



Søvn som et grunnleggende behov

Hvordan kan sykepleier fremme søvn som et grunnleggende behov hos eldre pasienter innlagt på sykehus?

Kandidatnummer: 22 og 23

VID vitenskapelige høyskole

Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i Sykepleie

Kull: BASP2020

Antall ord: 11 097

16.03.2023

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag:

Tittel: Søvn som et grunnleggende behov

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier fremme søvn som et grunnleggende behov hos eldre pasienter innlagt på sykehus?

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie der vi besvarer problemstillingen ved hjelp av faglitteratur og forskningsartikler basert på Virginia Hendersons sykepleieteori.

Funn: Søvn er et neglisjert grunnleggende behov på sykehus. Det er enkle sykepleietiltak som redusert støy, god smertelindring og fremme god søvnhygiene kan gi bedre søvn hos eldre innlagt på sykehus.

Drøfting: I drøftingen diskuterer vi viktigheten av sykepleieres teoretiske og praktiske kunnskap om å ivareta søvn som et grunnleggende behov hos eldre. Videre ser vi på hvordan sykepleier i samråd med pasienten kan kartlegge og observere søvn under innleggelse på sykehus. Vi drøfter også rundt hvordan miljøet på sykehus kan påvirke søvnen hos eldre under innleggelse og hvordan sykepleier kan se hele mennesket.

Avslutning: Det er liten tvil om at det er mye sykepleiere kan gjøre for å ivareta eldre pasienters søvn under en sykehusinnleggelse. Dette understøttes av både fag- og forskningslitteraturen som blir presentert. Økt kunnskap, kompetanse og bevisstgjøring blant sykepleiere er essensielt for og ivareta søvn som et grunnleggende behov på sykehus.

Abstract:

Title: Sleep as a fundamental need.

Issue: How can nurses promote sleep as a basic need in elderly patients admitted to hospital?

Method: This paper is a literature review in which we answer the research question using academic literature and research articles based on Virginia Henderson's nursing theory.

Findings: Sleep is a neglected basic need in hospitals. Simple nursing interventions such as reducing noise, providing effective pain management, and promoting good sleep hygiene can improve sleep among elderly patients admitted to hospital.

Discussion: In the discussion, we discuss the importance of nurses' theoretical and practical knowledge in maintaining sleep as a fundamental need among the elderly. Furthermore, we examine how nurses, in consultation with the patient, can assess and observe sleep during hospitalization. We also discuss how the hospital environment can affect the sleep of elderly during hospitalization and how nurses can take a holistic approach to patient care.

End: There is little doubt that nurses can do a lot to take care of the sleep of elderly patients during hospitalization. This is supported by both professional and research literature presented in this text. Increased knowledge, competence, and awareness among nurses are essential to take care of sleep as a basic need in hospitals.

Innholdsfortegnelse

1	<i>Innledning</i>	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning	2
1.4	Begrepsavklaring	3
2	<i>Teori</i>	4
2.1	Teoretisk referanseramme	4
2.2	Hvorfor søvn er viktig for syke eldre.....	5
2.2.1	Fysiologi	5
2.2.2	Søvnstadier	6
2.3	Søvnproblemer hos eldre	7
2.4	Forhold som hemmer søvn hos eldre på sykehus	8
2.4.1	Aktivitet og hvile	8
2.4.2	Kroppslige plager	8
2.4.3	Miljøfaktorer	9
2.4.4	Psykososiale	9
2.4.5	Legemidler	9
2.5	Sykepleiers rolle og funksjon i møte med den eldre pasient.....	10
2.5.1	Sykepleierens helsefremmende funksjon.....	10
2.5.2	Kartlegging av søvnvansker hos eldre.....	12
2.5.3	Sykepleietiltak for å fremme søvn hos eldre på sykehus.....	13
3	<i>Metode</i>	16
3.1	Litteraturstudie som metode	16
3.2	Søkeprosess.....	17
3.2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	17
3.2.2	Valg av databaser og søkeord	17
3.2.3	Valg av artikler	18
3.3	Kildekritikk	19
3.4	Etiske overveielser	20
4	<i>Resultat</i>	21
4.1	“Quality and Quantity of Sleep and Factors Associated With Sleep Disturbance in Hospitalized Patients”	21
4.2	“Nurses’ experiences of hospitalized patients’ sleep in Sweden: a qualitative study”	22
4.3	“Evaluation of Nonpharmacological Interventions and Sleep Outcomes in Hospitalized Medical and Surgical Patients”	23

4.4	“Comparative efficacy of nonpharmalogical interventions on sleep quality in people who are critically ill: A systematic review and network meta-analysis”	24
4.5	“Is it noise? Factors linked with sleep interruption in hospitalized patients”	25
5	<i>Drøfting</i>	26
5.1	Sykepleierens helsefremmende funksjon i møte med eldre	26
5.2	Observasjon og kartlegging av eldre pasienters søvn på sykehus	29
5.3	Miljø som ramme for å fremme søvn hos eldre på sykehus.....	30
5.4	Se hele mennesket	32
6	<i>Avslutning</i>	35
	<i>Litteraturliste</i>	36
	<i>Vedlegg</i>	40

1 Innledning

Folkehelseinstituttet har pekt på søvnvansker som et av de mest undervurderte folkehelseproblemene i Norge. Søvnvansker er blant de vanligste helseplagene i befolkningen, men det er ikke alltid det får den oppmerksomheten det fortjener (Helsedirektoratet, 2017). Ifølge helsedirektoratet sliter omkring en av tre voksne med søvnvansker ukentlig, mens inntil 15 prosent av den norske befolkningen har mer langvarige søvnproblemer (Helsedirektoratet, 2017). Oppgaven vil belyse viktigheten av søvn hos eldre innlagt på sykehus, da mange eldre opplever dårlig søvnkvalitet og sliter med søvn når de er innlagt (Blytt et al., 2021, s.436). Opptil 25% av den friske eldre befolkningen har søvnproblemer og uttrykker at problemene øker ved fysisk eller psykisk sykdom (Blytt et al., 2021, s.431). Når søvn og hvile er som viktigst, som når man er innlagt på sykehuset, er det dermed mange som opplever at søvnproblemene blir forverret. Søvn som et grunnleggende behov vil være relevant da eldre pasienter er særlig utsatt for søvnforstyrrelser ved innleggelse på sykehus grunnet faktorer som sykdom, smerter, medisiner og miljøfaktorer (Blytt et al., 2021, s.436). Hensikten med oppgaven er å formidle hvordan sykepleier spiller en rolle i tilrettelegging for god søvn, og tiltak som kan fremme god søvn hos eldre pasienter innlagt på sykehus. Vi ønsker også å få frem viktigheten av søvn som et av pasientenes grunnleggende behov i denne besvarelsen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet vi har valgt å skrive om er søvn. Søvn er et relevant tema innenfor sykepleie fordi det er et grunnleggende behov, det er også et relevant tema fordi eldre innlagt på sykehus sliter med søvn (Blytt et al., 2021, s.425). En del av den grunnleggende sykepleien er å tilrettelegge for god søvn for å sikre bedre tilheling ved sykdom hos eldre (Bjørk et al., 2021, s.20). Som følge av samhandlingsformen bor flere eldre lengre hjemme og de benytter seg av kommunale tjenester, som hjemmesykepleie (Meld. St. 47 (2008-2009), s.42). Samhandlingsreformen viser en økning i antall innleggelser av eldre pasienter på sykehus. Det forventes at den norske befolkningen blir eldre, og i løpet av de neste 10 årene vil vi ha omkring 320 000 over 80 år i Norge (Meld. St. 47 (2008-2009), s.24). Da 80% av alle

døgnopphold på sykehus for de over 80 år er relatert til øyeblikkelig hjelp og antall innleggelse av eldre pasienter på sykehus øker stadig er det svært relevant å undersøke temaet nærmere (Meld. St. 47 (2008-2009), s.42).

Når man er syk eller under rehabilitering har kroppen økt behov for søvn og hvile, fordi det bidrar til et kortere sykdomsforløp med bedret helse og økte muligheter for rehabilitering (Blytt et al., 2021, s.435). Ved sykehusinnleggelse er god søvn og tilstrekkelig hvile dermed vesentlig, men dessverre opplever flere eldre at søvnen forverres (Blytt et al., 2021, s.436). Ulike forhold på sykehuset kan føre til endringer i søvnvanene og døgnrytmen. Dette kan føre til oppstykket søvn, som igjen kan påvirke rehabilitering etter sykdom fordi tretthet kan føre til nedsatt motivasjon, konsentrasjon og depresjon (Blytt et al., 2021, s.436).

Grunnleggende sykepleie er en del av sykepleierens ansvarsområde og det handler om å hjelpe pasienter med å dekke grunnleggende behov, dermed er det av sykepleiefaglig relevans (Bjørk et al., 2021, s.18).

På sykepleiestudiet lærer vi om viktigheten av søvn og hvile, og vi vet derfor hvor viktig søvn er for å opprettholde god helse. Vår oppfatning er at det sjeldent er nok fokus på dette i praksis. Basert på egne erfaringer fremstår det som et gjengående problem at mange eldre sliter med søvnvansker når de er innlagt på sykehuset. Vi ønsker med denne oppgaven å belyse sykepleietiltak som kan iverksettes for at eldre pasienter på sykehus opplever bedre søvn når de er innlagt.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier fremme søvn som et grunnleggende behov hos eldre pasienter innlagt på sykehus?

1.3 Avgrensning

Vi vil avgrense oppgaven på flere områder. Teori grunnlaget og forskning benyttet vil avgrenses til det som er relevant for å kunne besvare problemstillingen vår. Besvarelsen vil ta for seg pasienter innlagt på sykehus da søvnproblematikk er relevant for denne

pasientgruppen. Ettersom at det er et bredt aldersspenn på de som blir innlagt på sykehus har vi valgt å avgrense oppgavens fokus til pasienter over 65 år, da forskningen vi benytter tar for seg denne aldersgruppen. Vi har også valgt å ta for oss både menn og kvinner, da mye av forskningen ikke skiller på kjønnene. Oppgaven vil ta utgangspunkt i eldre pasienter på medisinsk sengepost, da dette er en arena hvor sykepleiens rolle er sentral i ivaretagelse av grunnleggende behov. For å avgrense oppgavens omfang går vi ikke inn på oppfølging og behandling av verken det somatiske og eventuelle underliggende psykiske lidelser.

1.4 Begrepsavklaring

Grunnleggende behov

Grunnleggende behov innen sykepleie tar for seg de fundamentale behovene som må møtes for å ivareta pasientens helse og velvære. De grunnleggende behovene må dekkes for at vi skal kunne oppleve god helse. Virginia Hendersons sykepleieteori understreker betydningen sykepleier har for å hjelpe pasienter med å ivareta deres grunnleggende behov, slik at pasienten føler velvære (Bjørk et al., 2021, s. 18-19).

Eldre

WHOs definisjon av eldre er mennesker fra 60 år til 74 år, mens gamle defineres som mennesker fra 75 år og oppover (Engedal, 2019). I denne oppgaven kommer vi til å omtale eldre som personer fra 65 år og oppover.

Søvn

Søvn er en naturlig hviletilstand hvor kroppen er i dyp hvile. Når man sover, vil kroppen ha redusert bevissthet og bevegelser og intellektuelle funksjoner vil være reduserte. Dermed vil man ha nedsatt respons på ytre stimuli (Norsk Helseinformatikk, 2020).

