

Shereen Khalil Uoso

HVORDAN FORKLARER SOVEMEDISIN BRUKERE VALGET OM Å BRUKE BENZODIAZEPINER OG Z-HYPNOTIKA MOT SØVNPROBLEMER FREMFOR IKKE-MEDIKAMENTELLE TILTAK

Masteroppgave i Farmasi - masterstudium

Veileder: Professor John-Arne Skolbekken

Februar 2023

Shereen Khalil Uoso

HVORDAN FORKLARER SOVEMEDISIN BRUKERE VALGET OM Å BRUKE BENZODIAZEPINER OG Z-HYPNOTIKA MOT SØVNPROBLEMER FREMFOR IKKE- MEDIKAMENTELLE TILTAK

Masteroppgave i Farmasi - masterstudium
Veileder: Professor John-Arne Skolbekken
Februar 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for klinisk og molekylær medisin



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Med denne masteroppgaven avslutter jeg min toårige master utdanning i farmasi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Årene ved universitetet har bidratt til mye ny kunnskap og nye perspektiver, og det har åpnet for nye interesseområder og bidratt til valg av tema for denne masteroppgaven.

Jeg vil først og fremst takke alle deltakerne i studien som tok seg tid til å delta i intervjuene. Jeg vil veldig gjerne uttrykke min takknemlighet til professor John-Arne Skolbekken, for all veiledning, støtte og instruksjon han ga meg gjennom hele masteroppgaven. Jeg vil også gjerne takke Fakultetet for medisin og helsevitenskap for å ha gitt meg ressursene til å
forfølge masterstudiet.

Videre ønsker jeg å takke Boots apotek Medicus som ga meg muligheten og lokalet til å gjennomføre intervjuene. Takk til min venninne og medstudent, Amina, for tips og annen hjelp i skrivingen av masteroppgaven.

En spesiell takk til min mann, Rasheed Shaban, for tålmodighet, hjelp, gode diskusjoner og all støtten i denne prosessen. Og stor takk til familien min som har støttet meg gjennom alle år i farmasistudiet.

Sammendrag

Legemiddelbehandling og forebygging av sykdommer og plager har bidratt til at mennesker i vår del av verden lever lengre og med bedre helse enn tidligere. Det har vært en jevn økning i salget av legemidler i Norge. Økningen reflekterer en global utvikling, hvor bruken av legemidler er tiltakende. I denne utviklingen ligger også en mulighet for overforbruk av legemidler. Hva som utgjør et overforbruk, er diskuterbart. Denne studien omhandler valg av sovemedisiner framfor andre behandlingsalternativ.

Søvnproblemer, forstyrrelse av nattlig søvn, betyr at man ikke faller i søvn, sover avbrutt eller våkner for tidlig. Det er svært vanlig i befolkningen. Hyppigheten varierer med alder og kjønn, hvor eldre plages mer med søvnproblemer og flere kvinner enn menn opplever søvnproblemer. Slike problemer påvirker funksjonsnivået både på arbeid og privat. Det brukes ofte legemidler mot søvnproblemer. Det finnes noen sovemedisiner som gir innsovnings effekt mens andre har mer langtidsvirkning og har dermed god effekt mot nattlige oppvåkninger. De kan være nyttige ved akutte søvnproblemer, men anbefales ikke bruk over lang tid. Ikke-medikamentell søvnbehandling er en alternativ behandling. Forskning viser at ikke-medikamentell behandling gir bedre resultater både på kort og lang sikt.

Et problem oppstår hvis pasienter lærer at de må ta sovemedisin for å sove i stedet for å forstå at søvn er noe de selv kan ha kontroll over. Folk er mer bevisste på hva som finnes av sovemedisiner og deres effektivitet, og for noen kan det være det første de ønsker å bruke når de sliter med søvn. Medikalisering og Farmakalisering er prosesser beskrevet i sosiologisk litteratur. Konseptet medikalisering har gitt opphav til betydelig diskusjon i samfunnsvitenskapene, med fokus spesielt på utvidelsen av medisinsens grep over kroppene våre gjennom omdefinering av sosiale fenomener til individuelle biologiske problemer. Sammenlignet med medikalisering er farmakalisering fremdeles et lite brukt konsept. Det handler om behandling av folks tilstander med ulike behandlingsalternativer. Hensikten med denne studien er å øke kunnskapen om pasienters valg av sovemedisin som terapiform framfor ikke-terapeutiske alternativer for å bringe mer forståelse av det sosiologiske begrepet farmakalisering.

Abstract

There is increasing use of sleeping pills in Norway and around the world, and this can be linked to the sociological phenomenon of the pharmaceuticalization of sleep. This study explores how drug users explain their choice to use benzodiazepines (BNZ) and Z-hypnotics for sleep difficulties over other non-drug measures. Data for this study were collected by conducting semi-structured in-depth interviews with ten participants who were recruited in a Norwegian pharmacy. Included patients were all over 18 years old, who were recruited when they collected their sleeping medication at the particular pharmacy. Reflexive thematic analysis was used to analyze and present the findings. Several reasons emerged for the use of such sleeping pills, and that the sleep problems were mainly caused by other conditions. Half of the participants used the sleeping pill without having tried any alternative non-drug measures beforehand, and they showed little willingness to try it after this study. The other half had tried some non-medicinal measures, and there was variation between those who think those measures did not help, and those who want to stop taking the medicine and try those measures again. Phenomena such as the lending of sleeping pills and the easy access to obtaining a prescription from the doctor have contributed to the increasing use of such medicines. Problems such as addiction and the development of tolerance seem to occur, especially with long-term use of the sleeping pills. But these have little influence on the choice patients make between medicinal or non-medicinal measures, as most people here choose the medical treatment anyway. In conclusion, some patients need extra guidance in relation to what non-medicinal solutions are available, and others just need additional information about the hypnotic they are taking and to minimize overuse. It is not necessarily only one of the ways that is right for that patient, but sometimes a combination between them will be closer to the optimal treatment method. There is no one-size-fits-all formula, and the level of pharmaceuticalization should be adjusted based on the individual's history.

Forkortelser

Z-hypnotika:	benzodiazepinlignende innsovningsmidler
BNZ:	benzodiazepiner
DDD:	definert døgndose
ADHD:	oppmerksomhets-/konsentrasjonsvansker
OTC:	over the counter
EEG:	elektroencefalogram
REM:	rask øyebevegelse
NREM:	ikke-rask øyebevegelse
GABA:	gammaaminosmørsyre eller -butansyre
CNS:	sentralnervesystemet
OSA:	obstruktiv søvnapné
CSA:	sentral søvnapné
RLS:	restless legs syndrome
SCT:	stimuluskontroll terapi
T1/2:	halveringstid
DTCA:	Direkte-til-forbruker-annonsering

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	2
Abstract	3
Forkortelser	4
Innholdsfortegnelse	5
1 Bakgrunn	7
1.1 Problemstilling	9
1.2 Medikalisering	10
1.3 Farmakalisering	12
1.3.1 Farmakaliseringens sosiale dimensjoner	13
1.4 Farmakalisering og medikalisering	15
1.5 Søvn	16
1.5.1 Søvnens biologi	17
1.5.1.1 Søvnfaser	18
1.5.2 Søvnens psykologi	20
1.5.3 Søvnens sosiologi	21
1.5.4 Søvn- Ei kulturhistorie	22
1.6 Søvnproblemer	24
1.6.1 Medikalisering av søvn	26
1.7 Behandling av søvnproblemer	28
1.7.1 Ikke-medikamentell behandling	28
1.7.2 Medikamentell behandling	29
1.7.2.1 Medikamentell forbruksstatistikk	32
1.7.2.2 Misbruk og avhengighetsproblematikk	33
1.7.3 Farmakalisering av søvn	34
2 Metode	36
2.1 Valg av metode	36
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	36
2.3 Rekruttering	36
2.3.1 Utvalgsstørrelse	37
2.4 Gjennomføring av intervjuene	38
2.4.1 Transkribering og databearbeidelse	38
2.5 Analyse	39
2.6 Forskningsetikk	41
3 Resultater	43
3.1 Konseptualisering av søvnproblemer	43
3.1.1 Søvnproblemer som et symptom av andre tilstander	44
3.1.2 Skiftarbeid og søvnproblemer	45

3.1.3 Underdiagnostisering av barn med søvnproblemer	46
3.2 Selv-rapporterte holdninger	48
3.2.1 Ikke-medikamentell behandling	48
3.2.2 Selv medikalisering og medikament utveksling	50
3.3 Lege-pasient forholdet	51
3.4 Fordeler og ulemper med hypnotika	54
3.4.1 Bruken av hypnotika	54
3.4.2 Rapporterte fordeler	56
3.4.3 Rapporterte ulemper	57
4 Diskusjon	60
4.1 Diskusjon av resultatene	60
4.2 Diskusjon av metode	65
4.2.1 Styrker og svakheter ved studien	66
4.2.2 Rekrutteringsmetode og utvalgsstørrelse	66
5 Konklusjon	69
6 Referanser	70
7 Vedlegg	77
Vedlegg 1: FHI's statistikk fra Reseptregisteret (eldre/ynge sovemedisin bruk)	78
Vedlegg 2: Intervjuguide	81
Vedlegg 3: Informasjonsskriv	85
Vedlegg 4: REKs godkjenning	88
Vedlegg 5: Eksempel på temautvikling	92
Vedlegg 6: Forbruk av Imovane kontra andre z-hypnotika og BNZ	93

1 Bakgrunn

Søvnproblemer er blant de vanligste helseplagene i befolkningen, og de fleste med psykiske lidelser får søvnproblemer som debutsymptom. Folkehelseinstituttet rapporterer at forekomsten av søvnproblemer øker hos unge voksne, kvinner og eldre (1). Søvnmengde og -mønstre varierer gjennom livsløpet avhengig av biologiske, sosiale og kulturelle faktorer (2).

Søvnproblemer utløses av ulike årsaker. Symptomene kan være like hos ulike pasienter, men årsaken kan variere. Mulige årsaker kan være depresjon, lungesykdom, nattlig vannlating, stoffskifteforstyrrelse, eller smerter, samt stress, bivirkninger av enkelte medikamenter og stort koffeininntak. For eksempel for å kunne slappe helt av, må nervesystemet roe ned. De med kroniske smerter har ofte mer aktive nervesystemer enn andre. Det samme gjelder ved stress situasjoner. Søvnproblemer medfører ofte dårlige mestringsstrategier og redusert livskvalitet. Det er dessuten forbundet med nedsatt kognitiv atferd og mental fungering. Dessuten øker langvarig søvnproblemer risikoen for å utvikle somatiske og psykiske plager (1).

Ikke-medikamentell behandling kan brukes ved langvarige søvnproblemer. Et godt råd for bedre søvn kan være å unngå å sove på dagtid. Det anbefales å unngå å oppholde seg i sterkt lys, ikke bruke pc eller mobil på soverommet, innarbeide en regelmessig rytme for å legge seg, unngå kraftig mosjon rett før søvn.. med mer (3). En alternativ tilnærming er kognitiv atferdsterapi som er verktøy for å lære å håndtere søvnproblemene sine. Det innebærer å forstå søvnproblemer samt kartlegging av søvnhygiene, vaneendring og stimuluskontroll, en støttende indre samtale og å oppsummere strategier for veien videre (4). Mange har også god hjelp av avspenningsøvelser, yoga og hjelpemidler som snorkemiddel eller beroligende musikk. Reseptfrie legemidler og kosttilskudd kan forsøkes ved lette søvnproblemer. Tradisjonelt plante baserte legemidler som lunixen, sedix og valerina kan kjøpes på apotek uten resept, men bør brukes kun i korte perioder. Det samme gjelder melatonin holdige kosttilskudd som kan brukes ved innsøvningsvansker (5).

Det fins ulike reseptbelagte sovemedisiner kalt hypnotika som gjerne skal brukes ved akutt søvnproblemer og i lavest mulig terapeutisk dose. Benzodiazepinderivater med virkestoffet Nitrazepam er en gruppe legemidler som virker beroligende, muskelavslappende og søvninduserende. De er gode og effektive legemidler dersom de brukes som de skal: ved akutte søvnproblemer i en kort periode, med tanke på deres vanedannende effekt og misbruksfaren.

Denne legemiddelgruppen har dessuten flere bivirkninger som døslighet, svekket konsentrasjonsevne, forvirring, og muskelsvakhet, som pasienter bør være klar over før de tar legemidlet i bruk (6). Benzodiazepinlignende hypnotika (Z-hypnotika) med virkestoffene zolpidem og zopiklon er veldig lik BNZ og kan brukes om hverandre på de ulike indikasjonene. Z-hypnotika, er også søvnfremkallende og muskelavslappende, men har mindre angstdempende effekt sammenlignet med BNZ (7). Førstegenerasjons antihistaminer med virkestoffene alimemazin og prometazin kan også brukes som sovemedisiner, men har begrenset dokumentasjon. Fordelen er at de ikke fører til misbruk. Melatoninholdige preparater regulerer døgnrytmen og kan benyttes ved døgnrytmeforstyrrelse. Det er gjort få undersøkelser på bivirkninger, sikkerhet og langtids effekter, og bidrar til at noen leger er restriktive i forskrivningen av dem. De finnes i lave doser reseptfritt. I tillegg kan antidepressiver benyttes som sovemedisin, da de har denne egenskapen (8).

FHI's statistikk fra Reseptregisteret viser at eldre bruker langt mer reseptbelagte sovemedisiner enn yngre (se vedlegg 1) (9). BNZ og Z-hypnotika er klassifisert som B-preparater. De er vanedannende og fører til toleranseutvikling, samt risiko for abstinenssymptomer motsatt de andre reseptbelagte sovemedisiner (10). Spesielt eldre er sårbare for slike medisiner. Økt sykkelighet, polyfarmasi, fysiologiske aldersforandringer og funksjonstap øker risikoen for bivirkninger og negative effekter av legemiddelbehandlingen (11). Det er rapportert at flere ikke vil ta slike medisiner fordi de er redde for å bli avhengige og andre krever slike medisiner uten å ha indikasjon. Folkehelsen kan påvirkes negativt av overdreven bruk av slike legemidler, og det er viktig med rett bruk av rett medisin for den enkelte pasienten (12). Det er derfor interessant å se på forklaringene til at slike sovemedisiner brukes fremfor de ikke-medikamentelle alternativene som er nevnt ovenfor. Dette kan bidra til at det tas klokere valg når det gjelder legemiddelbruk med tanke på å redusere bruk av legemidler som pasienter ikke har nytte av. For helsepersonell vil det være nyttig når det gjelder å tilby behandlingalternativer for pasienten.

Z-hypnotika og BNZ er godt kjent til å ha god effekt på søvnproblemer, men bruk av slike sovemedisiner har en del uheldige effekter og bivirkninger. Atferdsmessige og psykologiske intervensjoner for søvnproblemer er minst like effektive som legemiddelbehandling. Likevel er Z-hypnotika og BNZ bruken i Norge veldig utbredt og er dette behandlingalternativet som oftest blir tilbudt pasienter med søvnproblemer. Det er et vanskelig valg at pasienter velger å bruke legemidler med negative bivirkninger for å kunne sove (13). Hvorvidt søvnproblemer

anses som medisinsk tilstand og videre underlegges medisinsk intervensjon, blir behandlet i denne masteroppgaven. Det kan ligge fullstendig forskjellige type årsaker bak legemiddelbrukerens valg for hvert individuelt tilfelle.

1.1 Problemstilling

Basert på det som er beskrevet på bakgrunnen, har jeg formulert følgende problemstilling:

Hvordan forklarer sovemedisin brukere valget om å bruke benzodiazepiner og Z-hypnotika mot søvnproblemer fremfor andre ikke-medikamentelle tiltak.

1.2 Medikalisering

Medikalisering er kjent som prosessen hvor personlige eller sosiale tilstander som tradisjonelt anses som ikke medisinske, defineres og behandles som medisinske tilstander og gjøres til gjenstand for medisinsk intervensjon. Et økende antall vanlige livsprosesser er blitt medikalisert, som angst, infertilitet, overgangsalder, og aldring. Medikalisering fører til økt sykkelighet og at flere klassifiseres som syke, og flere føler seg syke som følge av prosessen. Medikalisering kan være skadelig, men det pågår en stor debatt om hva som er positive og negative utslag av medikalisering (14).

Det har vært en stor vekst av medikalisering over forholdsvis kort tid. Veksten er ikke bare et resultat av medisinsk kolonisering eller en forretningsinteresse for å øke antall pasienter. Det har parallelt vært en reduksjon av folks toleranse for milde symptomer. Dette fremmer at skjulte tilstander som er fysisk tunge og isolerte symptomer omklassifiseres til sykdommer og faktisk behandles. Farmasøytisk industri, pasienter og andre brukere har i senere årene begynt å spille en viktig og relevant rolle innen medikalisering. De prøver å få sosiale fenomener eller psykologiske situasjoner akseptert som sykdommer for å fremskaffe behandling og andre goder som kan følge av en sykdomsdiagnose (15).

Begrepet medikalisering har over tid endret seg fra å være et sosiologisk begrep til å bli brukt også av andre akademiske disipliner. Ulike disipliner som økonomer, leger og språkvitere har publisert studier om medikalisering. Et eksempel på det er tilfelle av oppmerksomhets-/konsentrasjonsvansker (ADHD). Denne tilstanden ble sterkt medikalisert, og senere førte det til at diagnosen og behandlingen utvidet seg på internasjonalt nivå. ADHD er en vel etablert diagnose i dag, men den er samtidig svært omstridt som et av de meste debatterte eksemplene på tvilsom medikalisering (14).

Medikalisering har sine lyse og mørke sider. Blant annet risiko forbundet med overmedisinering som helseskader forårsaket av feil behandling eller overdiagnostisering og helserisiko knyttet uønskede bivirkninger av medisinen som brukes. Den kan også få økonomiske konsekvenser, gjennom konstruksjonen av en sykdom som krever behandling og bruk av private og offentlige penger. Individuer bruker mer penger på å bli diagnostisert og kjøpe den egnede behandlingen og det offentlige bruker penger på å få medisiner markedsført.

Penger kan også sløses bort på å behandle sykdommer som er konsekvenser av feilmedisinering, som er de største kostnadene. I tillegg kan man merke psykologiske effekter av medikalisering ved at individer føler seg mer syke og det skaper press for å tilpasse seg gjeldende standarder (16).

Samtidig kan medikalisering by på fordeler hvis den er veldefinert og anerkjent. Fordi flere kan føle seg komfortable med å fortelle om helseproblemet de har hatt, og endelig kan få hjelp til det. Når det gjelder helseeffekter grunnet medikalisering kan akutte sykdommer behandles på sykehus under kontroll for å minimere feilmedisinering. Hvis en tilstand offisielt anerkjennes som sykdom, kan individer få gode økonomiske fordeler for den hjelpen de får av behandlingen, via refusjonsordninger eller helseforsikring. Mens for psykologiske effekter, kan pasientene få muligheten å forstå årsakene til tilstanden deres og se at de ikke er de eneste som lider av den (16).

Legemiddelindustrien jobber for utvidelse av diagnostisering for å hjelpe folk, men også for å høste økonomiske fordeler. Det brukes en rekke verktøy for å øke forbruket av medisiner, blant annet å endre måten vi tenker på sykdommer for å fremme behandling for dem. Strategiene som blir brukt for å nå det er for eksempel:

- medikalisering av vanlige plager, som i tilfellet skallethet
- å se milde symptomer som alvorlige, som ved mild forstoppelse
- å anse sosiale eller personlige problemer som medisinske, som ved fobier
- å ramme tilstander med høy prevalens og hvorvidt det er et medisinsk problem som i tilfelle erektil dysfunksjon

Disse strategiene kan være fornuftige men samtidig diskuterbare. Fordi det er vanskelig å trekke bestemte konklusjoner som for eksempel “forstoppelse er ikke sykdom og bør ikke behandles”. Det er komplekse prosesser som i dag styrer hva som bestemmes som sykdom eller lidelse. Den farmasøytiske industrien kan påvirke folks oppfatning av sykdommer ved for eksempel å overdrive effekt og sikkerhet påstander om produkter, eller spre ikke validerte data om utbredelsen av en sykdom (16).

Senere i tiden ble den medisinske profesjonen forbigått gradvis i forbindelse med farmasøytisk legemiddel valg, kjøp og bruk. På den måten at flere og flere medisiner etter hvert ble klassifisert som -over the counter (OTC)- som kan kjøpes uten resept. Denne overgangen ga

medikalisering-teorien mindre innflytelse i å gi tilstrekkelig forklaring på bruken av ikke-reseptbelagte medisiner for deres. Da kom behovet for et nytt begrep som kan fange opp og forklare slike fenomener bedre, nemlig farmakalisering. Dette nye begrepet blir behandlet og nærmere studert i neste avsnitt.

1.3 Farmakalisering

Legemiddelbruk i samfunnet er blitt studert av sosiologer i mange år. Legemidler spiller en økende rolle i folks liv gjennom en prosess som sosiologer kaller farmakalisering. Begrepet farmakalisering kommer fra empiriske samfunnsvitenskapelige analyser av produksjon, distribusjon og bruk av legemidler. Medisinske sosiologer som Simon Williams, Jonathan Gabe og Paul Martin har definert farmakalisering som " 'translation or transformation of human conditions, capabilities and capacities into opportunities for pharmaceutical intervention' " (17). Tilsvarende definerer John Abraham det som " 'the process by which social, behavioural or bodily conditions are treated or deemed to be in need of treatment, with medical drugs by doctors or patients' " (18).

En av de viktigste forskjellene mellom disse to definisjonene er at den første er bredere, fordi den anerkjenner viktigheten av farmakologiske intervensjoner både av medisinske og ikke-medisinske årsaker. Med andre ord antyder den at farmakalisering ikke bare er begrenset til bruk av farmasøytiske produkter som er foreskrevet av leger for behandlingsmål, men at det også må vurdere ikke-medikamentell behandling, av livsstils endringer eller andre forebyggende tiltak. Dermed vil det som ligger utenfor medisinsk praksis, eksempelvis kosttilskudd, nikotinerstatnings midler, og andre lignende produkter være inkludert i farmakaliserings prosessen (19). Det er dermed denne definisjonen som blir videre behandlet i denne teksten.

Legemidler forskrives ut fra ulike formål. Det kan være for å behandle eksisterende sykdom eller problemer som fører til at individet føler seg uvel. Her er velvære og sosial funksjon det sentrale målet med forskrivningen. Forskrivere kan basere sine diagnoser på biologiske prosesser som blodtrykksmåling, puls, temperatur, eller andre blodverdi målinger. Hvis sykdommen defineres som kronisk, kan legemidler bli brukt av individet resten av livet. Det er allment anerkjent at enkelte legemidler brukes for mye, noe som øker helsetjenestekostnadene

og kan ha negative konsekvenser for enkeltpersoner på grunn av bivirkningene de opplever, og for samfunnet for øvrig (20).

Det er imidlertid en annen vanlig årsak til forskrivningen, til forebyggende formål for å redusere risikoen for mulig fremtidig sykdom. Her vurderes det at et individ muligens kan få en sykdom på grunn av tilstedeværelse av en eller flere risikofaktorer, selv om individet kan utføre sine daglige gjøremål på normalt vis. Før i tiden var kostholdsendringer, mosjon og røykeslutt, de vanligste forebyggende tiltakene, men i dag finnes det flere forebyggende medikamentelle tiltak for ulike sykdommer. For eksempel forskrives kolesterolsenkende midler for de med høyt blodtrykk og diabetikere for å redusere risikoen for hjerneslag og hjerteinfarkt. Den medisinske beslutningen om slik forskrivning baseres på observerte biomarkør-verdier i blodet. Fordi i dag brukes medikamenter av flere og for flere indikasjoner som en del av behandlingsstrategi, øker medisin forbruket. Disse prosessene har da direkte ført til utvidelse av farmakalisering-prosessen (21).

1.3.1 Farmakaliseringens sosiale dimensjoner

Farmakalisering kan forstås av fem dimensjoner som er konkurrerende. De dimensjonene er; medikalisering, biomedisinsk kunnskap/farmakologi, markedsføring, forbrukerisme/legemiddelforbruk og regulerings ideologi eller politikk.

Biomedisinsk kunnskap forklarer vekst i medikamentell behandling som et resultat av økende helsebehov og økt kapasitet til å finne opp nye farmasøytiske løsninger for nye eller etablerte sykdommer. Det vil si at biomedisinsk kunnskap er eksplisitt knyttet til tilfredsstillende av helsebehov, mens farmakalisering ikke nødvendigvis er det. Forskere innen biomedisin påstår at økende farmakalisering fører til mer sensitiv klinisk diagnostikk. Det betyr at farmakalisering gjør det lettere å oppdage flere mennesker som trenger behandling. Biomedisinsk kunnskap er ikke en uttømmende forklaring for økt farmakalisering. Spesielt ikke ved oppdagelse av medikament som medfører betydelige terapeutiske fremskritt, som reduserer bruken av andre medikamenter som har fått en bedre erstatning (18).

Forbrukerisme/legemiddelforbruk er ikke nødvendigvis en driver for økende farmakalisering. Det finnes to typer forbrukerisme -skadebasert forbrukerisme og tilgangorientert

forbrukerisme. Den førstnevnte illustreres gjennom at pasienter som tror de er blitt skadet av medisiner og starter rettssaken mot legemiddelprodusenten. Skade forbrukerismen er uttrykk for økt tvil om sikkerheten til legemidlet og kan dermed medføre redusert farmakalisering. Tilgangsorientert forbrukerisme derimot, øker farmakalisering. Det er fordi den involverer pasientgrupper som søker raskere tilgang til nye legemidler så fort de godkjennes av myndighetene. Fokuset her er på forventninger om legemidlets effekt snarere enn sikkerheten (18)

Helsemyndigheter kan også spille en viktig rolle innen farmakalisering og eskaleringen av den i samfunnet. Myndighetene anser beskyttelse av befolkningen mot akutte smittsomme sykdommer som en kjernedel av sitt nasjonale oppdrag. En av de viktigste måtene helsemyndighetene prøver å motvirke smittsomme sykdommene på, er ved å anskaffe og lagre en rekke medisinske mottiltak som antivirale midler, vaksiner, antibiotika og anti-toksiner (22).

