

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Eldres søvn på sykehus: søvnhemmende forhold og søvnfremmende tiltak



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 10. mai 2021]

Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Antall sykehusopphold for eldre har gått opp de siste årene. Mange eldre pasienter opplever dårlig søvnkvalitet når de er innlagt på sykehus, og søvnproblemer er ikke prioritert nok under innleggelse på sykehus.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse forhold som hemmer søvn, og tiltak som fremmer god søvn hos eldre pasienter innlagt på somatiske avdelinger på sykehus.

Metode

Oppgaven er en integrativ litteraturoversikt hvor fire vitenskapelige forskningsartikler ble analysert. Fribergs metode (2017) for analyse ble brukt og innebærer å gjennomføre en datareduksjon, skape en oversikt over resultater, sammenligne og trekke konklusjon. Resultatet blir en sammenstilling og konklusjon av flere analyserte forskningsartikler.

Resultater

Resultatene viser at eldre pasienter får dårligere søvn når de er innlagt på sykehus. Det er flere faktorer som påvirker søvn hos eldre, blant annet sykdom, alder, miljømessige- og følelsesmessige faktorer. I tillegg fører sykepleieres utilstrekkelige kunnskaper og dårlig tid til at søvnproblemer ikke blir prioritert. Planlegging og rutiner, informasjonsformidling, samtaler og medikamenter kan derimot bidra til bedre søvn.

Diskusjon

Ifølge Hendersons teori om grunnleggende sykepleie, er pasientens søvn en del av sykepleierens kompetanse- og ansvarsområde. Derfor er det viktig at sykepleiere får den kompetansen de trenger til å kunne hjelpe eldre pasienter med søvnen. Det finnes flere tiltak som sykepleierne kan gjøre for å hjelpe eldre med søvnproblemer: planlegge natten, skape en dialog med pasienten, informere, tilpasse miljøet og dele ut både sovetabletter og smertestillende medikamenter. Det er også nødvendig med et helhetlig større fokus på søvn i helsevesenet og i utdanningsinstitusjonene.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema	3
1.2 Problemformulering og hensikt	3
2.0 Teoretisk grunnlag	4
2.1 Virginia Henderson – fokus på behovet for søvn og hvile	4
2.2 Hvorfor søvn er viktig for syke eldre: fysiologi og søvnstadier	5
2.3 Årsaker til søvnvansker hos eldre	7
2.4 Sykepleietiltak for å fremme god søvn hos eldre	8
2.4.1 Observasjon og kommunikasjon	8
2.4.2 Informasjon og miljøtiltak	9
2.4.3 Legemidler	10
3.0 Metode	10
3.1 Valg av søkestrategier	11
3.2 Valg av database og søkeord	11
3.3 Valg av artikler	12
3.4 Analyse av artikler	12
4.0 Resultater	13
4.1 Søvnhemmende forhold	13
4.1.1 Miljømessige forhold	14
4.1.2 Følelsesmessige forhold	14
4.1.3 Manglende kunnskap og tid hos sykepleier	15
4.2 Tiltak som fremmer god søvn	16
4.2.1 Planlegging og rutiner	16
4.2.2 Informasjonsformidling	17
4.2.3 Omsorgsfulle samtaler og aktiv lytting	17
4.2.4 Bruk av medikamenter	18
5.0 Diskusjon	18
5.1 Metodediskusjon	18
5.2 Resultatdiskusjon	20
5.2.1 Redusert søvnmengde og søvnkvalitet	20
5.2.3 Dialog og pasientens forventninger	22
5.2.4 Informasjonsformidling	23
5.2.5 Miljømessige forhold	24
5.2.6 Bruk av medikamenter	25
6.0 Anvendelse i praksis	26
Bibliografi	28
Vedlegg	30

1.0 Innledning

I denne oppgaven vil vi belyse forhold som hemmer søvn og tiltak som fremmer god søvn hos eldre som er innlagt på somatiske avdelinger på sykehus. Oppgaven vil ta for seg teorier og forskningsartikler om søvnvansker hos eldre, og utforske både årsaker og mulige tiltak. Målet er å tydeliggjøre sykepleierens rolle og fremme tiltak som kan hjelpe den eldre pasienten med å oppnå bedre søvn under innleggelsen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Samhandlingsreformen viser en økning i antall sykehusopphold for eldre. Stadig flere eldre bor hjemme og får hjelp gjennom hjemmetjenester. Når de da blir akutt syke, må de ofte legges inn på sykehus. For de over 80 år er 80 % av alle heldøgnsopphold knyttet til øyeblikkelig hjelp, og det har over en tiårsperiode vært en 50 % økning i antall sykehusopphold for personer over 80 år, til tross for at det ikke har vært en tilsvarende demografisk endring i samme periode (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 42).

Temaet vi har valgt for denne oppgaven, blir med andre ord stadig mer aktuelt. Gjennom studiene lærer vi noe om betydningen av søvn og hvile, men ikke mye. I praksis og på jobb opplever vi heller ikke at det er et stort fokus på søvn for eldre pasienter. Vi har erfaring med at eldre ofte sliter med søvn, og vi vet at søvn er viktig for god helse og fører til bedre restitusjon og kortere tilhelingstid. Når stadig flere eldre pasienter legges inn på sykehus, er det aktuelt å sette lys på hvor viktig søvn er og hvilke forhold som kan stå i veien for god søvn. Vi ønsker å identifisere sykepleietiltak som kan gjøre at den eldre pasienten skal oppleve god søvn på sykehus.

1.2 Problemformulering og hensikt

Mange eldre pasienter som er innlagt på sykehus opplever dårlig søvnkvalitet. De har et spesielt behov for søvn og hvile når de er syke eller under rehabilitering (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2017, s. 351-357). Tilstrekkelig søvn og hvile bidrar til raskere gjenvinning av helse og øker muligheten for rehabilitering. Når søvn og hvile er som viktigst, som på sykehus, kan eldre derimot i mange tilfeller erfare at søvnen forverres. Grunnleggende sykepleie, som er en del av sykepleierens ansvarsområde, handler om å hjelpe pasienter å få dekket grunnleggende behov som søvn (Kristoffersen et al., 2017, s. 16). Derfor ønsker vi å

finne ut hvorfor eldre pasienter sover dårligere når de er innlagt på sykehus, og rette oppmerksomhet mot hva sykepleiere kan gjøre for å bøte på dette.

Hensikten med oppgaven er å belyse forhold som hemmer søvn og tiltak som fremmer god søvn hos eldre pasienter innlagt på somatiske avdelinger på sykehus.

2.0 Teoretisk grunnlag

Sykepleierens profesjonsutøvelse er basert på teoretisk og erfaringsbasert kunnskap. I dette kapittelet presenterer vi først det teoretiske rammeverket vi har valgt for oppgaven. Deretter fordyper vi oss i søvnfysiologi og de ulike søvnstadiene. Til slutt ser vi på årsaker til søvnvansker hos eldre og hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienten å oppnå god søvn.

En sykepleier på en somatisk sengepost har mange oppgaver og samarbeider tett med andre yrkesgrupper. Det handler om å vurdere, planlegge og utføre sykepleie til akutt og kritisk syke pasienter. Arbeidsoppgavene er omfattende og alle behov til pasienten skal dekkes (Kristoffersen et al., 2017, s. 217-218).

2.1 Virginia Henderson – fokus på behovet for søvn og hvile

Virginia Henderson (1897-1996) var en sykepleieteoretiker med fokus på menneskets grunnleggende behov. Ifølge Henderson er sykepleierens mål og hensikt å hjelpe mennesket å gjenvinne sin selvstendighet for å kunne ivareta de grunnleggende behovene. Henderson trekker frem at det er forskjell på hvordan behovene oppleves og best ivaretas fra person til person, avhengig av individuelle, kulturelle og sosiale faktorer. Videre presiserer hun at faktorer som alder og legemlig utrustning spiller inn. Eldre pasienter har ofte andre behov enn yngre pasienter, noe som blant annet kan knyttes til den kroppslige svekkelsen som skjer ved aldring. Når pasienter mottar sykepleie, må de involveres som aktive deltakere fordi de kjenner godt til sine egne behov. Derfor er det ifølge Henderson viktig at sykepleiere skaffer seg kjennskap til hvem pasientene er og hvordan de opplever at sine behov best kan tilfredsstilles (Kristoffersen et al., 2011, s. 224-226).

Henderson har i sin teori definert fjorten grunnleggende behov, som innbefatter menneskets fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov (Kristoffersen et al., 2011, s. 226). De mest

relevante knyttet til oppgavens hensikt, er behovet for å søvn og hvile. Henderson trekker frem evnen til å sovne og forbli sovende som et mål på fysisk og psykisk helse (Kristoffersen et al., 2011, s. 305). Søvn og hvile er et grunnleggende behov som faller inn under den grunnleggende sykepleien (Henderson, 1998, s. 46). Det er dette området vi går nærmere inn på i det følgende.