2 Teori

Sykepleie som profesjon omhandler teoretisk kunnskap, grunnleggende ferdigheter og generell kompetanse innen feltet (Kirkevold, 2023). Vi vil i denne besvarelsen benytte Virginia Henderson sin sykepleieteori for å besvare problemstillingen. I kapittelet vil vi ta for oss det teoretiske rammeverket for oppgaven, for så å fordype oss i viktigheten av søvn hos eldre, søvnfysiologi og søvnstadier. Deretter tar vi for oss hvordan søvnvansker fremtrer hos eldre og årsaker til dette. Følgende vil vi presentere forhold som hemmer søvn hos den eldre pasient på sykehus og hvordan man kan kartlegge søvnvansker hos eldre. Avslutningsvis i kapittelet belyses sykepleierens rolle og funksjon i møte med den eldre pasient, hvor relevant lovverk og yrkesetiske retningslinjer også vil bli trukket frem.

2.1 Teoretisk referanseramme

Virginia Henderson var en av de første sykepleieteoretikerne til å formulere en teori i en lærebok. Teorien baserer seg på at sykepleier skal ivareta pasientens grunnleggende behov når pasienten selv ikke klarer å ivareta de, som ofte er tilfellet ved innleggelse på sykehus (Bjørk et al., 2021, s.18). Hendersons teori vil være relevant å benytte for å besvare problemstillingen vår ettersom at den bygger på viktigheten av ivaretagelse av søvn som et av de grunnleggende behovene. Ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov, som søvn, er en stor del av sykepleie, spesielt når pasienten ikke er i stand til å gjøre det selv (Blytt et al., 2021, s.431). Henderson mener at sykepleie som ivaretar pasientens grunnleggende behov skal skje på pasientens premisser. Altså må sykepleier undersøke hvordan pasienten selv ivaretok sine egne behov før sykdommen inntraff (Kristoffersen, 2021, s.237). Henderson definerte sykepleie med 14 grunnprinsipper som omtaler menneskets fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov (Bjørk et al., 2021, s.18). Ett av Hendersons 14 grunnleggende behov omhandler søvn og hvile og er derfor relevant for oppgaven. Ifølge Henderson er evnen til å sovne og å sove uavbrutt et mål på mental og psykisk helse (Blytt et al., 2021, s.434).

Henderson fokuserer på de grunnleggende behovene til pasienten og sykepleierens rolle i ivaretagelse av disse for å fremme helse og velvære (Bjørk et al., 2021, s.18). Hendersons sykepleieteori kan gi en trinnvis løsning av pasientens problem. Først skal det foretas en datasamling basert på de 14 prinsippene. Deretter må sykepleier vurdere hva pasienten trenger bistand med, for så å kartlegge om pasienten mangler kunnskap, krefter eller vilje for å dekke sine grunnleggende behov. Når trinnene er fullført, skal sykepleietiltak iverksettes (Kristoffersen, 2021, s.239).

2.2 Hvorfor søvn er viktig for syke eldre

2.2.1 Fysiologi

Søvn er avgjørende for menneskets helse, velvære og rehabilitering under og etter sykdom (Blytt et al., 2021, s.435). Når vi sover skjer det flere fysiologiske prosesser i kroppen, katabolske og anabole prosesser. De katabolske prosessene tar for seg de nedbrytende prosessene som skjer i kroppen, som for eksempel nedbrytning av muskelvev (Blytt et al., 2021, s.435). Anabole prosesser er de oppbyggende prosessene i kroppen hvor blant annet oppbygning av vev og organer skjer. Kroppen har behov for en balanse mellom de katabolske og anabole prosessene. Anabole hormoner hjelper kroppen med oppbygging av vev og organer, mens katabolske hormoner fremmer nedbryting av muskelvev (Blytt et al., 2021, s.435). Søvn er særlig avgjørende for de anabole prosessene som skjer i kroppen, dette er fordi dyp søvn (N3) er med på å skape et ikke-inflammatorisk miljø. Av akkurat denne grunn kan man ofte se at man har mer av den dype søvnen ved sykdom eller ved infeksjon i kroppen (Blytt et al., 2021, s.435).

Utskillelsen av katabolske hormoner øker ved sykdom fordi aktiviteten i det sympatiske nervesystemet øker, noe som gjør at de nedbrytende prosessene i kroppen forsterkes (Blytt et al., 2021, s.435). Søvn bidrar til å regulere balansen mellom de anabolske og katabolske prosessene. Etersom at de katabolske prosessene er økte ved sykdom er det viktig å tilstrebe god søvn, fordi for lite søvn kan resultere i en økning i de katabolske prosessene, som kan resultere i et lengre sykdomsforløp (Blytt et al., 2021, s.435). Når vi sover

involveres hele det sentrale nervesystemet. Ved N3 stadiet skjer det fysiologiske nedtoninger av kroppen og det vil oppstå en økt utskilling av anabole hormoner, samtidig som utskilling av katabole hormoner hemmes. Immunsystemet vårt blir dermed påvirket fordi fasen fremmer aktivering av immunceller. Flere fysiologiske prosesser skjer ikke før man har sovet sammenhengende i minst 1-2 timer og det er i løpet av de 3-4 første timene etter man har sovnet at man har den dype søvnen (Bjorvatn, 2023). Dette understøtter viktigheten av sammenhengende søvn og færre forstyrrelser i sykehus gjennom natten, fordi det er viktig at eldre pasienter innlagt på sykehus får styrket immunforsvaret slik at kroppen klarer bekjempe sykdom.

2.2.2 Søvnstadier

Søvn består av flere ulike stadier, som hver har sine egne karakteristika og funksjoner og kan deles inn i NREM (non rapid eye movements) stadium 1-3 og R (REM-rapid eye movement) - søvn (Bjorvatn, 2023).

N1 omtaler innsovningsstadiet og er den letteste søvnfasen, hvor man er bevisst omgivelsene rundt seg. Det skjer gjerne en allmenn avslapning og de fleste vil ikke tro at de har sovet hvis de vekkes (Blytt et al., 2021, s.429).

N2 regnes som basissøvnen og fasen står for ca. 50% av den totale søvnen. Dette stadiet inntreffer før og etter REM-søvnen og kroppen er da avslappet (Blytt et al., 2021, s.429).

N3 er de dypeste søvnstadiene og omtales også som SWS (slow wave sleep) fordi kroppen i disse stadiene er helt avslappet. Det er i dette stadiet de fleste anabole prosesser som er helseviktige for oss skjer. Den dype søvnen reduseres med alderen og blir til slutt fraværende (Blytt et al., 2021, s.429).

REM-søvn inntreffer ca. 90 minutter (hos voksne) etter at vi har sovnet og står for ca.20-25% av søvnen. Ved en normal natts søvn har man ca. fem perioder med REM-søvn, hvor de gjerne er kortere tidligere på natten og blir lengre mot morgningen (Blytt et al., 2021, s.429).

2.3 Søvnproblemer hos eldre

Søvnproblemer kan være vanskelig å definere fordi det er en subjektiv opplevelse og det vil derfor være vanskelig å måle objektivt (Ranhoff, 2020, s.372). Resultater fra undersøkelser om søvn vil derfor kunne gi ulike resultater som følge av den subjektive opplevelsen og manglende definisjon. Ifølge Helsedirektoratet blir som regel søvnløshet definert som selvrappørte problemer med å sove. Det kan altså være problemer med innsovning, gjentakende oppvåkninger, for tidlig oppvåkning og dårlig søvnkvalitet som går utover daglige gjøremål (Helsedirektoratet, 2017).

Søvnproblemer hos eldre kan deles inn i tre; innsovningsproblemer, mange oppvåkninger og for tidlig oppvåkning (Ranhoff, 2020, s.373). Mange eldre vil ofte ha en sammensetning av flere problemer og årsaker til søvnløshet, men ved innleggelse på sykehus vil faktorer som sykdom, smerter, medisiner og miljøfaktorer påvirke søvn hos eldre (Ranhoff, 2020, s.379). Ranhoff legger frem resultater fra en undersøkelse som viser at viser at 40% over 65 år rapporterte at de hadde søvnproblemer enten i form av innsovningsproblemer eller tidlig oppvåkning (Ranhoff, 2020, s.373). Mangel på søvn kan påvirke humøret og livskvaliteten vår, samt konsentrasjons- og yteevne (Ranhoff, 2020, s.372). Dermed kan søvnforstyrrelser hos eldre resultere i redusert livskvalitet og nedsatt funksjon i hverdagen.

Søvn mønsteret endrer seg etter hvert som man blir eldre, som en del av den biologiske aldringen, og dette skyldes trolig en sviktende funksjon i døgnrytmesenteret i hypothalamus i hjernen (Blytt et al., 2021, s.431). Eldre mennesker kan oppleve en gradvis svikt i regelmessigheten i søvnklokken, noe som kan føre til innsovningsvansker om kvelden og søvnighet på dagtid. Noen eldre blir også tidligere trøtte og står opp tidligere (Blytt et al., 2021, s.431). Aldring kan også påvirke nattesøvnens varighet, kontinuitet og dybde. Den dype søvnen vil reduseres med alderen, mens REM-søvnen vil bli lite påvirket hos friske eldre. Dette betyr at eldre mennesker vil oppleve en mer overfladisk søvn, med dårligere kvalitet og vil gjerne våkne flere ganger om natten (Ranhoff, 2020, s.373).

Melatoninutskillingen kan også synke for flere eldre, noe som også er med på å påvirke søvnen (Blytt et al., 2021, s.431).

Flere eldre mennesker vil også tilbringe mer tid i sengen, da de ofte hviler seg om dagen i tillegg til om natten. Dette kan resultere i at det tar lengre tid å sovne og at de våkner oftere om natten. Dette er et kjent problem også på sykehus hvor den eldre pasient gjerne blir liggende i sengen store deler av dagen. Det er også variasjoner i søvnmengde og -mønster mellom forskjellige individer, og dermed vil noen eldre mennesker trenge mer søvn enn andre etter hvert som de blir eldre (Ranhoff, 2020, s.373).

2.4 Forhold som hemmer søvn hos eldre på sykehus

Søvnproblemer hos eldre skyldes som regel mange og sammensatte årsaker (Ranhoff, 2020, s.373). Selv om det er vanlig at søvnmønsteret endres med alderen, vil flere faktorer være med på å påvirke søvn hos eldre innlagt på sykehus. Dette inkluderer faktorer som medisinske tilstander, kroppslige plager grunnet sykdom, inaktivitet eller bivirkninger av medisiner. Stress og angst er for mange eldre innlagt på sykehus også i stor grad med på å påvirke søvnen deres (Ranhoff, 2020, s.374).

2.4.1 Aktivitet og hvile

Mange eldre pasienter innlagt på sykehus tilbringer store deler av dagen liggende i sengen. Dersom eldre pasienter er inaktive kan det føre med seg en rekke komplikasjoner. Mentale komplikasjoner som følge av inaktivitet kan være økt uro og rastløshet. Inaktivitet kan også føre til lungebetennelse, plager med fordøyelsen og urinveiene (Skaug, 2021, s.400).

