

Emnekode: SPL 3902

Kull: 08HBSPLH

Emnenavn: Bachelor oppgave i sykepleie

Kandidatnummer: 849

Oppgavetype: Bachelor

Sykepleie til eldre sykehjemspasienter

**Kartlegging av søvnvansker og fokus på
ikke-medikamentelle behandlingstiltak som alternativ til
sovemedisin for å fremme søvnkvaliteten**

Høgskolen i Gjøvik

Helse, omsorg og sykepleie

Mai 2011

Antall ord: 10 314



LITT MEDISIN

Litt medisin, litt medisin
så kan du sove rolig
så kan vi alle hvile litt
fra rop og fall, skritt hit og dit
som ikke har en plan, en vei

Litt medisin, litt medisin
så kan du sove rolig
Så kan du hvile litt i dag
og her er det fler som deg,
Jeg ville gjerne trøste deg-
men her er så mange,
jeg er bare jeg

De ringer, roper, de må skiftes på
og de er store, tunge
og sønner, døtre, maser så
jeg blir så trøtt og ør
så ta litt medisin,
det gjør så godt
for kropp og sinn-
om ikke din- så min

Eva Anfinnsen (2003)

Sammendrag

Tittel:	Sykepleie til eldre sykehjemsbeboere – kartlegging av søvnvansker og fokus på ikke-medikamentelle behandlingstiltak som alternativ til sovemedisin for å fremme søvnkvaliteten	Dato : 09.05.11
	Nursing to elderly nursing hom patients – mapping of insomnia and focus on non-medication treatment as an alternative to hypnotics to advance sleeping quality	
Kandidatnr:	849	
Veileder:	Bente Thyli	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Sykehjem, eldre, søvnvansker, ikke-medikamentell behandling, sovemedisin	
Antall ord: 10 315	Antall vedlegg:5	Publiseringsavtale inngått: ja
Sammendrag: I denne oppgaven kan det leses om det grunnleggende behovet for søvn, søvnvansker og mulige årsaker til dette problemet i forhold til eldre. Det gis en kort innføring i sovemedisinenes fordeler og ulemper, men fokuset legges på de ikke-medikamentelle tiltakene; tilrettelegging av miljø, søvnrestriksjon, stimulus-kontroll og avspenningsteknikker på sykehjem. Sykepleieteoretikerne som er knyttet til oppgaven er Florence Nightingale og Virginia Henderson. Det skrives om sykepleierens funksjon i forhold å dekke pasientens grunnleggende behov for søvn, og hvordan søvnvansker bør kartlegges. I tillegg kommer det fram viktigheten av å informere pasientene på en slik måte at de kan forstå sine søvnvansker, og er villige til å prøve ikke-medikamentelle behandlingstiltak istedenfor sovemedisiner ved langvarige søvnproblemer.		
Abstract: In this exercise you read about the fundamental need for sleep, insomnia and possible causes of this problem in relation to the elderly. There is a brief introduction to sleep medicine's advantages and disadvantages, but the focus will be on the non-drug measures, preparation of environmental, sleep restriction, stimuluscontrol and relaxation techniques in nursing homes. Nursing theorists associated with the task are Florence Nightingale and Virginia Henderson. It is printed on the nurse's function in relation to cover the patient's basic needs for sleep and how sleep problems should be mapped. In addition, it is the importance of informing patients in such a way that they can understand their difficulty sleeping, and are willing to try non-drug treatment instead of sleep medications in long-term sleep problems.		

Forord

Det rettes en stor takk til Bente Thyli som har vært veilederen vår gjennom Bachelor tiden. Videre vil vi bringe en takk til Eva Anfinnsen som har gitt oss tillatelse til å benytte diktet hennes "Litt medisin" som et bilde på temaet. En takk sendes også til Petter Franer, som har vært med og utarbeidet den norske versjonen av Pittsburgh Sleep Quality Index, som var behjelpelig med å finne ut om skjemaet var tilgjengelig til fritt bruk. Til slutt vil vi takke Bjørn Bjorvatn for at vi får lov til å legge ved noe av hans arbeid som vedlegg til oppgaven vår.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Metode.....	3
2.1	Metode.....	3
2.2	Litteratursøk	3
2.3	Utvalg og kildekritikk.....	3
	Ordforklaringer.....	6
3	Teoridel.....	7
3.1	Menneskers søvnbehov	7
3.1.1	Søvnens funksjon og betydningen av en god natts søvn	7
3.1.2	Søvnbehovet som et element i Virginia Hendersons behovsteori	8
3.2	Insomnia – når søvnen blir et langvarig problem	8
3.3	Kartlegging av søvnevansker	10
3.4	Sovemedisiner på godt og vondt	11
3.5	Ikke-medikamentelle behandlingstiltak ved søvnevansker.....	12
3.5.1	Tilrettelegging av miljøet i Florence Nightingale`s fotspor	12
3.5.2	Søvnrestriksjon - en reduksjon av tiden i sengen	13
3.5.3	Stimulus-kontroll – for en bedre søvnhygiene.....	13
3.5.4	Avspenningsteknikker	14
4	Drøftningsdel.....	15
4.1	Sykepleierens funksjon i forhold til grunnleggende behov for søvn, og viktigheten av god informasjon.....	15
4.2	Kartlegging av søvnproblemer	17
4.3	Ikke-medikamentelle behandlingstiltak i sykehjem	20
4.3.1	Muligheten til å benytte miljøet som en søvnfremmende faktor	20
4.3.2	Tilrettelegging av miljø	21
4.4	Råd om søvnhygiene, og en forenklet versjon av stimulus-kontroll og søvnrestriksjon	24
4.5	Avspenningsteknikker som er realistiske for de eldre.....	26
5	Konklusjon	29

Etterord	31
Litteraturliste	32
Vedlegg 1.....	i
Vedlegg 2.....	iii

Vedlegg nr. 3

Vedlegg 1. Søvnskala og kognisjonstest av holdninger til søvn.

UNDERSØKELSE AV HOLDNINGER TIL OG FORESTILLINGER OM SØVN OG SØVNBEHOV

Nedenfor gjengis gjis flere påstander som reflekterer folks tro og holdninger til søvn. Vennligst angi i hvilken grad du personlig er enig eller uenig med hver påstand (kryss ut riktig svaralternativ). Det finnes ikke noe rett eller galt svar.

1	Jeg trenger 8 timer med søvn for å føle meg uthvilt og fungere bra om dagen.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
2	Hvis jeg ikke får tilstrekkelig med søvn om natten, trenger jeg å ta igjen det tapte i form av høneblunder på dagtid eller ved å sove lenger neste natt.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
3	Fordi jeg er blitt eldre, trenger jeg mindre søvn.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
4	Hvis jeg går en eller to netter uten søvn, er jeg redd jeg vil få et nervesammenbrudd.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
5	Jeg er bekymret for at langvarige søvnproblemer vil ha alvorlige konsekvenser for den fysiske helsen min.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
6	Ved å tilbringe mer tid i sengen, vil jeg vanligvis få mer søvn og føle meg bedre neste dag.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
7	Når jeg har problemer med å sovne, skal jeg bli i sengen og prøve hardere.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
8	Jeg er redd for at jeg skal miste kontrollen over mine evner til å sove.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
9	Fordi jeg begynner å bli eldre, bør jeg legge meg tidligere om kvelden.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
10	Jeg vet at en natt med dårlig søvn vil påvirke mine daglige gjøremål neste dag.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
11	For å være våken og fungere bra om dagen, er jeg bedre tjent med å ta en sovetablett enn å ha en natt med dårlig søvn.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
12	Når jeg er irritabel, deprimert eller engstelig om dagen, skyldes det i hovedsak at jeg har sovnet dårlig natten før.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
13	Fordi min sene partner sover med en gang hodet når puten og sover natten igjennom, burde jeg også være i stand til det samme.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
14	Jeg tror at søvnproblemer i hovedsak er et resultat av å bli eldre, og derfor er det ikke mye som kan gjøres med problemene.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
15	Jeg er av og til redd for å dø mens jeg sover.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>

Skemaet findes også på www.fagbokforlaget.no/bedresovn

16	Når jeg har en god natt med søvn, vet jeg at jeg vil svi for det den påfølgende natten.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
17	Når jeg sover dårlig en natt, vet jeg at det vil forstyrre søvnmønstret hele neste uke.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
18	Uten en natt med god søvn, kan jeg nesten ikke fungere neste dag.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
19	Jeg kan aldri forstelt om jeg vil få en god eller dårlig natt med søvn.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
20	Jeg har liten mulighet til å håndtere de negative konsekvensene av forstyrt søvn.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
21	Når jeg er trent, mangler energi, eller bare fungerer dårlig om dagen, skyldes det generelt sett at jeg ikke sov godt natten før.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
22	Jeg blir overveldet av mine tanker om natten, og føler ofte at jeg har ingen kontroll over tankestrømmen.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
23	Jeg føler at jeg fremdeles kan ha et tilfredsstillende liv til tross for søvnproblemer.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
24	Jeg tror at søvnproblemer i hovedsak er et resultat av hjemisk ubalans i hjemmet.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
25	Jeg føler at søvnproblemer ødelegger min mulighet til å nyte livet og hindrer meg fra å gjøre det jeg vil.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
26	Jeg unngår og avlyser forpliktelser (sosiale, familære, yrkesmessige) etter en natt med dårlig søvn.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
27	En «drink» før sengetid er en god løsning på søvnproblemer.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
28	Medisiner er sannsynligvis den eneste løsningen på søvnløshet.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
29	Søvnemidlet blir verre og verre, og jeg tror ikke at noen kan hjelpe meg.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
30	Det synes vanskelig på meg (utsveidmessig) at jeg har sovet dårlig.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>

vi

Vedlegg 4..... viii

Vedlegg nr. 5 ix

1 Innledning

Det sies at en god latter forlenger livet, enda viktigere er det med en god natts søvn. Bjorvatn (2007) stiller spørsmål om helsepersonell i dag har stort nok fokus på søvn og søvnforstyrrelser, og om satsningen på området er stor nok eller blir tatt nok på alvor. Han tror den lave satsningen kan komme av at ingen dør som en direkte konsekvens av dårlig søvn, men mange føler at søvnproblemer er verre enn andre sykdommer de lider av, grunnet innvirkningen dårlige søvn har for dem på dagtid. I følge Gerlach (2003) finnes det undersøkelser som viser at for lite eller for mye søvn er forbundet med sykdom og økt mortalitet. Lavt fokus på et område kan gi lite kunnskap, som videre kan fører til at helsepersonell ikke står godt nok rustet i møtet med pasientene som lider av søvnproblemer.

Sykepleiere har ofte knapt med tid, og en konsekvens kan være svekket mulighet til å kartlegge pasientenes søvnproblemer. Dette kan føre til at leger kontaktes med forespørsel om sovemedisiner uten at det har foreligget en kartlegging av problemet på forhånd (Ranhoff 2008). Én forskningsstudie fra 1995 som ble utført i to fylker i Norge på 98 sykehjem i forhold til eldre og bruken av sovemedisiner viser, som Ranhoff sier, at leger muligens blir kontaktet i forhold til sovemedisiner uten at problemet er utredet. Resultatet fra studiet har samsvar med ett studie som ble utført på 23 sykehjem i Bergen i 1997. I gjennomsnitt brukte hver fjerde sykehjemspasient sovemidler og 98 % brukte faste og høyere doser enn anbefalt til eldre (Schjøtt & Eide 2003). I tillegg viser ett studie blant norske allmennleger at flere av dem har lave kunnskaper om sovemedisiner og at 45% av dem mener at de skriver ut sovemedisiner oftere enn de burde (Bachmann et al. 2008).

Det finnes ulike tiltak som kan fremme søvn hos eldre sykehjemsbeboere med søvnproblemer, men i hvilken grad de benyttes kommer an på helsepersonellens holdninger til medisinbruk og deres evne til å hjelpe den gamle på andre måter (Karoliussen 1997b). Administrering av medikamenter kan derfor være eneste sykepleietiltaket til eldre med søvnevansker, og det bør derfor settes fokus på de ikke-medikamentelle mulighetene. De best dokumenterte behandlingene er stimulus-kontroll, søvnrestriksjon og avspenningsteknikker. Florence Nightingale (1997) skriver at pasientenes plager ikke alltid skyldes sykdommen i seg selv, og at plager som er

forventet å være uunngåelige ikke alltid kommer av sykdommen, men at det kan skyldes faktorer i miljøet rundt pasienten. Virginia Hendersons sykepleieteori har relevans for sykepleiernes forståelse av menneskers grunnleggende behov for søvn. Henderson (1997) beskriver søvn som et av livets mysterier, som mennesket tar som en selvfølge til det skjer en endring i livsmønsteret, som f.eks. sykdom, sorg eller kriser.

Sykepleie handler om å se behovet til pasienten. Dette litteraturstudiet har som hensikt å påpeke viktigheten av større bredde av tiltak ved søvnproblemer, med vekt på andre enn administrering av medikamenter. For å kunne gi best mulig sykepleie til denne pasientgruppen er det viktig med kunnskap om søvn, kartlegging av årsaker til søvnforstyrrelser og ikke-medikamentelle behandlingstiltak. Det er også viktig å ha kjennskap til sovemedisinenes fordeler og ulemper for å kunne begrunne de valgene man tar hvis det foreslås nye tiltak for pasientene eller legen. Uten kunnskap og kompetanse om søvn, vil man ikke klare å forbedre den, noe sykehjemspasientene burde kunne forvente at sykepleierne kan. Det er derfor ønskelig å sette fokus på dette problemområdet gjennom oppgaven for å belyse noe av det man kan bidra med som helsepersonell i forhold til søvn og søvnforstyrrelser.