Medikalisering er en viktig ledd av økt farmakalisering. Fordi helsetilstander blir oppfunnet og fører direkte til økt etterspørsel etter behandling med farmasøytiske produkter. Farmakalisering beskriver en situasjon der et gitt fenomen ikke bare begynner å bli sett på som et medisinsk problem, men også som et problem som krever behandling med legemidler. Medikalisering er en nøkkel mekanisme for farmakalisering, samtidig som deregulerende statlig politikk og økt forbrukerisme fremmer utvikling og forbruk av legemidler. Politikk og markedsføring har lite med medikalisering-farmakaliserings komplekset å gjøre fordi de påvirker farmakalisering uten medikalisering. Bransjekampanjer kan virke for å pålegge forbrukere å anerkjenne eksisterende medisinske kategorier som nødvendigvis trenger flere og bedre medisiner for å forbedre tilstanden. Tilsynsmyndighetene selv har faktisk også spilt en rolle i å øke antallet medikamenter som er tilgjengelige på markedet (23).

1.4 Farmakalisering og medikalisering

Medikalisering har lenge vært anerkjent som en prosess hvor ikke-medisinske tilstander omdefineres til medisinske tilstander eller sykdommer. Dominansen av den medisinske profesjonen i samfunnet har ført til vekst folk som trer inn i sykerollen, medisinske tilstander og påfølgende medikamentell behandling. Farmasøytiske selskaper anses etterhvert som viktigere enn leger som drivere av medikaliserings-prosessen. Dermed et nytt konsept er nødvendig for å fange opp den økende betydningen av legemidler som en spesifikk form for medisinsk behandling, også på områder som ikke er medikalisert. Av den grunn er det argumentert for at farmakalisering og medikalisering er to prosesser som bare delvis er overlappende (16).

Farmasøytiske selskaper har vært med på å markedsføre sykdommer som en strategi for salg av legemidler, noe som bidro til økt medikalisering. Direkte annonsering av legemidler til forbrukere er forbudt i de fleste land. Likevel, virker den økte bevisstheten om hva medisiner som finnes på markedet og åpenheten om legemiddelbruk blant folk, som en slags annonsering for medisiner. Dette har forskere merket fordi legemidler som lenge har vært på markedet, men bruken av dem har bare økt når bevisstheten for diagnosen økte. Beslutninger om å velge medisiner i stedet for ikke-medikamentelle tiltak har merket en økning etter annonsering (18).

Til tross for at det er nære koblinger mellom prosessene, er det flere forskjellige områder som rettferdiggjør at farmakalisering behandles som et eget begrep. Farmakalisering kan finne sted uten utvidelse av medikalisering, fordi bruken av noen medikamenter kan øke for å behandle eksisterende medisinske tilstander, noe som ikke medfører ny transformasjon av en ikke-medisinsk problem til et medisinsk problem, som det kreves ved medikalisering. Farmakalisering kan innebære endringer mellom behandlingsregimer for en tilstand som allerede er medikalisert eller som ikke trenger å bli medikalisert. For eksempel gjennom en overgang fra psykoterapi til medikamenter for en allerede eksisterende sykdom (24).

Farmakalisering kan skje uten medikalisering fordi farmasiindustrien utvikler seg raskt og vi får stadig flere farmasøytiske produkter som markedsføres, deriblant reseptpliktige legemidler og reseptfrie legemidler for egenomsorg og livsstil. Enkelte prosesser som omklassifisering fra reseptpliktige til reseptfrie legemidler kan gi økt farmakalisering, men reduserer

medikalisering. Fordi da blir den medisinske tilstanden legemidlet ble brukt til, sett på som tilstand som kan løses med egenbehandling. Det er derfor behov for begrepet farmakalisering og det blir ikke riktig å se på det bare som nyere versjon av medikalisering. Farmasøytiske selskaper har involvert erfarne fagpersoner i produktutviklingen og til å snakke positivt om produktet. Dette bidrar til farmakalisering men ikke nødvendigvis medikalisering. Firmaer har også strategier for å hindre spredning av kritikk om deres produkter. Til sammen bidrar disse strategiene til økt forskrivning mengde og farmakalisering. Firmaene kan også forsøke å hindre publisering av kritiske data for samme mål (25).

Verdien av farmakalisering har altså ikke bare å gjøre med de tilfellene som strekker seg utover medikalisering. I tilfelle behandling av dårlig søvn kan dette skje ved at de som har tilstanden prøver kosttilskudd og yoga som en del av ikke-medikamentell behandling uten å se på tilstanden deres som en sykdom. Tilstanden kan ofte anses som et symptom på en annen lidelse. Ved å bare se på forskrivning av reseptbelagte hypnotika, gir bare et delvis bilde av farmakalisering av søvnproblemer. Man bør også se på bruken av andre alternativer som ikke-reseptbelagte produkter. Farmakalisering har derfor en tydelig verdi når det gjelder å rette oppmerksomheten, i dette spesielle tilfellet, mot viktig dynamikk som skjer innenfor og om ikke utenfor medikaliseringen av søvnproblemer (26).

Prosessene medikalisering og farmakalisering bør studeres på hver enkel tilstand og tilfelle. Søvn er blant de tilstandene som er diskuterbar i hvorvidt den har blitt medikalisert og hvordan den blir farmakalisert. Disse momentene vil bli behandlet i kommende avsnitt. De blir også diskutert basert på funnene av denne studien senere i teksten.

1.5 Søvn

Søvn er en kompleks prosess, og en tredjedel av livet går med til å sove. Selv om behovet for søvn er klart, kan vitenskapen ennå ikke forklare nøyaktig hensikten med nattlig hvile. Søvn hjelper mennesker med å håndtere livet, holde seg friske og samle energi. Søvn består av ulike stadier som gjentas flere ganger hver natt. Selv om man tror man hviler mens man sover, forblir hjernen aktiv deler av natten. Hver søvnfase er viktig for å sikre at sinnet og kroppen er uthvilt. Enkelte stadier hjelper med hvile og energi, men andre stadier hjelper med å lære og danne minner. Søvn er i tillegg viktig for at kroppens systemer skal fungere, viktigst er

immunsystemet og stoffskifte. Den kan også hjelpe kroppen med å fjerne giftstoffer fra hjernen som bygger seg opp i våken tilstand (27).

Mengder og mønstre av søvn, er kjent for å variere gjennom livsløpet, fra spedbarn til alderdom. Det i seg selv et komplekst produkt av biologiske, sosiale og kulturelle faktorer. Søvn kan ikke enkelt eller uproblematisk sidestilles med å legge seg, ta hvile, lukke øynene, eller for den saks skyld drømme. En betydelig mengde energi brukes på søvn, inkludert tankeskifter, transformasjoner i hjerneaktivitet og den fortsatte ytelsen til en rekke andre fysiologiske funksjoner som hjerterytme og respirasjon. Redusert kvalitet på søvn har konsekvenser både på kort- og lang sikt. De kortsiktige konsekvensene er at man kan få problemer med læring, fokus og bearbeiding av informasjon, mens på langsiktige konsekvenser er skadelige effekter på helse og velvære. Det viser seg at en time mindre søvn hver dag kan gjøre det vanskelig å fokusere neste dag, og at man reagere langsommere på ulike hendelser. Utilstrekkelig søvn gjør mennesker lettere irritert eller sint og kan føre til problemer i forhold, og øker risikoen for å bli deprimert. Ikke minst kan dårlig søvn gi helsemessige konsekvenser som økt risiko for høyt blodtrykk, hjertesykdommer og andre medisinske tilstander (28).

1.5.1 Søvnens biologi

Søvn er en viktig, velorganisert prosess regulert av komplekse systemer av nevralt nettverk og neurotransmittere. Søvn har en viktig rolle i reguleringen av sentralnervesystemet og kroppens fysiologiske funksjoner, regulerer metabolisme, katabolisme, temperatur, læring og hukommelse. Søvn er en tilstand av dyp hvile i kroppen. Under søvn svekkes kroppens motoriske og intellektuelle funksjoner. Dette betyr at kroppen reagerer mindre på sensoriske stimuli enn den gjør i våken tilstand (29).

Til dels reguleres søvn syklusene av nervesystemet, spesielt av en struktur i hypothalamus som kalles den suprachiasmatiske kjernen. Det retikulære aktiverende systemet, et aggregat av celler i den sentrale delen av hjernestammen. Andre områder i medulla og thalamus har også vært involvert i kontroll av søvn og oppvåkning. Når man sover, endres responsen på miljøstimulering og produserer ulike nivåer av bevissthet. Flere typer systemer kan registrere kroppslige endringer, inkludert aktivitet i hjernen, muskler og øyne, som oppstår under søvn. Et elektroencefalogram (EEG) er en registrering (laget ved å feste elektroder til hodebunnen og ansiktet) av mønstre av hjerneaktivitet i perioder med søvn og/eller våkenhet. EEG-

registreringer brukes til å studere søvn prosessen. Registreringer av aktivitetsmønstre under søvn er forskjellige fra de som er oppnådd i perioder med våkenhet (30).

Mennesker har et naturgitt behov for en viss mengde søvn for å fungere. Antall timer voksne mennesker har behov for å sove i døgnet varierer fra person til person, men likevel sover de fleste nordmenn i dag mellom seks og ni timer i løpet av døgnet. Det nyfødte barnet har forholdsvis regelmessige vekslinger mellom søvn og våken tilstand. Intervallene fordeler seg nokså jevnt i løpet av døgnet, med tre-fire timer mellom hver gang behovet for mat melder seg. Spedbarnets søvnrytme påvirkes i liten grad av samfunnsmessige behov, den struktureres i første rekke av biologiske behov for søvn og næring. Mens voksnes døgnytme i vår del av verden er det en lang sammenhengende periode for søvn og en lang periode i våken tilstand og den kan påvirkes av samfunnsmessige behov (31).

Søvnkvalitet, mengden dyp søvn, er minst like viktig som antall timer. Hvis en hviler i løpet av dagen, får en nok søvn, uansett hvor mange timer den sover om natta. I drømme opphører rom og tid, og kjente folk blander seg med ukjente i en rasende fart. Levende dør og døde blir levende, og dyr kan snakke. Vi veksler mellom de ulike stadiene av lett og dypere søvn gjennom ei natts søvn. I løpet av søvnperioden kan det inntreffe såkalt REM-søvn "rapid eye movement". Det er i REM-søvnen vi drømmer, og den kan derfor kalles drømmesøvn. Forskere mener at drømmene er et slags biprodukt av hjernens forsøk på å bearbeide erfaringer vi har gjort oss i våken tilstand. Siden vi lever i et samfunn hvor de fleste stoler mer på medisinsk vitenskap enn på tro, legges det mer vekt på naturvitenskapen enn kulturelle forhold. Det diskuteres om at drømmesøvn er viktig for hukommelsen, da de rare hendelsene vi ser i drømmene skyldes at vi prøver å huske noe som har skjedd. En går aldri i søvnen mens en drømmer, i motsetning til hva en skulle tro. Forklaringen på det er det at musklene er helt avspente. Ved dagdrømmer har man større mulighet for å skru bryteren på ved hjelp av bevisst vilje (32).

1.5.1.1 Søvnfaser

GABA er den primære hemmende neurotransmitteren i sentralnervesystemet (CNS), og det er godt etablert at aktivering av GABA-a-reseptorer fremmer søvn. Søvnfremmende nevroner i fremre hypothalamus frigjør GABA, som hemmer våkne-fremmede områder i hypothalamus og hjernestamme. Kroppens egen GABA-aktivitet er viktig for søvnen. GABA gjør det mulig

for kropp og sinn å slappe av og sovne, og sove godt gjennom hele natten. Lav GABA-aktivitet er knyttet til søvnløshet og forstyrret søvn (33).

Menneskekroppen går gjennom to stadier av søvn, (1) rask øyebevegelse (REM) og (2) ikke-rask øyebevegelse (NREM), som er videre delt inn i tre stadier, N1-N3. Hvert stadium og stadium av søvn inkluderer endringer i muskeltonus, hjernebølge mønstre og øyebevegelser. Kroppen går gjennom alle disse fasene omtrent 4 til 6 ganger per natt, med hver syklus i gjennomsnitt 90 minutter.

- N1 (trinn 1) - Lett søvn (5 %),

Dette er det letteste stadiet av søvn og begynner når mer enn 50 % av alfabølgene. Muskeltonus i dette stadium er til stede i skjelettmuskulaturen, og pusting har en tendens til å skje med en jevn hastighet. Dette stadiet varer rundt 1 til 5 minutter, og består av 5 % av total søvntid (34).

- N2 (trinn 2) - dypere søvn (45 %)

Dette stadiet representerer dypere søvn når hjerterefrekvens og kroppstemperatur synker. søvnsøylen spiller en viktig rolle i minne konsolidering, spesielt i deklarativ hukommelse. Søvn i trinn 2 varer i omtrent 25 minutter i den første syklusen og øker med hver påfølgende syklus, og utgjør til slutt omtrent 45 % av den totale søvnen (34).

- N3 (trinn 3)

I løpet av dette stadiet produserer hjernen deltabølger, som er veldig langsomme hjernebølger. Det er vanskelig for enkelte å våkne i løpet av denne fasen. Det er ingen øyebevegelser eller muskelaktivitet. Hvis en våkner, kan en føle seg urolig og desorientert i noen minutter (34).

Døgnrytmer begynner å utvikle seg ved omtrent to til tre måneders alder. Våkentiden øker i løpet av dagen og perioder med søvn om natten. I en alder av to måneder begynner progresjonen av nattesøvnen. Ved tre måneders alder begynner melatonin og kortisol å engasjere seg i døgnrytmer og NREM-søvnen begynner. På dette tidspunktet avtar REM-søvnen og går over til en senere del av søvnsyklusen. Den totale varigheten av NREM- og REM-søvnsyklusene hos voksne er vanligvis 50 minutter i stedet for 90 minutter. Ved 12 måneder sover babyer vanligvis 1-15 timer om dagen, og mesteparten av den søvnen skjer nå om kvelden, når bare én til to lurer er nødvendig. I alderen to til fem år reduseres den totale søvntiden som trengs hver dag med to timer, fra 13 til 11 timer. Ved seks år vil barn vise preferanser for døgn søvnfasen og ha en tendens til å bli en natteravn eller tidlig oppe (35).

Den totale søvntiden for ungdommer er 9-10 timer hver natt. På grunn av de ulike pubertets- og hormonelle endringene knyttet til pubertetens begynnelse, øker N2-fasetiden. I midten av puberteten er søvnighet på dagtid større enn i tidligere stadier av puberteten. Mens voksne har en tendens til å demonstrere tidligere søvntid, våkentid og redusert søvn. Eldre voksne har vist seg å våkne omtrent 1,5 time tidligere og sove en time tidligere enn yngre voksne. Når det gjelder kjønnsrelaterte søvnmønstre, har menn en tendens til å tilbringe mer tid i stadium N1 søvn og opplever flere nattlige oppvåkninger, noe som gjør dem mer sannsynlig å klage over søvnighet på dagtid. Kvinner sover i langsomme bølger lenger enn menn og klager oftere over vanskeligheter med å sovne. I tillegg øker søvnigheten på dagtid under svangerskapet og i de første månedene etter fødselen (36).

1.5.2 Søvnens psykologi

Mennesker utsetter søvnen, til tross for at de er slitne og vet at søvn er viktig. Nettene kan innimellom brukes for å studere eller jobbe, eller bare for å se på film eller bla gjennom sosiale medier i stedet for å hvile. Psykologi studier har vist at forstyrrelse av søvn kan føre til vektøkning, depresjon, diabetes og metabolske forstyrrelser. Selv om depresjonen ikke er forårsaket av mangel på søvn, er de fleste eksperter på søvnens psykologi enige om at mer hvile kan bedre tilstanden. Noen mennesker omtaler lur som "power nap", og andre tror å sove på dagtid bare er for de late. Det har vist seg at den optimale lur tiden er til 26 minutter. En to-timers lur kan føles hyggelig, men det kan ødelegge både søvnsyklusen og natt-planen (37).

Det er én ting å sovne, men å holde seg i søvn er noe helt annet. Selv om det kan være lett for noen mennesker å legge seg om kvelden, kan det oppstå problemer når mengden søvn de får ikke er så stor som den burde være. Avbrutt søvn som vedvarer i lang tid kan føre til søvnproblemer som kan påvirke resten av dagen og kan til og med utvikle seg til et kronisk søvnproblem som insomni (38).

Visse psykiske lidelser påvirker mengden søvn man får regelmessig. Tilstander som angst skaper en overflødig mengde frykt som påvirker hverdagen. Denne bekymringen og frykten kan gjøre det vanskelig for hjernen å gå inn i en rolig tilstand ved sengetid, noe som fører til et avbrudd i den normale søvn- og våken syklusen som kroppen burde få. Bipolar lidelse kan

også ha en effekt på søvnen. Det involverer episoder med ekstreme endringer i humør, fra høy- til nedture. Disse endringene kan være ganske forstyrrende for en persons hverdag, spesielt når det kommer til søvnen. I løpet av en høy manisk periode vil man føle seg mindre trøtt om natten. Men under en depressiv eller lav periode kan de sove for mye i mange timer. Denne ubalansen i søvnsyklusen har en dårlig effekt på kroppens indre klokke slik at den ikke vet når den skal sove og når den skal være våken (39).

Å ta inn spesielle mat eller andre stoffer kan ha negativ innvirkning på søvnkvaliteten. Det er en populær oppfatning at alkohol, for eksempel, kan hjelpe folk til å sove om natten, men å drikke alkohol rett før sengetid kan faktisk avbryte søvnen REM, som er den dypeste delen av søvnen der vi faktisk drømmer. Andre stoffer som nikotin og koffein vil øke hjertefrekvensen, noe som fører til at en person holder seg våken lenger og føler seg mindre trøtt. Dette forhindrer også en person i å få en god natts søvn, siden kroppen er i overdrift på grunn av koffein og nikotin (40).

1.5.3 Søvnens sosiologi

Søvn, ved siden av å være et biologisk/fysiologisk prosess, er også et historisk, sosialt og kulturelt fenomen. Det varierer rundt om i verden, både før i tid og nå, og mellom kulturer, hvordan vi sover, når og hvor vi sover, og hvilken verdi vi tildeler søvn. Når det gjelder diskusjon om søvn mellom partnere er det avhengig av hvem som yter omsorg for små barn om natten. Det er som oftest kvinner som står opp om natten for å håndtere små barns behov for bleieskift og mat eller trøste engstelige barn, selv om kvinnen også kan være tilbake i arbeid. Dette er knyttet til kvinnens emosjonelle arbeid med å bekymre seg for å dekke de nattlige behovene barna har. Derfor kan omsorgspersoner få tillegge seg en vane med å lytte i søvnfasen, sove lett eller få mareritter på grunn av overtenking. Men dette kan variere noe, avhengig av tid og sted, mellom kulturer og samfunnsklasser (41).

Søvn mønsteret er ytterligere avhengig av faktorer som kjønn, arbeidsstatus, sosial klasse, utdanning og sivilstatus. Arbeidsløse og andre sosialt utsatte søvnkvaliteten samt problemer med søvn kontinuiteten i moderne vestlige samfunn. De som er i arbeid, rapporterer bedre søvn enn de arbeidsledige. Folks egne definisjoner og forventninger angående den ideelle og tilstrekkelige søvnmengde vil også påvirke søvn mønstre. Personer med mer kontroll over livet sitt har flere muligheter tilgjengelig, og er de som generelt har bedre søvnkvalitet og mer optimal søvnlengde (42).

Fysiologiske endringer med alderen kan i tillegg påvirke søvnen. Dette kan inkludere reduksjon i styrke, økt skrøpeligheit kombinert med kroniske sykdommer, og for kvinner overgangsalderen for eksempel. Det er utbredte fortellinger om redusert søvn som følger med aldring og det er kjent blant eldre og de forventer det. Sosiale relasjoner med familie, har også en betydning for søvn. Personer kan ha trøblete søvn når de kommer i kontakt med familien sin hvor det foreligger anstrengte familieforhold. I tillegg kan livshendelser som skilsmisse, pensjonering og ekteskap også skape problemer med søvnen (42).

Basert på menneske kroppens fysiologi og hormoner er det forskjeller i søvnmønstre mellom menn og kvinner. Fokuset i moderne samfunn er mer rettet mot sosiale og kulturelle antakelser (hva det innebærer å være mann eller kvinne), posisjoner de blir plassert i. Koblinger mellom skilsmisse eller død og søvn påvirker kvinner mer enn menn, og som tidligere nevnt har kvinner i lang tid påtatt seg omsorgsrollen. Derfor er kvinners søvn mer utsatt for å forstyrres enn menn. Sosiologisk kunnskap peker på nye muligheter for å utforske de dynamiske sammenhengene mellom sosiale og biologiske faktorer angående søvn og søvnproblemer gjennom livsløpet (43).

1.5.4 Søvn- Ei kulturhistorie

Bjørn Sverre Hol Haugen beskriver ulike temaer rundt søvnens historie i boka hans *Søvn- Ei kulturhistorie*. Denne boken forteller historien om norsk kulturhistorie rundt 1700- og 1800-tallet. Alle rom har mange funksjoner og må tilpasse seg dagens endringer. Stuen brukes for eksempel til både matlaging og bespisning, og gir soveplass til mange mennesker. Opptil 17 personer fikk plass i stuen, med flere kjønn og generasjoner som delte rom. Ikke alle har en fast hvileplass. Husstiler og sengebyggeskikker varierte over hele landet. Eilert Sundt som var opptatt av historisk utvikling, reiste landet rundt og kartla arkitektoniske skikker og delte dem inn i ulike kategorier “Akershusisk Stue”, “Mandalske Stueform” og “jærhuset”. Vel så viktig er hans studier hvor han påviste at det ble født færre barn utenfor ekteskap der hvor menn og kvinner av tjenestefolket ble tilbudt å sove i separate bygg. Haugen valgte å følge ham og utdype hans erfaring. For eksempel var i den Akershusiske stua varmekilden som definerte hvordan resten av boligen ble organisert. Det var sengeplasser i stua. Ett og samme rom inneholdt både dagligliv, matlaging og søvn. I mange husholdninger skjedde det store omorganiseringer hver kveld, så alle som bodde der skulle få sengeplass. Mens sengene i den

Mandalske stueform var plassert to etter hverandre og bygd inn mot bakveggen i hovedrommet. Noen bygninger var med sengeloft også videre. Så veggen til vi fikk eget soverom for foreldre og enerom for hvert barn var lang og kronglete. Det var en tid hvis man hadde to rom og kjøkken var det status (44 S.15-60).

Det er erkjent at vi må sove et visst antall timer for å fungere, og denne kunnskapen forklarer gjennom ulike tider hvordan vi materielt har tilrettelagt for å skaffe oss de nødvendige hvile timene. Sengene er på den måten mangfoldige og varierte over tid. De eldste er de veggfaste sengene, de er høye og stigtrinn foran og kunne brukes som ekstra sitteplass. Senere ga innebygde senger avskjerming gjennom omheng av dører eller gardiner, og man kunne velge inkluderings graden av andre i sine egne omgivelser. Utstyret i sengene har variert mye både med tid og sosial status og funksjonalitet. Det var lagt mye kreativitet i seng utstyret siden senga var synlig i stua (44 S. 63-90).

Hus, senger, og klær ha hatt stor betydning, mens det i dag er vanlig at de fleste har hver sin seng og bare par som inngår i en eller annen følelsesmessig relasjon sover i fellessang og helst ei dobbeltseng. Derimot var det utbredt tidligere å dele langt smalere senger med andre. To og tre hver seng var veldig vanlig, helst av samme kjønn. Kjønn var uvesentlig når barn delte seng med voksne. For dem av befolkningen som var vant med å dele seng med andre, innebar samsøvingen visse fordeler. De utnyttet varmeressursen godt. Dagsrytmen varierer på tvers av historiske perioder og innenfor enhver historisk tidsramme. Søvnvarigheten varierte med gjentatte sesongvariasjoner gjennom den årlige syklusen. Søvn er tidsavhengig, men variasjoner knyttet til alder, kjønn og sosial status spiller også en rolle. Hvor døgnets vekslinger mellom dag og natt, lys og mørke er elementer i sesongvise variasjoner. Arbeidsdagen var delt inn i økter med faste måltider mellom. Etter måltidene var det satt tid for hvile. Hverdags døgnrytme var altså disiplinert etter arbeidets intensitet og lengde. I dag jobber vi færre dager per uke, vi har lange ferier og vi reiser over store avstander som medfører tidsforskyvning og endret søvnrytme for mange (44 S.193-205).

Det biologiske søvnbehovet viser stor elastisitet nå det underlegges kulturelle årsaker. Det viser seg at arbeidet var det viktigste premiss for organiseringen av døgnets hvile i form av søvn. Ved livets høytider ble søvnen påvirket, ved både fødsel, død og bryllup. Ved midten av 1800-tallet dannet det internasjonale kampen for åttetimersdagen for arbeiderbevegelsen. 1.mai 1892 delte arbeiderpartiet døgnen i tre ulike deler, åtte timer arbeid, åtte timer hvile og åtte timer

fritid. Følgende ble søvnen samlet til idealet om en sammenhengende nattlig hvile. Hvilen ble da en slags belønning som en oppnår ved endt arbeidsøkt (44 S. 273-290).

