

KANDIDAT

**65**

PRØVE

# BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	19.03.2021 09:00
Sluttid	08.04.2021 12:00
Sensurfrist	29.04.2021 23:59
PDF opprettet	21.06.2021 12:26
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

**Obligatorisk erklæring - bacheloroppgave**

Vennligst fyll ut skjemaet før du leverer oppgaven din.

**Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:**

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

**Regelverk om fusk og forsøk på fusk finner du her:**

- [lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8](#)
- [forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole § 30](#)
- [retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.](#)

**Jeg erklærer å være kjent med ovennevnte regelverk om fusk og forsøk på fusk, og erklærer at min oppgave er i samsvar med dette regelverket:**

 JA

**Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i høgskolens åpne elektroniske arkiv (VID:Open) under mitt navn.**

**Velg ett alternativ**

 JA, jeg samtykker NEI, jeg samtykker ikke

---

Besvart.

# 1 Lever inn pdf fil av bacheloroppgaven

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/> )

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>

Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.

Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 29.04.2021

Administrativ ansvarlig for eksamen:

heidi.henriksen@vid.no (eller gry.juliussen@vid.no)



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

↓ Last ned

× Fjern

↻ Erstatt

Filnavn:

Bachelor VID 2021.pdf

Filtype:

application/pdf

Filstørrelse:

329.3 KB

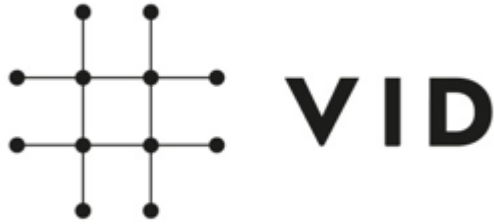
Opplastingstidspunkt:

07.04.2021 12:15

**Status:**

**Lagret**

Besvart.



When we all fall asleep, where do we go?

Den som ikke har nattero, han har ikke dagen god

Kandidatnummer: 65

VID vitenskapelige høyskole

Betanien

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2018

Antall ord: 9983

14.03.2021

### Sammendrag:

Hensikten med oppgaven er å undersøke om økt kunnskap hos sykepleier innen søvn og søvnbehandling, kan bidra til å redusere bruk av Benzodiazepiner og Z-hypnotika innen søvnbehandling. Dagens sykehjemspasienter er gruppe som ofte lider av flere kroniske lidelser og har behov for flere ulike medikamenter, dette gjør dem sårbare. Metoden som er brukt for å besvare oppgaven er ett litteraturstudie, hvor målet har vært å undersøke fenomenet ved bruk av teori, forskningsartikler og kunnskapsbasert erfaring. Resultatene viser at det forekommer uhensiktsmessig bruk av medikamenter knyttet til uro og søvn på sykehjem. Det er derfor et behov for økt fokus, kunnskap og ressurser hos sykepleier innen identifisering og behandling av søvnproblemer hos sykehjemspasienter.

### Abstract:

The purpose of the thesis is to investigate whether increased knowledge of nurses in sleep and sleep treatment, can help reduce the use of Benzodiazepines and Z-hypnotics in sleep treatment. Today's nursing home patients are a group who often suffer from several chronic disorders and need several different medications, which makes them vulnerable. The method used to answer the thesis is a literature study, where the goal has been to investigate the phenomenon using theory, research articles and knowledge-based experience. The results show that there is inappropriate use of medication related to sleep in nursing homes. There is therefore a need for increased focus, knowledge and resources among nurses in identifying and treating sleep problems in nursing home patients.

# Innhold

1 Innledning- bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Begrepsavklaring .....	2
1.4 Avgrensing.....	3
2 Metode .....	3
2.1 Litteraturstudie .....	4
2.2 Gjennomføring av litteratursøk, inklusjon og eksklusjonskriterier .....	4
2.3 Kildekritikk.....	5
2.4 Etske implikasjoner .....	6
3 Teori.....	6
3.1 Søvn og søvnproblemer hos eldre .....	6
3.2 Behandling av søvnproblemer .....	8
3.3 Ikke-medikamentell behandling av søvn hos eldre .....	8
3.4 Medikamentell behandling av søvn hos eldre .....	9
3.4.1 Legemiddelhåndtering .....	10
3.4.2 Benzodiazepiner og z- Hypnotika .....	11
3.5 NPM- New Public Management og samhandlingsreformen .....	12
3.6 Dorthea Orems egenomsorgsteori.....	13
4 Resultat.....	14
4.1 Artikkel 1 .....	14
4.2 Artikkel 2 .....	15
4.3 Artikkel 3 .....	16
4.4 Artikkel 4 .....	17
5 Drøfting.....	17
5.1 Sykepleiefaglig kunnskap omkring søvnproblematikk.....	18
5.2 Kompetanse knyttet til psykisk helse som kan påvirke søvn og søvnproblematikk.....	19
5.3 Sykepleiers rolle og ansvar ved medikamentell behandling av søvn .....	20
5.3.1 Administrasjon av medikament for søvn .....	21
5.3.2 Sykepleiers formelle ansvar ved medikamentbehandling .....	22
5.3.4 Involvering og myndiggjøring av pasienten .....	22
5.3.6 Seponering .....	23
5.4 Søvnhygieniske tiltak og sykepleie. ....	24
5.4.1 Informasjon og medvirkning .....	24

5.4.2 konkrete søvnhygieniske tiltak.....	25
5.5 Organisering og strukturer som påvirker søvn tiltak.....	27
5.5.1 New public management og moralsk stress .....	27
5.5.2.Samhandlingsreformen og helhetlige behandlingsforløp.....	29
6 Konklusjon .....	31
7 Litteraturliste .....	33

## 1 Innledning- bakgrunn for valg av tema

I dagens samfunn havner en økende andel av befolkningen på alders og sykehjem. Det er i tillegg forespeilet en eldrebølge, som vil være ressurskrevende slik tjenestene er organisert i dag. Det er derfor behov for en mer effektiv eldreomsorg som kan svare på utfordringene skissert over, men som samtidig blir et sted hvor eldre kan oppleve omsorg og verdighet i sin siste tid. En utfordring denne delen av helsevesenet står ovenfor er et økende medikamentforbruk, ofte som et tilsvar på ressursproblemet (Gulla, 2016, s. 29).

Blant annet har tidligere forbundsleder i NSF Elin Gunhild By uttalt i Sykepleien at overforbruk av medikamenter er et kjent problem, særlig blant eldre på sykehjem. Videre konkluderte hun med at systematisk gjennomgang av medikamentbruk på individnivå, kombinert med miljø og omsorgsrettede tiltak kan redusere medikamentbruk (Helmers, 2018). Dette samsvarer også med en undersøkelse gjort av Sykepleien i 2007, hvor det fremkom at manglende tid var en av årsakene til høyt forbruk av Benzodiazepiner og Z-hypnotika (BZD-Z). Sykepleierne bekreftet at de hadde gitt medikamentene grunnet tidsnød, til tross for at de mente at pasienten burde hatt annen oppfølging. Undersøkelsen viste videre at 25% av sykepleierne i undersøkelsen mente at det ble gitt for mye angst og sovemedisiner (Helmers, 2018). Farmakologisk er det også en stor risiko for avhengighet ved inntak av denne type medikament (Legemiddelhåndboka, 2020).

Disse funnene samsvarer også med rapporten «Sårbare pasienter-utrygg tilrettelegging» fra helsetilsynet i 2010, hvor det ble avdekket alvorlige mangler i legemiddelbehandling på sykehjem (Helsetilsynet, 2010, s.14-16). I studien til Storli et al. (2016) ble det avdekket at 51 av 67 sykehjem som ble forespurt hadde alvorlige mangler i legemiddelbehandling (Storli et al., 2016 s.11). Årsaker til dette ble begrunnet i dårlig samsvar mellom arbeidsoppgaver, tidspress, manglende bemanning og kompetanse samt mangelfull opplæring. Videre hadde det oppstått mer komplekse sykepleierfaglige problemstillinger etter samhandlingsreformen. Studien avdekket videre at det var behov for bedre retningslinjer (Storli et al., 2016, s.13).

Dette gjør sykehjem til en arbeidsplass hvor det er samlet omsorg og helsetjenester til eldre med fysisk og psykisk nedsatt funksjonsevne. Det forekommer komplekse medisinske tilstander på sykehjem, i tillegg til kormorbiditet blant pasientene. Det stilles derfor store



krav til blant annet sykepleierfaglig kompetanse hos de ansatte, samt god organisering hos administrasjonen for å dekke behovet for nødvendige helse og omsorgstjenester. (Hauge, S., 2016, s. 266). Funnene over beskriver også hva jeg har observert i min tid i praksis og deltidsjobb på sykehjem. Her ble jeg oppmerksom på at mange av de eldre pasientene fikk administrert daglig beroligende og sovemedisiner av gruppen BZD-Z. Enkelte pasienter fikk tildelt BZD-Z i multidoser og flere av pasientene hadde fått tildelt behovsmedisin av denne typen daglig over måneder og år. Pleierne på avdelingen gav uttrykk for manglende tid til å berolige pasientene når de opplevde uro. På kveldsvakter var bemanningssituasjonen slik at vi måtte starte tidlig med å legge pasienter, for å få alle i seng til nattevakten kom. Jeg savnet tilrettelegging av miljøet på avdelingen, hvor særlig lyder og lys var etter min mening forstyrrende for pasientene. Flere av pasientene brukte sovemedisin, uten at dette hadde tilsynelatende effekt. Mine observasjoner var at pasientene som hadde søvnproblemer, kunne bli ustø og forvirret etter inntak av medikamentet de ble administrert. På vakter hvor vi ikke hadde sykepleier på avdelingen, måtte vi ofte ringe ansvarsvakt for å komme ned å gi behovsmedisin. Ansvarsvakten hadde gjerne alene ansvar for hele avdelingen på kveldstid, og hadde derfor ikke tid til å vurdere pasienten. Jeg opplevde et moralsk stress når jeg jobbet der, hvor jeg satt igjen med en følelse av at jeg ikke fikk utvist omsorg som kunne være avgjørende for pasienten i den gitte situasjon. Følgende opplevelser gjorde at jeg ønsket å utforske temaet ytterligere.

På bakgrunnen av utfordringene som er skissert over, ønsker jeg i denne oppgaven å besvare følgende problemstilling;

## 1.2 Problemstilling

*Hvordan kan økt kompetanse innen søvn og søvntiltak hos sykepleier, redusere uhensiktsmessig bruk av BZD-Z hos eldre på sykehjem?*

## 1.3 Begrepsavklaring

Uhensiktsmessig bruk: Defineres som overforbruk, underforbruk, interaksjoner, feile doser eller for lang varighet innen bruk av et legemiddel (Forsetlund et al., 2011, s.1).

#### 1.4 Avgrensing

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle langtidspasienter på sykehjem over 65 år. Det som kjennetegner denne pasientgruppen er at pasientene bor på sykehjem og har dette som sin bolig, hvor de tilbringer mesteparten av døgnet og får besøk av pårørende (Hauge, S., 2016, s. 266).

Langtidsavdeling på sykehjem er tilrettelagt for pasienter som er multisyke, med redusert fysisk kapasitet og funksjonsevne. Mange av pasientene har i tillegg redusert kognitiv evne. Ca. 77% av pasientene er over 80 år, hvor ca. 70% er kvinner. Dette er krevende avdelinger å ivareta, fordi pasientene ofte er svært pleietrengende både mentalt og fysisk (Hauge, s., 2016, s. 267). Jeg vil ikke skille mellom pasienter som lider av psykiatriske diagnoser som angst, depresjon, kognitiv svikt eller demens og de som ikke har denne diagnosen. Diagnosene vil bli nevnt, uten at jeg har mulighet til å utrede nærmere om hver enkelt diagnose. Det trekkes frem flere ulike ikke-medikamentelle tiltak i litteraturen, men på bakgrunn av oppgavens avgrensing har jeg ikke gått inn på selve tiltakene. Jeg har fokusert på kompetansebehov hos sykepleiere og organisatoriske tiltak som kan fremme sykepleierfaglig forsvarlighet.