2 Metode

2.1 Metode

Oppgaven er et litteraturstudie, som innebærer kritisk gjennomgang av relevant litteratur, hvor man velger ut det som ses på som mest oppdatert og pålitelig.

2.2 Litteratursøk

Det er gjort ett ikke-systematisk litteratur søk, hvor det er søkt med engelske og norske søkeord i databasene SveMed+, ProQuest, Helsebiblioteker, PubMed og Ovid. Søket har åpnet både for bekreftelse og avkreftelse av stort forbruk av sovemedisiner og for lite fokus på ikke-medikamentelle behandlingstiltak på sykehjem. I utgangspunktet ble det benyttet patient/problem/population-intervention-comparison-outcome skjema (PICO-skjema), som er et hjelpemiddel for å finne gode søkeord. P-en står for hvem man skriver om, I-en er tiltaket man er interessert i, C-en står for alternative tiltak å sammenligne med og O-en står for resultatet man vil oppnå. Søkeordene ble; sykehjemspasienter, søvnvansker, ikke-medikamentelle behandlingstiltak, sovemedisin og søvnkvalitet. Søket ble utvidet til å benytte ord som ligger innunder hoved søkeordene. Med dette menes at ved søk etter ikke-medikamentelle behandlingstiltak ble det benyttet søkeordene søvnhygiene, stimulus-kontroll, søvnrestriksjon, miljø og avspenning. Det er benyttet trunkeringstegn for et mer åpent søk. Ved artikler som henviste til andre, hvor innholdet virket relevant, ble det søkt på hele artikkelens tittel/forfatter for å finne den opprinnelige artikkelen.

Det er ikke søkt etter litteratur som omhandler demente pasienter eller andre søvnsykdommer enn tilstanden insomnia. Søket retter seg mot kognitivt oppegående eldre på sykehjem, men utelukker ikke eventuell fysiske funksjonsnedsettelse. Med eldre menes pasienter som er 65+.

2.3 Utvalg og kildekritikk

Det er valgt å benytte både artikler og bøker i utarbeidelsen av oppgaven. Det har blitt lest flere artikler/bøker om samme tema for å kunne gjøre en sammenligning av fagstoffet, som en kvalitetssikring av det som er valgt ut. På grunn av relativt kort tid til

utarbeidelse av oppgaven, er det begrenset hvor stort litteratursøk det har vært mulig å gjennomføre. Litteraturen er vurdert etter hvem som har skrevet den. Artikler som omhandler studier er i tillegg vurdert etter hvilken metode som er brukt for å komme frem til resultatet, svakheter i forhold til omfang og besvarelse og eventuelle interessekonflikter som kan ha påvirket til en meningsstyrt konklusjon av forfatteren.

Pensum litteraturen gir grunnleggende forståelse av søvn, søvnbehov, søvnforstyrrelser og årsaker til søvnproblemer. I forhold til sovemedisiner står det en side i boken til Nordeng og Spigset (2007). Boken har et eget kapittel om eldre og legemidler, men omhandler stort sett generell legemiddelbruk. Det står lite om eldre og sovemedisiner i de andre pensumbøkene. I forhold til kartleggingen gis det en god innføring i Bastøe og Franten (2005) om datainnsamling, men hvordan søvndagbøker ser ut/benyttes er ikke utdypet. Tiltak som pensum beskriver er i hovedsak tilrettelegging av miljø og søvnhygiene, det nevnes lysbehandling og avspenning, men verken stimulus-kontroll eller søvnrestriksjon er beskrevet. Litteraturen om søvn og søvnproblemer vurderes generelt som mangelfull og burde vært mer utfyllende for bevissthetsgjøring i forhold til eldre, sovemedisiner og mulighetene innenfor ikke-medikamentelle behandlingstiltak.

Bøkene som er selvvalgt litteratur ble i utgangspunktet valgt ut ifra bøker på høyskolebiblioteket, men etter hvert ble det benyttet bøker fra andre bibliotek som var oppdaterte utgaver eller funnet interessante ut ifra henvisninger i andre bøker/artikler. De som har fremhevet seg er boken til psykiater og overlege Gerlach (2003) og boken til professor og søvnforsker Bjorvatn (2007). Disse bøkene gir en grundig innføring i søvn, søvnproblematikk, kartlegging og hvordan problemene bør behandles. På grunn av lite litteratur knyttet direkte til eldre, har det vært nødvendig å benytte andre fagbøker i tillegg. Bøkene er skrevet av ulike sykepleiere, sosiolog, leger, professorer, psykiatere, nevrologer og søvnforskere, og er vurdert som pålitelig. Det er også benyttet bøker som vinkler seg inn på temaet i forhold til andre områder enn selve søvnen.

Sykepleieteoretikere som har tilknytning til tema er Florence Nightingale og Virginia Henderson. Det er valgt å bruke bøker de selv har utarbeidet, fordi disse gir best innsikt i teorien. Likevel har det vært behov for mer utfyllende litteratur om teoretikerne, og det

er derfor valgt å benytte professor for sykepleievitenskap Kirkevold (1998) og sykepleier Kristoffersen (2005) for økt tilgang på litteratur.

Helsepersonelloven og pasientrettighetsloven er trukket inn på grunn av relevans i forhold til informasjon og brukermedvirkning. Lovverk ses på som sikre kilder fordi de er statlige føringer, men det er viktig å være oppmerksom på muligheten til feiltolkning. Det er benyttet 5 artikler fra Nasjonalt kompetanse senter for søvnsjukdommar, noe av innholdet kan finnes igjen i boken til Bjorvatn (2007), men artiklene er valgt å tas med fordi de er oppdaterte. Andre artikler som er benyttet er; 3 fra Helsebiblioteket, 5 fra SveMed+ og 2 fra ProQuest.

Det er gjort søk på egenhånd og telefonsamtaler med statistisk sentralbyrå, reseptregisteret og helsedirektoratet, uten funn av konkrete tall på forbruk av sovemedisiner på sykehjem, eller tall på hvor mange eldre sykehjemspasienter som har søvnevansker. En artikkel omhandlet forekomsten av søvnforstyrrelser på norske sykehjem (tilsendt etter kontakt med Bjørn Bjorvatn). Etter gjennomgang av artikkelen viste det seg at studiet var basert på ett sykehjem og 29 pasienter, som er lite pålitelig til å angi generell prevalens for norske sykehjem. I tillegg finnes det mer litteratur som beskriver eldre generelt eller demente pasienter, og det er funnet lite litteratur vinklet på kognitivt oppegående eldre på sykehjem. Grunnet dette er noe av litteraturen i oppgaven vinklet mot eldre generelt, men vurderes som relevant, fordi eldre sykehjemspasienter ikke er så forskjellige fra eldre hjemmeboende, men selve institusjonsmiljøet utgjør forskjellen. Vurderingen av hvilke ikke-medikamentelle behandlingstiltak som er med i oppgaven har bakgrunn i behandlingseffekten, relevans for sykehjem og hvilke økonomiske ressurser de krever.

Sekundærkilder er utelatt fordi de ses på som usikkert å henvise til. Enkelte sekundær kilder har ikke vært så relevante for oppgaven som de har gitt inntrykk av i primærkilden. Eldreomsorgen har et stort fokus i media, men slik tilnærming ses på som lite pålitelig og er derfor utelukket. Det er i tillegg valgt å ikke benytte artikler som er eldre enn fra år 2000.

Ordforklaringer

Biologisk klokke = opprettholder normal våken-søvn rytme

Halveringstid = tiden det tar før innholdet av et legemiddel er halvert i blodet

Hypotalamus = ligger i hjernen, senter for flere livsviktige området, blant annet den biologiske klokken

Kontraksjon = sammentrekning

Pasient = i denne sammenhengen beboer på sykehjemmet med behov for sykepleie

Vasodilatajon = utvidelse av blodkar

Virkningsmekanisme = hvordan et medikament tas opp,

3 Teoridel

3.1 Menneskers søvnbehov

3.1.1 Søvnens funksjon og betydningen av en god natts søvn

Søvn er den dypeste formen for hvile, og et resultat av flere forhold i sentralnervesystemet. Den vedlikeholder mental- og fysisk helse, reduserer spenninger og forebygger konsekvensene av tretthet. Under søvnen er man mindre mottakelig for påvirkning av kjente stimuli (Bastøe & Frantsen 2005), men spesielle og ukjent stimuli kan føre til oppvåkning (Karoliussen 1997a). Søvnprosessen består av intervaller mellom lett og dyp søvn og begge stadiene trengs for at kropp og hjerne skal fungere tilfredsstillende (Gerlach 2006). Søvnen starter alltid med non-rapid-eye-movement (NREM-fasen), som er delt inn i fire stadier. Stadium en er fra våkentilstand til søvn, to er lett søvn og tre-fire er dyp søvn. NREM-søvnen avløses av rapid-eye-movement (REM-fasen), som omtales som drømmesøvnen. Normalt har man fire-seks søvnsykluser per natt (Bastøe & Frantsen 2005). Hos eldre er det normalt med færre REM-faser og søvnen preges av mer lett- og mindre dybde søvn. Årsaken kan være svekkelse i den delen av hypotalamus som anses å ha betydning for døgnrytmen. (Laake 2000).

Døgnrytmen er en av faktorene som er med på å regulere søvnen (i tillegg til når man sov sist og vaner/atferd). Den biologiske klokken bidrar til at døgnrytmen holder seg relativt stabil (Bjorvatn 2011a). Det er i hovedsak påvirkning av lys som regulerer døgnrytmen (Ranhoff 2008). Derfor bestemmes ikke søvnlengden av når man sov sist, men døgnrytmen påvirker betydning av når på døgnet man legger seg. Behovet for søvn bygger seg opp når man er i våkentilstand, og dybden reguleres etter hvor lenge man har vært våken (Bjorvatn 2010a). Menneskets søvnbehov er individuelt og fra 25-65 års alderen holder søvnen seg stabil (Fluchaire 1992). Søvnbehovet og søvnmengden viser ikke nedgang hos eldre, men aldersforandringer påvirker søvnmønsteret, eldre sover derfor også ofte på dagtid (Karoliussen 1997a).

Et gjennomsnittsmenneske sover sju timer, mens noen fire-fem og andre ni-ti. Begge deler er normalt, det viktigste er å kjenne sitt eget søvnbehov (Gerlach 2006). Under belastninger øker søvn behovet, sykdom og stress kan føre til vanskeligheter med å opprettholde den gode søvnen. God søvnkvalitet kjennetegnes av å våkne opplagt, og kort innsovningstid og følelsen av kontinuerlig søvn fra man legger seg til man våkner dagen etter (Bastøe & Frantsen 2005).

3.1.2 Søvnbehovet som et element i Virginia Hendersons behovsteori

Virginia Henderson var en av de første sykepleierne som beskrev sykepleierens spesielle fagområder etter Florence Nightingale. Hennes definisjon lyder:

Den unike funksjonen til sykepleieren er å assistere individer, sykt eller friskt, i utførelsen av gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), som personen selv ville gjort uten hjelp dersom han selv hadde hatt nødvendig styrke, vilje eller kunnskap. Og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson 1997, s. 22).

Henderson omtaler sykepleierens grunnleggende gjøremål gjennom 14 punkter basert på grunnleggende behov, hvor av det ene er behovet for søvn og hvile. Hun har utarbeidet tiltak for hvert av punktene, hvor noen tiltak krever initiativ fra sykepleieren selv, mens andre må forordnes av lege. En sykepleier må være oppfinnsom i forhold til tiltak, og ta utgangspunkt i beboerens oppfatning (Kirkevold 1998).

3.2 Insomnia – når søvnen blir et langvarig problem

Insomnia defineres som en subjektiv opplevelse med svikt i søvnens kvalitet eller lengde. Ofte ses det forskjell i hva pasienten opplever/rapporterer i forhold til objektive målinger (Holbrook et al. 2000). Et søvnproblem kjennetegnes ved problemer med innsovning, urolig søvn, tidlig morgenoppvåkning og/eller dårlig søvnkvalitet. Diagnosen stilles ut ifra pasientens subjektive opplevelse, med krav om funksjonsnedsettelse på dagtid. Den kan være i form av tretthet, konsentrasjonsvansker, irritabilitet, svekket kognitiv/sosial fungering, økt ulykkesrisiko, fysisk ubehag eller økt bekymring i forhold til søvnen (Bjorvatn 2011b). I tillegg skal problemet ha vedvart i minst en måned med forstyrrelser minst tre netter i uken (Holbrook et al. 2000). Tilstanden deles i primær- og sekundær insomnia. Ved primær insomnia skyldes ikke

søvnproblemet bare ytre omstendigheter, men en disposisjon eller måte å reagere på. Sekundær insomni skyldes ikke forhold hos pasienten, men sykdom, medikament- eller stimulans bruk. Insomni kan forekomme som en kombinasjonsform (Wolland & Heier 2009). Nyere forskning viser at inndelingen kan være uhensiktsmessig fordi insomni har fått status som selvstendig lidelse og krever utredning og behandling uavhengig av andre tilstander (Bjorvatn 2011b).

