

anonym

# God søvn for sykehjemspasienten

6375  
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2021



anonym

# God søvn for sykehjemspasienten

6375

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

Bakgrunn: Kroniske søvnvansker har blitt vanligere de siste årene. Omtrent halvparten av alle eldre opplever søvnproblemer. På sykehjem bruker hver fjerde pasient sovemedisin, og til tross for anbefalinger om kortvarig bruk, står mange på medisinene i år etter år. Dette kan ha alvorlige bivirkninger. Hensikten med oppgaven er å få kunnskap om ikke-medikamentelle sykepleietiltak rettet mot søvnvansker hos eldre sykehjemsbeboere, som dermed kan bli brukt alternativt til administrering av sovemedisiner.

Metode: Litteraturstudien er basert på 9 kvantitative forskningsstudier. Søkene ble gjort i Medline og Cinahl.

Resultat: Søvnproblemer hos eldre sykehjemsbeboere forekommer hyppig, og påvirkes av både fysiske, psykososiale og miljømessige faktorer. Fysisk og sosial aktivitet kan ha en positiv effekt, samt implementering av metoder fra kognitiv adferdsterapi for insomni.

Konklusjon: Det er flere ikke-medikamentelle tiltak som viser å ha god effekt på søvnen til eldre sykehjemsbeboere, og som kan gjennomføres av en sykepleier. Likevel kan gjennomføring være utfordrende som følge av underbemanning.

# Innhold

Introduksjon .....	1
1.1 Introduksjon til tema.....	1
1.2 Bakgrunnskunnskap .....	1
1.2.1 Sykehjem .....	1
1.2.2 Sykepleierens funksjon.....	2
1.3 Teori .....	2
1.3.1 Søvnvansker, insomni og søvn .....	2
1.3.2 Medikamentell behandling.....	3
1.3.3 Kartlegging .....	3
1.3.4 Kognitiv adferdsterapi for insomni .....	3
1.3.4 Kognitiv svikt .....	5
1.4. Hensikt/formål og problemstilling .....	5
Metode.....	6
2.1 Beskrivelse av metode.....	6
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	6
2.3. Søkehistorikk/søkestrategi .....	6
2.4. Vurdering / utvelgelse av artikler .....	10
2.5. Analyse .....	10
Resultat.....	11
3.1. Artikkelmatrise .....	11
3.2. Resultater .....	19
3.2.1 Forekomst og årsaker .....	19
3.2.2 Aktivitet .....	19
3.2.3 Metoder innenfor kognitiv adferdsterapi.....	19
Diskusjon .....	20
4.1 Drøfting.....	20
4.1.1 Kognitiv adferdsterapi og søvmiljø .....	20
4.1.2 Kognitiv svikt .....	21
4.1.3 Aktivitet og gjennomførbarhet.....	23
4.2 Implikasjoner for sykepleie/praksis .....	25
4.3 Styrker og svakheter med litteraturstudiet (metoderefleksjon) .....	25
4.4. Konklusjon.....	25
Litteraturliste .....	27

## **Tabeller**

Tabell 2.3 Søketablell .....	7
Tabell 3.1 Artikkelmatrise .....	11

# Introduksjon

## 1.1 Introduksjon til tema

Temaet for dette litteraturstudiet omhandler eldre sykehjemspasienters søvnproblemer og hvilke ikke-medikamentelle sykepleietiltak som kan iverksettes i forbindelse med dette.

Ifølge helsedirektoratet er søvnvansker en folkehelseutfordring, og forekomsten av kroniske søvnvansker har økt de siste årene (Helsedirektoratet, 2017b). Det er vanskelig å finne nyere tall på hvor mange eldre som lider av søvnvansker og insomni. Flere nyere artikler refererer til en studie fra 2007, som sier at omtrent halvparten av alle personer over 65 år opplever søvnproblemer (Wolkove et al., 2007). Forekomsten av søvnvansker er uansett høyere hos eldre (Folkehelseinstituttet, 2014b). Det er viktig for en sykepleier å ha kunnskap om søvnens funksjon, forhold som påvirker søvn, kunnskap om aldersbetingede endringer av søvnmønster og hvordan mangel på søvn påvirker vår helse (Nordtvedt et al., 2016).

Gjennom arbeid og praksis på sykehjem har jeg møtt mange eldre med søvnproblemer. Mange eldre mangler ressurser, evne og kunnskap til å løse problemet selv, og er avhengig av sykepleierens hjelp. Mitt inntrykk var at sovemedisiner ble brukt hyppig over lang tid, og at andre tiltak sjeldent ble iverksatt, blant annet fordi sykepleierne hadde det travelt. Dette stemmer med en undersøkelse Sykepleien gjennomførte i 2017, som viste av 1 av 3 sykepleiere månedlig eller oftere hadde delt ut beroligende og angstdempende piller på grunn av tidsnød (Helmers, 2018). Langvarig bruk av sovemedisiner er frarådet og kan føre til alvorlige bivirkninger (Folkehelseinstituttet, 2014b). Likevel viser en studie at hver fjerde pasient i norske sykehjem bruker sovemedisin, og at de står på medisinen i år etter år (Fonn, 2019). På bakgrunn av dette vil dette litteraturstudiet se nærmere på alternative ikke-medikamentelle sykepleietiltak rettet mot søvnvansker hos eldre sykehjemspasienter.

## 1.2 Bakgrunnskunnskap

### 1.2.1 Sykehjem

Det er stor variasjon i hva de ulike institusjonstilbudene for eldre kalles, men blant de vanligste er sykehjem. Et sykehjem tilbyr heldøgns helse- og omsorgstjenester. Et sykehjem skal gi et riktig medisinsk utrednings- og behandlingstilbud, og pleien og omsorgen skal være kvalitativ god og individuelt tilpasset. Å arbeide som sykepleier på sykehjem krever høy sykepleiefaglig kompetanse, og stiller store krav til fagutvikling og organisering av sykepleie. Dette bidrar til at beboerne får nødvendige helse- og omsorgstjenester (Kirkevold et al., 2016). De fleste beboere på sykehjem er over 67 år, og 77% er over 80 år (Mørk et al., 2014). Mange av beboerne har sterkt redusert funksjonsevne (Gabrielsen, 2013). De er multisyke (Kirkevold et al., 2016). 80 % av beboerne i institusjon har en demenssykdom (Selbæk et al., 2013). Vel 70% er kvinner (Gabrielsen, 2013). Beboerne har store behov for bistand. Driften av sykehjem er regulert av flere lover og forskrifter, blant annet *forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (Forskrift for sykehjem, 1988)*.



### 1.2.2 Sykepleierens funksjon

En sykepleier på sykehjem har ansvar for å innfri lover og forskrifter i møte med den enkelte beboer, og flere av disse går igjen i sykepleieutøvelsens sentrale verdier og oppgaver. Sykepleieren har ansvar på flere nivåer, og spesielt for kvalitet på det samlede tjenestetilbudet. Ansvarsområdene innebærer både direkte møte med beboer og pårørende, dokumentasjon, men også å lede pleieteamet, kvalitetsutvikling og fagutvikling. Sykepleieren fungerer som en leder av pleieteamet og skal arbeide for å få med medarbeiderne på en arbeidsform som inspirerer til å gi beboerne et godt faglig tjenestetilbud i tråd med lover og forskrifter (Kirkevold et al., 2016).

## **1.3 Teori**

### 1.3.1 Søvnvansker, insomni og søvn

Søvnvansker er svært utbredt, og kroniske søvnvansker har blitt vanligere de siste årene. (Helsedirektoratet, 2017b). Hos eldre vil søvnen være annerledes enn i ung alder på grunn av naturlige aldersforandringer, og søvnmønsteret endres trolig på grunn av sviktende funksjon i døgnrytmesenteret i hypothalamus. Søvnproblemer hos eldre kan ha mange sammensatte årsaker som inaktivitet, kroppslige symptomer, legemidler, psykiske årsaker og miljøfaktorer (Kirkevold et al., 2016).

Insomni er diagnosen for søvnløshet, og kan defineres som selvrappporterte problemer med å sove flere ganger i uka eller som går ut over daglig fungering. Dette kan være problemer med innsovning, hyppige oppvåkninger, at man våkner for tidlig om morgenen og/eller dårlig søvnkvalitet (Helsedirektoratet, 2017b). I følge FHI har 15% av voksne insomni, og hos eldre er forekomsten høyere (Folkehelseinstituttet, 2014b). Personer med insomni lider av symptomer både på natt og dag, da de gjerne blir trette, får redusert yte- eller konsentrasjonsevne, svekket fungering og økt bekymring rundt søvn (Bjørvatn et al., 2018).

Søvn er et grunnleggende behov. En sykepleier må utføre oppgaver og gjøremål for å ivareta pasientens grunnleggende behov når pasienten selv mangler ressurser til det. Mangel på ressurser kan være mangel på fysiske krefter og utholdenhet, kunnskaper eller vilje og motivasjon (Kristoffersen et al., 2016). Søvn er viktig for god helse, og søvnproblemer kan ha alvorlige konsekvenser i form av helseplager og ulykker (Folkehelseinstituttet, 2014b). Søvn effektivitet vil si den totale søvntiden dividert på tid i sengen. Dette oppgis i prosent. Søvnkvalitet betyr mengden dyp søvn i løpet av tiden man sover, og kan være vel så viktig som antallet timer man sover (Helsedirektoratet, 2013). Ifølge helsedirektoratet er søvnproblemer forbundet med dårlige mestringsstrategier, redusert livskvalitet og nedsatt kognitiv- og intellektuell fungering. Risikoen for psykiske og somatiske plager øker ved kronisk insomni (Helsedirektoratet, 2017b). Insomni gir dobbelt så stor risiko for å utvikle alvorlig depresjon, og har en sammenheng med økt risiko for suicidale tanker og selvmordsforsøk. Dersom lidelsen ikke blir behandlet, kan det oppstå økt risiko for kardiovaskulære sykdommer og en rekke muskel- og skjelettlidelser. Ubehandlet insomni gir også økt risiko for mortalitet (Bjørvatn et al., 2018).