Jeg vil ikke gå nærmere inn på konkrete retningslinjer knyttet til legemiddelhåndtering, selv om jeg anser dem som viktige for pasientsikkerheten. Det vil heller ikke redegjøres for avhengighet basert på kriteriene i ICD-10 som også er en mulig konsekvens ved bruk av BZD-Z, og et uttalt problem (Helsedirektoratet, 2016).

## 2 Metode

Jeg vil i dette kapittelet redegjøre for valg av metode for oppgaven. Metode er en beskrivelse av den systematiske fremgangsmåten man velger å benytte for informasjonsinnhenting som skal belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s.74). Videre vil jeg forklare søk, funn og vurdering av materiale. Avslutningsvis vil jeg legge frem kildekritikk og etiske implikasjoner for oppgaven.

## 2.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven har jeg brukt litteraturstudie som metode. Dette innebærer at jeg systematisk har samlet inn relevant litteratur. Deretter ønsket jeg å sammenfatte litteraturen på en oversiktlig måte. Målet for oppgaven min er å gi leseren et oppdatert sammendrag av kunnskapen knyttet til forskningsområdet som problemstillingen etterspør. Videre at den vil kunne beskrive hvordan jeg har kommet frem til kunnskapen og fremheve områder hvor det kreves mer forskning (Thidemann, 2019, s.77-80).

I denne oppgaven fremlegges artikler med ulike vitenskapelige metoder. Kvantitativ metode baseres på naturvitenskapelig tilnærming. Dette innebærer at det vi kvantitativt kan observere og regne ut fra et logisk standpunkt. Eksempler på dette er statistiske beregninger i form av tabell eller standardiserte spørreskjemaer (Thidemann, 2019, s.75-76). Kvalitativ metode representerer den humanvitenskapelige kunnskapstradisjonen. Ønsket er å tilegne seg mer kunnskap om menneskets meninger, erfaringer, tanker og holdninger (Thidemann, 2019, s.76). Artiklene i denne oppgaven er således en kombinasjon av metodebruk innenfor humanvitenskap og naturvitenskap.

## 2.2 Gjennomføring av litteratursøk, inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier og eksklusjonskriteriene er rammene en bruker når man skal definere og strukturere søkene. Her har jeg benyttet PICO som rammeverk. Dette rammeverket gjør oppgaven mer presis og tilrettelegger for en operasjonalisering av fenomenet som undersøkes (Thidemann, 2019, s. 82). PICO står for «population», «intervention», «comparison» og «outcome» (Thidemann, 2019, s. 83).

Opgavens problemstilling var utgangspunktet for søkeordene som ble benyttet. Under populasjon tok jeg med eldre over 65 år og langtidspasienter på sykehjem. På tiltak har jeg sett på hvilke forebyggende/reduserende tiltak knyttet til BZD-Z som kan være til nytte for pasienten. Utfallet jeg har fokusert på hvordan forebygge/redusere uhensiktsmessig bruk av BZD-Z.

Jeg har benyttet anbefalte databaser som SweMed+, PubMed, Cinahl, Cochrane og Google Scholar i mitt litteratursøk.

For å avgrense mengde litteratur og tydeliggjøre søket mitt har jeg måtte definere inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier (Thidemann, 2019, s. 83). Inklusjonskriteriene mine tar utgangspunkt i eldre over 65 år som bor på sykehjem uavhengig av kjønn. Både artikler som er skrevet på skandinavisk og engelsk er med i inklusjonskriteriene. Jeg har valgt å utelukke artikler som er skrevet på et ukjent språk, eller er publisert før 2009, eller ikke skrevet av fagpersoner.

Søkeord som ble benyttet er Benzodiazepines, Z- Hypnotika, Reduction/decrease/lowering prevention, Environment therapy, Intervention, Inappropriate use, Drug use, Non-Pharmalogical, Safety measures, Sleep/ sleep disorder, Sleep hygiene, Elderly/aged/older adults, Nursing home/long-term care facility, Phototherapy/light therapy, Aromatheraphy, Age/Therapy. Jeg har også benyttet OR og AND for videre avgrensing.

Manuelle søk er blitt benyttet i funn av pensumlitteratur og relevant faglitteratur ved hjelp av Oria og skolebiblioteket. Jeg har også sjekket referanselister i faglitteratur og systematiske oversiktsartikler, hvor jeg har sett etter "blinksuddartikler (Thidemann, 2019, s.81). I denne oppgaven har jeg benyttet erfarings basert kunnskap, som jeg har ervervet fra praksis og yrkeserfaring. Refleksjon over egen praksis er en forutsetning for å arbeide kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert praksis innebærer det å ta avgjørelser knyttet til en kombinasjon av systematisk innhenting av forskning, erfaring og pasientens ønsker og behov (Helsebiblioteket, 2016).

I tillegg er Relevant lovverk, retningslinjer, stortingsmeldinger og rapporter er blitt tatt i bruk for å styrke kunnskapsgrunlaget i oppgaven.

### 2.3 Kildekritikk

Hensikten med å vurdere litteraturen med et kritisk blikk har vært viktig for å vurdere relevans, styrke og begrensninger i materialet som benyttes (Thidemann, 2019, s. 26). Sekundærlitteratur fremkommer ofte i pensumlitteratur og annen faglitteratur, dette kan føre til at teksten er endret fra opprinnelig format (Thidemann, 2019, s. 26). Noen av forskningsartiklene jeg har valgt er skrevet på engelsk. Jeg må derfor være bevisst på at det er en risiko for at innholdet i teksten kan bli endret i oversettelsen. Enkelte av artiklene inneholder forskning som er gjennomført i andre land enn Norge. Ettersom andre land kan

ha ulike helsesystem og kulturer, vil ikke alltid deres resultater kunne overføres til norske forhold. Samtidig er undersøkelsene gjort i vestlige land, så dette kan tale for at de har en viss overføringsverdi. Jeg vil kun ta i bruk fagfelleverdert forskning for å sikre at forskningen er gjennomført på et forsvarlig vis og at den er av god kvalitet (Christoffersen, L. et al., 2015, s.51).

#### 2.4 Etiske implikasjoner

Det er av viktighet at jeg overholder sykepleiefaglige, etiske retningslinjer og hvor jeg ivaretar konfidensialitet ovenfor pasienter eller arbeidsplass som blir benyttet i mitt erfaringsbaserte grunnlag (Christoffersen, L. et al., 2015, s.51).

### 3 Teori

I følgende del av oppgaven vil jeg redegjøre for teori som vil bli benyttet i drøftingen. Jeg vil først redegjøre for søvnens fysiologi og søvnproblemer hos eldre. Deretter vil jeg forklare ulike behandlingsmetoder og søvnhygieniske tiltak. Videre vil det undersøkes hvilken rolle New public management og samhandlingsreformen har i helsevesenet, mer spesifikt innen eldreomsorg. Til slutt ønsker jeg å gjøre rede for Dorthea Orems egenomsorgsteori.

#### 3.1 Søvn og søvnproblemer hos eldre

Det som kjennetegner god søvn er kort innsovningstid, og den subjektive opplevelsen av å ha sammenhengende søvn gjennom natten, hvor man føler seg uthvilt ved oppvåkning (Bastøe, L.H.& Frantsen, A., 2011, s.315).

Søvnens fysiologi forklarer hvordan søvnen gjennom natten varierer i dybde. Overordnet deles søvnen opp i det som kalles REM-søvn og NREM-søvn. Det som kjennetegner REM-søvn er drømmer og raske øyebevegelser også kalt "rapid eye movements. NREM-søvn også kalt "non rapid eye movements" blir vanligvis delt opp i fire undergrupper. Stadium 1 og 2 betegner lett søvn og stadium 3-4 innebærer dyp søvn. Det er de sistnevnte stadiene som gjør at man opplever seg uthvilt og fungerer godt dagen etter. Lengden på søvnen og dybden av den påvirkes av ulike faktorer hvor det som vektlegges er homøostatisk faktor

som omhandler oppbygd søvnbehov og cirkadin faktor som er selve døgnrytmen (Fetveit & Bjorvatn, 2005).

Det er ulike årsaker til at mennesker opplever søvnproblemer. Søvnproblemer defineres som "utilstrekkelig eller inadekvat søvn som gjør at man ikke føler seg uthvilt om dagen". Søvnproblemer er en subjektiv opplevelse, og er vanskelig å måle objektivt. Søvnproblemer deles vanligvis inn i tre ulike kategorier, Innsøvningsproblemer, hyppige oppvåkninger og for tidlig oppvåkning. Hos eldre kan søvnvansker lett bli kroniske (Ranhoff, 2016, s. 367-370). Årsakene til dette er sammensatte og det kreves grundig kartlegging for å gi adekvat behandling. Finnes det en utløsende årsak til søvnproblemene kalles dette for sekundær insomni, og behandlingen vil da først og fremst rettes mot den bakenforliggende årsaken. I tilfeller hvor det ikke finnes en årsak til at personen opplever søvnproblemer eller årsaken til søvnproblemene er fjernet, men problemet finnes fremdeles, blir dette betegnet som primær insomni (Fetveit & Bjorvatn, 2005).

Hos eldre er ofte sykdomsbildet enten årsak til, eller kan knyttes til søvnlidelser. Dette kan dreie seg om somatiske årsaker for eksempel kroppslige symptomer som smerte, tungpust, vannlatingstrang, søvnapné og restlesslegs m.m. kan påvirke søvn. Videre vil faktorer som tretthet, inaktivitet og endret døgnrytme spille inn. Nedsatt velvære i form av eksempelvis våte bleier, liggstilling, kateter, sonde m.m (Ranhoff, 2016, s. 369-371).

Mentale lidelser som blant annet angst, depresjon og ulike kognitive svekkelser som demens er utbredt blant pasienter på sykehjem. Omtrent halvparten av søvnproblemer som utgjør kronisk insomni finnes hos pasienter som tilfredsstillt kriterier for diagnose av en psykisk lidelse. Forskning har vist at langvarig insomni fører til tredoblet risiko for å utvikle depresjon, og er således ikke alltid kun et tegn på depresjon (Ranhoff, 2016, s. 367-371).

Legemidler kan også påvirke søvnen i tillegg til nikotin, koffein og alkoholavvenning (Ranhoff, 2016, s. 370-371). Legemidler som betablokkere, kalsiumblokkere, diuretika, bronkodilatorer, tyroksin og kortiosteroider kan relateres til søvnvansker (Fetveit & Bjorvatn, 2005).

Hos eldre som opplever endret søvnmønster kan det ha forbindelse med sviktende funksjon i hjernens døgnrytmesenter. Det er vanlig hos eldre at døgnrytmen blir fremskyndet, hvor den eldre vil oppleve tretthet om kvelden og tidlig oppvåkning om morgenen. I tillegg viser

studier at den tunge søvnen reduseres og hyppigere søvn innen de lette søvnstadiene (Fetveit & Bjorvatn, 2005).