Søvnvansker kan være et symptom, en reaksjon på livssituasjonen og/eller patologisk prosess (Neubauer 2003). Særlig vil kroppslig sykdom, legemidler og psykiske plager kunne gi søvnvansker hos eldre (Ranhoff 2008). Søvnløshet på grunn av sykdom og smerter forsterkes av mindre søvndybde og hyppige oppvåkninger. Eksempler på sykdommer som påvirker søvnen er hjertesykdommer, lungesykdommer, kløende hudsykdommer, økt stoffskifte og økt vannlatningstrang. (Gerlach 2006) I tillegg vil redusert bevegelighet og en rekke nevrologiske sykdommer ha innvirkning (Bjorvatn 2007). Smerter som rygg- og leddsmerter er de vanligste plagene som påvirker søvnen og mange sliter med urolige bein (Ranhoff 2008). De medikamentgruppene som er kjent for å gi søvnvansker er astmamedisiner, steroider, enkelte antidepressiva, noen blodtrykksmedikamenter (spesielt betablokker), kolesterolsenkende medisiner, medisiner mot Parkinsons sykdom, enkelte epilepsi medisiner og alle typer oppkvikkende medikamenter, man alle får ikke søvnproblemer av slike medikamenter (Bjorvatn 2007). Andre kjemiske stoffer som kaffe, nikotin og alkohol gir dårligere søvnkvalitet (Ranhoff 2008). Selv om alkoholen kan bidra til enklere innsovning, vil den påvirke søvnen i form av hyppigere oppvåkninger og mer urolig søvn utover natten (Gerlach 2006). Som psykiske årsaker til søvnløshet er angst og depresjon de mest vanlige. Det kan i tillegg dreie seg om sorg, sykdom eller konflikter. Selv en stund etter at problemet er løst kan pasienten ha problemer med søvnen (Ranhoff 2008). Søvnproblemer kan være forvarsel om en depresjon, annen psykisk sykdom eller risiko for tilbakefall. Det er holdepunkter for at langvarige søvnproblemer kan gi ulike psykiske problemer, etter som hva pasienten er disponibel for, på grunn av økt sårbarhet (Gerlach 2006)

Andre årsaker som kan føre til søvnproblemer er søvnmangel pga. endret døgnrytme (Gerlach 2006). I tillegg vil miljøfaktorer som varme, kulde og støy, samt følelsen av nedsatt velvære pga. våte bleier, kateter, sonde eller dårlig liggestilling ha innvirkning på søvnkvaliteten (Ranhoff 2008). Søvnløsheten kan også skyldes en søvnsykdom, som for eksempel søvnapné. Hvis det mistenkes at noe slikt kan være årsaken til problemet er det nødvendig med en grundigere undersøkelse og behandling (Gerlach 2006).

3.3 Kartlegging av søvnvansker

Ved kartlegging er det vesentlig hvor lenge søvnproblemet har vedvart. Ved akutte søvnproblemer kan det være hensiktsmessig med en kortvarig bruk av sovemedisin uten videre kartlegging. Har problematikken vedvart i mer enn en måned skal legen være mer tilbakeholden på sovemedisiner, og det må gjøres en grundig kartlegging av mulig årsak (Bjorvatn 2007).

En fullstendig kartlegging kan være ressurskrevende og omfattende (Ranhoff 2008). Før utredningen bør pasienten føre søvndagbok i to-tre uker slik at man får et bilde av problemet og konsekvensene (Ursin & Kayed 1997). Søvndagboken brukes til kartlegging, tilrettelegging av behandlingen og oppfølging av respons på behandlingstiltak (Bjorvatn 2010c). Vedlegg 1 gir eksempel på hvordan en søvndagbok kan se ut sammen med en forklaring på hvordan den skal føres, samt forklaring som bør deles ut til pasienten. I følge Bjorvatn (2007) krever all ikke-medikamentell behandling, av alvorlige søvnlidelser, benyttelse av søvndagbok som hjelpemiddel i kartleggingen.

Videre innebærer kartleggingen intervjuer og observasjoner av søvn- og våkentid (Ranhoff 2008). Ved intervju/samtale med pasienten kan Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), vedlegg 2, være et eksempel på et utfyllende skjema som omhandler oversikt over søvnmønster, problemområder, søvnkvalitet og bruk av sovemedisin. Siste delen av skjemaet omhandler vurdering av pasienten ut ifra partner/romkamerat, som kan være mindre relevant på et sykehjem. Eldres forventninger til søvnen kan være urealistiske fordi de ikke er bevist normale aldersforandringen (Ursin & Kayed 1997) Søvnskala og konisjonstest av holdninger til søvn, vedlegg 3, er et nyttig hjelpemiddel for å få oversikt over pasientens kunnskaper og forventninger til søvnen. Skjemaet er

utarbeidet av Bjorvatn (2007) og påstandene som pasientene skal svare på er rettet mot eldre, og passer derfor godt som et kartleggingsverktøy på sykehjem. Bastøe og Frantsen (2005) nevner i tillegg behov for kartlegging av pasientens søvnhygiene, tidligere søvnproblemer, når problemet oppsto og hvordan pasienten håndterer problemet på egenhånd. Full medisinsk utredning og laboratorieprøver kan bli nødvendig (Ursin & Kaye 1997). I spesielle tilfeller kan det være behov for utredning ved søvnlaboratorium (Ranhoff 2008).

3.4 Sovemedisiner på godt og vondt

Søvnen er avhengig av den biologiske klokken (påvirkes av lys og melatonin) og balansen mellom stimulerende og sederende signalstoffer. Balansen kan påvirkes ved bruk av enkelte legemidler. Det er mest vanlig å benytte medikamenter som stimulerer virkningen av det søvnfremkallende signalstoffet gamma amino butyric acid (GABA) via benzodiazepin-reseptorer (Gerlach 2006). Benzodiazepiner som er mest vanlig å bruke som sovemedisinen, er Flunitrazepam og Nitrazepam (Nordeng og Spigset, 2007). De benzolignende medikamentene omfatter zolpidem og zopiklon. Disse sovemedisinene har kortere halveringstid i eliminasjonsfasen enn benzodiazepiner (Mellingsæter et al. 2006). Bortsett fra dette har disse medikamentgruppene samme virkningsmekanismer, effekter og bivirkninger. Forskjellen er hvordan de er kjemisk satt sammen. Fordelen med de benzolignende-preparatene er at kortere virketid reduserer risikoen for tretthet og sedasjon dagen etter (Spigset 2007).

Andre medikamenter som kan benyttes er medisiner som hemmer virkningen av ett eller flere våkenhetsstoffer (Hypocretin, Noradrenalin, Dopamin, Serotonin, Acetylkolin og Histamin). Slike medikamenter er antidepressiva, antipsykotika og antihistaminer. Antidepressiva som søvnfremmende middel er hensiktsmessig å benytte hos pasienter som samtidig har en depresjon, fordi søvnproblemet kan ha sammenheng med depresjonen. Antipsykotika kan brukes hos pasienter som har symptomer på psykose eller schizofreni, eller ved fare for misbruk av benzodiazepiner. Antihistaminer har mange bivirkninger, og brukes dersom pasienten har en allergisk sykdom så de uansett må benytte legemiddelet (Gerlach 2006). Medikamentene gir betydelig risiko for tretthet og hangover dagen etter, og har egne u hensiktsmessige effekter. De

antikolinerge bivirkningene er spesielt problematiske hos eldre. Derfor bør slike medikamenter unngås, og bare benyttes i spesielle tilfeller (Spigset 2007).

Ved bruk av sovemedisiner, for en kortere periode, er det dokumentert god effekt på innsovningstiden, økt total søvn tid og forbedret søvnkvalitet. Slik bruk er forbundet med lav risiko for misbruk og toleranseutvikling (Hedner 2000). Langtidsforbruk kan derimot føre til toleranseutvikling, som svekker den søvnfremkallende virkningen (Ranhoff 2008). Man bør ikke benytte sovemedisin daglig mer enn to uker i strekk. Mulige bivirkninger er døsighet (hangover), hodepine, forsterket søvnapne´, depresjon, hukommelsesproblem, mareritt, kvalme, muskelsvakhet og fare for fallulykker øker (Gerlach 2006). Hos eldre kan nedsatt hastighet på ventrikkeltømmingen føre til at effekten av medikamenter blir utsatt eller svekket. Samtidig har de en forsinket utskilling av legemidlet på grunn av nedsatt metabolisme i leveren som gjør at halveringstiden øker. I tillegg tar utskillingen via nyrene lenger tid fordi aldersforandringer nedsetter nyrefunksjon. Enkelte mener at dette resulterer i en balanse, men det anbefales likevel å benytte lavere doser av sovemedisiner til eldre fordi andre aldersrelaterte faktorer har innvirkning på legemiddelbruken (Karoliussen 1997b).

3.5 Ikke-medikamentelle behandlingstiltak ved søvnvansker

3.5.1 Tilrettelegging av miljøet i Florence Nightingale`s fotspor

Tilrettelegging av miljøet går ut på å legge til rette faktorene rundt pasienten slik at de fremmer helse, velvære og trygghet. Når eldre blir tatt ut av sitt vante miljø og overflyttet til et sykehjem, blir miljøet ukjent og de utsettes for nye stimuli. De eldre kan ha vanskeligheter med å mestre situasjonen grunnet manglende erfaringer, og tilværelsen kan påvirke søvnkvaliteten (Bastøe & Frantsen 2005). Florence Nightingales sykepleieteori påpeker viktigheten av tilrettelegging for at miljøet skal fremme helbredelsesprosessen i stedet for å hemme den. Hun så på pasientene som mennesker som er i en utsatt tilstand, hvor det å bruke ressursene sine for å bevare og fremme helse er nødvendig. Sykepleierens oppgave i forhold til dette er å få pasienten i en tilstand hvor naturens egne rehabiliterende effekt kan ha innvirkning (Kristoffersen 2005).

Florence Nightingale (1997) skriver at symptomene pasientene opplever som en del av en sykdom kan skyldes mangel på frisk luft, lys, varme, ro, renslighet eller nøyaktighet og/eller omsorg i sammensetning av kosthold. Hun mente at gjenoppbygningen av

kroppen blir forhindret ved manglende kunnskaper eller fokus på disse områdene, og at sykepleiere bør understøtte den naturlige gjenoppbyggende prosessen. For å finne ut om symptomene er en direkte konsekvens av sykdommen må miljøet rundt pasienten tilrettelegges.

Når pasienten er blitt kvitt all smerte og lidelse som ikke skyldes sykdommen, men mangel på ett eller flere av de faktorene som er nevnt ovenfor, og som er helt avgjørende for at naturens helbredelsesprosess skal kunne lykkes, først da får vi vite hva som er symptomer på sykdom, og hvilke plager som er uløselig knyttet til den (Nightingale, 1997, s.32).

3.5.2 Søvnrestriksjon - en reduksjon av tiden i sengen

Bakgrunn for behandlingen er at pasienter med søvnvansker ofte tilbringer mer tid i sengen enn nødvendig. Dette er en faktor som kan bidra til økt søvnproblem (Ursin & Kaye 1997). Søvnrestriksjon innebærer at pasienten får redusert tid i sengen, og oppholder seg der kun ved reel søvn. Pasienter som vanligvis bare sover fem timer i løpet av natten, vil ha en restriksjon ved for eksempel opphold i sengen fra ett til seks. Etter hvert blir pasienten så søvning at han fyller disse timene med reel søvn. Deretter økes tiden med ca. 15 minutter hver uke til pasienten oppnår effektiv søvn i ønsket lengde (Fetveit & Bjorvatn 2005). Det kan forekomme søvndepresjon, men behandlingen vil etter hvert bidra til at søvnen bedres. Før natten må sengetiden være avtalt uti fra søvndagboken og den reelle søvntid. (Ursin & Kaye 1997). Ønsket resultat er at innsovningen blir kortere, og at søvnen er konsentrert til den perioden en ligger i sengen (økt søvneffektivitet) (Wolland & Heier 2009).

3.5.3 Stimulus-kontroll – for en bedre søvnhygiene

Stimuli-kontroll går ut på å korrigere uheldig søvnadfærd, samt å styrke forbindelsen mellom seng og søvn. Det anbefales å gå til sengs først når en er søvning. Dersom en ikke sover etter 20 min, bør man stå opp og gjør noe annet til man føler seg søvning igjen. Det er viktig å stå opp til samme tid hver morgen, selv om en legger seg på ulike tidspunkter, også i helgene. (Wolland & Heier 2009). Dette gjøres ved å styrke assosiasjoner mellom sovemiljø og det å sove, samt å bruke normal søvn- våkenrytme for å forbedre søvnen (Ursin & Kaye 1997). I følge Neubauer (2003) er målet eliminering av de delene av søvnmiljøet og årvåkenheten som hemmer en tilfreds søvnerfaring.

Søvnhygiene er en generell beskrivelse som brukes om beherskelse av kroppens relasjoner til en søvn-vennlig atferd. Lister over søvnhygieneanbefalinger inkluderer for eksempel begrensning av koffein og alkohol inntak, unngå overdreven kveldsmosjon og utvikle avslappende rutiner før sengetid. (Neubauer D.N.2003). Mer utfyllende liste om generelle søvnhygieneråd finnes i vedlegg 4. Disse rådene er inndelt etter hvilken faktor de påvirker (Bjorvatn 2007).