### 1.3.2 Medikamentell behandling

Søvnproblemer behandles oftest med legemidler. Selv om disse kan være nyttige ved akutte søvnproblemer for kortvarig bruk, burde man unngå langvarig bruk i over 2-3 uker (Helsedirektoratet, 2017b). Sovemedisiner løser ikke årsaken til problemene slik ikke-medikamentell behandling kan gjøre (Folkehelseinstituttet, 2014b). Eldre har en økt sårbarhet for bivirkninger, og sovemedisin vil kunne forverre allerede aldersrelaterte funksjonsnedsettelse (Winkelman, 2021). Sovemedisin vil kunne føre til en «hangover», nattlig forvirring, fall, dårligere søvn etter at man slutter på medisinen, toleranseutvikling og avhengighet (Riemann et al., 2017).

### 1.3.3 Kartlegging

En grunnleggende del av sykepleie er evnen til innhenting av data om helse og livshistorie, fordi pasienten gjerne har fysiske og psykiske sykdommer kombinert med kognitiv svikt eller demens (Kirkevold et al., 2016).

En retningslinje fra UpToDate sier at identifiseringen av faktorer som påvirker søvnen til pasienten er kjernen i behandlingen av insomni. Det finnes både utløsende faktorer og faktorer som gjør at problemet vedvarer. Ved kronisk insomni er ofte etiologiene mange og sammensatte. Det er flere risikofaktorer og komorbiditeter, blant annet psykiatriske lidelser, medisinske tilstander og medikamenter (Winkelman, 2021).

Dersom problemet vedvarer er det ulike punkter som kan kartlegges:

- Man kan ta i bruk en søvndagbok. Denne må fylles ut i minst 2 uker
- Kartlegg angst knyttet til søvnløshet, både på kvelden før legging og mens pasienten prøver å sove
- Spør om hvilke forstyrrelser pasienten opplever i miljøet om natten
- Snakk om pasientens forventninger til søvn, og finn ut om de er realistiske i forhold til alder. Eventuelt gi undervisning om hvilke forventninger som er realistiske
- Kartlegg hvilke konsekvenser pasienten opplever på dagtid som følge av søvnløshet

(Winkelman, 2021)

Ifølge boka Geriatrisk Sykepleie burde kartleggingen av søvnproblemet hos den gamle pasienten være tverrfaglig, men det er mye sykepleieren kan gjøre. Først burde sykepleieren kartlegge om det kun er snakk om naturlige aldersforandringer eller om problemene er mer alvorlige. Deretter kartlegger man årsakene. Det burde kartlegges hvor mange timer pasienten sover i løpet av døgnet og antall oppvåkninger. Her kan søvndagbok brukes. Deretter må det vurderes om mengden søvn er tilstrekkelig. Dersom pasienten føler at dagen blir ødelagt på grunn av dårlig søvn, har redusert fysisk og sosial funksjon og/eller sover mye på dagen er dette et problem. Det kan være viktig at sykepleieren observerer og tar initiativ til en samtale om søvnproblemer, da mange sykehjemspasienter ikke vil være til bry eller klage (Kirkevold et al., 2016).

### 1.3.4 Kognitiv adferdsterapi for insomni

I følge FHI har ikke-medikamentell behandling og kognitiv adferdsterapi bedre og mer varig effekt enn medikamenter mot søvnevansker (Folkehelseinstituttet, 2014b). Ved kronisk insomni er denne terapien alltid førstevalget (Bjorvatn et al., 2018). Kognitiv adferdsterapi for insomni forkortes til CBT-I, og tar tak i vaner og holdninger hos

pasienten som kan opprettholde søvnløsheten (Winkelman, 2021). Behandlingen består av søvnhygiene, stimuluskontroll, søvnrestriksjon, kognitive teknikker og avspenningsteknikker. Terapien kan gis på ulike måter, for eksempel gjennom gruppeterapi, individuell terapi, som selvhjelp, over telefon eller over internett (Bjorvatn et al., 2018).

Søvnhygiene er råd om adferd som fremmer søvn (Bjorvatn et al., 2018). En liste med søvnhygieneråd kan se slik ut:

- Stå opp til faste tider
- Unngå å sove på dagtid
- Unngå koffein på ettermiddagen/kvelden
- Ikke bruk alkohol som sovemiddel
- Ta et varmt bad i 30 minutter to timer før leggetid
- Spis et lite måltid 1-2 timer før leggetid
- Ikke ha klokke synlig på rommet
- Reduser nikotin om kvelden
- Soverommet burde være godt ventilert, stille, mørkt og normalt temperert
- Unngå sterk aktivisering om kvelden, både fysisk, emosjonelt og intellektuelt
- Reduser bruk av elektroniske medier i timene før leggetid

(Bjorvatn et al., 2018)

Stimuluskontroll er en metode som skal bidra til at pasienten på nytt assosierer soverommet med søvn og avlærer negativ betinging (Bjorvatn et al., 2018). Rådene for stimuluskontroll kan se slik ut:

- Ikke gå til sengs før du er trøtt
- Ikke bruk sengen til noe annet enn sex eller søvn
- Dersom du ikke sovner i løpet av 15-20 minutter, stå opp fra sengen og gå til et annet rom. Gå til sengs igjen når du er trøtt.
- Gjenta det som står i punktet over så mange ganger som nødvendig i løpet av natten
- Ikke sov om dagen
- Stå opp til et fast tidspunkt hver dag, uansett hvor mye du har sovet

(Bjorvatn et al., 2018)

Søvnrestriksjon handler om å regulere tiden man tilbringer i senga for å få mer effektiv søvn. Det føres en søvndagbok i forkant. Den første uken skal ikke pasienten tilbringe mer tid i sengen enn han/hun sov før behandlingen, men ikke kortere enn 5 timer. Pasienten burde stå opp til samme tid hver dag, men dersom man ser en forbedring i søvneffektivitet justeres leggetiden slik at man legger seg tidligere. Det foreligger konkrete anbefalinger for hvor mye søvnen skal justeres ut i fra søvneffektiviteten (Bjorvatn et al., 2018).

Kognitive teknikker består av å identifisere u hensiktsmessige antakelser eller automatiske tanker om søvn som kan skape bekymring og eksessivt søvnfokus. Man kan for eksempel bruke et skjema med 3 kolonner:

- 1) Her registreres den utløsende situasjonen f.eks. at man har ligget lenge uten å få sove

- 2) Hvilke negative automatiske tanker oppstår? F.eks. «morgendagen blir en katastrofe»
- 3) Finne alternative hensiktsmessige tanker som kan erstatte kolonne 2 F.eks. «jeg har fått gjort mye selv om jeg har sovet lite»

(Bjorvatn et al., 2018)

Avspenningsteknikker inngår også som en del av kognitiv adferdsterapi for insomni. Dette består av et spekter av metoder, som for eksempel muskelavspenning og meditasjon (Bjorvatn et al., 2018).

#### 1.3.4 Kognitiv svikt

Kognitiv svikt er en overordnet betegnelse for mental svikt. Personen har problemer med tankeprosessen (Kirkevold et al., 2016). I følge FHI har i overkant av 80 prosent av de med langtidsplass på sykehjem demenssykdom (Folkehelseinstituttet, 2014a). Omsorgen sykepleieren gir til pasienter med kognitiv svikt må ta utgangspunkt i den enkeltes interesser og behov. Målet er å bidra til at personen kan mestre hverdagen og leve et så godt liv som mulig. Personsentrert omsorg er verdigrunnlaget, og skal være fokuset i både utredning, behandling og sykepleie. I stedet for å fokusere på personens svikt, ser man på personens muligheter og opplevelser. For å kunne gi personsentrert omsorg er det viktig med bakgrunnskunnskap om hvem personen er, som interesser, verdier, familie og livshistorie. Det er stor variasjon i gradene av kognitiv svikt. Pasienter med mild kognitiv svikt har oftest nedsatt hukommelse eller konsentrasjonsevne, men ADL er ikke affisert. Likevel virker svikten negativt inn på evnen til å håndtere utfordringer og krav i hverdagen. Demens er et samlebegrep for ulike sykdommer som rammer hjernens funksjoner, og også her er det variasjoner i alvorlighetsgrad. Vanlige symptomer ved demensutvikling er kognitive symptomer som redusert hukommelse og læringsevne, svekket oppmerksomhet, vansker med å orientere seg og handle i rom, svekket evne til generell orientering, apraksi (handlingssvikt), agnosi (manglende evne til å tolke sanseintrykk), adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer. Demens påvirker pasientens hverdagsliv i meget høy grad og påvirker ADL (Kirkevold et al., 2016).

