

Forebyggende arbeid skaper et bærekraftig helsevesen

Kandidatnummer: 31 & 126
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8257

Dato: 19.04.2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19.04.2022
Tittel: Forebyggende arbeid skaper et bærekraftig helsevesen	
<p><u>Problemstilling</u> «Hvilken betydning har ikke-medikamentelle søvnfremmende tiltak for å forebygge delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus?»</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Relevant kunnskap om delirium og søvn presenteres her. For å belyse problemstillingen er i tillegg teori om sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon, lovverk, etikk og yrkesetiske retningslinjer, og behovsteorien i lys av Virginia Henderson løftet frem.</p> <p><u>Metode</u> Bacheloroppgaven er en litterær oppgave som bygger på eksisterende kunnskap, teori og forskning. For å belyse problemstillingen valgte vi ut fire forskningsartikler som drøftes igjennom oppgaven. De fire artiklene ble funnet ved hjelp av databasene CINHALL og PubMed, og søkemotoren ORIA. Resterende faglitteratur ble funnet på Lovisenberg Diakonale Høgskole sitt lokale bibliotek.</p> <p><u>Drøfting</u> I dette kapittelet er relevant litteratur, valgt teori, juridisk og etisk kunnskap samt rammefaktorerer i praksis benyttet for å drøfte problemstillingen. De fire forskningsartiklene vi valgte ut har implementert ulike ikke-medikamentelle søvnfremmende tiltak. Diskusjonskapittelet er delt inn i underkapitler som omhandler individuell pleie, forstyrrelser, lyd- og lysregulering. Inndelingen ble foretatt på bakgrunn av tiltakene som kommer frem i forskningen. I løpet av kapitelet er betydningen ikke-medikamentelle tiltak har for pasientene, sykepleierne og helsevesenet drøftet.</p> <p><u>Konklusjon</u> Ikke-medikamentelle søvnfremmende tiltak viser seg å ha en stor betydning for å forebygge delirium og dermed redusere de medfølgende dårlige prognosene dette har for innlagte eldre pasienter på sykehus. Å forebygge delirium vil også spare sykepleierne for et sykdomsforløp hos pasientene som kan kreve mer av hver enkelt sykepleier. Betydningen å forebygge delirium vil ha for helsevesenet og samfunnet er stor. Det kan redusere antall liggedøgn på sykehuset, minske kostnadene, og på denne måten bidra til å skape et mer bærekraftig helsevesen.</p> <p>Oppsummert har ikke-medikamentelle søvnfremmende tiltak for å forebygge delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus en stor betydning for pasientene selv, sykepleierne og helsevesenet.</p>	

(Totalt antall ord:289)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning og bakgrunn	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	2
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Delirium.....	4
2.2	Søvn	5
2.3	Behovsteorien i lys av Virginia Henderson	7
2.4	Sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon	7
2.5	Lovverk	8
2.6	Etiske prinsipper og yrkesetiske retningslinjer.....	9
3	Metode	11
3.1	Valg av databaser og søkeord	11
3.2	Gjennomføring av litteratursøk.....	11
3.3	Annen litteratur.....	14
3.4	Kildekritikk.....	15
3.4.1	Forskningsartikler	15
3.4.2	Annen litteratur	16
4	Presentasjon av forskningsresultater	17
4.1	Syntese.....	17
4.2	Artikkelmatrise.....	17
5	Diskusjon.....	19
5.1	Søvnfremmende tiltak som omhandler individualisert pleie	19
5.2	Redusere forstyrrelser for å fremme søvn	21
5.3	Lydregulering som søvnfremmende tiltak.....	23
5.4	Lysregulering som søvnfremmende tiltak.....	25
6	Avslutning	27
	Litteraturliste.....	28

1 Innledning og bakgrunn

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Opptil 50% av eldre sykehuspasienter får delirium (Ranhoff, 2020, s. 458). Tilstanden har høy dødelighet, økt risiko for å havne på sykehjem og økt risiko for å utvikle demens (Wyller, 2020, s. 300). I denne oppgaven diskuteres betydningen av ulike ikke-medikamentelle tiltak som har som hensikt å fremme søvn, og hvordan dette igjen kan bidra til å redusere delirium.

Både søvnmangel og delirium er svært utbredt hos innlagte pasienter (Bakken, 2015, s. 853; Ranhoff, 2020, s. 458). Sammenhengen mellom dette kan handle om den patofysiologiske likheten, delte mekanismer og potensiell årsak-virkning relasjon (Figuroa-Ramos et al, 2008, s. 781). Søvnmangel er også en utløsende årsak til delirium (Stubberud, 2016, s. 432).

En studie fra 2015 viser at pasienter med postoperativt delirium hadde i snitt 1,38 dager lenger sykehusopphold enn pasienter uten postoperativ delirium (Mangusan et al., 2015, s. 160). Det å fremme søvn for å forebygge delirium er både en lønnsom og effektiv tilnærming (Leslie et al, 2008, s. 31; Marcantonio, 2017, s. 1462).

I februar 2022 var det omkring 870 000 mennesker over 65 år i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2022). Dette tallet anslås å øke til 1,1 millioner innen 2050 (Statistisk sentralbyrå, 1999, s.21). Den eldre målgruppen er hyppige brukere av sykehustjenester, i 2011 hadde seks av ti personer over 70 år kontakt med somatiske sykehus (Statistisk sentralbyrå, 2013, s. 77). I og med at den eldre befolkningen har økt siden 2011 er det god grunn til å tro at andelen eldre som mottar helsetjenester også har økt.

I 2018 kom Helse- og omsorgsdepartementets sin reform «Leve hele livet», en kvalitetsreform for eldre. I forkant av reformen reiste regjeringen rundt i Norge og kartla tilbudene til denne målgruppen. Reformen oppsummerte manglende oppmerksomhet på forebygging (Meld. St. 15 (2017–2018), s. 21). Videre i 2019 kom Helse- og omsorgsdepartementet sin Nasjonal helse- og sykehusplan som er regjeringens strategi for realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Her ble igjen målgruppen eldre

løftet frem som et fokus (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 45). Dette viser hvor aktuelt det er å rette fokuset mot eldre og forebyggingen.

Forekomsten av delirium har blitt foreslått å bruke som en kvalitetsindikator på avdelinger som behandler mange eldre (Inouye et al., 2014, s. 911). Dette belyser at økt kunnskap og oppmerksomhet rundt forebyggingen vil øke kvaliteten på sykepleien som utføres.

Vi har selv erfart i praksis at ansatte uttrykker at man må forvente at eldre pasienter havner i delirium, og at fokuset og kunnskapen om å forebygge dessverre er lav. Oppgavens formål er å øke oppmerksomheten og kunnskapen om å fremme søvn for å forebygge delirium, da det trolig gir bedre prognose for eldre pasienter i sykehus (Marcantonio, 2017, s. 1462).

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av avgrensningene som blir presentert videre er problemstillingen som følgende: *«Hvilken betydning har ikke-medikamentelle søvnfremmende tiltak for å forebygge delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus?»*

I denne oppgaven er ordet eldre brukt for å definere målgruppen. World Health Organization (WHO) har definert «older adults» som de fra 60 år og oppover (World Health Organization, 2017). Det er denne definisjonen vi har benyttet og oversatt til «eldre». Delirium og søvnutfordringer er fremtredende i denne målgruppen (Ranhoff, 2020, s. 458; Feitvet & Bjorvatn, 2009, s. 2004). Det må påpekes at eldre ikke er en homogen målgruppe (Ranhoff, 2020 s. 53), to 70-åringer kan være i to svært ulike helsetilstander. Dermed er ikke alle eldre i samme risiko for å havne i delir. På bakgrunn av dette blir det nødvendig å trekke inn begrepet geriatri. Der en eldre pasienten defineres ut i fra alder, defineres en geriatrik pasient ut i fra helsetilstanden (Den norske legeforening, 2011). De geriatrike pasientene er i spesiell risiko for å havne i delirium fordi de gjerne har flere underliggende sykdommer som er predisponable (Ranhoff, 2020, s. 462). Målgruppen er likevel ikke definert som geriatrike pasienter da forskning og litteratur på dette området stort sett omhandler eldre pasienter, ikke spesifikt geriatrike pasienter.