Immobilisering er en stor utfordring da mange gjerne hviler flere ganger gjennom dagen og dermed ikke får sove til kvelden. Dette gjør at søvnrutinen endres eller blir helt fraværende og dermed kan flere oppleve at søvnkvaliteten reduseres (Ranhoff, 2020, s.374).

2.4.2 Kroppslige plager

Kroppslige plager og nedsatt velvære er med på å hemme søvn hos eldre innlagt på sykehuset. Smerter kan gi søvnløshet, særlig rygg- og leddsmerter som er vanlige plager hos den eldre pasient. Reflukssykdom, som gir problemer med fordøyelsen ved flatt sengeleie kan også gi ubehag. Tung pust er også en stor utfordring, særlig hos de som er hjerte- eller

lungesyke (Ranhoff, 2020, s.374). Flere eldre opplever nattlig vannlatingstrang, noe som gir avbrutt søvn. Mange vil også oppleve redusert velvære grunnet våt bleie, medisinsk utstyr, ukomfortabel liggestilling eller forhold i sengen som er med på å redusere søvnkvaliteten (Ranhoff, 2020, s.374).

2.4.3 Miljøfaktorer

På sykehus er det flere miljøfaktorer som kan påvirke søvnen til eldre pasienter. Lyder og støy i form av alarmer på pumper, telefoner, TV og stemmer (Ranhoff, 2020, s.374). Lys er en viktig faktor fordi lys påvirker utskillelsen av melatonin, søvnhormonet vårt som gjør at vi ikke får sove (Norsk Helseinformatikk, 2021). Medisinske faktorer som blodtrykksmåling/andre vitale målinger, blodprøver, medikamenter som administreres på natt og helsepersonell som har behov for å observere pasienten på natten kan virke forstyrrende for pasientene og vekke de (Ranhoff, 2020, s.374).

2.4.4 Psykososiale

Angst og depresjon kan påvirke søvnen hos eldre og er viktige årsaker til søvnløshet (Ranhoff, 2020, s.374). Utfordrende situasjoner som konflikter i familien, ensomhet, sorg eller sykdom kan være faktorer som påvirker søvn og gir søvnforstyrrelser. Ved innleggelse på sykehus vil det gjerne medbringe en påkjenning for den eldre pasient, og det vil for mange føre til uro. Ved å få søvnproblemer grunnet psykiske årsaker kan søvnproblemene henge igjen, mange kan gjerne bli bekymret eller stresset når de har mangel på søvn eller sover dårlig, da forlenges gjerne søvnproblemene. (Ranhoff, 2020, s.374)

2.4.5 Legemidler

Faktorer som nikotin og koffeinholdig drikke kan forstyrre søvnen hos eldre. Noen legemidler kan også gi søvnløshet, for eksempel betastimulatorer og teofyllin som brukes ved lungesykdom, betablokkere brukt ved høyt blodtrykk og hjertesykdom og vanndrivende midler (Ranhoff, 2020, s.374). Mange eldre bruker sovemedisiner fast, særlig kvinner. Legemidlene vil ha en god korttidseffekt, men langtidsbruk fører ofte til avhengighet og manglende effekt da man på sikt ofte utvikler en toleranse. Når man prøver å slutte med

sovemedisiner eller beroligende medikamenter etter lengre bruk vil mange få forbigående søvnproblemer (Ranhoff, 2020, s.374).

2.5 Sykepleiers rolle og funksjon i møte med den eldre pasient

2.5.1 Sykepleierens helsefremmende funksjon

Informasjon og veiledning

Sykepleier er ansvarlig for å informere, støtte og vise forståelse ovenfor den eldre pasient. Pasienter med aldersbetingede søvnforstyrrelser kan ha god nytte av informasjon om at det er helt normalt å oppleve at søvnen endrer seg etter hvert som man blir eldre (Ranhoff, 2020, s.376). Akutte søvnproblemer kan oppstå hos den eldre pasient som følge av akutt sykdom, psykiske belastninger eller forandringer i livssituasjonen. Det er viktig å støtte og vise forståelse for den eldre pasients subjektive opplevelse. Det vil derfor være hensiktsmessig for sykepleieren å tilrettelegge mest mulig for at pasientens egne søvnrutiner ivaretas mens de er innlagt på sykehuset, da det er sykepleierens rolle å imøtekomme pasientenes behov etter beste evne (Ranhoff, 2020, s.376-377).

Sykepleiere bør fokusere på informasjon og hjelp til bedre egenomsorg. Ved hjelp av informasjon og veiledning kan den eldre justere daglige rutiner og miljøtiltak. Dette vil innebære at man hjelper pasienten med å tilrettelegge for god søvnhygiene. (Ranhoff, 2020, s.375).

Kunnskap og kompetanse

Sykepleie skal bygge på grunnlaget om at en skal ha respekt for enkeltmenneskets liv og verdighet (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleieren spiller en sentral rolle i møte med den eldre syke pasient og deres sykdomsforløp. Sykepleier må ha teoretisk kunnskap og generell kompetanse om hvordan medisinsk behandling og pleie må tilpasses eldre menneskers helsetilstand og eventuelle aldersforandringer. Det er også viktig å ha grundig

forståelse for hvordan sykdom oppleves av den eldre pasient, samt hvilke utfordringer de kan møte i samspill med pasientens øvrige helsetilstand og funksjonsnivå (Kirkevold, 2020, s. 108). Dette er i tråd med Virginia Hendersons sykepleieteori som understreker betydningen av å gi helhetlig og individuelt tilpasset pleie. For å kunne gi tilpasset pleie og behandling til eldre, er det nødvendig å kartlegge hvordan sykdom påvirker den enkeltes situasjon (Kristoffersen, 2021, s.238). Kartlegging vil hjelpe sykepleieren med å tilpasse pleie og behandling til pasientens individuelle behov og situasjon. Det er også viktig at sykepleier gir den eldre pasient tilpasset informasjon og opplæring, basert på hvor pasienten befinner seg i forløpet og hvor mye kunnskap og erfaring de har fra før (Kirkevold, 2020, s. 108). Det er derfor essensielt at sykepleier er flink til å formidle informasjon, opplæring og annen støtte og hjelp på en måte som oppleves relevant og tilstrekkelig, men ikke overveldende. Dette vil være med på å trygge den eldre pasienten og gjøre at de føler seg godt ivaretatt gjennom hele behandlingsforløpet (Kirkevold, 2020, s. 108).

De yrkesetiske retningslinjene legger grunnprinsippene på hvordan en sykepleier skal utøve sykepleie. Retningslinjene sier noe om hvordan sykepleier skal forholde seg til profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleiere har selv ansvar for å oppdatere seg på fag og forskningsnytt, de skal også holde seg innenfor eget kompetanseområde og søke hjelp og veiledning i utfordrende situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2019). To yrkesetiske retningslinjer, 2.1 og 2.3, er viktige i forhold til søvn fordi søvn er et av menneskets grunnleggende behov (Blytt et al., 2021, s.425). De er sentrale i forhold til søvn da de har fokus på ivaretagelse av helhetlig omsorg på lik linje med Hendersons teori og sykepleie som fremmer helse og forebygger sykdom. Da søvn er et av menneskets grunnleggende behov (Blytt et al., 2021, s.425). Retningslinjene forplikter sykepleieren til å ivareta søvn hos den eldre pasienten på sykehus.

Det er flere lover som forteller hvordan helsepersonell og ledelse innen helseforetak skal utføre arbeidet sitt. Disse lovene er til for å sikre både pasienten og helsepersonell. Ifølge helsepersonelloven forpliktes helsepersonell til å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp ut ifra helsepersonellens forutsetninger (Helsepersonelloven, (1999), § 4). Det er også lovfestet at helsepersonell skal innhente annen faglig kompetanse dersom det er behov for det for å gi pasienten best mulig behandling. Helsepersonelloven sier også at når

helsepersonell samarbeider om pasienter, er det lege som skal ta beslutninger når det gjelder medisinske undersøkelser og behandling (Helsepersonelloven, (1999), § 4). I følge helsepersonelloven er også helseforetakene lovpålagt å organisere seg på en slik måte at helsepersonell får gjort de pliktene de er lovpålagt, altså å utøve faglig forsvarlig helsehjelp ut ifra egne forutsetninger (Helsepersonelloven, 1999, § 16).

2.5.2 Kartlegging av søvnevansker hos eldre

Søvnproblemer hos eldre mennesker kan være en indikasjon på underliggende medisinske tilstander eller bivirkninger av medisiner, derfor er det svært viktig at sykepleier utfører en grundig kartlegging av pasientens søvn (Bastøe & Frantsen, 2017, s.354). Kartlegging av søvn og søvnmønster er nødvendig for å kunne gi behandling og iverksette tiltak hos eldre innlagt på sykehus. Sykepleier spiller en rolle i tilrettelegging av god søvnhygiene hos eldre på sykehus (Ranhoff, 2020, s.375). Sykepleierens observasjoner og kartlegging vil være viktig for å kunne identifisere det underliggende problemet.

I sykehus kan det gjøres systematiske observasjoner for å kartlegge pasientens søvnmønster. Dette kan man gjøre ved å registrere søvn- og våken tid og ved bruk av kartleggings skjemaer (Ranhoff, 2020, s.376). Sykepleiers observasjoner vil kunne gi et godt bilde av den eldre pasients søvn. Det vil også være mulig å gjøre en systematisk kartlegging ved å bruke kartleggings skjemaer som Richards-Campbells sleep questionnaire (RCSQ) (se vedlegg nr.1). Kartleggingen består av søvnmønster, medisinsk utredning, levevaner og miljøfaktorer. Kartleggingsverktøyet kan brukes for å systematisk vurdere pasientens søvnkvalitet. Dette er spesielt viktig hos de med akutt sykdom, da søvnproblemer kan ha en negativ effekt på helsen og kroppens tilhelingsprosess. Sykepleieren kan benytte RCSQ for å kartlegge og identifisere eventuelle problemer som hindrer god søvn hos den eldre pasient (Helse Bergen, Haukeland Universitetssykehus).

Det vil også være mulig å benytte søvndagbok i kartleggingen hos pasienter som er kognitivt velfungerende (se vedlegg nr.2). Her kartlegger pasienten selv søvnmønsteret (Blytt et al., 2021, s.437). Hendersons teori vektlegger viktigheten av å identifisere pasientens behov og det å møte dem på en effektiv måte (Kristoffersen, 2021, s.238). Sykepleieren kan benytte teorien ved identifisering av pasientens grunnleggende behov og eventuelle mangler på å

ivareta disse. Det er også nyttig å bruke teorien til Henderson ved identifisering av eventuelle psykologiske eller emosjonelle behov som kan innvirke på søvnen hos den eldre pasient (Kristoffersen, 2021, s.238).

2.5.3 Sykepleietiltak for å fremme søvn hos eldre på sykehus

Sykepleieren har ansvar for å iverksette sykepleietiltak for å fremme søvn hos eldre pasienter innlagt på sykehus. Sykepleietiltak tar for seg både medikamentelle og ikke medikamentelle tiltak.

Ikke medikamentelle

Hos eldre pasienter vil det være viktig å gi informasjon og hjelp til bedret egenomsorg, bedre daglige rutiner og eventuelle miljøtiltak, som å tilrettelegge for god søvnhygiene (Ranhoff, 2020, s.376-377). Pasientens egenmedvirkning er svært viktig å ta med i vurderingen.