På sykehjem er tilrettelegging av miljø ikke alltid hensiktsmessig tilrettelagt med tanke på søvn. Dette kan være nattlige rutiner for pleie, støy fra alarmer, tv, radio og delte rom. Rutiner på avdelingen kan også påvirke søvnkvalitet i den form at det foreligger manglende aktiviteter på dagtid som virker stimulerende. Lange perioder med inaktivitet og kjedsomhet kan føre til søvn på dagtid slik at det oppbygde søvnbehovet endres, og påvirker søvnen om natten. Døgnrytmen påvirkes også av stimuli som gir signaler om at det er dagtid. Lys, aktivitet, måltid og den sosiale interaksjonen på avdelingen har relevans her (Fetveit & Bjorvatn, 2005).

### 3.2 Behandling av søvnproblemer

Behandling av søvnvansker vil først starte med kartlegging av årsaken til søvnproblemene. Dette gjøres av lege, hvor sykehistorien og observasjoner gjort av pleierne spiller en rolle for å bli kjent med pasientens søvn (Ranhoff, 2016, s.371-373). Pasienten bør videre få tilstrekkelig informasjon, støtte og forståelse for hva han opplever. Behandling av søvnproblemer deles vanligvis opp i medikamentell og ikke medikamentell behandling (Ranhoff, 2016, s.371-373). I løpet av de siste årene har det vært et økt fokus på ikke-medikamentelle behandlingsmetoder, fordi medikamentell behandling har begrensinger som vil redegjøres for senere i teksten (Fetveit & Bjorvatn, 2005). God søvnhygiene bør ligge i bunn av all behandling av søvnproblemer. Dette vil bli forklart nærmere under kapittelet om ikke-medikamentell behandling av søvnproblemer (Ranhoff, 2016, s.371-373).

### 3.3 Ikke-medikamentell behandling av søvn hos eldre

Tilrettelegging for god søvnhygiene hos eldre på sykehjem, kan bidra til å eliminere eller redusere søvnproblemer (Ranhoff, 2016, s.371-373). Studier har vist at pleierutiner som forstyrrende miljøfaktorer kan påvirke søvnen til sykehjemsbeboerne (Capezuti et al., 2018, s.4 ). Eksempler på dette er lys, forstyrrende lyder eller andre pasienter på rommet. Ved å identifisere forstyrrende faktorer ved miljøet og gjøre nødvendige tiltak, kan dette redusere forstyrrelser av søvn hos den eldre (Fetveit & Bjorvatn, 2005).

God søvnhygiene bør ligge i bunn av all behandling av søvnproblemer. God søvnhygieniske råd går ut på at pasienten har regelmessig mosjon eller aktivitet på dagtid. I tillegg bør man unngå mye søvn på dagtid. Pasienten bør om mulig ikke oppholde seg i sengen, bortsett fra når de skal sove. Det anbefales videre at man etterstreber en fast døgnrytme og minimum 30 minutt dagslys hver dag. I tillegg bør ytre årsaker som sterkt lys om natten, høy temperatur hvor pasienten sover og støy elimineres. Vaner som mye koffein, store måltider og drikke samt sult før leggetid er ikke hensiktsmessig. Det kan forsøkes med rolig musikk eller en varm kopp melk hvis det viser seg å ha positiv effekt (Ranhoff, 2016, s.371-373).

Søvnrestriksjon hos sykehjemspasienter er et tiltak som også har vist seg å ha positiv effekt som et ledd i behandlingen av søvnproblemer. Dette går ut på at man reduserer antall timer pasienten benytter i sengen, til at han kun skal ligge i sengen når han faktisk skal sove. Dette kan gjøres ved å føre søvndagbok hvor man regner ut reell søvnlengde. Dette blir utgangspunktet for hvor lenge pasienten ligger i sengen, også kan tiden gradvis økes med 15 minutter i uken til ønsket søvnmengde er oppnådd. Hos sykehjemspasienter anbefales en mildere form for søvnrestriksjon, hvor de legger seg og vekkes til samme tid hver dag. Pasienten oppmuntres til å holde seg våken på dagtid, når han ikke befinner seg i sengen (Fetveit & Bjorvatn, 2005).

Lysbehandling har vist seg å ha positiv effekt for sykehjemspasienter. Studier har vist at eldre ikke får nok eksponering av lys og at det finnes en sammenheng mellom dette og søvnproblemer. Denne behandlingen kan benyttes hos alle typer søvnproblemer og har gitt gode resultater hos eldre (Fetveit & Bjorvatn, 2005).

#### 3.4 Medikamentell behandling av søvn hos eldre

Medikamentell behandling kan være hensiktsmessig i korte perioder for å endre døgnrytme eller ved situasjonsbestemte situasjoner som fører til søvnevansker for eksempel i en livskrise. Sovemedisiner kan være effektive og med få bivirkninger når bruken er kortvarig (Ranhoff, 2016, s.371-373). Det opereres med to ulike hovedgrupper innen sovemedisiner som er Benzodiazepiner og z-hypnotika. Videre kan antidepressiva benyttes dersom årsak til søvnevanskene er grunnet depresjon (Fetveit & Bjorvatn, 2005). Jeg vil ikke gå nærmere inn på ulike antidepressiver eller andre legemidler som forskrives for søvnproblemer, fordi det blir for omfattende for oppgavens størrelse.



Ved medikamentell behandling av søvn, anbefales det å starte med lavest mulig dose (Fetveit & Bjorvatn, 2005). Hos eldre kan aldersforandringer kan føre til redusert evne til å bryte ned medikamenter. Hvordan legemiddeleffekt påvirkes av aldring og sykdom vil variere og det vil være individuelle forskjeller ved økende alder. Årsaker som svekket homøostase (reguleringsmekanisme) påvirker legemiddelets omsetning og effekt. Eldre kan også ha redusert organkapasitet og endringer i vitale funksjoner. Ved økende alder oppstår det mer hyppig tilegning av ulike lidelser som krever legemiddelbehandling. De biologiske aldersforandringene kan derfor føre til at legemidler kan virke annerledes hos eldre enn hos yngre. Normal aldersforandring vil påvirke absorpsjon, fordeling, effekt og utskilling av legemidler. I tillegg vil faktorer som evne til å innta medikamentet, oppfølging av forskrevet behandling, uforutsigbar effekt og økt følsomhet for legemidler være en viktig del i vurderingen (Ranhoff, 2016, s.371-373).

Det er derfor av viktighet at eldre får riktig legemiddelbehandling, for å opprettholde helse og livskvalitet. Eldre bør få redusert eller finjustert dosen ved behov, dette for å minske bivirkninger og lettere oppnå ønsket effekt (Helsedirektoratet, 2015).

#### 3.4.1 Legemiddelhåndtering

Riktig medikamentbehandling er lovpålagt og er av viktighet for å kunne ivareta sykehuspasienters livskvalitet og helse (Ranhoff & Engh, 2016, s. 185).

Som sykepleier har man en viktig rolle innen medikamenthåndtering. Fra det punktet legen har ordinert et legemiddel har sykepleier ansvar for å ha legemiddelet tilgjengelig, forberede og administrere medikamentet til pasienten (Andberg et al., 2020, s.208). Sykepleier har et ansvar for å følge forskrift for legemiddelhåndtering som omhandler at man skal administrere riktig legemiddel til riktig pasient og at dette skal være i riktig dose til riktig tid, på riktig måte. Legemiddelet skal signeres for og det skal dokumenteres for effekt og bivirkninger (forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, § 7).

Før utdeling av et legemiddel skal gjennomføres, må sykepleier vurdere pasientens tilstand (Andberg et al., 2020, s.208). Sykepleier har en plikt til å gi pasienten informasjon og muliggjøre medvirkning før tildeling av et medikament (pasient- og brukerrettighetsloven, 2020, § 3-1).

Videre må sykepleier observere legemiddelets effekt etter inntak og eventuelle bivirkninger som kan oppstå (forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, § 3). Effekt og bivirkning skal dokumenteres på en relevant, spesifikk og detaljert måte i henhold til (helsepersonelloven, 1999, § 39, 40). Dokumentasjon sikrer pasientsikkerheten ved at den ivaretar nødvendig informasjonsflyt til lege og kollegaer.

For at sykepleier skal kunne observere pasienten på en forsvarlig måte, skal sykepleier kun utføre oppgaver som er innenfor hans/hennes kompetanseområde (Helsepersonelloven, 2020, §4). Forsvarlighetskravet legger føringer for at sykepleier har et selvstendig ansvar for de valg og handlinger han/henne utfører og en plikt til å forespørre opplæring dersom det er nødvendig (NSF).

#### 3.4.2 Benzodiazepiner og z- Hypnotika

Benzodiazepiner er navnet på en medikamentgruppe som virker angstdempende, søvndyssende og krampestillende. Benzodiazepiner svekker i tillegg en rekke mentale og motoriske ferdigheter. Ved høyere doser kan benzodiazepiners virkning oppleves som rus. Alle benzodiazepiner har samme virkning, det som skiller dem fra hverandre er hvilke doser som må inntas før man oppnår virkning, hvor rask virkning oppnås, samt hvilken halveringstid medikamentet har (Legemiddelhåndboka, 2020).

Z-hypnotika er kjent som benzodiazepinlignende sovemedikament. Medikamentgruppen skiller seg fra benzodiazepinene i sin kjemiske oppbygging, samtidig som de har tilnærmet lik virkning. Effekten av Z- hypnotika er i hovedsak ment for å virke søvndyssende, og vil ha mindre grad virke muskelavslappende og angstdempende i normale doser. Sammenlignet med Benzodiazepiner skiller Z-hypnotika ut raskere fra kroppen, og gi mindre "dagen derpå" effekt. Fare for misbruk og avhengighet er også vist ved Z-hypnotika (Legemiddelhåndboka, 2015).

Vanlige bivirkninger ved bruk av BZD-Z er blant annet akutt nedsatte psykomotoriske ferdigheter hvor søvnighet, forvirring, svimmelhet, slapphet, nedsatt reaksjonshastighet og redusert hukommelse kan forekomme (Legemiddelhåndboka, 2020). Den nedsatte reaksjonsevnen gjelder også dagen derpå. Ettersom denne legemiddelgruppen har potensiell vanedannende funksjon, anbefales bruken til å være kortvarig for å unngå toleranseutvikling. Variasjonene inne utvikling av toleranse vil nok ha individuelle forskjeller,

men undersøkelser viser at 2-4 uker etter oppstart, vil man ikke sove bedre med hypnotika enn uten (Neutel et al., 2012, s.1). For enkelte kan det virke som medikamentet ennå virker, men reelt sett så vil de ikke ha nytte av medikamentet slik som tidligere. Bivirkningene vil likevel være tilstede (Helsedirektoratet, 2015).

Eldre brukere av BZD-Z vil kunne oppleve en større grad av bivirkninger enn yngre. Dette er trolig grunnet at eldre er forskrevet flere legemidler, grunnet økt sykkelighet.

Helsedirektoratet uttaler at det er rapportert økt risiko for utvikling av demens, samt økning i fallfare. Flere undersøkelser har vist at det forekommer økt falltendens hos eldre ved bruk av hypnotika. Det anslås at ca. 3 % av fallskader har årsakssammenheng knyttet til bruk av hypnotika hos eldre. Eldre kan i tillegg oppleve delirium og paradoksale reaksjoner som eksitasjoner, aggressivitet, hallusinasjoner og forvirring (Helsedirektoratet, 2015). Delirium er en akutt forvirringstilstand som fører til at hjernens funksjoner svikter, dette kan blant annet utløses av legemidler (Malt & Engedal, 2020). Rebound- effekt kan oppstå ved seponering av BZD-Z over lengre tids bruk, pasienten vil da oppleve en forbigående forverring av plagene som f.eks. angst eller søvnløshet. Forverringen kan av pasienten tolkes som en forverring i grunnlidelsen (Bramnes, 2014).