2.2 Hvorfor søvn er viktig for syke eldre: fysiologi og søvnstadier

Søvn er helt avgjørende for menneskets helse, velvære og rehabilitering etter sykdom (Bjorvatn & Fetveit, 2012, s. 177). Årsaken til at søvn er så viktig, finner vi i helt grunnleggende fysiologiske prosesser: balansen mellom anabolske (oppbyggende) og katabolske (nedbrytende) prosesser. Anabolske hormoner (veksthormon, testosteron og aldosteron) hjelper kroppen med metabolske effekter, vekst av rørknokler og regulering av mineraler som natrium og kalium. Katabolske hormoner bidrar til nedbryting av muskelvev. Ved sykdom og skade øker utskillelsen av katabolske hormoner og vi får en økt aktivitet i det sympatiske nervesystemet. Dette forsterker de nedbrytende prosessene i kroppen. Søvn bidrar derimot til å regulere balansen gjennom en reduksjon av katabolske prosesser og en økning av anabolske. Fordi katabolske prosesser er fremtredende ved skade eller sykdom, er det spesielt viktig å få god søvn i slike situasjoner, hvor søvntap faktisk kan forsterke de nedbrytende prosessene (Kristoffersen et al., 2011, s. 303-305).

Eldre mennesker, spesielt eldre med kognitiv svikt, er utsatt for å utvikle delir. Faktorer som innleggelsen på sykehuset fører med seg, kan være utløsende årsaker til delir hos eldre pasienter. For å forebygge eller behandle delir trenger pasienten nok søvn og hvile, ro, skjerming fra unødvendige inntrykk og tidsgivere som klokke og lys (Kristoffersen et al., 2017, s. 457-460).

Ulike søvnstadier påvirker kroppen på forskjellige måter. Søvn kan deles inn i fire stadier: NREM (N1-3) og REM. Gjennom søvn involveres hele det sentrale nervesystemet, og i de ulike stadiene skjer endringer i hjernebølger, øyebevegelser og muskelspenninger, samt utskilling av anabolske hormoner og reduksjon av katabolske prosesser (Kristoffersen et al., 2011, s. 304).

N1 er overgangsfasen fra våkenhet til søvn. Fasen utgjør ca. 5% av nattesøvnen hos friske voksne, men prosentandelen er høyere hos eldre mennesker (Bjorvatn, 2021). I denne fasen blir hjernebølgene og øyebevegelser mer langsomme. Kroppen begynner å slappe av og forbereder seg på å sove gjennom reduksjon i puls, blodtrykk og næringsomsetning (Kristoffersen et al., 2011, s. 304).

N2 omfatter rundt 50 % av total søvn og kalles gjerne for lett søvn. Det skal lite til for å bli vekket. I denne fasen slapper kroppen mer av, det er mindre motorisk aktivitet og tankene blir mer drømmeaktige. Frekvensen til hjernebølgene er langsommere, med store svingninger (Kristoffersen et al., 2011, s. 304).

N3 er dyp søvn, og kroppen er helt avslappet, med lite aktivitet i hjernen. Muskelspenninger er redusert, blodtrykk og kroppstemperatur synker og det er ingen øyebevegelser. De fleste anabolske prosesser skjer i dette stadiet (Kristoffersen et al., 2011, s. 304). Stadiet blir gradvis kortere ettersom alderen øker, noe som dermed reduserer de anabolske prosessene som er nødvendige for normal kroppsfunksjon og god helse (Kristoffersen et al., 2017, s. 354). Dyp søvn ser vi gjerne de første 3-4 timene etter innsovning (Bjorvatn, 2021).

REM utgjør 20-25 % av nattesøvnen hos friske voksne, men hos eldre mennesker er prosentandelen lavere. For å få en fullverdig syklus med alle stadier trenger en minst 90 minutter søvn. Ved normal nattesøvn går man gjennom 4 til 5 perioder med REM-søvn. I denne fasen foregår en aktivisering av hjernebølgene, og det er hurtige øyebevegelser. Musklene er avslappet, men vitale parametere øker til et nivå som ligner våken tilstand. REM-søvnen påvirker innlæring og hukommelse, og derfor kan mangel på REM-søvn føre til svikt i hukommelsen og læring (Kristoffersen et al., 2017, s. 350-354).

Behovet for søvn styres av hvor mange timer det har gått siden du sist sov. Kroppen ønsker en balanse, homeostase, mellom våkenhet og søvn. Behovet er forskjellig fra person til person, men likheten er at dersom du har underskudd på søvn, kjenner du på søvnighet. Homeostasen gjenoprettes ved økt andel dyp søvn (N3). Man kjenner seg gjerne søvnløse på kvelden, det er på grunn av at den indre søvnklokka lokalisert i epifysen danner og utskiller hormonet melatonin når det er mørkt. Melatonin er et søvnfremkallende hormon. Søvnklokka er et komplekst samspill med flere faktorer, og endringer som alder kan påvirke dette samspillet.

Søvnklokka svikter i takt med økende alder, og eldre føler seg ofte mer søvnige på dagen og har større vanskeligheter med å sovne på kvelden eller opplever tidligere oppvåkninger. Kroppen til eldre mennesker klarer ikke å fremkalle samme grad av søvnighet som behovet skulle tilsi (Kristoffersen et al., 2017, s. 349-354).

2.3 Årsaker til søvnvansker hos eldre

Høy alder medfører endringer i søvnmønsteret, forårsaket av en svikt i den delen av hypothalamus som regulerer døgnrytme (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2013, s. 312). Søvn hos eldre blir mer overfladisk med økende alder, med reduksjon av den dype N3-søvn, som til og med kan forsvinne helt. Det er i lett søvn man er mest utsatt for å bli vekket, og det faktum at denne søvnen utgjør mer og mer av Eldres søvn, kan forklare hvorfor eldre har utfordringer med flere oppvåkninger om natten (Bjorvatn & Feitveit, 2012, s. 178). Omgivelser med faktorer og forstyrrelser som kan hindre innsøvn og bidra til oppvekking, vil dermed påvirke eldre spesielt negativt.

Eldre blir mer påvirket av endringer i sitt vante miljø, og det viser seg at eldre ofte opplever søvnforstyrrelser ved innleggelse på sykehjem. Dette skyldes faktorer som pleierutiner, lyd, lys, endrede søvnvaner, endringer i døgnrytme og forstyrrelser fra medpasienter, som vi også finner på sykehus (Kristoffersen et al., 2011, s. 305). Det er spesielt nye og ukjente lyder som vekker oss, og slike lyder finner vi ofte på sykehus (Håkonsen, 2014, s. 124).

Smerte er en av de vanligste årsakene til søvnforstyrrelser, og derfor er lindring av smerter et viktig tiltak for å fremme god søvn hos pasienter (Kristoffersen et al., 2011, s. 325). Mange eldre har revmatiske sykdommer som leddgikt og artrose. Slike sykdommer fører til rygg smerter og leddsmerter i kroppen, og smerten kommer ofte om natten. Dette fører til at eldre våkner om natten og har vanskelig med å sovne igjen. Problemet forplanter seg i en ond sirkel gjennom at søvntap gjør personen mer sensitiv for smerte, noe som igjen bidrar til søvnvansker (Kristoffersen et al., 2011, s. 313).

Befolkningen blir stadig eldre på grunn av økt levestandard og medisinske fremskritt (Mæland, 2016, s. 49). Med alder kommer ofte flere sykdommer og dermed bruk av et økt antall ulike medikamenter. 57 % av eldre over 65 år bruker fem eller flere legemidler. Men medikamenter som holder den eldre i live har ikke bare positive sider; flere medikamenter

som den eldre ofte bruker, har en forstyrrende effekt på søvnen (Kirkevold et al., 2017, s. 184-187). For eksempel: betablokkere, bronkodilatatorer, kalsiumblokkere, diuretika, kortikosteroider og tyroksin. Legemidler som blir brukt i behandling av psykiske lidelser som depresjon og angst kan påvirke søvnen negativt ved å bidra til endringer i søvnmønsteret. Bruk av opioider øker perioden med lett søvn og reduserer samtidig mengden dyp søvn, som er de samme endringene aldring fører til. Opioider forsterker dermed de negative endringene i søvnmønsteret som eldre allerede går gjennom (Kristoffersen et al., 2011, s. 313- 314).

Til tross for at mange eldre har søvnproblemer, er det få som mottar behandling for det, fordi det oppfattes som et normalt tegn på aldring. Det at eldre ikke mottar behandling for søvnproblemer kan også skyldes at helsepersonell ikke har tilstrekkelig kjennskap til ulike behandlingsalternativer. Det at søvnevansker hos eldre ikke blir adressert, kan i seg selv anses som en medvirkende årsak til problemet (Bjorvatn & Fetveit, 2012, s. 178).

2.4 Sykepleietiltak for å fremme god søvn hos eldre

2.4.1 Observasjon og kommunikasjon

Sykepleiere kan undersøke og identifisere årsaken til at en pasient sliter med søvnen ved hjelp av observasjon og kommunikasjon (Kirkevold et al., 2013, s. 314). Det finnes flere ulike kartleggingsverktøy for vurdering av søvn. Et av de mest kjente kartleggingsverktøyene er Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) (se vedlegg nr. 1). Det er et vurderingsskjema med fem ulike spørsmål og viser pasientens subjektive oppfatning av egen søvn. Spørsmålene utforsker hvor dyp søvnen var, innsøvningstid, tid våken og opplevelsen av søvnen. Skjemaet er laget slik at det er lett for pasienten å svare ved å sette et enkelt merke på skjemaet (Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus). Dersom pasienten ikke er i stand til å svare på spørsmål, må sykepleieren kontakte pårørende eller selv observere pasienten for så å gjøre en behovsvurdering.