Dermed er god dialog med pasienten sentralt, slik at man kan iverksette tiltak som bedrer forståelse og egenomsorg. På sykehuset må sykepleier sørge for en god balanse mellom aktivitet og hvile, slik at den eldre pasienten har gode forutsetninger til å sove når man oppholder seg i sengen (Ranhoff, 2020, s.380). Det er også viktig å informere pasienten og pårørende om at det er normalt å ha endringer i søvnmønsteret etter hvert som man blir eldre, slik at de vet det er vanlig og ikke uroer seg for at noe galt med dem. Sykepleier må støtte pasientens subjektive opplevelse slik at man ivaretar det psykososiale perspektivet og reduserer angst og uro som gjerne oppleves av den eldre pasient ved innleggelse (Ranhoff, 2020, s.377).

Det er viktig å sikre godt sengeleie og lindre plager, slik at pasienten ikke får søvnproblemer som følge av kroppslige symptomer. Det er også viktig å mobilisere pasienten opp av sengen så mye det lar seg gjøre, da sengen burde brukes kun ved hvile og søvn (Blytt et al., 2021, s.444). Det er også viktig å optimalisere behandling blant annet ved å tilrettelegge rutiner på avdelingen slik at man oppnår minst mulige forstyrrelser gjennom natten. Dette er med på å tilrettelegge for at pasienten får mest mulig sammenhengende søvn som er med på å bedre helsen (Ranhoff, 2020, s.380). Det er ønskelig å tilstrebe fast døgnrytme under opphold på sykehus. Det er viktig å skille mellom dag og natt for å bedre søvnkvaliteten. Dette

innebærer at man tilstreber å stå opp og å legge seg til samme tid hver dag (Ranhoff, 2020, s.377).

Sykepleier er ansvarlig for å tilrettelegge for god søvnhygiene og evaluere effekten av disse tiltakene (Ranhoff, 2020, s.380). Sykepleieren må prøve å fjerne ytre årsaker som kan forstyrre søvnen. De har ansvar for å tilstrebe et rolig miljø, dette kan gjøres ved å sørge for at rommet er stille, mørkt og at det ikke er støy eller lys som forstyrrer søvnen. Dempet belysning er også viktig gjennom natten hvis pasientene skal på toalettet om natten. Enkle tiltak vil være å tilby ørepropper og noe som dekker for øynene (Ranhoff, 2020, s.377).

Sykepleieren kan også tilrettelegge rutinene på avdelingen slik at man unngår å vekke pasienten unødvendig i løpet av natten. Bruk av utstyr skaper støy og uro i løpet av natten bør man begrense. Sykepleieren kan sikre at pasienten har et godt sengeleie og at temperaturen på rommet er behagelig (Ranhoff, 2020, s.377).

Sykepleieren har ansvar for å utarbeide en tiltaksplan som sikrer at hver pasient får individuelt tilpasset helsehjelp. Sykepleien planlegges og gjennomføres med fokus på å ivareta pasientens verdighet, integritet og har fokus på å ivareta og se hele mennesket (Ranhoff, 2020, s.380).

Medikamentelle tiltak

I tillegg til de ikke medikamentelle tiltakene er det mulig å benytte medikamenter som smertestillende, beroligende og sovemedisiner. Det er viktig å optimalisere behandlingen slik at søvnproblemer i mindre grad skyldes medisinske eller psykiske årsaker. Det er flere måter å bruke medikamenter på for å fremme søvn hos eldre pasienter innlagt på sykehus, som behandling av smerter, tungpust (dyspné), angst og depresjon og refluks (Ranhoff, 2020, s.374).

Kontinuerlige smerter kan føre til søvnproblemer, depresjon eller angst som igjen kan gi redusert livskvalitet. For å fremme søvn hos den eldre innlagt på sykehus er det viktig å behandle smerter og ubehag pasienten føler på. Behandlingen må skje ut fra den enkeltes situasjon og ut ifra årsakene til plagene (Blytt et al., 2021, s.447). Smertekartlegging er et viktig tiltak for å få et tydelig bilde av pasientens smerter og følgende vil det være viktig med tilstrekkelig smertelindring (Blytt et al., 2021, s.447).

I perioder der søvnproblemene er situasjonsbetinget og kortvarig, som ved sykehusopphold, kan det bli aktuelt med bruk av sovemedisiner (Ranhoff, 2020, s.378). Det er viktig at sykepleier kartlegger og dokumenterer pasientens effekt av medikamenter (Ranhoff, 2020, s.380).

3 Metode

Metode refererer til en systematisk fremgangsmåte som brukes for å samle informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s.74). Det er flere ulike metoder å angripe en problemstilling eller et forskningsprosjekt på. I dette kapitlet presenterer vi litteraturstudie som metode og hvordan vi har gått frem for å finne forskning som er relevant for problemstillingen vår. Først vil vi ta for oss litteraturstudie som metode for å så gå inn på søkeprosessen. I underkapitlet om søkeprosessen tar vi for oss inklusjons- og eksklusjonsteorier, valg av databaser og søkeord, samt valgte artikler. Avslutningsvis i kapitlet tar vi for oss kildekritikk og etiske overveielser.

3.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudier utføres gjerne i forkant av en ny studie. Forskerne ser da på tidligere studier innenfor det samme temaet som de ønsker å undersøke. En litteraturstudie kan også være en studie av tidligere artikler og ikke bare en forberedelse til en ny studie (Christoffersen et al., 2015, s.62). Ved en litteraturstudie vil man gå gjennom mye forskning på det temaet man ønsker å undersøke for å så skrive en "gjennomgang" eller "vurdering" basert på de studiene man har valgt ut (Christoffersen et al., 2015, s.62). Det finnes mange publiserte forskningsartikler innenfor helsesektoren. Ved å foreta en litteraturstudie vil man da kunne samle resultatene fra flere artikler å få en oversiktsartikkel på et forskningsområde (Christoffersen et al., 2015, s.63). I en litteraturstudie er også teorigrunnet viktig for hvordan man ser på funnene fra studiene. Ved å velge seg et teoretisk perspektiv betyr det at man undersøker en påstand eller problemstilling ut ifra en bestemt synsvinkel, og i vårt tilfelle blir det Virginia Henderson (Christoffersen et al., 2015, s.27). I tillegg til å velge en sykepleieteori og bruke forskningsartikler må teorien forankres i faglitteratur. Fordelen med litteraturstudie er at man kan tilegne seg et bredt kunnskapsgrunnlag ved at man får kunnskap fra flere kilder på kort tid. Ulempen er derimot at det ikke alltid er tilstrekkelig tilgang på relevant og oppdatert forskning, samt at forskere kan konkludere ulikt (Christoffersen et al., 2015, s. 63).

To av de vanligste forskningsmetodene er kvantitativ og kvalitativ metode. Ved å bruke en kvantitativ metode vil forskerne få data som de kan bruke til å regne ut for eksempel et gjennomsnitt av noe (Dalland, 2020, s.54). Når man jobber med kvantitativ metode bruker forskerne gjerne spørreskjemaer og de har lite kontakt med forskningsobjektene for å holde seg nøytrale (Dalland, 2020, s.54). Kvalitativ metode skiller seg fra den kvantitative ved at den har mindre fokus på tall, men heller på meninger og opplevelser. En svakhet her vil kunne være at forskerne sjeldent klare å være helt objektive fordi de er mer på innsiden av forskningen enn når man bruker kvantitativ metode (Dalland, 2020, s.55).

3.2 Søkeprosess

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved å definere inklusjons- og eksklusjonskriterier tydeliggjøres litteratursøket ved at mengden litteratur avgrenses (Thidemann, 2019, s.83). Det har blitt satt krav til søkene under innhenting av forskningsartikler, disse er presentert under i tabell 1.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Alder på over 65 år • Artikler skrevet etter 2012 • Artikler på norsk og engelsk • Fagfellevurdert 	<ul style="list-style-type: none"> • Personer under 65 år • Artikler eldre enn 10 år • Artikler med andre språk enn norsk og engelsk

Tabell 1: Inklusjons og eksklusjonskriterier

3.2.2 Valg av databaser og søkeord

Vi har benyttet oss av databasene Cinahl, Pubmed, Idunn og Google Scholar for å finne forskningsartikler relevant for å kunne utføre litteraturstudien. Databasene har vi fått anbefalt fra biblioteket og vi er kjent med de fra tidligere oppgaver. Thidemann presenterer disse databasene som gode når man søker etter forskningsartikler (Thidemann, 2019, s.58). Medical Subject Headings (MeSH) er et emneordsregister over begreper innen medisinsk og

helserelatert litteratur både på Norsk og Engelsk (Holck, 2022). Vi har benyttet MeSH for å finne relevante søkeord vi har brukt. Ifølge helsebiblioteket vil MeSH vil kunne hjelpe studenter å forstå medisinsk fagterminologi og bidra til å presisere søk når man benytter internasjonale databaser for å finne litteratur (Helsebiblioteket, 2022). Ved hjelp av søkeord fra MeSH har vi utført et strukturert søk i de ulike databasene.

For å finne relevant forskning brukt til å besvare problemstillingen i litteraturstudien ble følgende søkeord i ulike kombinasjoner benyttet: sleep, inpatients, nursing interventions, hospital, elderly, hospitalized patients, critically ill patients og interpretation. Vi benyttet søkeordene i ulike kombinasjoner med bindeordet "and", i tillegg til at vi benyttet inklusjons- og eksklusjonskriteriene som er vist i tabell 1.

3.2.3 Valg av artikler

Vi prøvde å avgrense valg av artiklene som kommer fra land som har relativt tilsvarende helsevesen som vi har i Norge. Artiklene benyttet i litteraturstudien er valgt på bakgrunn av relevans til temaet, begrensingskriterier og kildekritikk. Søkskombinasjoner i ulike databaser gav ulikt antall treff, men siden det ble benyttet engelske søkeord fikk vi opp mange treff. Vi så gjennom treffene og valgte å se nærmere på de artiklene som inneholdt søkeord med høyest relevans for vårt tema. Deretter ble tittelen sett nærmere på og om de var relevante, leste vi artikkelens sammendrag. Hvis sammendraget, metode og innhold viste seg å handle om vårt tema, søvn leste vi hele. Vi så på hvor studiene var fra sammenlignet med artikkelens innhold for å vurdere om det kan benyttes i norsk helsevesen også. Hovedsakelig har vi valgt å benytte artikler med kvalitativ metode fordi de tar for seg pasientenes og sykepleiernes egne opplevelser noe som er sentralt i vår oppgave. Vi benytter kvantitativ forskning i mindre grad ettersom at søvn er subjektivt og det vil dermed være vanskelig å sette opp mot hverandre og måle ved bruk i forskning.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å stille seg kritisk til litteratur, og kunne redegjøre for hvorfor og hvordan man har kommet frem til benyttet litteratur. Det er derfor viktig å stille seg kritisk til all litteratur som anvendes gjennom hele prosessen i litteraturstudien (Dalland, 2020, s. 152). Kildekritikk omhandler det å finne frem til litteratur som belyser problemstillingen og å redegjøre for litteraturen som er anvendt i oppgaven. God begrunnelse av valgt kildegrunnlag er derfor avgjørende for oppgavens troverdighet og faglige standard (Dalland, 2020, s. 152). Vi har valgt å bruke ulike typer forskning for å belyse ulike perspektiver på søvn og for å få en bred drøfting. En svakhet ved funnene i flere av artiklene er at utvalget ikke er representativt da det kun er et få antall deltagere med i studiene og at de er utført på en eller få utvalgte avdelinger og pasienter. Dette gjør at resultatene fra studien må sees kritisk på og de kan ikke nødvendigvis fastslå at forskningen gjelder på alle avdelinger eller pasientgrupper.