### 3.5 NPM- New Public Management og samhandlingsreformen

For å forstå hvordan effektivitetstiltak påvirker valg av søvnbehandling, kan man se på hvordan ulike offentlige styringsmekanismer, som for eksempel New Public Management (NPM) influerer, og setter ramme for, tidsbruk innen eldreomsorg. NPM beskriver en samlet ide av ulike retninger som ønsker å overføre prinsipper fra privat sektor innen ledelse og økonomisk styring, til offentlig sektor. Formålet bak NPM er økt effektivisering, med samtidig ønske om økt kvalitet og tilfredshet hos pasienter (kunder). Utviklingen av helse og omsorgsfeltet i Norge er preget av denne utviklingen, hvor særlig enhetlige ledelsesformer, autonomisering og fristilling av markedslignende løsninger. Enhetlige ledelsesformer innebærer at en leder skal ha det overordnede ansvar for drift av sin enhet. Lederen vil da ha ansvar for det økonomiske med krav til resultatoppnåelse. Autonomisering og fristilling gir nærmeste leder mulighet til å velge hvordan han ønsker å organisere enheten, så lenge dette er innenfor kravet om forsvarlighet. Markedslignende løsninger beskrives som

løsninger som sikrer økt konkurranse, hvor effektivitet og brukertilfredshet står i sentrum (Orvik, 2015, s. 38).

NPM kan forstås i lys av ideer om effektivitet i velferdsstaten, spesielt innen helsetjenester. Videre begrunnes det med at ressursknapphet skaper grenser for vekst i offentlig sektor og helsetjenesten. Målet er å nyttiggjøre økonomien innen helse og videre at en omprioritering og omorganisering blir løsningen på ulike ressursproblemer. Videre har kritikken innen styringsformen vært at høy produktivitet og effektivitet knyttet opp mot tjenester som skal ha høy kvalitet, og som kjennetegnes av omsorg og skjønnsutøvelse skaper spenninger. I dagens samfunn er det en tendens til at styringsformene ønsker at de profesjonelle skal inkludere brukere større grad, hvor konsekvensene potensielt kan bli et mindre fokus på ressurs hensyn i utøvelsen av yrket sitt (Orvik, 2015, s. 38). Samhandlingsreformen er en koordineringsreform som ble iverksatt 1. januar 2012. Hensikten bak reformen var å fremme et helhetlig pasientforløp, hvor forebygging, brukerinnflytelse og bærekraftig utvikling ble vektlagt. Dette skulle gjøres ved å samhandle økonomiske, juridiske og det organisatoriske virkemidler (St. Meld. 47 (2008-2009), s.1). Forskningsrådet, 2016, s.28-29).

### 3.6 Dorthea Orems egenomsorgsteori

Orems teori om egenomsorg ble for første gang presentert i 1971 i boken "Nursing Concepts of practice" (Kristoffersen, 2011, s. 227).

Teorien tar utgangspunkt i at det ligger i menneskets natur et ønske om å ta vare på seg selv, og utføre handlinger som fremmer helse og velvære. Egenomsorg er definert som "de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære". Orem hadde en stor tro på menneskets egne ressurser, og de muligheter man selv skaper. Hun delte de grunnleggende behovene i et fysiologisk, psykologisk og sosialt utgangspunkt. Teorien fremhever at mennesket må forstås som en enhet. Videre er egenomsorg basert på kunnskap og villighet til å lære. Miljøet rundt vektlegges og viktigheten av det sosiale i samfunnets og hvordan det har påvirkning på egenomsorgen (Kristoffersen, 2011, s. 228-229).

Teorien gjør rede for fem ulike hjelpemetoder som sykepleier kan bruke for å møte terapeutiske egenomsorgskrav. Den første; «hjelpemetoden» handler om å utføre

handlinger på bakgrunn av en annen. Dette kan gjøres i situasjoner hvor pasienten lider av mental eller funksjonelle svekkelser. Den andre hjelpemetoden omhandler veiledning og/eller undervisning til mottaker, som igjen kan ivareta egenomsorg. Dette krever god kommunikasjon med pasienten. Pasienten må videre motiveres, og bidra til å selv ta en beslutning. Det tredje punktet tar utgangspunkt i at sykepleier har ansvar for å sørge for psykisk og fysisk støtte. Støtte og oppmuntring kan bidra til å øke mulighetene for at pasienten lykkes. Denne metoden kan bidra til nødvendig trygghet og motivasjon til å gjennomføre en oppgave. Fjerde punkt omhandler tilrettelegging i omgivelsene som kan fremme helse og utvikling. Sykepleiers ansvar blir derfor å tilrettelegge miljø, slik at både fysisk og psykososial utvikling muliggjøres. Miljøet totalt sett kan bidra til utvikling og vekst, eller potensielt sett føre til avhengighet, stagnasjon eller mangelfull utvikling. Ved at den fysiske og psykososiale utviklingen stimuleres, så vil det kunne fremme gode holdninger og verdier, bedre fysisk funksjon og gi mulighet for nye ferdigheter innenfor kommunikasjon og samhandling. Det siste punktet tar for seg undervisning, hvor pasienten tilegner seg nye ferdigheter og kunnskaper for å mestre egenomsorg. Sykepleier har da ansvar for å undervise og motivere til læring på et nivå, som gjør at undervisningen er tilpasset hans bakgrunn, tidligere erfaringer, ønsker og behov (Kristoffersen, 2011, s. 235-238). Alle elementene i denne teorien har mulighet til å påvirke ulike søvnhygieniske tiltak, og vil drøftes nærmere senere i oppgaven.

## 4 Resultat

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å presentere artiklene som er blitt valgt ut gjennom søkene mine.

### 4.1 Artikkel 1

*A systematic review of non-pharmacological interventions to improve nighttime sleep among residents of long-term care settings*

Studien er en systematisk oversikt som har som formål å identifisere og evaluere ikke-medikamentelle tiltak for å forbedre søvn hos sykehjemsbeboere.

Bakgrunnen for studien er at søvn og døgnrytmeforstyrrelser er vanlig blant langtidspasienter på sykehjem. Pasienter på sykehjem, tilbringer mye av tiden i inaktivitet og i sengen. Miljøet på sykehjemsavdelinger bidrar lite til at pasientene får nok dagslys, samt lyder og lys på natten gjør at pasientene stadig opplever oppvåkning. Dette påvirker pasientenes døgnrytme.

Studien utforsker intervensjoner innen endring av miljøfaktorer på sykehjem, økt aktivitet på dagtid og forbedring i rutiner hos ansatte på nattetid. Det ble ikke påvist et klart positivt mønster innen intervensjonene. Tre av intervensjonene hadde et tilfredsstillende resultat i henhold til studien. Dette var intervensjoner innen økt lyseksponering på dagtid, bruk av melatonin om natten og akupunktur.

Studien konkluderer med at ikke-medikamentelle inngrep har potensial med tanke på søvnforbedring hos langtidsbeboere på sykehjem og at det er behov for ytterligere forskning innen området. Dette for å kunne standardisere tiltak og danne klare retningslinjer som kan implementeres gjennom kostnadseffektiv praksis (Capezuti et al., 2018).

#### 4.2 Artikkel 2

*What is the point of guidelines? Benzodiazepine and z- hypnotic use by an elderly population.*

Studien har et kvalitativt design hvor de undersøker reseptutskrivning av BZD-Z i 2012, hos pasienter i aldersgruppen 70-89 år, som hadde tatt ut minimum to resepter årlig innen medikamentgruppen.

Bakgrunnen for studien bygger på at publiserte retningslinjer for bruk av BZD- Z, tilsier at eldre bare skal bruke angstdempende BZD-Z i lave doser over en kort periode av tid. Studien tar sikte på å kvantifisere upassende BZD-Z bruk hos eldre.

I studien undersøkte de utskrivninger av bruk av BZD-Z hos eldre mellom 70-89 år. 25% av eldre nordmenn hadde tatt ut minimum 2 resepter på BZD-Z i løpet av et år i 2012. Det fremkommer videre at av de eldre som ble regnet med i studien, så brukte 12,3% av pasientene BZD-Z på en uhensiktsmessig måte.

Forskningsartikkelen konkluderer med at uhensiktsmessig bruk av BZD-Z er utbredt blant den eldre befolkningen i Norge. Årsaken til dette er trolig manglende overholdelse av eksisterende retningslinjer.

Studien konkluderer med at det kreves enten endring av retningslinjer eller modernisering av allerede eksisterende retningslinjer.

Kritikk til studien er at den studien for alle eldre, ikke kun de som bor på sykehjem. Dette gjør at den ikke er helt treffende for problemstillingen. Jeg finner den likevel relevant med tanke på at man får et oversiktsbilde over hvor hyppig medikamentgruppen blir brukt blant eldre, og hvor vanlig uhensiktsmessig bruk er blant denne pasientgruppen (Neutel et al., 2012).

#### 4.3 Artikkel 3

*A fine balance: Drug Use in Norwegian Nursing homes.*

Forskningen viser til tre ulike artikler hvor en artikkel er ett tverrsnittstudie og de to andre artiklene er det benyttet klynge- randomiserte studier som metode.

Bakgrunnen for studien er å undersøke hvordan man kan forbedre bruk av blodtrykksmedisiner og psykofarmaka hos pasienter på sykehjem. Dette er to av de store legemiddelgruppene som bidrar til polyfarmasi hos eldre.

Artikkel 1 viser til at 73% av de undersøkte pasientene brukte psykofarmaka, hvor 41% brukte to eller flere samtidig. Antidepressiva ble brukt av 39% av pasientgruppen. 30% benyttet sovemedisin og 24% brukte angstdempende medikamenter. 14 % i studien brukte anti-demensmidler. Studien fant en sterk sammenheng mellom nevropsykriatiske symptomer og bruk av psykofarmaka.

I artikkel 2 ble KOSMOS studien implementert hos de ansatte, hvor de ansatte ble opplært i studiens fem ulike punkter. KOSMOS studien tar utgangspunkt i fem ulike intervensjoner: Kommunikasjon, medikamentgjennomgang, smerteevaluering, sikkerhet og organisering av aktiviteter. Som en del av studien snakket personalet med pasient og pårørende og informerte dem om diagnoser, prognoser og mål for behandling. Deretter, ble det organisert individuelle aktiviteter for den enkelte pasient.

Samlet konkluderer studien med at det forekommer utstrakt bruk av psykofarmaka og blodtrykksmedisiner blant pasienter på sykehjem. Den viser til at de som blir administrert mest psykofarmaka er pasienter med demens og nevropsykriatiske symptomer. Studien viser videre at for å få innført komplekse intervensjoner, må ansatte involveres og sette av tid til å implementere dette. Videre kan innføring av legemiddelgjennomgang føre til økt motivasjon til for arbeidet og forbedret kommunikasjon tverrfaglig, samt med pasienter og pårørende (Gulla, 2018).

#### 4.4 Artikkel 4

##### *Safety measures for medication in nursing homes.*

Studien er av kvalitativt design, hvor det er benyttet fokusgruppeintervju av sykepleiere og sykepleierstudenter. Studien ble gjort parallelt med introduksjonen til samhandlingsreformen og ble gjennomført over en periode over 3 år.

Bakgrunnen for studien var å undersøke sikkerhetstiltakene på sykehjem for å kunne forebygge feilmedisinering og ugunstig medikamentell behandling.

Funnene i studien viser til at sykepleiere og sykepleierstudenter fant sikkerhetsprosedyrer upraktiske grunnet tidsmangel. Videre viste studien til at det var liten sammenheng mellom oppgaver, bemanning og medisinkompetanse. Sykehjemmene i studien hadde lite fokus på kompetanseheving, og opplæring av medisinerer ble ikke tatt tilstrekkelig på alvor.