1.6 Søvnproblemer

Søvnforstyrrelser er tilstander som svekker søvnen eller hindrer å få god kvalitet på søvn, og som et resultat kan forårsake søvnighet og andre symptomer på dagtid. Fra tid til annen kan alle oppleve problemer med søvn. Man kan ha en type søvnforstyrrelse hvis man opplever regelmessig søvnproblemer, er ofte sliten på dagtid selv om vi har sovet i minst syv timer natten før, eller har nedsatt evne til å utføre vanlige aktiviteter på dagtid. Redusert søvnkvalitet og mengde kan føre til mer enn bare å føle seg sliten hvis det varer over lang tid. Det kan føre til forstyrret kognitiv funksjon, lærevansker hos barn, hukommelsessvikt i alle aldre, depresjon og personlighetsendringer. Personer med lite søvn opplever irritabilitet, vanskeligheter med å ta avgjørelser, har langsommere reaksjonstider og problemer med ytelse. Dette kan sette dem i fare for arbeidsrelaterte ulykker og ikke minst bilulykker. Søvn tap kan også være med utvikling av andre fysiologiske tilstander som diabetes, hjertesykdom og overvekt (45). Alle disse effektene av søvnmangel trigger at tilstanden blir medikalisert og at de som sliter med det oppsøker legene sine for hjelp.

Årsakene til søvnproblemer kan variere og likedan sluttresultatet. Det kan illustreres med at kroppens naturlige søvnsyklus blir forstyrret eller overdrevet. De faktorene som kan føre til søvnproblemer kan være fysiske (sår eller smerter kroppen), psykisk (depresjon eller angst), medisinsk (astma), genetisk (narkolepsi), miljømessig (alkohol) og andre faktorer som stress, aldring, bruk av medisiner og å jobbe nattskift (46). Symptomer på søvnforstyrrelse kan oppleves ulikt. Noen har vansker med å sovne om natten, våkner om natten, våkner tidlig, sovner mens de kjører, sliter med å holde seg våken når de er inaktive, har prestasjonsproblemer på jobb eller skole, har problemer med hukommelsen, gir langsomme svar, har problemer med å håndtere følelsene sine eller blir fortalt av andre at de ser søvnige ut (47).

Det finnes mange forskjellige typer søvnforstyrrelser. De fire mest kjente er insomni, søvnapné, rastløse ben syndrom og narkolepsi.

Insomni- er en tilstand av søvnforstyrrelse hvor folk har problemer med å falle i eller holde seg i søvn. Personer med insomni har ett eller flere av følgende symptomer; våkner ofte om natten og har problemer med å sove igjen, vanskeligheter med å sovne og våkner for tidlig om

morgenen. Insomni kan være kortvarig (akutt) eller langvarig (kronisk). Det kan oppstå av seg selv eller være assosiert med fysiologiske eller psykiske tilstander. Omtrent halvparten av voksne opplever periodiske anfall av insomni og 15-20% lider av kronisk insomni. Det kan komme og kan vare fra en natt til noen uker når det er akutt. Mens de som har kronisk insomni når en person sliter med søvn minst tre netter i uken i en måned eller lenger. Akutt insomni kan være forårsaket av stress av hendelser i livet som tap av jobb, død, eller flytting, støy, eller ekstreme temperaturer. Mens kronisk eller langvarig insomni kan være forårsaket av faktorer som kronisk stress, depresjon eller kroniske smerter. En betinget følelsesmessig respons kan være en vanlig årsak til kronisk insomni. Tanker og atferd som utvikler seg rundt søvnproblemet har en tendens til å forlenge insomni symptomer (48).

Insomni kan være primær (idiopatisk) eller sekundær (komorbid). Komorbid betyr at flere tilstander finnes side om side. Søvnløshet eksisterer sammen med en sykdom, kan det en kombinasjon være en forklaring for tilstanden. Når en pasient har både depresjon og søvnløshet, er det stor sannsynlighet at depresjon er en årsak til søvnløshet eller motsatt. Andre årsaker kan være smerter om natta eller andre ytre forhold kan forstyrre søvnen (49). Idiopatisk søvnløshet er en type kronisk søvnløshet uten synlig eller identifiserbar årsak. Forskning tyder på at disse inkonsekvente søvnmønstrene skyldes et overaktivt oppvåkningssystem eller et underaktivt søvnsystem. Denne formen for søvnløshet er ekstremt sjelden siden utallige faktorer kan (og vanligvis gjør) påvirke søvnen. De som opplever kroniske søvnproblemer til tross for at de er relativt friske og praktiserer god søvnhygiene, kan det tyde på idiopatisk søvnløshet, altså sterk tretthet på dagtid. De våkner ofte om natten og sliter med å sovne, til tross for at de er fysisk slitne. Denne manglende evnen til å sove kommer uten tilstedeværelse av stress, angst eller medisinbruk (50).

Søvnapné er en potensielt alvorlig søvnforstyrrelse som oppstår når en persons pust avbrytes under søvn. Personer med ubehandlet søvnapné slutter å puste gjentatte ganger under søvnen. Det er to typer søvnapné; obstruktiv og sentral. Obstruktiv søvnapné (OSA) er den vanligste av de to. Den er forårsaket av en blokkering av luftveiene, vanligvis når bløtvevet på baksiden av halsen kollapser under søvn. Symptomer på OSA kan inkludere snorking, søvnløshet på dagtid, tretthet, rastløshet under søvn, gispe etter luft mens man sover og problemer med å konsentrere seg. Ved sentral søvnapné (CSA) er ikke luftveiene blokkert, men hjernen klarer ikke å fortelle kroppen om å puste. Denne typen kalles sentral apné fordi den er relatert til

sentralnervesystemets funksjoner. Personer med CSA kan gispe etter luft, men rapporterer for det meste om gjentatte oppvåkninger om natten (51).

Restless legs syndrome (RLS) er en søvnforstyrrelse som forårsaker en intens trang til å bevege bena. Denne følelsen oppstår ved hvile som å ligge i sengen, sitte i lengre perioder, for eksempel mens man kjører bil eller er på kino. RLS oppstår vanligvis om kvelden, noe som gjør det vanskelig å sovne og holde seg i søvn. Det kan være forbundet med problemer med søvnighet på dagtid, irritabilitet og konsentrasjon. Ofte vil personer med RLS gå rundt og riste på beina for å lindre den ubehagelige følelsen (52).

Narkolepsi er en nevrologisk forstyrrelse av søvnregulering som påvirker kontrollen av søvn og våkenhet. Personer med narkolepsi opplever overdreven søvnighet på dagtid og periodiske, ukontrollerbare episoder med å sovne på dagtid. Disse plutselige søvnanfallene kan oppstå under alle typer aktivitet når som helst på dagen. Noen pasienter med narkolepsi opplever plutselig muskelsvakhet med latter eller andre følelser. Narkolepsi begynner vanligvis mellom 15 og 25 år, men det kan forekomme i alle aldre. I mange tilfeller er narkolepsi udiagnostisert og derfor ubehandlet (53).

Veien til å få diagnosen søvnforstyrrelse kan variere, men begynner gjerne med å diskutere symptomer med helsepersonell, utføring av fysiske undersøkelser og ender med å identifisere type søvnforstyrrelse. Å føre en dagbok i to uker kan være nyttig for helsepersonell. Hvis helsepersonell mistenker en søvnforstyrrelse, kan henvisse videre til spesialist eller klinikk. Det er viktig i diagnostiserings prosessen å ta hensyn til søvnvaner og diskutere mønstre og egenskaper ved søvnen. Ved å kartlegge pasienten kan helsepersonell få frem informasjon om antall timer med søvn hver natt, bevegelser i søvn, om pasienten har behov eller tar lur, hvor lang tid det tar før å sovne og hvor ofte forekommer oppvåkninger, pluss informasjon om livet ellers som om pasienten er i skiftarbeid, bruker medisiner som virker sentralstimulerende eller om det ligger noen underliggende sykdommer (54).

1.6.1 Medikalisering av søvn

Medikaliserings prosessen er i utgangspunktet nøytral, men utfallet påvirker individets helse og folkehelsen. Den skjer på tre nivåer; konseptuell (opprettelse og bruk av medisinske definisjoner), institusjonell (skape og fremme sykdom), og interaksjonell (interaksjoner

pasienter og leger). Disse tre nivåene kommer ikke nødvendigvis i rekkefølge, men de kan påvirke hverandre. Medikalisering av søvn er en kompleks og omstridt prosess, da noen aspekter av søvnen blir mer medikalisert enn andre. Utbredelsen av klinikker og laboratorier og forskning på søvn, diagnostisering av søvnproblemer og utvikling av behandlinger for dem er et eksempel medikalisering (55).

Noen tilstander medikaliseres lettere enn andre, for eksempel obstruktiv søvnapne er den hyppigste tilstanden som diagnostiseres som søvnproblem. Dette kan være fordi den lettere kan kartlegges med diagnostisk verktøy, det vil si med blodprøver eller screening av organer. Insomni har vært til stede i hele historien, og har blitt medikalisert på flere nivåer. På det konseptuelle nivået defineres det som diagnose med ulike farmakologiske løsninger. På institusjonsnivå blir tilstanden dekket av ulike aktører rundt i verden. Etter medikalisering av søvn, fordoblet den registrerte forekomsten av insomni seg, og en betydelig økning av insomni-diagnosen har inntruffet (56).

Søvn forekommer i en sosial sammenheng, og nyere sosiologisk forskning har vist at søvn påvirkes av en rekke sosiale faktorer i løpet av livet. Medikalisering av søvn er svært moralisert problem, hvor mennesker som lider av søvnproblemer deles i to. På den ene siden, er noen mennesker imot å prøve sovemedisiner og mener at de bør kunne håndtere søvnproblemene sine uten å ty til leger og medisiner. Mens på den andre siden, kjemper folk for bredere tilgang til sovemedisiner som de tror er nyttig for dem (41).

Bevisstgjøring fra folkehelse og farmasøytiske firmaer kan lette nye diagnoser. Media spiller en viktig rolle når det gjelder medikalisering av søvn. Den kan på den ene siden kritisere og utfordre aspekter ved medikalisering ved å publisere forskning som viser at hypnotika øker risikoen for tidlig død. Samtidig kan den tilrettelegge og noen ganger forsterke medikalisering ved å publisere data med fokus på risikoen for dårlig søvn for folkehelsen og sikkerheten av sovemedisiner. Publikum samhandler med slike nyheter på komplekse måter for å akseptere, avvise, eller utvide og tilpasse egne situasjoner (41).

1.7 Behandling av søvnproblemer

Å endre søvnvanene og løse eventuelle problemer som kan være forbundet med søvnløshet, som stress, medisinske tilstander eller andre tilstander, kan gjenopprette en avslappende søvn for mange mennesker. Hvis disse tiltakene ikke virker, kan legen anbefale medisiner eller ikke-medikamentell behandling eller begge deler, for å forbedre avslapning og søvn.

1.7.1 Ikke-medikamentell behandling

Medikamentfri behandling forbedrer symptomene hos 70-80 % av pasientene og er det første trinnet i behandling av søvnforstyrrelser etter at andre årsaker som fysisk smerte eller rusavhengighet er utelukket (57). Ikke-farmakologiske tilnærminger inkluderer god søvnhygiene og å føre søvndagbok for å identifisere potensielle årsaksfaktorer. Aromaterapi med lavendelolje eller urtemidler som Valerina er mye brukt. Effektiviteten er imidlertid ikke bevist, og forsiktighet anbefales. Kognitiv atferdsterapi har vist seg å være like effektiv som medikamentell terapi, men kombinasjoner kan være bedre (58).

Noen tips for å få god søvn er å skape et optimalt sovemiljø ved å sørge for at soverommet er komfortabelt, stille, mørkt og kjølig. Det kan for eksempel være lurt å bruke ørepropper hvis man bor i et bråkete område, og å bruke blendingsgardiner eller sovemaske hvis det er lyset som forstyrrer søvnen. Man bør unngå å bruke sengen til noe annet enn søvn som å ikke se på tv, spise, eller bruke datamaskiner på soverommet, og unngå å legge seg med et negativt tankesett. Å etablere en rutine som er avslappende og bestemt leggetid hver kveld ved å ta et varmt bad, lese eller lytte til beroligende musikk. Avspenningsøvelser, hypnose eller meditasjon er også alternativer som kan prøves. En lur bør også unngås eller begrenses til mindre enn 30 minutter per dag. Sentralstimulerende midler som kaffe, cola, og sjokolade kan forsinke innsovningen, søvnen kan bli mer fragmentert og gi mindre hvile ved at man våkner oftere og bør derfor unngås. Alkohol kan forstyrre søvnkvaliteten, det samme gjelder tobakk, hvor man kan få urolig søvn og den hindrer den dype søvnen man trenger for å føle seg uthvilt. Søvnproblemer er derfor en av mange gode grunner til å avstå fra tobakksrøyking (59).

Kognitiv atferdsterapi er like effektivt, eller noen ganger mer effektivt, enn sovemedisiner for behandling av kronisk søvnløshet. Det innebærer å lære seg søvn og bedre søvnvaner, samtidig

som å lære å endre oppfatninger og atferd som forstyrrer evne til å sove. Kognitive teknikker inkludert å bruke journalføring til å skrive ned bekymringer eller før man legger seg, kan bidra til at en person ikke aktivt forsøker å løse dem mens han prøver å sove (60).

Stimuluskontroll terapi (SCT) derimot innebærer å endre atferd som betinger sinnet til å kjempe mot søvn. Å sette en rutine for søvn og våkne tid er en del av denne strategien. SCT er ment å hjelpe individer til å bli mer bevisste på kroppens signaler for søvnighet. Ofte bestemmer personer med søvnløshet seg for å legge seg til et bestemt tidspunkt på grunn av en beregning av hvor mye søvn de føler de må få før de våkner om morgenen. Dette kan gi økende angst ettersom søvnløsheten vedvarer, og kan resultere i overdreven tid i sengen for mengden søvn som oppnås. I utgangspunktet stoler personer med søvnløshet sjelden på indre tegn på søvnighet som et signal om å legge seg. Instruksjon 1 bør sees på som et ambisjonsmål som skal oppnås gradvis i løpet av de første ukene, snarere enn som et imperativ som må startes umiddelbart. Å bli følsom for indre signaler om søvnighet hjelper pasienter med å finne et passende tidspunkt for å legge seg basert på søvnighet, ikke på klokken (61).

Målet med avspenningsteknikker er å oppnå fysisk og mental avslapning. De er ment å redusere fysisk spenning og avbryte tankeprosessen som påvirker søvnen. Folk som har lært avspenningsteknikker sover litt lenger om natten. Den største fordelen med avspenningsteknikkene er å kunne sove inn noe raskere. Men disse tilnærmingene hjelper ikke alle. Det finnes forskjellige typer avspenningsteknikker:

Progressiv muskelavslapning, eller dyp muskelavslapning: Denne teknikken går ut på å spenne muskelgrupper over hele kroppen én etter én og deretter bevisst slappe av dem igjen. Autogen trening innebærer å fokusere bevisstheten på ulike deler av kroppen og bevisst slappe av dem. På et avansert nivå kan selv ufrivillige kroppsfunksjoner som puls og pust påvirkes for å oppnå dyp fysisk avslapning. Biofeedback: Denne metoden hjelper deg å føle hvordan kroppen din reagerer på å spenne seg og slappe av. Det innebærer å plassere elektroder på kroppen din for å måle muskelspenninger, puls og hjerneaktivitet (62).

1.7.2 Medikamentell behandling

Ved behandling av søvnproblemer er det viktig å skille mellom kroniske problemer som har vart i lang tid, mer enn tre måneder, og nylig oppståtte problemer, akutt. Medikamenter virker

effektivt med få bivirkninger når de tas i under fire uker. Bruken av dem gjør imidlertid ikke noe med selve årsaken til søvnproblemene. Man bør være forsiktig med langvarig bruk av hypnotika fordi effekten reduseres etter hvert og den kan medføre behov for høyere doser (63). Det er her farmakaliseringen kommer inn hvor søvnproblemer behandles med farmasøytiske medikamenter.

Hvis søvnproblemer forårsaker betydelig dysfunksjon og plager på dagtid og ikke-medikamentelle tiltak mislykkes, kan hypnotika forsøkes. Mest brukte hypnotika inkluderer benzodiazepiner (diazepam, nitrazepam, lorazepam, temazepam osv.) og Z-hypnotika som også kalles benzodiazepinlignende legemidler (zopiklon, zolpidem, zaleplon osv.). Z-hypnotika er strukturelt forskjellige fra BNZ. De ble utviklet i et forsøk på å optimalisere de farmakodynamiske og farmakokinetiske egenskapene til BNZ. Det har raskere innsettende effekt og rask clearance¹ som gjør at sedasjon på dagtid minimeres, i tillegg til å redusere avhengighetspotensial, misbruk og abstinenssymptomer. I dag i praksis forskrives z-hypnotika legemidler mer enn BNZ fordi det anses som tryggere og mer effektiv (65).

Både BNZ og Z-hypnotika legemidler virker ved å øke GABA-aktivitet. BNZ binder seg til GABA-reseptorer ved alfa-1, 2, 3 og 5 subtypene. De har blitt brukt som hypnotika siden 1960-tallet. De produserer de en klinisk meningsfull effekt på søvnvarighet, sammenlignet med placebo. Z-hypnotika legemidler er GABA-A-reseptor agonister, zopiklon viser en unik reseptorinteraksjon, og zolpidem og zaleplon er effektive beroligende midler ettersom de binder seg selektivt til alfa-1 (hypnotisk) subtypen (66).

Noen studier som sammenligner hypnotiske egenskaper funnet at zopiklon er lik eller bedre enn BNZ. Da 12 pasienter som tok zopiklon rapporterte om bedre kvalitet og varighet av søvn, mindre tid det tok å sovne, færre oppvåkninger og lettere å sovne. Disse fordelene, altså færre bivirkninger og hangover effekt, og mindre psykomotorisk svekkelse på dagtid oppveier risikoen forbundet med zopiklon. En metaanalyse som sammenligner zolpidem og BNZ funnet for pasienter 65 år og yngre var de like effektive som placebo, men for pasienter eldre enn 65 år hadde begge en økt risiko for bivirkninger. Zolpidem, spesielt preparatet med modifisert

¹ Et mål for hvor mye plasma som renses fullstendig for et stoff over en gitt tid (64).

frisetting, forårsaker statistisk signifikant færre oppvåkninger, lettere innsovning og forbedret søvntid enn temazepam (57).

Z-legemidler gir opphav til dype og spesifikke farmakodynamiske virkninger, mens BNZ har en større reseptor beskjeftigelse. De mest vanlige bivirkninger av BNZ inkluderer tåkesyn, gastrointestinale forstyrrelser, hodepine, forvirring, og ataksi, og de kan i noen tilfeller oppveie deres potensielle kliniske fordeler. I tillegg akkumuleres de langtidsvirkende aktive metabolittene av virkestoffet i kroppen når de brukes over lang tid. Derimot, er bivirkninger mindre vanlige og mindre alvorlige for Z-hypnotika legemidler enn for BNZ. Pasienter med allerede eksisterende kognitive tilstander er mest utsatt for benzodiazepin-indusert kognitiv svikt. Ved normale doser gir ikke Z-hypnotika like mye kognitiv svekkelse som BNZ. Zolpidem og zopiklon kan gi svikt i kroppsbalanse men det er doseavhengig og merkes mest ved første timene ved administrering. Zaleplon derimot, har kortere halveringstid for eliminering og det observeres dermed mindre grad av den type bivirkningen (67)

Residualeffekt “hangover effekten” er tretthet dagen etter inntak av sovemedisinen og opptrer jo større eliminering halveringstid ($t_{1/2}$). Det vil si effekten er avhengig av virkningsvarighet (68). BNZ som har kort eller middels virketid har halveringstid fra 6-17 timer som alprazolam som har $t_{1/2}$ på rundt 12 timer, og lorazepam har $t_{1/2}$ på rundt 12-16 timer, så alle vil potensielt kunne forårsake hangover effekten (69). Zopiklon har mindre risiko for hangover enn de korttidsvirkende BNZ. Etter 6-8 timer etter inntak av zopiklon, kan evnen av gjenkjennelse svekkes, men risikoen reduseres etter den tiden. Zaleplon kan doseuavhengig forårsake psykomotorisk svekkelse umiddelbart etter inntak, men ikke dagen etter eller under nattesøvn. Både Z-hypnotika som zolpidem og korttidsvirkende BNZ som triazolam kan forårsake kompleks søvnkjøring og hallusinasjon, men det er ikke bekreftet og kan tenkes at det er mer sannsynlig hos disponerte pasienter (70).

Historisk brukte hypnotika som barbiturater koralhydrat, og klormetiazol har stor risiko for å gi respirasjonsdepresjon som er dødelig ved overdosering på grunn av deres korte terapeutiskvindu. De anbefales derfor ikke lenger som sovemedisiner. Både BNZ og Z-hypnotika kan forårsake respirasjonsdepresjon, men den myorelaxerende effekten er 10–40 ganger større i BNZ. BNZ kan forverre komorbide luftveissykdommer som kols og obstruktiv søvnapné (71).

Kombinasjon av BNZ og andre beroligende midler og alkohol kan føre til CNS-depresjon og økt risiko for selvmordsatferd. Mens for Z-hypnotika er det verre når det kombineres med alkohol. Både Z-hypnotika og BNZ øker risiko for angst, aggresjon, fiendtlige tanker spesielt hos de med allerede nevrologiske lidelser. BNZ, samt zopiklon og zolpidem, øker risikoen for trafikkulykker. Risikoen er mye høyere zopiklon- og zolpidem-brukere sammenlignet med ueksponerte sjåførere. Anbefalt dose bør være en enkeltdose rett før sengetid, og i minst åtte timer etter en dose bør pasienter ikke kjøre bil eller utføre aktiviteter som krever fullstendig våkenhet (72).

Nåværende oppfatning om at Z-hypnotika legemidler er tryggere enn BNZ er unøyaktig, da de har en tendens til å ha en raskere innsettende og kortere virketid, men gir lignende bivirkninger. Det er en variasjon mellom de ulike halveringstidene. Hypnotika med kortere halveringstider har en tendens til å være tryggere og gir mindre gjenværende problemer og bivirkninger hos de fleste pasienter, men har høyere risiko for abstinenser. BNZ har fortsatt størst risiko for toleranse og misbrukspotensial sammenlignet med Z-legemidler. Det er viktig å ta hensyn til pasient karakteristikk samt farmakokinetiske forskjeller mellom legemidler før man tilbyr et hypnotisk middel (73).

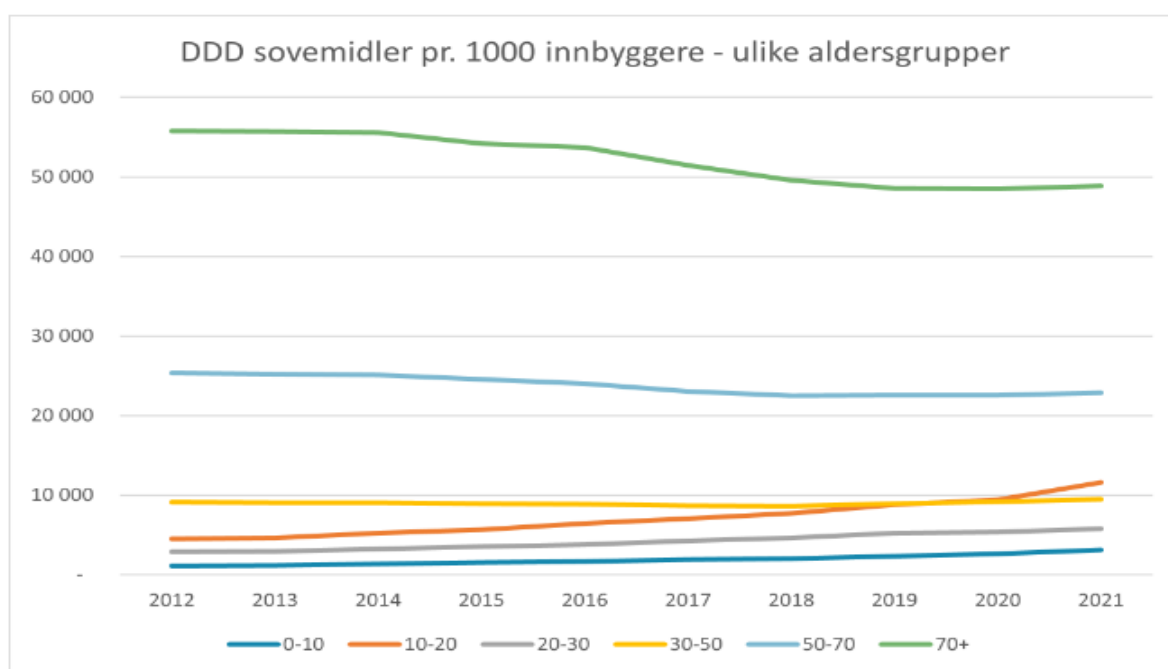
Eldre pasienter vil sannsynligvis bli foreskrevet hypnotika på grunn av aldersrelaterede endringer i søvnmønster, og har et spesielt sett med hensyn. BNZ og Z-hypnotika legemidler er assosiert med lignende risiko hos eldre pasienter. De har en tendens til å ha redusert nyre- og/eller leverfunksjon, noe som kan forlenge legemiddelmetabolisme, eliminering og virketid. I tillegg er reseptorene deres mer følsomme og til og med korttidsvirkende GABA-innvirkende medikamenter kan kompromittere balanse og beslutningstaking om natten. Dette kan svekke mental eller psykomotorisk funksjon, og øke risikoen for fall og skader, noe som fører til økt sykkelighet og påfølgende helsekostnader (74).