Vi hadde i utgangspunktet tenkt til å velge artikler som kun var fra land med tilsvarende helsesystemer som Norge, men vi ser at uavhengig av type helsesystem og sykehus så er det flere faktorer som påvirker søvn som er like over store deler av verden. Vi endte derfor opp med forskning fra flere ulike land. I tillegg er alle de valgte artiklene fagfellevurderte, som sikrer at de er av god kvalitet. Noen av artiklene forsker på søvn hos kritisk syke pasienter, vi har ikke spesifisert "hvor" syke pasientene vi studerer er. Dermed kan noe av litteraturen ikke gjelde for alle pasientene. Av faglitteratur har vi i all hovedsak valgt å bruke bøker fra pensumlistene vi har hatt oppgjennom sykepleiestudiet. Spesielt bøkene Grunnleggende sykepleie og Geriatrisk sykepleie har vi funnet mye informasjon som vi bygger store deler av teorien på. De fleste av bøkene har flere forfattere og er gjerne litteratur som har blitt behandlet, altså sekundærkilder. Det er derfor viktig å sammenlikne og se med et kritisk blick på innholdet i bøkene. Bøkene oppdateres stadig og det kommer nye utgaver, vi har derfor valgt å benytte de nyeste utgavene slik at vi sikrer den mest korrekte informasjonen. Det har blitt benyttet både primær- og sekundærkilder, altså direkte presentert teori fra en forfatter og litteratur som har blitt behandlet av noen andre (Dalland, 2020, s. 156).

3.4 Etiske overveielser

God akademisk etikk er et viktig prinsipp innenfor forskning på helse. Det finnes etiske overveielser når det gjelder ivaretagelse av personvern. I denne oppgaven har vi vært bevisste på å overholde taushetsplikten og ivareta personvern (Dalland, 2020, s.169). Vi har derfor ikke nevnt spesifikke avdelinger eller sykehus når vi gjengir våre egne erfaringer. Oppgaven følger også "Retningslinjer for akademisk oppgaveskriving på bachelor-, videreutdanning- og masternivå - APA 7", altså VIDs retningslinjer (VID vitenskapelige høyskole, 2020). Norge har organisasjoner som sikrer at forskningsetiske normer blir ivaretatt innen utdanning og forskning (Dalland, 2020, s.168). Artikkene vi har valgt er vurdert av en etisk komite og skrevet i samsvar med etiske retningslinjer. En del av den etiske vurderingen tar også for seg hvem som har nytte av kunnskap som forskningen vil medbringe (Dalland, 2020, s.171). Vi har skrevet oppgaven i håp om at informasjonen og funnene vil være nyttige for pasientgruppen og helsepersonell som jobber med pasientgruppen.

4 Resultat

4.1 “Quality and Quantity of Sleep and Factors Associated With Sleep Disturbance in Hospitalized Patients”

Wesselius, H.M., van den Ende, E., Alsmá, J., ter Maaten, J.C., Schuit, S.C.E., Stassen, P.M., de Vries, O.J., Kaasjager, K.H.A.H., Haak, H.R., van Doormaal, F.F., Hoogerwerf, J.J., Terwee, C.V., Van de Ven, P., Bosch, F.H., van Someren, E.J.W. & Nanayakkara, P.W.B. (2018)

Formål: Formålet med studien er å vurdere subjektiv kvalitet og kvantitet på søvn, samt å identifisere sykehusrelaterte faktorer knyttet til søvnforstyrrelser hos pasienter innlagt på sykehus.

Metode: Artikkelen er basert på kvantitativ forskning og er utført som en tverrsnittstudie. Alle sykehus i Nederland ble oppfordret til å delta, men kun 39 sykehus var deltakende i studien som ble utført på en dag. Data ble innhentet fra 2005 mennesker fra 39 ulike sykehus i Nederland.

Hovedfunn: Tverrsnittstudien hvor 2005 pasienter deltok fant at søvnens varighet og kvalitet ble betydelig påvirket hos innlagte pasienter sammenlignet med pasienters vanlige søvn hjemme. Mange potensielt modifiserbare sykehus og pasientrelaterte faktorer var assosiert med søvnforstyrrelser på sykehuset. Sammenlignet med pasienters vanlige søvn hjemme var den totale søvntiden på sykehuset 83 minutter kortere. Gjennomsnittlig antall nattlige oppvåkninger var 2 ganger under sykehusinnleggelsen. Pasientene våknet 44 minutter tidligere enn vanlig oppvåkningstid hjemme. 1344 pasienter rapporterte å ha blitt vekket av ytre årsaker, hvor 718 av disse var grunnet sykehuspersonell. Alle aspekter av søvnkvalitet målt ved hjelp av PROMIS-spørsmål ble vurdert dårligere under innleggelsen enn hjemme. De mest rapporterte søvnforstyrrende faktorene var støy fra andre pasienter, medisinsk utstyr, smerter og toalettbesøk.

Relevans: Denne artikkelen er relevant for å besvare problemstillingen da den tar for seg hvordan pasienter sover på sykehus og kvaliteten på den forhold til hjemme. Den tar også for seg ulike sykehusrelaterte faktorer som påvirker søvnen.

4.2 “Nurses’ experiences of hospitalized patients’ sleep in Sweden: a qualitative study”

Gellerstedt, L., Medin, J., Kumlin, M. & Karlsson, M.R. (2015)

Formål: Formålet med studien er å få innblikk i svenske sykepleieres oppfatning av pasienters søvn og deres erfaringer med søvn-promoterende tiltak.

Metode: I artikkelen er kvalitativ metode benyttet med en kombinasjon av individuelle intervjuer og fokusgrupper. 22 sykepleiere fra sykehus med akuttmottak i Stockholm var deltakende. *Sykepleierne som ble inkludert i studien hadde 9 ulike spesialiteter, som kirurgisk og medisinsk.*

Hovedfunn: Forskerne fant at sykepleierne hadde et ønske og en ambisjon om å jobbe mot og fremme søvnen til pasientene når de var innlagt. Det kom tydelig frem at sykepleierne følte at helsetjenestene ikke var lagt opp på en slik måte at søvn kunne bli prioritert. Flere av sykepleierne fortalte at de ikke hadde nok kunnskap om søvn og søvnfremmende tiltak, men at de gjør så godt de kan. Det var også tydelig at sykepleierne hadde kunnskap om at søvn var viktig, men at det ikke blir prioritert. Sykepleierne beskriver en følelse av håpløshet da de føler at søvn er nedprioritert på organisasjonsnivå. For å utøve søvnfremmende sykepleie forteller de at de har behov for mer tid og rutiner som er tilrettelagt for at pasientene skal få en god natts søvn.

Relevans: Artikkelen er relevant fordi den forteller at sykepleiere ikke har nok kunnskap om hvordan man skal fremme søvn, hvilke tiltak som fungerer og viktigheten av søvn på sykehus. Den sier også noe om at sykepleiere ikke får utøvd den sykepleien som de ønsker og som kreves av dem.

4.3 “Evaluation of Nonpharmaceutical Interventions and Sleep Outcomes in Hospitalized Medical and Surgical Patients”

Van den Ende, E.S, Merten, H., Van der Roest, L., Toussaint, B., van Rijn, Q., Keesenberg, M., Lodders, A.M., van Veldhuizen, K., Vos, I.E., Hoekstra, S. & Nanayakkara, P.W.B. (2022)

Formål: Formålet med studien er å vurdere om ikke-medikamentelle tiltak kan forbedre søvn hos pasienter på sykehus.

Metode: I artikkelen er kvantitativ metode benyttet. Det var 374 deltagere i studien og den varte i 19 måneder. Forskerne så på en gruppe som fikk omsorg som normalt og en gruppe som fikk tilrettelagte tiltak som ørepropper, øyemaske og aromaterapi. Sykepleierne fikk opplæring i søvnhygiene og på akuttenheten ble vitale målinger og morgenmedisinering flyttet fra natt- til dagvakt. Gitt arten av tiltakene i de to gruppene, var tilfeldig plassering og anonymisering av deltagere ikke mulig. Det ble bestemt at en ikke-randomisert kontrollert studie egnet seg best og den ble utført på tre ulike avdelinger på et sykehus.

Hovedfunn: Forskerne fant ut at den gruppen som fikk søvnfremmende tiltak sov hele 40 minutter lengre en kontrollgruppen. Forskerne mener at hovedårsaken til økt sovetid var at pasientene i forsøksgruppen ble vekket 30 minutter senere enn kontrollgruppen. Det var få av pasientene som brukte aromaterapi som et tiltak, men flere var fornøyde med øyemaske og ørepropper. Forskerne så også på hvilke faktorer som forstyrret søvnen til pasientene. Felles for begge gruppene var disse faktorene; støy, smerte, do besøk og å bli vekket i løpet av natten.

Relevans: Artikkelen er relevant fordi den ser på hvordan sykepleietiltak kan forbedre pasienters søvn på sykehus. Den ser også på hva som forstyrrer pasientenes søvn i løpet av natten.

4.4 "Comparative efficacy of nonpharmalogical interventions on sleep quality in people who are critically ill: A systematic review and network meta-analysis"

Shih, C-Y., Gordon, C.J., Chen, T-J., Phuc, N.T, Tu, M-C., Tsai, P-S. & Chiu, H-Y. (2022)

Formål: Formålet med studien er å finne ut av hvilke ikke-medikamentelle tiltak som kan bedre søvn hos kritisk syke pasienter. Forskerne ønsket også å sammenligne effekten av ulike tiltak som kan bedre søvn.

Metode: I artikkelen er det gjort en litteraturstudie der det er hentet artikler fra flere databaser. Begrensningene som ble satt var randomiserte kontrollerte studier, alder over 18 år og pasienter på intensivavdeling. For å analysere dataene de innhentet brukte de en tilfeldig effekt modell.

Hovedfunn: Forskerne fant ut at musikk sammen med ørepropper og øyemasker, øyemaske, aromaterapi og ørepropper med øyemasker var de tiltakene som økte søvnkvaliteten sammenlignet med normal pleie. Til slutt konkluderte forskerne med at øyemasker alene og musikk sammen med ørepropper og øyemasker var de mest effektive tiltakene for å forbedre søvnkvaliteten til kritisk syke pasienter. Dermed bør disse tiltakene implementeres i sykepleie til kritisk syke pasienter.

Relevans: Artikkelen er relevant fordi den forteller konkret hvilke tiltak som kan forbedre søvnen til pasienter på sykehus. Den har tatt for seg mange tiltak og konkludert med de som fungerer.

4.5 “Is it noise? Factors linked with sleep interruption in hospitalized patients”

Mori, C., Boss, K., Indermuhle, P., Stahl, E., Chiu, S-H. & Shanks, L. (2021)

Formål: Formålet med studien er å finne ut hvordan pasienter opplever søvn på sykehus og hva som forstyrrer de i løpet av natten.