3.5.4 Avspenningsteknikker

Avspenning har som hensikt å redusere somatisk og mental aktivering (Ursin & Kayed 1997). Avslapning før man legger seg er avgjørende for nattesøvnen. Det handler om å jobbe med kropp og sinn på en måte som gjør at den kvitter seg med spenninger (Pallesen 2011). Det finnes ulike former for avspenningsteknikker. Autogen avspenning går ut på å se for seg at kroppen er tung og varm for å oppnå avspenning og vasodilatasjon. Progressiv avspenning er å spenne muskulaturen på en bestemt måte, for deretter å oppnå en umiddelbar avspenning i muskulaturen etter kontraksjonen. Mental avspenning, er for å redusere pasientens bekymringer før innsovning, ved å bruke bilder eller fantasier. Slike teknikker kan brukes symptomatisk eller i kombinasjon med annen behandling (Ursin & Kayed 1997).

4 Drøftningsdel

4.1 Sykepleierens funksjon i forhold til grunnleggende behov for søvn, og viktigheten av god informasjon

Gerlach (2006) skriver at en tredjedel av livet brukes på søvn, mens de to andre tredjedelene er avhengig av søvnkvaliteten. Sykepleieren bør ha fokus på søvnens funksjon fordi den har et potensiale som fornyer, og er en ressurskilde for menneskers helse og velvære (Bastøe & Frantsen 2005). Virginia Hendersons teori sier at sykepleie er å hjelpe pasienten med å dekke sine grunnleggende behov, og et av behovene er søvn og hvile. I følge teorien skal sykepleieren assistere pasienten i situasjoner hvor han mangler kunnskap, krefter eller vilje for å fremme selvstendighet (Kristoffersen 2005). Hendersons teori bygger på Florence Nightingales teori som fokuserer på å hjelpe pasienten til å komme i en posisjon hvor den naturlige gjenoppbyggende prosessen kan lykkes. Mangel på kunnskap eller fokus på et eller flere sykepleieområder bremser prosessen (Nightingale 1997). Når en pasient ikke klarer å dekke behovene selv er pasientens ressurser svekket og kravene til ivaretagelse av behovene er endret. I slike situasjoner kreves det fagkunnskap og kompetanse for å dekke behovene. Denne fagkunnskapen finnes hos sykepleierne og må kombineres med kjennskap til at alle pasienter er unike (Kristoffersen et al. 2005). Det er viktig å bemerke seg at sykepleie ikke bare innebærer behandling av den syke, men også en forebyggende funksjon og det å gi pasienten kunnskaper som gjør han i stand til å ta vare på seg selv (Skaug & Andersen 2005).

Sykepleierne på sykehjem kan ofte komme i kontakt med pasienter som klager subjektivt over dårlig søvn, men det kan være aldersforandringer som har påvirket søvnmønsteret. Hos disse er det behov for sykepleie i form av informasjon og hjelp til å forbedre egenomsorgen knyttet til søvnhygiene (Ranhoff 2008). Manglende viten om søvnens normale faser og varierende lengde (fra person til person) er en av de hyppigste grunnene til at folk klager over søvnproblemer og ønsker sovemedisiner (Gerlach 2006). Hvis sykepleieren gir pasienten kunnskaper som gir en forklaring på hvorfor de har søvnproblemer kan det gi dem en betryggende følelse som gjør at de ikke uroer seg så mye for at de ikke får sove. Det er viktig å fjerne alle misforståelser som er knyttet til søvn og søvnforstyrrelser i form av urealistiske forventninger (Ursin & Kaye 1997).

I følge pasientrettighetsloven § 3-2 er man pliktig å gi pasienten informasjon som gir han innsikt i egen helsetilstand og den helsehjelpen som ytes. Det skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Pasienten kan ønske å ikke få informasjon, og dette skal respekteres så sant det ikke er en nødvendighet å informere for å minske risikoen for skadevirkning. Informasjonen skal i følge § 3-5 være tilpasset pasientens forutsetninger og helsepersonell skal sikre seg at pasienten har forstått informasjonen som er gitt (Pasientrettighetsloven 1999). Forskriften om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten fremhever at man skal bidra til å sikre at personer som mottar tjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (Helsedirektoratet 2004). Dette krever kompetanse hos sykepleieren både i form av god yrkesetikk, bevisstgjøring av søvn som et problemområde og kunnskaper som gjør sykepleieren i stand til å hjelpe pasienten. En kvalitetssikring av det helsefaglige arbeidet innebærer gode kommunikasjonsferdigheter, som fremmer forståelse av pasienten som person og til å gi bedre hjelp og støtte for å komme fram til gode beslutninger som er til pasientens beste. Det å lytte aktivt og kommunisere klart er en forutsetning for å hindre uheldige tiltak som ikke er individuelt tilpasset (Eide & Eide 2008). Henderson påpeker å fremme selvstendighet, selv om behovet for hjelp er tilstede, for at pasienten skal føle seg verdig og respektert (Kirkevold 1998). En sykepleier kan ikke fysisk sove for pasienten slik de kan ta et sårstell, tømme kateter posen eller sette sammen et måltid med riktig næringsinnhold. Henderson understreker derfor oppfinnsomhet i tiltakene samt å ta utgangspunkt i pasientens oppfatning av situasjonen (Kirkevold 1998). Det er vesentlig at denne oppfinnsomheten ligger innenfor visse rammer for forsvarlighet og kvalitet.

Nightingale (1997) sa at den som har ansvaret i en institusjon må ha seg bevisst spørsmålet "hvordan kan jeg sørge for at dette, som er det riktige alltid blir gjort" og ikke "hvordan kan jeg alltid gjøre det riktige selv". Dokumentasjon er derfor en nødvendighet i sykepleien for å sørge for at de som kommer på jobb senere kan følge opp de tiltakene som iverksettes. Hvis dokumentasjonen unngås vil det være vanskelig å kunne følge opp effekten av behandlingen. I helsepersonelloven står det i § 39 at de som yter helsehjelp er pliktig til å føre journal. Det står videre i § 40 at journalen skal inneholde opplysninger som er nødvendige i forhold til pasientens helsetilstand og den

helsehjelpen som utøves (Helsepersonelloven 1999). Ved å utarbeide en veiledende behandlingsplan for søvnvansker kan dokumentasjonen forenkles. Sykepleieren må dokumentere hvilke tiltak pasienten er tilbudt å prøve, hvilke de ville prøve og om de har hatt effekt av de ikke-medikamentelle behandlingstiltakene (Haugsgeng 2005). Når det skal dokumenteres er det viktig å vurdere gyldigheten og være konkret, fordi de konklusjonene som trekkes vil være med å påvirke den videre sykepleien. (Dahl et al. 2005).

Sykepleierens oppgaver knyttet til søvnbehov omhandler ikke bare den direkte pasient kontakten, og utviklingen av gode tiltak, men i tillegg hva som gjøres innenfor helsetjenestene for å forebygge eller behandle søvnproblematikk. På lokalt nivå bør helsepersonell, pasienter og deres familier bli oppmuntret til å uttrykke sine synspunkt i forhold til søvnproblemer. Deres deltagelse kan forbedre helsetjenestenes arbeid knyttet til søvn. Ledere for omsorg, forskere og teknologisk industri kan forene sine ressurser til å utvikle nye teknikker for å bekjempe søvnforstyrrelser (Béphage 2005). Hvis det meldes avvik på ugunstige tiltak er det enklere å forbedre helsetjenesten og bli oppmerksom på eventuell feilbehandling.

4.2 Kartlegging av søvnproblemer

Bjorvatn (2011) påpeker i en artikkel at insomnia nå ses på som en egen tilstand. Det er derfor viktig at man utreder og behandler søvnproblemet uavhengig av om det skyldes en tilleggs tilstand, til for eksempel annen patologi eller bivirkninger av medisiner, eller har oppstått som en egen tilstand. Uansett hva som ligger bak, må man kartlegge årsaken slik at man får satt inn de behandlingstiltakene som er mest hensiktsmessig for den enkelte. At insomnia har fått status som en egen tilstand kan muligens gjøre at problemet ikke blir oversett eller bare sett som en følge av en annen årsak eller normale aldersforandringer, men satt fokus på som et eget problem. Man bør kartlegge Eldres søvnvansker i større grad enn hva som blir gjort i dag. Det har vist seg at helsepersonell ofte ser på pasientens søvnforstyrrelser som en del av normal aldring. Konsekvensen blir at sykepleien rettes mot det somatiske og søvnproblemet kan bli oversett (Nordhus 2010).

Nightingale (1997) skriver at ledende spørsmål i forhold til kartleggingen av søvnen er bortkastet, men dessverre benyttes ofte slike spørsmål. Ved å spørre om pasienten “har hatt en god natt” åpner det bare for et kort svar som ikke gir nyttig informasjon om pasientens søvn. Selv om de har mye informasjon å gi, vil bruk av slike spørsmål føre til at viktig data går tapt. Man bør derfor stille spørsmål som gjør at pasienten må svare mer enn ja eller nei. Sykepleieren har som ansvar å utvikle et vurderingsverktøy som er godt nok til å vurdere søvnkvaliteten. Dette innebærer å trene opp effektive kommunikasjonsferdigheter og oppmerksom lytting, med mål å identifisere hva pasienten føler er en god natt (Béphage 2005). Hovedpunkter kartleggingen bør fokusere på, er type søvnforstyrrelse (innsovningsproblematikk, avbrutt søvn, tidlig morgenoppvåkning), innvirkning på funksjonsnivå på dagtid, hyppighet, varighet, søvnhygieniske forhold og sykdommer/medikamenter som kan ligge til grunn for søvnproblematikken (Wesenberg 2000).

Ved å benytte, for eksempel, “PSQI-skjema” og/eller “søvnskala og kognisjonstest av holdninger til søvn” (se vedlegg 2 og 3) kan sykepleieren raskt skaffe data om pasientens forventninger til søvnen og et generelt data grunnlag, som kan benyttes til videre kartlegging i riktig retning, for å finne de mest hensiktsmessige behandlingstiltak. Hvis pasienten har problemer med å fylle ut skjemaene, må sykepleieren hjelpe han med dette, for å unngå forvirring. Ved å finne ut hvilke holdninger pasienten har til søvnen, kan man rette informasjonen til punktene der man ser at han har urealistiske forventninger. I en hektisk sykehjems hverdag, kan disse være til god hjelp som kartleggingsverktøy, men man må ikke glemme viktigheten av den gode samtalen med pasienten for å få de dataene som skjemaene ikke kan gi sykepleieren. I tillegg kan de brukes for å vurdere om pasienten har effekt av den ikke-medikamentelle behandlingen, ved å benytte spørreskjemaene senere, og sammenligne med de som ble fylt ut før behandlingen startet.

Nattarbeiderne gjør en observasjon og vurdering av pasientens søvn. Denne må tolkes sammen med pasientens egen beskrivelse (Béphage 2005). Når man observerer pasienten om natten, er det viktig å huske på at gyldigheten av det man observerer er begrenset, fordi pasienten kan ha lukkede øyne uten å sove, og hvis man spør pasienten om han sover kan det vekke han. Observasjoner av sykehjempasienter bør derfor være

fokusert på funksjonsevnen på dagtid (Bastøe & Frantsen 2005). Dagvakten har som plikt å undersøke pasientens klager på dårlig søvn. Negative faktorer som beskrives av pasienten må dokumenteres slik at pleiestandarden kan utvikles og revideres. Fremfor alt bør det være en effektiv kommunikasjon mellom nattevakten, dagpersonell og uformelle omsorgspersoner (familie og slekt). Målet er at søvn-relaterte spørsmål blir diskutert med brukermedvirkning i tankene og at handlingsplan blir utarbeidet (Béphage 2005). I forhold til uformelle omsorgspersoner, må man være oppmerksom på taushetsplikten. Ranhoff (2008) påpeker at sykepleiere ofte ikke har tid til en slik kartlegging og at legen derfor kan bli kontaktet med forespørsel om sovemedisiner på et for tidlig stadium. Et studie viser at allmennlegers holdninger til utskriving av sovemedisiner heller ikke forbedrer denne svakheten. Til sammen oppga 45 % av legene, som var med i studiet, at de forskrev sovemedisiner oftere enn de burde. Mange av legene hadde for svake kunnskaper rundt medikamentene, noe som førte til at de skrev hyppigere ut hypnotika enn de som hadde mer kunnskap (Bachmann et al. 2008). Dette viser en svakhet i hele systemet som allerede starter hos sykepleiere, og som videre føres av leger med manglende kunnskaper. Resultatet er en for dårlig kartlegging med for hyppig utskriving av sovemedisiner og kan bli at vi istedenfor å bedre pasientens situasjon forsterker søvnproblemet ved å iverksette feil tiltak. Bastøe og Frantsen (2005) påpeker at ansvaret for legemiddelutskrivingen ligger på legen, mens sykepleieren sitt ansvar er å forsøke ikke-medikamentelle behandlingstiltak før legen kontaktes.