1.7.2.1 Medikamentell forbruksstatistikk

Apotekforeningen studerte utvikling av sovemedisin bruk over tid fra 2012-2021. Tall fra Reseptregisteret viser at i 2020 var det over 456000 brukere av reseptbelagte sovemedisiner, og 240 000 av dem er eldre mennesker >60 år. Bruken av vanedannende sovemedisiner har blitt redusert de siste ti årene, og om lag $\frac{2}{3}$ del av er sovemedisiner i reseptgruppe A eller B, men mest B-preparater. Fram til 2018 var forbruket stabilt og etter det økte forbruket betydelig.

Økningen skyldes primært forbruket av legemidler i reseptgruppe C og mest Melatonin, enn reseptgruppe A og B (75).

Forbruket av Zopiklon har vært ganske jevnt i denne perioden, mens det var en forholdsvis stor økning av bruk av Zolpidem i samme periode. Nitrazepam var den tredje mest solgte preparat etter Zopiklon og Zolpidem av vanedannende preparater. Den yngre befolkningen bruker langt mindre sovemedisiner enn eldre voksne, men det hindrer ikke at det likevel er en økning av bruken blant yngre aldersgruppen særlig for de under 20 år. For dem mellom 20 og 30 år har også forbruket økt. Derimot har forbruket for personer >30 år gått ned med 3%. Totalforbruket av sovemedisiner for de eldste aldersgruppene er også redusert (se diagram under) (75).



Bilde 1: oversikt over sovemedisin bruk blant ulike aldersgrupper (75).

1.7.2.2 Misbruk og avhengighetsproblematikk

Alle hypnotika har misbrukspotensial. Risikoen øker ved langtidsbruk av kortvirkende hypnotika og i høye doser. BNZ er kjent for å forårsake abstinenser og avhengighet, spesielt ved bruk over lang tid så er det assosiert med toleranseutvikling, men ikke hos alle pasienter. Minst $\frac{1}{3}$ del av BNZ-brukere opplever problemer med å seponere eller redusere bruken. Det er rapportert at de fleste hypnotika gir abstinenssymptomer etter seponering unntatt Zaleplon. De meste kjente abstinenssymptomer er blant annet, søvnløshet, myalgi, forvirring, irritabilitet, og rastløshet. Disse gjør at det anbefales en begrensning av bruken av hypnotika (BNZ viktigere) til alvorlige søvnproblemer i opptil fire uker (76).

Tilsvarende for Z-hypnotika er det dokumentert at langvarig bruk kan føre til noe tap av hypnotisk effekt og en viss avhengighet. Risikoen her øker med dose og bruksvarighet og den sistnevnte er derfor begrenset til maksimalt fire uker for zopiklon og zolpidem, og to uker for zaleplon. Z-hypnotika legemidler har ulike farmakologi, og risikoen for avhengighet, misbruk og toleranse er forskjellig. Zopiklon og zaleplon har for eksempel vist liten avhengighetspotensialet, og ingen potensiale til toleranseutvikling fordi de forårsaker mindre reseptor tilpasning (77).

1.7.3 Farmakalisering av søvn

Medikalisering er altså en toveis prosess, og medikaliserte tilstander kan utvides eller krympes over tid, men definisjonen er fortsatt der. Farmakalisering som sådan retter oppmerksomhet mer spesifikt mot legemidlers rolle innenfor og utenfor disse medikaliserings- prosessene. Det er økende farmakalisering av dårlig søvn assosiert med medikalisering av søvn. Når søvn defineres som sykdom, er fokuset på helserisikoen forbundet med dårlig søvn, som trafikkulykker, eller langsiktig kognitive problemer eller kroniske problemer. I tillegg innebærer det at søvnproblemer faktisk defineres som problemer som håndteres ved bruk av behandling. Prosessene med medikalisering og farmakalisering av søvn er ikke helt fullstendige. Som beskrevet over, har insomni vist seg å være problematisk tilstand å medikalisere og å farmakalisere, på grunn av lite fysiologisk eller nevrologisk grunnlag sammenlignet med obstruktiv søvnapné (OSA) og narkolepsi (78).

Sovemedisiner er utviklet og blitt gjort tilgjengelig for folk relativt nylig, i siste del av det 20. århundre. Søvnproblemer er i dag klinisk anerkjent som lidelse og kan behandles ved bruk av medisiner på et bredt spekter. Dette kan forklares av at sovemedisiner kan forskrives av allmennleger, nevrologer, og psykiatere. Mens narkolepsi kan anses som søvnproblem som krever legehjelp og medisinbruk, er ikke sikkert at insomni betraktes som det, bortsett fra som en siste utvei når andre alternativer ikke hjelper. Legemidler for søvn er en sentral del av farmakalisering av søvn. Da det blir skrevet veldig store mengder med resepter på hypnotika hvert år. Sovemedisiner, spesielt hypnotika er svært moralisert, det vil si behandlingen som blir sett på avhengig av hva slags oppfatninger folk har gjort seg om det. Det er også en økende vektlegging av andre ikke-medikamentelle behandlingsalternativer som søvnhygiene, kognitiv atferdsterapi og livsstilsendringstiltak (43).

Selv om betydninger og definisjoner av insomni varierer innen medisinsk kultur både før og nå, blir dette ofte oppfattet som vanskeligheter med å sovne eller holde seg i søvn, tidlig oppvåkning om morgenen, misnøye med søvn og konsekvenser på dagtid som tretthet. På samme måte viser ulike sosiale grupper ulik grad av mottakelighet for medikalisering og farmakalisering av søvnproblemer. Noen pasienter må søke legehjelp etter bare en natt med dårlig søvn, mens andre mener det er normalt med noen søvnløse netter. Søvnproblemene kan oppfattes som en av de helseproblemer som er et uunngåelig normalt problem å ha gjennom livet og som forverres med alderen. Ifølge dette synet, kan farmakalisering påvirkes negativt i form av de-farmakalisering. Dette er i motsetning til andre sykdommer som utgjør en risiko for fysisk integritet, de kan lett farmakaliseres (79).

Bruk av legemidler er imidlertid ikke den eneste måten å håndtere søvnproblemer på, og mange velger å benytte ikke-medikamentelle tiltak som behandling. Begge er veier som leder til farmakalisering. Forskrivning av hypnotika har vært den vanligste behandlingsformen for søvnproblemer over tid. Valg om bruk av sovemedisin rammes inn som preget av moralske vurderinger. Det kan være knyttet til manglende evne å opprettholde selvkontroll. Det er for eksempel klare forskjeller etter kjønn, hvor den kvinnelige befolkningen oppfattes som mer mottakelig for farmakalisering av søvn (79).

Selv om søvnproblemer anerkjennes som sykdom, er det en tilstand som trenger håndtering og behandling, fordi det kan være såpass plagsomt for individer. Det er ikke lenger bare et spørsmål om å få tilgang til medisinsk informasjon på nettet, så viktig som det fortsatt er, men om nye digitale apper og smarte enheter som hjelper med å overvåke, måle og styre søvnen, langt før legebesøk eller søvnklinikk. Gjennom bruken av disse teknologiene tilegner folk seg ikke bare ny kunnskap om søvnen sin, men får også tilgang til informasjon og råd om hvordan de kan forbedre den, noe som kan gi mange betydelige fordeler for medisin og folkehelse (78).

2 Metode

2.1 Valg av metode

Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming i form av semistrukturerte dybdeintervju for å besvare problemstillingen. Ved bruk av slike metode får vi dybdekunnskap om deltakernes meninger, opplevelser, erfaringer, refleksjoner, vurderinger og beslutninger (80). Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i vedlagte intervjuguide (se vedlegg 2). Denne typen datainnsamling bidrar til innsikt i den unike opplevelsen til hvert enkelt individ som intervjues. Jeg tok ett og ett intervju for å få innsikt i forklaringene pasientene gir for å velge en medikamentell løsning fremfor alternative ikke-medikamentelle løsninger for sine søvnproblemer. En kvalitativ studie egnet seg godt her, fordi det er erfaringer og livshistorier jeg ville ha frem, for å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

- Inklusjonskriterier for studien er deltakere med insomni eller andre typer søvnproblemer som henter ut én eller flere reseptbelagte sovemedisiner av typen benzodiazepin eller z-hypnotika på et apotek. Dette er for å skaffe data som kan gi svar på problemstillingen i denne studien.
- Personer fra 18 år og oppover, da deltakerne må kunne samtykke til deltakelse i studien.
- Kun norskspråklige deltakere vil bli forespurt, da det kan forekomme kommunikasjonsproblemer og misforståelser mellom deltaker og forsker.

2.3 Rekruttering

Rekruttering av deltakere ble gjennomført primært gjennom apotek, nærmere bestemt Boots apotek Medicus i Skien i perioden september 2022 til desember 2022. Personer som fylte inklusjonskriteriene fikk utlevert en lukket konvolutt inneholdende et informasjonsskriv om studien (se vedlegg 3) sammen med sovemedisinen når den ble hentet ut på apoteket. Det ble samtidig gitt en kort muntlig orientering om at konvolutten inneholdt en forespørsel om å delta

i en intervjustudie. Jeg sørget for å legge vekt på at informasjonen gis i en nøytral form, slik at de potensielle deltakernes autonomi ivaretas på en god måte.

Rekrutteringsformen innebåret at utvalget i studien er tilfeldig blant dem som fyller inklusjonskriteriene. På forhånd ble det vurdert som hensiktsmessig å rekruttere inntil 15 deltakere for å tilfredsstillte kriteriene for informasjons styrke (81) som ble lagt til grunn ved beslutning om når rekrutteringen av nye deltakere skulle stoppe. Rekrutteringen startet så snart REK har godkjent prosjektet 28.09.2022 (se vedlegg 4).

2.3.1 Utvalgsstørrelse

Konseptet for utvalgsstørrelse i kvalitative studier er "informasjons kraft" eller "informasjons styrke". Informasjons kraft indikerer at jo mer informasjon utvalget har, er relevant for selve studien er det mindre antall deltakere som trengs (81). Som kvalitativ forsker valgte jeg å evaluere utvalgsstørrelse først ved planleggingsprosessen, under intervjuprosessen, og deretter under analyseprosessen. Dette er for å vurdere utvalgsstørrelse kontinuerlig og til slutt finne ut om det er tilstrekkelig for analyse og publisering. Størrelsen på et utvalg med tilstrekkelig informasjon kraft avhenger av:

- (a) målet med studien
- (b) utvalgs spesifisitet
- (c) bruk av etablert teori
- (d) kvalitet av dialog, og
- (e) analysestrategi (81).

Til deltakelse i studien ble det rekruttert ti pasienter til dybdeintervju (se Tabell 1). Flere pasienter som ble spurt om å delta, men bare ti meldte interesse og stilte opp til intervjuet. Av deltakerne var det fem kvinner og fem menn. Det fleste deltakerne var over 50 år gamle. Underveis under gjennomføringen av intervjuene ble størrelsen på utvalget og mengde informasjon de kom med kontinuerlig vurdert. Planen var å intervju 15, så jeg endte med færre deltakere enn jeg hadde sett for deg. Fordi jeg har valgt å gjøre vurderingen ut fra informasjonsstyrke. Antall informanter ble ansett som tilstrekkelig, for å belyse problemstillingen etter intervjuene.

Tabell 1: Deltakeroversikt etter alder og kjønn

Aldersgruppe	Antall deltakere	Kjønn
18-50	1	kvinne
51-60	4	mann, mann, kvinne, kvinne
> 60	5	mann, kvinne, kvinne, mann, mann

2.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført av meg. Gjennomføringen skjedde i et lokale som ga skjerming fra omverdenen, slik som informasjonsrommet på apoteket eller et studierom på biblioteket. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, med tanke på å sikre en best mulig gjengivelse av det som ble sagt. Gjennomsnittstiden for intervjuene var rundt 28 minutter. Hvert intervju startet med å ønske informanten velkommen og presentere forskerne. Informasjon fra informasjonsskrivet ble gjentatt. Videre ble det informert om personvern og deltakernes rettigheter. Formålet var å skape relasjon og tillit med deltakerne. Nøkkelspørsmålene i intervjuguiden ga svar som belyste problemstillingen, og tok derfor opp mesteparten av tiden. Intervjuet ble avsluttet ved å gi informanten mulighet til å tilføye informasjon og oppklare uklarheter, samt utdeling av gavekort, slik det er vist på intervjuguiden (se vedlegg 2).

2.4.1 Transkribering og databearbeidelse

Det ble tatt lydopptak av intervjuene med lydopptaker. Lydopptakene ble transkribert i en aidentifisert form, for at det innsamlede datamaterialet kunne benyttes i oppgaven. Alt på lydfilene, både tale og lyder, ble transkribert som en tekst med bruk av direkte sitater av akkurat slik det ble sagt. Under intervjuene ble også deltakernes nonverbale kommunikasjon, som smil og følelser som kom frem, notert av meg på riktig tidspunkt for at dette også kunne benyttes i transkripsjonen. Materialet ble først, og underveis overført fra taleopptakeren til et lagringsområde som bare jeg og veilederen har tilgang til. Dataene ble videre transkribert fra det lagringsområdet til standard tekstdokument, og lydfilene ble ikke oppbevart eller lagret på andre steder enn de krypterte det lagringsområdet. Som en del av analyseprosessen ble alle intervjuene transkribert fra tale til tekst. Formålet med å transkribere er å gjøre intervjumaterialet klart for analyse. Allerede ved transkribering av intervjuene startet data

analysearbeidet fordi jeg kunne gjøre meg tanker om ulike sosiale og emosjonelle aspekter fra intervjuet underveis i transkriberingsarbeidet (82).

2.5 Analyse

I studien valgte jeg refleksiv tematisk analyse for å analysere og presentere funnene. Braun og Clarke beskriver metoden som enkel metode å lære seg samt å gjennomføre og er nyttig for uerfarne forskere. En annen fordel er at metoden er fleksibel sammenlignet med mange andre analysemetoder. Den byr på grunnleggende ferdigheter som vil være nyttig for videre kvalitativ forskning (82). Grunnen til valg av tilnærming kommer av at jeg gjennom den kan reflektere teoretisk og utvikle konseptuelle ideer for å forstå datasettet. Tilnærmingen inkluderer en deduktiv metode som gir rom for anvendelse av egen forståelse. I tillegg gir den deduktive metoden meg muligheten for å merke sterke forbindelser til teoretiske ideer som medikalisering og farmakalisering tidlig i prosessen og gir meg rom for å reflektere over det. Jeg kan også velge å engasjere meg selv med tanker jeg gjør meg rundt datasettet. Selve analyseprosessen består av seks trinn og et eksempel på hvordan jeg praktisk gjennomgikk de trinnene er vedlagt (se vedlegg 5)

Trinn 1- bli kjent med datasettet

Først av alt, og når jeg bestemte at størrelsen på utvalget har nådd et slags fornuftig antall deltakere, begynte jeg å gjøre meg kjent med datasettet. Det gikk ut på å lese dataene mine grundig og på nytt etter transkriberingen var ferdig. Ved siden av det, har jeg laget meg noen korte notater om analytiske ideer jeg kom på som er relatert til studiemålet. Dette trinnet gjorde at jeg utviklet dyp og intim kunnskap om datasettet, pluss at jeg begynte å engasjere meg kritisk med informasjonen som data oppgir.

Trinn 2- koding

Ved kodingsprosessen, leste jeg datasettet avsnitt for avsnitt og merket data segmenter som jeg syntes var interessante og relevante for forskningsspørsmålet. Dette gjorde jeg ved bruk av et digitalt Microsoft Word-dokument hvor anonymt transkribert tekst var skrevet i. Videre har jeg merket data segmenter og lagt til kommentarer som kommer ved siden av hvert segment. De kommentarene var da kodeetikettene som videre ble brukt for kategorisering. Enkelte data

segmenter ble ikke merket med noen koder fordi de var ikke relevante for forskningsspørsmålet. Samtidig fikk noen enkelte segmenter flere forskjellige koder fordi de hadde forskjellige betydninger som ikke kunne samles i en og enkel kode. Hele datasettet ble gjennomgått to ganger under denne prosessen, hvor noen koder ble utvidet, og andre ble finpusset eller kastet på grunn av mangel på relevans for problemstillingen. På denne måten klarte jeg å fange opp repetisjon av koder og allerede nå lage meg noen ideer om tema innholdet. Slik kom jeg meg gjennom hele datasettet systematisk og produserte 129 koder.

Trinn 3- Generering av innledende temaer

Kodene ble deretter slått sammen for å danne bredere overordnede kategorier. Målet var å identifisere mønstrede meninger på tvers av datasettet. Det vil si flere koder kunne knyttes sammen for å gi en bredere meningsfullt svar på forskningsspørsmålet. Disse kategoriene vil videre bli brukt for å utvikle større og mer overordnede temaer. Helt praktisk, skrev jeg gruppe for gruppe av kodene jeg hadde produsert, ned i et ark innrammet i geometriske figurer, og lignende koder ble plassert under. Med piler og andre mønstre tegnet jeg mellom de figurene som tydet på de kodene som logisk hørte sammen for å danne en større undertemaer. Til sammen, utgjorde kodene 38 undertemaer.

Trinn 4- utvikling av temaer

På samme måte som generering av temaer, ble undertemaene knyttet sammen for å danne mer overordnede temaer, med forskningsspørsmålet i bakhodet. De mest relevante kategoriene for studien min ble inkludert, resten ble brukt som støtte for de større og viktigere kategoriene. Alle temaene ble sjekket om de gir mening i forhold til både kodene og utdragene og deretter hele datasettet. Slik sørget jeg for at de temaene fremhever de viktigste mønstrene på tvers av datasettet. Samtidig ble forholdet mellom temaene og eksisterende kunnskap i forskningsfeltet vurdert. Ingen av dataene blant de ti deltakere ble forkastet helt, alle kom med noe som ble vurdert som nyttig for forskningsspørsmålet. Jeg endte opp med fire separate temaer som var klar til videre bearbeiding.

Trinn 5- definering og navngivning av temaer

Når hvert tema er tydelig avgrenset og har et kjernekonsept, prøvde jeg å finne hvilken historie hvert enkelt tema tilbringer og hva passende navn kan den gis. Jeg skrev ned en kort oversikt over hva temaene inneholder og prøvde å summere det for å finne kortfattet og informativt navn for hvert tema. Under denne prosessen fanget jeg opp kategorier som ikke helt hører til temaer som i begynnelsen ble plassert under. De ble derfor omplassert over til temaet de hører mest til.

Trinn 6- rapportskrivning

På siste trinnet ble rapporten skrevet i detalj. Arbeidet som har blitt gjort her for å fortelle hele den analytiske historien, og overbevise leseren om gyldigheten og kvaliteten på analysen. Hoved måten jeg presenterer resultatene mine på, er først å fortelle meninger, og kunnskap dataene kom med, for så å gi eksempler i form av sitater eller utdrag for å illustrere de analytiske påstandene. Samtidig koblet jeg min analytiske tolkning opp mot de vitenskapelige feltene jeg arbeider med. I tillegg refererer jeg til tidligere gjennomførte studier som påstanden stemmer med eller ikke gjør.

2.6 Forskningsetikk

Studien ble gjennomført i henhold til bestemmelsene i Helseforskningsloven og relevante forskningsetiske retningslinjer. Det har blitt søkt på godkjenning av REK. Studien ble godkjent til å gjennomføre den 28.09.2022. (se vedlegg 4). Deltakelse i studien skjedde på de vilkårene som er angitt i informasjonsskrivet (se vedlegg 3), som deltakerne ga sitt skriftlige samtykke til. Dette innebåret at deltakelsen var frivillig og at deltakerne kunne og kan trekke seg fra studien uten å måtte begrunne sitt valg.

Innhenting av personopplysninger ble begrenset til nødvendig kontaktinformasjon (navn, mobilnummer eller e-postadresse) kjønn og alder. Personopplysningene ble behandlet i henhold til Personopplysningsloven (83). Oppbevaringen av opplysningene skjer på NTNUs lagringsområde NICE-1 og personopplysninger ble lagret adskilt fra lydopptak og transkripsjoner. Det ble opprettet en kodenøkkel mellom personopplysningene og intervju informasjonen. Oppbevaringen skjer i 5 år, i henhold til Helseforskningslovens bestemmelser.

Deltakernes konfidensialitet ivaretas videre ved at personopplysninger ble fjernet fra intervju transkripsjonene og at deltakernes identitet ikke har blitt gjenkjennbar. Full anonymisering ved sletting av personopplysningene vil først skje etter 5 år. Det var ingen risiko for fysiske skader i selve gjennomføringen av studien. Risikoen for psykisk ubehag ble vurdert også som minimal, men skjedde innimellom når noen av deltakerne gjennom fortellingene de ga i intervjuene ble minnet på opplevelser som har vært ubehagelige for dem. Det var da ingen behov for kontakt med deltakeren med tanke på å avklare behovet for helsehjelp. De fleste som deltok i intervjuene, ga inntrykk av å ha positive opplevelser gjennom å dele sine erfaringer og opplevelser.

En økonomisk godtgjørelse ble tatt med i studien til deltakerne i form av et gavekort på 500 kroner. Hensikten var å bidra positivt til å motivere de som forespørres gjennom å gi et konkret bevis på at deltakelsen verdsettes, men er ikke av en slik størrelse at den oppfattes som utidig (84). Godtgjørelsen var i tråd med innarbeidet praksis ved gjennomføring av masterstudier i farmasi og ble godkjent av REK. En potensiell interessekonflikt fant sted ved at jeg var blant de apotekansatte som har blitt gitt mulighet til å dele ut informasjonsskrivet til potensielle deltakere. Jeg instruerte meg i så måte på samme måte som øvrige ansatte og delte ut informasjonen på en nøytral måte. Møtet mellom potensielle deltakere og de apotekansatte har uansett vært tilfeldig og av kort varighet.

3 Resultater

I denne delen organiserer jeg de analytiske funnene presentert i fire hovedtemaer og flere undertemaer. Sitater/utdrag fra intervjuene inkluderes med anonymiseringen vedlikeholdt. De blir tatt med for å tydeliggjøre funnene jeg presenterer. Første tema handler om hvordan søvnproblemene er konseptualisert av pasienter. Deretter blir selvrapporterte holdninger og praksiser med fokus på viljen til farmakalisering presentert. Så blir verdifull innsikt i forholdet mellom pasienter med legene sine analysert, når det gjelder valg av behandling til deres problem. Til slutt blir pasienters meninger om den medisinske behandlingen av søvnproblemer notert.

3.1 Konseptualisering av søvnproblemer

Mange mennesker sover kanskje ikke godt, eller sover ikke rett igjennom åtte timer, men de oppnår den ønskede effekten av å sove. De har energi, de har det bra, de er ikke søvnige om dagen. De oppfatter ikke da den dårlige søvnen de har hatt, som et problem. Noen av deltakerne i denne studien ble bare litt trøttere på dagtid på grunn av dårlig nattesøvn, mens andre ble negativt påvirket av dårlig søvn, og det gikk over livskvaliteten. For en kvinne i midten av førtiårene har søvnproblemene ført til at hun ikke kan kjøre bil, med og uten bruk av medisiner, fordi hun er ansett som trafikkfarlig. Jobbmessig har hun jobbet veldig hardt og likte jobben sin, men i de siste årene ble også jobben påvirket da hun begynte å besvime og ble hentet av ambulansen flere ganger på jobb. Det siste året ble hun sykemeldt og kommer trolig ikke tilbake til jobb mer.

En mann som fikk søvnproblemer allerede da han var lite barn sier: “på grunn av for lite søvn, ble jeg bare dummere og dummere på skolen, klarte ikke å følge med på skolen og det var veldig problematisk”

For lite søvn gir personlige og sosiale konsekvenser. For en deltaker har det ført til at hun fikk kort lunte, tålte ingenting, og tårene rant hele tiden. Det førte til mye kringling med partneren og alt han gjorde var galt og de var veldig nærme til å flytte fra hverandre. De fleste deltakerne har det vanskelig med både innsøvn og kontinuitet i søvnen. Når de først sovner, er det maks en time og en halv med grusomme drømmer, på grunn av mye tankespinn og uro. Tankespinn

jobber hele tiden og så fort en våkner etter de få timene med søvn, ligger med håp om å falle i søvn, men får det ikke til.

3.1.1 Søvnproblemer som et symptom av andre tilstander

Deltakerne tok gjerne selv initiativ til å snakke med legen om søvnproblemene, og for nesten alle kom søvnen opp i sammenheng med et annet problem. De hadde lignende konseptualiseringer av søvnproblemer, og beskrev dem som et symptom på en annen lidelse, en reaksjon på stress, depresjon, andre sykdommer eller en del av aldringsprosessen. Andre tema omfattet spenningene mellom arbeidsmønstre som skiftarbeid og innsats for å oppnå tilstrekkelig søvn. Følgende sitat eksemplifiserer en slik sammenheng mellom søvnproblemer og andre lidelser:

“Søvnproblemene begynte da jeg fikk diagnosen tarmkreft. Det er den hovedgrunnen til tankene som sirkulerer i hodet ved leggetid”

Deltakernes fortellinger om nattlige handlinger var nært knyttet til deres alder, kjønn og sosiale forhold. Kvinner generelt, men også eldre menn, knytter deres mangel på søvn til omsorgsoppgaver. Spesielt eldre kvinner fikk sin første resept på sovemedisiner etter at en venninne fikk kreft, eller en annen traumatisk hendelse. Dette eksemplet stemmer overens med litteratur som indikerer at søvnproblemer forekommer med stor sannsynlighet av samband med andre lidelser eller sykdommer (85).

En kvinne sa: “Jeg lever for å redde hele verden føler jeg, tenker på alle, skal hjelpe alle og tenker mindre på meg selv”.