Konteksten er satt på sengepost på sykehus. Dette er ikke spesifisert nærmere hvilken type avdeling da ulik forskning skriver om samme type forebygging og tilrettelegging, uavhengig

av hvilken avdeling man er innlagt på. I tillegg er de utløsende faktorene (Stubberud, 2016, s. 431) og forekomsten av delirium på medisinske og kirurgiske avdelinger sammenlignbare. Hos pasienter som innlegges akutt på medisinske avdelinger påvises delirium hos omtrent 20%. Ved hoftebrudd rammer delirium hele 40-50% av pasientene (Wyller, 2020 s. 299). Sykehus er løftet frem som kontekst da vi har erfart at omgivelsene kan skape utfordringer for søvnen og bidra til den høye forekomsten av delirium. Vi har sett at en hektisk arbeidshverdag kan skape utfordringer for forebyggingen da tiden ikke strekker til. Dermed er hensikten å øke kunnskapen om forebygging i denne konteksten. Tiltakene i oppgaven vil allikevel være overførbare til andre institusjoner.

I denne oppgaven er det ikke skilt mellom hypo- og hyperaktiv delirium. Dette er fordi de fleste pasientene veksler mellom både hypo- og hyperaktive perioder (Wyller, 2020, s. 299). De forebyggende tiltakene vil dermed ikke være rettet mot kun én variant av delirium. Delirium tremens er utelatt fra oppgaven da dette forekommer hos personer med alkoholabstinens, og delirium hos eldre er mer utbredt og et større helseproblem (Ranhoff, 2020, s. 458).

Fokuset i denne oppgaven er satt til ikke-medikamentelle forebyggende tiltak da sykepleiere har en sentral rolle i denne funksjonen, og det er tiltak som i stor grad utføres av sykepleiere (Kirkevold, 2015, s. 204). Det har også vist at medikamentell tilnærming til forebygging av delirium har usikker effekt, men den ikke-medikamentelle har god effekt (Marcantonio, 2017, s. 1464). Dermed er det både høy sykepleierelevans og godt faglig begrunnet å fokusere på ikke-medikamentelle forebyggende tiltak.

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

I teorikapittelet gjøres det rede for relevant teoretiske og empirisk kunnskapsgrunnlag for å belyse problemstillingen. Herunder delirium, søvn, behovsteorien i lys av Virginia Henderson, sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon, relevant lovverk, etikk og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

2.1 Delirium

Delirium er en forstyrrelse i hjernens funksjon og blir ofte kalt for akutt forvirringstilstand. Den mentale forstyrrelsen utspiller seg som forstyrrelse i hukommelse, tanker, evne til oppfatning, bevissthet, orientering og atferd. Delirium forveksles hyppig med demens, men tilstandene skilles ved at oppmerksomheten svekkes ved delirium (Ranhoff, 2020, s.458). Delirium oppstår raskt, gjerne innen timer eller få døgn, derimot utvikles demens langsomt og snikende, over måneder og år (Wyller, 2020, s. 297). Til tross for at en rekke vitenskapelige studier har avdekket høy forekomst av delirium hos pasienter innlagt på sykehus, er andelen personer som får påvist delirium i klinisk praksis langt lavere (Ryan et al., 2013, s. 6). Dette skyldes at tilstanden blir oversett eller mistolket som kronisk kognitiv svikt (Krogseth, 2020, s. 99).

Årsakene til forvirringstilstanden er sammensatte. Årsakene deles inn i predisponerende og utløsende faktorer (Stubberud, 2016, s. 431). Noen av de predisponerende faktorene er alder, allerede påvist demens, redusert syn og hørsel, underernæring og søvnapné (Wyller, 2020, s.302). De utløsende årsakene er blant annet søvnmangel, avhumanisering, fremmedgjøring (Stubberud, 2016, s. 431), kirurgi, smerter, infeksjonssykdommer og bruk av legemidler med kognitive bivirkninger (Wyller, 2020. s.302).

I denne oppgaven fokuseres det hovedsakelig på den utløsende faktoren, søvnmangel (Stubberud, 2016, s. 431). De fleste pasienter som diagnostiseres med delirium har søvnmangel. Noen av pasientene som er deliriske kan tilsynelatende sove hele dagen, men søvnen deres er ikke funksjonell og bygger på søvnunderskudd. Disse pasientene kan også være preget av søvnfaseforstyrrelser, slik at de våkner om natten og sover ineffektivt på dagen (Wyller, 2020, s. 299).

En av årsakene til at eldre er i høy risiko for å utvikle delirium er at de gjerne er mer sårbare enn yngre pasienter. Eldre har lite reservekapasitet og dermed vil de lettere reagere på ytre belastninger med funksjonssvikt som gjør de mer mottakelige for svikt i kognitive funksjoner (Wyller, 2020, s. 301). Hos en sårbar pasient vil en minimal ytre påkjenning kunne utløse delirium (Wyller, 2020, s. 302).

Som tidligere skrevet i 1.1 er konsekvensene av delirium svært negativt for pasienten selv (Wyller, 2020, s. 300), og kan føre til forlenget sykehusopphold (Mangusan et al., 2015, s. 160). Dette kan ha negative ringvirkninger for helsepersonellet og helsevesenet i sin helhet.

2.2 Søvn

Søvn er en viktig del av mennesket psykiske og fysiske behov. WHO beskriver søvn som en mental funksjon av periodisk, reversibel og mental avkobling som er etterfulgt av karakteristiske fysiske forandringer (World health organization, 2001). Søvn er sentralt for alle kroppens celler og organer (Blytt et al., 2021, s. 427) og er viktig for fysiologisk avslapping og emosjonell velvære (Watson et al., 2012, s. 355). Søvn bidrar til å opprettholde homeostase ved å rette opp endringer som skjer mens man er våken, blant annet energiunderskudd (Ursin, 1996, s. 48).

Søvn deles inn i ulike stadier avhengig av aktivitet i hjernen, spenning i musklene og øyebevegelser (Bakken, 2015 s. 841). Søvnen omfatter tre faser med non-rapid eye movement-søvn (NREM-søvn) og én fase med rapid-eye movement-søvn (REM-søvn). En natts søvn består av søvnsykluser og en syklus består av alle de fire søvnfasene. Én søvnsyklus varer i omtrent 90 minutter (Wilhelmsen- Langeland, 2020, s. 29). Blytt et al. (2021, s. 429) forklarer de ulike søvnfasene slik:

- NREM-søvnfase 1 (N1) er overgangsfasen mellom våkenhet og søvn. I denne fasen skal det lite til for å vekke personen og denne type søvn har lite å si for hvor uthvilt en føler seg dagen etter.
- NREM-søvnfase 2 (N2) er søvnstadiet der frekvensen på hjernebølgene og muskelspenningene i kroppen er redusert i forhold til fase N1.
- NREM-søvnfase 3 (N3) kalles den dype søvnen eller slow-wave-sleep (deltasøvn). I denne søvnfasen har man langsomme hjernebølger, muskelspenningene har avtatt og øyebevegelsene er fraværende. Det er utfordrende å vekke en person i dette stadiet.

Søvnen i dette stadiet er den viktigste søvnen for å bli uthvilt. Reduksjonen av fase N3 er jevn progredierende ved økende alder og ved 80-års kan den være totalt fraværende.

- REM-søvn er søvnstadiet som er preget av raske øyebevegelser. Hjernebølgene er relativt raske, men muskelaktiviteten i kroppen er på sitt laveste. Det er lettere å vekke en person i REM-fasen enn i N3, men vanskeligere enn i N1.

Søvnhygiene er enkle regler som bidrar til å fremme god søvn og god søvnkvalitet (Bakken, 2015, s. 851). Å opprettholde en god søvnhygiene innebærer blant å eliminere ytre stimuli i størst mulig grad. Sterke stimuli som lyd og lys fører til økt aktivering. Liten grad av aktivering fører til lettere søvn og sterk aktivering fører til oppvåkning (Ursin, 1996, s. 93)

Melatonin er et hormon som bidrar til å regulere døgnrytmen. Utskillelsen starter når det begynner å bli mørkt om kvelden og avtar når det naturlige lyset kommer om morgenen. Konsentrasjonen av melatonin er høyest kl 3-4 om natten, og på dagtid er det ikke målbart i blodet i det hele tatt. Lys mot øynene om kvelden eller natten kan hindre utskillelsen av hormonet. Den naturlige produksjonen av hormonet avtar med alderen og kan være årsaken til at eldre har en tendens til å ha svakere døgnrytmeregulering (Bakken, 2015 s. 844). De aldersrelaterte endringene har ført til at omtrent halvparten av de over 65 år har rapportert søvnvansker (Wyller, 2020, s. 98).