Før man kan starte med ikke-medikamentell behandling bør pasienten føre søvndagbok i ca. to uker. Viktigheten med selve søvndagboken er ikke å få helt konkrete data, men et anslag på pasientens søvn forut for behandlingen (Bjørvatn 2010c). Vedlegg, nummer 5, viser hvordan en slik dagbok kan se ut, og det medfølgende skrivet kan være til god nytte når sykepleieren skal gå gjennom skjemaet med pasienten. Det er viktig at eventuelle misforståelser avklares på forhånd, slik at pasienten ikke blir så opphengt i selve skjemaet at søvnkvaliteten svekkes ytterligere. Evaluering av tiltakene innebærer å se på hvilken effekt de har hatt og eventuelt gjøre endringer hvis de viser å ha dårlig effekt (Skaug & Andersen 2005). Ved bruk av ikke-medikamentelle behandlingstiltak er det viktig å merke seg at tiltakene kan forverre søvnproblemet for en periode, og at endringer tar tid (Ursin & Kaye 1997; Haugseng 2005). Det er derfor viktig at man

viser tålmodighet og motivere pasienten til å prøve tiltaket i en periode. I forhold til bruken av sovemedisiner er det viktig med en regelmessig revurdering av behovet, fordi det som var en god indikasjon ved oppstart av medisineren, ikke trenger å være det i dag. Undersøkelser har vist at regelmessig gjennomgang kan redusere bruken av sovemedisiner med inntil 50 % (Wesenberg 2000).

Gjennom hele prosessen er det viktig at man setter pasienten i fokus og at man hører på hva de har å si. Siden søvn er en subjektiv opplevelse vil pasientens oppfatning gi en kompetent sykepleier mye data om hva som plager pasienten mest, og hvilke tiltak som er mest hensiktsmessig hos den enkelte. Dette er informasjon som ikke kan oppnås gjennom kliniske observasjoner. Sykepleien som utøves må fokusere på brukermedvirkning for å kunne gi best mulig resultat. Gjennom pasientrettighetsloven (1999) kommer det frem at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder og at medvirkningen må tilpasses pasientens evne til å gi og motta informasjon. Med dette forstås det at pasienten kan selv være med på å velge mellom de tiltakene vi legger frem for ham, men han kan ikke si at han skal ha sovemedisin hvis legen velger å ikke forskrive legemidlet. Man gir pasienten mulighet til å si sin mening, og den blir tatt med i betraktningen når beslutninger skal tas, men pasienten har da ikke det siste ordet i avgjørelsen (Molven 2009) Når man gir pasienten mulighet til å medvirke i valg, vil det gi en påvirkning i form av å øke pasientens motivasjon til å benytte seg av ikke-medikamentelle behandlingsformer istedenfor eventuelle sovemedisiner og sjansen for at de lykkes er dermed større.

4.3 Ikke-medikamentelle behandlingstiltak i sykehjem

4.3.1 Muligheten til å benytte miljøet som en søvnfremmende faktor

En sykepleier ved Haukeland universitetssykehus igangsatte et forbedringsprosjekt i forhold til søvnvansker. Under prosjektet ble det delt ut en søvnfolder, gjort endringer i rutineene på avdelingen og pasienten benyttet søvndagbok. Sykepleierne benyttet søvndagboken til å foreslå ikke-medikamentelle tiltak i samarbeid med pasienten. Prosjektet førte til redusert bruk av hypnotika på avdelingen (Haugsen 2005). Tiltak som gjør hverdagen enklere for den eldre vil bidra til økt livskvalitet, mestring og følelsen av en meningsfull dag er med på å øke den naturlige søvnkvaliteten (Henderson

1997). Likevel er det viktig å få frem at i enkelte tilfeller, og for korte perioder, er medikamenter det beste tiltaket ved akutte søvnevansker.

Det kan være behov for en hypnotika-kur for å snu et dårlig søvnmønster. Sovemedisinen vil derimot ikke fjerne den bakenforliggende årsaken. Den hypnotiske effekten avtar vanligvis hvis man benytter medikamentet over lengre tid, og det vil derfor være behov for høyere doser, som øker faren for avhengighet og negative bivirkninger (Bjorvatn 2010d). For pasienter som har stått på hypnotika i lang tid, skal man ikke fordømme bruken, men fokusere på å spørre om pasienten føler behandlingen er god (Wesenberg 2000). Dette gjelder spesielt for leger som har gått god for deres bruk, med sin signatur på resepten, gjerne i flere år. Hos pasienter som føler de fortsatt sover godt, vil det ikke alltid være hensiktsmessig å bruke energi på å få dem til å slutte. Derimot vil pasienter som føler at de ikke har optimal effekt lenger, være mer åpne for informasjon om ikke-medikamentelle behandlingstiltak (Mouland 2000)

4.3.2 Tilrettelegging av miljø

Tilrettelegging av miljøet på sykehjem kan være problematisk hvis flere deler rom. Ulike forestillinger om et godt sovemiljø, kan hindre opprettholding av egne vaner, som kan føre til utrygghet. Miljøet blir for de fleste forandret når de kommer i en institusjon. Det er derfor viktig å sette inn tiltak som fremmer trygghet. Det enkleste og kanskje det viktigste tiltaket er å sørge for at ringesnoren er lett tilgjengelig, og at de ansatte kommer når det ringes på (Bastøe & Frantsen 2005). En samtale før sengetid kan også være et betryggende tiltak i tillegg til at man tilrettelegger for et godt sovemiljø. Å sørge for tilstrekkelig lufting på pasientrommet, er det viktigste sykepleieren må huske på i sitt arbeid. Natteluften er ofte den friskeste luften, særlig i byer. Hvis pasienten føler det blir for kaldt på rommet kan man kompensere med å fyre mer eller gi pasienten tepper eller varmekanne (Nightingale 1997). Henderson (1997) påpeker også at utlufting av værelset gir en følelse av økt velvære og øker muligheten for en god søvnkvalitet. Dessverre kan lufting være problematisk på norske sykehjem fordi mange steder har klimaanlegg, som krever at vinduer er lukket, for å fungere. Undersøkelser viser at utendørsopphold og mye frisk luft, der pasienten skal sove, fremmer en god søvn (Linton 2003). Sykehjemspasienter er ofte lite utendørs, og bør derfor oppfordres

til å benytte seg mer av uteområdet som er i tilknytning til sykehjemmet. Personalet må sørge for at de som ikke klarer å ta seg ut på egenhånd får hjelp til dette.

Ved søvn synker kroppstemperaturen. Hvis rommet er for varmt, vil det medføre vanskeligheter for kroppen å senke temperaturen. Det er derfor viktig at soverommet er kjøligere når man skal sove, enn på dagtid (Linton 2003). Mange eldre har problemer med at de ofte fryser. Dette skyldes aldersforandringer på elastisiteten i blodkarene, ved nedsatt evne til kontraksjon/dilatasjon, som fører til å øke varmetapet gjennom huden i kalde omgivelser. Eldre bruker tid på tilpassing til temperaturendringer, og hvis de blir kalde tar det lenger tid før de får tilbake varmen (Bjerkreim 2005). Helsepersonell må man ta dette i betraktning og ikke vurdere romtemperaturen ut ifra hvor kjølig man selv ville ha ønsket det. Der det er klimaanlegg er det ofte vanskelig å få til individuelt tilpasset temperatur reguleringer, fordi de ofte er innstilt på lik temperatur over alt, og de tiltakene vi gjør for å endre temperaturen, vil klimaanlegget raskt utjevne (Bastøe & Frantsen 2005).

Sykehjemspasienter eksponeres mindre for lys enn yngre (Bjorvatn 2003). Alle mennesker har behov for lys for å oppnå en god helse, og aller helst sol lys. Pasienter vil nesten alltid vende ansiktet mot vindu for at de skal bli eksponert for lys, til og med hvis de synes det gjør vondt å ligge på den siden (Nightingale 1997). Hos eldre er det spesielt at de ikke disponeres nok for lys som fører til forstyrrelser av den biologiske klokken. Konsekvensen av dette er forsinker døgnrytmen slik at de er trøtte på formiddagen, eller det meste av dagen, og våkner til om kvelden. Tiltak, i forhold til lys og søvn, er å gradvis dempe lyset om kvelden fordi kraftig belysning tetter øynene (Fluchaire 1992). På lik linje som at pasientene trenger frisk luft, vil betydningen av lyseksponering også være en viktig pågangsdriver til at man bør få pasientene mest mulig utendørs. Tiltakene bør rette seg mot å eksponere pasienten for lys på en naturlig måte. Gardiner trekkes for om kvelden, slik at rommet blir mørkt, og trekkes fra om dagen for at pasienten skal få lys. Nattpersonellet bør ta hensyn til lyseksponeringen i form av å utsette pasienten for minst mulig lys ved nattstell (Fetveit & Bjorvatn 2005). Hvis en pasient som ønsker å ha det helt mørkt, deler rom med en som ønsker å ha noe lys om natten, bør den som vil ha det mørkt bli tilbudt en øyemaske (Bastøe & Frantsen 2005).

Institusjonsmiljøer er utsatt for støy som kan ha skadelig effekt på eldres søvn og hvile (Béphage 2005). Vedvarende støy er ikke så plagsomt som det støyet som kommer og går, eller plutselig skarpe lyder. Hvis pasienten våkner brått på grunn av støy kan det uroe dem. Man må heller ikke vekke en pasient som akkurat har sovnet, fordi det mest sannsynlig medfører at pasienten ikke sovner igjen (Nightingale 1997). Hvis man vet om støykilder på rommet, som ikke kan unngås, må man informere pasienten om disse før de skal sove for å unngå unødvendige bekymringer (Bastøe & Frantsen 2005). Forstyrrende elementer, som skjemmende lyder og alarmer, bør unngås ved sengetid (Henderson 1997). Det kan være hensiktsmessig at noen som jobber på sykehjemmet overnatter der for å identifisere støykilder. Konkrete tiltak vil være å skru ned lyden på TV/radio etter klokken 21.00 og skru av hvis ingen ser eller hører på (Fetveit & Bjorvatn 2005). Telefonen bør plasseres på et sted hvor pasientene ikke høre den så godt. Den største støykilden om natten kan være uoppmerksomt helsepersonell som ikke er bevisst eget støy. Nattevakten bør vurdere hva som er nødvendig å gjøre på natten, og tenke over om det er ønskelig at de går inn til pasienten. I tillegg bør de bruke sko som bråker minst mulig, helst med gummisåler. Personalet må ha det bevisst for seg hvordan de håndterer metallgjenstander og utstyr, fordi uforsiktig behandling fører til støy. Det bør også unngås unødvendige samtaler på natten (Bastøe & Frantsen 2005). Hvissing er nesten verre enn å bruke et normalt stemmeleie, fordi de som er på samme rom eller i nærheten, vil anstrenge seg for å høre hva som blir sagt (Nightingale 1997).

Renslighet både på pasientens rom og personlig hygiene er av betydning for å fremme søvnkvaliteten. Hvis rommet til pasienten er skittent vil ikke utluftingen ha noen hensikt (Nightingale 1997). Personlig hygiene, som vask av ansikt og hender, munnstell, børsting av hår og en innbydende seng, er faktorer som fremmer pasientens personlige velvære (Henderson 1997). Hos pasienter som ikke klarer å stelle seg selv er det viktig at man tar seg tid til å utføre et ordentlig kveldsstell. Dersom stellet unnlates vil det gjøre pasienten urolig, mindre tilfreds og søvnen svekkes (Karoliussen 1997a). Mennesker har behov for at sengen de sover i er tørr (Bastøe & Frantsen 2005). Man må være sikker på at sengetøyet er skiftet hvis pasienten har svettet i sengen eller sølt væske, og hos inkontinente er det viktig med intimhygiene og tørre innlegg. I tillegg til

miljømessig komfort må det stilles spørsmål rundt fysisk og psykisk velvære for å bidra til en god søvn. Åndelig ubehag kan også virke negativt på søvnen (Béphage 2005).

4.4 Råd om søvnhygiene, og en forenklet versjon av stimulus-kontroll og søvnrestriksjon

Rådene om søvnhygiene (vedlegg 4) kan være nok til å oppnå en god søvn hos pasienter som ikke har særlig alvorlige søvnvansker, og bør ligge som grunnlag for all behandling av søvnforstyrrelser (Ranhoff 2008). Rådene går ut på å rette opp adferd som hemmer søvnen. De første rådene er rettet mot å ta vare på oppbygget søvnbehov hvor det settes fokus på å roe ned aktivitetene mot kvelden, unngå middagslur på mer enn 20 minutter og oppholde seg i sengen bare når man sover. De neste rådene omhandler å bevare en god døgnrytme, med betydningen av å stå opp til samme tidspunkt hver dag, også i helgene. Det påpekes hensynet til lysets betydning for døgnrytmen. De siste rådene har som hensikt å redusere aktiveringen mot kvelden og natten. Disse retter seg mot pasientens vaner og atferd som kan ha betydning for søvnen (Bjorvatn 2007). Et viktig moment med søvnhygiene og eldre på sykehjem, er at deres vante vaner ofte ikke går overens med sykehjemmets rutiner. For pasienter som deler rom kan det forekomme vaner som ikke går overens, og man må derfor i størst mulig grad legge pasienter med like vaner på samme rom (Bastøe & Frantsen 2005). Det er viktig at pasienten får hjelp til å velge ut de rådene som er mest hensiktsmessige for seg, og at det blir gjort en evaluering etter en tid. Hvis man oppnår en god søvnhygiene kan man unngå søvnvansker og det har derfor i tillegg en forebyggende effekt (Bjorvatn 2007). Det er vanskelig å generalisere søvnhygieneråd fordi det som virker terapeutisk på en pasient kan ha den motsatte virkningen for en annen (Neubauer 2003). Med dette menes det at noen pasienter kan drikke kaffe til kveldsmaten uten at det påvirker søvnen, mens andre må betale kaffe koppen med en søvnløs natt.