#### **1.4. Hensikt/formål og problemstilling**

Hensikten med oppgaven er å få kunnskap om ikke-medikamentelle sykepleietiltak rettet mot søvnvansker hos eldre sykehjemsbeboere, som dermed kan bli brukt alternativt til administrering av sovemedisiner. Den overordnede problemstillingen er: *Hvilke ikke-medikamentelle sykepleietiltak kan bidra til bedre søvn hos eldre sykehjemspasienter med søvnproblemer?*

# Metode

## 2.1 Beskrivelse av metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie hvor det har blitt gjort et litteratursøk som har resultert i 9 forskningsartikler som datamateriale. Videre bygger oppgaven på faglitteratur og pensumbøker. Forskningen i artiklene baserer seg på kvantitativ metode. Fordelen med kvantitativ metode er at den gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2018). I denne oppgaven har dette vært hensiktsmessig for å se på effekten av tiltak i studiene og for å skaffe konkrete data om årsaker og forekomst.

## 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene nedenfor ble brukt i utvelgelsen av forskningsartikler. Artikler som ikke oppfylte disse kriteriene ble ekskludert.

- Fagfellevurdert
- Ikke eldre enn 2011
- Engelsk språk
- Studier med eldre deltakere, helst sykehjemsbeboere, men i noen tilfeller greit med hjemmeboende dersom kunnskapen likevel kunne brukes

## 2.3. Søkehistorikk/søkestrategi

Litteratursøket startet i databasen Medline. Søkeordene «Nursing Homes» og «Insomnia or Sleep Initiation and Maintenance Disorders» ble kombinert med den boolske operatoren AND. På denne måten ble søket mer spesifikt og smalt, og 3 artikler ble valgt ut fra søket. Ved å få færre treff og smalere søk ble det mulig å få en bedre oversikt over søkeresultatene ved å lese overskriftene. Utvelgelsen av artikler ble gjort gjennom å først se på overskrifter, deretter abstrakter og dersom studien virket relevant, hele fullteksten. Både kvantitative og kvalitative artikler ble lest gjennom, men etter analyse og utvelgelse sto kun de kvantitative igjen som relevante.

Det ble gjennomført to andre søk i Medline som resulterte i utvalgte artikler, samt ett søk i Cinahl Complete. Andre søkeord som ble brukt inkluderte Aged, Sleep Efficiency, Intervention, Nursing Home Patients, Sleep Hygiene, Sleep, Physical Activity, Exercise og Cognitive Behavioral Therapy.

Det ble også gjort andre søk i Cinahl, Medline og Idunn med andre søkeord hvor det ikke ble plukket ut noen artikler. Den vedlagte søketabellen nedenfor gir en fullstendig oversikt over søkene som førte til utvalgte artikler, og artikkelmatrisen gir oversikt over artiklene.

Tabell 2.3 Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	14.04.21	S1.	exp Nursing Homes		40573	
		S2.	insomnia.mp. or exp "Sleep Initiation and Maintenance Disorders"		27730	
		S3.	S1 AND S2		85	3 (A, B, C)
Medline	15.04.21	S1	exp "Sleep Initiation and Maintenance Disorders"		14225	
		S2	exp Aged		3235879	
		S3	sleep efficiency.mp.		4536	
		S4	intervention.mp.		670851	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		54	1 (D)
Cinahl	20.04.21	S1	MH "Nursing Home Patients") OR (MH "Nursing Homes+ "		48,486	
		S2	MH "Sleep+") OR (MH "Sleep Hygiene") OR (MH "Insomnia+ "		33,528	
		S3	S1 AND S2	Language: English Peer Reviewed Year 2010-2021	105	1 (E)

Medline	29.04.21	S1	exp Nursing Homes		40638	
		S2	exp Sleep/ or exp "Sleep Initiation and Maintenance Disorders"		92980	
		S3	physical activity.mp. or exp Exercise		281173	
		S4	S1 AND S2 AND S3		17	2 (F, G)
Medline	29.04.21	S1	exp Nursing Homes		40638	
		S2	exp Sleep/ or exp "Sleep Initiation and Maintenance Disorders"		92980	
		S3	cognitive behavioral therapy.mp. or exp Cognitive Behavioral Therapy		34841	
		S4	exp Aged		3235879	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		2	1 (H)
Medline	30.04.21	S1	cognitive behavioral therapy.mp. or exp Cognitive Behavioral Therapy		34829	
		S2	Exp Aged		3235879	
		S3	exp "Sleep Initiation and Maintenance Disorders"		14222	
		S4	Exp Sleep		83075	

		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		74	1 (I)
--	--	----	-------------------------	--	----	-------

**Inkluderte artikler:**

- A. Kim, D. E., & Yoon, J. Y. (2020). Factors that Influence Sleep among Residents in Long-Term Care Facilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1889. <https://doi.org/10.3390/ijerph17061889>
- B. Skottheim, A., Lövheim, H., Isaksson, U., Sandman, P.-O., & Gustafsson, M. (2018). Insomnia symptoms among old people in nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 30(1), 77-85. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610217001703>
- C. Kuck, J., Pantke, M., & Flick, U. (2014). Effects of social activation and physical mobilization on sleep in nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 35(6), 455-461. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.08.009>
- D. Desjardins, S., Lapierre, S., Vasiliadis, H.-M., & Hudon, C. (2020). Evaluation of the Effects of an Intervention Intended to Optimize the Sleep Environment Among the Elderly: An Exploratory Study. *Clinical interventions in aging*, 15, 2117-2127. <https://doi.org/10.2147/CIA.S277252>
- E. Richards, K. C., Lambert, C., Beck, C. K., Bliwise, D. L., Evans, W. J., Kalra, G. K., Kleban, M. H., Lorenz, R., Rose, K., Gooneratne, N. S., & Sullivan, D. H. (2011). Strength Training, Walking, and Social Activity Improve Sleep in Nursing Home and Assisted Living Residents: Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(2), 214-223. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03246.x>
- F. Bademli, K., Lok, N., Canbaz, M., & Lok, S. (2019). Effects of Physical Activity Program on cognitive function and sleep quality in elderly with mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(3), 401-408. <https://doi.org/10.1111/ppc.12324>
- G. Štefan, L., Vrgoč, G., Rupčić, T., Sporiš, G., & Sekulić, D. (2018). Sleep Duration and Sleep Quality Are Associated with Physical Activity in Elderly People Living in Nursing Homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 2512. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112512>
- H. El Kady, H. M., Ibrahim, H. K., & Mohamed, S. G. (2012). Cognitive behavioral therapy for institutionalized elders complaining of sleep disturbance in Alexandria, Egypt. *Sleep and Breathing*, 16(4), 1173-1180. <https://doi.org/10.1007/s11325-011-0629-3>
- I. Tamura, N., & Tanaka, H. (2017). Effects of sleep management with self-help treatment for the Japanese elderly with chronic insomnia: a quasi-experimental study. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(4), 659-668. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9836-0>



## **2.4. Vurdering / utvelgelse av artikler**

Alle forskningsartiklene er publisert i fagfelleverderte tidsskrifter, og har IMRAD-struktur. Artiklene ble vurdert kritisk ved hjelp av sjekkpunkter fra Helsebibliotekets nettside om sjekklister (Helsebiblioteket, 2016).

Alle artiklene har kvantitativt design. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2018). Dette kan være nyttig for å svare på problemstillingen fordi det gir håndfaste tall og verdier over forhold knyttet til søvnproblemer hos eldre og effekten av tiltakene.

## **2.5. Analyse**

Evans analysemodell ble brukt i analysen av artiklene. Modellen består av fire faser for analyse og fremstilling av data (Evans, 2002).

Første fase er innsamling av data (Evans, 2002). Dette ble beskrevet i søkeprosessen. 9 artikler ble utvalgt.

Andre fase er «identifisering av nøkkelfunn» (Evans, 2002). De ulike artiklene ble lest og gjenlest for å få et bilde av helheten. Interessante funn ble markert og samlet.

I tredje fase skal funnene sammenliknes og sorteres i kategorier på tvers av studiene (Evans, 2002). Lista med nøkkelfunn fra fase to ble brukt for å finne likheter og ulikheter. Deretter ble funnene sortert i kategorier.

Fase fire består av å lage en beskrivelse og syntese av funnene (Evans, 2002). Analysen resulterte i tre hovedkategorier; forekomst/årsaker, aktivitet og kognitiv adferdsterapi. Dette blir presentert i resultater.