Søvnmangel vil ha fysiologiske konsekvenser på kroppen som å skape endringer i det metabolske og endokrine systemet (Spiegel & Cauter, 1999, s.1438), det vil svekke immunrespons (Benca & Quintas, 1997, s. 1035), øke smertefølsomheten (Lautenbacher et al., 2006, s. 368) og endre hjertemodulasjoner fra det sympatiske og parasympatiske systemet (Zhong et al., 2005, s.2029). Atferdsendringer som nedsatt humør, økt følelsen av tretthet og irritabilitet (Bonnet & Arand, 2003, s. 298), uoppmerksomhet, uorganisert tenking, varierende grad av mental status og endret bevissthetsnivå kan også oppstå (Watson et al., 2012, s. 357). En studie av Van Dongen et al. viste at selv relativt moderat søvnbegrensning kan alvorlig svekke den kognitive funksjonen hos ellers friske voksne (Van Dongen et al., 2003, s. 117).

2.3 Behovsteorien i lys av Virginia Henderson

Virginia Henderson var en av de første sykepleierne som gjorde et forsøk på å beskrive sykepleierens særegne funksjon. Hun beskrev at uavhengig av om mennesket er sykt eller frisk skal sykepleieren sørge for at handlinger som bidrar til helse, eller gjenvinning av helse, skal utføres. Dette vil si handlinger som mennesket ville utført selv om det hadde hatt nødvendig styrke, vilje og kunnskap (Mathisen, 2015, s. 126). På denne måten blir det sykepleiers ansvar å sørge for at de grunnleggende behovene blir ivaretatt (Kristoffersen, 2021, s. 231). Denne måten å beskrive sykepleie på går inn under behovsteorien. Teorien er i stor grad bygget på Abraham Maslows behovspyramide om allmennmenneskelige behov (Kristoffersen, 2021, s. 234) og hvordan de skal dekkes.

Virginia Henderson utga i 1960 14 punkter som hun kalte sykepleiers grunnprinsipper. Disse prinsippene skulle utgjøre sykepleiers mest sentrale gjøremål og de er fortsatt helt sentrale for sykepleien vi utøver i dag, og har påvirket både utdanningen og praksisen verden over (Kristoffersen, 2021, s. 235). De 14 punktene skal dekke de grunnleggende behovene og fremme helse (Kristoffersen, 2016, s. 26). Punktene er blant annet: Å sove og hvile, og å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser (Kristoffersen, 2016, s. 38-39). Henderson understrekte at for å dekke de grunnleggende behovene må utgangspunktet være at behovene oppleves og ivaretas forskjellig for hver enkelt pasient. En individualisert pleie er helt nødvendig (Kristoffersen, 2021, s. 238).

Henderson skriver at dersom selvstendighet ikke er et realistisk mål for pasienten, ved for eksempel langvarig sykdom, må sykepleieren hjelpe pasienten til å dekke de grunnleggende behovene slik at han kan få en optimal helse. Friske mennesker kan også ha behov for sykepleie når de på egen hånd ikke er i stand til å dekke de grunnleggende behovene (Kristoffersen, 2021, s. 237). Dermed har sykepleieren også en viktig forebyggende funksjon.

2.4 Sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon

For å få en helhet i sykepleien bruker man åtte ulike funksjonsområder (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Grunnet oppgavens omfang trekkes kun sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon frem, selv om flere av funksjonsområdene kan sees som aktuelle. Det å forebygge innebærer å sette fokuset på de konkrete risikofaktorene for utvikling av sykdom. Helsefremming på sin side innebærer noe mer og annet enn å forebygge sykdom, det

setter fokuset på velvære og trivsel (Kristoffersen, 2016, s. 19). I forebygging av delirium er det sentralt å fokusere på både risikofaktorer, og velvære og trivsel, da det faller inn under både de predisponerende og utløsende årsakene (Stubberud, 2016, s. 431).

Å forebygge rettes både mot personer som er helt friske og de som er syke. Derfor deles forebyggingen inn i primær, sekundær og tertiærforebygging. Primær- og sekundærforebygging handler om å forhindre sykdom og forverring (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 26). I denne oppgaven fokuseres det på tertiærforebygging da den skal forhindre at det oppstår komplikasjoner ved allerede oppstått sykdom (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Med dette kan man kunne forhindre delirium hos pasienter som får behandling for brudd eller en infeksjon.

Den forebyggende og helsefremmende funksjonen har en særegen plass når det kommer til målgruppen eldre. Mange eldre kan mangle den kunnskapen som skal til for å forebygge sykdom (Kirkevold, 2015, s. 204) og husker ikke alltid detaljer om sin egen helsetilstand og sykehistorie. Dermed kan det hende sykepleieren må innhente informasjonen på egen hånd fremfor å spørre pasienten (Ranhoff, 2020, s. 236). Flere eldre er heller ikke lenger i stand til å utføre personlige aktiviteter for å møte de grunnleggende behovene, dermed blir det i større grad sykepleierens oppgave å observere, kartlegge og dekke de grunnleggende behovene (Kirkevold, 2020, s. 104-105).

2.5 Lovverk

Helsetjenesten, sykepleiere og pasienter har et bredt lovverk som regulerer deres plikter og rettigheter. På bakgrunn av oppgavens omfang er mye lovverk ekskludert til tross for at det kan anses relevant.

Helsepersonelloven §3 definerer helsehjelp som handlinger som utføres av helsepersonell som har en forebyggende, diagnostisk, helsebevarende, behandlende, rehabiliterende eller et pleie- og omsorgsformål (Helsepersonelloven, 1999, §3). Dermed er alle handlinger som blir gjort innenfor den forebyggende funksjonen ansett som helsehjelp og sykepleierne har en plikt til å utføre arbeidet i samsvar med krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). For at helsepersonell skal ha mulighet til å gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp stilles

det krav til at helsetjenesten organiseres slik at det lar seg gjennomføre (Helsepersonelloven, 1999, §16).

Forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp innebærer forebygging og avhenger av at helsetjenesten er organisert slik at sykepleier har tid til å rette fokuset mot forebygging. Ovennevnte paragrafer er dermed essensielle i sykepleiers arbeid med å fremme søvn og forebygge delirium hos eldre pasienter.

I henhold til kravet om faglig forsvarlighet har sykepleiere plikt til å vurdere og iverksette nødvendig sykepleie for å forebygge, basert på den beste tilgjengelige kunnskapen (Kirkevold & Jeppestøl, 2020 s. 115). Dette er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b der det står man har rett til nødvendig hjelp i spesialisthelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1b).

Spesialisthelsetjenesteloven regulerer spesialisthelsetjenestens oppgaver (Molven, 2019, s. 31). Formålet er blant annet å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade og lidelse (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §1-1). § 2-2 setter krav til at spesialisthelsetjenesten skal legge til rette for at personell som utfører tjenesten skal være i stand til å overholde de lovpålagte pliktene (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). Vår kontekst, sykehus, går inn under dette lovverket. Dette vil si at enhver yrkesutøvelse som blir utført på sykehus er lovbundet de nevnte paragrafene.

2.6 Etiske prinsipper og yrkesetiske retningslinjer

Gjennom sykepleierens yrkesutøvelse er det flere etiske prinsipper samt yrkesetiske retningslinjer sykepleieren skal etterleve.