Under søvnhygienerådene kommer både behandlingsprinsippene for søvnrestriksjon og stimulus-kontroll. Disse synes å ha forskjellig teoretiske bakgrunner, men det er noe overlapping i praksis (Neubauer 2003). Hoved kjernen i søvnrestriksjonen er at pasienten skal oppholde seg i sengen bare den tiden han reelt sover, og tiden regnes ut ifra søvndagboken. Man avtaler klokkeslettet pasienten ønsker å stå opp og regner seg tilbake for å finne riktig legge tidspunktet. Hensikten med restriksjonen er at pasienten

skal bli så søvnig at tiden i sengen fylles med effektiv søvn. Når pasienten sover minst 80 % av tiden, øker man med 15 minutter, men hvis effekten er lavere holdes tiden uendret (Fetveit & Bjorvatn 2005; Bjorvatn 2010b). Selv om pasienten vanligvis tilbringer åtte-ni timer i sengen, skal han unngå dette under behandlingen, men det anbefales ikke å redusere tiden i sengen til under 5 timer per natt (Ursin & Kaye 1997; Bjorvatn 2010b). Stimulus-kontroll går ut på endring av søvnmønster, samt styrke forholdet mellom seng og søvn. Dette gjøres ved å gi pasienten tiltak som må iverksettes og etterfølges (Ursin & Kaye 1997). De konkrete tiltakene finnes i vedlegg nummer 5.

Det er viktig at pasienten blir informert om at behandlingen er krevende og at han ofte kan forvente en forverring av søvnlidelsen de første ukene etter påbegynt behandling, før det merkes en bedring (Bjorvatn 2010b). Det er avgjørende at pasienten er kognitiv funksjonell og dermed i stand til å følge instruksene som blir gitt (Heier og Wolland 2005). Hvis det ikke klarer det, vil det bli vanskelig å oppnå effekt av behandlingen. Stimulus-kontroll kan være problematisk siden sykehjemspasientene i utgangspunktet bare har et rom, og det er vanskelig for dem å benytte soverommet kun til søvn (og eventuelt seksuell stimulering). Det kan bli mye støy for medpasienter hvis alle skal stå opp og benytte seg av dagligstuen hver gang de våkner. Stimulus-kontrollen må derfor tilpasses slik at den både kan ha en behandlende effekt på pasienten, og er hensynsfull i forhold til medpasienter. Pasienter som har enerom kan stå opp hvis de våkner og sette seg i stolen på rommet og lese eller holde på med noe annet til de blir søvnige igjen. En forenklet behandlingsform er en blandingsmodell av søvnrestriksjonen og stimulus-kontrollen, der man har færre tiltak. Dette innebærer at pasienten skal stå opp til samme tid hver dag, oppmuntres til å være våken hele dagen og sengetiden tilpasses individuelle behov (Fetveit & Bjorvatn 2005).

En slik forenklet versjon vil for de fleste være overkommelig i kombinasjon med utvalgte søvnhygiene råd. Derimot vil pasienter som trenger hjelp til morgenstell avhengig av at pleiepersonellet tar dem opp til samme tid. Hvis de klarer å komme seg ut av sengen kan de bruke eventuelt en morgenkåpe og sitte på rommet. For å ha mulighet til å holde seg våken hele dagen må det være meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. Man blir fort søvnig hvis hjernen ikke stimuleres til aktivitet, noe som

kan føre til at man lettere sovner på dagtid (Bjorvatn 2010a). Mange føler en søvnløshet på grunn av tidlig morgenoppvåkning, men det kan komme av at de har lagt seg for tidlig (Fluchaire 1992). Pga. manglende ressurser i bemanningen, kreves det dessverre at beboere blir lagt tidlig. Tidlig sengetid virker destruktivt på søvnkvaliteten. Derfor hadde det ideelle vært å økt bemanning mellom for eksempel klokken 21-24, slik at brukerne kunne fått en mer fleksibel leggetid (Fetveit & Bjorvatn 2005). Hvis pasientenes leggetid er påtvungen på grunn av sykehjemmetsrutiner kan det virke mot sin hensikt på søvnen. Det er ikke god sykepleie å innrette leggetiden etter hva som er mest praktisk for avdelingen, og ikke etter pasientens behov (Karoliussen 1997a). Det påpekes at et slikt tiltak krever en stor innsats og endringsvilje hos sykepleier, pasient og annet helsepersonell, men at det er mulig å hjelpe pasienter til en bedre søvn uten å benytte sovemedisiner (Haugsgeng 2005).

4.5 Avspenningsteknikker som er realistiske for de eldre

Avspenningsteknikker har vist seg å ha god effekt, men ikke på lik linje som stimuluskontroll eller søvnrestriksjon, og bør kombineres med et annet behandlingstiltak (Bjorvatn 2010b). Det har vist seg at mange med søvnevansker har vanskeligheter med å slappe godt nok av. Årsakene kan være at de er plaget med muskulære spenninger og har mange sterke følelser, som angst, sinne eller høy tankevirksomhet (Pallesen 2011). Siden søvn og hvile er spesielt avhengig av muskulær avslapning, er det viktig at sykepleieren opparbeider kunnskaper om dette (Henderson 1997). Avslapning er det første trinnet i søvnzyklusen, og hvis man lærer seg å slappe av og koble ut ved leggetid, vil man kunne redusere stress og sove bedre (Linton 2003).

Det finnes mange ulike teknikker innenfor avspenning, og noen av dem kan være vanskelig å gjennomføre for eldre pga. at de ofte har ulike former for funksjonellsvikt. Progressiv avspenning går ut på at man spenner og slapper av i musklene for å oppnå avspenning (Ursin & Kaye 1997). Denne typen avspenning krever litt fysisk av pasienten og kan være vanskeligere å lære seg utenat. Konsekvensen kan være at fokuset flyttes over på å gjøre det riktig istedenfor selve avspenningen. På sykehjem kan det være hensiktsmessig å gjennomføre progressiv avspenning i en sirkel en stund etter kveldsmaten, for eksempel på dagligstuen. Et helsepersonell gjennomgår programmet sammen med pasientene, som en felles forberedelse til natten. Alle eldre klarer ikke å

delta aktivt i teknikkene, men forskning viser at det å tenke seg at musklene slapper av, kan ha god effekt på muskelavslappingen. På den måten kan de oppnå redusert engstelse og stress uten å delta hundre prosent aktivt gjennom hele avspenningen (Karoliussen 1997a). Dette gjør at flere beboere kan inkluderes i fellesskapet hvis progressiv avspenning benyttes som en felles kveldsaktivitet.

Autogen avspenningsteknikk går ut på å fokusere på en og en kroppsdel, og merke seg spenninger som er i kroppsdelene (Lavery 1997). Man jobber seg gjennom kroppen i en todelt prosess, der man først fokuserer på en tyngdefølelse, og deretter en varmfølelse. (Bastøe & Frantsen 2005). Eksempel på et slikt avspenningsprogram beskrives nedenfor:

En starter med å slappe av i en arm, og fokus er tyngden. En sier til seg selv "min høyre (venstre) arm er tung". Dette gjentar man for seg selv 3-6 ganger. Så beveger en seg ut av tilstanden ved å strekke og bøye armer og bein og åpne øynene. En gjentar avslapningsøvingen med samme arm 3-4 ganger med aktivitet imellom for å føle virkningen. Fra den ene armen går man over til den andre, så over til hvert av beina. I neste fase går man frem på den samme måten for å føle varme. En starter med å si at "min høyre (venstre) arm er varm" og følger samme mønsteret som ved tyngde. Fokuset i den siste fasen er hvile-tyngde-varme-aktivitet (Bastøe & Frantsen 2005, s. 335).

Klarer pasienten i tillegg å legge fokus på pusten vil den avspennende effekten øke, ved å puste rolig og si setningene ved utånding. Ved oppvåkning i løpet av natten kan øvelsen gjentas slik at man slapper av igjen og sovner.

Ved mentalavspenning skal pasienten fokusere på et bilde eller fantasi, (omtales også som visualisering). For noen kommer dette naturlig, men andre må øve seg på teknikken. Pasienten skal se for seg at han befinner seg et sted han forbinder med mest ro og avslapning, hvor det er fritt for stress. Det er bedre jo flere av sansene pasienten knytter til situasjonen, helst både syn, hørsel og det å føle (Møller 2004). Ofte kommer negative tanker om manglende fremtid, hvordan man har mislykket i livet eller opplevd skuffelser og sorger, frem ved sengetid. Følelsene som har tilknytting til slike tanker har negativ innvirkning på søvnen. Fokuset bør derfor rettes mot lykkelige minner, som de har fra yngre dager, når de skal sove (Fluchaire 1992).

Det er viktig at beboeren ikke blir forstyrret under avspenningen (Linton 2003). Det bør derfor avtales tid mellom helsepersonell og bruker når avspenning forekommer, for å unngå forstyrrelser. Det vil være hensiktsmessig å benytte et skilt på døren hvor det står "ikke forstyr", slik at alle ser at pasienten er opptatt. Ved avspenning etter leggetid kan det avtales at en pleier snur skiltet etter en bestemt tid, slik at det ikke oppstår misforståelser med nattpersonellet. Hvis det blir valgt å prøve avspenning som ikke-medikamentelt tiltak er det viktig at den som lærer pasienten teknikken har gode kunnskaper om disse, og helst har prøvd teknikken selv. Dårlig veiledning kan gjøre at pasienten ikke føler effekt av behandlingen, fordi han mislykkes, og konsekvensen er at han mister troen på behandlingen (Bastøe & Frantsen 2005). Som en forsterkende effekt på avspenningen kan musikk være hensiktsmessig for noen. Virkningen av musikk antas å komme som en kombinasjon av positiv endring, bearbeiding av følelser og modulering av nevrohormonelle faktorer. Musikk som er individuelt tilpasset har best effekt, og de fleste foretrekker rolig musikk (Myskja 2005).

5 Konklusjon

Hvis pasienten får et akutt søvnproblem kan det behandles med sovemedisiner for en kortere periode (helst ikke mer enn to uker). Det er derimot viktig å huske på at eldre er mer sårbare for bivirkninger og på grunn av naturlige aldersforandringer har de en endret metabolisme. Hos eldre anbefales det derfor å benytte lavere doser enn hos voksne (Spigset 2007). Flere eldre at de blir stående på sovemedisiner over lengre tid med legens signatur som godkjenning for sitt feilforbruk. Dette kan føre til toleranseutvikling som kan føre til ønske om høyere doser (Ranhoff 2008). Siden den hypnotiske effekten av sovemedisiner avtar etter en viss tid, bør man istedenfor å øke dosen foreslå at pasienten seponere sovemedisinene gradvis (Mouland 2000). Hvis man øker dosen i stedet vil man dra pasienten inn i en ond sirkel hvor søvnevanskene forsterkes og faren for bivirkninger øker. Hos pasienter som har stått på sovemedisiner over lengre tid, og fortsatt føler de har en god søvn, er det ikke alltid hensiktsmessig å få dem til å slutte, men det er hos de eldre som på tross av sovemedisiner klager på søvnen at det bør foreslås ikke-medikamentelle behandlingstiltak (Mouland 2000).

Sykepleieren bør gjennom observasjoner og samtaler med pasienten kartlegge søvnproblemet slik at man kommer frem til hva som plager pasienten mest og hvilke konsekvenser det har for den eldre. Skjemaene som er lagt til som vedlegg til oppgaven er eksempler på verktøy sykepleieren kan bruke i denne kartleggingen. Hvilket ikke-medikamentelt behandlingstiltak som benyttes bør bestemmes i samråd med pasienten selv fordi det vil øke motivasjonen slik at pasienten har større sjans for å lykkes. Det er viktig at både helsepersoneller på avdelingen og pasienten selv er innstilt på at endring tar tid og at man ikke gir opp med engang. Det bør gjøres en ny kartlegging av søvnen etter en periode for å kunne vurdere om tiltaket har hatt effekt for å eventuelt endre tiltaket hvis pasientens problem er forverret eller uendret (Bjorvatn 2010c).

Det har vist seg at ved ikke-medikamentell behandling får ca. 80% av pasientene en forbedret søvnkvalitet og effekten har vist seg å være vedvarende (Bjorvatn 2010b). Dette viser viktigheten av at sykepleiere og annet helsepersonell øker sin kunnskap om behovet for søvn, og behandling av søvnevansker, hvis de ikke har gode kunnskaper om dette. Søvnens innvirkning på pasientens livskvalitet og funksjonsevne er såpass viktig

at sykepleiere bør ta det på alvor når pasienten klager over søvnen. Det skal ikke bortforklares med normale aldersforandringer, fordi aldring trenger ikke være ensbetydende med en dårlig søvnkvalitet (Fluchaire 1992). Siden det har vist seg at pasientens klager på søvnen ofte skyldes normale aldersforandringer er det viktig å informere de eldre om endringene slik at de forstår dem istedenfor å fokusere så mye på dem (Ursin & Kaye 1997).