# Resultat

## 3.1. Artikkelmatrise

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p>A) <b>Kim, D. E., &amp; Yoon, J. Y. (2020). Factors that Influence Sleep among Residents in Long-Term Care Facilities. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 17(6), 1889.</b>  <a href="https://doi.org/10.3390/ijerph17061889">https://doi.org/10.3390/ijerph17061889</a></p>	<p>Denne studien hadde som formål å identifisere faktorer som påvirker effektiviteten og kvaliteten på søvn.</p>	<p>Kvantitativ studie hvor 125 beboere ble rekruttert fra 7 sykehjem i Sør Korea. Søvnmonster ble innhentet med 3-dagers søvnlogger og søvnkvalitet ble innhentet med verktøyet the Minimal Insomnia Screening Scale for Korean adults (KMISS). Gjennomsnittsalderen til deltakerne var 82 år.</p>	<p>Studien fremhever at psykososiale og miljømessige faktorer i tillegg til fysiske faktorer kan påvirke søvnen hos eldre sykehjemsbeboere. Større avhengighet i ADL (activities of daily living), mer smerte og lys om natten var relatert til lavere søvneffektivitet. Mer smerte og fatigue, mindre aktivitetstid, lyd og lys om natten, og mindre bemanning om natten var relatert til dårligere søvnkvalitet.</p>	<p>Studien gir en forståelse av faktorer som påvirker søvn for eldre sykehjemsbeboere. Dette kan være viktig kunnskap for å kunne iverksette sykepleietiltak da sykepleieren må vite årsaker til problemet for å finne løsninger på problemet.</p>

<p><b>B) Skottheim, A., Lövheim, H., Isaksson, U., Sandman, P.-O., &amp; Gustafsson, M. (2018). <i>Insomnia symptoms among old people in nursing homes. International Psychogeriatrics, 30(1), 77-85.</i></b>  <a href="http://dx.doi.org/10.1017/S1041610217001703">http://dx.doi.org/10.1017/S1041610217001703</a></p>	<p>Målet med studien var å estimere utbredelsen av insomni-symptomer og å analysere sammenhengen mellom insomni-symptomer, kognitiv nivå, og administrering av hypnotika og beroligende medisiner blant gamle mennesker som bor på sykehjem.</p>	<p>Dette er en kvantitativ studie som omfattet 2135 personer boende på sykehjem i Sverige. Gjennom verktøyet the Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale (MDDAS) ble det innhentet data om hypnotika og beroligende midler, kognitiv funksjon og utbredelsen av insomni-symptomer. Alle deltakerne var over 65 år og gjennomsnittsalderen var 85 år.</p>	<p>De 3 vanligste insomni-symptomene var «søvn i lengre perioder på dagtid», «forstyrret nattesøvn» og «våkner opp tidlig om morgenen». De fleste insomni-symptomer var vanligere hos personer med kognitiv svikt sammenliknet med de uten. 24% av deltakerne fikk hypnotika og beroligende medisiner.</p>	<p>Denne studien er relevant fordi den gir kunnskap om hvilke insomni-symptomer de eldre sykehjemsbeboerne har. Siden det viser seg at insomni-symptomer er vanligere hos pasienter med kognitiv svikt, er dette noe sykepleieren kan ta i betraktning i forbindelse med tiltak.</p>
<p><b>C) Kuck, J., Pantke, M., &amp; Flick, U. (2014). <i>Effects of social activation and physical mobilization</i></b></p>	<p>Studiens mål var å forbedre søvnen gjennom å forbedre sosial aktivitet og fysisk mobilisering</p>	<p>Kvantitativ studie fra Tyskland. En eksperimentell gruppe beboere deltok på et aktiviseringsprogram fire</p>	<p>Det ble ikke observert endringer i aktigrafi-baserte søvnkvalitetsvurderingene, men de subjektive søvnkvalitetsvurderingene hos</p>	<p>Denne studien viser at et konkret tiltak i form av et aktivitetsprogram har god effekt på søvnen.</p>

<p><b>on sleep in nursing home residents.</b> <i>Geriatric Nursing</i>, <b>35(6), 455-461.</b> <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.08.002">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.08.002</a></p>	<p>hos beboere med søvnproblemer.</p>	<p>ganger i uken i 8 uker, og ble sammenliknet med en ikke-behandlet kontrollgruppe blant 85 beboere på 20 sykehjem. Søvn ble vurdert gjennom Insomnia Severity Index (ISI), sykepleiernes vurdering av beboernes søvn samt aktigrafibaserte søvnparametre (måleinstrument).</p>	<p>intervensjons-deltakerne ble betydelig forbedret sammenliknet med kontrollgruppen.</p>	<p>Sykepleieren kan gjennomføre dette eller liknende aktiviseringstiltak for å forbedre den subjektive søvnkvaliteten hos sykehjemsbeboerne.</p>
<p><b>D) Desjardins, S., Lapierre, S., Vasiliadis, H.-M., &amp; Hudon, C. (2020). Evaluation of the Effects of an Intervention Intended to Optimize the Sleep Environment Among the Elderly: An</b></p>	<p>Målet var å evaluere effekten av en kort intervensjon ment for å optimalisere søvmiljøet hos eldre mennesker og å undersøke hvordan disse effektene endres over tid.</p>	<p>Studien er fra Canada og har et kvantitativt design. Deltakerne var 44 hjemmeboende deltakere i alderen 65-85 år. Intervensjonen besto av en gruppeopplæringsøkt som dekket hvordan og hvorfor man kan optimalisere søvmiljøet. Deltakerne</p>	<p>4 måneder etter intervensjonen viste svarene på spørreundersøkelsene at deltakerne opplevde redusert alvorlighet av insomni, mindre problemer med å sovne og mindre angst. Den subjektive kvaliteten på deltakernes søvn samt søvneffektiviteten økte også betydelig.</p>	<p>Denne studien viser også til et konkret tiltak med effekt. Her er deltakerne hjemmeboende, og er dermed mulig at tiltaket må tilpasses dersom det skal gjennomføres på sykehjem. Likevel</p>

<p><b>Exploratory Study.</b> <i>Clinical interventions in aging, 15, 2117-2127.</i> <a href="https://doi.org/10.2147/CIA.S277252">https://doi.org/10.2147/CIA.S277252</a></p>		<p>fylte ut et sett med spørreskjema før intervensjonen og 1 og 4 måneder etterpå.</p>		<p>viser studien at råd for å optimalisere søvnmiljøet fungerer positivt.</p>
<p><b>E) Richards, K. C., Lambert, C., Beck, C. K., Bliwise, D. L., Evans, W. J., Kalra, G. K., Kleban, M. H., Lorenz, R., Rose, K., Gooneratne, N. S., &amp; Sullivan, D. H. (2011). Strength Training, Walking, and Social Activity Improve Sleep in Nursing Home and Assisted Living Residents: Randomized</b></p>	<p>Målet med studien var å sammenlikne effekten av fysisk styrketrening og gange med individualisert sosial aktivitet og å sammenlikne disse med en kontrollgruppe. Dette hos personer på sykehjem og omsorgsboliger, og å se på effekten på den</p>	<p>Kvantitativ studie fra USA. 165 deltakere fra 55 år og oppover. Én gruppe gjennomførte styrketrening, én gruppe gjennomførte sosial aktivitet, én gruppe gjennomførte begge og alle ble sammenliknet med en kontrollgruppe. Tiltaket ble gjennomført over 7 uker. Polysomnografi (søvnundersøkelse) ble brukt 2 netter før og 2 netter etter tiltaket for å måle total</p>	<p>Den totale nattesøvnen, søvneffektiviteten og non-rapid eye-movement sleep (NREM) var betydelig lengre hos gruppene hvor begge tiltakene var iverksatt. Styrketreningen og gangen kombinert med sosial aktivitet førte altså til en betydelig forbedring av søvnen.</p>	<p>Studien viser at fysisk aktivitet kombinert med sosial aktivitet har en positiv effekt på søvnen hos eldre på sykehjem og omsorgsbolig. Også dette er et konkret tiltak som kan gjennomføres på sykehjem eller være til inspirasjon for liknende sykepleietiltak.</p>

<p><b>Controlled Trial.</b>  <i>Journal of the American Geriatrics Society, 59(2), 214-223.</i>  <a href="https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03246.x">https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03246.x</a></p>	<p>totale nattlige søvnen.</p>	<p>nattesøvn. Også andre søvndata ble innhentet.</p>		
<p><b>F) Bademli, K., Lok, N., Canbaz, M., &amp; Lok, S. (2019). Effects of Physical Activity Program on cognitive function and sleep quality in elderly with mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. Perspectives in Psychiatric Care,</b></p>	<p>Avgjøre hvilken effekt et 20-ukers fysisk aktivitetsprogram for eldre individer med mild kognitiv svikt har på deres kognitive funksjon og søvnkvalitet.</p>	<p>Deltakerne var 176 personer over 65 år på sykehjem i Tyrkia. Alle hadde mild kognitiv svikt. Studien har et kvantitativt design. Verktøyet Pittsburg Sleep Quality index (PSQI) ble brukt for å samle inn data om søvn.</p>	<p>Kognitiv funksjon og søvnkvaliteten ble forbedret av programmet.</p>	<p>Studien anbefaler at fysisk aktivitet skal inkluderes i sykepleietiltak for eldre med mild kognitiv svikt. Sykepleiere er viktige partnere i å ta vare på eldre med kognitiv svikt generelt og for å tilrettelegge for</p>

<p>55(3), 401-408.  <a href="https://doi.org/10.1111/ppc.12324">https://doi.org/10.1111/ppc.12324</a></p>				<p>kreative gruppeaktiviteter.</p>
<p><b>G) Štefan, L., Vrgoč, G., Rupčić, T., Sporiš, G., &amp; Sekulić, D. (2018). Sleep Duration and Sleep Quality Are Associated with Physical Activity in Elderly People Living in Nursing Homes. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 15(11), 2512. <a href="https://doi.org/10.3390/ijerph15112512">https://doi.org/10.3390/ijerph15112512</a></b></p>	<p>Hovedmålet var å utforske sammenhengene mellom søvnlengde og søvnkvalitet med fysisk aktivitet.</p>	<p>Kvantitativ studie fra Kroatia med 894 deltakere. Deltakerne var over 65 år, kognitivt oppegående og ikke fysisk hjelpetrengende. Deltakerne var selvstendige, men bodde på sykehjem pga. sikkerhet. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ble brukt for å avgjøre søvnkvalitet. Spørreskjema ble brukt for å innhente data om fysisk aktivitet.</p>	<p>De med kort søvntid var mindre sannsynlig til å rapportere tilstrekkelig fysisk aktivitet. De med lang søvnlengde og god søvnkvalitet var mer sannsynlige til å rapportere tilstrekkelig fysisk aktivitet.</p>	<p>Det er en uavhengig sammenheng mellom søvnvarighet og søvnkvalitet og fysisk aktivitet hos de eldre. Studien presiserer ikke hvilken av de to faktorene som kommer først, men de påvirker hverandre, og dermed kan tiltak med aktivitet påvirke søvnen positivt.</p>