De etiske prinsippene er viktig for at sykepleieren skal forstå hvordan man skal benytte kunnskapen sin til det beste for pasienten (Nortvedt, 2021, s. 16). Selv om alle de etiske prinsippene er relevante i yrkesutøvelsen, er ikke-skade prinsippet og velgjørenhetsprinsippet løftet frem i denne oppgaven. Ikke-skade prinsippet dreier seg om at sykepleieren skal minske ubehag og smerte pasienten står overfor, samt lindre og gi ivaretagende omsorg (Nortvedt, 2021, s. 86). Velgjørenhetsprinsippet løfter forventningene til arbeidet enda høyere enn å ikke skade. Prinsippet stiller krav om at man alltid skal både etter beste evne, og vilje, gjøre det beste for pasienten (Nortvedt, 2021, s. 85). For å oppnå dette må sykepleieren kunne sette seg

inn i menneskers situasjon og være en aktiv deltaker i pasientens liv og skjebne (Nortvedt, 2021, s. 85).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere danner grunnlaget for sykepleierens respekt for det enkelte liv og dens iboende verdighet. I 1.3 poengteres det at sykepleieren skal arbeide faglig, etisk og juridisk (Norsk sykepleierforbund, 2019) og må dermed følge både lovverket, retningslinjene og de etiske prinsippene som kommer frem i denne oppgaven. Gjentatte ganger i de yrkesetiske retningslinjene blir ansvaret for å utøve en praksis som fremmer helse, forebygger sykdom (2.1) og lindrer lidelser (2.10) løftet frem (Norske sykepleierforbund, 2019). Dette viser at den forebyggende funksjonen ikke er et valgalternativ, det er noe sykepleieren må arbeide etter. Ansvaret sykepleieren har for å utøve en helhetlig omsorg overfor pasientene (2.3) (Norske sykepleierforbundet, 2019) er også løftet frem i denne oppgaven da det er viktig i det forebyggende arbeidet. I arbeidet med å fremme søvn for å forebygge delirium har vi valgt ut de ovennevnte retningslinjenes som sentrale. De andre yrkesetiske retningslinjene kan også sees som aktuelle, men grunnet oppgavens omfang er det gjort en avgrensning.

3 Metode

Metodekapittelet gir en detaljert beskrivelse av hvordan vi har gått frem for å finne vår kunnskap og data (Dalland, 2018, s.199). Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave. En litterær oppgave innhenter og anvender kunnskap og data fra eksisterende kunnskap, teori og forskning (Dalland, 2018, s. 207).

3.1 Valg av databaser og søkeord

Databasene CINAHL og PubMed er benyttet i denne oppgaven. CINAHL er en database som inneholder tidsskrifter innen helsefag og sykepleie, med internasjonal dekning (Christoffersen et al., 2020. s.241; Thidemann, 2019 s. 58). PubMed er en database som inneholder biomedisinske og biovitenskapelige artikler (PubMed). Søkemotoren ORIA er også blitt benyttet i oppgaven. Dette er grunnet en periode med mange søk uten resultat i databasene CINAHL og PubMed. ORIA er en søkemotor for å søke i Norske fag- og forskningsbiblioteker sine samlede ressurser med blant annet bøker, artikler og elektroniske ressurser (ORIA).

Vi har valgt å benytte oss av to ulike databaser og en søkemotor, da vi ønsket å gå bredt ut og finne forskningsartikler som var mest mulig relevant for oss. Databasene som ble valgt anses som hensiktsmessige og inneholder kunnskap rettet mot helsefag. En svakhet ved å ekskludere andre databaser er at annen relevant forskning vil muligens faller bort.

I litteratursøkene er følgende søkeord benyttet: *Preventive health care, delirium, elderly, interventions, sleep, aged OR aged, 80 and over* og *hospitalized patients*. Søkeordene har blitt benyttet i ulike kombinasjoner og blitt kombinert med boolske operatorer slik som AND sammen med/ eller OR. Dette bidrar til et spesifisert og nøyaktig søk (Thidemann, 2019, s. 87)

3.2 Gjennomføring av litteratursøk

Litteratursøkene ble gjennomført i tidsrommet 29. november 2021 til 6. januar 2022. Tabell 1 presenterer en oversikt over gjennomførelsen av søkene som ble gjort. Tabellen beskriver brukte søkeord samt kombinasjonen av boolske operatorer. Videre viser den en oversikt

over antall treff for hvert søk, sammendrag som ble lest, artikler som ble lest og hvor mange artikler som ble valgt ut.

Tabell 1: Gjennomføring av litteratursøk med dato, nummer på søk, database, søkeord, antall treff, leste sammendrag, artikler samt hvilke artikler som ble inkludert.

Søkedato	Søknr.	Databas	Søkeord/ordkombinasjo	Antall	Leste	Leste	Artikler	Valgte artikler
o	nr.	e	ner	treff	sammendra	artikle	inklud	
					g	r	rt	
29. november 2021	1	PubMed	Prevent delirium in elderly hospitalized patients	42900 resultater	12	1	1	A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients
6. desember 2021	4	CINAHL	1. delirium 2. preventive health care 3. aged OR aged, 80 and over 4.1 AND 2 AND 3	155 resultater	15	3	1	Reducing Delirium in Hospitalized Adults Through a Structured Sleep Promotion Program
4. januar 2022	30	ORIA	Delirium, sleep, interventions	9504 resultater	10	4	1	Evaluation of the effectiveness of delirium prevention care protocol for the patients with hip fracture: A randomized controlled study
6. januar 2022	38	CINAHL	1. delirium 2. sleep 3. aged OR aged, 80 and over 1 AND 2 AND 5	48 resultater	30	7	1	The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients

Etter at søkene ble gjennomført så vi først på titlene for å velge ut hvilke artikler som kunne være relevante for vår problemstilling. Videre så vi på artiklens abstrakt for å se om relevansen fortsatt var tilstede. Dersom vi fortsatt anså artikkelen som relevant leste vi artikkelen kritisk for å se om den møtte våre inklusjons- og eksklusjonskriterier, og benyttet

seg av IMRAD-strukturen. Videre søkte vi opp tidsskriftet til artikkelen i register over vitenskapelige publiseringskanaler for å forsikre oss om at artikkelen var fagfellevurdert.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler som omhandler konkrete ikke-medikamentelle tiltak for å forbedre nattesøvnen	Artikler der hovedfokuset er på tiltak som ikke er mulig å gjennomføre på sengepost
Forskningen skal ha vært gjennomført på sykehus	Artikler som omhandler pasienter som allerede hadde delirium ved studiens start
Artikler som er skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk	Artikler som omhandler pasienter med delirium tremens

Inklusjons og eksklusjonskriteriene, satt i tabell 2, er valgt på bakgrunn av oppgavens problemstilling, med tilhørende kontekst og avgrensning. Vi valgte å ikke avgrense i forhold til årstall da vi opplevde at nyere forskning siterte gjentatte ganger til eldre forskning. Vi har likevel vært observante på årstall under søk og funn av forskningsartikler, da vi har vært ute etter aktuell kunnskap.

I starten ekskluderte vi alle artikler som ikke var gjennomført på sengepost, men etterhvert oppdaget vi at mye av forskningens som var relevant for vår oppgave var gjennomført på intensivavdelinger. Etter å ha lest en del av artiklene besluttet vi at så lenge de tiltakene som er iverksatt er overførbare til sengepost kan vi vise til tiltakene. I tillegg fant vi andre artikler fra sengepost som hadde utført noen av de samme tiltakene, på denne måten kan vi vise til annen forskning med lignende resultater. På tilsvarende måte ekskluderte vi i starten alle artikler som ikke kun omhandlet aldersgruppen eldre, men også her så vi at noen av artiklene som hadde inkludert yngre deltakere også hadde iverksatt tiltak som var overførbare til en eldre målgruppe.

Et av inklusjonskriteriene våre var at artiklene skulle inneholde konkrete ikke-medikamentelle tiltak for å forbedre nattesøvnen, og et eksklusjonskriterium var at deltakeren ikke hadde delirium ved studiens start. Dette var for å forsikre oss om at artiklene omhandlet forebygging av delirium, ikke behandling av søvnproblemer eller allerede oppstått delirium. På bakgrunn

av avgrensningene som er gjort i denne oppgaven ekskluderte vi alle artikler som omhandlet delirium tremens. Språkene vi valgte å inkludere var norsk, svensk, dansk og engelsk på grunnlag av at det er de språkene vi forstår.

Videre har vi anvendt forskning som benytter kvantitativ metode. Hensikten med metoden er å testet ut teorier, hypoteser, og få vite hvordan flere forhold samvarierer og deretter foreta en sammenligning. På denne måten man kan finne tydelige mønstre slik at man kan generalisere kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 76). Kvantitativ metode anses relevant for å belyse problemstillingen da den undersøker betydningen av søvnfremmende tiltak har for å redusere forekomsten av delirium. Det kunne vært hensiktsmessig for denne oppgaven å inkludere kvalitativ forskning for å få frem hvilken betydningen inkluderingen av tiltakene hadde for sykepleierne. Det er allikevel kun inkludert kvantitativ forskning da artiklene vi fant relevante var kvantitative.