En eldre mann sa at “plagene begynte da kona ble mistet etter vi hadde vært sammen i lang tid”

Normaliteten av søvnproblemer i middelalderen og utover er anerkjent blant de fleste deltakerne. Dette stemmer overens med en dominerende vitenskapelig teori om at søvnmønstre utvikler seg og blir stadig mer ustabile i løpet av livsløpet (86). Søvnproblemene er gjerne assosiert med en annen kronisk sykdom. En deltaker som normalt ikke har generelle søvnproblemer, men som tar sovemedisin på grunn av en diagnose hun har som heter complex

regional pain syndrome (CRPS). Det har vist seg at minst 75 % av personer med CRPS, har en slags søvnforstyrrelse. Smerter er hovedårsaken for dem som har problemer med å sove (87).

Kroppen er en integrert helhet, og hver del av kroppen er relatert til alle andre deler av kroppen i et konstant samspill av funksjoner og prosesser. Når behandlingen kun rettes mot symptombehandling, kan symptomene forsvinne en periode, men det er ikke sikkert at de forsvinner helt. Derimot, og når hovedårsaken behandles optimalt, vil symptomene minske, og det blir mindre behov symptombehandling (88). Symptombehandling kan noen ganger gi verre resultater. Som i det eksemplet hvor deltakeren fikk vanedannende sovemedisin for å behandle søvn som var et symptom av CRPS. Når deltakeren til slutt fikk behandling til hovedårsaken, trengte hun ikke lenger den sovemedisinen, men da var det for sent fordi deltakeren ble avhengig av det.

Etter at deltakeren fikk den riktige behandlingen for smertene, mener hun at: “det siste halve året hadde jeg klart uten sovemedisin, men er veldig redd å slutte”

I dette punktet observerer vi at selv om søvnproblemene ennå ikke anses som selvstendig sykdom, og er dermed ikke fullstendig medikalisert. Men den blir derimot med økende mengde farmakalisert. Det vil si at søvnproblemer ikke anses som sykdom i seg selv, men som symptom i assosiasjon med en annen tilstand. Likevel behandles symptomet alltid på en eller annen måte. Det omtales at flere og flere søker legene sine for å få behandling på tilstanden, og nesten alle får det. Det fører da til redusert fokus på den opprinnelige tilstanden.

3.1.2 Skiftarbeid og søvnproblemer

Folkehelse konsekvensene av skiftarbeid-relaterte søvnproblemer kan være omfattende. Skiftarbeid inkludert nattskift, kveldsvakter, tidlig start på dagskift og rotasjonen mellom de nevnte skiftene forstyrrer den grunnleggende søvnreguleringen (89). Tilstrekkelig søvn kan være vanskeligere å få når en dagvakt etterfølger en kveldsvakt, som en del av en turnus. Dette stemmer med funnene i denne studien hvor to av deltakerne nevnte skiftarbeid, ikke alene, men som en faktor som i tillegg til andre helsefaktorer som førte til søvnproblemer.

Mann, 54 år: “jeg jobber med noe hvor det er skiftarbeid. Dette har jeg jobbet med i mange år. Jeg har aldri hatt problemer med søvn før jeg fikk kreft”

Kvinne, 64 år:

“Det begynte med å ha jobbet i helsevesenet i mange år, jobbet skift og hatt vakter som går til klokka 22:15 på kvelden, også er man ikke hjemme før klokka 23.00, så skal man opp klokka 06.00 på morgenen for å jobbe nytt skift. Det var mange overganger, men man ligger bare og tenker at man skal på jobb så tidlig og det er veldig slitsomt”

Mange som jobber i helsevesenet må jobbe i skift. Det ser ut til at skiftarbeid påvirker søvnen hos eldre mer enn yngre personer. En persons alder påvirker ens prioriteringer og hvilken type arbeid man ønsker å gjøre (90). Fordi skiftarbeid og roterende tidsplaner skaper så mye kaos på døgnrytmer og mental helse, er de kanskje ikke alltid sunne for visse aldersgrupper. Eldre voksne trenger mer hvile, sunnere dietter og mer mosjon. De trenger kanskje lite arbeid som krever lange nattskift.

Den ene deltakeren fortalte “skiftarbeidet var ikke et problem før, men i femti årene begynte de søvnproblemene”

3.1.3 Underdiagnostisering av barn med søvnproblemer

Studie-resultatene viser at helsepersonell har muligens begrenset kunnskap om barns søvn, ofte ikke screener for disse problemene og ofte stoler på at foreldre tar opp søvnproblemer ved legebesøk. Imidlertid er det lite kjent om foreldres søvn kunnskap. Tre av deltakerne i denne studie hadde søvnproblemer fra de var små. I to av disse eksemplene var foreldrene for dårlige til å følge opp barna sine når de så at de sliter med søvn. I ett av de eksemplene la moren merke til at barnet sliter med søvnen og fikk legen til å skrive Melatonin i en kort periode. Det hjalp en periode, men legen anbefalte at barnet ikke skal gå lenge på slik medisin.

En deltaker husker: “Når jeg var liten så var jeg sikkert plagsom for alle rundt meg. Er tidlig oppe, banket på dører, skjønte ikke at andre lå og sov. Men det er ikke sikkert jeg trengte mye søvn da”

En annen deltaker forteller: “Jeg var et rolig barn som ikke søkte noe oppmerksomhet, prøvde å legge meg og å sove, men fikk det ikke til”

To av deltakerne som har opplevd søvnproblemer fra barnealderen, ble senere i livet diagnostisert for ADHD. Denne diagnosen ble satt såpass sent at deltakerne hadde prøvd forskjellige behandlinger som hen aldri lyktes med. En av deltakerne fikk feil etter feil diagnose og fikk mange ulike medisiner som ble prøvd for å finne ut hva som kunne hjelpe for disse diagnosene.

“Jeg har vært en prøvekanin, som prøvde veldig mange forskjellige medisiner for å finne ut hva som fungerer best for meg”

Den andre deltakeren derimot, prøvde å løse søvnproblemene selv når han opplevde at legene ikke klarer å hjelpe han for å finne riktig diagnose. I ungdomsalderen ble marihuana brukt, kun for medisinerer for å sove, og ikke for å ruse seg. Dette var brukt i 10 år, men han sluttet med det når han fikk barn. Deltakeren mener om dette var lovlig i dag, så kunne han uten tvil tenke seg å bruke det for å sove nå også. I begge disse eksemplene tyder det at søvnproblemene var som symptom av en annen sykdom, nemlig ADHD. Samtidig ser vi at det er lite fokus i helsevesenet om å finne den diagnosen deltakeren opprinnelig har.

Den samme deltakeren som prøvde marihuana sier: “en periode prøvde jeg alkohol som en løsning”

Her har medikalisering og farmakalisering av søvnproblemer ført til uheldige konsekvenser i begge de eksemplene over. Vi merker at søvnproblemer i de eksemplene blir medikalisert og følgelig farmakalisert på bekostning av andre tilstander grunnet feil diagnostisering eller underdiagnostisering. Det kan være fordi søvnproblemene oppleves først som den overflatiske plagen som er mest plagsomt for individet, og helsepersonell, men også pasienter er mer opptatt av å behandle den enn av å finne opprinnelsen til den. Konsekvensen av det blir bare å løse det overflatiske problemet, nemlig søvnproblemer i en kort periode. Men så lenge den opprinnelige tilstanden er ubehandlet, vil ikke nødvendigvis de store mengdene medisiner som prøves hjelpe over lengre tid likevel.

Når leger i dette tilfelle muligens ikke anerkjenner søvnproblemene individet har er et problem som må behandles på et vis, kan føre til at individet mister tillit til helsevesenet. Dette fører til en form av redusert farmakalisering. Når det skjer, kan det føre til at den personen velger å finne en behandling selv. Den behandlingen man finner selv er ikke nødvendigvis den rette, som vi har observert i det andre eksemplet hvor ulovlige stoffer som marihuana og alkohol ble prøvd som en løsning.

En annen faktor som kan føre til at individet mister tillit til helsevesenet er nemlig at pasienter bare får feil etter feil diagnose og blir prøvd på med medisiner, og dette kaller jeg økt farmakalisering. Hvor deltakeren i første eksemplet fortalte at hun ble diagnostisert for angst og depresjon for eksempel og fikk medisiner for det, men det viste seg at hun ikke hadde det. Både oppfatninger deltakeren gjorde seg med de diagnosene hun fikk, og bivirkningene hun opplevde med alle medisinene hun prøvde, påvirket synet hennes på helsevesenet negativt. Det gjorde at, til slutt når hun fikk den “riktige” diagnosen som hun har hatt fra hun var liten, ADHD, var hun skeptisk til den og til behandlingen.

3.2 Selv-rapporterte holdninger

Dette kapittelet tar for seg hvordan deltakerne prøvde å behandle tilstanden med søvnproblemer før de oppsøkte legene sine, og hvilke ikke-medikamentelt tiltak de har prøvd. I tillegg inkluderes det her meninger om de tiltakene som er prøvd og hvorfor de gikk videre til medikamentell behandling. Dessuten kastes lys på årsaker som har trigget deltakerne for å søke medikamentell behandling. Dette er relevant for å besvare problemstillingen, hvor vi får innblikk på veien frem mot farmakalisering av søvnproblemer.

3.2.1 Ikke-medikamentell behandling

I studien omtales søvnproblemer som noe folk burde kunne takle seg selv. Det er erkjent at ikke-medikamentelt tiltak er trygge og bør forsøkes først ved søvnproblemer (91). Halvparten av deltakerne kjenner ikke til, eller har aldri prøvd noe som helst av ikke-medikamentell som behandlingsalternativ. De har heller ikke fått noen råd om slike tiltak fra legene sine. Noen få har prøvd noen råd om søvnhygiene, som å ikke ta med mobilen til sengs, eller ta et glass melk før leggetid. Disse rådene har de enten tatt med fra oppdragelsen eller bare hørt om det fra venner.

Den andre halvparten av deltakerne, visste om minst et ikke-medikamentelt tiltak. Noen synes tiltakene de har prøvd hjelper veldig bra og håper de kan slutte å ta medisinen og å fortsette kun med tiltakene, som blant annet var avslapningsteknikker, hypnose og å høre på musikk. Andre synes at ikke-medikamentelle tiltak er hjelpsomme ved siden av medisinbruk. Av de ikke-medikamentelle alternativer prøvde den ene deltakeren å følge alle råd om å trene, gå turer, yoga, pusteteknikker, ikke drikke kaffe, te eller Cola “alt man syns er godt” lenge før leggetid. En annen deltaker prøvde urtemedisiner og melatonin, og brukte mye penger på fotsoneterapi og akupunktur. I tillegg til andre råd som å ikke drikke kaffe, og drikke en spesiell beroligende te. Følgende sitater er eksempler på deltakerne som ikke var helt fornøyde med ikke-medikamentelt tiltak de hadde prøvd.

“noen av de alternativene hjelper en kort periode og i en viss grad, men ikke langvarig”

“jeg brukte mye penger på det, men til tross for det så opplevdes alt som håpløst”

“jeg prøver å lese bøker som han syns er kjedelig, og ingenting av det funker”

Strategiene var ikke nødvendigvis effektive for alle, de er heller ikke kjent for alle. De oppleves som dyre å prøve, og tar lang tid før effekten er merkbar. Det krever dermed motivasjon og tålmodighet av individet. For noen, og når det ikke foreligger noen vanskeligheter i å skaffe seg resept fra legen, føles det unødvendig å følge ikke-medikamentelle råd. Det er blitt så mye lettere å få en resept fra legen og folk foretrekker den korte veien for å kanskje få den samme hjelpen som ikke-medikamentell behandling kunne komme med. Det er den moralske bakgrunnen hvert individ har, som skiller mellom de som legger energi og tid i å prøve seg vekk fra den medisinske løsningen og de som ikke ser det som en nødvendighet.

En eldre deltaker begrunner sitt valg av bruk av sovemedisin fremfor ikke medikamentelle tiltak med: “nå syns jeg er så gammel at jeg ikke gidder å sette meg inni andre alternativer, og så lenge jeg får medisinen av legen uten problem”

Farmakalisering av søvnproblemer er da delvis avhengig av individets egne tanker og meninger av en behandlingsform. Den vil inntre raskere hos individer som har mindre vilje til å unngå å bruke sovemedisiner så lenge de skaffes lett fra legen.

3.2.2 Selv medikalisering og medikament utveksling

Studie-resultatene tyder på at å forteller om medisinene pasientene går på er ikke et tabu lenger, i hvert fall ikke i det distriktet jeg gjennomførte intervjuene i. For flere av deltakerne var det normalt å bruke sovemedisiner fordi alle rundt gjør det. Alle er åpne om hva de går på av medisiner, og blir påvirket av hverandre. Dette kan vi kalle indirekte forbruker-reklame, som når folk snakker vanlig om deres bruk av sovemedisiner, inspireres andre rundt og motiveres til å bruke det samme. Noen ganger kan den type reklame få folk til å tro at de har et problem når de ikke gjør det. Det tyder videre på økt farmakalisering fordi det får dem til å ønske seg medisin når de ikke nødvendigvis trenger det.

En deltaker som jobber i helsevesenet, forteller: “nesten alle de eldre mennesker som ligger på sykehjemmet får den tablett (Imovane)”

Et annet tegn på dette fenomenet er at deltakerne spurte ofte om medisinen de skal ha etter navn. De fleste som var til legen og klaget over søvnproblemer, hadde et stoff i tankene.

“jeg spurte legen helt konkret om å få sovemedisin, og da fikk jeg Imovane/Zopiclone”

En annen sier “når jeg besøkte legen bedde jeg spesifikt om å få Imovane, så var det i orden”

Å prøve noen andres medisin denne ene gangen får man til å tenke at en annen gang ville være ok og så en annen gang. Først og fremst, vet vi ikke hvordan den medisinen kommer til å påvirke individet. Den gis til den spesifikke personen av en bestemt grunn i en dose som i det minste noen trodde var passende for dem. Bare fordi den personen er som kjæresten til vedkommende eller er på samme alder, betyr det ikke at biologien er den samme. Flere innrømmet at de først prøvde et bestemt sovemiddel via resept fra en venn eller et familiemedlem.

En deltaker sier:

«vi er mange som bruker Imovane på min arbeidsplass og de jeg kjenner. Hvis det hender at noen mangler resept, så går vi rundt og låner tabletter fra hverandre. Nesten alle de eldre mennesker som ligger på sykehjemmet får den tabletten».

På disse måtene omgår bestemte forbrukere legers autoritet og engasjerer seg i selvd Diagnose og selvbehandling. Det kan tenkes at deling hjelper dem til å unngå behandlingskostnader og ulempene forbundet med legebekøk. Begrenset tilgang til helsetjenester (mangel på fastleger) og sosiokulturelle faktorer og å ha ubrukte reseptbelagte medisiner kan være faktorer som fremmer delingsatferd.

3.3 Lege-pasient forholdet

Leger ble ikke inkludert med i denne studien, og dette er deltakernes framstilling. Følgende er hypoteser som jeg ønsker å ta opp med i resultatdelen ut ifra hva deltakerne sa. Dette er i forhold til hvordan behandling de har fått av legene sine, og hvordan de kom frem til det valget. Det er viktig å peke på at den delen av resultatet kunne fremkomme annerledes om legene hadde blitt tatt med i studien.

Det kan være diskuterbart om leger ikke gidder å først foreslå atferds forslag og søvnhygiene relaterte råd for å ikke få de blikkene fra pasienter som vil ha den medisinen de sikter etter. Det kan være at de antar at de fleste pasientene har prøvd en rekke reseptfrie midler hjemme, og har fulgt råd som å drikke melk eller holde seg fysisk aktiv før de oppsøker legen. Når leger blir oppsøkt for få noe spesifikt, blir de muligens usikre og kanskje svakere for å vise motvilje til forskrivning.

Det viser seg at det eksisterer spenninger i leger som ønsker å hjelpe pasienter, unngå konfrontasjoner og vise empati gjennom forskrivning av hypnotika. Samtidig anerkjenner de potensialet for avhengighet av sovemedisiner som vanligvis ikke anses som en førstelinjebekhandling for søvnproblemer og aksepterer ansvar for å minimere bruken av disse stoffene. Ingen av deltakerne hadde problemer med å skaffe resept på sovemedisiner når de er til legen og ber om det. Selv om hypnotika ikke bør være legenes førstevalgs bekhandling, fikk

de fleste resepten uten å ha prøvd noe annet på forhånd. Det er ikke alltid tilfelle at legene snakker om søvnhygiene.

En deltaker som nylig ble diagnostisert med kreft sier “legen skjønte problemet umiddelbart siden kreften var i gang og skrev ut resepten med Imovane uten å kartlegge noe mer”

En annen deltaker forteller “jeg bedde spesifikt om å få noe å sove på, så var det i orden”

Det er en del medisiner som hadde blitt ansett som trygge før, og plutselig ble de trukket ut fra markedet på grunn av risikoen de utgjorde på folk. Flere av de eldre deltakerne uttalte at de fikk Rohypnol først som innsovningsmiddel, som senere ble trukket ut av markedet på grunn av dens misbrukspotensiale. Noen leger, mest eldre, kan anbefale medisiner basert på deres erfaring med pasienter snarere enn å være basert på retningslinjer. De kan plutselig gi råd som ikke stemmer med teorien. De er muligens mindre oppdatert på ny kunnskap om legemidler som i eksemplet nedenfor.

En deltaker sa “legen som forskrev Imovane første gang lovte at den ikke var vanedannende, men jeg oppdaget det motsatte”

Nyere leger virker mer restriktive på forskrivning av medisiner fordi de er mer presset av retningslinjer og de enorme mengder av kliniske studier som blir publisert, spesielt om hypnotika.

En eldre deltaker sier: “legene i dag er mer restriktive og de liker å starte behandlingen med C-preparater”

Noen, spesielt eldre, kan ha flere faktorer som opplever dårlig nattesøvn. I et tilfelle med flere kroniske sykdommer; polynevropati (som gjør at man fryser veldig lett på beina) og urolig bein syndrom. Polynevropati er blant de sykdommene det ennå ikke finnes noe behandling for, og man er derfor nødt til å behandle symptomene den forårsaker. I tillegg er urolige bein syndrom er en av de anerkjente søvnproblemene som behandles avhengig av alvorlighetsgrad. Deltakeren oppsøkte legen ikke spesielt på grunn av søvnvansker, men i sammenheng med andre sykdommer han har. I løpet av samtalen dukket det opp at han sliter litt med søvn. Legen spurte da om deltakeren vil ha sovemedisin og svaret var “ja takk”. Legen kan ha tenkt ved

dette tilfelle, det er sterkt grunnlag for behandling av søvnproblemet for å at den personen skal ha bedre livskvalitet.

Deltakeren ordlegger seg slik: “det var i grunn legen som sa hvis du ikke får til å sove så er det ikke noe problem å få sovemedisin.”

Behandlings idealer til legene reflekterte deres egne forforståelser. De legene sitter sannsynligvis med dilemma, hva er sykdom og hva er ikke, hva bør behandles og hva bør ikke. Plutselig behandler de mennesker som ikke særlig trenger den behandlingen.

Noen leger kan mene at søvnproblemer er elendig og hvis medisiner kan hjelpe folk til å bli mindre ulykkelige, er det en god ting. Legen til en deltaker som slet med søvnproblemer i mange år, hadde sagt til henne (basert på hva deltakeren fortalte) at hun har en potensiell dødelig søvnforstyrrelse, og det gjør ikke noe om hun tar vanedannende medisiner for å få noe søvn. Legen har da som mål å unngå langvarig elendighet. Når en pasient har mange plager og andre helseproblemer, er det kanskje lettere å skrive ut resepten enn det er å bruke mye tid på å snakke om atferdsendring.

Vi kan konkludere med at legene har en betydelig rolle i medikalisering og farmakalisering. At pasienter initierer med å medikalisere tilstanden deres først, antyder at forbrukerisme er til stede, der pasienter bringer kunnskap og forhandlingsmakt til legene sine. Eksempelvis; “Jeg spurte legen helt konkret om å få sovemedisin og jeg fikk Imovane/Zopiclone”. Pasienter hører én ting fra TV-en og deretter vennene deres, og deretter settes legen i en posisjon til å motsi en tro som pasienten allerede har etablert. Noen pasienter ser på helsevesenet som en markeds plass og bemerket at hvis legen avslår en forespørsel om et søvnmedikament, kan pasienter finne en lege som vil gi dem det. En pasient nevner " jeg vet om noen som bytter legen som ikke skriver den resepten de vil ha”

3.4 Fordeler og ulemper med hypnotika

I studien har forskjellige reseptbelagte medisiner blitt prøvd for behandling av søvnproblemer. Noen har prøvd en del C-preparater før overgang til B-preparater, og andre startet rett på Z-hypnotika. Deltakerne uttaler seg litt ulikt med tanke på fordelene og ulempene de har opplevd med disse preparatene. Resultatet i dette kapittelet tar for seg et undertema med hva slags hypnotika blir brukt først og sist og meninger rundt de. Deretter, i de andre undertemaene blir resultatene om hva fordeler og ulemper deltakerne ser med Z-hypnotika medisinen de går på.

3.4.1 Bruken av hypnotika

De pasientene som får resept på hypnotika, er ikke ensartet pasientgruppe. Tvert om, og som variasjonen i utvalget, kan det være alle slags pasienter. Det kan være fra den forsiktige damen som må ha medisinen tilgjengelig “for sikkerhets skyld” i tilfelle hun ikke klarer å sove en natt, til andre pasienter med kliniske situasjoner, som akutte smerter eller intens angst som må ha sovemedisin hver dag. Noen bruker slik medisin daglig, eller bare periodisk når de trenger det, og andre bruker det som siste utvei når de absolutt ikke får sove. For flere var det normalt å bruke sovemedisiner fordi alle rundt gjør det. De fleste som har begynt med hypnotika bruk, enten hadde ikke kjennskap til alternative behandlingsformer, eller de synes at slik behandlingsform ikke hjalp. Men alle, i denne studien, har brukt hypnotika over lang tid.

Selv om studien var begrenset til pasienter som bruker minst én av BNZ eller Z-hypnotika, var flere av informantene som hadde prøvd C-preparater før overgang til, eller i kombinasjon med BNZ eller Z-hypnotika. Av C-preparater blir alt av melatonin, doxilamin, levomepromazin, kvetiapin, hydroxyzine, atomoksetin, alimemazine, mianserin, amitriptylin og gabapentin foreskrevet for søvnproblemer. Disse preparatene er hormoner, antihistaminer, antidepressiva, og sentraltvirkende stoffer. Bortsett fra melatonin som er spesielt ment for behandling av dårlig søvn, har resten ikke søvnproblemer som hovedindikasjon. De brukes som off-label (bruk utenfor godkjent indikasjon) for søvnproblemer. De blir i dag foretrukket av legene enn B-preparater. En informant nevner “legene liker å starte med C-preparater”.

Bruk av antidepressiva kan ha en positiv innvirkning på søvnfysiologien, men ser ikke ut til å forbedre subjektive vurderinger av søvnkvalitet. Beroligende antidepressiva er fornuftig for pasienter med søvnproblemer i kombinasjon med depresjon, men like viktig er hvordan det antidepressiva påvirker søvnkvaliteten (92). I denne studien fikk også de som ikke hadde

depresjon antidepressiva først før overgang til B-preparater. Antihistaminer brukes hovedsakelig til å behandle symptomer av allergier. De kan indusere døsighet ved å virke mot en kjemikalie produsert av sentralnervesystemet (histamin). Disse medisinene kan være nyttige i visse situasjoner, for eksempel for å behandle søvnproblemer relatert til reiser (93). Igjen, her ble antihistaminer brukt for noen bare for å prøve det før overgang til noe annet. Det samme gjelder for sentraltvirkende legemidler, da det primært brukes for epilepsi eller nevrologiske smerter, kan også brukes for søvnproblemer.

Disse medisinene har også blitt brukt i kombinasjon, for å forsterke effekten av å fremme søvn. De deltakerne som har prøvd én eller flere av disse preparatene, beskriver bare negative effekter ved de. Den ene informant sa: “med bruk av de medisinene følte jeg meg helt flat og kunne ikke se i veggen i flere timer og følte jeg var utenfor kroppen min”. Og en annen som fikk antidepressiva når hun var gjennom en traumatisk hendelse, sa: “...og den var såpass sterk og bivirkninger slo ut umiddelbart slik at jeg ikke tok mer enn én tablett av den. Jeg opplevde det som jeg var ute av seg selv, og dagen etter kunne jeg ikke finne veien til frisøren jeg alltid pleier å dra til. Det gjorde til at jeg ikke kunne kjøre bil. Det var forferdelig opplevelse og skal aldri bruke den igjen”.

Tilbake til B-preparater, og mer spesifikt BNZ og Z-hypnotika som denne studien handler om. Av de preparatene blir alt av zopiklon, oksazepam, diazepam, zolpidem og alprazolam foreskrevet for søvnproblemer. Zopiklon forkorter innsovningstiden, forlenger søvnens varighet og minsker antallet nattlige oppvåkninger (94). Ved et søk i reseptregisteret for å sammenligne zopiklon-bruk med bruk av andre Z-hypnotika og BNZ finner vi at imovane brukes mest av alle for behandling av søvnproblemer (se vedlegg 6). Dette stemmer med studiefunnene, hvor absolutt alle informantene jeg intervjuet bruker zopiklon (imovane). De andre Z-hypnotika og BNZ preparater har blitt foreskrevet enten for bruk i kombinasjon med zopiklon, eller når informantene ikke lenger får effekt av zopiklon. Grunnen til det er ikke nødvendigvis at zopiklon er tryggere enn de andre medikamentene, men kan rett og slett være fordi den er så populær blant pasienter og legene. Fordi en studie som sammenlignet de ulike stoffene, fant at Z-hypnotika har få distinkte fordeler i forhold til BNZ, og på mange måter har de lignende skadelige effekter, spesielt zopiklon (95). Her er et annet bilde av, hvor markedsføring og reklamering av et preparat driver farmakalisering.