<p><b>H) El Kady, H. M., Ibrahim, H. K., &amp; Mohamed, S. G. (2012). Cognitive behavioral therapy for institutionalized elders complaining of sleep disturbance in Alexandria, Egypt. <i>Sleep and Breathing</i>, 16(4), 1173-1180. <a href="https://doi.org/10.1007/s11325-011-0629-3">https://doi.org/10.1007/s11325-011-0629-3</a></b></p>	<p>Målet var å avgjøre forekomsten av insomni, faktorer som påvirker det, og effekten av kognitiv adferdsterapi for institusjonaliserte eldre som oppga søvnforstyrrelser.</p>	<p>Kvantitativ studie med deltakere over 60 år på eldreheim i Egypt. Først ble forekomsten av søvnproblemer og korrelasjoner undersøkt. Deretter ble det igangsatt et tiltaksprogram for de som hadde insomni. Deltakerne fikk ukentlige undervisninger om adferdsmessig søvnbehandling, inkludert søvnhygiene og stimuluskontroll. Effekten på søvnkvaliteten ble målt gjennom Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI).</p>	<p>Intervensjonen gjorde at andelen som sov dårlig ble redusert fra 63,3% til 46,2%. Insomni var mer vanlig hos kronisk syke.</p>	<p>Denne studien gir et bilde på forekomsten av insomni hos denne pasientgruppen, og viser at tiltak innenfor kognitiv adferdsterapi har en tydelig positiv effekt på søvnen.</p>
<p><b>I) Tamura, N., &amp; Tanaka, H. (2017). <i>Effects of sleep</i></b></p>	<p>Målet med studien var å avgjøre om søvnbehandling med</p>	<p>51 deltakere på over 60 år med insomni fra et folkehelsesenter i Japan.</p>	<p>Intervensjonsgruppen viste stor forbedring av ISI-J, mens venteliste-kontrollgruppen ikke</p>	<p>Denne studien foreslår også at sykepleietiltak med</p>



<p><b>management with self-help treatment for the Japanese elderly with chronic insomnia: a quasi-experimental study. <i>Journal of Behavioral Medicine</i>, 40(4), 659-668.</b>  <a href="https://doi.org/10.1007/s10865-017-9836-0">https://doi.org/10.1007/s10865-017-9836-0</a></p>	<p>selvhjelpsbehandling er mer effektivt for å forbedre insomni sammenliknet med en venteliste-kontrollgruppe.</p>	<p>Intervensjonsgruppen fikk søvnundervisning, gruppearbeid, moderat intens trening og selvhjelpsbehandling gjennom en søvndagbok i 2 uker. Studien er kvantitativ. Målingene ble gjort med Insomnia Severity Index (ISI-J)</p>	<p>gjorde det. Det var også små til moderate forbedringer i dataene fra søvndagbok og aktivitetsmåleren hos intervensjonsgruppen.</p>	<p>fokus på områder innenfor kognitiv adferdsterapi for insomni kan ha positiv effekt på søvnen. Deltakerne var hjemmeboende og mer selvstendige, og liknende tiltak på sykehjem måtte ha blitt tilpasset.</p>
---	--	---	---	--

## **3.2. Resultater**

I dette kapitlet blir syntesen av funnene fra forskningsartiklene presentert som beskrevet i steg 4 av Evans analysemodell (Evans, 2002).

### 3.2.1 Forekomst og årsaker

I den ene studien kom det fram at 63,3% av deltakerne, som var institusjonaliserte eldre, sov dårlig. Den samme studien viste også at dårlig søvn var enda vanligere hos de eldre med kroniske sykdommer, hvor andelen var 71,4% (El Kady et al., 2012).

En annen studie viste hvilke 3 insomni-symptomer som er vanligst hos eldre personer på sykehjem, og hvor stor andel av deltakerne som hadde disse problemene. 57,8% sov i lengre perioder på dagtid, 56,4% hadde forstyrret nattesøvn og 48% våknet for tidlig om morgenen. Den samme studien viste også at de fleste insomni-symptomene var vanligere hos de med kognitiv svikt og at 24% av deltakerne fikk sovemedisin og beroligende medisiner (Skottheim et al., 2018).

En studie viste at både fysiske, psykososiale og miljømessige faktorer påvirket effektiviteten og kvaliteten på søvnen hos deltakerne. Større avhengighet i ADL, mer smerte og lys om natten viste seg å være relatert til lavere søvneffektivitet. Mer smerte, fatigue, mindre aktivitetstid, lyd og lys om natten og mindre bemanning om natten var relatert til dårligere søvnkvalitet (Kim & Yoon, 2020).

### 3.2.2 Aktivitet

Som nevnt ovenfor viste en studie at mindre aktivitetstid var knyttet til dårligere søvnkvalitet (Kim & Yoon, 2020). En annen studie viste at tilstrekkelig fysisk aktivitet var assosiert med lang søvntid, mens utilstrekkelig fysisk aktivitet var assosiert med kort søvntid (Štefan et al., 2018).

I flere av artiklene ble det iverksatt intervensjonsprogram med aktivitet hvor det skulle undersøkes hvilken effekt dette hadde på søvnen til de eldre sykehjemsbeboerne.

Ett av studiene inkluderte eldre sykehjemsbeboere med mild kognitiv svikt, hvor det ble iverksatt et 20-ukers aktivitetsprogram. Programmet var tilpasset de eldre, og besto av rytmisk trening og gange. Resultatene viste en forbedring av både søvnkvalitet og kognitiv funksjon (Bademli et al., 2019).

To av studiene viste at fysisk aktivitet kombinert med sosial aktivitet hadde en positiv effekt på søvnen hos eldre sykehjemsbeboere med søvnproblemer (Kuck et al., 2014; Richards et al., 2011). I den ene studien økte den totale nattesøvnen med 1 time eller mer for 46% av gruppen etter en intervensjon bestående av en kombinasjon av sosial aktivitet, styrketrening og gange (Richards et al., 2011). I den andre studien ble de subjektive tilbakemeldingene på søvnen forbedret, spesielt hos de uten kognitiv svikt (Kuck et al., 2014).

### 3.2.3 Metoder innenfor kognitiv adferdsterapi

I en studie ble det gjennomført gruppeundervisning om hvorfor og hvordan deltakerne kunne optimalisere søvnmiljøet. Temaene for undervisningen var luftkvalitet, lys, lukter, lyd, madrasskomfort, putekomfort og temperatur. Resultatet var redusert insomni, mindre innsovningsproblemer og mindre angst hos deltakerne. I tillegg økte den subjektive søvnkvaliteten og søvneffektiviteten betydelig (Desjardins et al., 2020).

En annen studie inkluderte undervisning om søvnhygiene og stimuluskontroll, og førte til at andelen av de eldre som sov dårlig sank fra 63,3% til 46,2% (El Kady et al., 2012).

I den tredje studien ble deltakerne opplært i søvnhygiene, stimuluskontroll og søvnrestriksjon. De skulle deretter gjennomføre én «søvnpromoterende adferd» i 2 uker hjemme. Intervensjonen resulterte i en signifikant forbedring av søvn i forhold til kontrollgruppen (Tamura & Tanaka, 2017).

## Diskusjon

### 4.1 Drøfting

I dette kapitlet skal resultatene fra forskningsartiklene drøftes for å svare på problemstillingen: *Hvilke ikke-medikamentelle sykepleietiltak kan bidra til bedre søvn hos eldre sykehjemspasienter med søvnproblemer?*

Diskusjonen er delt inn i hovedtemaene kognitiv adferdsterapi og søvmiljø, kognitiv svikt og aktivitet og gjennomførbarhet. På denne måten gjennomgår diskusjonen de ulike tiltaksområdene som forskningen foreslår, samt drøfter måten disse kan gjennomføres på og hva som kan være utfordrende.

#### 4.1.1 Kognitiv adferdsterapi og søvmiljø

Ifølge søvnhygienerådene burde man ha det mørkt om natten, da lys kan virke negativt på søvnen. En årsak til dette kan være at lys om natten hemmer sekresjon av melatonin, som forhindrer synkronisering av døgnrytmen og øker antall oppvåkninger. Lyd om natten er også forstyrrende. Dette kan være fordi lydene forårsaker stress, som interagerer med andre miljømessige og personlige stressfaktorer, og til slutt påvirker søvnkvaliteten negativt. I den ene studien oppga deltakerne at stemmer fra beboerne og personalet var det som oftest forstyrret søvnen (Kim & Yoon, 2020).

Som tidligere nevnt viste den ene studien at både fysiske, psykososiale og miljømessige faktorer påvirket søvnen hos de eldre sykehjemsbeboerne (Kim & Yoon, 2020). Dermed spiller sykepleierens kartlegging en avgjørende rolle for å identifisere hva som forårsaker og opprettholder søvnproblemet hos den enkelte pasienten. Pensumlitteratur og retningslinjer vektlegger også sykepleierens kartlegging som viktig i møte med eldre pasienter med søvnproblemer (Kirkevold et al., 2016; Winkelmann, 2021).