3.3 Annen litteratur

I dette kapittelet presenteres de fagbøkene og den øvrige litteraturen som hovedsakelig er anvendt i oppgaven. Litteraturen er benyttet for å besvare problemstillingen med et relevant kunnskapsgrunnlag. Vi har benyttet oss av Lovisenberg Diakonale Høgskole sitt lokale bibliotek for å finne fagbøkene, og en del av bøkene vi har inkludert er pensumlitteratur i sykepleierutdanningen.

Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten og *Geriatrici: en medisinsk lærebok* har blitt benyttet da bøkene har oppdatert litteratur relatert til målgruppen eldre, samt en del litteratur om tilstanden delirium. *Klinisk sykepleie 1* har også blitt benyttet for å få en bredere kunnskap om delirium.

For å belyse søvn, samt søvnstadiene er blant annet bøkene *Grunnleggende sykepleie: grunnleggende behov og helse 2* og *Grunnleggende sykepleie bind 1* blitt benyttet. *Grunnleggende sykepleie bind 1* er også blitt benyttet for å få kunnskap om sykepleierens funksjonsområder, sykepleieteoretikere og sykepleieteori.

Bøkene vi har benyttet fra Lovisenberg Diakonale Høgskole sitt bibliotek har også dannet grunnlaget for å finne frem til annen relevant litteratur. Vi benyttet oss av «snøballmetoden»

og fant på denne måten frem til flere forskningsartikler og annen litteratur som er inkludert i oppgaven for å belyse problemstillingen.

3.4 Kildekritikk

Her beskrives en kildekritisk gjennomgang av de fire forskningsartiklene som blir presentert i 4.2, samt annen litteratur.

3.4.1 Forskningsartikler

Forskningsartiklene som blir presentert i 4.2 er skrevet på engelsk og publisert i fagfelleverderte tidsskrift i tidsrommet 1999-2021. Det kan ikke utelukkes at feiltolkninger av resultatene i forskningsartiklene kan forekomme, da engelsk ikke er hovedspråket til forfatterne av oppgaven.

Artikkelen til Inouye et al. (1999) er en kontrollert klinisk studie med kvalitativt design. Studien er fra 1999, til tross for dette har vi valgt å inkludere denne da den oppleves sentral i fagfeltet, og vi ser at tiltakene som er iverksatt kan overføres til nyere tid. Artikkelen har blitt sitert 3207 ganger i skrivende stund og vi vurderer den som en "bautaartikkel" innenfor ikke-medikamentelle tiltak for delirium.

Artikkelen til Inouye et al. (1999) og Unal et al. (2021) er studier som har implementert flere tiltak enn kun rettet mot søvn. Dette kan ses på som en svakhet. Likevel valgt vi å inkludere de da de gjør godt rede for tiltakene deres som omhandler søvn. Unal et al. (2021) trekker selv frem at tiltakene rettet mot å fremme søvnen hadde stor innvirkning på reduseringen av delirium og vi har kun trukket frem disse tiltakene i vår oppgave.

I Unal et al. (2021) var det kun 84 deltakere totalt i studien. 43 av deltakerne var i kontrollgruppen og dermed var det kun 41 deltakere i intervensjonsgruppen. På bakgrunn av dette kan resultatene på studien være en tilfeldighet fremfor en tydelig effekt av tiltakene. I Gode et al. (2020) kommer det ikke frem et nøyaktig tall på antall pasienter som deltok i studien. Tiltakene ble implementert på alle pasienter som var innlagt på to ulike sengeposter i løpet av ett år. I lys av dette har vi vurdert at det er nok data til at resultatene kan sees som troverdig.

Artikkelen til Patel et al. (2014) ble gjennomført på en intensivavdeling, hvor deltakerens alder var fra 18 år og opp, men medianalderen var 60 år. Vi mener likevel tiltakene er overførbare til sengepost og eldre pasienter. På grunnlag av at vi har erfart de samme utfordringene de forsøker å forebygge både på sengepost og i møte med eldre.

Gode et al. (2020), Inouye et al. (1999), Patel et al. (2014) og Unal et al. (2021) skiller ikke på effektene av de ulike tiltakene. Målet i denne oppgaven er ikke å diskutere hvilke tiltak som er mest effektive, men betydningen av implementeringen. Dermed har vi ikke sett på dette som en nevneverdig svakhet.

3.4.2 Annen litteratur

Søvn - en lærebok om søvnfysiologi og søvnsykdommer av Ursin (1996) har blitt benyttet i denne oppgaven. Boken er gitt ut i 1996, på grunnlag av at dette er en eldre bok har vi vært kritisk til hvilken kunnskap vi har hentet fra boken. Den kunnskapen vi har valgt å inkludere er kunnskap som samstemmer med annen litteratur.

Ved hjelp av snøballmetoden fant vi flere sekundærkilder som er benyttet som primærkilder i denne oppgaven. Vi har forsøkt å sette oss inn i stor nok del av studiene for å forstå konteksten og referere rett til kunnskapen, men i og med at kun utdrag fra studiene er trukket ut som kunnskapsgrunnlag i denne oppgaven, kan mistolkninger forekomme.

4 Presentasjon av forskningsresultater

4.1 Syntese

Oppsummert viser artiklene til at ikke-medikamentelle tiltak har en hensikt for å forbedre søvnen samt søvnkvaliteten til pasientene. Videre kommer det frem at den forbedret søvnen har en forebyggende effekt på delirium. Tiltakene som kommer frem i studiene går blant ut på å gi en individualisert pleie, redusere forstyrrelser, lydregulering og lysregulering. Resultatene i alle artiklene viste at forekomsten av delirium gikk ned, dog i større og mindre grad, etter innførte tiltak.

4.2 Artikkelmatrise

Tabell 3. Artikkelmatrise som viser fire forskningsartikler med forfatter/årstall, tittel, tidsskrift, hensikt, design/metode samt funn.

Nr.	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/Metode	Funn
1	Inouye, S. K., Bogardus Jr, S. T., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., & Cooney Jr, L. M. (1999).	A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients.	New England journal of medicine, 1999, 340(9), 669-676.	Sammenligne resultatet av en flerkomponent behandlingsplan rettet mot å redusere delirium, opp mot en vanlig behandlingsplan for sykehusinnlagte eldre. Resultatene de så på var forekomsten av delirium. Artikkelen målte også etterlevelsen av tiltakene, og så på effekten tiltakene hadde på risikofaktorene ved delirium.	Kvantitativ, kontrollert klinisk studie (CCT) med én intervensjonsgruppe og to kontrollgrupper. Totalt i studien deltok 852 pasienter. Pasientene i intervensjonsgruppen ble satt opp mot to fra kontrollgruppen basert på alder, kjønn og risiko for delirium. Deltakerne i studien var 70 år og eldre.	I kontrollgruppen var det 15% som utviklet delirium mens i intervensjonsgruppen var det 9,9%. Både lengden og hyppigheten av delirium ble også redusert i intervensjonsgruppen. Lengden på episodene ble mest redusert på den første episoden av delirium, tiltakene hadde ikke like god effekt angående dette på de tilbakevendende episodene. Intervensjonen reduserte ikke alvorlighetsgraden eller graden av tilbakevendning av delirium.
2	Gode, A., Kozub, E., Jeoerger, k., Lynch, C., Roche, M. & Kirven, J. (2020).	Reducing delirium in hospitalized adults through a structured sleep promotion program	Journal of Nursing care Quality 2020, vol. 36 No.2, 149-154	Redusere forekomsten av delirium på to sengeposter ved hjelp av et program som lot pasientene ha uforstyrret nattesøvn. Deretter evaluerte de innvirkningene tiltakene hadde på kostnadene.	Studien er en evidensbasert studie som ble utført på to sengeposter, en onkologisk og en kirurgisk ryggmargspost i løpet av ett år. Alle pasientene fikk en «søvn-meny», pasienter og ansatte fikk undervisning om søvn, og man undersøkte sykehusmiljøet med tanke på søvn.	På den onkologiske sengeposten gikk forekomsten av delirium ned med 8,4% mens på den kirurgiske sengeposten gikk det ned med 6,3%.