Det er ikke bare legen sin skyld når sovemedisiner blir forskrevet feil på sykehjem, ofte er det en sykepleier som har valgt å gå til legen å spørre etter en forskrivning uten at de har foretatt en grundig kartlegging av problemet (Ranhoff 2008). Sykepleieren har et ansvar i forhold til å prøve ikke-medikamentelle behandlingstiltak før de kontakter legen (Bastøe & Frantsen 2005). Det er i tillegg sykepleieren som har mulighet til å observere pasienten mest i løpet av dagen og det er de som administrerer medikamentet og kan se effektene eller bivirkningene. Selv om det er legen som går god for forskrivningen av sovemedisinene ligger det et ansvar hos sykepleierne også. Manglende fokus på søvnvansker kan gjøre at man overse problemet. Det stilles krav til sykepleiere at de jobber kunnskapsbasert og holde seg faglig oppdatert. Ut ifra litteraturen og forskning på søvn kan det kalles dårlig sykepleie å ikke se den eldre bak søvnproblemet, og overse muligheten av misbruk av sovemedisiner, for det finnes mye fagstoff som viser til dårlig effekt av sovemedisin over lengre tid og god effekt av ikke-medikamentelle behandlingstiltak.

Tallene for bruk av sovemedisiner er generelt høye hos eldre i Norge, men med en innsats fra engasjerte sykepleier, vil disse tallene kunne synke, og flere sykehjemspasienter kunne hatt en bedre søvnkvalitet enn det de har i dag. Det påstås ikke at alle sykepleiere er dårlige på dette området eller at stort/feil forbruk av sovemedisiner er et problem ved alle norske sykehjem, men for de som har lært noe nytt ved å lese oppgaven, kjenner seg igjen i at de nedprioriter kartleggingen av søvnen i forhold til andre behov eller ikke vet om pasientene de jobber med egentlig har effekt av sovemedisinen sin, se på denne bacheloren som en inspirasjonskilde til å forbedre dine kunnskaper om søvn, og gjør en innsats for at pasientene ved "ditt" sykehjem, ikke lider av unødvendige søvnvansker når det finnes behandlingstiltak som faktisk er bevist å ha effekt over lengre tid.

Etterord

Litteraturliste

Bachmann, C. S., E. A. Berg, O. Spigset & L. Slørdal. (2008). Benzodiazepinliknende hypnotika - holdninger og forskrivingspraksis blant allmennleger. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* [online], 128 (2): s. 166-170. Tilgjengelig fra: <http://pdf.tidsskriftet.no/tsPdf.php?pdf=pdf2008%7C166-70.pdf> (27.04.11).

Bastøe, L.-K. H. & A.-M. Frantsen. (2005). Behovet for søvn og hvile. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.) b. 2 *Grunnleggende sykepleie*, s. 302-336. Oslo: Gyldendal akademisk.

Béphage, G. (2005). Promoting quality sleep in older people: the nursing care role. I: *British Journal of Nursing* [online], 12 (4): s. 205-210. Tilgjengelig fra: <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=14&sid=1&srchmode=1&vinst=PROD&fmt=3&startpage=-1&vname=PQD&did=825772241&scaling=FULL&pmid=39049&vtype=PQD&fileinfoindex=%2Fshare%2Fpqimage%2Fpqirs103v%2F201104241431%2F03551%2F23706%2Fout.pdf&source=%24source&rt=309&TS=1303669868&clientId=32007> (02.04.11).

Bjerkreim, T. (2005). Kropstemperatur. I: kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.) b. 2 *Grunnleggende sykepleie*, s. 89-116. Oslo: Gyldendag Norsk Forlag AS.

Bjorvatn, B. (2003). Alternativer til sovemidler hos eldre. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* [online], 123 (8): s. 1048. Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=792891 (07.04.11).

Bjorvatn, B. (2007). *Bedre søvn: en håndbok for deg som sover dårlig*. Bergen: Vigmostad & Bjørke.

Bjorvatn, B. (2010a). *Normal søvn* [online]. Nasjonalt kompetanse senter for søvnslukdommar. Bergen. Tilgjengelig fra: http://helse-bergen.no/pasient/diagnoseogsykdommer/Sider/normal_sovn.aspx (10.04.11).

Bjorvatn, B. (2010b). *Søvn - Behandling av langvarige søvnproblemer uten medisiner* [online]. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for søvnslukdommar. Tilgjengelig fra: http://helse-bergen.no/pasient/behandlinger/Sider/sovn_ikke_medikamentell.aspx (27.03.11).

Bjorvatn, B. (2010c). *Søvndagbok - Kartlegg din egen søvn* [online]. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for søvnslukdommar. Tilgjengelig fra: <http://helse-bergen.no/pasient/diagnoseogsykdommer/Sider/sovndagbok.aspx> (29.03.11).

Bjorvatn, B. (2010d). *Søvnproblemer - medikamentell behandling* [online]. Bergen: Nasjonalt Kompetansesenter for Søvnslukdommar. Tilgjengelig fra: <http://helse-bergen.no/omoss/avdelinger/sovno/Sider/enhet.aspx> (27.03.11).

Bjorvatn, B. (2011a). *Døgnrytmen vår* [online]. Bergen: Nasjonalt kompetansesenteret for søvnsjukdommar. Tilgjengelig fra: http://helse-bergen.no/pasient/diagnoseogsykdommer/Sider/dognrytmen_vaar.aspx (10.04.11).

Bjorvatn, B. (2011b). *Insomni (søvnløshet)* [online]. Nasjonalt kompetansesenter for søvnsjukdommar. Bergen. Tilgjengelig fra: <http://helse-bergen.no/pasient/diagnoseogsykdommer/Sider/insomni.aspx> (29.03.11).

Dahl, K., K. Heggedal & S. Sølvi. (2005). Sykepleiedokumentasjon. I: kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.) b. 4 *Grunnleggende sykepleie*, s. 100-148. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & T. Eide. (2008). Hva er hjelpende kommunikasjon. I: *Kommunikasjon i relasjoner*, s. 11-28. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fetveit, A. & B. Bjorvatn. (2005). Søvnforstyrrelser hos sykehjemspasienter - praktiske behandlingsråd. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* [online], 122 (12): s. 1676-1678. Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1211217 (19.04.11).

Fluchaire, P. (1992). *Sov godt, lev bedre*. Oslo: Aventura Forlag A/S.

Gerlach, J. (2006). *Søvn Om betydningen av en god nattesøvn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Haugsgeng, E. (2005). God søvn uten sovemedisin. I: *Sykepleien* [online] (3). Tilgjengelig fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_documento_id=116704 (12.04.11).

Hedner, J. (2000). Bensodiazepiner och bensodiazepinliknande hypnotika. I: *Terapianbefaling - behandling av søvnvansker* [online] (8). Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelverket.no/upload/76527/publikasjon8-2000.pdf> (04.04.11).

Helsedirektoratet. (2004). *Kvalitet i pleie og omsorgstjenesten* [online]. Oslo. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-1201_1170a.pdf.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* [online]. Oslo: Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html> (20.04.11).

Henderson, V. (1997). *Basic Principles of Nursing Care*. 2 utg. Washington: American Nurses Publishing.

Holbrook, A. M., R. Crowther, L. Annn, C. Chiachen & K. Derek. (2000). The diagnosis and management of insomnia in clinical practice: a practical evidence-based approach. I: *Canadian Medical Association Journal* [online], 162 (2): s. 216-220. Tilgjengelig fra: <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=49441818&SrchMode=2&sid=1&Fmt=>

[3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1304617234&clientId=32007](#) (17.04.11).

Karoliussen, M. (1997a). Aktivitet og hvile. I: Karoliussen, M. & Smebye, K. L. (red.) *Eldre, aldring og sykepleie*, s. 509-526. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Karoliussen, M. (1997b). Legemiddelbruk hos eldre. I: Karoliussen, M. & smebye, K. L. (red.) *Eldre, aldring og sykepleie*, s. 822-833. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. 2 utg. [Oslo]: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.) b. 4 *Grunnleggende sykepleie*, s. 13-99. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt & E.-A. Skaug. (2005). Om sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.) b. 1 *Grunnleggende sykepleie*, s. 13-27. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Laake, K. (2000). Søvnvansker hos eldre. I: *Terapianbefaling - behandling av søvnvansker* [online] (8): 77-78. Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelverket.no/upload/76527/publikasjon8-2000.pdf> (04.04.11).

Lavery, S. (1997). *Sov godt!: veier til god og fornyende søvn*. Oslo: Hilt & Hansteen.

Linton, S. J. (2003). *Sov bedre Åtte trinn til bedre søvn*. Sverige: N.W DAMM & SØN AS.

Mellingsæter, T. C., Bramness J G & L. Slørdal. (2006). Er z-hypnotika bedre og tryggere sovemedisiner enn benzodiazepiner? I: *Tidsskrift for Den norske legeforsking* [online], 126 (22): s. 2954-2956. Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1453732 (02.04.11).

Molven, O. (2009). *Helse og jus En innføring for helsepersonell*. 6 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mouland, G. (2000). Håndtering av kroniske sovemiddelbrukere, inkludert seponeringsstrategi. I: *Terapianbefaling - Behandling av søvnvansker* [online] (8): 79-82. Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelverket.no/upload/76527/publikasjon8-2000.pdf> (04.04.11).

Myskja, A. (2005). Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. I: *Tidsskrift for Den norske legeforsking* [online], 125 (11): 1497-1499. Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1200212 (08.04.11).

Møller, E. (2004). *Pepp-effekten Lev livet slik du vil*. Oslo: Noras Ark as.

Neubauer, D. N., M.D. (2003). *Understanding sleeplessness Perspectives on Insomnia*. USA: The Johns Hopkins University Press.

Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Nordhus, I. H. (2010). Søvnplager og psykiske lidelser i eldre år - ser vi den eldre pasienten? *Søvn*, 4 (2).

Pallesen, S. (2011). *Avslapningsøvelser* [online]. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for søvnsjukdommar. Tilgjengelig fra: <http://helse-bergen.no/pasient/behandlinger/Sider/avslapningsovelsler.aspx> (02.04.11).

Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasientrettigheter* [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html> (02.04.11).

Ranhoff, A. H. (2008). Søvn og søvnproblemer. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*, s. 311-318. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Schjøtt, J. & E. Eide. (2003). Bruk av sovemidler i syke- og aldershjem i Hordaland og Sogn og Fjordane. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* [online], 123 (8): s. 1068-1069. Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=794758 (27.03.11).

Skaug, E.-A. & I. D. Andersen. (2005). Beslutningsprosesser i sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.) b. 1 *Grunnleggende sykepleie* s. 184-214. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Ursin, R. & K. Kayed. (1997). Søvn og søvnevansker. Aktuelle behandlingsstrategier. I: Riis, P. (red.) *Medisinsk årbok 1997*, s. 75-85. København: P. J. Schmidt A/S.

Wesenberg, G. R. (2000). *Behandling av søvnevansker* [online]. 8 utg. I: legemiddelkontroll, S. (red.). Terapi anbefaling. Oslo: Statens legemiddelkontroll. Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelverket.no/upload/76527/publikasjon8-2000.pdf>.

Wolland, A. M. & M. F. J. S. Heier. (2009). *Søvnløshet*. Oslo: CAPPELEN DAMM AS.

Vedlegg 1

SØVNDAGBOK

© Bjørn Bjorvatn

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

	Eksempel	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
	01.01.10							
1. Hvordan har du fungert på dagtid? 1 = veldig bra, 2 = bra, 3 = middels, 4 = dårlig, 5 = veldig dårlig	4							
2. Har du tatt en eller flere blunder i løpet av dagen? Notér tidspunktene for alle blundene.	16-16.30 og 18.15-18.30							
3. Har du tatt sovemedisin og/eller alkohol som hjelp til å sove? Notér medikament og dose, samt evt alkoholinntak	5 mg Imovane 1 glass rødvin							
4. Når gikk du til sengs? Når skrudde du av lyset?	22.30 23.00							
5. Hvor lang tid tok det fra lyset var skrudd av til du sovnet?	45 min							
6. Hvor mange ganger våknet du i løpet av natten?	3							
7. Hvor lange var oppvåkingsperiodene (oppgi antall minutter for hver oppvåkning)?	15, 30, 80							
8. Når våknet du opp om morgenen uten å få sove igjen? Notér tidspunktet for din endelige oppvåkning.	06.15							
9. Når stod du opp?	06.40							
10. Hvordan var siste natts søvn totalt sett? 1 = veldig lett, 2 = lett, 3 = middels, 4 = dyp, 5 = veldig dyp.	1							

Lastet ned fra: <http://helse->

bergen.no/omoss/avdelinger/sovno/Documents/sovndagbok_ny_2010.pdf

Kartlegg søvnen din med søvndagbok

Hvordan sover du?

Utfylling av søvndagbok i en til to uker er en god og enkel måte å kartlegge søvnen din på. I moderne behandling av søvnproblemer benyttes slike dagbøker som hjelp til å stille diagnose, og også til å følge respons på behandling.