Flere av retningslinjene beskriver og anbefaler kognitiv adferdsterapi for insomni. Både den europeiske retningslinjen for diagnostisering og behandling av insomni, og den nasjonale anbefalingen for utredning og behandling av insomni, beskriver behandlingen som bestående av fem metoder. Disse er søvnhygiene, stimuluskontroll, søvnrestriksjon, avslapningsteknikker og kognitive teknikker (Bjorvatn et al., 2018; Riemann et al., 2017). Dersom en sykepleier skulle bruke disse metodene for å iverksette sykepleietiltak, bør det vurderes hvorvidt alle metodene skal iverksettes, og om det i så fall er noe en sykepleier har kompetanse til å gjennomføre.

På den ene siden kan det se ut til at de ulike metodene som inngår i kognitiv adferdsterapi for insomni kan være gjennomførbart for en sykepleier etter opplæring. På den andre siden er det ikke nødvendigvis slik at sykepleieren må gjennomføre alle punktene som inngår i terapien for at tiltakene skal ha effekt.

Den ene studien undersøker effekten av kognitiv adferdsterapi for eldre i institusjon med søvnproblemer. Her besto intervensjonen av undervisning om søvnhygiene og stimuluskontroll. Her er altså kun to av de fem nevnte metodene innenfor CBT-I tatt i

bruk, men intervensjonen omtales likevel som kognitiv adferdsterapi. Intervensjonen hadde en god effekt på søvnen hos de eldre, og andelen deltakere som sov dårlig sank fra 63,3% til 46,2% (El Kady et al., 2012). Også to andre studier viser gode resultater etter intervensjoner bestående av metoder som inngår i CBT-I, uten at alle fem metodene er tatt i bruk (Desjardins et al., 2020; Tamura & Tanaka, 2017). I den ene studien besto tiltaket av opplæring i søvnhygiene, søvnrestriksjon og stimuluskontroll (Tamura & Tanaka, 2017). I den andre studien fikk deltakerne gruppeundervisning om hvorfor og hvordan man kan optimalisere søvmiljøet (Desjardins et al., 2020).

Søvn er et grunnleggende behov, og en av sykepleierens funksjoner er å ivareta pasientens grunnleggende behov når han/hun ikke selv er i stand til det (Kristoffersen et al., 2016). En annen funksjon er undervisning av pasienter. Dette er for å møte behovet for kunnskap og forståelse som er nødvendig for å ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2016). Litteraturen viser at konsekvensene av søvnproblemer og insomni er forbundet med alvorlige konsekvenser for pasienten. Gjennom å bruke noen av metodene innenfor CBT-I kan sykepleieren bidra til at pasienten sover bedre. Sykepleieren kan både undervise, veilede og tilrettelegge for rådene og adferdene som inngår i metodene.

#### 4.1.2 Kognitiv svikt

I følge FHI har i overkant av 80 prosent av de med langtidsplass på sykehjem demenssykdom (Folkehelseinstituttet, 2014a). Det var variasjon i hvilke av forskningsartiklene som inkluderte deltakere med kognitiv svikt. I fire av studiene ble pasienter med kognitiv svikt ekskludert (Desjardins et al., 2020; El Kady et al., 2012; Kim & Yoon, 2020; Štefan et al., 2018). En studie viste at de fleste insomni-symptomer var vanligere for deltakerne med kognitiv svikt (Skottheim et al., 2018). En annet studie inkluderte utelukket sykehjemsbeboere med mild kognitiv svikt, og viste at fysisk aktivitet hadde god effekt på både søvn og kognitiv funksjon. Studien fremhever at sykepleiere burde bidra med informasjon og støtte til pasienter med mild kognitiv svikt, og rutinemessig screene søvnkvaliteten for å iverksette passende tiltak (Bademli et al., 2019). Hos resten av studiene var det variasjon i kravene til kognitiv funksjon hos deltakerne. En studie inkluderte deltakere med alt fra ingen og mild kognitiv svikt til alvorlig demens, men deltakerne måtte ha en MMSE-score (Mini-Mental State Examination Score) på over 4 for å være i stand til å følge kommandoer (Richards et al., 2011). En annen studie inkluderte deltakere med ingen, mild eller moderat kognitiv svikt (Kuck et al., 2014). En studie ekskluderte de med alvorlige nevropsykologiske eller psykologiske lidelser som demens eller depresjon (Tamura & Tanaka, 2017).

Det var altså variasjon i hvilke studier som inkluderte deltakere med kognitiv svikt, og dette er viktig å ta i betraktning når andelen sykehjemsbeboere med kognitiv svikt og demenssykdom er høy. Det kan oppstå ulike utfordringer i hverdagen for pasienter med kognitiv svikt og demens på grunn av de mange ulike symptomene (Kirkevold et al., 2016).

Jeg husker godt en pasient med demens jeg fikk god kontakt med i min sykehjemspraksis. Han ofte var forvirret, og kunne bli urolig og bråkete til tider. Dette skjedde også på kveldstid, og det virket som at det eneste tiltaket som ble iverksatt for søvnen var at han omtrent hver kveld fikk sovemedisin. Som student hadde jeg litt

ekstra tid til å følge opp denne pasienten. Jeg husker spesielt én gang da det var felles gruppetrening for beboerne på stua. Pasienten satt litt i bakgrunnen, og ble litt høylytt fordi han hørte dårlig og det plutselig var mye som skjedde rundt ham. Aktivitøren som styrte gruppetreningen ba meg ta ham med på rommet, fordi hun mente at aktiviteten ikke passet for ham, og at han bare kom til å lage oppstyr. Jeg bestemte meg for å heller sitte ved siden av ham, kommunisere, berolige og gi ham en sjanse til å være til stede under aktiviteten. Dette gir et bilde av hvorfor det kan være utfordrende for de med kognitiv svikt å delta i ulike aktiviteter. De kan bli oppfattet som forstyrrende og ute av stand til å delta, men gjennom å snu fokuset til hvordan pasienten kan ivaretas og inkluderes, kan han delta ut ifra sine forutsetninger, og dermed få aktivitet som kan gjøre det lettere å falle til ro. En forutsetning for dette vil være at det er nok personale til å ivareta pasienten, slik det var i dette tilfellet. Min tilstedeværelse og oppfølging gjorde at pasienten kunne gjennomføre deler av øvelsen og følge med i bakgrunnen sammen med meg, i stedet for å sitte alene på rommet.

Personsentrert omsorg er verdigrunnlaget for sykepleie til personer med kognitiv svikt (Kirkevold et al., 2016). I følge helse- og omsorgstjenestelovens §1-1 femte ledd skal loven sikre at tilbudet tilpasses den enkeltes behov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie står det at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet» (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Helsedirektoratets retningslinjer sier at den personsentrerte omsorgen for personer med demens innebærer respekt, gjenkjennelse og tillit. De sier også at personer med demens må respekteres for sin iboende verdi selv om rasjonelle refleksjoner og daglige aktiviteter kan være svekket som følge av demenssykdommen (Helsedirektoratet, 2017a). Personsentrert omsorg innebærer at fokuset ligger på personens opplevelser og muligheter heller enn begrensninger og svikt (Kirkevold et al., 2016). Det er dermed viktig at sykepleieren tilrettelegger og tilpasser tiltakene slik at de også kan gjennomføres for pasienter med kognitiv svikt. Dette kan være utfordrende på et sykehjem da det ofte er lite bemanning og travle vakter.

Det kan også være relevant å ta høyde for kognitiv svikt i forbindelse med tiltak knyttet til kognitiv adferdsterapi for insomni. Da en person med kognitiv svikt har problemer med tankeprosessen, kan det oppstå utfordringer med å gjennomføre disse tiltakene på den måten forskningsartiklene foreslår. Selv med mild kognitiv svikt har personen ofte nedsatt hukommelse eller konsentrasjonsevne, og det kan dermed bli utfordrende å delta på undervisning om søvnråd eller å gjennomføre rådene på egen hånd (Kirkevold et al., 2016).

I den ene studien ble det blir gitt opplæring i søvnhygiene, stimuluskontroll og søvnrestriksjon. Her var deltakerne hjemmeboende og de med alvorlige nevropsykologiske eller psykologiske lidelser som demens ble ikke inkludert. Tiltaket baserte seg på selvhjelpsbehandling, og deltakerne skulle få opplæring på et folkehelsesenter, for så å gjennomføre rådene hjemme. Psykoedukasjonen skulle bidra til at de ble motivert til søvnpromoterende adferd (Tamura & Tanaka, 2017). Også i en annen studie var deltakerne hjemmeboende, og de hadde ikke kognitiv svikt. Her fikk de gruppeundervisning på 90 minutter om optimalisering av søvnmiljøet. En fordel med slike tiltak er at de bidrar til empowerment og gir de eldre kontroll over problemet sitt (Desjardins et al., 2020). I den tredje studien var deltakerne kognitivt oppegående, og

deltok på ukentlige 120-minutters leksjoner om søvnhygiene og stimuluskontroll (El Kady et al., 2012)

I de 3 forskningsartiklene om metoder fra CBT-I var deltakerne nokså oppegående, og tiltakene ville sannsynligvis ikke fungert like godt for en gruppe hvor deltakerne hadde kognitiv svikt eller demens. Det er ikke umulig at metoder fra CBT-I kan fungere også for pasienter med kognitiv svikt. Likevel vil det være et stort behov for individuell tilpasning og tilrettelegging, da den kognitive svikten kan skape utfordringer knyttet til det å ta imot info, huske den og gjennomføre rådene. Da en stor andel av beboerne på sykehjem har kognitiv svikt eller demens kan det være nødvendig med forskning som sier noe om CBT-I vil fungere på denne gruppen, og hvordan det kan gjennomføres.