Velvære og trygghet er en forutsetning for god søvn (Kristoffersen et al., 2011, s. 324). Mennesker som blir innlagt på sykehus er ofte i en krise og gjennomgår ulike faser for å til slutt mestre krisen. Den andre fasen innen krisemestring som kalles reaksjonsfasen er den mest fremtredende under en innleggelse og fører med seg søvnevansker. For å kunne hjelpe pasienten til mestring, og dermed god søvn, er kommunikasjon, støtte og kontakt viktig. Det viktigste sykepleieren kan gjøre er å lytte. Når pasienten deler sine bekymringer letter tyngden

og belastningene blir mindre. Pasienten går videre i fasene i krisen og søvnen blir over litt tid bedre (Håkonsen, 2014, s. 256-259).

2.4.2 Informasjon og miljøtiltak

Alle mennesker har et læringsbehov, og det er den profesjonelle sin oppgave å videreformidle informasjon til pasienten, men også opparbeide seg egne kunnskaper (Brataas, 2014, s. 39-40). Sykepleiere kan informere og motivere eldre pasienter til å ta i bruk generelle forholdsregler for å få god søvn (se vedlegg nr. 2).

Gjennom tilpasning av rutiner får pasientene anledning til å ha en fast døgnrytme, fortrinnsvis den samme som de hadde før innleggelsen. Sykepleiere kan også finne ut hvilke pasienter som har omtrent like søvnvaner og døgnrytme, og legge disse på samme rom (Kristoffersen et al., 2011, s. 320-323).

Sykepleiere kan passe på at pasientrommet er tilrettelagt for god søvn. Reduksjon av støy på kveld- og nattestid kan foregå gjennom tiltak som å unngå å gå inn på pasientrommet når det ikke er nødvendig, unngå samtaler på pasientrom og i korridor, være varsom med metallredskaper, bruke lyssignaler i stedet for lydsignaler, åpne og lukke dører forsiktig, tilby ørepropper og plassere telefonen der den er minst sjenerende (Kristoffersen et al., 2011, s. 321-325). Selv om musikk kan være en kilde til støy, kan det likevel bidra til en reduksjon av søvnhemmende faktorer. Musikken må være beroligende og individuelt tilpasset (Kristoffersen et al., 2017, s. 365).

Både reduksjon og økt bruk av lys kan ha god effekt på nattesøvnen. På kvelden og natten bør man unngå sterkt lys. Allikevel kan økt bruk av lys på dagen styrke døgnrytmen og hjelpe søvnklokka å regulere utskillelsen av melatonin. Lysbehandling er en anerkjent metode der pasienten sitter foran et sterkt lys i 30-90 minutter hver dag. Lysbehandling tar ikke bort behovet for naturlig lys (minst én time er anbefalt), men er et godt supplement. Lysbehandling i kombinasjon med andre tiltak bidrar til mer sammenhengende søvn, mindre søvn på dagtid og bedre humør og helse (Kristoffersen et al., 2017, s. 365).

2.4.3 Legemidler

Smertelindring kan bidra til å bedre nattesøvnen og motvirke søvntapets onde sirkel: Søvn tap fører til mer sensitivitet til smerte, som igjen bidrar til økte søvnevansker. Før sykepleieren iverksetter tiltak, må han eller hun undersøke årsakene til smertene. Det er ikke alltid det er nødvendig med smertestillende, og noen ganger kan en god samtale med pasienten være til hjelp (Kristoffersen et al., 2011, s. 325).

Sykepleiere kan gi legemidler for å behandle søvnproblemer. Disse kalles hypnotika og kan deles inn i to hovedtyper: benzodiazepiner og benzodiazepinliknende preparater (Bjorvatn & Fetveit, 2012, s. 181). Benzodiazepinlignende medikamenter er førstevalget siden de har kort virketid og minst bivirkninger. Eldre er mer utsatt for bivirkninger enn yngre mennesker og kan oppleve bivirkninger som tretthet, lavt blodtrykk, forvirring og svimmelhet (Kristoffersen et al., 2011, s. 314-316). Bivirkningene skyldes blant annet at medikamentene har en lang halveringstid, og dermed vil pasienten ofte føle seg sløv og trett når han våkner. Derfor er det viktig at sykepleieren ikke gir medikamentet for sent på kvelden (Bjorvatn, 2012, s. 11). Likevel er det få bivirkninger ved kortvarig bruk, som i situasjoner ved innleggelse på sykehus (Kirkevold et al., 2017, s. 371).

3.0 Metode

Metode er måten en går frem for å samle vitenskapelig informasjon, om det så er empirisk eller litteraturbasert. Å bruke metode setter krav til forfatteren om å vise ærlighet, overholde standarder i argumentasjon og utfordrer til systematisk tenking (Dalland, 2018, s. 51-52).

Ulike problemstillinger gir ulik metode, og ofte sier en at det er problemstillingen som bestemmer metode (Dalland, 2018, s. 195). De to hovedformene av metode som brukes i et empirisk arbeid er kvalitativ og kvantitativ. I en litteraturstudie velger man artikler basert på en eller begge metodene, alt etter hva problemstillingen er. Kvantitativ forskning gir muligheten til å bestemme om et tiltak har nytte gjennom objektive og målbare enheter (Friberg, 2017, s. 119). Kvalitative studier gir en dypere forståelse av hvordan en kan møte opplevelser, forventninger og behov, det subjektive hos mennesker (Friberg, 2017, s. 129).

3.1 Valg av søkestrategier

Først og fremst benyttet vi oss av innledende litteratursøk etter Fribergs metode (2017). Innledende litteratursøk besvarer spørsmålet om et tenkt tema og hensikten faktisk er et genuint problem, og om det finnes relevant empirisk forskning på det aktuelle området (Friberg, 2017, s. 40). I det innledende litteratursøket søkte vi mer generell informasjon om tema med ord som «søvn», «sykepleietiltak» og «sykehus», og sykepleiefaglige databaser og pensumlitteratur ble brukt. Fordelen med innledende litteratursøk foruten tema og hensikt er at en kan finne tydelige søkeord og prøve ut flere søkestrategier og hvilke typer kilder som kan bli aktuelle (Friberg, 2017, s. 61).

I den egentlige litteratursøkingen, eller datasamlingen, gjøres et systematisk søk med inklusjons og eksklusjonskriterier (Friberg, 2017, s. 45-46). Vi avgrenset søket til artikler skrevet mellom 2010-2021 siden forskning er ferskvare, og for at faget skal være aktuelt er det viktig med oppdatert kunnskap. For at informasjonen lett skal kunne overføres til praksis i Norge inkluderte vi artikler skrevet i Skandinavia, England og USA, for dette er land med helsevesen som har flere likhetstrekk med Norge. Fokuset i vår hensikt ligger hos sykepleiere og eldre pasienter, derfor ble det naturlig at ett inklusjonskriterie var at informantene var sykepleiere eller pasienter over 65 år. Andre inklusjonskriterier var at artikkelen skulle være fagfellevurdert og skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk.

3.2 Valg av database og søkeord

Valget av databaser ble gjort på grunnlag av innledende litteratursøk. Databasene som ble brukt ble funnet gjennom Stavanger Universitetsbibliotek sin nettside for hjemmetilgang som heter oria.no: Oria, Cinahl, Medline og British nursing index. I vedlegg nr. 3 beskrives hvor artiklene ble funnet.

Ettersom vi ønsker å undersøke søvn hos eldre på somatiske avdelinger ble det naturlig at nøkkelbegrep som «søvn», «eldre» og «sykehus» ble brukt som søkeord. Engelske ord og trunkering ble brukt for å få med alle mulige endinger på ordene og for å utvide søket. Alle engelske søkeord ga mange resultater til tross for inklusjons- og eksklusjonskriterier. I

vedlegg nr. 3 forklares hvilke søkeord som førte frem til artiklene vi valgte å bruke. For alle funn ble inklusjons- og eksklusjonskriterier som beskrevet ovenfor brukt.

3.3 Valg av artikler

Valg av artikler er gjort på bakgrunn av kildekritikk og tema. På flere søk ble det svært mange treff, men på grunn av at artikler med høyest relevans til søket kommer øverst ble det derfor gjort et valg om å se igjennom de øverste treffene. Tittel ble først sett på, om tittelen hadde relevans til vår tematikk ble sammendrag og informasjon om artikkelen lest. Vi har valgt å hovedsakelig bruke kvalitativ metode på artiklene siden det passer best med hensikten vår. Søvn er subjektivt, det er pasientenes og sykepleiernes egne opplevelser som skal settes i fokus. I tillegg har vi valgt å bruke en artikkel med kvantitativ metode for å sammenligne resultatene, for søvn kan til en viss grad være målbart og objektivt også. Om sammendraget, metode og informasjon om artikkelen holdt seg innenfor inklusjons- og eksklusjonskriterier gikk vi videre til kildekritikk.

Først og fremst så vi om artikkelen hadde en tydelig IMRaD-struktur, som er en norm for oppbygging av forskningsartikler, og gjør det lett å skille mellom forskningsartikler og fagartikler (Dalland, 2018, s. 163). Deretter ble screeningspørsmålene til Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt, Nordheim og Reinart (2007) brukt for å sikre at resultatene stemmer med valgt tema og at det er en sikker kilde. Til slutt ble det brukt sekundærsøk etter Fribergs metode, dette ble gjort via Oria (Friberg, 2017, s. 78). Det betyr at vi ettersøkte informasjonen i artiklene, for å sikre at forfatterne, tidsskriftene og metodene er pålitelige og gode. I vedlegg 4 presenteres en oversikt over valgte artikler som oppgaven baseres på.

3.4 Analyse av artikler

Vår oppgave er en integrativ litteraturoversikt. Til forskjell fra den allmenne litteraturoversikten gir en integrativ litteraturoversikt en konklusjon fra forfatterne fremfor å bare presentere resultater. Fremgangsmåten blir å gjennomføre datareduksjon, skape en oversikt over resultater, sammenligne og trekke konklusjon. Resultatet av oppgaven blir en sammenstilling og konklusjon av flere analyserte forskningsartikler (Friberg, 2017, s. 150).