Studien konkluderer med at sikkerhetstiltakene som skal hindre feilmedisinering ikke fungerer optimalt, videre at det eksisterer et økt behov for relevant farmasøytisk kunnskap på sykehjem. Studien stiller spørsmål ved hvordan man kan utnytte sykepleierkompetanse bedre, for å forbedre pasientsikkerheten ved medisinerer (Storli et al., 2016).

## 5 Drøfting

Oppgaven har fram til nå redegjort for at søvnproblemer og at behandlingen er utfordrende, samtidig som det er et område hvor sykepleie har mulighet til å influere positivt med kunnskaper om fenomenet. Neste del av oppgaven vil drøfte hvordan dette er mulig, og hvilke elementer som gjør det utfordrende. Oppsummert viser studiene som er presentert



at det forekommer uhensiktsmessig bruk av beroligende og sovemedisin på sykehjem. Årsakene til dette er trolig sammensatte. Jeg har rettet fokus mot langtidspasienter på sykehjem og ulike aspekter som kan bidra til å redusere bruk av beroligende og sovemedikamenter. For å svare på oppgavens problemstilling vil det i denne delen først drøftet behovet for sykepleiefaglig kompetanse samt kompetanseheving. Her vil viktigheten av kunnskap om søvnproblematikk samt og handlingskompetanse kunne ha påvirkning på behandling av søvnproblemer. Videre vil jeg presentere evnen til å benytte seg av gode, forskningsbaserte, søvnhygieniske tiltak innen ikke-medikamentell behandling som kan være et alternativ til medikamenter som fremmer søvn. Deretter ønsker jeg å redegjøre for hvordan sykepleiers rolle og ansvar kan påvirke medikamentell behandling av søvn. Avslutningsvis vil jeg ta for meg de organisatoriske utfordringene som kan påvirke sykepleiers rolle innen helhetlig sykepleie.

### 5.1 Sykepleiefaglig kunnskap omkring søvnproblematikk.

Økt oppmerksomhet og kunnskap om søvn og søvnbehov på sykehjem, kan bidra til reduksjon av søvnforstyrrelser, økt søvnkvalitet og bedret helse generelt. For at dette skal være mulig må sykepleierne bruke kunnskapen de har tilegnet seg innen søvn og dens funksjon, hvor det blir tatt hensyn til helse og velvære i den daglige pasientomsorgen (Bastøe & Frantzen, 2011, s.325). Storli et al., (2016) uttrykker i sin artikkel at samhandlingsreformen har ført til et større behandlingsansvar på sykehjemmene, hvor økt kunnskapsbehov særlig innen farmakologi og aldersfysiologiske endringer hos eldre bør være essensielt (Storli et al., 2016, s.11-12). Mange langtidsbeboere på sykehjem har søvn og døgnrytmeforstyrrelser i henhold til Capezuti et al., (2018) høy alder, kroniske lidelser, mange legemidler og kognitiv svikt bidrar til dette. Dette innebærer at hos mange pasienter, vil de somatiske og mentale lidelsene overlape hverandre, noe som stiller høye krav til sykepleierne som jobber på sykehjem (Capezuti et al., 2018, s. 6). Dette. Dette gjelder blant annet innen kartlegging av søvnvansker, hvor sykepleier må ha kunnskap om hva som kjennetegner både god og dårlig søvn og konsekvenser forbundet med dette. Videre må sykepleier ha kunnskap om søvnrelaterte forstyrrelser, som kan påvirke pasienten. Studien av Capezuti et al. (2018) trekker frem at det er behov for økt kunnskap innen søvnhygieniske miljøtiltak som tilrettelegging av lys og lyd, økt aktivitet på dagtid og forbedring av

nattrutiner (Capezuti et al., 2018, s.7). Det er av den grunn viktig at personalet på avdelingen har kunnskap om hvilke elementer som kan bidra til å skape et miljø som bidrar til god søvnhygiene, kan det være mulig for pasientene å få bedret søvnvanskene de opplever. Dette vil drøftes nærmere under 5.4

I rapporten fra helsetilsynet (Storli et. Al., 2016, s. 31) ble det avdekket store mangler knyttet til legemiddelbehandling på sykehjem. Årsakene som ble trukket frem i rapporten var blant annet, manglende bemanning, mangelfull kompetanse samt sviktende opplæring og manglende tid. Dette tyder på at det er et økende behov for oppdatert sykepleiefaglig kompetanse og opplæring. I henhold til sykepleierfaglige retningslinjer 4.1 har sykepleier et ansvar for å holde seg faglig oppdatert innen forskning, dokumentert praksis og utvikling og benytte kunnskapsbasert praksis i sin utøvelse (NSF). Retningslinjene setter således et individuelt ansvar ovenfor den enkelte sykepleier for å holde seg faglig oppdatert. Som sykepleier må man derfor innhente kunnskap etterhvert som oppgavene endres, og informere dersom man opplever manglende kunnskap eller handlingskompetanse.

Til tross for at det er behov for ytterligere forskning på området, er det vanskelig å se en løsning hvor reduksjon i uhensiktsmessig bruk av BZD-Z er mulig, uten at kompetanseheving er en del av løsningen. Kompetanseheving kan derfor under visse omstendigheter, redusere uhensiktsmessig bruk av BZD-Z (Forsetlund et al., 2011, s.15). Dette sammenfatter også med rapporten til Storli et al., (2016) hvor det er et tydelig behov for kompetanseheving blant ansatte på sykehjem innen søvnproblemer, søvnbehandling og medikamenthåndtering (Storli et al., 2016, s.12).

## 5.2 Kompetanse knyttet til psykisk helse som kan påvirke søvn og søvnproblematikk.

Utbredelsen av mentale lidelser som angst, depresjon og demens, er vanlig blant pasienter på sykehjem og har lidelser som kan føre til søvnproblemer (Ranhoff, 2016, s. 370-379). Som sykepleier har man en unik mulighet til å kartlegge tidlige tegn til depresjon, angstproblematikk, søvnproblemer og ensomhet. Det er derfor nødvendig at sykepleier har kunnskap om psykiske lidelser, symptomer, forløp og behandling (Ranhoff, 2016, s. 370-379). Sykepleier vil da kunne avdekke symptomer, og informere sykehjemslegen om hva

som observeres. På denne måten vil legen kunne diagnostisere lidelsen, og gi pasienten nødvendig og riktig behandling (Ranhoff, 2016, s. 371-379).

I tillegg til mentale lidelser som kan påvirke søvn og søvnforstyrrelsen finnes det også sekundære psykologiske elementer som påvirker søvn. Eldre har ofte opplevd en rekke tap grunnet høy alder, tap av mennesker i livet sitt, tap av mening, helse og autonomi (Ranhoff, 2016, s. 370-379). Det kan være følelsesmessig utfordrende for pasienten å flytte fra hjemmet sitt til sykehjem, og dette kan føre til en eksistensiell krise. Egenomsorgsteorien som er presentert tidligere tar utgangspunkt i at sykepleier tar seg tid til å lytte, vise genuin interesse for pasientens tidligere liv og tillate at pasienten trenger å bearbeide sorgen han/henne opplever (Kristoffersen, 2011, s.235). Følelser som sorg, skuffelse, fortvilelse og sinne må vises forståelse for. Ved at man som sykepleier kan møte mennesket i krise, kan man hjelpe han/henne med å finne mening i tilværelsen, og bidra til bearbeiding av tapsopplevelser (Ranhoff, 2016, s. 370-379). Ensomhet kan kartlegges, ved å undersøke i hvor stor grad pasienten har besøk av pårørende, og hvordan han samhandler med andre beboere på avdelingen eller ansatte. Manglende relasjoner, gir lite variasjon i hverdagen og kan påvirke den subjektive følelsen av ensomhet (Ranhoff, 2016, s. 370-379). Hicks, (2000) drøfter muligheten for at psykofarmaka blir brukt for å lindre ensomhet og savn hos pasienten. Som sykepleier må man da vurdere om det handler om svikt i ivaretagelsen av de psykososiale behovene til pasienten (Hicks, 2000, s. 15-19). Sekundært kan man derfor ivareta en god søvnhygiene ved å hjelpe pasienten i å ivareta en god psykisk helse og dermed bidra til å redusere medikamentbruk innen søvn.

### 5.3 Sykepleiers rolle og ansvar ved medikamentell behandling av søvn

På norske sykehjem blir det daglig administrert sovemedisiner og beroligende av gruppen Benzodiazepiner og Z- hypnotika. I henhold til Gulla (2016) benytter omtrent hver fjerde sykehjemspasient sovemedisin av gruppen BZD-Z og det er derfor et behov for bedring i eksisterende retningslinjer og økt kompetanse rundt bruken av denne medikamentgruppen (Gulla, 2016, s.24: Neutel et al.,2012 s. 2-3).

### 5.3.1 Administrasjon av medikament for søvn

Det er sykepleiers ansvarsområde å effektivere ordinasjon delegert av lege, på en forsvarlig måte. Dette innebærer at man som sykepleier skal ha kunnskap om de medikamentene som til enhver tid skal administreres. Dette omhandler medikamentets innhold, pasientens tilstand og følsomhet for medikamentet, i tillegg til å gi rett legemiddel, til rett pasient, i rett legemiddel form, i rett dose, på rett måte, til rett tid (Andberg et al., 2020, s.30).

Sykepleiere som arbeider på sykehjem, følger opp pasienten i det daglige og er trolig den som kjenner pasienten best. Før medisinerings av sovemedisin bør derfor sykepleier ha kartlagt om medikamentet gis for søvn eller angst. Dette kan være komplekst og tidkrevende og man må kontinuerlig spørre seg selv om utdelingen av legemidlet gis, til tross for at pasienten muligens kunne hatt bedre utbytte av alternative tiltak som f.eks. søvnhygiene. BZD-Z kan gi uforholdsmessige bivirkninger, hvor den medikamentelle behandlingen påfører pasienten ekstra plager. Ved medikamentene som er gitt ved behov, tar sykepleier en avveining i om pasienten har behov for legemidlet etter godkjenning fra lege, og bør derfor ha dette i mente (Andberg et al., 2020, s.30).

Sovemedisin av denne gruppen, bør administreres kort tid før leggetid, helst i sengen (Legemiddelhåndboka, 2016). Ansvarer innebærer også at sykepleier har som oppgave å observere effekten av behandlingen og rapportere dette videre til lege dersom det oppstår uventede bivirkninger (Andberg et al., 2020, s.23). Videre bør sykepleier gjøre tilsyn ved pasienten for å se at legemiddelet har effekt ved innsovning. For å kunne observere sovemedisin og beroligende medikamentene tilstrekkelig, krever det tid. Det er legen som har ansvar for legemiddelbehandlingen, han er derfor avhengig av rapport fra sykepleier som har daglig kontakt med pasienten (Andberg et al., 2020, s.208). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fremhever at sykepleier har ansvar for "egne handlinger og vurderinger i utøvelsen". Som sykepleier må man derfor kunne ha en faglig diskusjon med legen, hvis man opplever at administreringen av BZD-Z er uhensiktsmessig for pasienten.