#### 4.1.3 Aktivitet og gjennomførbarhet

Inaktivitet er en av de vanligste årsakene til søvnproblemer hos gamle. Mange sitter mye rolig, tilbringer mye tid i senga og sover ofte på dagtid (Kirkevold et al., 2016). En av studiene viste at 57,8% av deltakerne sov i lengre perioder på dagtid (Skottheim et al., 2018). Dette kan påvirke nattesøvnen og gi en opplevelse av dårlig søvnkvalitet (Kirkevold et al., 2016). Manglende fysisk aktivitet i institusjoner er et veldokumentert problem. Mange eldre på sykehjem sitter store deler av dagen i en lenestol eller rullestol, men mye kan gjøres med enkle tiltak (Granbo & Helbostad, 2006; Grönstedt et al., 2011). Et godt utgangspunkt for fagutøvelsen i sykehjem er en rehabiliterende tankegang med ressursorientert tilnærming (Kirkevold et al., 2016). Hos de skrøpeligste pasienter fungerer individuelt tilpassede aktiviteter bedre enn gruppeaktiviteter (Helbostad et al., 2007). To av studiene viste en sammenheng mellom fysisk aktivitet og søvn. Den ene viste at lite aktivitetstid var knyttet til dårligere søvnkvalitet, og at mer engasjering i aktiviteter er var assosiert med høyere søvnkvalitet (Kim & Yoon, 2020). Den andre viste en sammenheng mellom søvntid og mengde fysisk aktivitet, ved at kort søvntid var relatert til utilstrekkelig fysisk aktivitet og motsatt (Štefan et al., 2018).

Fysisk aktivitet er anbefalt for alle mennesker og virker positivt på mange forhold knyttet til helse (Nordtvedt et al., 2016). I tre av forskningsartiklene ble det iverksatt aktivitetsprogram bestående av enten kun fysisk aktivitet eller fysisk aktivitet kombinert med sosial aktivitet. Alle disse studiene viste positive resultater i form av forbedring av søvn (Bademli et al., 2019; Kuck et al., 2014; Richards et al., 2011). I den ene studien besto den fysiske aktiviteten av styrketrening og gange. Styrketreningen bidro til å øke muskelstyrke slik at de eldre kunne øke sin fysiske aktivitet, og dermed økte den totale nattesøvnen (Richards et al., 2011). I en annen studie besto den fysiske aktiviteten av øvelser for balanse, styrke og utholdenhet med enkelt gymnastikkutstyr (Kuck et al., 2014). I den tredje studien besto aktiviteten av rytmisk trening i 20 minutter med oppvarming og nedtrapping. I denne studien hadde deltakerne mild kognitiv svikt, og tiltaket resulterte også i en forbedring av kognitiv funksjon (Bademli et al., 2019).

Det er flere mulige årsaker for at aktivitet kan en positiv effekt på søvnen. En av forskningsartiklene peker på at aktivitet påvirker den indre biologiske døgnrytmen. Om man har strukturerte tidsplaner med aktivitet på dagtid, kan dette fungere som eksterne impulser for å kontinuerlig regulere søvn-våken-rytmen (Kim & Yoon, 2020). Også en annen artikkel sier at fysisk aktivitet regulerer søvnmønstre (Bademli et al., 2019).

En annen grunn til at aktivitet kan virke positivt på søvnen er at det kan gi en følelse av tilhørighet, sosialt samvær og psykologisk velvære (Kim & Yoon, 2020). I to av studiene gjennomførte deltakerne sosiale aktiviteter i tillegg til fysiske. I den ene studien besto dette blant annet av hukommelsestrening, spill for finmotorikk og samtaler (Kuck et al., 2014). I den andre besto det blant annet av brettspill, musikk, sport og matlaging (Richards et al., 2011). Sosiale aktiviteter på sykehjem virker å være avhengig av at ansatte er til stede, tar initiativ til samtale og holder den i gang (Kirkevold et al., 2016).

Både forskning og annen litteratur peker mot at ikke-medikamentelle sykepleietiltak i større grad burde iverksettes på sykehjem for å forhindre og behandle søvnproblemer. Likevel bruker hver fjerde sykehjemspasient sovemedisin, og står på det i år etter år (Fonn, 2019). Etter å ha arbeidet på sykehjem selv har jeg fått inntrykk av at det er dårlig bemanning, travle vakter og få sykepleiere. Dette gjør at det ofte kun blir tid til det mest nødvendige som haster mest, og man får lite tid til ekstra tiltak. Jeg har fått inntrykk av at sovemedisin ofte er det eneste tiltaket som gjennomføres for søvn på grunn av lite bemanning og dårlig tid. Som sykepleierstudent hadde jeg gjerne ekstra tid til å få pasienten i seng, og kunne ta meg god tid til dette. Ved å være til stede, ha en beroligende samtale og vise omsorg for en urolig pasient med demens før han skulle sove, bidro det til at han ikke trengte sovemedisin denne natta, men muligens følte seg mer trygg og ivaretatt for å kunne sove. I en artikkel fra Sykepleien siteres det fra en sykepleier: «For liten bemanning fører til bruk av medisiner fremfor menneskelig kontakt. Det skjærer sykepleierhjertet når man vet at miljøterapi hadde virket bedre (og er uten bivirkninger), men man må ty til beroligende og sovemedisin på grunn av for lav grunnbemanning og ofte for lav kompetanse hos personalet.» (Helmers, 2018).

I en annen artikkel fra Sykepleien publisert i 2020 forteller forsker Heidi Gautun om funn fra rapporten «en utvikling som må snus» som hun skrev på oppdrag fra Sykepleierforbundet. Rapporten handler om bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien, og viser at manglende bemanning og kompetanse går ut over kvaliteten på disse tjenestene. Det kommer fram at det er mange ubesatte stillinger og problemer med rekruttering. I tillegg mangler 1 av 5 planlagte sykepleiervakter sykepleiere, og stadig flere ufaglærte jobber i tjenestene. Samtidig er det et økende behov for høyere kompetanse. Rapporten viser at disse punktene går utover pasientene. På grunn av underbemanning blir kvaliteten på den grunnleggende sykepleien påvirket, samt behandling, forebygging og aktivisering. Ifølge sykepleierne blir sykdomstilstandene mer alvorlige enn de ville blitt dersom sykepleieren hadde hatt tid til å iverksette tiltak (Fonn, 2020).

På den ene siden kan det virke som at dagens situasjon med underbemanning og mangel på sykepleiere i sykehjem gjør det vanskelig å gjennomføre tiltak for fysisk og sosial aktivitet slik forskningen foreslår. I forskningsartiklene er programmene for aktivitet strukturerte og planlagte. Likevel kan det virke som at tiltakene for aktivitet ikke trenger å være omfattende og planlagte, men at aktivitet generelt har en effekt, og at den individuelle sykepleier kan dra med seg pleieteamet og ta initiativ til aktivisering av pasienter når det er mulig. Uansett er det ikke alltid mulighet for dette slik situasjonen er på sykehjem i dag, og kanskje kreves det endringer i bemanningen og ressursene på sykehjem for at pasientene skal få gode ikke-medikamentelle tiltak for søvnvansker.

## 4.2 Implikasjoner for sykepleie/praksis

Denne litteraturstudien viser at det finnes flere ikke-medikamentelle sykepleietiltak som kan gjennomføres for å forbedre søvnen hos eldre sykehjemsbeboere. Sykepleieren har et ansvar når det kommer til å fange opp søvnproblemer hos pasientene og kartlegging i forbindelse med dette. Sykepleierens initiativ til samtale om søvn er viktig, da mange pasienter lar være å ta opp problemet selv. Ulike metoder innenfor kognitiv adferdsterapi for insomni kan også tas i bruk, og en viktig del av dette er psykoedukasjon, og ulike råd om adferd som fremmer og hemmer søvn. Sykepleieren kan også iverksette tiltak rettet mot sosial og fysisk aktivitet, og tilpasse og tilrettelegge disse aktivitetene til de individuelle pasientene.

## 4.3 Styrker og svakheter med litteraturstudiet (metoderefleksjon)

En av svakhetene ved litteraturstudiet kan være litteratursøket ble gjennomført i et begrenset antall databaser, og at kun 9 relevante forskningsartikler har blitt utvalgt som materiale. Likevel ble det gjennomført mange ulike søk i de utvalgte databasene, og mange artikler ble vurdert og analysert før utvelgelsen. En annen svakhet kan være at artiklene var fra mange ulike land, hvilket kan gjøre at forholdene i noen av studiene er annerledes enn ved norske sykehjem. Noen av studiene utelukket enkelte pasientgrupper, for eksempel de med kognitiv svikt. Det var også noen studier hvor deltakerne ikke var sykehjemsbeboere, men nokså selvstendige hjemmeboende eldre. Det hadde også vært mulig å inkludere noen kvalitative forskningsartikler som datamateriale, men ingen kvalitative artikler ble vurdert som relevante til bruk i oppgaven.