Analysearbeidet ble gjennomført etter Fribergs metode (2017, s. 135-137). Vi begynte å lese gjennom alle artiklene flere ganger. Deretter identifiserte vi nøkkelfunnene i hver artikkel og

lagde en oversikt ved hjelp av en oversiktstabell for analyse (Friberg, 2017, s. 125). Så fant vi likheter og ulikheter i de ulike artiklene og gjennomførte en datareduksjon. På den måten kan vi velge resultater som er sterke, gjentakende og som kan svare på vår hensikt. Først fargekodet vi ulike tema som kunne være aktuelle for hensikten i en av artiklene. Deretter fargekodet vi de andre artiklene ut fra første artikkel, og eventuelt nye tema som kunne være aktuelle. Etterpå samlet vi de fargekodede temaene, sammenfattet de som lignet og reduserte tema som ikke kunne svare godt på hensikten. Det ble dannet nye kategorier og underkategorier for å presentere resultatene.

4.0 Resultater

Gjennom analyse av artiklene ble funn fordelt i to hovedkategorier og syv underkategorier med tanke på hensikten til oppgaven. Funnene belyser forhold som hemmer søvn og tiltak som fremmer god søvn hos eldre innlagt på somatiske avdelinger på sykehus. I tabell 1 presenteres kategoriene.

Hovedkategori	Underkategori
Søvnhemmende forhold	Miljømessige forhold
	Følelsesmessige forhold
	Manglende kunnskap og tid hos sykepleier
Tiltak som fremmer god søvn	Planlegging og rutiner
	Informasjonsformidling
	Omsorgsfulle samtaler og aktiv lytting
	Bruk av medikamenter

Tabell 1: oversikt over kategorier og underkategorier

4.1. Søvnhemmende forhold

De analyserte artiklene fremstiller flere forhold som kan være søvnhemmende. I det følgende avsnittet presenteres resultater fra artiklene som omhandler forhold som hemmer søvn hos eldre innlagt på somatiske avdelinger på sykehus.

4.1.1 Miljømessige forhold

I den norske studien til Kyte, Natvig og Giske (2015) kommer det frem at eldre pasienter oppgir støy som en kilde til dårlig søvn. «Sleep in hospitalized elders: a pilot study» finner ingen betydelig sammenheng mellom lys, lyd og søvn: «The results (Tables 3 and 4) demonstrate a nonsignificant trend toward a brighter and noisier environment for poor sleepers» (Missildine, Bergstrom, Meninger, Richards & Foreman, 2010).

Til tross for liten sammenheng mellom lyd, lys og søvn, finner Missildine et al. (2010) en forbindelse mellom romtype og søvn. Pasienter som sov på flermannsrom hadde dårligere søvn enn pasienter på enerom, og søvnen besto av hyppigere oppvåkninger og generelt dårligere søvn (Missildine et al., 2010). Både artikkelen til Kyte et al. (2015), og Salzmänn-Erikson, Lagerqvist og Pousette (2016) finner en tilsvarende sammenheng mellom romtype og dårlig søvn.

På sykehus blir både rutiner og omgivelser forandret. En av pasientene i Kyte et al. (2015) formidler: «Når jeg er hjemme og jeg ikke får sove så står jeg opp. Da har jeg alltid ett eller annet å finne på. Så det gjør jeg, og så går jeg og legger meg igjen» (Kyte et al., 2015). Men på sykehuset ble de bare liggende i sengen og stirre i taket. Denne endringen i rutiner og miljø ble oppgitt som et søvnhemmende forhold (Kyte et al., 2015).

Andre miljømessige forhold som kunne hemme søvn var sengen og sengetøyet. Pasientene oppga at de ikke klarte å regulere eller håndtere sengen og sengetøyet. De trengte hjelp fra personal, og brukte tid på det istedenfor å sove (Kyte et al., 2015).

4.1.2 Følelsesmessige forhold

Både Kyte et al. (2015) sin artikkel og Salzmänn-Erikson et al. (2016) sin artikkel fremstiller at bekymringer og vonde tanker oftere kommer på natten og har en negativ innvirkning for søvn: Det hindret innsovning og førte til lengre våkne perioder om natten. Pasientene i Kyte et al. (2015) sier at: «Når tankene går, så sover ikke jeg» (Kyte et al., 2015). De oppga bekymringer om egen helsetilstand: «... eg har ikkje fått nokon diagnose ennå» og «Er dette mitt siste sykehusopphold?» (Salzmänn-Erikson et al., 2015). Det var ikke bare tanker og bekymringer om egen helsetilstand, men også bekymringer overfor medpasienter som kom frem om natten: «Some patients in multibed rooms were sometimes viewed as being anxious

that fellow patients would become acutely worse» (Gellerstedt, Medin, Kumlin & Karlsson, 2015). Til tross for vonde tanker og bekymringer tok ikke pasientene kontakt med sykepleiere for hjelp. De forventet heller at det var behov som innleggelsesårsak og diagnose førte med seg de skulle få hjelp til; søvn tok pasientene ansvar for selv. En av pasientene i studien til Kyte et al. (2015) sier: «Dessuten vil jeg ikke kritisere betjeningen med å spørre om hjelp. Jeg liker dem så godt, de har så mye å gjøre, og jeg ønsker ikke å gi dem merarbeid» (Kyte et al., 2015). I tillegg kommer det frem i studiene til Gellerstedt et al. (2015) og Kyte et al. (2015) at behovet for kontroll er høyere ved innleggelse på sykehus: «Å være mindre avhengig av hjelp enn det som var nødvendig, gav dem en opplevelse av selvrespekt og kontroll» (Kyte et al., 2015).

4.1.3 Manglende kunnskap og tid hos sykepleier

Ifølge studien til Gellerstedt et al. (2015) har ikke sykepleiere nok kunnskaper om søvn og evidensbaserte tiltak for å oppnå god søvn. En av sykepleierne sier: «I can't remember having learned anything about sleep during nursing training; everything was just focused on the day shifts at hospital» (Gellerstedt et al., 2015). Noen sykepleiere formidlet derimot at de hadde noe kompetanse innenfor søvn og tiltak, men at de ikke tok dette i bruk. Selv om det teoretiske kunnskapsgrunnlaget var lavt, rapporterte sykepleierne i studien at de allikevel iverksatte tiltak for å fremme søvn, men disse tiltakene var basert på egne eller kollegaers erfaringer: «It's partly about turning to yourself. Using your own experience, it goes without saying, common sense» (Gellerstedt et al., 2015).

Artikkelen til Gellerstedt et al. (2015) legger vekt på at sykepleiere ikke har muligheten til å utføre tiltak for å sikre god søvn hos pasienter. Deltakerne i studien oppgir at dårlig tid skaper uegnede rutiner: «There are things that you would like to do for the patient regarding their sleep but you do not have the time so you go and fetch a sleeping pill for them» (Gellerstedt et al., 2015). Sykepleierne i studien følte at ledelsen ikke prioriterte søvn til pasienter og at de heller måtte bruke tiden sin på forefallende arbeid som rengjøring. Salzmann-Erikson et al. (2016) finner til likhet at sykepleierne ikke har tid til å utføre tiltak som fremmer god søvn.

4.2 Tiltak som fremmer god søvn

Artiklene legger frem flere tiltak som vil fremme god søvn for eldre pasienter innlagt på somatiske avdelinger på sykehus. Under presenteres resultat fra artiklene med fokus på sykepleietiltak for å bedre søvn.

4.2.1 Planlegging og rutiner

Planlegging av natten hjelper sykepleiere å avdekke pasienters behov og gir grunnlag for handling. I starten av nattevakten rapporterte sykepleierne i Salzmann-Erikson et al. (2016) sin studie at de planla natten ved å gå gjennom behovene til alle pasientene som var innlagt på avdelingen. På den måten kunne sykepleierne gi individuell omsorg til pasientene, ha en overordnet plan for natten og unngå å vekke pasientene unødvendig. Et eksempel var hyppigheten for måling av vitalia: «However, such prescribed controls were not re-evaluated as the patient's condition improved, and they were therefore considered to be unnecessary at that frequency. Consequently, the nurses stated that they consulted with the physician at the beginning of the working shift regarding whether the frequency of such checks could be decreased» (Salzmann-Erikson et al., 2016). «You get a prescription, I think that I've worked here long enough now that I can make that assessment, if it is a case of the legs being swollen, then it can wait until the morning. It has to wait so the patient can get some sleep» (Gellerstedt et al., 2015).

Et annet eksempel på planlegging er å forberede og legge klar utstyr som skal bli brukt i løpet av natten, som materiell til prosedyrer, rullestoler og medisiner «... in order to minimise noise and thus minimise the risk of disturbing fellow patients» (Salzmann-Erikson et al., 2016).

Også omplassering av urolige pasienter ble brukt som et eksempel, en sykepleier sier: «It can be good to sometimes put confused patients in the corridor, because then there is sound and movement around them, which can sometimes be good» (Salzmann-Erikson et al., 2016).

Denne strategien hjalp både pasienten som ble flyttet, og medpasienter som delte rom.