3	Patel, J., Baldwin, J., Bunting, P. & Laha, S. (2014).	The effect of a multicomponet multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients	Association of anesthetists, 2014, vol 69, 540-549	Hensikten med studien var å redusere tilfeller av søvnløshet og delirium ved å adressere risikofaktorer og gjennomføre ikke-medikamentelle tiltak rettet mot risikofaktorene.	<p>En kohort-basert studie som ble delt i to faser, en før og en etter implementeringen av intervensjonene. 177 pasienter deltok i den første fasen av studiet, før implementeringen. Her samlet de informasjon om søvn, forekomsten av delirium, samt sykehusmiljøet på avdelingen.</p> <p>I den andre fasen deltok 171 pasienter. Her implementerte de tiltakene og hadde opplæring på personell. Denne fasen varte i 21 dager. Studiedatoene ble valgt for å minimalisere innvirkningen av sesongbaserte lyder, lys og temperatur.</p> <p>Deltakerne var fra 18 år og opp, men medianalderen var på 60 år.</p>	33 % av pasientene utviklet delirium før implementeringen av intervensjonene. 14 % utviklet delirium etter implementeringen.
4	Unal, N., Gluten, G. & Mehmet, N. (2021)	Evaluation of the effectiveness of delirium prevention care protocol for the patients with hip fracture: A randomized controlled study	Journal of clinical nursing WILEY 2021, vol 31, 1082-1094	Studiens hensikt var å undersøke hvilken effekt en deliriumforebyggende protokoll hadde på smerte, søvnkvalitet, funksjonsstatus og forekomsten av delirium.	Studien er en randomisert kontrollert studie. Ble utført på 84 pasienter, hvor av 41 var i intervensjonsgruppen og 43 var i kontrollgruppen. Medianalderen i studien var 80,6, men alderen varierte mellom 65-97,5 år.	15% av pasientene i kontrollgruppen utviklet delirium. Ingen i intervensjonsgruppen fikk delirium. Søvnkvaliteten i intervensjonsgruppen var signifikant bedre enn kontrollgruppen, alle tre gangene dette ble målt.

5 Diskusjon

Det er bred enighet i forskningen og litteraturen at det å fremme søvn er et godt forebyggende tiltak mot delirium (Marcantonio, 2017, s. 1462). Med den høye forekomsten av delirium (Ranhoff, 2020, 458) kan det derimot tyde på at fokuset på forebygging ikke er tilstrekkelig. Både Gode et al. (2020), Inouye et al. (1999), Patel et al. (2014) og Unal et al. (2021) viser at forekomsten av delirium gikk ned når fokuset på å fremme søvn gikk opp. Alle fire studiene har implementert flere tiltak i sin forskning enn det som kommer frem i denne oppgaven. Grunnet denne oppgavens omfang har vi valgt ut noen av de relevante tiltakene og delt de inn i fire ulike kategorier, herunder individualisert pleie, forstyrrelser, lydregulering og lysregulering. Vi vil videre diskutere hvilken betydning ikke-medikamentelle søvnfremmende tiltak har for å forebygge delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus.

5.1 Søvnfremmende tiltak som omhandler individualisert pleie

Gode et al. (2020, s.150) delte ut en «søvn-meny» som en del av de søvnfremmende tiltakene i sin forskning. Her skulle alle pasienten velge det de ønsket fra menyen som de mente fremmet søvn hos dem selv. Noen av tiltakene på menyen var å bli servert noe varmt å drikke om kvelden, å få utdelt tepper eller å bli massert. Dette var en omfattende meny med 15 ulike valgmuligheter (Gode et al. 2020, s. 150). Vi har selv erfart i den kliniske hverdagen at med begrenset bemanning blir ofte forebyggende tiltak, som for eksempel å massere pasientene, nedprioritert. Dette underbygges i forskningen til Inouye et al. (1999, s. 674). De skriver at for lav bemanning var en av grunnene til at etterlevelsen ikke var høyere enn 71% på tiltakene som omhandlet søvn.

I den medisinske etikken blir øyeblikkelig lindring prioritert over å hindre fremtidig lidelse. Forebyggende helsearbeid som her gjelder å servere noe varmt å drikke og gi massasje kommer derfor lett i skyggen av den kurative medisinen (Stubberud, 2018, s. 89). Når man allerede har for lav bemanning til å gjennomføre tiltakene, og i tillegg blir øyeblikkelig lindring prioritert over forebygging er det forståelig at tiltak som å servere noe varmt å drikke eller gi massasje kan bli nedprioritert. Hvis man derimot skal forholde seg til sykepleierens etiske prinsipper skal man ikke kun gjøre det som ikke er til skade for pasienten, men også etter beste evne og vilje gjøre det som er til det beste for pasienten (Nortvedt, 2021 s. 85-86).

Gode et al. (2020, s.150) fokuserte mye på individualist pleie i sin forskning der de både implementerte en søvn-meny og en «søvn-plan». Søvn-planen gikk ut på at sykepleierne og pasientene skulle bli enige om hva som skulle skje i løpet av natten på forhånd. Dette gjaldt hvilke prosedyrer som måtte gjennomføres, hvilke medisiner som skulle utdeles og når dette skulle skje (Gode et al., 2020, s.151). Inouye et al. (1999, s. 671) og Unal et al. (2021, s.1086) implementerte også individualisert tiltak i den grad at de innført tiltak som massasje og varm drikke, noe som er personsentrerte tiltak. Patel et al. (2014, s. 542) fokuserte derimot ikke på individualisert pleie, de implementerte kun generelle tiltak som gjaldt alle.

Det å ha fokus på individuell pleie vil kunne hjelpe pasienten å ikke føle seg avhumanisert og fremmedgjort. Når en eldre pasient har de fysiske risikofaktorene tilstede for å utvikle delirium kan de psykososiale- og miljøbelastningene som avhumanisering og fremmedgjøring bidra til utvikle delirium (Stubberud, 2016, s. 431). Ved å tilrettelegge for økt selvbestemmelse i form av å bestemme ut fra en søvn-meny, søvn-plan, få massasje eller en kopp med varm drikke, kan det bidra til at pasienten får følge sine faste kveldsrutiner. Ved å forholde seg til det som er fast og kjent vil dette kunne bidra til å redusere delirium (Stubberud, 2016, s. 431). Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson var også tydelig når hun påpekte at for å dekke de grunnleggende behovene hos pasientene, som for eksempel å sove og hvile, er en individualisert pleie helt nødvendig (Kristoffersen, 2021, s. 238). Samtidig kan man se av eksempelet over at det ikke alltid er enkelt å gi individualisert pleie, og det er lett å tenke seg at det går ut over hvilken effekt tiltakene har. Likevel ser vi at resultatene i studien med søvn-menyen viser at forekomsten av delirium på de ulike avdelingene gikk ned mellom 6,3% og 8,4% (Gode et al., 2020, s. 152).

Helsepersonelloven § 4 slår fast at sykepleiere alltid skal utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dette gir en enorm definisjonsmakt til hver enkelt sykepleier. Det er ikke faglig uforsvarlig å ikke gi massasje til pasientene for å fremme søvn. Tilsynsmyndighetene ønsker derimot ikke at helsehjelpen skal ligge på grensen til uforsvarlig helsehjelp, det skal være god helsehjelp (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 218). Det er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene som i likhet med helsepersonelloven løfter kravet til arbeidet som utføres til at det skal være en helhetlig omsorg (2.3) som lindrer lidelse (2.10) (Norske Sykepleierforbund, 2019). På bakgrunn av dette må sykepleiere alltid tilstrebe å yte en praksis som i størst mulig grad møter hver enkelt pasients behov, uavhengig om det

krever en kopp med varm drikke eller å gi massasje, dersom det er vurdert at dette er god helsehjelp i den enkelte pasientens tilfelle.

Å gi en individualisert pleie til målgruppen eldre kan kreve en utvidet omsorg og helhetlig sykepleie da eldre gjerne er avhengig av helsepersonellet i større grad. Iblant kan man oppleve at behovene pasientene har er mer kompliserte enn det man har kapasitet til å ivareta på en god måte (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 218-219). Ansvar for å utføre en forsvarlig og omsorgsfull pleie (Helsepersonelloven, 1999, § 4) ligger ikke kun hos sykepleierne, men også hos de som organiserer spesialisthelsetjenesten. Det skal legges til rette for at personell som utfører tjenesten skal være i stand til å overholde de lovpålagte pliktene (Helsepersonelloven, 1999, § 16; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-2.). Dermed er det lovpålagt at det er tilstrekkelig bemanning til å utøve ikke bare forsvarlig pleie, men også en praksis som arbeider etter den forebyggende sykepleiefunksjonen.

