasienter på somatiske sykehus*. Lokalisert på:

<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveselections.asp>

Stoltenberg, C. (2014). Prospektive kohortstudier. I A. M. Godal (Red.), *Store norske leksikon*.

Lokalisert 19. mai 2015 på <https://snl.no/.search?query=prospektiv+kohortstudie&x=13&y=31>

Swedish MeSH. <http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swebrowse.cfm>

\*Wolland, A. M. & Heier, M. S. (2011). *Eldre og søvn*. Oslo: Cappelen Damm AS.



Zolpidem. (s.a.). I B. C. B. Jansen (Red.), *Felleskatalogen*. Lokalisert på <http://www.felleskatalogen.no/medisin/zolpidem-actavis-565681h>

Zopiklon. (s.a.). I B. C. B. Jansen (Red.), *Felleskatalogen*. Lokalisert på <http://www.felleskatalogen.no/medisin/zopiklon-mylan-565708>

## 7 Vedlegg

### 7.1 PICO (Vedlegg 1)

	P	I	C	O
<b>Problemstilling</b>	Eldre pasienters søvnopplevelse i sykehus			
	Elderly patients sleep experience in hospital			
	P	I	C	O
<b>Løsning/iltak</b>	Eldre pasienters søvnopplevelse i sykehus	Tilrettelegging		Forbedret søvnopplevelse <i>(Forbedret søvnkvalitet)</i>
	Elderly patients sleep experience in hospital	Facilitating		Enhanced sleep experience <i>(Improved sleep quality)</i>

## 7.2 Spørreskjema for kartlegging av pasienters søvn og søvnvaner (Vedlegg 2)

### Spørsmål for å kartlegge pasientens søvn og søvnvaner

#### Søvn:

- Når legger du deg vanligvis til å sove?
- Hvor lang tid tar det vanligvis før du sovner?
- Hva gjør du hvis du ikke får sove?
- Hvor mange timer sover du gjennomsnittlig om natten?
- Hender det at du våkner om natten?
- Hvor mange ganger våkner du eventuelt?
- Når våkner du vanligvis om morgenen?
- Våkner du av deg selv, av vekkerklokke eller på annen måte?
- Hvordan føler du deg når du våkner?
- Når står du vanligvis opp?
- Hvor godt sover du?
- Pleier du å sove eller ha hvileperioder i løpet av dagen?
- Hvilken betydning har søvnen for deg i din nåværende situasjon?

#### Søvnvaner:

- Har du bestemte søvnvaner som du følger før du går til sengs?
- Hva hjelper deg til å slappe av?
- Hva slags kroppsstilling sover du best i?
- Hvor mange puter bruker du?
- Hva bruker du over deg av dyne, tepper o.l.?
- Hvilken temperatur har du i rommet der du sover?
- Hvor følsom er du for lys og lyder?
- Er du avhengig av å sove alene?
- Forstyrrer det din nattesøvn at du må sove på samme rom som andre?
- Er det andre faktorer og forhold som påvirker din mulighet for å sovne?
- Har du bestemte vaner du følger når du står opp?

### Kartleggingskjema for søvn siste natt

Hvert av disse spørsmålene besvares ved å sette et kryss på hver linje. Plasser krysset der du mener det best belyser søvnen din siste natt.

Min søvn siste natt kan beskrives som:

dyp søvn \_\_\_\_\_ lett søvn

Sist natt da jeg sovnet første gang:

falt jeg i søvn med en \_\_\_\_\_ klarte jeg ikke å sovne gang

Sist natt var jeg:

våken veldig \_\_\_\_\_ våken hele  
lite \_\_\_\_\_ natten

Sist natt da jeg våknet eller ble vekket:

sovnet jeg \_\_\_\_\_ sovnet jeg  
med en gang \_\_\_\_\_ ikke igjen

Jeg vil beskrive søvnen min siste natt som:

en god natts søvn \_\_\_\_\_ en dårlig  
søvn \_\_\_\_\_ natts søvn

Richards mfl. 2000