Men det er ikke bare avdekking av pasienters behov som ligger til grunnlag, å ha en dialog og planlegge sammen med kollegaer er også grunnleggende. På den måten unngår en at pasienter som trenger ekstra oppfølging i løpet av natten blir unødvendig vekket, og det blir mindre støy på gangen. «Such cooperation could include combining care measures, such as turning or

continence-related care measures, with blood pressure measurements or taking samples at night to respect the patients' need for sleep» (Salzmann-Erikson et al., 2016).

4.2.2 Informasjonsformidling

Sykepleierne i studien til Salzmann-Erikson et al. (2016) og Gellerstedt et al. (2015) legger vekt på at informasjonsformidling til pasienten om hva som skulle skje i løpet av natten er et viktig tiltak som hjelper pasienten å oppnå god søvn. Selv om pasienten opplevde å våkne i løpet av natten på grunn av prosedyrer, ville pasienten være mindre våken og hadde lettere for å sovne igjen enn om informasjon ikke ble gitt. «Preparing the patient by providing information established feelings of safety among the patients» (Salzmann-Erikson et al., 2016).

Ifølge studien til Kyte et al. (2015) er ikke pasientene klar over hva sykepleierne kan bidra med for å oppnå god søvn. Pasientene formidler: «Hva kan de gjøre?», og angående øreplugger: «Har de det på sykehuset? Da må de få oppslag om det på rommet!» (Kyte et al., 2015). Mange forstår heller ikke at de selv har medansvar for sin egen helsetilstand. Pasientene unngår å si ifra om for eksempel smerter og overlater alt til helsepersonell. Dermed er det viktig å oppmuntre og informere pasientene om å være involvert i egen helsetilstand, samt informere om hva sykepleiere kan bidra med. I andre tilfeller må sykepleier informere pasienter om viktigheten av søvn dersom de forstyrrer andre (Salzmann-Erikson et al., 2016).

4.2.3 Omsorgsfulle samtaler og aktiv lytting

Studien til Salzmann-Erikson et al. (2016) finner at omsorgsfulle samtaler gir en beroligende effekt og hjelper pasienten til å sove. Med omsorgsfulle samtaler menes for eksempel at sykepleier introduserer seg selv, tar seg tid til å sitte ned med pasienten og snakke rolig. Ikke bare samtaler med pasientene, men også med pårørende kunne ha god effekt. Sykepleierne kunne snakke med pårørende og samle informasjon for å kunne gi personsentrert pleie til pasienter som ikke kunne snakke (Salzmann-Erikson et al., 2016).

Aktiv lytting som en del av samtalen er et sterkt virkemiddel. «The chair is the nurse's best tool» (Salzmann-Erikson et al., 2016). Artikkelen til Gellerstedt et al. (2015) er i overensstemmelse og legger også vekt på aktiv lytting som et tiltak for å bedre søvn: «To

meet patients and respond by actively listening and trying to meet their individual needs were given as examples» (Gellerstedt et al., 2015).

Pasientene i studien til Kyte et al. (2015) synes ikke at samtaler er et godt tiltak for å oppnå god søvn. «Å dele bekymringer som holdt dem våkne, med personalet, mente de ikke ville ha hjulpet på søvnen» (Kyte et al., 2015). Allikevel kunne det å fortelle om sitt tidligere liv beskytte identitet og verdighet, og gi glede.

4.2.4 Bruk av medikamenter

«Sleeping pills were reported to be widely used as a sleep-promoting strategy, both prophylactically and when necessary» (Salzmann-Erikson et al., 2016). Dersom pasienten ikke ønsket sovetabletter, eller ville prøve å sove på egenhånd først ble medikamentene lagt på nattbordet i tilfelle de endret mening, det hadde også en beroligende effekt (Salzmann-Erikson et al., 2016). En av pasientene formidler: «Jeg vet at det kan hjelpe å ta sovetablett» (Kyte et al., 2015). Men det er ikke bare fokus på søvnfremkallende medikamenter, også smertestillende medikamenter er viktig for å kunne fremme søvn: «...the importance was stated of removing other impeding factors for sleep, such as pain» (Salzmann-Erikson et al., 2016).

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres først metoden som er brukt i oppgaven, og deretter resultater opp mot relevant teori for å besvare hensikten.

5.1 Metodediskusjon

I vår litteraturbaserte oppgave søkte vi opp artikler ved hjelp av nøkkelord. Til tross for primærsøk var ikke nøkkelord, inklusjons- og eksklusjonskriterier gode nok på grunn av svært mange treff på søkene. Dette kan ha ført til at relevant forskning kan ha blitt eliminert og valgte artikler kan være dårligere enn om andre søkeord, inklusjons- og eksklusjonskriterier ble brukt. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene (jfr. metodekapittelet 3.1) ble brukt for at resultatene kan overføres til praksis i Norge. Artiklene er fra land som har noenlunde likt helsesystem som Norge: Sverige, England og USA. Allikevel kan kulturelle forskjeller, og forskjeller i selve helsesystemet føre til forskjellige syn på hvilke behov pasientene har.

Søkene som ble gjort inkluderte artikler fra 2010-2021, dette førte til svært mange treff og det burde heller blitt søkt i en mindre tidsperiode for å sikre at artiklene har god relevans og lett kan overføres til praksis. For eksempel «Sleep in hospitalized elders: a pilot study» av Missildine et al. (2010) er muligens en for gammel artikkel. I tillegg er det en pilotstudie, og Friberg (2017, s. 124) skriver at en skal unngå pilotstudier på grunn av utilstrekkelig evidensverdi. På bakgrunn av metoden brukt i Missildine et al. (2010) sin artikkel valgte vi likevel å ta i bruk denne artikkelen på grunn av resultatenes relevans for vår hensikt. Metoden i artikkelen er anerkjent og hadde gode inklusjons- og eksklusjonskriterier.

I sekundærsøket (jfr 3.3 valg av artikler) ble det kjent at alle forfattere av alle artiklene har gitt ut flere fagfellevurderte artikler, og de er publisert i kjente tidsskrift. Metodene, måleredskap og analysemetode er kjente og godt dokumentert i både artiklene og andre kilder, metoden sammenfaller godt med studienes hensikt. Ethiske forhold beskrives i tre av artiklene, hvorav to av artiklene er godkjent av regionale etiske komiteer, den siste behøver ikke godkjenning av en etisk komite siden den ikke inneholder sensitive opplysninger. Missildine et al. (2010) sin artikkel inneholder derimot ingen form diskusjon av etiske forhold. Det gjør artikkelen mindre troverdig, og det er usikkert om andre forhold som kan påvirke resultatene er inkludert.

Tre av artiklene i oppgaven er på engelsk, som kan føre til mistolking av resultatene på grunn av språkbarrieren. Engelsk er et andre- og tredje fremmedspråk for oss, og kommer dermed ikke like naturlig som vårt morsmål. Metoden vi brukte for å analysere artiklene var grundig og dermed vil risikoen for mistolking på grunn av språkbarriere være liten. På den andre siden er risikoen alltid tilstede ved tolkning og analyse av artikler. Vårt kunnskapsnivå kan ha bidratt til at viktige resultater kan ha blitt oversett, med tanke på vår erfaring med denne type oppgave. Dersom andre hadde analysert resultatene i artiklene er det mulig at andre kategorier hadde oppstått. Kategoriene er skapt med hensikten i tankene, flere resultater i artiklene er ikke inkludert på grunn av rammen i oppgaven. Likevel er resultatene som ble ekskludert i arbeidet interessante og av god verdi. Selvstendighet ble fremmet som tiltak for god søvn i Kyte et al. (2015) sin studie. Sykepleiers væremåte som et søvnfremmende tiltak er heller ikke diskutert i oppgaven, men bør undersøkes videre.

Perspektivet i artiklene er både pasienter og sykepleiere. Artikkelen til Salzmann-Erikson et al. (2016) og Gellerstedt et al. (2015) hadde sykepleiere som deltakere og fokuset lå på sykepleiers opplevelser av pasienters søvn. I denne oppgaven er det eldre pasienter som er i fokus, og da er det viktig at resultatene sammenfaller med pasientenes egne opplevelser. I de to artiklene hadde forfatterne ingen kontakt med pasientene, og kunne derfor ikke etterspørre om informasjonen som sykepleierne gav sammenfaller med pasientene sine oppfatninger og opplevelser. Til tross for dette har flere tidligere studier funnet det samme (Gellerstedt et al. 2015), i tillegg ga sykepleierne i artiklene flere konkrete eksempler, dermed har resultatene en evidensbasert verdi. På grunn av at hovedfokuset var sykepleiers opplevelser av eldre pasienters søvn, ikke eldre pasienter spesifikt, er det mulig at funnene ikke kan overføres til vår hensikt på samme måte som artikler med hovedfokus på eldre pasienter.

I oppgaven brukes det artikler av både kvalitativ og kvantitativ tilnærming siden søvn er både subjektivt og objektivt. Tre av artiklene er av kvalitativ tilnærming, hvorav det er åtte deltakere i to av artiklene og 22 deltakere i en av artiklene. Alle artiklene har deltakere fra ulike sengeposter. Siden en kvalitativ studie har et begrenset antall deltakere er også overføringsverdien begrenset. Til tross for dette er det likheter i artiklene som tyder at resultatene er allmenne og kan vurderes som gyldige. I den kvantitative artikkelen var det 48 deltakere. Her måles søvn, lyd og lys objektivt og det er vanskeligere å feiltolke resultater. Allikevel kan målingsinstrumentene som er brukt måle upresist, for eksempel kan deltakerne ha beveget seg litt i søvne og instrumentet kan vurdere det som at pasienten var våken. Dermed er det ikke sikkert at alle resultater i artikkelen til Missildine et al. (2010) har god verdi.