Feil i legemiddelhåndteringen kan gi alvorlige konsekvenser og det er derfor en viktig sykepleieroppgave å dokumentere og rapportere dersom avvik oppstår (Andberg et al., 2020, s.19). Dokumentasjon er et viktig element innen pasientsikkerhet, som ivaretar kontinuerlig informasjonsutveksling mellom kollegaer og lege. Dette styrker individuell og tilpasset behandling for den enkelte pasient, hvor for eksempel bivirkninger av et

medikament kan evalueres. I artikkel til Storli et al., (2016) fremkommer det at sikkerhetsprosedyrer innen dokumentasjon og avvikshåndtering er ufullstendige. Dette ble begrunnet i tidspress, hvor deltakerne i studien mente det var umulig å følge opp disse sikkerhetsprosedyrene (Storli et al., 2016, s. 12-13). Når sikkerhetsrutiner ikke er gjennomførbare, så kan forståelsen av pasientsikkerhet generelt, svekkes.

### 5.3.2 Sykepleiers formelle ansvar ved medikamentbehandling

Sykepleiers formelle ansvar innebærer det rettslige ansvar sykepleier har for å utføre legemiddelhåndteringen, slik som legen har ordinert. Selv om det er virksomhetsleder som delegerer, og har ansvar for å tilrettelegge for forsvarlig arbeid. Så har sykepleier etter helsepersonelloven § 4, et selvstendig ansvar for å følge forsvarlighetskravet. Dette innebærer at sykepleier må vurdere egen kompetanse innen oppgavene man skal gjennomføre og informere dersom man har behov for veiledning eller kompetanseheving innen oppgaven som skal utføres (NSF).

### 5.3.4 Involvering og myndiggjøring av pasienten

Sykepleier har plikt til å gi pasienten informasjon og muliggjøre medvirkning. Tilstrekkelig informasjon er derfor nødvendig for å kunne gjøre et informert valg (pasient- og brukerrettighetsloven, 2020, §3-1). I artikkelen til Storli et al., (2016) fremkommer det at det kan ha positiv effekt å involvere pasient og pårørende innen opplæring, informasjon og kunnskap om legemidler (Storli et al., 2016, s. 12). For å kunne oppfylle dette kravet, trenger sykepleier kunnskap om årsak til søvnproblemer, kartlegging og behandling av dem (Andberg et al., 2020, s.27).

Det kan da tenkes at pasienten får muligheten til å gjøre selvstendige vurderinger og delta behandlingen. Dette er i tråd med Orem sin sykepleieteori der hun beskriver at det er sykepleiers oppgave å styrke pasientens egenomsorg ved undervisning. Dette vil kunne fremme kunnskap hos pasienten, slik at han/henne kan utnytte sine personlige evner og medvirke. Hun beskriver videre nødvendigheten av at sykepleier skal være oppmerksom på å ta hensyn til ubehag og negative virkningen av medisinske behandlingen (Kristoffersen, 2011, s. 232). Ved å muliggjøre medvirkning og gi pasienten tilstrekkelig informasjon

tilpasset pasienten, vil man kunne innhente pasientens synspunkter innen behandling, og tilpasse behandlingen individuelt. Dette gir pasienten eierskap og en form for innflytelse i egen behandling og delta i evalueringen av legemiddelbehandlingen. Det er samspillet mellom pasientens reduserte egenomsorg som avgjør hvilke kompensierende tiltak sykepleier må iverksette for å ivareta pasienten (Kristoffersen, 2011, s. 234). Gulla, (2016) viste i studien til at medikamentell behandling kunne reduseres, dersom samarbeidet mellom pasient, pårørende og tverrfaglig personell ble forbedret (Gulla, 2016, s. 53). Det er derfor viktig å hindre at administrering blir en rutine, hvor man glemmer ansvaret innen en helhetlig og individuell tilnærming til pasienten.

### 5.3.6 Seponering

Artikkelen til Capezuti et al., (2018) viser til at seponering av medikamentell behandling av BZD-Z ikke har en påvist fordel for pasienten, dersom det ikke kombineres med ikke-farmakologiske tiltak. Eksempler på dette er sosial interaksjon eller aktivitet (Capezuti et al., 2018, s.7). Det er derfor kunnskapen som er nevnt ovenfor er relevant både ved søvnbehandling og ved seponering av medikamentell behandling. Før reduksjon eller seponering av BZD-Z så bør det kartlegges hvilken motivasjon pasienten har for å slutte samt få en oversikt over privat og profesjonell støtte, for å kunne involvere pasient, ansatte og pårørende i prosessen. Informasjon om seponering er viktig både fordi dette er lovpålagt (pasient- og brukerrettighetsloven, 2020, § 3-2) men også fordi de fleste vil kunne oppleve søvnløshet eller økt angst i starten av seponeringen. Ved å forberede pasienten på dette, vil de lettere ha forståelse for hvorfor de opplever utfordringer. Som sykepleier må man være bevisst på at det kan hos eldre ta 2-4 uker før søvnkvaliteten forbedres, dette har relevans når sykepleier observerer om nedtrappingsregimet fungerer og kan brukes for å informere og motivere pasienten underveis i prosessen. Observasjon er nødvendig for å kunne vurdere om tiltaket som er iverksatt har effekt. Det er også viktig at sykepleier har kunnskap om at brå seponering kan føre til delirium, og hvilke symptomer dette medfører. Noen pasienter er ikke motivert for å slutte, reduksjon i bruk er positivt og bør oppmuntres. I tillegg er det mange eldre som opplever at kronisk søvnløshet påvirker livskvaliteten deres i så form at det er vanskelig å begrense BZD-Z til noen få uker. Dette må tas på alvor, og det kan tenkes at i slike tilfeller så bør risiko reduseres på andre måter, som f.eks. lage tiltak som hindrer

fall (Neutel et al. 2012, s. 3). Det stilles også spørsmål ved om hvordan langvarige søvnevansker vil påvirke kognitiv svikt, kontra bruk av BZD-Z (Neutel et al. 2012, s 3-4). I enkelte tilfeller vil det derfor være rasjonelt å fortsette behandling av søvn, men dette er en skjønnsmessig vurdering så må gjøres i hvert enkelt tilfelle.

#### 5.4 Søvnhygieniske tiltak og sykepleie.

I denne delen av oppgaven drøftes ikke-medikamentell behandling av søvnproblemer, og hvordan sykepleier kan tilrettelegge for dette best mulig.

Som sykepleier på sykehjem har man en unik mulighet til å vurdere alternativ behandling til medisiner av BZD-Z. Medisinering av uro, angst og søvnevansker vil ikke være mulig med god effekt over lengre tid, og er derfor lite tilrådelig ved kroniske søvnproblemer (Legemiddelhåndboka, 2020). Det eksisterer god forskning på ulike områder innen ikke-medikamentelle tiltak både når det gjelder tilrettelegging av miljøet på sykehjemmet, og singulære tiltak som aktivitet på dagtid, lysbehandling, søvnrestriksjon og lignende (Capezuti et al., 2018, s.7). Ved at sykepleier øker sin kunnskap om søvnhygieniske tiltak for eksempel lysterapi, tilrettelegging av miljøet rundt pasienten kan det tilrettelegges for forebyggende tiltak, som kumulativt vil ha en positiv effekt for den enkelte pasient.

##### 5.4.1 Informasjon og medvirkning

Pasienter med søvnforstyrrelser har behov for tilstrekkelig informasjon, støtte og forståelse for den subjektive opplevelsen de har av søvnproblemet (Ranhoff, 2016, s.371). Som sykepleier på sykehjem har man ofte god kjennskap til pasienten og kan skape et tillitsforhold som bygger på gjensidighet og kontinuitet. Dette støttes også av forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, hvor ønsket er å sikre kvalitet av tjenestene som gis til den enkelte pasient blant annet i institusjon. Det blir lagt vekt på at grunnleggende behov som trygghet, god omsorg og forsvarlig pleie skal være i fokus. For å kunne tilrettelegge for god søvn og hvile, er det nødvendig at de grunnleggende behovene til pasienten blir ivaretatt (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 1982, § 3).

#### 5.4.2 konkrete søvnhygieniske tiltak.

Søvnhygiene er anbefalt å ligge i bunn av enhver søvnbehandling, og bør være første tiltak før medikamentell behandling iverksettes. Dette krever bevissthet rundt hva søvnhygiene innebærer og planlegging for å gjennomføre. Samtidig må det tilrettelegges for velvære på avdelingen. Studier viser at pasientene på sykehjem er inaktiv store deler av dagen, og tilbringer mye av tiden i sengen, derfor vil det institusjonelle miljøet potensielt føre til at det er vanskelig for pasienten å tilpasse døgnrytmen. Videre kan forstyrrelser i form av lyder og lys påvirker kvaliteten på søvnen til pasienten (Capezuti et al., 2018, s.5). Forebyggende tiltak kan da være å endre elementer som kan være forstyrrende ved å for eksempel slå av tv, lukke dører og lignende.

Det bør også tas hensyn til individuelle faktorer hvor det kan være behov for faste rutiner ved skift av bleie, smertelindring og lignende hvis dette er årsaken (Capezuti et al., 2016, s.7). I den systematiske oversikten til Capezuti et al (2016) hadde omtrent tre fjerdedeler av intervensjonene som mål å normalisere døgnrytmen, ved å øke aktivitet på dagtid, økende lyseksposering og forbedring av pleierutiner på natten. Studien konkluderer med at ikke-medikamentelle tiltak potensielt kan forbedre søvn for langtidspasienter på sykehjem. Det blir samtidig påpekt at det er behov for ytterligere forskning for å kunne standardisere tiltakene (Capezuti et al., 2016, s.8).

Helsedirektoratet uttaler at miljøterapien har en viktig rolle innen behandling av angst, uro og søvnproblemer hos pleietrengende (Helsedirektoratet, 2016). Glede, trygghet og god livskvalitet kan bidra til redusert angst og uro, til sammenligning er det ofte disse symptomene som førte til medikamentell behandling i utgangspunktet (Forsetlund et al., 2011, s. 2). Basert på Orems egenomsorgsteori kan sykepleier fremme både glede, trygghet og livskvalitet gjennom å legge til rette for at pasienten selv klarer å ivareta sine egenomsorgsbehov eller overta på de områder pasienten har ubalanse mellom egenomsorgskapasitet og egenomsorg (Kristoffersen, 2011, s.235).

For å kunne fremme gode søvnhygieniske tiltak kan det i enkelte tilfeller være nødvendig å seponere BZD-Z-. Dette blir undersøkt i artikkelen navn av Neutel et al. (2012) hvor det fremkommer at det ikke er hensiktsmessig å seponere BZD-Z uten å samtidig ha en plan for supplerende søvnhygieniske tiltak (Neutel et al., 2012, s.3-6). Dette tyder på at det vil være hensiktsmessig å ha fokus på disse tiltakene uavhengig av bruk av medikamenter, fordi det



likevel kan bidra til en forbedret søvn. Søvnhygiene tar sikte på en terapeutisk tilnærming som kan tilrettelegges i miljøet hvor pasienten befinner seg.. Et tiltak kan være å se på hvordan det fysiske miljøet tilrettelegger for aktivitet, lys, mestring og hvilke hjelpemidler som benyttes (aldring og helse, 2020). Dette fremheves i studiene til Capezuti et al., (2018) som viser til at lysbehandling på dagtid har positiv effekt på forbedret søvnhygiene Capezuti et al., 2018, s.7).