3.4.2 Rapporterte fordeler

De fleste av deltakerne beskrev fordeler ved bruk av imovane, siden det stort sett bare var det de brukte for tiden. Mange av deltakerne satte pris på potensialet til imovane for å redusere tiden det tar å sovne. De sammenligner livet før og etter de har begynt med medisinen og beskriver seg selv som uthvilt, rasjonell og mer i stand til å takle livets hendelser. For andre er det ikke nok med bare imovane og de må derfor ha oksazepam (sobril) eller en annen BNZ ved siden av, for å få forsterket den beroligende effekten ved behov.

Den ene informanten forteller følgende:

“Imovane fungerer bra for søvnproblemene, og hjelper med å sovne inn. Før bruk av sovemedisinen, var livet annerledes og veldig dramatisk med depresjon. Det var ganske slitsomt når man ikke får til å sove om natta. Fordelen med sovemedisinen er at søvnen normaliserer seg om natta og det gir følgende bedre livskvalitet og mer opplagthet”

Noen anerkjenner at søvnproblemene bare er symptom utløst av en annen tilstand de lider av, men de ser en fordel av når symptomene lindres, og de kan takle eventuelle problemer bedre. Det vil si, likevel når søvnproblemene ikke oppfattes som en sykdom, ønsker de likevel en behandling for å sikre bedre livskvalitet.

Det kan forstås som at mye av årsaken til at folk ser fordeler med sovemedisiner, er placeboeffekten. Flere rapporterer mange bivirkninger/ulempes ved imovane men det er likevel betryggende å ha tablettene tilgjengelig. Og én som mente at “legen kunne gitt meg en hvilken som helst pille, selv en fylt med sukker, som han sa det var imovane, kunne gi en viss grad av trøst”. Sovemedisiner får brukerne å føle seg mindre bekymret og engstelige for å sovne, og de sovner raskere. Dette stemmer med tidligere kliniske studier som tester sovemedisiner som z-hypnotika mot placebo-piller har funnet at søvnproblemer kan forbedres selv når pasienter ikke får den virkelige behandlingen (96).

3.4.3 Rapporterte ulemper

De fleste studier bekrefter at z-hypnotika og BNZ generelt er effektive og trygge ved korttidsbruk (97). Nesten alle deltakerne i denne studien har mist brukt imovane i ett sammenhengende år. Da øker risikoen for problematikk rundt bruken som bivirkninger, toleranseutvikling og avhengighet. Resultatene i undersøkelsen viser motstridende perspektiver blant deltakere. Noen opplever mer nytte enn risiko, mens andre opplever store ulemper, men må likevel ta det som siste utvei. For de som ikke bare sliter med innsovning, men også med kontinuiteten av søvn vil ikke sove jevnt hele natten av å bruke imovane. Søvnkvaliteten er da avhengig av hva man har gjort dagen før. Følgende sitater er eksempler på slike motstridende taler.

Den ene informanten som prøver å kvitte seg med imovane sa: “fordelene med sovemedisiner er at man får litt mer søvn, ellers er det bare ulemper”

En annen deltaker, og ved siden av å nevne noen få bivirkninger, sa: “det er få ulemper knyttet til bruken av sovemedisinen sammenlignet med fordelene”

Et stort problem med de sovemidlene som gir toleranseutvikling er at hvis man har brukt dem over tid og så stopper å bruke dem, vil søvnen bli mye verre enn den var i utgangspunktet (98). Det er også her motstridende perspektiver angående toleranseutvikling ved bruk av hypnotika over lang tid. Noen mener at imovane virker på samme vis før og nå, og at det er ingen reduksjon i effekten over tid. Andre forteller at disse medisinene fungerer bra i starten, men hendelser i livet kan gi reduksjon i effekten. Mange tror at de ikke kan klare seg uten sovemedisin når de opplever dette, og begynner å ta de igjen og blir på denne måten avhengig.

En informant forteller:

“Selv om jeg har disse medisinene, er det likevel noen kvelder han ikke får sove. Jeg tror at det har noe med stresset rundt undersøkelsene han må gjennomføre for å bekrefte eller avkrefte om kreften fortsatt er der eller om den har forsvunnet. er det tanker og negative forventninger som øker stressnivået. Det har ført til tanker om mulige runder med cellegift i kommende måned som han da går og gruer seg til”

Etter hvert som man blir tilvent disse midlene kan det være vanskelig å slutte, og etter hvert kan det bli slik at man blir avhengig og får abstinenser. Det er noen i utvalget i denne undersøkelsen som føler seg avhengige av imovane. Ved spørsmålet om en informant har blitt avhengig av Imovane, var svaret “Ja visst er jeg det”. Avhengighets prosessen kan være fysisk eller psykisk. Når man har brukt de vanedannende medisiner over lang tid og plutselig slutter, får man abstinenssymptomer som blant annet verre søvntilstand. Dette problemet kan løses med en solid nedtrappingsplan over tid. Men den psykiske avhengigheten (som forekommer mest i denne undersøkelsen) er mer knyttet til tanker og bekymringer av å ikke få sove når man slutter med medisinen (99). Følgende er deltakerne som tilstår at de har blitt avhengig av imovane. Den økte selvrapporterte avhengigheten, blant imovane brukere kan skyldes atferdsmessige snarere enn farmakologiske aspekter ved medisinbruk.

“Jeg forsøkte uten Imovane, men det var en marerittlignende sak og ble en vane å ha den tablett før jeg legger seg”

«Ulempen er at man blir avhengig av det på sikt».

“Ulempen med det at man kanskje blir litt avhengig av dem, men det er bare deilig å ta en tablett også sove med en gang”

Deltakere rapporterer flere bivirkninger av både det de har prøvd av C-preparater men også av imovane og andre B-preparater som tas ved behov. De som har prøvd C-preparater rapportere mye verre bivirkninger før overgang til imovane. En informant som fikk resept på amitriptylin for sin depresjon sa: “den var såpass sterk og bivirkninger slo ut umiddelbart slik at jeg ikke tok mer enn én tablett av den”. Hun opplevde det som hun var ute av seg selv, og dagen etter kunne hun ikke finne veien til frisøren hun alltid pleier å dra til. Det førte til at hun ikke kunne kjøre bil. Det var forferdelig opplevelse og skal aldri bruke den igjen. Når det gjelder imovane, dette ble beskrevet som “dritt tablett”, fordi den virker så kort, har dårlig ettersmak, og andre forferdelige bivirkninger dagen etter. Søvnighet på dagtid, sløvhet, hodepine og forvirring har blitt rapportert som hangover symptomer.

“Det jeg misliker med de medisinene er hangover effekten man får dagen etter”.

Selv om de fleste innrømmer de negative effektene som kan forekomme ved bruk av hypnotika, er det få som er villige til å slutte med de så lenge de får de forskrevet av legen. En annen forklarte en familiehistorie med narkotikamisbruk som følge av bruk av hypnotika. Dette hadde ikke noe innvirkning på hans valg med bruk av hypnotika.

En informant forsvarer sin bruk av imovane sier: “Noen sier man blir glemsk av det, og jeg har jo blitt glemsk, men kan være på grunn av alderen også”

Selv alt det negative som rapporteres av informantene, ser ikke ut at det har noen negative effekter på farmakalisering. Fordi de gir bestandig en eller annen grunn som forsvarer bruken. Det kan komme av at de ikke ønsker å miste den gode delen de får av bruken av slike medisiner.

4 Diskusjon

Diskusjonen omfatter temaene som er presentert i resultatdelen og metodediskusjon. Først gis det liten beskrivelse av hvilken retning har studien havnet på med de resultatene som er funnet. Deretter diskuteres de temaene med tilfeldig rekkefølge, og kombineres sammen. Det trekkes viktige momenter av temaene og diskuteres opp mot litteratur og andre studier relatert til feltene i denne studien. I tillegg gis det løsninger på problemene basert på blanding av kunnskap fra retningslinjer og egen mening. Forslag for videre forskning kommer på slutten av resultatdiskusjonen. Deretter diskuteres alt av metodens validitet og reliabilitet, styrker og svakheter og til slutt utvalgsstørrelse og informasjonsstyrken. Denne delen inkluderer også kritikk for eget arbeid og forbedringspotensialet.

4.1 Diskusjon av resultatene

Sovemedisiner spesielt reseptbelagte hypnotika får press på grunn av deres potensial for avhengighet og andre bivirkninger. Det har imidlertid vært relativt lite kvalitativ samfunnsvitenskapelig forskning i Norge på hvordan mennesker forstår og forhandler om bruk av sovemedisiner i hverdagen. Så vidt jeg er klar over, finnes det kun én studie som handler om farmakalisering ved medikamentell forebygging (100). Denne masteroppgaven søkte å få bedre forståelse av farmakalisering av søvnproblemer fra legemiddel-brukernes perspektiv, og identifiserer faktorer som påvirker det. Denne prosessen er avhengig av å studere enkelte tilfeller av legemidler, pasientgrupper og bruksområder.

Ved å analysere pasienters beretninger om deres søvnproblemer og veien de valgte til behandling, undersøker jeg hvorfor søvnproblemer blir medikalisert eller ikke medikalisert som helsetilstand, og farmakalisert ved å bli behandlet med beroligende hypnotika. Jeg finner en kompleks medikaliserings- og farmakaliseringsprosess og noen ganger bare farmakalisering som er drevet av biologiske faktorer, forbrukerisme, og forholdet til helsetjenesten. Funnene mine støtter mer erkjennelsen av at søvnproblemer ofte er et resultat av andre tilstander, snarere enn å støtte at søvn blir medikalisert til en sykdom. Det vil si at farmakalisering her, blir mye drevet uavhengig av medikalisering.

Pasientene identifiserte ulike årsaksfaktorer for søvnproblemer som depresjon, kreft, aldring eller sorg. Søvnproblemene kommer da i forbindelse med de faktorene og påvirker livsomstendigheter. Søvnproblemene ble i disse tilfellene ikke nødvendigvis transformert til medisinske problemer, men ble ansett som en tilstand som trenger medisinske løsninger, altså farmakalisert. Fordi mange søvnforstyrrelser er sekundære, er omfattende og nøyaktig diagnose og spesifikke årsaks baserte behandlinger avgjørende. En studie som studerte medikalisering av søvnproblemer i USA hadde noe liknende resultater. Hvorvidt velger en person å se på søvnforstyrrelsen sin, uavhengig av årsaken, som et problem som fortjener å klage og gjør en innsats for å søke behandling, modereres av vedkommendes vurdering av søvnproblemet og dens implikasjoner (42).

Det at flere faktorer tyder på at søvnproblemer ikke anses som en sykdom, men som et symptom av en annen tilstand, kan føre til redusert medikalisering. Likevel, bruker folk fortsatt store mengder medisiner for å behandle det såkalte symptomet, som vil si økning i farmakalisering som fenomen. Det kan være vanskelig for folk å komme inn til legen og snakke om depresjon og angst. Så søvn er noe de fokuserer på. Ved å sette denne konseptualiseringen ut i livet, som et signal om å undersøke det stigmatiserte temaet psykisk sykdom.

Det forekom variasjon i viljen til å prøve alternativ ikke-medikamentell behandling, og en spesiell motvilje av de som har blitt avhengige av den sovemedisinen de har brukt i lang tid. Det er imidlertid lite kunnskap blant deltakerne om alternativ behandling for søvnproblemer, eller folk av ulike grunner ikke foretrekker det. Dette kan sammenlignes med en studie som er gjort på pasienter med påvist avhengighet av BNZ og z-hypnotika (101). En skadereduksjon strategi kan være hensiktsmessig for denne gruppen. Dette innebærer å bruke en erstatning med lang halveringstid for å minimere avhengighet og abstinens fenomener. Det kan være positivt å la pasienten engasjere seg i helhetlig behandling av sin avhengighet, før den sakte reduserer dosen. Hvor mye gjøres dette i dag i virkeligheten? ikke mye som min studie viser, men det kan hende at det er ulik praksis rundt omkring. En nøye gjennomgang av søvnhistorie, søvnhygiene og opplæring bør være en integrert del av enhver evaluering av en søvnproblemer i helsevesenet.

For eldre arbeidstakere reduserer nattarbeid søvnkvaliteten og å komme seg etter krevende skift tar mer tid. Det er veletablert funn i litteraturen at senior nattskiftarbeidere har problemer med å sovne på grunn av forstyrrelser i døgnsyklusen, og sovetiden reduseres med 2–3 timer per

natt sammenlignet med søvntiden når de jobber på dagtid (102). Basert på nye forskningsresultater anbefaler det finske arbeidslivsinstituttet å gi ansatte over femti år bedre muligheter til å redusere nattevakter og lange arbeidsdager. Deltakende arbeidstidsplanlegging, som gir ansatte økte muligheter til å påvirke sin arbeidstid, har vist seg å være et effektivt verktøy, også for å støtte aldrende arbeidstakeres trivsel på jobben (103). Vi ser ikke noe lignende vilkår her i Norge. Slik vilkår kan være verdt å prøve for seniorer i skiftarbeid i landet for muligens å redusere plagene med søvn og videre øke sjansen for at de varer lengre i arbeid.

Selv om leger ikke er en del av denne studien, klarte jeg likevel ut av hva pasientene sa om møtet med legene sine, forme meg noen hypoteser som legene sannsynligvis forholder seg til ved forskrivningen av slike medisiner. Realiteten er at tidsbegrensninger i denne sammenhengen kan drive medikalisering og farmakalisering. Leger har i gjennomsnitt omtrent tjue minutter med hver pasient, og de strever sikkert med å finne en balanse mellom tidsbegrensninger og pasientenes behov (104). Noen ganger kan de unngå søvnhygiene samtaler til fordel for å håndtere mer komplekse, livstruende helseproblemer. Legene har flere oppgaver i de tjue minuttene. De må diagnostisere, finne ut, hvem denne personen er, hva som er galt med dem. De må i tillegg bestemme diagnosen, få sine resepter skrevet og skrive opp papirene. I sum, på grunn av begrensninger i administrert omsorg, mangler disse legene muligheten av tid til grundig rådgivning, spesielt når andre (muligens mer alvorlige) helseproblemer er tilstede. Disse begrensningene oppmuntrer dem til å foreskrive sovemedisiner.

Relatert til tidsbegrensninger er når klagen på søvnproblemet oppstår under kontorbesøket. Så ofte kan det bare komme opp som den siste tingen i besøket, og legene må enten gjøre en elendig jobb med å ta tak i det, eller kaste de ut og skriver ut resepten slik at de kan komme videre til neste pasient. Leger er dessuten under mer press for å se flere pasienter og generere mer inntekter, slik at de ikke har tid til å sitte og utforske noen av disse problemene. Dette er ikke å bagatellisere at leger er fortsatt veldig ansvarlige for den virtuelle resepten de forskriver. En løsning på for å avlaste legenes store ansvar kan for eksempel være å overflytte del av det til annet helsepersonell som kan bruke mer tid for tettere oppfølging av pasienten, for å minimere uønsket feilmedisinering.

Det er utbredt kunnskap om farene ved overforbruk og langtidsbruk av reseptbelagte hypnotika. Likevel, forskrives de fortsatt ofte unødvendig. Dette kan ha kommet av unøyaktighet

diagnostikk eller legene vil ikke risikere å ikke behandle noen som kan ha nytte av sovemedisin, og viser nemlig empati. I akkurat dette tilfellet med hypnotika bruk, som man kan utvikle toleranse over tid, er det vanskelig å finne hva som er det passende kliniske behovet for den enkelte pasienten. Pasientene kjenner selv til den effekten de opplever når de bruker medisinen, og de er dermed delvis involvert i valget av behandlingen. Dette kan skape utfordringer for leger å foreskrive passende legemiddel i passende dose, og risikoen for overforbruket kan være økt. Videre, fører overforbruk av medisiner som er knyttet til farmakalisering til økt risiko for helseskader og kan ha negative konsekvenser for enkeltpersoner og samfunnet.

Åpenhet om bruk av sovemedisiner blant folk viser seg til å ha stor innflytelse på mange mennesker. Dette kan sammenlignes med Direkte til bruker annonsen (DTCA), som er annonsering for legemidler som blir markedsført. Det fører til at pasienter får mer kunnskap om et produkt som gjør at de oppdager helsetilstander i seg og vil oppsøke legene sine for å behandle det. Dette fenomenet finnes i USA, men ikke i Norge (18). Likevel, kan annonsering av legemidler skje på indirekte måte, ved for eksempel at pasienter snakker åpent om sovemedisinen de bruker. Dette kan på et nivå føre til at individene blir påvirket av hverandres handlinger med legemidler. Pasientene kommer inn til legene sin med behandlingen i tankene uten engang å gå gjennom diagnostikk. Det kan få dem til å be om en bestemt medisin. Denne innflytelsen blir forsterket av tilgangen pasientene har til legemiddelinformasjon på internett og ikke minst tilgangen til informasjon av andre mennesker i samfunnet som bruker den type medisin. Leger bør fortsatt oppmuntres til å tilby resepter for pasienters lidelse.

Til tross for ulempene knyttet til BNZ og z-hypnotika, medfører de flere positive resultater for individet og samfunnet generelt og de bør ikke undervurderes. I tillegg til å forbedre søvnkvaliteten, peker resultatene fra denne studien at disse hypnotika forbedrer livskvaliteten til brukerne. Det kan dessuten spille en viktig rolle for personer rundt den som får den behandlingen. Likevel, virker mye av fordelene pasientene opplever av slike medisiner psykiske og blir beskrevet som trygghet å ha. Tidligere kliniske studier som tester z-hypnotika mot placebo-piller, har funnet at søvnproblemer kan forbedres selv når pasienter ikke får den virkelige behandlingen (105). Dette tyder på at økt oppmerksomhet bør rettes mot psykologiske intervensjoner for søvnproblemer. Farmakalisering av en søvnproblemer gir da ikke bare negative eller bare positive konsekvenser. Det bør være en balansegang med tanke på hvilket nivå ligger individets tilstand på, og om det er behov for farmakalisering, slik man øker den andelen av positive effektene av det.

Ett av formålene med studien er å øke forståelsen om valget pasientene tar mellom legemidler og ikke-medikamentelle alternativer. Dette kan benyttes av helsepersonell, inkludert leger og farmasøyter når de er i kontakt med pasienter for å hjelpe de rundt dette valget. Noen pasienter trenger ekstra veiledning i forhold til hva som finnes av ikke-medikamentelle løsninger, og andre trenger bare utfyllende informasjon om hypnotikumet de går på og for å minimere overforbruk. Det er ikke nødvendigvis bare en av de veien som er riktig for den pasienten, men noen ganger kombinasjon mellom de vil være nærmere til den optimale behandlingsmetoden. Det er ingen mal som kan passe alle, og grad av farmakalisering bør justeres basert på individets historie.

Fremtidige studier om sovemedisiner kan inkludere legemiddelbrukere fra ulike deler i landet og leger som forskriver resepter på slike medisiner. Mer spesifikt er det interessant å undersøke de hypotesene som blir presentert i denne studien om lege- og pasient forholdet basert på beskrivelser av legemiddelbrukere. Hypotesene som kom frem om leger spiller en viktig rolle innen farmakalisering og medikalisering. Det blir nemlig mer rettferdig å gi legene den retten for å omtale deres perspektiver om dette temaet og om disse hypotesene stemmer med det som foregår i praksis. Det er ulike temaer som kan undersøkes med legene innen dette område blant annet; er det faktisk lett å skaffe seg resept på reseptbelagte hypnotika, slik deltakerne beskriver? hva kommer det av? oppfordres pasientene til å prøve andre alternativer før de får den resepten? Gis nok informasjon om hypnotikumet ved forskrivning? Hvilke faktorer er det som spiller inn i den høye forskrivnings mengden? varierer legenes restriksjonsnivå i ulike deler av landet?

Like interessant er det å undersøke mer om hvordan den indirekte annonsering og snakking om sovemedisiner påvirker økningen i forbruket blant befolkningen, inkludert utlån av egne medisiner til andre. Dette vil også gi et bilde av en viktig faktor som fremmer farmakalisering på indirekte måte og som mange kanskje ikke har tatt i betraktning. Farmakaliseringens prosesser folder seg på forskjellige måter avhengig av sykdommen som behandles eller forebygges. Det er sikkert andre sykdommer og terapiformer som er interessant å studere i sammenheng med farmakalisering. Hver ny kunnskap vil være med i å utdype og å forstå dette fenomenet bedre i Norge og i verden.

4.2 Diskusjon av metode

Reliabilitet handler om hvor nøyaktige og pålitelige dataene i undersøkelsen er (106). Flere tiltak er blitt gjort for å styrke studiens reliabilitet. Lydopptaker ble brukt under datainnsamlingen, fremfor å notere under intervjuene. Dette sørget for at risikoen for tap av datamateriale ble minimert. Alle intervjuene ble gjennomført av én og samme person, slik at de ble gjennomført mest mulig likt. Intervjuene ble dessuten gjennomført fysisk, noe som ga mulighet til å bygge relasjon til informantene, og nonverbale signaler kunne oppfattes. Lydkvaliteten hos alle informantene var gode, og ingen utfordringer fant sted ved transkriberingsprosessen.

Det forekom et seleksjonsbias ved rekruttering av deltakerne, hvor en kollega som var godt kjent med kundene som kommer på apoteket, anbefalte å spørre en spesifikk person, når h*n er innom og skal hente medisiner sine, som hun trodde kan være en god kandidat for studien. Imidlertid, kan dette ha påvirket utvalget systematisk. Likevel, ga dette lite konsekvenser fordi forskeren viste uansett ingenting om denne kandidaten på forhånd av intervjuet. Dessuten hadde apotekansatte informasjon om både studien og rekrutteringsprosessen på forhånd og de har uansett taushetsplikt. En annen skjevhet kan være at de fleste som var innom rekrutteringsapoteket var av eldre mennesker, som gjorde at stor del av utvalget var eldre deltakere. Det kunne være fordel for reliabiliteten å rekruttere fra flere apotek for å fange opp andre aldersgrupper, og det hadde vært mer representativt.

Validitet derimot handler om hvorvidt resultatene gir gyldige svar på det man ønsker å undersøke. I kvalitativ forskning vil det finnes flere gyldige versjoner av samme kunnskap, og dersom studien gjentas vil ikke samme resultater kunne gjenskapes (107). I denne studien ble semistrukturert dybdeintervju benyttet som metode for å se på pasientenes individuelle erfaringer og perspektiver for deres sovemedisin. Deltakerne ble spurt om private handlinger og fokusgruppeintervjuer hadde nødvendigvis ikke passet for alle. Heller ikke en observasjonsstudie ville passet med temaet fordi man kan ikke observere tanker og valg. Det vil da si at individuelt dybdeintervju egnet seg best for temaet studien dreier seg om. Den interne validiteten blir på bakgrunn av dette ansett som relativt høy. På en side har utvalget relativt god bredde, selv med kun ti informanter. Informantene ga et bredt spekter med erfaringer og ulike årsaker for valgene sine, samt de var 50% menn og 50% kvinner. Det kan

likevel være vanskelig å anta om lignende funn vil inntreffe om en lignende problemstilling undersøkes.

Et viktig moment er å påpeke relevansen av det informantene sa i dybdeintervjuene. Det ble benyttet dialogisk validering i intervjuene, for å minimere misforståelser mellom informant og intervjuer. Det ble stilt oppfølgingsspørsmål eller å gjenta det informanten sa, dersom noe ble opplevd som uklart. Datainnsamlingen kan ha blitt påvirket av forskernes forforståelse, bevisst eller ubevisst, basert på oppfatninger og erfaringer forskeren har fra før. Likevel, var temaene trukket fram i resultatene mer basert på hva informantene har gitt av data, snarere enn forskerens forforståelse selv om den har en viss påvirkning der også.

4.2.1 Styrker og svakheter ved studien

En av styrkene var at intervjuguiden som var benyttet, inneholdte åpne spørsmål, og det var rom for følgespørsmål. Dette ga informantene muligheten til å kunne snakke og utdype seg fritt. Spørsmålene i intervjuguiden var noe overlappende, og ga informantene mulighet til å svare med ulike innfallsvinkler. En svakhet var at informasjonsrommet som ble brukt til intervjuing var lager på flere av apotekets utstyr. Dette resulterte at to intervjuer ble avbrutt av apotekansatte, som hadde glemt at et intervju foregår i det rommet. Samtalen ble umiddelbart stanset til den ansatte var utenfor rommet, så fortsatt intervjuet. Forskeren beklaget til informantene og minnet på taushetsplikten apotekansatte har for å holde det som foregår på apoteket hemmelig, og ingen av de informantene hadde noe problem med det. Selv om dette påvirket intervju flyten lite, var det likevel ubehagelig stemning når det skjedde. Underveis i analysen dukket det opp ulike spørsmål som forskerne kunne stilt i intervjuene. Spørsmål som dukket opp, var mer av nysgjerrighet av forskerens side og det hadde ikke nødvendigvis påvirket resultatene hvis man hadde svar på de spørsmålene.

4.2.2 Rekrutteringsmetode og utvalgsstørrelse

Rekruttering av informantene skjedde i stor grad tilfeldig når de var på apoteket og hentet sovemedisinen sin. Ingen av informantene var kjent for forskeren fra tidligere. Dette kan anses som positivt, fordi folk kan føle seg mer komfortable til å snakke seg åpent med fremmede om

private handlinger, enn med noen de kjenner. Kun ti informanter deltok i studien da forskeren antok at dette ga informasjonsstyrke. Styrken ble opplevd av det brede spekteret informantene kom med av svar.

Informasjons kraft er først og fremst relatert til studiemålet; et bredt studiemål krever et større utvalg enn et smalt mål fordi fenomenet som studeres er mer omfattende (81). Forskningsspørsmålet jeg har for dette prosjektet er ganske avgrenset. Spørsmålet inkluderer hypnotika brukere i reseptgruppe (B), og ikke generelt brukere av sovemidler i alle reseptgrupper. Bruken av disse legemidlene blir sammenlignet med bruk av andre ikke-medikamentelle tiltak, noe som gjør det enda mer avgrenset. Hadde spørsmålet bare vært rettet mot å beskrive bruken av de sovemedisinene uten å sammenlikne med noe annet, hadde jeg beskrevet det som mer bredt og generelt forskningsspørsmål. Jeg vurderer derfor studiemålet som passe smalt, fordi det er forholdsvis konkret og presist.