Delirium kan være en krevende tilstand både for pasienten, sykepleieren og samfunnet. Som skrevet i kapittel 1.1 har tilstanden delirium en alvorlig prognose for pasienten (Wyller, 2020, s. 300). Det finnes ingen dokumentert behandling mot delirium. Behandlingen består i å behandle den utløsende årsaken (Ranhoff, 2020, s. 467). Deliriske pasienter kan også bli psykomotorisk urolig, få paranoide hallusinasjoner og dra ut medisinsk teknisk utstyr (Ranhoff, 2020, s. 459). Selv om en individualisert pleie kan kreve mye av hver enkelt sykepleier, vil en delirisk pasient også være belastende for sykepleieren. Selv om en økt bemanning vil øke kostnadene fra samfunnets side er det langt mer kostnadskrevenne med deliriske pasienter enn forebygging av delirium. I en studie fra 2008 som forsket på kostnadene av deliriske pasienter i USA, kom det frem at det kostet omtrent 550 000 norske kroner per delirisk pasient per år (Leslie et al, 2008, s. 31). I Inouye et al. (1999, s. 674) sin studie som er gjennomført i USA var kostnadene 2800 norske kroner per pasient for å gjennomføre de forebyggende tiltakene de implementerte. Tiltakene omhandlet ikke kun fremming av søvn. Å tilrettelegge for en individuell pleie for å forebygge delirium vil være lønnsomt for pasienten, sykepleieren og samfunnet.

5.2 Redusere forstyrrelser for å fremme søvn

Når sykepleiere utfører prosedyrer om natten kan det vekke pasientene. Eldre er mindre i søvnstadiet N3, den dype søvnen, og de kan ha flere og lengre perioder med

oppvåkninger om natten og mer søvn på dagtid i utgangspunktet (Bakken, 2015, s. 848). Dermed kan vekkinger om natten fra sykepleiere føre til at de ikke får tilstrekkelig søvn, som igjen kan føre til økt søvn på dagtid. Dette kan bli en ond sirkel der søvnbehov ikke rekker å bli stort nok til kvelden og dermed kompenseres pasienten med å sove på dagtid (Bakken, 2015, s. 848). Økt søvn på dagtid og redusert søvn på natten kan i seg selv være en utløsende årsak til delirium, da det kan føre til desorientering og forstyrrelser i lys-mørke-rytmen (Ranhoff, 2020, s. 466). I tillegg vil søvn på dagtid kunne hindre sykepleierne i bistå pasienten i å dekke de grunnleggende behovene, som tilstrekkelig ernæring og mobilisering. Dette skaper utfordringer ved at pasienten ifølge § 2-1b i pasient- og brukerrettighetsloven har rett til nødvendig helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1b). Som Henderson definerte er det sykepleierens ansvar å sørge for at handlinger som bidrar til helse blir utført (Mathisen, 2015, s. 126).

Gode et al. (2020, s. 150), Inouye et al. (1999, s. 671) og Patel et al. (2014, s. 542) iverksatte tiltak for å forhindre forstyrrelser om natten. Sterke sensoriske stimuli vil alltid kunne vekke mennesker som sover en naturlig søvn, da dette fører til økt aktivering (Ursin, 1996, s. 92). I forskningen til Gode et al. (2020, s. 151) vurderte de sykehusmiljøet og så på hva som muligens hindret søvn hos pasientene. Gode et al. (2020, s. 151) oppdaget at ventilasjonssystemet restartet seg hver natt kl 2 noe som medførte mye bråk. Det viste seg at dette var enkelt å stille på og de fikk endret tidspunktet til dagtid. De ansatte på sykehuset er allerede våkne på natten og vi kan tenke oss til at de ikke legger merke til denne type sensorisk stimuli som virker aktiverende, da de allerede er våkne. På bakgrunn av dette kan det være hensiktsmessig å spørre pasientene som er innlagt om det er noen lyder som vekker eller holder de våkne om natten.

Inouye et al. (1999, s. 671) endret tid på medisintid og gjennomføring av prosedyrer. Farmasøytter gikk gjennom ordinerte medisiner for å sjekke om bivirkningene kunne forstyrre søvnen, og om det var mulig å endre tidspunktet på medisintid. Der det var forsvarlig endret de tidspunkt fra natten på både medisintid og gjennomføringen av prosedyrene, slik at de skulle slippe å vekke pasientene. Ved første kontakt med pasienter skal man alltid innhente informasjon om hvilke legemidler pasienten bruker (Ehnfors, 2013/2015, s. 34). Her kunne man implementert en rutine som gjorde at sykepleieren samtidig så på medisintid-tidspunktene og bivirkningen av legemidlene knyttet opp mot søvn. På denne måten kunne man minsket den utløsende årsaken til delirium, søvmangel (Stubberud,

2016, s. 431). Ut ifra vår kliniske erfaring vet vi at tidspunkt på når medisiner skal gis og prosedyrer utføres til stadighet blir tilpasset slik at det egner seg for de ansatte, ikke med hensyn til pasientene. Ved små justeringer kan man tilstrebe å ha én sammenhengende søvnperiode om natten, noe Wilhelmsen- Langeland hevder er det optimale (Wilhelmsen- Langeland, 2020, s. 26). I forskningen til Patel et al. (2014, s.542) forsøkte de å utføre de nødvendige prosedyrene samtidig på alle pasientene om natten, slik at alle man skulle forhindre å forstyrre pasientene flere ganger. Dette er aktuelt på sengeposter med flermannsrom. Etterlevelsen på dette tiltaket var på 88%, noe vi anser som forståelig. Det er lett å tenke seg at dagene til pasientene er forskjellig, og man skal gjennomføre ulike undersøkelser. Inouye et al. (1999, s. 674) påpeker den samme utfordringen i sin forskning. De oppgir grunnen «pasientene oppholdt seg på forskjellige deler av sykehuset» som en av grunnene til at etterlevelsen ikke var høyere i sin studie.

5.3 Lydregulering som søvnfremmende tiltak

Både Gode et al. (2020, s. 150), Inouye et al. (1999, s. 671), Patel et al. (2014, s. 542) og Unal et al. (2021, s. 1086) implementerte tiltak som skulle redusere lyd på natten. Eldre er mer utsatt for å våkne av ytre forstyrrelser som lyd om natten, da mindre del av søvnen er i stadiet N3 (Blytt et al., 2021, s. 429). Lyd har en vekke-effekt og virker aktiverende (Ursin, 1996 s. 93), dette danner det faglige grunnlaget for at de lydregulerende tiltakene som ble iverksatt i forskningen kan ha effekt.

I forskningen til Inouye et al. (1999, s.671) og Patel et al.(2014, s. 542) implementerte de tiltak som skulle redusere lyd og prating i gangen og rundt pasienten om natten. Gode et al. (2020, s. 150) implementerte «no wake zone» (NWZ) som skulle vare fra kl 01-06. NWZ gikk blant annet ut på at døren inn til pasientrommet skulle være lukket og de ansatte skulle gå minst mulig inn til pasienten i løpet av natten for å redusere lydstimuli. Unal et al. (2021, s.1086) implementerte til sammenligning et tiltak de kalte for «lydkontroll». Her skulle de ansatte tilstrebe å redusere lydene inne hos pasienten mellom kl 23-06. I Patel et al. (2014, s. 542) sin forskning ser man at tiltaket å lukke døren hadde en etterlevelse på 96%. Grunnen til at etterlevelsen ikke var på 100% på dette tiltaket kommer ikke frem, men eldre er en pasientgruppe som kan ha et økt behov for tilsyn. Som skrevet i kapittel 2.4 har den forebyggende og helsefremmende funksjonen en særegen plass når det kommer til målgruppen eldre (Kirkevold, 2015, s. 204). Selvstendighet er ikke alltid et realistisk mål for

denne målgruppen (Ranhoff, 2020, s. 242). Dermed blir det som Henderson påpeker sykepleierens ansvar å hjelpe pasientene å dekke de grunnleggende behovene slik at pasienten får en optimal helse (Kristoffersen, 2021, s. 237). Dette kan føre til et økt behov for tilsyn til pasienten. En lukket dør kan på denne måten hindre sykepleieren i å arbeide faglig, etisk og juridisk, slik det står beskrevet i de yrkesetiske retningslinjene 1.3 (Norsk sykepleierforbund, 2019). Den lukkede døren kan også hindre pasienten i å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov som bryter med ett av Hendersons grunnprinsipper i sykepleien (Kristoffersen, 2016, s. 38-39). Det kan bli utfordrende for sykepleieren å vurdere hva som ikke vil skade pasienten og hva som er til det beste for pasienten i denne situasjonen, dermed havner sykepleien i en konflikt mellom ikke-skade prinsippet og velgjørhetsprinsippet (Nortvedt, 2021, s. 85-86).