Metode: I artikkelen er det gjort en tverrsnittsstudie på et sykehus i Ohio, USA. De valgte ut 100 pasienter fra ulike avdelinger på sykehuset, blant annet medisinske, kirurgiske og intensivavdelinger. Pasientene i studien brukte Richards-Campbell Sleep Questionnaire for å rapportere om søvnen sin.

Hovedfunn: Forskerne fant ut at støy og søvnkvalitet hadde en klar sammenheng og påvirkning på søvnen. Det var spesielt fem faktorer som påvirket søvnen, disse var smerte, blodprøver, blodtrykksmåling, alarmer på pumper og at personale kom inn i løpet av natten. Forskerne konkluderte dermed med at ved å øke bevisstheten rundt hvor viktig søvn er og starte opp intervensjoner som fremmer mer ro rundt pasientene kan bedre søvnen.

Relevans: Artikkelen er relevant fordi den forteller at pasienter sover dårligere på sykehus og en viktig faktor for dette er støy og forstyrrelser gjennom natten. Den forteller også at det er enkle tiltak som kan igangsettes for å bedre søvn på sykehus.

5 Drøfting

I dette kapittelet vil vi drøfte problemstillingen; Hvordan kan sykepleier fremme søvn som et grunnleggende behov hos eldre pasienter innlagt på sykehus? Problemstillingen vil bli drøftet opp mot relevant fag- og forskningslitteratur, samt teoretisk rammeverk presentert i tidligere kapitler. Vi har strukturert kapittelet etter ulike temaer som er relevante for å besvare problemstillingen vår. Drøftingen vil foregå i lys av Hendersons teori. Ved å benytte teorien til Henderson i besvarelsen av vår problemstilling vil man få en helhetlig tilnærming til den eldre pasients søvnproblemer slik at sykepleier kan tilstrebe å oppfylle pasientens grunnleggende behov for søvn ved innleggelse. Som nevnt innledningsvis vil dette være med på å bedre helse og velvære hos pasienten, samt hjelpe med raskere tilheling ved sykdom (Blytt et al., 2021, s.435).

5.1 Sykepleierens helsefremmende funksjon i møte med eldre

Hendersons teori tar for seg sykepleierens rolle i ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov. Forskningen til Gellerstedt et al. (2015) peker på viktigheten av sykepleiers rolle og kompetanse i møte med pasienten og ivaretagelse av deres grunnleggende behov. De trekker også frem viktigheten av teoretisk og praktisk kunnskap hos sykepleier og hvordan mangel på kompetanse kan føre til mindre fokus på viktige grunnleggende behov som søvn. Det er viktig at sykepleier har teoretisk kunnskap om den syke eldre for å kunne kartlegge, vurdere og iverksette tiltak for å ivareta det grunnleggende behovet søvn ved innleggelse på sykehus (Blytt et al., 2021, s.425). Det er også lovverk og retningslinjer sykepleieren må forholde seg til, men det er likevel ikke svart på hvitt hvordan erfaring og kompetanse kommer frem i ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov. For å utøve god sykepleie er det avgjørende at sykepleier har kompetanse og kunnskap om faget i bunnen (Kirkevold, 2020, s. 108). Dessverre er både vår opplevelse og opplevelsen til annet helsepersonell vi har snakket med at de ikke har nok kunnskap om søvn og viktigheten av søvn, og hvordan tilrettelegge for god søvn. Gellerstedt et al. (2015) konkluderer med at sykepleiere må ha et teoretisk grunnlag for å kunne utføre praktisk kunnskap. Sykepleiere bør også ha en

forståelse av hvor viktig søvn er for pasientene. Den praktiske kunnskapen kan være det å prioritere og tilrettelegge for den eldre pasientens egenomsorg, ved og informere og veilede pasienten (Ranhoff, 2020, s.376-377). Hendersons teori understøtter viktigheten av kompetanse og kunnskap hos sykepleier for å ivareta pasientens grunnleggende behov (Kristoffersen, 2021, s.238).

Studien til Gellerstedt et al. (2015) undersøkte sykepleieres erfaringer med pasienters søvn på sykehus og sykepleiers kunnskap om søvn. Det ble utført en rekke intervjuer med sykepleiere på et sykehus i Sverige. Her kom det tydelig frem at sykepleierne verken følte at de hadde nok kunnskap om fysiologien bak søvn, søvnfremmende tiltak eller viktigheten av søvn. Flere av sykepleierne uttrykte at de ønsket å jobbe på en måte der de kunne tilrettelegge for god søvn under innleggelse (Gellerstedt et al., 2015). Et godt utgangspunkt er at sykepleierne er bevisst på at søvn er viktig og ønsker å gjøre det beste for pasienten, men på den andre siden virker det som at de ikke har nok kunnskap eller tid til å tilegne seg kunnskap om temaet. Iverksatte tiltak av sykepleiere i forskningen til Gellerstedt et al. (2015) ble hovedsakelig gjennomført basert på erfaring. Dette vil kunne medføre at flere pasienter får innført samme tiltak ettersom at sykepleier har erfaringer med dette, samtidig glemmer de å tilpasse tiltakene individuelt etter situasjonen til hver pasient. Dette stritter mot Hendersons teori som vektlegger pasientens krav på individuell og tilpasset pleie og omsorg. Ved å heve sykepleieres kompetanse om søvn vil de lettere kunne bidra til og identifisere faktorer som påvirker pasientenes søvn, og hvilke tiltak som skal igangsettes for å få til en forbedring (Kirkevold, 2020, s. 108).

For å utøve god sykepleie er det viktig at rammene rundt er tilrettelagt på en god måte. Det betyr at man må ha en god ledelse som tilrettelegger for at sykepleie utøves på en forsvarlig måte. Altså må man ha nok bemanning, slik at sykepleierne får tid nok til å tilrettelegge for pasientenes behov. Videre bør avdelingen være bygd opp på en måte som gjør at den sikrer ro for pasientene, for eksempel enerom og god lydisolering mellom rommene. Ledelsen bør også tilrettelegge for kompetanseheving i form av undervisning og sikre at de ansatte føler at de har den kunnskapen de trenger for å tilrettelegge for god søvn. Dessverre er det flere sykepleiere som kjenner at de ikke har den kompetansen de trenger for å fremme god søvn (Gellerstedt et al., 2015). Flere føler også at sykehuset ikke er bygget opp eller at det er

tilrettelagt for å sikre at pasientene får god søvn (Gellerstedt et al., 2015). Det kommer tydelig frem i studien at sykepleierne føler at rammene rundt søvn er håpløse. Vi har også sett selv i praksis at søvn blir nedprioritert. En grunn til dette kan kanskje være at når en sykepleier er på nattevakt er det fort å glemme at pasientene burde få sove når man selv er våken. Hvis man har hatt en morsom samtale og prater høyt på vaktrommet og så går inn for å koble opp antibiotika hos en pasient som sover. Kanskje du prater høyere enn du har tenkt, skrur på unødvendig med lys. Det bør altså også skje en bevisstgjøring blant sykepleiere om lyd på natten. I studien til Mori et al. (2021) viser deg seg at stemmer eller samtaler ga 50% høyere sjanse for å forstyrre søvnen til pasientene. Dette tyder på at god lydisolering og bevisstgjøring om bråk blant sykepleiere kan forbedre søvn på sykehus.

Dersom sykepleier har god kompetanse om søvn, søvnfremmende tiltak og viktigheten av søvn vil det mest sannsynlig reflekteres i sykepleien som utøves. En del av sykepleierens helsefremmende funksjon omhandler informasjon og veiledning til pasienten. Det kommer frem i forskningen til Gellerstedt et al. (2015) at hvis pasientene vet hva som skal skje gir det dem en følelse av kontroll. Sykepleier kan informere pasienten om viktigheten av god søvn og hvordan det kan påvirke sykdomsforløpet deres. Sykepleieren står også i en posisjon slik at man kan veilede pasientene til å ivareta grunnleggende behov ved å veilede om egenomsorg samt informere om hvilke faktorer og tiltak som vil kunne påvirke søvnen. Ved å gi pasienten kunnskap, kan sykepleieren hjelpe pasienten til å ta ansvar for, og fremme egen opplevelse av helse og velvære.

Oppsummert er kompetanse og kunnskap innen søvn viktig for sykepleieren i møte med den eldre pasient innlagt på sykehuset fordi det kan bidra til å forbedre søvnkvalitet hos pasientene, som igjen fremmer tilhelingsprosessen. Kompetanse bidrar til sykepleierens helsepedagogiske funksjon ved å gi pasienten kunnskap om faktorer som påvirker søvn og tiltak som kan bedre søvnen deres.

5.2 Observasjon og kartlegging av eldre pasienters søvn på sykehus

Eldre pasienter innlagt på sykehus kan ofte oppleve søvnproblemer, og det er viktig for sykepleieren å identifisere og adressere problemene for og fremme helse og velvære hos eldre pasienter. Observasjon og kartlegging av søvn er viktig i utøvelsen av sykepleie for å kunne tilpasse behandling og iverksette tiltak som kan forbedre pasientens søvn (Ranhoff, 2020, s.375). I studien til Mori et al. (2021) bruker de en spørreundersøkelse til å kartlegge søvnkvaliteten til pasientene, Richard-Campbells Sleep Questionnaire (RCSQ). En annen måte å kartlegge på er Virginia Hendersons sykepleieteori, nemlig og foreta en datasamling, kartlegge pasientens evner også igangsette sykepleietiltak basert på datasamlingen og evnene til pasienten (Kristoffersen, 2017, s.39). Ved å kombinere RCSQ og Hendersons sykepleieteori vil man kunne få et helhetlig bilde av pasientenes behov. Sykepleier vil kunne tilpasse behandling og se pasientens individuelle behov og preferanser. Ved å kartlegge med RCSQ og behandle, samt igangsette tiltak ut ifra Hendersons teori vil man jobbe på en systematisk måte som også setter pasientens grunnleggende behov i sentrum. I studien så forskerne også at pasientene som rapporterte å ha sovet relativt godt også rapporterte om at det var lite lyder rundt dem (Mori et al., 2021). Dette viser at kartlegging av pasientens søvn kan fortelle noe om hva som plager pasienten, og hva vi som sykepleiere kan gjøre for å bedre søvnen.

Det er viktig å være oppmerksom på at eldre pasienter på sykehus kan ha ulike utfordringer som kan påvirke søvnen. Når man bruker standardiserte kartleggingsverktøy som RCSQ, kan det by på utfordringer da søvn er subjektivt og det kan være vanskelig å sammenlikne funn opp mot hverandre. Ved bruk av søvndagbok vil kartleggingen være basert på pasientens egne subjektive opplevelse. Det kan bli problematisk å kartlegge søvnen til eldre på sykehus med skjemaer eller skåringsverktøy der de selv skal svare. For eksempel kan noen være kognitivt svekket, og det vil da være vanskelig for pasienten å gi nøyaktig informasjon om sin søvn. Resultatene kan være avvikende fra dag til dag avhengig av hva pasienten oppgir. På en annen side vil bruk av kartleggingsverktøy være med på å sikre at pasienten får jevn oppfølging og det vil gjøre det lettere for sykepleieren og innføre tiltak og vurdere effekten av disse da det lar seg måle. Sykepleiere bør ta hensyn til pasientens individuelle situasjon og

justere sine kartleggingsmetoder og tiltak slik at informasjonen som innhentes blir troverdig. Ut ifra egne opplevelser har vi merket oss at flere eldre pasienter underrapporterer fordi de ikke vil være til bry.