Tilstrekkelig informasjons kraft nås med et mindre omfattende utvalg av deltakere med egenskaper som er spesifikke for studiemålet, enn et utvalg med deltakere med sparsom spesifisitet (81). Det vil si, hvis informasjonen som deltakere oppgir er relevant og dyp nok for å svare på forskningsspørsmålet, holder det med mindre utvalg. De fleste deltakerne i denne studien svarte dypt om deres opplevelse, og jeg har inntrykk av at de prøvde sitt beste til å svare fullstendig på spørsmålene som ble stilt. Bare dette gjør utvalget spesifikk nok, da jeg ikke har behov for stort utvalg for å skaffe den informasjonen for å svare på forskningsspørsmålet.

Ny kunnskap, selv fra et ganske lite utvalg kan skaffes. En studie støttet av spesifikke teorier for planlegging krever et mindre utvalg for å nå tilstrekkelig informasjon kraft (81). Dette stemmer med temaet jeg tar opp i min studie. Det finnes allerede teorier med fordeler og ulemper ved bruk av sovemidler og ved ikke-medikamentelt behandlingstiltak, og her belyses disse og knyttes opp mot farmakalisering som også er kjente sosiologiske begreper som er studert før.

En studie med sterk og tydelig kommunikasjon mellom forsker og deltakere krever færre deltakere for å nå tilstrekkelig informasjons kraft enn en studie med ufokuserte dialoger. Det foreligger en rekke forhold som bestemmer kvaliteten på kommunikasjonen som informasjons kraften etableres fra (81). De fleste intervjuene var det flyt dialog mellom meg som forsker og deltakeren, da de skjønnte at de kan stole på prosjektet på bakgrunn av informasjonen de hadde

fått på forhånd. Jeg må samtidig innrømme at noen få intervjuer var litt vanskelig å gjennomføre på det nivået man ønsker. Dette kommer av flere faktorer, deriblant ukomfortabel deltaker for å åpne opp om sitt privatliv eller noen ganger lav evne fra min side til å stille gode følgespørsmål. Alt i alt vurderer jeg dialogene var gode nok, og det er dermed lite behov for stort utvalg av den grunn. Det siste som støtter min vurdering om at jeg kanskje ikke hadde behov for større utvalg enn den jeg allerede har er analysemetoden jeg har valgt å bruke. Ambisjonen med tematisk analyse er ikke å dekke hele spekteret av fenomener, men å presentere utvalgte mønstre som er relevante for studiemålet mitt (81). Det kunne likevel vært nyttig å ha med flere deltakere for å omfatte flere opplevelser og fange opp flere årsaker som ledet til valget om å bruke sovemedisin.

5 Konklusjon

Pasientene rapporterte om sine egne komplekse sosiale liv, og veien mot valg av reseptbelagte hypnotika. Disse erfaringene var brede nok for et kvalitativt arbeid, ved at de ga tematisk styrke og stimulerte til uventet innsikt. Beskrivelser av farmakalisering, den prosessen med flere dimensjoner, kan ikke gjennomføres uavhengig av de psykologiske og sosiale konsekvensene som bruk av et legemiddel kan medføre. Hypnotika som er studert i denne studien bør brukes med ekstrem forsiktighet, siden deres kroniske bruk i beste fall er tvilsom og potensielt skadelig. Likevel er det tilfeller hvor bruk av hypnotika det mest optimale behandlingen. Pasientene kan ha et personlig og sterkt forhold til deres medisiner som går utover de rene farmakologiske effektene de bringer. Grad av farmakalisering bør dermed være nøye fulgt opp for å hverken underbehandle kritiske tilstander, eller overbruke slike sovemedisiner. Dette må helsepersonell som jobber i helsevesenet og med legemidler være klar over. Spesielt farmasøyter og annet apotekpersonell som skal hjelpe kunden i valget mellom medisiner og ikke-medikamentelle tiltak for sine helseproblemer. Videre trenger ikke dataene fra denne studien å være statistisk generaliserbare for at vi skal kunne trekke slutninger som kan fremme farmakalisering. Disse dataene kan sees på som en mulighet til å generere ytterligere hypoteser og er en unik anvendelse av farmakaliserings rammeverk.

6 Referanser

1. Helsenorge. Søvn og søvnproblemer [Internett]. 2020 [sitert 7. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsenorge.no/sovnproblemer/>
2. Helsedirektoratet. Søvn og søvnevansker [Internett]. Helsedirektoratet. [sitert 7. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sovn/sovn-og-sovnevansker>
3. Norges helseinformatikk. Råd for bedre søvn - NHI.no [Internett]. [sitert 7. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/sovnhygieniske-rad/>
4. Sov godt – Gode råd for bedre søvn brosjyre.pdf [Internett]. [sitert 7. desember 2022]. Tilgjengelig på: https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/sov-godt-gode-rad-for-bedre-sovn/Sov%20godt%20E2%80%93%20Gode%20r%C3%A5d%20for%20bedre%20s%C3%B8vn%20brosjyre.pdf/_/attachment/inline/aa6eeb8e-523b-42aa-a262-5652712581c0:8d915aa1ac9974a8e0fdc883774ad37cfd38d0c3/Sov%20godt%20E2%80%93%20Gode%20r%C3%A5d%20for%20bedre%20s%C3%B8vn%20brosjyre.pdf
5. Søvnproblemer [Internett]. Apotek 1. [sitert 22. januar 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.apotek1.no/livsstil/sovn/sovnproblemer>
6. Øyane NMF, Steihaug OM. Mye søvnplager – for mye hypnotika. Tidsskr Den Nor Legeforening [Internett]. 29. oktober 2013 [sitert 7. desember 2022]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2013/10/leder/mye-sovnplager-mye-hypnotika>
7. Mellingsæter TC, Bramness JG, Slørdal L. Er z-hypnotika bedre og tryggere sovemedisiner enn benzodiazepiner? Tidsskr Den Nor Legeforening [Internett]. 16. november 2006 [sitert 7. desember 2022]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2006/11/legemidler-i-praksis/er-z-hypnotika-bedre-og-tryggere-sovemedisiner-enn-benzodiazepiner>
8. Lofthus FR Elisabeth. Sovemedisiner [Internett]. lommelegen.no. 2017 [sitert 7. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.lommelegen.no/medisiner/artikkel/sovemedisiner/69001146>
9. Reseptregisteret: Prevalens [Internett]. [sitert 7. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>
10. Helsedirektoratet. Pasientinformasjon benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler [Internett]. Helsedirektoratet. [sitert 7. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/pasientinformasjon-og-verktoy/pasientinformasjon-ved-oppstart-bruk-og-nedtrapping-av-medisiner-mot-angst-uro-og-sovnforstyrrelser>
11. Norsk legemiddelhåndbok. G10 Eldre og legemidler | Legemiddelhåndboka [Internett]. [sitert 7. desember 2022]. Tilgjengelig på: https://www.legemiddelhandboka.no/G10/Eldre_og_legemidler
12. psykiatri JGBS i, medisin seniorforsker og professor IN kompetansesenter for samtidig rus og psykisk lidelse og I for klinisk, Overlege UTV, Trasoppklinikken spesialist i rus-og avhengighetsmedisin. Dette må du vite om angst- og sovemedisiner [Internett]. [sitert 7. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/02/dette-ma-du-vite-om-angst-og-sovemedisiner>
13. Folkehelseinstituttet. Bruk av vanedannende legemidler i Norge 2005 - 2013 [Internett]. Folkehelseinstituttet. [sitert 21. januar 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/publ/2014/bruk-av-vanedannende-legemidler-i-n/>
14. Meneu R. Life medicalization and the recent appearance of “pharmaceuticalization”. Farm Hosp. 2018;
15. Coveney C, Williams SJ, Gabe J. Medicalisation, pharmaceuticalisation, or both? Exploring

- the medical management of sleeplessness as insomnia. *Sociol Health Illn.* februar 2019;41(2):266–84.
16. Kaczmarek E. Promoting diseases to promote drugs: The role of the pharmaceutical industry in fostering good and bad medicalization [Internett]. © 2021 British Pharmacological Society; 2021. Tilgjengelig på: <file:///C:/Users/Bruker/Downloads/Medikalisering.pdf>
 17. Abraham J. Evolving sociological analyses of ‘pharmaceuticalisation’: a response to Williams, Martin and Gabe: A response to Williams, Martin and Gabe. *Sociol Health Illn.* juli 2011;33(5):726–8.
 18. Abraham J. Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology.* august 2010;44(4):603–22.
 19. Meneu R. Life medicalization and the recent appearance of “pharmaceuticalization”. *Farm Hosp.* 2018;
 20. Busfield J. Assessing the overuse of medicines. *Soc Sci Med.* april 2015;131:199–206.
 21. Abraham J. Evolving sociological analyses of ‘pharmaceuticalisation’: a response to Williams, Martin and Gabe [Internett]. *Sociology of Health & Illness*; 2011. Tilgjengelig på: <file:///C:/Users/Bruker/Documents/Masteroppgave/....pdf>
 22. Elbe S, Roemer-Mahler A, Long C. Medical countermeasures for national security: A new government role in the pharmaceuticalization of society. *Soc Sci Med.* april 2015;131:263–71.
 23. Pegado E, Lopes N, Zózimo J. Pharmaceuticalisation and the social management of sleep in old age. *Ageing Soc.* august 2018;38(8):1645–66.
 24. Camargo R, Ried N. Towards a genealogy of pharmacological practice. *Med Health Care Philos.* mars 2016;19(1):85–94.
 25. Coveney C, Williams SJ, Gabe J. Medicalisation, pharmaceuticalisation, or both? Exploring the medical management of sleeplessness as insomnia. *Sociol Health Illn.* februar 2019;41(2):266–84.
 26. Fainzang S. The Other Side of Medicalization: Self-Medicalization and Self-Medication. *Cult Med Psychiatry.* september 2013;37(3):488–504.
 27. Forskning.no. Bakgrunn: Slik virker søvn [Internett]. 2009 [sisert 21. januar 2023]. Tilgjengelig på: <https://forskning.no/sovn-bakgrunn/bakgrunn-slik-virker-sovn/931124>
 28. Simon J. Williams - Sleep and Health_ Sociological reflections on the dormant society.pdf [Internett]. [sisert 3. februar 2023]. Tilgjengelig på: https://studntnu.sharepoint.com/sites/o365_Masteroppgave10/Shared%20Documents/General/Farmakalisering/S%C3%B8vn/2002%20-%20Sleep%20and%20Health_%20Sociological%20reflections%20on%20the%20dormant%20society.pdf?CT=1674317341044&OR=ItemsView
 29. Oslo Universitetssykehus. Verdenskongress om søvn og søvn sykdommer [Internett]. Oslo universitetssykehus. [sisert 22. januar 2023]. Tilgjengelig på: <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nyheter/verdenskongress-om-sovn-og-sovn-sykdommer>
 30. Mignot E, Taheri S, Nishino S. Sleeping with the hypothalamus: emerging therapeutic targets for sleep disorders. *Nat Neurosci.* november 2002;5(11):1071–5.
 31. JOURNALIST LB. Så lenge bør du sove. [Internett]. 2015 [sisert 14. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://forskning.no/samfunnsmedisin-menneskekroppen-psykologi/sa-lenge-bor-du-sove/512595>
 32. Norges helseinformatikk. REM-søvn atferdsforstyrrelse [Internett]. NHI.no. [sisert 14. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/diverse/rem-sovn-atferdsforstyrrelse/>
 33. Oslo Universitetssykehus. Verdenskongress om søvn og søvn sykdommer [Internett]. Oslo universitetssykehus. [sisert 19. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://oslo->

- universitetssykehus.no/om-oss/nyheter/verdenskongress-om-sovn-og-sovnsykdommer
34. Helse Bergen. Søvnregistrering og søvnstadier [Internett]. Helse Bergen. [sitert 19. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://helse-bergen.no/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovnregistrering-og-sovnstadier>
 35. Helsenorge. Søvn hos spedbarn [Internett]. 2017 [sitert 19. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsenorge.no/sovnproblemer/sovn-hos-spedbarn/>
 36. Patel AK, Reddy V, Shumway KR, Araujo JF. Physiology, Sleep Stages. I: StatPearls [Internett]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [sitert 19. desember 2022]. Tilgjengelig på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526132/>
 37. Stepanski EJ, Perlis ML. Behavioral sleep medicine: An emerging subspecialty in health psychology and sleep medicine. *J Psychosom Res.* 1. november 2000;49(5):343–7.
 38. Nordahl M. Legger du deg sent fordi du trenger litt tid for deg selv? [Internett]. 2021 [sitert 22. januar 2023]. Tilgjengelig på: <https://forskning.no/internett-kultur-mobiltelefon/legger-du-deg-sent-fordi-du-trenger-litt-tid-for-deg-selv/1811624>
 39. Helse Bergen. Generelt om søvn ved psykiske lidelser [Internett]. Helse Bergen. [sitert 22. januar 2023]. Tilgjengelig på: <https://helse-bergen.no/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/generelt-om-sovn-ved-psykiske-lidelser>
 40. Nielsen NA. Kaffe ødelegger ikke nattesøvnen, viser ny studie. Men betyr det at du kan drikke i vei før sengetid? [Internett]. 2019 [sitert 22. januar 2023]. Tilgjengelig på: <https://forskning.no/hjernen-mat-sovn/kaffe-odelegger-ikke-nattesovnen-viser-ny-studie-men-betyr-det-at-du-kan-drikke-i-vei-for-sengetid/1365374>
 41. Meadows R, Williams SJ, Gabe J, Coveney C, Arber S. Chapter for Cappuccio, F, Miller, M. and Lockley S. (eds.) Oxford: Oxford University Press.
 42. Moloney ME, Konrad TR, Zimmer CR. The Medicalization of Sleeplessness: A Public Health Concern. *Am J Public Health.* august 2011;101(8):1429–33.
 43. Moloney ME, Ciciurkaite G, Brown RL. The medicalization of sleeplessness: Results of U.S. office visit outcomes, 2008–2015. *SSM - Popul Health.* august 2019;8:100388.
 44. Haugen BSH. Søvn EI KULTURHISTORIE. SKALD; 2022.
 45. Norges helseinformatikk. Søvnforstyrrelser hos voksne, veiviser [Internett]. NHI.no. [sitert 19. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://nhi.no/symptomer/psyke-og-sinn/sovnforstyrrelser-hos-voksne-veiviser/>
 46. Hugel H, Ellershaw JE, Cook L, Skinner J, Irvine C. The prevalence, key causes and management of insomnia in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage.* 1. april 2004;27(4):316–21.
 47. Christopher L. Drake Ph.D. Insomnia causes, consequences, and therapeutics: An overview - Drake - 2003 - Depression and Anxiety - Wiley Online Library [Internett]. [sitert 3. februar 2023]. Tilgjengelig på: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.10151>
 48. Perlis ML, Vargas I, Ellis JG, Grandner MA, Morales KH, Gencarelli A, mfl. The Natural History of Insomnia: the incidence of acute insomnia and subsequent progression to chronic insomnia or recovery in good sleeper subjects. *Sleep.* 15. juni 2020;43(6):zsz299.
 49. Khurshid KA. Comorbid Insomnia and Psychiatric Disorders. *Innov Clin Neurosci.* 1. april 2018;15(3–4):28–32.
 50. Perlis ML, Gehrman P. Idiopathic Insomnia. I: *Encyclopedia of Sleep* [Internett]. Elsevier; 2013 [sitert 19. desember 2022]. s. 211–3. Tilgjengelig på: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780123786104001790>
 51. Helse Bergen. Søvnapné hos voksne [Internett]. Helse Bergen. [sitert 19. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://helse-bergen.no/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovnapn-hos-voksne>

52. Norges helseinformatikk. Rastløse bein [Internett]. NHI.no. [sitert 19. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/muskelrykninger/rastlose-bein/>
53. Helsenorge. Narkolepsi [Internett]. 2019 [sitert 19. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsenorge.no/sykdom/sovn sykdommer/narkolepsi/>
54. Oslo Universitetssykehus. Søvnforstyrrelser [Internett]. Oslo universitetssykehus. [sitert 19. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/sovnforstyrrelser>
55. Gabe J, Coveney CM, Williams SJ. Prescriptions and proscriptions: moralising sleep medicines. *Sociol Health Illn.* mai 2016;38(4):627–44.
56. Moloney ME. ‘Sometimes, it’s easier to write the prescription’: physician and patient accounts of the reluctant medicalisation of sleeplessness. *Sociol Health Illn.* mars 2017;39(3):333–48.
57. Agravat A. ‘Z’-hypnotics versus benzodiazepines for the treatment of insomnia. *Prog Neurol Psychiatry.* april 2018;22(2):26–9.
58. Apotek 1. Søvnhygiene [Internett]. Apotek 1. [sitert 26. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.apotek1.no/livsstil/sovn/sovnhygiene>
59. Clair S. A herbalist’s tips for better sleep [Internett]. *NZ Herald.* 2023 [sitert 3. februar 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.nzherald.co.nz/lifestyle/your-health-a-herbalists-tips-for-better-sleep/5NPLLRNYLKNCX4LLILQTOKXA5M/>
60. Kognitiv atferdsterapi [Internett]. [sitert 24. februar 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-3-behandlingsmetoder-og-spesielle-arbeidsomrader/psykoterapi/kognitiv-atferdsterapi/>
61. Bootzin RR, Perlis ML. Stimulus Control Therapy. I: *Behavioral Treatments for Sleep Disorders* [Internett]. Elsevier; 2011 [sitert 22. januar 2023]. s. 21–30. Tilgjengelig på: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B978012381522400002X>
62. National library of medicine. Insomnia: Relaxation techniques and sleeping habits [Internett]. *InformedHealth.org* [Internet]. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG); 2017 [sitert 22. januar 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279320/>
63. Legemiddel Håndboka. T5.2.2 Insomni | Legemiddelhandboka [Internett]. [sitert 29. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.legemiddelhandboka.no/T5.2.2/Insomni>
64. Os I. clearance. I: *Store medisinske leksikon* [Internett]. 2022 [sitert 22. januar 2023]. Tilgjengelig på: <http://sml.snl.no/clearance>
65. Oslo Universitetssykehus. Benzodiazepiner og Z-hypnotika [Internett]. Oslo universitetssykehus. [sitert 27. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/benzodiazepiner-og-z-hypnotika>
66. Helsedirektoratet. Benzodiazepiners virkning [Internett]. Helsedirektoratet. [sitert 29. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler/avrusning-fra-benzodiazepiner/benzodiazepiners-virkning>
67. Brandt J, Leong C. Benzodiazepines and Z-Drugs: An Updated Review of Major Adverse Outcomes Reported on in Epidemiologic Research. *Drugs RD.* desember 2017;17(4):493–507.
68. Legemiddel Håndboka. L5.1.1 Benzodiazepiner | Legemiddelhandboka [Internett]. [sitert 30. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.legemiddelhandboka.no/L5.1.1/Benzodiazepiner>
69. Lorazepam Macure «Macure Pharma» - Felleskatalogen [Internett]. [sitert 30. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/lorazepam-macure-macure-pharma-686472>
70. Hoffmann F. Benefits and risks of benzodiazepines and Z-drugs: comparison of perceptions

- of GPs and community pharmacists in Germany. *GMS Ger Med Sci.* 18. juli 2013;11:Doc10.
71. Long N. Benzodiazepine toxicity [Internett]. *Life in the Fast Lane • LITFL.* 2019 [sitert 30. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://litfl.com/benzodiazepine-toxicity/>
 72. Trude C. Mellingsæter, Jørgen G. Bramness, Lars Slørdal. Er z-hypnotika bedre og tryggere sovemedisiner enn benzodiazepiner? [Internett]. [sitert 30. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2006--2954-6.pdf>
 73. Olson LG. Hypnotic hazards: adverse effects of zolpidem and other z-drugs. *Aust Prescr* [Internett]. 1. desember 2008 [sitert 30. desember 2022];31(6). Tilgjengelig på: <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/hypnotic-hazards-adverse-effects-of-zolpidem-and-other-z-drugs>
 74. Johnson CF, Frei C, Downes N, McTaggart SA, Akram G. Benzodiazepine and z-hypnotic prescribing for older people in primary care: a cross-sectional population-based study. *Br J Gen Pract.* 1. juni 2016;66(647):e410–5.
 75. Kanestrøm TI. Barn og unge bruker mer enn dobbelt så mye sovemidler som for ti år siden [Internett]. [sitert 30. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/statistikk/barn-og-unge-bruker-mer-enn-dobbelt-s%C3%A5-mye-sovemidler-som-for-ti-%C3%A5r-siden>
 76. Longo LP, Johnson B. Addiction: Part I. Benzodiazepines—Side Effects, Abuse Risk and Alternatives. *Am Fam Physician.* 1. april 2000;61(7):2121–8.
 77. O'Brien CP. Benzodiazepine Use, Abuse, and Dependence. *J Clin Psychiatry.*
 78. Pegado et al. - 2018 - Pharmaceuticalisation and the social management of.pdf [Internett]. [sitert 19. januar 2023]. Tilgjengelig på: https://studntnu.sharepoint.com/sites/o365_Masteroppgave10/Shared%20Documents/General/Farmakalisering/2018%20-%20Pharmaceuticalisationand%20the%20social%20management%20of%20sleep%20in%20old%20age.pdf?CT=1673885901327&OR=ItemsView
 79. Vera van de Straat, MSc1, Veerle Buffel, PhD1, and Piet Bracke, PhD. Medicalization of Sleep Problems in an Aging Population_ A Longitudinal Cross-National Study of Medication Use for Sleep Problems in Older European Adults.pdf [Internett]. [sitert 22. januar 2023]. Tilgjengelig på: https://studntnu.sharepoint.com/sites/o365_Masteroppgave10/Shared%20Documents/General/Farmakalisering/S%C3%B8vn/2018%20-%20Medicalization%20of%20Sleep%20Problems%20in%20an%20Aging%20Population_%20A%20Longitudinal%20Cross-National%20Study%20of%20Medication%20Use%20for%20Sleep%20Problems%20in%20Older%20European%20Adults.pdf?CT=1674401633435&OR=ItemsView
 80. Brinkmann S, Kvale S. *Det kvalitative forskningsintervju.* 3. utg. Gyldendal; 2015.
 81. Kirsti Malterud, Volkert Dirk Siersma, Ann Dorrit Guassora. *Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power* [Internett]. 2016 [sitert 7. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732315617444?journalCode=qhra>
 82. Braun V, Clarke V. *Thematic Analysis.* illustrert utg. New Zealand: SAGE Publications; 2021.
 83. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) - Lovdata [Internett]. [sitert 7. desember 2022]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
 84. Hem IR, Gjerstad C, Berg A. Bruk av insentiver til deltagere i medisinsk og helsefaglig forskning i Norge. *Tidsskr Den Nor Legeforening* [Internett]. 11. februar 2019 [sitert 7. desember 2022]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2019/02/originalartikkel/bruk-av-insentiver-til->

- deltagere-i-medisinsk-og-helsefaglig-forskning-i
85. HelpGuide. Medical Causes of Sleep Problems - HelpGuide.org [Internett]. <https://www.helpguide.org>. [sitert 26. januar 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.helpguide.org/harvard/medical-causes-of-sleep-problems.htm>
 86. Anderson KN, Bradley AJ. Sleep disturbance in mental health problems and neurodegenerative disease. *Nat Sci Sleep*. 31. mai 2013;5:61–75.
 87. Jeong-Gill Leem. KoreaMed Synapse [Internett]. [sitert 27. januar 2023]. Tilgjengelig på: <https://synapse.koreamed.org/articles/1159276>
 88. Nash TE, Garcia HH. Diagnosis and Treatment of Neurocysticercosis. *Nat Rev Neurol*. 13. september 2011;7(10):584–94.
 89. Flo E, Pallesen S, Åkerstedt T, Magerøy N, Moen BE, Grønli J, mfl. Shift-related sleep problems vary according to work schedule. *Occup Environ Med*. 1. april 2013;70(4):238–45.
 90. fakultet FTPSD psykologiske, Bergen U i. Skiftarbeid, døgnrytmer og søvn [Internett]. 2017 [sitert 24. februar 2023]. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forskning/2017/11/skiftarbeid-dognrytmer-og-sovn>
 91. Driot D, Ouhayoun S, Perinelli F, Grézy-Chabardès C, Birebent J, Bismuth M, mfl. Non-drug and drug alternatives to benzodiazepines for insomnia in primary care: Study among GPs and pharmacies in a Southwest region of France. *Therapies*. 1. oktober 2019;74(5):537–46.
 92. Aiken C. Sleep Problems Can Guide Antidepressant Selection [Internett]. *Psychiatric Times*. 2019 [sitert 30. januar 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.psychiatristimes.com/view/sleep-problems-can-guide-antidepressant-selection>
 93. Pagel JF, Parnes BL. Medications for the Treatment of Sleep Disorders: An Overview. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2001;3(3):118–25.
 94. Gunja N. The clinical and forensic toxicology of Z-drugs. *J Med Toxicol Off J Am Coll Med Toxicol*. juni 2013;9(2):155–62.
 95. Gunja N. The Clinical and Forensic Toxicology of Z-drugs. *J Med Toxicol*. juni 2013;9(2):155–62.
 96. Rapaporter L. Is a placebo better than nothing to treat insomnia? Reuters [Internett]. 3. mai 2017 [sitert 1. februar 2023]; Tilgjengelig på: <https://www.reuters.com/article/us-health-sleep-placebo-effect-idUSKBN17Z2H3>
 97. Donnelly K, Bracchi R, Hewitt J, Routledge PA, Carter B. Benzodiazepines, Z-drugs and the risk of hip fracture: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 27. april 2017;12(4):e0174730.
 98. Toleranseutvikling, seponering og nedtrapping av benzodiazepiner og z-hypnotika | Utposten [Internett]. [sitert 12. februar 2023]. Tilgjengelig på: https://www.utposten.no/journal/2017/6/utposten-6-2017b-182/Toleranseutvikling,_seponering_og_nedtrapping_av_benzodiazepiner_og_z-hypnotika
 99. Curado DF, de Barros VV, Noto AR, Opaleye ES. Dependence on hypnotics: a comparative study between chronic users of benzodiazepines and Z-drugs. *Braz J Psychiatry*. 14. juni 2021;44(3):248–56.
 100. Betancourth V. Farmasøytikalisering i samfunnet, en kvalitativ studie om medikamentell forebygging av HIV-infeksjoner (PrEP) [Internett] [Master thesis]. NTNU; 2020 [sitert 25. februar 2023]. Tilgjengelig på: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2783274>
 101. Brett J, Murnion B. Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Aust Prescr*. oktober 2015;38(5):152–5.
 102. MONK TH, BUYSSE DJ, BILLY BD, FLETCHER ME, KENNEDY KS, BEGLEY AE, mfl. Shiftworkers report worse sleep than day workers, even in retirement. *J Sleep Res*. april 2013;22(2):201–8.