Det fremkommer som en grunnleggende verdi i sykepleien, å kunne gi helhetlig og individualisert sykepleie til pasientene man behandler. Orem sin sykepleierteori går ut på at man skal bidra til å utvikle pasientens egenomsorgskapasitet dersom dette er mulig og i noen tilfeller må sykepleier virke som en erstatning for å ivareta egenomsorgen. Ved å skape et støttende system hvor man tar utgangspunkt i pasientenes opplevelser, verdier, ønsker, og behov kan man ivareta deres verdighet og integritet. Dette krever at pasienten oppmuntres til å medvirke og bruker sin autonomi, slik at behandlingen blir individualisert etter pasientens behov for ivaretagelse av sine egenomsorgskrav. Medvirkning bidrar til at pasienten opplever å ha myndighet over livet sitt. Dette krever et faglig skjønn fra sykepleier, hvor kunnskap og erfaring benyttes for å tilpasse de behovene den enkelte pasient innehar. Som sykepleier må man yte respekt for mennesket som er bak diagnosen eller funksjonssvikten. Fra et holistisk perspektiv skal fokuset være på det enkelte mennesket. Dette finner man igjen i Orem's teori hvor man må se de ulike fysiske, psykologiske og sosiale behovene i sammenheng og ikke enkeltvis. Man må kunne erkjenne at pasienten er ekspert på sitt eget liv. En god interaksjon er basert på gjensidig respekt og kommunikasjon. Dette krever en åpen dialog, og tilrettelegging for kontinuitet i oppfølging av pasienten.

Orem mente at miljøet, kulturen og den sosiale gruppen individet var en del av hadde en betydning for hvordan sykepleier kan fremme helse, velvære og utvikling for pasienten (Kristoffersen, 2011, s. 229). På sykehjem bør det være fokus på en individualisert og humanistisk omsorgsmodell, hvor omgivelsene bidrar til styrking ved for eksempel å involvere planter og dyr. Det bør tilrettelegges for sosiale stimuli, og givende relasjoner som kan være andre beboere, ansatte og familie. Kontinuitet i omsorgen skaper trygghet og bidrar til at pasienten observeres av de samme personene over tid. Dette kan gjøres ved å ha færre pleiere som har ansvar for å følge opp den enkelte pasient. For å muliggjøre dette

kreves det en bemanningsmodell som gir større ansvar til de pleierne som utøver omsorgen. I tillegg bør det være fokus på veiledning og undervisning av pasient og pårørende (Kristoffersen, 2011, s.230).

Basert på studier om søvnhygieniske tiltak kan man se at ikke-medikamentelle tiltak er vesentlig for å redusere bruk av medikamentell behandling som ved BZD-Z. For å fremme søvn er det nødvendig at man som sykepleier spør seg selv, hvem pasienten man møter er. Det er viktig å ta hans tidligere liv i betraktning og se den totale livssituasjonen i sammenheng med sykdom og pleiebehov, og i dette tilfellet årsaken til søvnproblemene. Pårørende er også en sentral ressurs for pasienten, de har ofte inngående kunnskap i hvem pasienten har vært tidligere. Relasjonen mellom pasient og sykepleier krever likeverdighet, samarbeid og gjensidig avhengighet, hvor det kontinuerlig føres dialog og gis annerkjennelse (Ranhoff, 2016, s. 371).

### 5.5 Organisering og strukturer som påvirker søvn tiltak.

I en tid hvor ressursene i helsevesenet i Norge er knappe, og hvor det eksisterer ulike rammeverksom NPM, som påvirker tidsbruk samt økonomi innen eldreomsorg, er det tydelig at det eksisterer noen strukturer for hvilke tiltak som kan muliggjøres. I dette avsnittet vil jeg derfor forklare mulige faktorer som kan påvirke sykepleierrollen innen søvntiltak.

#### 5.5.1 New public management og moralsk stress

På et sykehjem møter man ulike profesjonsutøvere og faggrupper. For å kunne knytte kompetansen sammen, kreves det en dynamisk organisering hvor krav til sikkerhet og kvalitet må alltid veies opp mot forsvarlighet og effektiv ressursbruk (Aakre, 2016, s.42). Tanken bak å utføre kvalitet i helsetjenesten er at det enkelte mennesket skal møtes med respekt og verdighet. For å kunne møte dette målet er ressurser som faglig kompetanse, god organisering og tilstrekkelig tid elementært. På sykehjem i Norge har undersøkelser vist at det gjennomsnittlig er beregnet en sykepleier på syv pasienter (Gulla, 2018, s. 23).

Den siste tiden har det vært et økt fokus på sammenhengen mellom behandling, og hvordan dette påvirker kvaliteten på pleien som utøves (Gautun et al., 2016, s.53). I studien gjort av Storli et al (2016) vises det til at det er et ledelsesansvar å skape muligheter for fagutvikling

og kompetanseheving innen søvnproblematikk (Storli et al., 2016, s. 12-13).. Bakgrunnen for manglende kompetanseheving kan forstås som knapphet på tidsressurser fordi sykepleierne gjorde oppgaver som ikke krevde sykepleiefaglig kompetanse, dårlig sammenheng mellom arbeidsoppgaver og vansker med å opprettholde konsentrasjon grunnet avbrytelser (Gulla, 2016, s. 32). Forsetlund et al., (2011) trekker frem at tiltak av organisatorisk og strukturell karakter, med en ledelse som tilnærmer seg problemet kan være fordelaktig. Det er da nødvendig at personalet på avdelingen for muligheter til å delta i prosedyrer og rutiner for medikamentgjennomgang i en tverrfaglig setting hvor administrasjonen følger dette opp på sykehjemmet (Forsetlund et al., 2011, s.15).

Undersøkelser har vist at faktorer som dårlig organisering kombinert med manglende kompetanse og bemanning, kan føre til en sikkerhetsrisiko som påvirker faglig kvalitet og pasientsikkerhet. Dette har også påvirkning på helsepersonellens arbeidsvilkår og opplevelse av integritet. Omsorg er ikke en grenseløs ressurs, den begrenses i sammenheng med økonomiske insentiver, hvor både kvalitet og effektivitet er elementer som må sees opp mot hverandre (Aakre, 2016, s. 71).

Tanken bak NPM er at offentlige virksomheter som helseforetak har en fordel å sette strukturen opp på samme måte som privat sektor hvor ressursbruk og tidsbruk på en kostnadseffektiv måte. Tanken er god, men problemene utarter seg når den private tankegangen som omhandler salg og kjøp av tjenester overføres til omsorgsarbeid, hvor det gjøres beslutninger basert på menneskelige valg (Vetlesen, 2010). Dette fører igjen, til at tidsressurser blir så knappe at man må benytte seg av beroligende fremfor omsorg (Kristoffersen, 2011, s. 232). Økonomiske ressurser på sykehjemmet kan føre til at det ikke er økonomi til å tilpasse for lys som stimulerer pasienten eller isolasjon som kan bedre støy. Videre kan knapphet i ressurser som ofte viser seg i bemanning, gjøre at man ikke har tid til å tilrettelegge for aktivitet og aktivisering på avdelingen.

I artikkelen til Neutel et al (2012) fremheves det at bruken av BZD til eldre, er knyttet til tidspress, manglende kompetanse og bemanning (Neutel et al., 2012, s. 3-6). Sykepleierne ønsker å utøve individuell pleie, men blir satt i moralske situasjoner hvor de ikke kan handle etter egne etiske prinsipper. For å kunne skape tillit, og god kommunikasjon kreves det tid. Orem beskriver i sin egenomsorgsteori at egenomsorgsevnen må observeres og tilpasses den enkelte pasients behov. Dette krever et klinisk skjønn, hvor hver enkelt pasient blir

vurdert opp mot de erfaringer og kunnskap sykepleieren innehar (Kristoffersen, 2011, s.232). NPM reformer som har fått plass innen helse står i kontrast med sin kvantitative målestokk sammenlignet med det kvalitative omsorgssystemet, som setter krav til god pleie gjennom pasientens subjektive opplevelser og individuelle behov. Fra et lederperspektiv vil tidsbruk hos helsepersonell være hvor de kan effektivisere kostnadene. Det kan derfor oppstå verdikonflikt mellom personell og ledelse. Helsepersonell kan derfor komme i verdikonflikt fordi det er de som skal forvalte ressursene på et individuelt pasientnivå. Samtidig som de skal fremme en standardisert og kostnadseffektiv form for behandling (Aakre, 2016, s. 82-83). Dette tidspresset kan forstås som et moralsk stress som beskrives som en subjektiv opplevelse, hvor individet opplever avmakt eller utilstrekkelighet. Moralsk stress kan oppstå i situasjoner hvor etiske/moralske verdier kommer i konflikt med oppgaven som skal gjennomføres. Som sykepleier kan man oppleve moralsk stress hvor man opplever at arbeidet man gjør, går på bekostning av egne etiske verdier. Bakenforliggende faktorer kan være høyt tidspress, lav bemanning, manglende kompetanse, lover/regler, økonomiske og administrative føringer. Dette kan oppleves som svært belastende for sykepleieren som står i slike situasjoner, særlig hvor de forekommer hyppig (Aakre, 2016, s. 123). Moralsk stress kan i så måte føre til at sykepleier blir så utmattet at hun ikke makter å se pasienten. Av erfaring har jeg sett at BZD-Z blir benyttet, i stedet for ikke-medikamentelle tiltak som kan fremme søvn, grunnet tidspress og manglende ressurser. Dette blir også bekreftet at forekommer i undersøkelsen gjort av Sykepleien (Helmers, 2018), hvor sykepleierne bekrefter å ha gitt denne typen legemidler grunnet tidsnød, noe som har ført til moralsk stress hos enkelte. Det skjer da at de strukturelle rammene, er hva som påvirker sykepleiers evne til omsorg.

#### 5.5.2.Samhandlingsreformen og helhetlige behandlingsforløp.

“Sømløse” og helhetlige behandlingsforløp har vært et av hovedmålene ved samhandlingsreformen. Som resultat av dette har kommunene opplevd økt behov innen spesialisering av tilbud og kompetanse hos personalet. Samhandlingsreformen har gjort at det oppstår flere komplekse sykepleierfaglige problemstillinger i kommunehelsetjenesten og på sykehjem. Kompleksiteten som nå forekommer på sykehjem, gjør at det er utfordrende å gi helhetlig sykepleie. Reformen har også ført til økt og kompleks

medikamentbruk på sykehjem. Dette øker behovet for legemiddelkompetanse som er systematisk oppbygd.

Store ressurser blir benyttet på strukturelle tiltak som avviksmeldinger og dokumentasjon uten at dette har vist å ha påvist optimal effekt. Spørsmålet er derfor om sykepleiekompetansen kan utnyttes for å bedre pasientsikkerhet og kvalitet (Storli et al, 2016, s. 13). Faglig skjønn og individualisert pleie kan gå på bekostning av økende kvalitetspress, standardiserte prosedyrer og retningslinjer (Ranhoff, 2016, s. 371). Dersom sykepleierne ble fristilt fra oppgaver som ikke krever sykepleierfaglig kompetanse, vil det kunne frigjøre ressurser til å utøve sykepleieprosessen innen blant annet behandling av søvnproblemer.

De nye helsereformene som er innført, har i liten grad vurdert hva konsekvensene blir for pasientene. Sykehjemsledelsen bør øke oppmerksomheten sin på risiko ved legemiddelbruk, og tilrettelegge for systematisk opplæring og utvikling av legemiddelkompetanse. Her er det viktig med realistiske rammebetingelser slik at kompetansen skal kunne anvendes og utvikles (Storli et al., 2016, s. 13).