I sum vil det å fremme søvn som et grunnleggende behov hos eldre pasienter på sykehus kreve en systematisk tilnærming som tar hensyn til pasientens individuelle behov og situasjon.

5.3 Miljø som ramme for å fremme søvn hos eldre på sykehus

Miljøet rundt pasientene er et annet viktig aspekt når det kommer til å tilrettelegge for god søvn. Henderson vektlegger at sykepleier skal møte pasientene på sine individuelle behov for å bidra til å fremme god tilheling. Sykepleier bør altså individuelt tilpasse seg for å skape et komfortabelt miljø på rommet til pasienten, samtidig som man unngår for mye støy fra omgivelsene. Eldre er mer utsatt for forstyrrelser om natten ettersom mer av søvnen foregår i stadiene N1 og N2, som er lett søvn (Blytt et al., 2021, s.431). Det er spesielt viktig at eldre pasienter skjerms fra unødige impulser og andre forstyrrelser på kveldstid og gjennom natten, slik at man unngår oppvåkninger. Det er færre enerom enn flermannsrom på flere av sykehusene i Norge i dag. For mange eldre vil enerom være mest gunstig ved innleggelse fordi pasienten skjerms mer og det vil for flere være med på å skape tryggere rammer. Dette er likevel noe som er vanskelig å gjøre noe med. Derfor bør man se på andre måter å utøve god sykepleie på.

På visse avdelinger på sykehus i Norge i dag er det nærmest umulig å skjerme pasientene fra støy, lys og forstyrrelser på natten. Støy og lyder var en av de viktigste faktorene for redusert søvn og søvnkvalitet i studien til Mori et al. (2021). I studien til Shih et al. (2022) fant de ut at pasientene ble eksponert for mye unaturlig lys, og mangel på ordentlig dagslys var en viktig faktor for redusert søvn hos pasientene. I helsepersonelloven er det skrevet svart på hvitt at helseforetakene er lovpålagt å organisere seg på en slik måte at helsepersonell får utøvd den helsehjelpen de er lovpålagt (Helsepersonelloven, 1999, § 16). Det betyr altså at

helseforetakene er lovpålagt å tilrettelegge for at avdelingene på sykehusene er bygd opp på en måte som skjermer pasientene.

Når pasienter ikke får sove på grunn av andre pasienter på rommet følger ikke helseforetakene loven. Dette er spesielt et problem på overvåkningsstuer der flere, ofte eldre pasienter ligger. De har gjerne mye medikamenter som går på pumper, en form for pustestøtte og mange inngrep som skal gjøres i løpet av dagen og natten. I studien til Mori et al. (2021) identifiserte nesten halvparten av deltakerne at alarmer fra intravenøse pumper var forstyrrende for søvnen. Det er dermed liten tvil om at medikamenter på pumpe når man ligger på flermannsstue har en negativ innvirkning på søvnen. Dessverre er vår erfaring at det verken er nok sykepleiere eller plass til å ha denne typen pasienter på enerom slik at de har mulighet til og få ro på natten. Vi vet at de fleste fysiologiske prosessene som skjer når vi sover først kommer i gang etter 1-2 timer sammenhengende søvn, det vil derfor være viktig å tilstrebe ro, slik at kroppen får hvile gjennom natten (Bjørvatn, 2023). Dersom pasientene ikke blir skjermet på en god nok måte vil man kunne argumentere for at helseforetakene i Norge bryter loven hver dag ved å drive sykehusene på den måten de drives i dag. De tilrettelegger ikke godt nok for god søvn, noe som er essensielt for tilhelingen hos de eldre pasientene.

Mange eldre sover dårligere når de er innlagt på sykehus som følge av forstyrrelser i miljøet. Dette understøtter forskningen til Van den Ende et al. (2022) da flere pasienter gir uttrykk for at de fikk sove lengre når sykepleierne utsatte tidspunktet for morgenmedisiner og måling av vitale tegn. Videre fant forskerne at forstyrrelser som lyd og lys resulterer i usammenhengende og redusert søvn. Forskningen til både Van den Ende et al. (2022) og Shih et al. (2022) ser på hvilke tiltak som fungerer for å bedre søvn på sykehus. Der Van den Ende et al. (2022) fant at sovemasker og øreplugg var med på å bedre søvnen til pasientene oppdaget Shih et al. (2022) at ørepropper alene hadde en negativ effekt på søvnen. Ved å sammenlikne disse to forskningsartiklene kan vi konkludere med at sovemasker i kombinasjon med ørepropper, eller sovemasker alene vil være mest gunstig. Basert på egne erfaringer er det utbredt med ørepropper på sykehusene, men dessverre har ingen av oss vært borti en avdeling som deler ut sovemasker til pasientene. Når vi ser resultatene om at ørepropper heller har en negativ effekt på søvnen til pasientene bør man

kanskje revurdere ørepropper uten å ha tilgang på sovemasker. I tillegg til lyd og lys er selve miljøet rundt pasienten også en viktig faktor for god søvn, som sengen og rommet. Et godt sengeleie, med nok puter og varm nok dyne kommer både frem i teorien, men også i studien til Van den Ende et al. (2022). De så at de pasientene som fikk ekstra puter eller dyner hadde positiv effekt på søvnen.

5.4 Se hele mennesket

Hendersons teori er en av de mest innflytelsesrike sykepleieteoriene, teorien har både gode poenger, men også mindre gode poenger. Det kan virke som at Hendersons sykepleieteori legger mest vekt på pasienten og ikke nok på samspillet mellom sykepleier og pasient. Henderson beskriver at sykepleien skal skje på pasientens premisser, men det er viktig å huske på at den skal også skje på sykepleiers premisser (Kristoffersen, 2021, s.237). Henderson mener at evnen til å sovne og sove uavbrutt er et mål på mental og psykisk helse, men det kan også argumenteres for at det er et mål på fysisk helse (Blytt et al., 2021, s.434). Dersom en pasient har smerter på grunn av skade eller sykdom vil det påvirke søvnen og det gir oss et mål på at den fysiske helsen ikke er god (Mori et al., 2021). Sett bort i fra disse utfordringene er Virginia Henderson en av de viktigste til å definere det vi i dag kaller sykepleie. Hennes 14 grunnprinsipper har skapt en god ramme for dagens sykepleiepraksis.

Psykososiale

Hendersons teori fremhever sykepleierens rolle i å bidra til god søvn hos pasienten ved og tilstrebe behagelige omgivelser og gi støttende omsorg slik at man er med på og redusere pasientens opplevelse av angst og bekymringer. Det er viktig at sykepleier identifiserer eventuelle psykologiske eller emosjonelle behov den eldre pasienten kan ha, som behov for sosial kontakt eller det å føle seg trygg under innleggelsen. Både Shih et al. (2022) og Van den Ende et al. (2022) trekker frem at utilstrekkelig søvn påvirker pasienters psykiske og fysiske helse i tillegg til tilheling ved sykdom. Vi har erfart at eldre pasienter kan bli svært engstelige og urolige dersom de blir akutt innlagt på sykehus. Her vil det være naturlig at sykepleier prøver å trygge og berolige pasienten selv, men det er ikke i alle tilfeller at dette fungerer. Noen pasienter kan stå fast på beroligende hjemme og vil kanskje ha ekstra behov

for dette under en innleggelse. Ved å møte pasientens behov og tilrettelegge for et rolig og trygt miljø, kan sykepleieren bidra til å redusere angst og stress hos eldre pasienter innlagt, og dette vil igjen være med på og bedre søvn, som følgende er med på å fremskynde tilhelingsprosessen (KILDE). Igjen ser vi at studien til Gellerstedt et al. (2015) understøtter vår påstand, altså at pasientene får en følelse av kontroll dersom de får god informasjon. Ved god og tilstrekkelig informasjonsformidling vil pasientene være forberedt på hva som skal skje, og det vil kunne gi dem forutsigbarhet som igjen gir trygghet og reduserer stress og uro. God informasjon fra sykepleier vil dermed være med på å fremme søvn. Flere eldre som opplever smerter, angst og uro får som regel utfordringer med søvnforstyrrelser. Dette vil kunne påvirke pasientens sykdomsforløp og evne til å ivareta egenhelse. Sykepleieren kan bidra til å bedre søvn hos den eldre pasient ved å ivareta hele mennesket og deres dimensjoner (Ranhoff, 2020, s.380).

Kroppslige plager

Kroppslige plager, inaktivitet og nedsatt velvære vil være med på å hemme søvn hos eldre og det er derfor viktig å tilstrebe mobilisering på dagtid, da sengen i utgangspunktet kun skal brukes for hvile og søvn (Blytt et al. , 2021, s. 444). Det er en rekke ulike medikamenter som kan være med på å fremme søvn, det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om medikamenter og ikke misbruker eller bruker denne kunnskapen feil. I utgangspunktet bør sykepleier ha prøvd andre sykepleietiltak som kan fremme søvn først. Sykepleie handler om at en tilpasser individuelt til hver enkelt pasient og at en klarer å handle ut ifra pasientens behov og situasjon, dette er også sentralt i Hendersons sykepleieteori (Kristoffersen, 2021, s.238). Sykepleier kan bidra til å ivareta det grunnleggende behovet søvn ved å administrere smertelindring, beroligende medikamenter og sovemedisiner.

Smerter er en utfordring på sykehus da flere ikke spør om smertestillende, fordi de ikke ønsker å være til bry. Derfor opplever mange eldre å være utilstrekkelig smertelindret (Torvik & Sandvik, 2020, s.400). Dette kan det være flere grunner til, som at de ikke uttrykker behovet eller at de har stått på medisinene så lenge at effekten er redusert. Vår erfaring er at eldre pasienter kan være beskjedne og heller tenker at det er vanlig å ha vondt. I studien til Mori et al. (2021) identifiserte forskerne smerte som en av de fem viktigste faktorene til søvnforstyrrelser når pasientene var innlagt på sykehus. Dersom en pasient har sterke

smerter er det forståelig at det er vanskelig å sove, sykepleier må derfor sørge for at pasientene er tilstrekkelig smertelindret. Her kommer sykepleie inn, det er de observasjonene og vurderingene sykepleier gjør som er med på å avgjøre om pasienten blir godt nok smertelindret. Ved kroppslige plager i form av smerter vil medikamentell behandling med smertestillende kunne behandle underliggende årsaker til søvnproblemer og dermed vil man kunne redusere bruk av sovemedisiner.

Flere pasienter kan slite med å sovne når de er innlagt på sykehus. Ved behov for medikamentell behandling for søvnvansker kan lege forordne sovemedisiner som sykepleier kan administrere. Dette kan være nyttig for å bedre søvnkvaliteten til eldre pasienter over en kort periode ved akutt oppståtte søvnvansker, som ved innleggelse på sykehus. I forskningen til Van den Ende et al. (2022) kommer det frem at bruken av sovemedisiner er populære tiltak for å bedre søvn, men det er ikke tilstrekkelig dokumentert at de har noen effekt på sykehus. De nevner også at bivirkninger som følge av sovemedisiner ikke veier opp for effekten de har. Da det er mange som får bivirkninger av sovemedisiner, må sykepleier observere og vurdere behov og effekt ved bruk av disse medikamentene. Gellerstedt et al. (2015) påpeker at sovemedisiner tidvis blir brukt som en løsning på søvnproblemet hos pasienter på sykehus, istedenfor å kartlegge underliggende årsak. Sykepleierne bør altså heller behandle de underliggende problemene til søvnvanskene heller enn å gi sovemedisiner. Ut ifra våre egne erfaringer kan vi forstå at sykepleiere tyr til sovemedisiner på grunn av tidspress og for lite ressurser. Sykepleier må altså vurdere om det vil være mer gunstig for pasienten å benytte søvnfremmende tiltak ved sykehusinnleggelse. En kombinasjon av mangel på tid og lite kunnskap om søvnproblemer hos sykepleier, kan resultere i at sovemedisiner blir brukt istedenfor ikke-medikamentelle tiltak (Gellerstedt et al., 2015).