Instruksjoner til bruk av søvndagbok:

De to første spørsmålene fylles ut om kvelden før sengetid, mens de andre spørsmålene besvares om morgenen rett etter at du har stått opp. Søvndagboken fylles ut hver dag.

Det er vanskelig å vite nøyaktig hvor lang tid det tar å sovne inn, og hvor lenge man er våken om natten. Når dagboken likevel inneholder slike spørsmål er det fordi man ønsker at du prøver å gi et anslag på disse tidene (ikke se på klokken). Hvis det har skjedd noe spesielt om nettene, notér ned hva det var (sykdom, telefonoppringing o.l.).

Her følger litt hjelp til å fylle ut hvert enkelt spørsmål. Et eksempel på utfylling er også gitt i selve dagboken.

1. *Kvalitet på dagen:* Bruk skalaen i søvndagboken til å angi hvordan du fungerte i løpet av dagen.
2. *Blund:* Alle søvnperioder utenom nattesøvnen noteres, også om blundene var ufrivillige. Hvis du for eksempel sovnet foran fjernsynet i 10 minutter, ønsker vi at du noterer dette.
3. *Hjelp til å sove:* Ta med alle former for sovemidler, også de uten resept. Alkohol-inntak spesielt brukt som sovemiddel noteres også.
4. *Sengetid:* Dette er tiden du går til sengs og faktisk skrur av lysene. Hvis du legger deg kl. 22.45, men skrur av lysene først kl. 23.15, skal begge tidspunktene noteres.
5. *Innsøvningtid:* Gi ditt beste anslag over hvor lang tid du tok på å sovne etter at du hadde skrudd av lyset.
6. *Antall oppvåkninger:* Dette er antall nattlige oppvåkninger som du husker.
7. *Varigheten av oppvåkningene:* Angi så godt du kan hvor lenge du var våken i hver av de nattlige oppvåkningene. Hvis dette er umulig, angi cirka hvor lenge du tror du var våken totalt sett i løpet av natten. Ta ikke med tiden det tok fra du våknet til du stod opp, siden det går fram av deneste spørsmålene.
8. *Våkenhet om morgenen:* Her noteres tidspunktet du våknet opp om morgenen uten å få sove igjen. Hvis du våknet kl. 04.00 og ikke sovnet etterpå, noteres dette tidspunktet. Hvis du imidlertid våknet 04.00, men sov en kort periode (f.eks. fra 06.00 til 06.20), noteres 06.20.
9. *Tidspunkt du stod opp:* Her noteres det tidspunktet du stod opp for godt den morgenen.
10. *Søvnkvalitet:* Bruk skalaen i søvndagboken til å angi hvordan du opplevde kvaliteten på nattesøvnen.

Vedlegg 2

PSQI

Instruksjoner: Følgende spørsmål har med ditt vanlige søvnmønster *den siste måneden* å gjøre. Du skal svare på hva som er mest riktig for *de fleste dager og netter den sistemåneden*. Vennligst svar på alle spørsmål.

1. I løpet av den siste måneden, når har du vanligvis lagt deg om kvelden?
VANLIG LEGGETID _____
2. I løpet av den siste måneden, hvor lang tid (i minutter) har det vanligvis tatt deg å sovne om kvelden?
ANTALL MINUTTER _____
3. I løpet av den siste måneden, når har du vanligvis stått opp om morgenen?
VANLIGVIS STÅTT OPP KL _____
4. I løpet av den siste måneden, hvor mange timer søvn har du *faktisk* fått om natten? (Dette kan være forskjellig fra hvor mange timer du oppholdt deg i sengen.)
ANTALL TIMER SØVN HVER NATT _____

For hvert av de følgende spørsmål, kryss av for det beste svar. Vennligst svar på *alle* spørsmålene.

5. I løpet av den siste måneden, hvor ofte har du hatt problemer med søvnen fordi du...

(a) Ikke klarer å sovne i løpet av 30 minutter

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

siste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

(b) Våkner opp midt på natten eller tidlig om morgenen

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

siste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

(c) Må opp for å gå på toalettet

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

siste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

(d) Ikke klarer å puste ordentlig

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

siste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

(e) Hoster eller snorker høyt

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

siste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

(f) Føler deg for kald

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

siste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

(g) Føler deg for varm

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

siste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

(h) Har vonde drømmer

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

siste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

(i) Har smerter

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

siste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

(j) Andre grunner, vennligst

beskriv _____

Hvor ofte, i løpet av den siste måneden, har du hatt problemer med søvnen på grunn av dette

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

siste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

6. I løpet av den siste måneden, hvordan vil du bedømme søvnkvaliteten din totalt sett?

Veldig bra _____

Ganske bra _____

Ganske dårlig _____

Veldig dårlig _____

7. I løpet av den siste måneden, hvor ofte har du tatt medisin (med eller uten resept) som

hjelp til å sove?

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

siste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

8. I løpet av den siste måneden, hvor ofte har du hatt problemer med å holde deg våken

under bilkjøring, måltider eller når du holder på med sosiale aktiviteter?

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

siste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

9. I løpet av den siste måneden, hvor stort problem har det vært for deg å ha overskudd nok

til å få ting gjort?

Ikke noe problem i det hele tatt _____

Bare et lite problem _____

Et visst problem _____

Et stort problem _____

10. Deler du seng eller rom med noen?

Deler ikke seng eller rom med noen _____

Partner/romkamerat i annet rom _____

Partner i samme rom, men ikke i samme seng _____

Partner i samme seng _____

Hvis du har en partner eller romkamerat, spør han/henne hvor ofte i løpet av den siste måneden du har hatt...

(a) høy snorking

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

s iste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

(b) lange pustestopp under søvnen

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

s iste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

(c) rykninger eller sammentrekninger i beina under søvnen

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

s iste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

(d) episoder med desorientering eller forvirring under søvnen

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

s iste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

(e) annen type uro under søvnen; vennligst beskriv _____

Ikke i løpet av den Mindre enn En eller to Tre eller flere

s iste måneden ___ en gang i uken ___ ganger i uken ___ ganger i uken ___

Pittsburgh Sleep Quality Index

(Buysse, Reynolds III, Monk, Berman & Kupfer, 1989)

Til norsk ved Petter Franer, Inger Hilde Nordhus, Ståle Pallesen og Simen Øverland

Lastet ned fra: <http://www.nasjonalskalaregister.no/psqi.html>

Vedlegg nr. 3

Vedlegg 1. Søvnskala og kognisjonstest av holdninger til søvn.

UNDERSØKELSE AV HOLDNINGER TIL OG FORESTILLINGER OM SØVN OG SØVNBEHOV

Nedenfor gjengis gis flere påstander som reflekterer folks tro og holdninger til søvn. Vennligst angi i hvilken grad du personlig er enig eller uenig med hver påstand (kryss ut riktig svaralternativ). Det finnes ikke noe rett eller galt svar.

1	Jeg trenger 8 timer med søvn for å føle meg uthvilt og fungere bra om dagen.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
2	Hvis jeg ikke får tilstrekkelig med søvn om natten, trenger jeg å ta igjen det tapte i form av høneblunder på dagtid eller ved å sove lenger neste natt.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
3	Fordi jeg er blitt eldre, trenger jeg mindre søvn.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
4	Hvis jeg går en eller to netter uten søvn, er jeg redd jeg vil få et nervesammenbrudd.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
5	Jeg er bekymret for at langvarige søvnproblemer vil ha alvorlige konsekvenser for den fysiske helsen min.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
6	Ved å tilbringe mer tid i sengen, vil jeg vanligvis få mer søvn og føle meg bedre neste dag.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
7	Når jeg har problemer med å sovne, skal jeg bli i sengen og prøve hardere.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
8	Jeg er redd for at jeg skal miste kontrollen over mine evner til å sove.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
9	Fordi jeg begynner å bli eldre, bør jeg legge meg tidligere om kvelden.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
10	Jeg vet at en natt med dårlig søvn vil påvirke mine daglige gjøremål neste dag.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
11	For å være våken og fungere bra om dagen, er jeg bedre tjent med å ta en sovetablett enn å ha en natt med dårlig søvn.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
12	Når jeg er irritable, deprimert eller engstelig om dagen, skyldes det i hovedsak at jeg har sovet dårlig natten før.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
13	Fordi min sengepartner sovner med en gang hodet når puten og sover natten igjennom, burde jeg også være i stand til det samme.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
14	Jeg tror at søvnproblemer i hovedsak er et resultat av å bli eldre, og derfor er det ikke mye som kan gjøres med problemene.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
15	Jeg er av og til redd for å dø mens jeg sover.	Veldig uenig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>

Skjemaet finnes også på www.lagbokforlaget.no/bedresovn

16	Når jeg har en god natt med søvn, vet jeg at jeg vil søf for det den påfølgende natten.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
17	Når jeg sover dårlig en natt, vet jeg at det vil forstyrre søvnmønstret neste uke.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
18	Uten en natt med god søvn, kan jeg nesten ikke fungere neste dag.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
19	Jeg kan aldri foruist om jeg vil få en god eller dårlig natt med søvn.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
20	Jeg har liten mulighet til å håndtere de negative konsekvensene av forstyrret søvn.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
21	Når jeg er trutt, mangler energi, eller bare fungerer dårlig om dagen, skyldes det generelt sett at jeg ikke sov godt natten før.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
22	Jeg blir overveldet av mine tanker om natten, og føler ofte at jeg har ingen kontroll over tankestrømmen.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
23	Jeg føler at jeg fremdeles kan ha et tilfredsstillende liv til tross for søvnproblemer.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
24	Jeg tror at søvnproblemer i hovedsak er et resultat av kjemisk ubalanse i hjernen.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
25	Jeg føler at søvnproblemer ødelegger min mulighet til å nyte livet og hindrer meg fra å gjøre det jeg vil.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
26	Jeg unngår og avviker forpliktelser (sosiale, familier, yrkesmessig) etter en natt med dårlig søvn.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
27	En drinker før sengetid er en god løsning på søvnproblemer.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
28	Medisiner er sannsynligvis den eneste løsningen på søvnløshet.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
29	Sønnen min blir verre og verre, og jeg tror ikke at noen kan hjelpe meg.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>
30	Det synes vanligvis på meg (utsendelsesvis) at jeg har sovet dårlig.	Veldig enig <input type="checkbox"/>	Uenig <input type="checkbox"/>	Verken enig eller uenig <input type="checkbox"/>	Enig <input type="checkbox"/>	Veldig enig <input type="checkbox"/>

Vedlegg 4

RÅD OM SØVNHYGIENE

Råd for å ta vare på oppbygget søvn behov (homeostatisk faktor)

- Mosjoner regelmessig, men av slutt minst 3 timer før senge tid.
- Unngå å sove på dagtid (tillat eventuelt en middags lur på under 20 minutter).
- Ikke opp hold deg i sengen lenger enn forventet sove tid.

Råd for å bevare god døgnrytme (cirkadian faktor)

- Stå opp til omtrent samme tid hver dag, også i helger.
- Få minst 30 minutter med dags lys daglig, helst tidlig om morgenen (innen 2 timer etter at du har stått opp).
- Unngå å bli eksponert for sterkt lys der som du må opp om natten.

Råd for å redusere aktivering om kvelden og natten (vaner og atferdsfaktorer)

- Unngå kaffe, te og andre koffeinholdige drikker etter klokken 17. Røyk forstyrrer også søvnen.
- Bruk av alkohol som sovemiddel frarådes. Alkohol kan lette innsovning, men gir urolig søvn med mange oppvåkninger og dårlig søvn kvalitet.
- Unngå kraftig mosjon de siste timene før sengetid.
- Unngå å være sulten eller å innta tunge måltider ved senge tid.
- Bruk soverommet til å sove i, ikke til arbeid.
- Lag deg et sengetidsritual.
- Sørg for mørke, ro og moderat temperatur på soverommet. Bruk eventuelt maske og ørepropper.
- Ikke se på klokken hvis du våkner om natten.
- Lær deg en avspennings teknikk, bruk den ved oppvåkninger.
- Sett av en «problemtime» ettermiddag eller tidlig kveld, hvor du tenker gjennom dine bekymringer og problemer. Unngå å ta med deg bekymringer og problemer til sengs.

Rådene finnes også på www.fagbokforlaget.no/bedresoevn

Bedre søvn – en håndbok for deg som sover dårlig
Av: Bjørn Bjorvatn 2007

Vedlegg nr. 5

Søvnrestriksjon og stimulus kontrollbehandling. RÅD OM SØVNRESTRIKSJON OG STIMULUSKONTROLL-BEHANDLING

1 Begrens tiden du tilbringer i sengen til den tiden du faktisk sover, det vil si ____ timer.

2 Gå til sengs først når du er søvnig.

3 Får du ikke sove i løpet av kort tid (15–30 minutter):
Stå opp og gjør noe annet til du igjen blir søvnig. Det gjelder også ved oppvåkninger om natten. Dette gjentas så ofte som nødvendig natten gjennom.

4 Stå opp til samme tid hver dag, uavhengig av antall timer med søvn.

5 Sengen/soverommet brukes for søvn og sex. Ikke les, spis eller se tv i sengen.

6 Ikke sov om dagen. Det forstyrrer døgnrytmen og reduserer søvntrykket.

Rådene finnes også på: www.fagbokforlaget.no/bedresoevn

Bedre søvn: en håndbok for deg som sover dårlig

Bjørn Bjorvatn 2007