5.2 Resultatdiskusjon

I det følgende skal vi diskutere resultatene fra forskningsartiklene i lys av relevant teori. I dette kapittelet har vi valgt en annen struktur med andre overskrifter enn i resultatanalysen for å fremme resultatene på best mulig måte.

5.2.1 Redusert søvnmengde og søvnkvalitet

Eldre sover vanligvis rundt 5,5-6,5 timer per natt, men får kun 3,75 timer gjennomsnittlig under innleggelse på sykehus (Missildine et al., 2010). Eldre får i utgangspunktet mindre søvn på grunn av en sviktende funksjon i døgnrytmesenteret, noe som gjør det vanskeligere å

beholde en jevn døgnrytme (Kirkevold et al., 2013, s. 312). I tillegg er eldre mer utsatt for oppvåkninger i løpet av natten, som skyldes at de tilbringer mer tid i lett søvn (Bjorvatn, 2012). Studien til Missildine et al. (2010) viser at eldre pasienter på sykehus erfarer hyppige oppvåkninger og at søvnperiodene varer mellom 19 og 60 minutter (Missildine et al., 2010). De anabolske prosessene som er avgjørende for god helse og restitusjon, forekommer hovedsakelig i dyp søvn (N3) (Kristoffersen et al., 2011, s. 304), og hoveddelen av denne fasen ser vi i de første timene etter at søvnen inntraff (Bjorvatn, 2021). REM-søvnen påvirker innlæring og hukommelse og inntreffer ca. 90 minutter etter innsøvning (Kristoffersen et al., 2011, s. 304). De korte søvnsyklusene til eldre på sykehus innebærer altså at de anabolske prosessene blir forkortet og redusert, og de får ofte ikke sove lenge nok til å komme inn i REM-søvn. Dette vil påvirke helsen negativt og kan føre til kognitive vansker (Kristoffersen et al., 2017, s. 350).

5.2.2 Rutiner og planlegging

Det er viktig å sørge for at eldre pasienter får lengre sammenhengende perioder med søvn når de er innlagt på sykehus. For å oppnå dette må man blant annet se på rutinene på sykehuset. Kyte et al. (2015) fant i sin studie at rutiner på kveld- og nattevakter som faste tilsynsrunder, faste tidspunkter for hjelp til kveldsstell og utdeling av sovetabletter, kan komme i veien for pasientens rutiner rundt sengetid. Sykepleiere i studien til Gellerstedt et al. (2015) trekker frem at man kan planlegge natten slik at rutinene i minst mulig grad forstyrrer pasientene. Planlegging hjelper å avdekke pasientens behov og nattens aktuelle sykepleieintervensjoner, for eksempel måling av vitalia, klargjøring av utstyr og koordinering med kollegaer. På denne måten får pasientene større mulighet til å oppnå det ønskede målet om 90 minutter sammenhengende søvn, samt sikre den dype søvnen de første timene etter at søvnen inntreffer (Bjorvatn, 2021).

Henderson (1998) fremhever pasientens deltakelse som en viktig del av behandlingen, og planlegging av rutiner bør også involvere pasientens perspektiv. Sykepleiere i studien til Gellerstedt et al. (2015) gir imidlertid uttrykk for at de føler seg fanget mellom ønsket om å hjelpe pasientene og en organisasjon som ikke alltid tar utgangspunkt i pasientens perspektiv. Sykepleierne opplever å ha lite tid til å gi pasientsentrert omsorg knyttet til søvn fordi de må bruke tiden på å utføre ikke-sykepleie-relaterte oppgaver som rengjøring. Dette kan gjøre det vanskeligere å fokusere på denne delen av sykepleien. På den annen side fremhever det også

hvor viktig det er at pasientene selv blir utrustet til å ta kontroll over egne behov, som søvn. Ved at sykepleierne faktisk ikke har tid kan pasientene bli nødt til å gjenvinne mer av sin selvstendighet, noe som er i henhold til Hendersons mål for den grunnleggende sykepleien (Kristoffersen et al., 2011, s. 225).

5.2.3 Dialog og pasientens forventninger

Studien til Kyte et al. (2015) viser at eldre pasienter i utgangspunktet forventer å ta ansvar for søvnen selv. De forsøker ifølge studien å håndtere problemet på egenhånd, og de ønsker ikke å være til bry for helsepersonell. Noen pasienter i studien forteller at de ikke var klar over at de kunne få hjelp med søvnen. Sykepleiere fra studien til Gellerstedt et al. (2015) gir videre uttrykk for at de selv opplever å ha utilstrekkelig kunnskap om søvn og evidensbaserte tiltak som kan fremme god søvn. Henderson fremhever imidlertid søvn og hvile som et grunnleggende behov som faller inn under den grunnleggende sykepleien (Henderson, 1998, s. 46). Dette er med andre ord en del av sykepleierens ansvarsområde. Målet, ifølge Henderson, må alltid være at sykepleieren skal hjelpe pasienten med å oppnå en stadig større grad av selvstendighet. Hun sier at det er forskjell på hvordan behov oppleves og best ivaretas fra person til person. For at behovene til hver enkelt pasient skal dekkes på best mulig måte, må pasientene være aktive deltakere (Kristoffersen et al., 2011, s. 225-226). Derfor kan det være både en fordel og en ulempe at pasientene ikke forventer hjelp fra sykepleierne. På den ene siden kan det være en ulempe fordi det vil være nyttig om pasientene forstår at sykepleierne i realiteten kan og bør hjelpe på dette området. Det er på den andre siden en fordel at pasientene forventer å være selvstendige, for det er nettopp dette som er målet, men det er kanskje ikke mulig uten sykepleiernes hjelp og rådgivning først. I dialogen med pasientene er sykepleierne i en paradoksal situasjon hvor de både må bryte med pasientenes forventninger, men også bekrefte dem.

Studien til Salzmann-Erikson et al. (2016) viser at aktiv lytting som en del av samtalen er et viktig virkemiddel. Aktiv lytting gir verdifull informasjon om pasientens rutiner og kan avdekke årsaken til søvnproblemer. I dialogen må sykepleieren vise omsorg og ta pasientens følelsesmessige forhold på alvor. Pasientene i studien til Kyte et al. (2015) sier at bekymringer og vonde tanker kommer oftere om natten, og det kan ha en negativ innvirkning på søvnen. Både resultatene i studien til Salzmann-Erikson et al. (2016) og Gellerstedt et al. (2015) viser at bekymringer omkring egen helsetilstand eller tanker knyttet til medpasienter

på samme rom, er forhold som hemmer god søvn. I studien til Gellerstedt et al. (2015) blir det trukket frem at pasienter blir roligere og føler seg tryggere når sykepleiere tar seg tid til å snakke med dem. Trygghet og velvære er en forutsetning for at pasientene skal kunne få god søvn (Kristoffersen et al., 2011 s. 324). Noen pasienter i studien til Kyte et al. (2015) mener derimot at det ikke har noen hensikt å dele bekymringene sine med sykepleiere. De forventer behandling knyttet til innleggelsesårsaken, men ikke andre deler av den grunnleggende sykepleien, som søvn. Denne motviljen til å dele sine bekymringer kan være en hindring for den typen samtale som kan hjelpe pasientene til å oppnå bedre søvn.

5.2.4 Informasjonsformidling

I studien til Gellerstedt et al. (2015) kommer det frem at å vite hva som skjer gir pasientene en følelse av kontroll. Studien til Kyte et al. (2015) indikerer videre at pasienter ønsker å ta ansvar for egen søvn delvis for å bevare noe av kontrollen under innleggelsen. Under et sykehusopphold mister pasienten mye av kontrollen, og dagene preges ofte av usikkerhet. Dette kan forklare hvorfor sykepleierne i studien til Salzmänn-Erikson et al. (2016) har observert at pasienter lettere sovner igjen etter en prosedyre på nattetid dersom de blir informert om det på forhånd. Informasjonsformidlingen forbereder pasientene på det som skal skje, og det gir dem en følelse av trygghet, som er en forutsetning for god søvn (Kristoffersen et al., 2011, s. 324). Disse funnene svarer til Hendersons fokus på selvstendighet, og viser betydningen av å involvere pasientene som aktive deltakere i egen behandling (Kristoffersen et al., 2011, s. 225).

Gjennom innkomstsamtalen kan man vektlegge pasientperspektivet og formidle viktig informasjon om søvn. Henderson understreker at det er essensielt at pasientens perspektiv vektlegges (Kristoffersen et al., 2011, s. 226). Under innkomstsamtalen kan man informere om at sykepleierne kan hjelpe pasienten med søvnen og samtidig utforske hvilke søvnvaner pasienten har. Pasientenes selvstendighet og verdighet kan bevares gjennom at de får stå opp eller legge seg når de ønsker, motta sovetablett til ønsket tid og få tilbud om øreplugg (Kyte et al., 2015). Formidling av mer generell informasjon om søvn og søvnfremmende tiltak kan hjelpe pasientene med å håndtere egne søvnproblemer på en hensiktsmessig måte (se vedlegg nr. 2). Slik informasjon kan formidles gjennom samtale, men også gjennom oppslag på rommet; en av pasientene i studien til Kyte et al. (2015) nevnte for eksempel at det hadde vært fint med et oppslag angående øreplugg.