## 4.4. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å få kunnskap om ikke-medikamentelle sykepleietiltak rettet mot søvnvansker hos eldre sykehjemsbeboere, som kan brukes alternativt til administrering av sovemedisiner. Problemstillingen var *Hvilke ikke-medikamentelle sykepleietiltak kan bidra til bedre søvn hos eldre sykehjems pasienter med søvnproblemer?*

Ikke-medikamentelle tiltak er anbefalt, og gir bedre og mer varig effekt enn sovemedisin. Forskningsartiklene viser at søvnvansker er utbredt blant sykehjemsbeboere, men at ulike ikke-medikamentelle tiltak kan redusere andelen som har problemene og forbedre søvnen hos pasientene.

Kartlegging av søvnproblemet er viktig. Denne burde være tverrfaglig, men det er mye sykepleieren kan gjøre. Sykepleieren burde ha kunnskap om at både fysiske, psykososiale og miljømessige faktorer påvirker søvnen.

Kognitiv adferdsterapi for insomni består av 5 metoder for å forbedre søvnen. Forskningen viser at noen av disse metodene kan tas i bruk med god effekt, og de kan bli gjennomført på ulike måter. Gjennom opplæring og kunnskap om disse burde en sykepleier kunne gjennomføre disse metodene.

Aktivitet er også et tiltak som kan ha positiv effekt på søvnen hos eldre sykehjemsbeboere. Tiltakene kan være strukturerte programmer bestående av sosial og fysisk aktivitet, men det ser også ut til at tiltak i mindre skala kan ha effekt, da det uansett er en sammenheng mellom aktivitetsnivå og søvn.



Både i forbindelse med kognitiv adferdsterapi og aktivitet kan det være utfordringer i forbindelse med underbemanning, travle vakter og at tiltakene ikke kan gjennomføres på samme måte for alle pasienter. For mange sykehjemsbeboere vil det kunne oppstå utfordringer med å delta på tiltak i forbindelse med for eksempel kognitiv svikt og fysisk funksjon. Tiltakene kan tilpasses og individualiseres, men slik situasjonen er i mange norske sykehjem med underbemanning og tidspress, kan dette være utfordrende.

Oppsummert er det flere ikke-medikamentelle sykepleietiltak som kan iverksettes alternativt til administrering av sovemedisiner på sykehjem, men kanskje må det mer bemanning og ressurser til for at sykepleierne skal kunne iverksette disse tiltakene på en optimal måte.

## Litteraturliste

- Bademli, K., Lok, N., Canbaz, M., & Lok, S. (2019). Effects of Physical Activity Program on cognitive function and sleep quality in elderly with mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(3), 401-408. <https://doi.org/10.1111/ppc.12324>
- Bjorvatn, B., Sivertsen, B., Waage, S., Holsten, F., & Pallesen, S. (2018). *Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av insomni*. Helse Bergen HF. <https://helse-bergen.no/seksjon/sovno/Documents/Nasjonal%20anbefaling%20for%20utredning%20og%20behandling%20av%20insomni.pdf>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6.utgave ed.). Gyldendal.
- Desjardins, S., Lapierre, S., Vasiliadis, H.-M., & Hudon, C. (2020). Evaluation of the Effects of an Intervention Intended to Optimize the Sleep Environment Among the Elderly: An Exploratory Study. *Clinical interventions in aging*, 15, 2117-2127. <https://doi.org/10.2147/CIA.S277252>
- El Kady, H. M., Ibrahim, H. K., & Mohamed, S. G. (2012). Cognitive behavioral therapy for institutionalized elders complaining of sleep disturbance in Alexandria, Egypt. *Sleep and Breathing*, 16(4), 1173-1180. <https://doi.org/10.1007/s11325-011-0629-3>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 20(2), 22-26.
- Folkehelseinstituttet. (2014a, 23.02.21). *Demens*. Retrieved 13.05.21 from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/#demens-i-sykehjem-og-hos-de-som-bor-hjemme>
- Folkehelseinstituttet. (2014b, 29.11.2018). *Søvnvansker (insomni)*. Retrieved 13.04.21 from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/sovnvansker-folkehelse rapporten/>
- Fonn, M. (2019). *Overmedisinering: – Sykepleierne har en voldsom makt*. Sykepleien. Retrieved 27.05.2021 from <https://sykepleien.no/2019/02/overmedisinering-sykepleierne-har-en-voldsom-makt>
- Fonn, M. (2020). *Underbemanningen blir stadig mer alvorlig*. Sykepleien. Retrieved 27.05.2021 from <https://sykepleien.no/2020/10/sykehjem-og-hjemmesykepleie-underbemanningen-blir-stadig-mer-alvorlig>
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, (1988). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Gabrielsen, B. (2013). *Færre eldre bor på sykehjem* (Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester, Issue. [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/125965?\\_ts=13f8b5b](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/125965?_ts=13f8b5b)
- Granbo, R., & Helbostad, J. L. (2006). Hvordan ivareta sykehjemsbeboernes behov for bevegelse? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 126(15), 1934-1936.

<https://tidsskriftet.no/2006/08/kronikk/hvordan-ivareta-sykehjemsbeboernes-behov-bevegelse>

- Grönstedt, H., Hellström, K., Bergland, A., Helbostad, J. L., Puggaard, L., Andresen, M., Granbo, R., & Frändin, K. (2011). Functional level, physical activity and wellbeing in nursing home residents in three Nordic countries. *Aging Clinical and Experimental Research*, 23(5), 413-420. <https://doi.org/10.1007/BF03337766>
- Helbostad, J., Granbo, R., Østerås, H., & Wigdahl, R. (2007). *Aldring og bevegelse : fysioterapi for eldre*. Gyldendal akademisk.
- Helmers, A.-K. B. (2018). *Sykepleiere gir pasienter beroligende midler på grunn av tidsnød*. Sykepleien. Retrieved 25.05.2021 from <https://sykepleien.no/2018/03/sykepleiere-gir-pasienter-beroligende-midler-pa-grunn-av-tidsnod>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., LOV-2020-06-19-78 Lovdata (2011). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. Retrieved 14.04.2021 from <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2013). *Sov godt – Gode råd for bedre søvn [nettdokument]*. Retrieved 31.05.21 from <https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/sov-godt-gode-rad-for-bedre-sovn>
- Helsedirektoratet. (2017a, 27.11.2019). *Nasjonalfaglig retningslinje demens, 4. Personsentrert omsorg og behandling ved demens*. Retrieved 21.05.2021 from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/personsentrert-omsorg-og-behandling-ved-demens#virksomheter-skal-etablere-rutiner-for-personsentrert-omsorg-og-behandling-til-personer-med-demens-praktisk>
- Helsedirektoratet. (2017b, 16.01.2017). *Søvn og søvnevansker*. Retrieved 13.04.21 from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sovn/sovn-og-sovnevansker>
- Kim, D. E., & Yoon, J. Y. (2020). Factors that Influence Sleep among Residents in Long-Term Care Facilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1889. <https://doi.org/10.3390/ijerph17061889>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Eds.). (2016). *Geriatrisk sykepleie* (2.utgave ed.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2016). *Grunnleggende Sykepleie bind 1* (G. H. Grimsbø, Ed. 3. ed.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kuck, J., Pantke, M., & Flick, U. (2014). Effects of social activation and physical mobilization on sleep in nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 35(6), 455-461. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.08.009>
- Mørk, E., Sundby, B., Otnes, B., & Wahlgren, M. (2014). *Pleie- og omsorgstjenesten 2013 : statistikk om tjenester og tjenestemottakere* (Vol. 2014/33). Statistisk sentralbyrå.

- Nordtvedt, F., Kristoffersen, N. J., & Skaug, E.-A. (2016). *Grunnleggende sykepleie bind 2* (G. Hjelmeland Grimsbø, Ed. 3.utgave ed.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. Retrieved 26.05.2021 from <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Richards, K. C., Lambert, C., Beck, C. K., Bliwise, D. L., Evans, W. J., Kalra, G. K., Kleban, M. H., Lorenz, R., Rose, K., Gooneratne, N. S., & Sullivan, D. H. (2011). Strength Training, Walking, and Social Activity Improve Sleep in Nursing Home and Assisted Living Residents: Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(2), 214-223. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03246.x>
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parrino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J., Weeß, H.-G., Wichniak, A., Zavalko, I., Arnardottir, E. S., Deleanu, O.-C., Strazisar, B., Zoetmulder, M., & Spiegelhalter, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 26(6), 675-700. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
- Selbæk, G., Engedal, K., & Bergh, S. (2013). The Prevalence and Course of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Patients With Dementia: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(3), 161-169. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.09.027>
- Skottheim, A., Lövheim, H., Isaksson, U., Sandman, P.-O., & Gustafsson, M. (2018). Insomnia symptoms among old people in nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 30(1), 77-85. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S1041610217001703>
- Štefan, L., Vrgoč, G., Rupčić, T., Sporiš, G., & Sekulić, D. (2018). Sleep Duration and Sleep Quality Are Associated with Physical Activity in Elderly People Living in Nursing Homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 2512. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112512>
- Tamura, N., & Tanaka, H. (2017). Effects of sleep management with self-help treatment for the Japanese elderly with chronic insomnia: a quasi-experimental study. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(4), 659-668. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9836-0>
- Winkelman, J. W. (2021). *Overview of the treatment of insomnia in adults*. Retrieved 13.04. from [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-insomnia-in-adults?search=insomnia%20geriatric&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H2510085079](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-insomnia-in-adults?search=insomnia%20geriatric&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2510085079)
- Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M., & Palayew, M. (2007). Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *Cmaj*, 176(9), 1299-1304. <https://doi.org/https://doi.org/10.1503/cmaj.060792>