Det tilbys ulike helsetjenester fra ulike aktører i helsevesenet som for eksempel sykehus og sykehjem. Eldre pasienter har ofte behov for kombinert helsetilbud fra ulike virksomheter. Dette er fordi de ofte har flere sammensatte lidelser (multimorbiditet) og mange medikamenter (multifarmasi/polyfarmasi. Overganger mellom pasienttjenester beskriver en flytting i omsorgsnivå eller mellom et sted til et annet. Disse overgangene mellom helsetjenester kan være en nødvendighet grunnet årsaker som endringer i behandlingsbehov eller omsorgsbehov. Formålet er at det skal fungere som et gode for pasienten. Likevel viser det seg at overganger kan øke risikoen for feil behandling, og eller mangelfull ivaretagelse av pasienten. Risikoen er spesielt økende i tilfeller hvor helsetjenestene ikke er samkjørte. Tiltak for å sikre koordinering og kontinuitet, er derfor nødvendig for å tilrettelegge for en mest mulig "sømløs" overgang (Andberg et al., 2020, s.84-85). Den eldre pasient er kategorisert som i risikogruppe ved overføringer. Dette er grunnet medikamentoverføringer, og ulike typer vekselsopphold. Som f.eks. fra sykehjem, til legevakt, til sykehus og videre til hjemmet. I tillegg kan disse pasientoverganger oppleves som belastende for pasient og pårørende (Andberg et al., 2020, s.84-85). Det hender derfor at pasienter har blitt ordinert legemidler for søvn når det har vært flyttet fra et omsorgsnivå

til et annet. Dette kan være for eksempel etter et opphold på sykehus, hvor pasienten har hatt midlertidig behov for medikamentell behandling av søvn. Hvis medikamentlistene da ikke oppdateres når pasienten kommer tilbake til eksempelvis sykehjemmet, så kan pasienten bli stående på legemidlet over tid. Studiet Storli et al., (2016) viste til at opplæring av helsepersonell innen pasientoverganger er en nødvendig intervensjon, for å hindre at uønskede hendelser som ufullstendige eller feilaktige medikamentopplysninger forekommer (Storli et al., 2016, s.12-13).. Sykepleiers koordinerende rolle har derfor en viktig rolle hvor informasjonsinnhenting og kompetanse har en sentral rolle.

## 6 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg søkt å besvare følgende problemstilling;

*«Hvordan kan kunnskap innen søvn og søvntiltak hos sykepleier, redusere uhensiktsmessig bruk av BZD-Z hos eldre på sykehjem?»*

For å besvare problemstillingen har det vært nødvendig med en grundig forståelse av ulike elementer som kan påvirke sykepleiers mulighet til å påvirke søvn og søvntiltak. Oppgaven har vist at kompleksiteten i fenomenet påvirkes av større strukturelle rammer som New Public Management, og helt ned på individnivå gjennom moralsk stress hos sykepleier. Oppgaven viser at søvnproblem er et utbredt og vanlig problem på norske sykehjem, og at den vanligste måten å behandle dette på er gjennom ulike farmakologiske behandlinger så som bruk av BZD-Z. Videre konkluderes det med at farmakologisk behandling ofte ikke svarer på pasientens behov for det, og at det i mange tilfeller erstatter omsorg og pleie som kan utøves av sykepleier. Til sist viser oppgaven at det eksisterer gode, og forskningsbaserte søvnhygieniske tiltak som tilrettelegging av lys, lyd og aktivering på dagtid. I tillegg fremkommer viktigheten av å se hele pasienten med dets livssorger og eksistensielle utfordringer som et langt liv fører med seg. Viktigheten av å kunne møte dette mennesket der det er med omsorg og forståelse kan fremme en sunn psykisk helse som igjen kan være gunstig for søvn. Dessverre eksisterer det en knapphet på både tid og ressurser innenfor eldreomsorg som setter ramme for tilpasning av miljø, men også for muligheten sykepleier har til å utøve denne omsorgen.

Uhensiktsmessig bruk av BZD-Z knyttet til søvn forekommer på sykehjem. Det er derfor behov for økt fokus, kunnskap og ressurser hos sykepleiere innen identifisering og behandling av søvnproblemer hos sykehjemspasienter. Dette innebærer at sykepleierne må ha mulighet til å tilegne seg ny kunnskap og nok tid til å gjennomføre observasjoner, mål og tiltak etter sykepleieprosessen.

## 7 Litteraturliste

Akre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft.: praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Gyldendal Akademisk Forlag.

Aldring og helse: Nasjonal kompetansetjeneste. (2017). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre- oppsummering av kunnskap og forskningsresultater*. Helse- og omsorgsdepartementet.

[https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/delrapport3\\_overganger\\_brudd\\_pasientforlop\\_eldre.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/delrapport3_overganger_brudd_pasientforlop_eldre.pdf)

Aldring og helse: Nasjonal kompetansetjeneste (2020). *Miljøbehandling*.

<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/miljobehandling/>

Andberg, L., Munkeud, M.W., Nilsen, M. & Viktil, K.K (2020). *Legemiddelhåndtering* (8.utg). Gyldendal Norsk Forlag.

Bastøe, L.H. & Frantsen, A. (2011). Behovet for søvn og hvile. I Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., Skaug, E. (Red), *Grunnleggende sykepleie: Bind 2*.(s.315-325). Gyldendal Akademisk Forlag.

Bramnes, J. (2014). *Utfordringer ved bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika til voksne og eldre*. Forebygging. <http://www.forebygging.no/Artikler/2014-2012/Utfordringer-ved-bruk-av-benzodiazepiner-og-z-hypnotika-til-voksne-og-eldre/>

Bing-Jonsson, P-C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I.T. & Foss, C.(2016). *Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff*. BMC Nursing. 2016 Jan 14;15(1):5., DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>

Capezuti E., Zadeh, S. R., Pain, K., Basara, A., Jiang, Z. N. & Krieger, C. A. (2018). A systematic review of non-pharmacological interventions to improve nighttime sleep among residents of long-term care settings. *BMC Geriatr*, 18, 143.

DOI:

<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0794-3>



Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt Forlag.

Fetveit, A. & Bjorvatn, B. (2005, 16.juni). *Søvnforstyrrelser hos sykehjemspasienter- praktiske behandlingsråd*. Tidsskriftet den norske legeforening.

<https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/sovnforstyrrelser-hos-sykehjemspasienter-praktiske-behandlingsrad>

Forskningsrådet. (2016, 13.juni). *Evaluering av samhandlingsreformen*. (ISBN 978-82-12-03524-9). <http://forskningsrådet.no/publikasjoner>

Forsetlund, L., Eike, C. M., Gjerberg, E., Vist, E. G., (2011). Effect of interventions to reduce potentially inappropriate use of drugs in nursing homes: a systematic review of randomised controlled trials. *BMC Geriatr.*, 2011, PMID: 21496345. DOI: [10.1186/1471-2318-11-16](https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-16)

Forskrift om legemiddelhåndtering. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp* (FOR-2008-04-03-320). Lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320?q=legemiddelh%C3%A5ndtering>

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (1982). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenestene i kommunene etter lov av 13. Desember 1991. Nr 81 om sosiale tjenester m.v.* (FOR-2003-06-27-792). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende: Konsekvenser av underbemanning av sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem* (Nova rapport 6/2016). Norsk institutt for forskning, velferd og aldring.

Gulla. (2018). *A Fine Balance: Drug Use in Norwegian Nursing homes* [Doktor thesis, Universitet i Bergen]. Bora.uib.no. <https://hdl.handle.net/1956/18479>

Hauge, S. (2016). Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (utg.2, s. 266-267). Gyldendal Norsk Forlag.

Helmers, A.B. (2018, 15. Mars). Sykepleiere gir beroligende medikamenter grunnet tidsnød. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2018/03/sykepleiere-gir-pasienter-beroligende-midler-pa-grunn-av-tidsnod>

Helmers, A. B. (2018, 19.mars). Angst og sovemedisin: All bruk er ikke feil bruk. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2018/02/angst-og-sovemedisin-all-bruk-er-ikke-feil-bruk>

Helsebiblioteket. (2016, 6.juni). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 4. april. 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/refleksjon>

Helsedirektoratet. (2015, 12. Desember). *Vanedannende legemidler: 2.5 Eldre*. Hentet 27. Mars 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/utfordrende-situasjoner-og-tilstander-ved-rekvirering-av-vanedannende-legemidler/eldre#hvis-eldre-skal-behandles-med-benzodiazepiner-eller-z-hypnotika-bor-det-velges-et-legemiddel-med-kort-virketid-dosen-bor-vaere-lavere-enn-til-yngre>

Helsedirektoratet. (2015, 12.desember). *Hvis eldre skal behandles med benzodiazepiner bør det velges et legemiddel med kort virketid. Dosen bør være lavere enn til yngre*. Hentet 27. Mars. 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/utfordrende-situasjoner-og-tilstander-ved-rekvirering-av-vanedannende-legemidler/eldre/hvis-eldre-skal-behandles-med-benzodiazepiner-eller-z-hypnotika-bor-det-velges-et-legemiddel-med-kort-virketid-dosen-bor-vaere-lavere-enn-til-yngre>

Helsedirektoratet. (2015, september). *Veileder om legemiddelgjennomganger*. Hentet 30. Mars fra [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legemiddelgjennomganger/Legemiddelgjennomganger%20-%20Veileder.pdf/\\_attachment/inline/dabc9103-bba9-4a92-9382-12e6f9160e2d:5850d4e841293ea9caeab645a9dfe0f3a3d5ca74/Legemiddelgjennomganger%20-%20Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legemiddelgjennomganger/Legemiddelgjennomganger%20-%20Veileder.pdf/_attachment/inline/dabc9103-bba9-4a92-9382-12e6f9160e2d:5850d4e841293ea9caeab645a9dfe0f3a3d5ca74/Legemiddelgjennomganger%20-%20Veileder.pdf)

Helsedirektoratet. (2016, 13.mai). *Benzodiazepiners virkning*. Hentet 27.mars 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler/avrusning-fra-benzodiazepiner/benzodiazepiners-virkning>

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

Hicks T. J. (2000) What is your life like now? Loneliness and elderly individuals residing in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 2000; 26 (8): 15-19.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11276607/>

Kristoffersen, N.J. (2011). *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. I Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., Skaug, E. (Red). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s. 227-238)

Legemiddelhåndboka (2020, 7.juli). *Benzodiazepiner*. Hentet 27. Mars 2021 fra

<https://www.legemiddelhandboka.no/L5.1.1/Benzodiazepiner>

Legemiddelhåndboka (2015, 22. Desember). *Benzodiazepinlignende hypnotika*. Hentet 27.mars 2021 fra

[https://www.legemiddelhandboka.no/L5.1.2/Benzodiazepinlignende\\_hypnotika](https://www.legemiddelhandboka.no/L5.1.2/Benzodiazepinlignende_hypnotika)

Malt, U & Engedal, K. (2020, 10. November). *Delirium*. Hentet 27. Mars 2021 fra

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

Neutel, C. I., Skurtveit, S., Berg, C. (2012). What is the point of guidelines?

Benzodiazepineand z-hypnotic use by an elderly population. *SleepMed*, PMID: 22704401

DOI: [10.1016/j.sleep.2011.12.014](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.12.014)

Nordeng, H. (2021, 8. januar). *Benzodiazepiner*. Store medisinske leksikon. Hentet 27.mars

2021 fra <https://sml.snl.no/benzodiazepiner>

Norsk sykepleierforbund. (u.å). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. Hentet 30. mars fra

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*.

Cappelen Damm.

Ranhoff,A.H. (2016). Søvn og søvnproblemer. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff , A. H.

(Red). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (utg.2, s. 370-371).

Storli, M., Ingebritsen, M., Nakrem ,S., Elstad, A. T., (2016). Safety measures for medication in nursing homes. *Sykepleien*. 59801

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2016.59801en](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59801en)

St. Meld. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen- Rett behandling- På rett sted- Til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>

Thidemann, I. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg s. 64-85). Universitetsforlaget.

Vetlesen, A.H. (2010). *Empati under press*. Sykepleien.  
<https://sykepleien.no/forskning/2010/03/empati-under-press>