Sykepleiere har også et behov for større kunnskaper om søvn. Ifølge studien til Gellerstedt et al. (2015) har ikke sykepleiere nok kunnskap om søvn og evidensbaserte tiltak for at den eldre pasienten skal oppnå god søvn. Noen sykepleiere i studien kan ikke huske å ha lært noe om søvn i løpet av utdanningen, mens andre har hatt noe kompetanse som de ikke har tatt i bruk. Tiltakene som ble gjennomført, var hovedsakelig basert på erfaring og sunn fornuft (Gellerstedt et al., 2015). Det er i utgangspunktet en god ting at sykepleiere bruker erfaring og sunn fornuft, men det er en fordel å gjennomføre evidensbaserte tiltak. Det kan hende at noen erfaringsbaserte tiltak ikke vil treffe godt nok på eldre pasienters spesifikke søvnproblemer. Bruk av verktøy som RSCQ (se vedlegg nr. 1) kan hjelpe sykepleiere å identifisere årsakene til Eldres søvnproblemer, noe som kan gjøre det enklere å gjennomføre målrettede og evidensbaserte tiltak.

5.2.5 Miljømessige forhold

Søvnproblemene til eldre pasienter på sykehus kan også knyttes til miljømessige forhold. Pasientene i studien til Kyte et al. (2015) ga uttrykk for at de kunne bli forstyrret av andre pasienter eller miljømessige faktorer, som kvaliteten på sengen. Fordi eldre tilbringer mer tid i lett søvn (N1 og N2), er de mer utsatt for forstyrrelser om natten (Kristoffersen et al., 2017, s. 354). Derfor er det ekstra viktig at eldre pasienter skjermes for forstyrrelser på kvelden og om natten, slik at man unngår oppvåkninger. Studien til Missildine et al. (2010) viser ingen betydelig sammenheng mellom lys, lyd og søvn. Likevel er lys viktig for døgnrytmen, og økt bruk av lys på dagen kan ha positiv effekt for nattesøvnen siden lyset bidrar til å regulere utskillelsen av melatonin (Kristoffersen et al., 2017, s. 365). Lydnivået på pasientrommet var ofte høyere enn anbefalt, men studien viser allikevel ingen betydelig sammenheng (Missildine et al., 2010). På den andre siden viser teori at reduksjon av støy har god effekt på nattesøvnen (Kristoffersen et al., 2011, s. 305). Det er ukjente lyder som vekker oss (Håkonsen, 2014, s. 124), og lydnivået på pasientrommet kan være høyt på grunn av faktorer sykepleier ikke kan styre, som for eksempel ventilasjonsanlegg. Støy som ventilasjonsanlegg danner er likt hele døgnet, og blir dermed ikke en ukjent lyd etterhvert, noe som kan gjøre at det oppfattes som mindre forstyrrende.

Man kan flytte urolige pasienter fra flermannsrom og ut på korridoren. I studien til Salzmann-Erikson et al. (2016) forteller sykepleierne at de flytter pasienter til korridoren, spesielt

pasienter med demens for å sikre god søvn. På den ene siden begrunner sykepleierne i studien effekten med at det er mer som skjer i gangen enn på et flermannsrom, og at urolige pasienter har effekt av litt mer uro rundt dem. På den andre siden opplever vi at på dagtid er det mye aktivitet i korridoren, men om natten kan det faktisk være roligere der enn på flermannsrom. Det å flytte urolige pasienter til et mer rolig miljø med mindre forstyrrelser kan både forebygge og få en pasient ut av delir (Kirkevold et al., 2014, s. 457-460).

Studiene til Missildine et al. (2010), Salzman-Erikson et al. (2016) og Kyte et al. (2015) viser alle til en sammenheng mellom enerom og bedre søvn hos eldre pasienter. En utfordring med å legge eldre på enerom, kan være kapasiteten på sykehuset. Stadig flere eldre legges inn på sykehus, og økningen i antall sykehusopphold for personer over 80 år, er større enn den demografiske endringen for samme gruppe (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 42). Hvis vi i tillegg tar med den uunngåelige demografiske endringen som eldrebølgen medfører, tyder det på at det kommer til å være mange eldre på sykehusene i årene fremover. Det kan bli en utfordring å gi alle disse enerom, og denne utfordringen kan ikke løses gjennom sykepleietiltak alene. Derfor er det nødvendig at sykehusene prioriterer å legge til rette for flere enerom. Noen nyere sykehus, som nye SUS, sikter seg inn på å kun bruke enerom (Helse Stavanger, Stavanger Universitetssjukehus, 2020). I teorien skal dette gjøre det mulig for eldre pasienter å sove bedre under innleggelsen, og forskningsartiklene vi har benyttet underbygger dette. Selv om enerom er å foretrekke foran flermannsrom, utgjør de fremdeles en endring av den eldre pasientens vante miljø og kan fremdeles påvirke søvnen negativt.

5.2.6 Bruk av medikamenter

Medikamenter kan benyttes for å hjelpe eldre pasienter med å oppnå bedre søvn, men studien til Gellerstedt et al. (2015) trekker frem at sovetabletter noen ganger blir brukt for å løse problemet i stedet for å finne årsaken. Som tidligere nevnt, har sykepleiere ofte dårlig tid, og de må fokusere på mer akutte gjøremål. Det å gi eldre pasienter sovetabletter kan bli en enkel løsning på problemet. Kombinasjonen av sykepleiernes tidsmangel og deres utilstrekkelige kunnskap om søvnproblemer, kan i samspill medvirke til at denne løsningen blir valgt fremfor ikke-medikamentell behandling eller medikamentell behandling rettet mot den underliggende årsaken til søvnproblemene (Gellerstedt et al., 2015).

Sovemidler har få bivirkninger ved kortvarig bruk, som på sykehus (Kirkevold et al., 2016, s. 371). Studien til Salzmann-Erikson et al. (2016) trekker likevel frem at man skal være forsiktig med å bruke sovemidler fordi bivirkningene kan føre til økt fallrisiko, forvirring og sløvheter hos eldre. Sykepleieren må derfor observere bruken av medikamenter nøye og vurdere nytten opp mot bivirkningene. Det vil ofte være mer hensiktsmessig å benytte seg av andre søvnfremmende tiltak (se vedlegg nr. 2) dersom bivirkningene av sovemidler blir for store.

Smerte kan være en årsak til at eldre pasienter ikke får sove. I studien til Salzmann-Erikson et al. (2016) kom det frem at noen pasienter ikke oppgir at de har smerter. I denne studien blir dette koblet til pasientens ansvarsfraskrivelse av egen helse under innleggelse på sykehuset. Pasientene i studien til Kyte et al. (2015) ga uttrykk for at de ikke ønsker å være til bry for sykepleierne, og dette kan føre at noen pasienter ikke ønsker å fortelle hvor vondt de har det. Dette understreker hvor viktig dialogen mellom pasient og sykepleier er for å kunne håndtere søvnproblemer. Salzmann-Erikson et al. (2016) bemerker at eldre bør bli informert om at de må rapportere om smerter. Basert på det pasienten uttrykker og sykepleieren observerer, kan sykepleieren avgjøre hvilke smertestillende medikamenter som vil ha best effekt.

Smertelindring kan slutte søvntapets onde sirkel: smerter fører til søvnvansker, og søvnvansker fører til økte smerter (Kristoffersen et al., 2011, s. 325). Smertestillende tabletter er en medikamentell behandling rettet mot den underliggende årsaken til søvnproblemene. Dermed kan smertelindring redusere unødig bruk av sovemedisiner.

6.0 Anvendelse i praksis

Som sykepleier har man et særegent ansvar for at pasienten skal få dekket sine behov. Søvn er et av disse behovene og behovet blir viktigere jo eldre og sykere pasienten er. Dersom sykepleier skal være i stand til å bidra til å dekke behovene må han eller hun sikre faglig forsvarlighet i form av kunnskap og ferdigheter, samt tilstrebe tverrfaglig samarbeid.

Ledelsen på avdelingene og utdanningsinstitusjonene har en sentral rolle i oppnåelsen av faglig forsvarlighet. Tatt i betraktning at det er behovene til pasientene som skal dekkes er det naturlig at de blir inkludert i utøvelsen av sykepleie. For at den eldre pasienten skal oppnå god søvn på somatiske avdelinger på sykehus fremhever funnene et forbedringspotensial på de nevnte områdene. Under presenteres forslag til tiltak som har til hensikt at den eldre pasienten opplever god søvn på somatiske avdelinger på sykehus.