103. Finish institute of occupaitonal health. People over 50 years of age should be offered the opportunity to reduce night shifts and long hours | Finnish Institute of Occupational Health [Internett]. [sitert 28. januar 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.ttl.fi/en/topical/press-release/people-over-50-years-age-should-be-offered-opportunity-reduce-night-shifts-and-long-hours>
104. Malterud K. Må legen alltid ha det så travelt? [Internett]. [sitert 29. januar 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/Kurs-og-kvalitetsarbeid/legekunst-i-praksis/ma-legen-alltid-ha-det-sa-travelt/>
105. Huedo-Medina TB, Kirsch I, Middlemass J, Klonizakis M, Siriwardena AN. Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *The BMJ*. 17. desember 2012;345:e8343.
106. Pripp AH. Validitet. *Tidsskr Den Nor Legeforening* [Internett]. 3. september 2018 [sitert 4. februar 2023]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2018/09/medisin-og-tall/validitet>
107. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Den Nor Legeforening* [Internett]. 20. oktober 2002 [sitert 4. februar 2023]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

7 Vedlegg

Vedlegg 1: FHI's statistikk fra Reseptregisteret (eldre/ynge sovemedisin bruk)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Informasjonsskriv

Vedlegg 4: REKs godkjenning

Vedlegg 5: Eksempel på temautvikling

Vedlegg 6: Forbruk av Imovane kontra andre z-hypnotika og BNZ

Vedlegg 1: FHI's statistikk fra Reseptregisteret (eldre/ynge sovemedisin bruk)

Reseptregisteret

Rapport dato: 07.12.2022 20:15

<http://www.reseptregisteret.no>
Folkehelseinstituttet

		70 - 74	Begge kjønn	Hele landet	183,17
	2020	15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	37,34
		20 - 24	Begge kjønn	Hele landet	38,91
		25 - 29	Begge kjønn	Hele landet	43,61
		55 - 59	Begge kjønn	Hele landet	109,60
		60 - 64	Begge kjønn	Hele landet	127,20
		65 - 69	Begge kjønn	Hele landet	150,98
		70 - 74	Begge kjønn	Hele landet	180,89
Sovemidler ekskl. melatonin og midazolam	2018	15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	3,91
		20 - 24	Begge kjønn	Hele landet	13,75
		25 - 29	Begge kjønn	Hele landet	22,57
		55 - 59	Begge kjønn	Hele landet	97,05
		60 - 64	Begge kjønn	Hele landet	117,71
		65 - 69	Begge kjønn	Hele landet	143,27
		70 - 74	Begge kjønn	Hele landet	174,20

Side
2
av
5

Reseptregisteret

Rapport dato: 07.12.2022 20:15

<http://www.reseptregisteret.no>
Folkehelseinstituttet

	2019	15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	3,74
		20 - 24	Begge kjønn	Hele landet	13,59
		25 - 29	Begge kjønn	Hele landet	22,43
		55 - 59	Begge kjønn	Hele landet	94,60
		60 - 64	Begge kjønn	Hele landet	115,55
		65 - 69	Begge kjønn	Hele landet	140,25
		70 - 74	Begge kjønn	Hele landet	170,50
	2020	15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	3,47
		20 - 24	Begge kjønn	Hele landet	13,26
		25 - 29	Begge kjønn	Hele landet	21,91
		55 - 59	Begge kjønn	Hele landet	91,58
		60 - 64	Begge kjønn	Hele landet	110,65
		65 - 69	Begge kjønn	Hele landet	135,28
		70 - 74	Begge kjønn	Hele landet	165,70
Sovemidler og beroligende midler	2018	15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	37,38

Side
3
av
5

Reseptregisteret

Rapport dato: 07.12.2022 20:15

<http://www.reseptregisteret.no>
Folkehelseinstituttet

	20 - 24	Begge kjønn	Hele landet	46,90
	25 - 29	Begge kjønn	Hele landet	58,05
	55 - 59	Begge kjønn	Hele landet	149,40
	60 - 64	Begge kjønn	Hele landet	174,84
	65 - 69	Begge kjønn	Hele landet	205,45
	70 - 74	Begge kjønn	Hele landet	240,61
2019	15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	39,52
	20 - 24	Begge kjønn	Hele landet	49,80
	25 - 29	Begge kjønn	Hele landet	60,16
	55 - 59	Begge kjønn	Hele landet	147,45
	60 - 64	Begge kjønn	Hele landet	172,47
	65 - 69	Begge kjønn	Hele landet	202,03
	70 - 74	Begge kjønn	Hele landet	237,15
2020	15 - 19	Begge kjønn	Hele landet	41,56
	20 - 24	Begge kjønn	Hele landet	50,80

Side
4
av
5

Reseptregisteret

Rapport dato: 07.12.2022 20:15

<http://www.reseptregisteret.no>
Folkehelseinstituttet

25 - 29	Begge kjønn	Hele landet	60,05
55 - 59	Begge kjønn	Hele landet	144,12
60 - 64	Begge kjønn	Hele landet	167,36
65 - 69	Begge kjønn	Hele landet	197,13
70 - 74	Begge kjønn	Hele landet	233,07

ATC/DDD-versjon: 2021

Valgte måltall:
Brukere per 1000 innbyggere

Valgte søkekriterier:

Legemiddel:

- Sovemidler omfatter "N05C - Hypnotika og sedativa".
- Sovemidler ekskl. melatonin og midazolam omfatter "N05CA01 - pentobarbital, N05CA04 -
- Sovemidler og beroligende midler omfatter "N05B - Anksiolytika, N05C - Hypnotika og sedativa".

Periode: 2020, 2019, 2018

Alder: 15 - 19, 20 - 24, 25 - 29, 55 - 59, 60 - 64, 65 - 69, 70 - 74

Ikke valgte søkekriterier:

Kjønn: tallene i rapporten er for begge kjønn

Bosted: tallene i rapporten er for hele landet

Side
5
av
5

Vedlegg 2: Intervjuguide

<p>Fase 1: Rammesetting</p>	<p>1. Løst prat (2 min)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uformell prat <p>2. Informasjon (5 min)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finner fram informasjonsskrivet • Avklare spørsmål til informasjonsskrivet • Undertegne samtykkeskjema • Start opptak 	
<p>Fase 2: Erfaringer</p>	<p>3. Bakgrunnsspørsmål (10 min)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvor gammel er du? • Kan du beskrive søvnproblemene dine med egne ord? • Når opplevde du problemene første gangen? • Har du en forklaring på hvorfor du har disse problemene? • Hvordan har søvnproblemene dine påvirket livet ditt? • Hva har du gjort for å bli kvitt søvnproblemene dine før du oppsøkte lege? • Hvilke erfaringer gjorde du deg med disse forsøkene på å bli kvitt problemene? 	<p>Alder:</p> <p>Kjønn:</p> <p><input type="checkbox"/> Kvinne</p> <p><input type="checkbox"/> Mann</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan har det funket?

	<ul style="list-style-type: none"> • Hva fikk deg til å oppsøke lege med søvnproblemene dine? • Hva anbefalte legen deg å gjøre? • Hvordan kom dere fram til at du skulle begynne å bruke sovemedisin? • Hva slags sovemedisin(er) bruker du? • Hvor ofte bruker du de(n)? • Hvor ofte og hvordan bruker du medisinene? • Når begynte du med å bruke dem? • Hvor lenge har du brukt sovemedisinen? • Hvordan opplever du at de fungerer? • Har du brukt noen andre reseptbelagte sovemedisiner tidligere? Eventuelt, hvorfor byttet du til den som nå er under bruk? 	
<p>Fase 3: Fokusering</p>	<p>4. Valget av medikamentell alternativ</p> <p>Kan du fortelle hvordan du kom frem til valget å bruke sovemedisinen?</p> <p>Hvis flere faktorer: hvilken er den viktigste bak valget om å oppsøke legen og starte med sovemedisin?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Når? • Skjedde det? gradvis? • Noe spesielt som skjedde?

	<p>Er det noen mindre viktige grunner som gjorde at du oppsøkte lege for å få behandling?</p> <p>Hva tenker du er fordeler med bruk av sovemedisinen?</p> <p>Hva tenker du er ulempene med bruk av sovemedisinen?</p> <p>Hvordan opplever du generelt det å ta sovemedisinen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilken av disse fordelene er viktigst for deg? • Hvilken av disse ulempene er viktigst for deg? • Har søvnkvaliteten din økt
	<p>5. Vurdering av ikke-medikamentelle alternativer</p> <p>Hvilke andre alternativer mot søvnvansker vet du om?</p> <p>Hva tror du grunnene til at du velger det du bruker foran disse alternativene?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hva slags erfaringer har du med disse alternativene? • Hvilke fordeler ser du med det du bruker foran de andre alternativene?

		<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke ulemper ser du med de alternativene foran det du bruker?
Fase 4: Tilbakeblikk	<p>6. Oppsummering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppsummere funn • Har jeg forstått deg riktig? • Er det noe du vil legge til? • Utdeling av gavekort 	

Vedlegg 3: Informasjonsskriv



Informasjonsskriv 1.1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt om erfaringer med bruk av sovemedisiner og valg knyttet til bruken av dem

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Vi vet at bruk av sovemedisiner er relativt vanlig, men vi vet mindre om valgene som gjøres når noen begynner å bruke sovemedisiner, og erfaringene og refleksjonene folk gjør seg om bruken av dem. Hensikten med studien er øke kunnskapen på dette, slik sovemiddelbrukere selv forklarer sine valg og beskriver sine erfaringer.

Du får denne forespørselen fordi du har hentet din sovemedisin på apoteket. Vi som gjennomfører studien har ingen informasjon om deg på forhånd, det er tilfeldig at du blir forespurt om å delta. Din identitet er ukjent for oss inntil du selv gir deg til kjenne ved å melde deg på studien.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Deltakelse i studien skjer gjennom et intervju av 30-60 minutters varighet. Intervjuene gjennomføres i et avskjermet lokale hvor bare du og intervjueren er til stede. Det gjøres lydopptak under intervjuene for å sikre best mulig gjengivelse av det som blir sagt.

Lydopptakene skrives ut i etterkant. Utskriftene analyseres deretter systematisk sammen med utskriftene fra de øvrige intervjuene i prosjektet. Vi samler inn personopplysninger som kjønn og alder, samt nødvendig kontaktinformasjon. Personopplysningene fjernes fra intervjuutskriftene og oppbevares separat fra dem. Det etableres en navneliste med en kode som også påføres utskriften, som det kun er masterstudenten og veileder som har tilgang til.

Studien rapporteres som en masteroppgave i farmasi ved NTNU, men kan også bli publisert som en tidsskriftsartikkel. All publisering gjøres slik at enkeltdeltakere ikke skal kunne gjenkjennes.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Gjennom deltakelse i prosjektet gis du anledning til å dele dine erfaringer og refleksjoner, slik at både du selv og andre kan vinne ny innsikt fra dem. De fleste opplever dette som positivt, men påminnelse om ubehagelige opplevelser kan også forekomme.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta eller du har spørsmål om studien kontakter du masterstudent Shereen Uoso. Kontaktinformasjon finner du på siste side i dette skrivet. Ved oppmøte til intervju gis du anledning til å stille spørsmål om studien og du bekrefter at du godtar betingelsene for studien gjennom et skriftlig samtykke. Du kan trekke samtykket tilbake fram til studien er publisert uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller din behandling hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, slettes dine personopplysninger, lydopptaket og utskriften fra intervjuet.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet. Publisering vil skje innen 15. mai 2023, men opplysningene vil etter Helseforskningsloven måtte oppbevares i 5 år etter prosjektslutt. Oppbevaringen vil skje på et sikret lagringsområde hos NTNU, og det er kun vi som underskriver dette skrivet som har tilgang til opplysningene. Vi er underlagt taushetsplikt etter Helseforskningsloven under arbeidet med studien.

Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. De vil på anmodning bli utlevert innen 30 dager, og du har rett til å få korrigert eventuelle feil i de registrerte opplysningene. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonens personvernombud.

ØKONOMI

Dersom du fullfører intervjuet vil du få utdelt et gavekort verdt kr 500,- som takk for deltakelsen.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet, jfr. saksnummer 480698.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål om prosjektet eller ønsker å delta i det, kan du kontakte mastergradsstudent Shereen Uoso, 47197348, shereenu@stud.ntnu.no

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen, Thomas Helgesen, 93079038, thomas.helgesen@ntnu.no

Dersom du ønsker å trekke din deltakelse i prosjektet, kan du kontakte prosjektleder John-Arne Skolbekken, 90012203, john-arne.skolbekken@ntnu.no

Hilsen

Shereen Khalil Uoso

Shereen Uoso

Masterstudent i farmasi

John-Arne Skolbekken

John-Arne Skolbekken

Professor/veileder

Vedlegg 4: REKs godkjenning



Region: REK midt	Saksbehandler: Hilde Eikemo	Telefon: 73597508	Vår dato: 07.09.2022	Vår referanse: 480698
----------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	---------------------------------

John-Arne Skolbekken

Prosjektsøknad: Valg av medikamentell behandling ved søvnvansker

Søknadsnummer: 480698

Forskningsansvarlig institusjon: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Prosjektsøknad godkjennes med vilkår

Søkers beskrivelse

Bruk av legemidler er økende i Norge og globalt. Dette gjelder også på områder hvor det finnes ikke-medikamentelle behandlingsformer. Dette gjør at det på flere områder pågår en diskusjon om hva som er nødvendig og unødvendig legemiddelbehandling. Hensikten med denne studien er å vinne økt kunnskap om hva som skjer når voksne personer med søvnvansker velger å bruke sovemedisiner framfor andre behandlingsformer. Dette gjøres ved å gjennomføre semi-strukturerte intervjuer med personer som benytter sovemedisiner. Rekrutteringen skjer ved at folk som henter ut reseptbelagte sovemedisiner på to utvalgte apotek overleveres et informasjonsskriv om studien. Studien er et masterprosjekt i farmasi ved NTNU, hvor dataene som samles inn analyseres i form av en Tematisk Analyse, slik den er beskrevet hos Braun & Clarke (2022).

Innledning

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge (REK midt) i møtet 18.08.2022. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

REKs vurdering

Komiteens prosjektsammendrag

Formålet med studien er å undersøke hvilke refleksjoner voksne personer med søvnvansker gjør seg rundt egne søvnproblemer og behandlingsvalg, nærmere bestemt medikamentell behandling vs. ikke-medikamentell behandling. Data skal samles inn gjennom semistrukturerte intervjuer med 15 personer som benytter sovemedisiner. Deltakelse er basert på samtykke. Data skal lagres indirekte personidentifiserbart med en koblingsnøkkel. Prosjektet er en masteroppgave i farmasi.

REK midt

Besøksadresse: Oya Helsehus, 3. etasje, Mauritz Hansens gate 2, Trondheim

Telefon: 73 59 75 11 | E-post: rek-midt@mh.ntnu.no

Web: <https://rekportalen.no>

Helseforskningslovens saklige virkeområde

Komiteen diskuterte om prosjektet er omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, og det kom til avstemning i komiteen. Flertallet på fem medlemmer mente at selv om primærformålet er å samle refleksjoner om et tema, så skal man samtidig be deltakerne beskrive sine søvnvansker og snakke om egen helse. Flertallet mente derfor at man i prosjektet vil kunne frembringe ny kunnskap om deltakernes helse og sykdom. Mindretallet på tre medlemmer mente formålet primært er å samle refleksjoner, og ikke å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom. At det vil fremkomme helseopplysninger om deltakerne er ikke i seg selv nok til at helseforskningsloven kommer til anvendelse.

Flertallet besto av nestleder og representant for medisin, representant for etikk, representant for sykehusmyndighet, representant for psykologi, og pasient- og brukerrepresentant. Mindretallet besto av leder og representant for medisin, representant for jus, og lekrepresentant.

Forsvarlighet

Vi har noen kommentarer til informasjonsskrivet, men ellers ingen forskningsetiske innvendinger mot prosjektet. Vivurderer at det er lav risiko forbundet med deltakelse. Spørsmålene i intervjuguiden er utformet på en måte som vi mener ikke vil kunne forårsake negative reaksjoner som f.eks. skam eller selvbebreidelse. Rekrutteringsprosedyren sikrer et frivillig samtykke, og informasjonsskrivene, med de endringene som skisseres under, vil være et godt utgangspunkt for et informert samtykke. Prosjektet er videre organisert med en klar ansvarsfordeling, og med relevant og tilstrekkelig kompetanse tilknyttet prosjektet. Under forutsetning av at du tar vilkårene nedenfor til følge vurderer vi at prosjektet i sin helhet er forsvarlig, og at hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

Informasjonsskrivet

For at informasjonsskrivet skal være mest mulig klart og lettlest, ber vi deg gjøre følgende endringer i teksten:

- Bytt «deltakeren» med «deg»
- I avsnittet «kontaktopplysninger» må du informere om hvilken rolle du og studenten har, ved å f.eks. skrive «.. kan du kontakte mastergradsstudent Shereen Uoso, ..» og «..kontakte prosjektleder John-Arne Skolbekken, ..»
- Ta bort innledningsteksten i kursiv fordi den gjentar bare overskriften og påfølgende avsnitt
- Ta bort de to siste setningene under «Godkjenninger»
- Skrivet må påføres dato og/eller versjonsnummer

Vilkår for godkjenning

1. Du må sende oss revidert informasjonsskriv med alle endringer markert. Vennligst benytt skjemaet «Endring og/eller henvendelse». Du kan ikke ta i bruk informasjonsskrivet før vi har bekreftet at det er endret i tråd med våre merknader.
2. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.

3. Komiteen forutsetter at du og alle prosjektmedarbeiderne følger egen institusjons bestemmelser for å ivareta informasjonssikkerhet og personvern ved innsamling, bruk, oppbevaring, deling og utlevering av personopplysninger. Bestemmelsene må være i samsvar med komiteens vilkår for godkjenning.
4. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene oppbevares i fem år etter prosjektslutt. Enhver tilgang til prosjektdataene skal da være knyttet til behovet for etterkontroll. Prosjektdata vil således ikke være tilgjengelig for prosjektet. Prosjektleder og forskningsansvarlig institusjon er ansvarlige for at opplysningene oppbevares indirekte personidentifiserbart i denne perioden, dvs. atskilt i en nøkkel- og en datafil. Etter denne femårsperioden skal opplysningene slettes eller anonymiseres.

Vedtak

Godkjent på vilkår

Sluttmelding

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalen senest 6 måneder etter sluttdato 30.06.2023, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

Søknad om endring

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i formål, metode, tidsløp eller organisering må prosjektleder sende søknad om endring via portalen på eget skjema til REK, jf. helseforskningsloven § 11.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen

Vibeke Videm
Professor, dr.med.
Leder, REK midt

Hilde Eikemo
Sekretariatsleder, ph.d.

Kopi til:

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Shereen Khalil Uoso



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Hilde Eikemo	73597508	28.09.2022	480698

John-Arne Skolbekken

480698 Valg av medikamentell behandling ved sønnvansker

Forskningsansvarlig: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Søker: John-Arne Skolbekken

REKs svar på generell henvendelse

Vi viser til revidert informasjonsskriv (v 1.1) mottatt 28.09.22, og bekrefter herved at skrivet er endret i tråd med våre merknader og kan tas i bruk i prosjektet. Lykke til med gjennomføringen!

Vennlig hilsen
Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Denne e-posten er sendt automatisk fra REK og kan ikke besvares

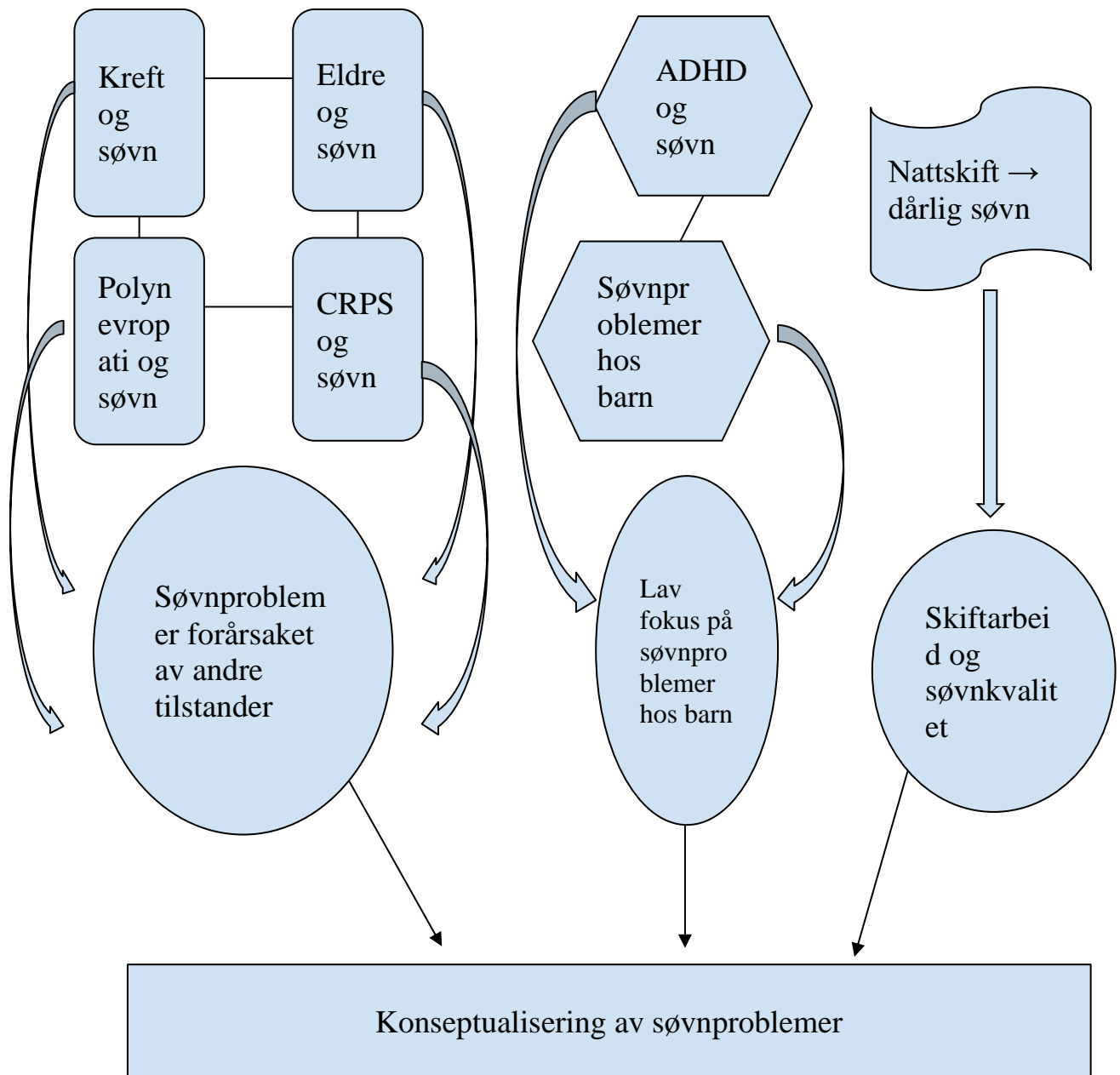
REK midt

Besøksadresse: Øya Helsehus, 3. etasje, Mauritz Hansens gate 2, Trondheim

Telefon: 73 59 75 11 | E-post: rek-midt@mh.ntnu.no

Web: <https://rekportalen.no>

Vedlegg 5: Eksempel på temautvikling



Vedlegg 6: Forbruk av Imovane kontra andre z-hypnotika og BNZ

Reseptregisteret

Rapport dato: 30.01.2023 23:42

<http://www.reseptregisteret.no>
Folkehelseinstituttet

					Brukere per 1000 innbyggere
Sovemidler	2020	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	84,83
N05BA01	2020	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	16,13
N05BA04	2020	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	24,73
N05BA12	2020	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	0,45
N05CF01	2020	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	51,61
N05CF02	2020	Alle aldre	Begge kjønn	Hele landet	14,18

ATC/DDD-versjon: 2021

Valgte måltall:
Brukere per 1000 innbyggere

Valgte søkekriterier:

Legemiddel:

- N05BA12 alprazolam
- N05BA01 diazepam
- N05BA04 oksazepam
- N05CF01 zopiklon
- N05CF02 zolpidem
- Sovemidler omfatter "N05C - Hypnotika og sedativa".

Side
1
av
2