6 Avslutning

Oppgaven hadde som mål å drøfte hvordan sykepleier kan fremme søvn som et grunnleggende behov hos eldre pasienter på sykehus. Resultatene viser at søvn er en viktig faktor for eldre pasienters helse og velvære på sykehuset, og sykepleiere spiller en viktig rolle i tilretteleggingen og ivaretagelse av pasientens behov for søvn. Hendersons sykepleieteori om å tilpasse behandlingen individuelt til pasienten er relevant for å tilrettelegge for god søvn og helbredelse ved sykdom. For å utøve god sykepleie er det avgjørende at sykepleieren har tilstrekkelig kompetanse og kunnskap om faget, slik at man kan iverksette tiltak som fremmer søvn hos den enkelte.

Miljøet rundt pasienten er en viktig faktor, og sykepleiere bør skape et komfortabelt og rolig miljø rundt pasienten. Til tross for de begrensningene sykehuset i seg selv skaper, bør sykepleiere fremme søvn ved og tilpasse seg pasientenes individuelle behov og skjerme de eldre pasientene fra forstyrrelser og støy. Oppgaven har tatt for seg flere viktige tiltak sykepleier kan benytte for å ivareta det grunnleggende behovet søvn hos pasienten. Resultatet viser også at det er mange utfordringer sykepleier kan møte på som burde tilrettelegges for å oppnå best mulig søvn hos pasienter. Ved å ivareta hele mennesket og deres dimensjoner kan sykepleieren bidra til å bedre søvn som et grunnleggende behov hos eldre pasienter, ved at sykepleien blir individualisert, noe som er sentralt i Hendersons teori. Det vil være svært individuelt hva som fungerer for å fremme søvn hos den enkelte.

Sykepleie er og kommer alltid til å være et fag som er preget av pleie og ivaretagelse av pasienters grunnleggende behov, dette må vi ikke glemme. For å sikre at sykepleiere får utøvd god sykepleie er tilstrekkelig bemanning, opplæring og kompetanseheving viktig. Det er helt åpenbart at søvn er et relevant tema, både innenfor sykepleie og generelt i samfunnet. Vi har gjennom skrive- og søkeprosessen sett at det er for lite forskning på søvn på sykehus, i nesten alle artiklene konkluderes det med at det er for lite forskning og for lite fokus på søvn. Vi må heve blikket og bevege oss tilbake til Hendersons prinsipper, om å ivareta pasientenes grunnleggende behov på deres premisser, og forske mer slik at vi gjør nettopp dette på best mulig måte.

Litteraturliste

- Bastøe, L.K. & Frantsen, A-M. (2017). Behovet for søvn og hvile. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie: Grunnleggende behov* (3.utg., s.347-367). Gyldendal akademisk.
- Bjorvatn, B. (2023, 28. februar) Søvnregistrering og søvnstadier. I Helse Bergen.
<https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovnregistrering-og-sovnstadier>
- Bjørk, I.T, Breievne, G. & Skaug, E-A. (2021). Grunnleggende behov, kropp og velvære. I N.J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S.A. Steindal & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie: Grunnleggende behov og helse* (4.utg., s.17-36). Gyldendal akademisk.
- Blytt, K.M., Frantsen, A.M. & Bastøe, L.K. (2021). Søvn og hvile. I N.J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S.A. Steindal & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie: Grunnleggende behov og helse* (4.utg., s.425-449). Gyldendal akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tuft, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningen*. Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg). Gyldendal akademisk.
- Engedal, K. (2019, 11. mars). Alderdom. I *Store norske leksikon*. <https://sml.snl.no/alderdom>
- Gellerstedt, L., Medin, J., Kumlin, M. & Karlsson, M.R. (2015). Nurses' experiences of hospitalised patients' sleep in Sweden: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. Hentet 14. februar 2023 fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26373981/>
- Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus. (2021). *Søvndagbok*. https://helse-bergen.no/seksjon/sovno/Documents/S%c3%b8vndagbok2018_sovno.pdf
- Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus. (u.å.). *Richards Campbells Sleep Questionnaire*. Hentet 1.mars 2023 <https://helse->

bergen.no/seksjon/sovno/Documents/Richards-Campbell%20Sleep%20Questionnaire.pdf

Helsedirektoratet. (2017, 16.januar). *Søvn og søvnevansker*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/sovn/sovn-og-sovnevansker#forebyggingogbehandlingavsovnevansker>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). *Lovdata*.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Holck, P. (2022, 14.juni). Medical Subject Headings (MeSH). I *Store medisinske leksikon*.

[https://sml.snl.no/Medical_Subject_Headings_\(MeSH\)](https://sml.snl.no/Medical_Subject_Headings_(MeSH))

<https://nhi.no/kroppen-var/funksjoner/hva-er-sovn/>

Hva er søvn?. (2020, 13. mai) I *Norsk helseinformatikk*.

Kirkevold, M. (2020). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie: Sentrale perspektiver.

I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg., s.98-111). Gyldendal akademisk.

Kirkevold, M. (2023, 1.februar). Sykepleie. I *Store medisinske leksikon*.

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

Kristoffersen, N.J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N.J.

Kristoffersen, E-A. Skaug, S.A. Steindal & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie 1: Fag og profesjon* (4.utg., s.225-282). Gyldendal akademisk.

Medisinsk og helsefagelige termer/ MeSH på Norsk og Engelsk. (2022, oktober). I

Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>

Melatonin. (2021, 22. oktober). I *Norsk helseinformatikk*.

<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/melatonin/>

- Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. *Helse- og omsorgsdepartementet*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Mori, C., Boss, K., Indermuhle, P., Stahl, E., Chiu, S-H. & Shanks, L. (2021). Is it noise? Factors linked with sleep interruption in hospitalized patients. *Clinical Nurse Specialist*.
Hentet 10. Februar 2023 fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34077161/>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/group/725/yrkesetiske-retningslinjer>
- Ranhoff, A.H. (2020). Søvn og søvnproblemer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg, s.372-380). Gyldendal akademisk.
- Shih, C-Y., Gordon, C.J., Chen, T-J., Phuc, N.T, Tu, M-C., Tsai, P-S. & Chiu, H-Y. (2022). Comparative efficacy of nonpharmalogical interventions on sleep quality in people who are critically ill: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. Hentet 7. Februar 2023 fra
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748922000499>
- Skaug, E-A. (2021). Aktivitet. I N.J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S.A. Steindal & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie: Grunnleggende behov og helse* (4.utg., s.383-417). Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg). Universitetsforlaget.
- Torvik, K. & Sandvik, R.K.N.M. (2020). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg, s.397-412). Gyldendal akademisk.
- Van den Ende, E.S, Merten, H., Van der Roest, L., Toussaint, B., van Rijn, Q., Keesenberg, M., Ladders, A.M., van Veldhuizen, K., Vos, I.E., Hoekstra, S. & Nanayakkara, P.W.B. (2022). Evaluation of Nonpharmalogical Interventions and Sleep Outcomes in

Hospitalized Medical and Surgical Patients. *JAMA Network Open*. Hentet 30. Januar 2023 fra <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2796565>

VID vitenskapelige høyskole. (2020). Retningslinjer for akademisk oppgaveskriving på bachelor-, videreutdanning- og masternivå - APA 7. Hentet 27. februar 2023 fra <https://www.vid.no/filer/retningslinjer-for-oppgaveskriving-apa-norsk/>

Wesselius, H.M., van den Ende, E., Alsmas, J., ter Maaten, J.C., Schuit, S.C.E., Stassen, P.M., de Vries, O.J., Kaasjager, K.H.A.H., Haak, H.R., van Doormaal, F.F., Hoogerwerf, J.J., Terwee, C.V., Van de Ven, P., Bosch, F.H., van Someren, E.J.W. & Nanayakkara, P.W.B. (2018). Quality and Quantity of Sleep and Factors Associated With Sleep Disturbance in Hospitalized Patients. *JAMA Internal Medicine*. Hentet 1. februar 2023 fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30014139/>

Vedlegg

Vedlegg 1:

Richards-Campbell Sleep Questionnaire

Instruksjon: Svar på de 5 spørsmålene nedenfor ved en sette et merke på den vannrette linjen som best beskriver hvordan søvnen din var sist natt:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Sist natt var min søvn | Dyp søvn _____ | Lett Søvn |
| 2. Sist natt, da jeg sovnet første gang | Sovnet jeg nesten med en gang _____ | Kunne jeg nesten aldri sovne |
| 3. Sist natt var jeg | Veldig lite våken _____ | Våken hele natten igjennom |
| 4. Sist natt, når jeg våknet opp eller ble vekket, så klarte jeg å | Sovne igjen med en gang _____ | Klarte jeg ikke å sovne igjen |
| 5. Jeg vil beskrive søvnen min sist natt som: | En god natts søvn _____ | En dårlig natts søvn |

Kilde:
Richards, K. C., O'Sullivan, P. S., & Phillips, R. L. (2000). Journal of Nursing Measurement, 8, 131-144. Til norsk ved Martin Kragnes Bystad og Ståle Pallesen

Skåring:
Distansen fra venstre og til merket/repsen måles i mm for alle 5 ledd. Distansene summeres og deles på 5.

Vedlegg 2:

SØVNDAGBOK

© Bjørn Bjorvatn

Navn: _____ Spørsmål 1 og 2 fylles ut før sengetid, resten av skjemaet fylles ut om morgenen. Husk å notere dato.

	Eksempel 01.01.18	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
1. Hvordan har du fungert på dagtid? 1 = veldig bra, 2 = bra, 3 = middels, 4 = dårlig, 5 = veldig dårlig	4							
2. Har du tatt en eller flere høreblunder i løpet av dagen? Notér tidspunktene for alle blundene.	16-16.30 og 18.15-18.30							
3. Tok du sovemedisin og/eller alkohol som hjelp for å sove? Notér medikament og dose, samt evt alkoholinntak	5 mg Imrovane 1 glass rødvin							
4. Hvilket klokkeslett gikk du til sengs? Når prøvde du å sove (angi klokkeslettet)?	22.30 23.00							
5. Hvor lang tid tok det før du sovnet?	45 min							
6. Hvor mange ganger våknet du i løpet av natten?	3							
7. Hvor lenge var du våken totalt i løpet av disse nattlige oppvåkningene (angi omtrent hvor lenge du var våken)?	90 min							
8. Når våknet du opp om morgenen uten å få sove igjen? Notér tidspunktet for din endelige oppvåkning.	06.15							
9. Når stod du opp?	06.40							
10. Hvordan var siste natts søvn totalt sett: 1 = veldig lett, 2 = lett, 3 = middels, 4 = dyp, 5 = veldig dyp.	1							