Forslagene er som følgende:

- Vi foreslår at utdanningsinstitusjonene tar et større ansvar for å øke kunnskapsgrunnlaget innenfor søvn til eldre mennesker innlagt på somatiske avdelinger på sykehus. Fokuset bør ligge på hva som er normale aldersbetinget forandringer, symptomer på søvnproblemer, hvilke endringer i hverdagen som kan hemme god søvn, samt behandlingsalternativer til søvnproblemer.
- Vi foreslår at ledelsen på de ulike avdelingene sikrer god sykepleiedekning gjennom hele døgnet og unngår å gi sykepleiere ikke-sykepleierelaterte oppgaver som rengjøring og andre forefallende oppgaver. På den måten kan sykepleiere få bedre tid og muligheter til å dekke behovet for søvn.
- Vi foreslår at eldre pasienter bør bli prioritert til å få enerom, samt at en bør legge til rette for flere enerom ved nye sykehus eller oppussinger av sykehus.
- Vi foreslår at enhver avdeling lager et informasjonshefte som inneholder informasjon om avdelingens rutiner, generelle forholdsregler for god søvn (se vedlegg nr. 2), hva pasientene kan få hjelp til og hva som kan deles ut til pasientene (ørepropper, tannbørste og lignende). Informasjonsheftet bør bli delt ut til alle pasienter ved innleggelse på avdelingen.
- Vi foreslår at sykepleiere har mer fokus på samtaler for å sikre pasientmedvirkning og skape et blikk over pasientens lidelse og normale rutiner. Informasjonen sykepleier får i samtalen bør så bli brukt for å redusere lidelse og til å opprettholde de normale rutinene til den eldre pasienten så nært som mulig.
- Vi anbefaler at sykepleiere begynner å bruke kartleggingsskjema som RCSQ (se vedlegg nr. 1) i arbeidet for god søvn. Bruk av kartleggingsskjema vil sikre at observasjoner av søvn er i overensstemmelse av pasientens subjektive oppfatning og gjør det lettere å skille god og dårlig søvn.
- Vi foreslår at sykepleier jobber tverrfaglig i planlegging av natten og sikrer at pasienten får minimum 90 minutter sammenhengende søvn ved å unngå prosedyrer de første 90 minuttene etter at pasienten har sovnet på kvelden og ellers gjennom natten. I tillegg er de første 3-4 timene med søvn svært viktig og en bør unngå forstyrrelser i disse timene. Dermed bør frekvensen av måling av vitalia og tidspunkter for medikamenter gjennom natten diskuteres sammen med legene på avdelingen, og det bør brukes sykepleiefaglig skjønn. For eksempel er dagens tider for intravenøs

antibiotika ved Stavanger Universitetssykehus 6, 12, 18 og 24, men ettersom pasientene har forskjellige døgnrytmer og rutiner kan et 4, 10, 16, 22 regime være gunstig for noen pasienter. Sykepleier bør også klargjøre utstyr før natten begynner og informere pasienten om hva som skjer i løpet av natten.

Bibliografi

- Bjorvatn, B. (2012). Medikamentell behandling av søvnproblemer. *Søvn*, 4(1), s. 11
<https://helse-bergen.no/seksjon/sovno/Documents/SOVN%20nr%207.pdf>
- Bjorvatn, B. (2021, 7. januar). *Søvnregistrering og søvnstadier*. Hentet april 2021 fra Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus: <https://helse-bergen.no/nasjonalkompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovnregistrering-og-sovnstadier>
- Bjorvatn, B., & Fetveit, A. (2012, 20. november). *Søvnproblemer blant eldre*. Hentet fra Norsk epidemiologi: <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1564>
- Brataas, H. (2014). *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gellerstedt, L., Medin, J., Kumlin, M., & Karlsson, M. R. (2015). Nurses' experience of hospitalised patient's sleep in Sweden: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), s. 3664-3673.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal.
- Helse Stavanger, Stavanger universitetssykehus. (2020, 27. april). *Fakta om nytt universitetssykehus*. Hentet april 2021 fra Helse Stavanger Stavanger Universitetssykehus: <https://helse-stavanger.no/om-oss/sus2023/fakta-om-nytt-universitetssykehus>
- Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus. (u.d.). *Richards-Campbell Sleep Questionnaire*. Hentet april 2021 fra Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus: <https://helse-bergen.no/seksjon/sovno/Documents/Richards-Campbell%20Sleep%20Questionnaire.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009) Samhandlingsreformen: *Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet april 2021 fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

- Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.). (2013). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.). (2016). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2011). *Grunnleggende sykepleie (bd. 1-3)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2017). *Grunnleggende sykepleie (bd. 1-3)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kyte, K., Natvig, G. K., & Giske, T. (2015). Stoisk omfordeling av søvn- en grounded theory studie om eldre pasienters opplevelse av søvn i medisinske sengeposter på sykehus. *Nordisk sygeplejeforskning*(4), s. 329-342.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid. Helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Missildine, K., Bergstrom, N., Meninger, J., Richards, K., & Foreman, M. D. (2010). Sleep in hospitalized elders: a pilot study. *Geriatric nursing (New York)*, 31(4), s. 263–271.
- Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Salzmann-Erikson, M., Lagerqvist, L., & Pousette, S. (2016). Keep calm and have a good night: nurses` strategies to promote inpatients` s sleep in the hospital environment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), s. 356-364.

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 søvnn**
Dyp søvnn _____ Lett Søvnn
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 igjennom
Våken hele natten
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 søvnn _____ En dårlig natts søvnn

Kilde:

Ricohards, 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/reponsen måles i mm for alle 5 ledd. Distansene summeres og deles på 5.

Vedlegg

Generelle forholdsregler for god søvn

- Unngå røyk, kaffe, te, cola og alkohol før sengetid.
- Unngå kraftig mosjon de siste 4 timer før sengetid.
- Unngå å være sulten når du legger deg.
- Unngå kraftige måltider rett før du skal legge deg.
- Bli kvitt problemer og bekymringer før du legger deg, og tenk positivt.
- Bruk bare senga til sex og søvn.
- Sørg for mørke, ro og moderat temperatur på soverommet (14-18 grader).
- Ikke se på klokka når du våkner om natten.
- Lær deg avspenningsteknikker som du kan bruke om du våkner om natten.
- Unngå å sove på dagtid om du har problemer med søvnen på natten.
- Unngå å bli eksponert for sterkt lys og lyd om natten.
- Stå opp om du ikke har sovnet innen en halv time. Gjør noe beroligende og legg deg når du føler deg trøtt igjen.
- Ta et lett måltid, eksempelvis et halvt brødstykke, om du føler deg sulten om natten.
- Legg deg til samme tid hver kveld og stå opp til samme tid, også i helgene.

Vedlegg 2: generelle forholdsregler for god søvn.

Artikkel	Søkeord	Antall resultater	Artikkel nr	Database
Sleep in hospitalized elders: a pilot study (Missildine, Bergstrom, Meninger, Richards, & Foreman, 2010)	sleep* elderly hospital*	320	33	British nursing index
Keep calm and have a good night: nurses` strategies to promote inpatients`s sleep in the hospital environment. (Salzmann-Erikson, Lagerqvist, & Pousette, 2016)	sleep* quality elderly inpatient* hospital*	5021	12	Oria
Nurses` experience of hospitalised patient`s sleep in Sweden: a qualitative study. (Gellerstedt, Medin, Kumlin , & Karlsson, 2015)	nurse* experience patient* sleep* hospital*	39 203	2	Oria
Stoisk omfordeling av søvn- en grounded theory studie om eldre pasienters opplevelse av søvn i medisinske sengeposter på sykehus. (Kyte, Natvig, & Giske , 2015)	søvn+eldre	47	1	Oria

Vedlegg 3: beskrivelse av søkeord

Artikkel	Perspektiv	Hensikt	Metode	Resultat
Sleep in hospitalized elders: a pilot study (Missildine, Bergstrom, Meninger, Richards & Foreman, 2010)	Eldre pasienter innlagt på medisinske avdelinger.	Fastslå forhold mellom søvn og lys og lyd.	Kvantitativ metode. 48 deltakere. Bevegelsessensor, lyssensor, lyd dosimeter og skåringsverktøy ble brukt for å måle søvn.	Eldre sover mindre på sykehus. Kvinner sover lengre enn menn på sykehus. Pasienter på enerom sover lengre. Ingen sammenheng av betydning mellom lys, lyd og søvnkvalitet.
Keep calm and have a good night: nurses' strategies to promote inpatients' sleep in the hospital environment. (Salzmann-Erikson, Lagerqvist & Pousette, 2016)	Sykepleiere på sengeposter	Undersøke sykepleieres erfaringer og strategier for å fremme pasienters søvn	Kvalitativ metode Åtte deltakere Delvis strukturert individuelle intervjuer.	Tiltak som fremmer søvn: <ul style="list-style-type: none"> ● Planlegging og forebygging. ● Tilpassing av miljømessige forhold. ● Bruk av sovemedisiner og smertestillende. ● Omsorgsfulle samtaler.
Nurses' experience of hospitalised patient's sleep in Sweden: a qualitative study. (Gellerstedt, Medin, Kumlin & Karlsson, 2015)	Sykepleiere som jobber på sykehus	Beskrive sykepleiernes opplevelser av pasientens søvn og deres oppfatninger av tiltak for å fremme søvn.	Kvalitativ metode 22 deltakere. Individuelle og gruppeintervjuer. Strukturerte spørsmål.	Helsesystemet er ikke organisert på en måte som fremmer søvn. Flere sykepleiere har ikke nok kunnskaper om søvn. Samtaler fører til trygghet og ro hos pasienter. Flere sykepleiere planlegger natten som et tiltak for å fremme søvn.
Stoisk omfordeling av søvn- en grounded theory studie om eldre pasienters opplevelse av søvn i medisinske sengeposter på sykehus. (Kyte, Natvig & Giske, 2015)	Eldre pasienter på medisinske sengeposter	Få større innblikk i hvilke opplevelser eldre pasienter har av søvn på medisinske sengeposter, og hvordan de håndterer situasjonen.	Kvalitativ metode Åtte deltakere Dybdeintervjuer med både åpne og spesifikke spørsmål	Eldre pasienter forsøker i stor grad å håndtere søvnproblemer på egenhånd. På den måten oppnår de verdighet og selvstendighet. Søvn ble ofte nedprioritert av pasientene, og de måtte sove når muligheten bydde seg. Pasientene har ikke kunnskaper om at sykepleieren kan hjelpe. Søvnhemmende forhold: Personlige forhold, dårlig kvalitet på sengen, støy og avdelingens rutiner. Søvnfremmende forhold: Tidligere innleggelser, enerom og selvstendighet.

Vedlegg 4: presentasjon av artikler