I tillegg til å redusere lydene tilbydde Gode et al. (2020, s. 150) og Patel et al. (2014, s. 542) ørepropper til alle pasientene. Vi har erfaring med at de fleste sengeposter allerede har ørepropper tilgjengelig som man kan gi ut. Dette underbygges i forskningen (Patel et al. , s.542) der etterlevelsen på dette tiltaket var 100%. I en studie fra 2012 viste resultatene at de lydene som forstyrret søvnen mest var høye elektronisk lyder og høyt snakk fra personalet (Buxton et al., 2012, s. 174). Lydene vil trolig dempes når personalet fokuserer på å redusere lydene og pasientene benytter seg av ørepropper. Dette kan bidra til å redusere delirium da pasienter som er i fare for å utvikle delirium trenger ro og må skjermes for støy og mange sanseinntrykk (Stubberud, 2015, s. 508). På samme tid er dette et tiltak som ikke hindrer sykepleiere i å utføre jobben sin i form av å dekke pasientens grunnleggende behov for pleie og omsorg. Det hindrer heller ikke pasienten i å ta kontakt med sykepleiere eller andre.

I tillegg til tiltak som reduserte lyd implementere Gode et al. (2020, s.150) og Inouye et al. (1999, s.671) tiltak som fremmet lavfrekvent og beroligende lyd. De benyttet seg av hvit-lyd maskin og beroligende musikk. Monoton lyd og lavfrekvent lyd på 6- 42 hertz kan virke deaktivere (Ursin, 1996, s. 93) og dermed fremme søvn. Dette kan danne det faglige grunnlaget for implementeringen. I forskningen finner man ikke konkrete resultater på hvert enkelt tiltak, men sammen med de andre tiltakene ble forekomsten av delirium redusert (Gode et al., 2020, s.150; Inouye et al. 1999, s.671). Selv om monoton og lavfrekvent lyd på den ene siden kan virke deaktivere, kan det på den andre siden bidra til å utløse delirium. Det å våkne opp på natten og høre fremmede lyder kan trigge det å være desorientert og fremmedgjort, som er en utløsende faktor for delirium (Stubberud, 2016, s. 431).

5.4 Lysregulering som søvnfremmende tiltak

I studiene til Gode et al. (2020, s.150), Patel et al. (2014, s. 542) og Unal et al. (2021, s. 1086) implementerte de tiltak for å redusere lys om natten. Tiltakene gikk blant annet ut på å tilby øyemaske, dimme lyset om natten, trekke for gardiner eller persienner om natten, og benytte seg av nattlampe dersom sykepleierne trengte lys for å utføre prosedyrer eller undersøkelser om natten. Patel et al. (2014, s. 542) målte etterlevelsen på de tiltakene de iverksatte og den var på 96-100% på tiltakene som omhandlet å redusere lys. Dette viser at det er tiltak som er realistisk å gjennomføre. Implementeringen kan faglig begrunnes ved at eldre har naturlig nedsatt produksjon av melatonin, dette gjør det ekstra viktig at man ikke avbryter utskillelsen da dette vil redusere trøtthet og søvn i enda større grad (Bakken, 2015, s.848). På bakgrunn av dette er det interessant å se at Gode et al. (2021, s. 150) gjennom søvn-menyen tilbød pasientene å se på TV. I studien kommer det ikke frem hvor mange pasienter som ønsket å se på TV, eller effekten av dette tiltaket konkret. Dette hadde vært interessant å se da lys mot øynene vil kunne øke utskillelsen av hypokretin som er et hormon for å stimulere våkenhet og samtidig hindre utskillelsen av melatonin (Bakken, 2015, s. 845), dermed vil dette jobbe imot effekten ved å redusere lys.

Unal et al. (2021, s.1086) implementerte ikke kun tiltak for å redusere lys om natten, de fokuserte også på å ha tilstrekkelig lys om dagen. Lyseksposering er den viktigste faktoren for å regulere døgnrytmen (Bakken, 2015, s. 848). En studie fra 2010 viste at en ellers frisk 75-åring trenger seks ganger mer lys enn en 10-åring for å oppnå samme regulerende effekt på døgnrytmen (Turner et al., 2010, s. 272). Å hjelpe pasientene med å få en rytme på dag og natt vil bidra til at pasientene er mer orientert for tid og sted, som igjen forebygger delirium (Ranhoff, 2020, s. 466).

Som Virginia Henderson påpeker handler behovsteorien om at pasientene mangler vilje, kunnskap eller krefter til å utføre daglige aktiviteter som fremmer god helse (Kristoffersen, 2021, s. 231). Eldre er en gruppe mennesker ikke alltid har tilstrekkelig kunnskap for å forebygge sykdom (Kirkevold, 2015, s. 204). Dermed blir det sykepleierens oppgave å implementere tiltak som etter spesialisthelsetjenesteloven, motvirker sykdom, skade og lidelse (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 1-1). Sykepleiere har ansvar for å utøve en praksis som skal fremme helse, samt forebygge sykdom (Norske sykepleieforbund, 2019). Å

implementere tiltak som sørger for at pasientene får tilstrekkelig lys om dagen og redusert lys om natten har en stor betydning for sykepleierne. Dette er tiltak som kan bidra til å forebygge delirium, og på denne måten sørge for at sykepleiere utøver arbeid som er i tråd med lovverket og retningslinjene.

6 Avslutning

Eldre er hyppige brukere av sykehustjenester og forekomsten av delirium blant denne målgruppen er høy. Til tross for at det er godt faglig begrunnet at fremming av søvn hos eldre innlagt på sykehus forebygger delirium viser både litteraturen, og vår egen erfaring at det er for lite fokus på dette i praksis. I denne oppgaven har vi sett på hvilken betydning ikke-medikamentelle søvnfremmende tiltak har for å forebygge delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus. Det ser ut til at det å rette fokuset mot en individualisert pleie, å redusere forstyrrelser, og lyd- og lysregulering har en stor betydning for å fremme søvn og på denne måten forebygge delirium.

Å fremme søvn vil i seg selv redusere søvnmangel og forhindre de store konsekvensene dette har for pasienten. Ikke-medikamentelle søvnfremmende tiltak viser seg også å ha en stor betydning for å forebygge delirium og dermed redusere de medfølgende dårlige prognosene dette har for innlagte eldre pasienter på sykehus. Det å forebygge delirium ved hjelp av ikke-medikamentelle søvnfremmende tiltak har også en stor betydning for sykepleierne.

Sykepleierne har en sentral rolle i den forebyggende funksjon og tiltakene har sin verdi i å stort sett være gjennomførbare, selv om omstendighetene kan skape utfordringer.

Sykepleiernes ansvar for en yrkesutøvelse som er i samsvar med lovverket og de etiske prinsippene kan bli utfordret ved innføring av ikke-medikamentelle søvnfremmende tiltak, likevel er konsekvensene av å ikke innføre tiltakene desto større for yrkesutøvelsen. Å forebygge delirium vil også spare sykepleierne for et sykdomsforløp hos pasientene som kan kreve mer av hver enkelt sykepleier. Betydningen å forebygge delirium vil ha for helsevesenet og samfunnet er stor. Det kan redusere antall liggedøgn på sykehuset, minske kostnadene og på denne måten bidra til å skape et mer bærekraftig helsevesen.

Oppsummert har ikke-medikamentelle søvnfremmende tiltak for å forebygge delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus en stor betydning for pasientene selv, sykepleierne og helsevesenet.

Litteraturliste

- Bakken, L. N (2015) Søvn. I E.K Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1.* (5.utg, s. 839 -860). Cappelen Damm Akademisk.
- Benca. R.M. & Quintas. J (1997) Sleep and host defenses: a review. American sleep disorders association and sleep research society, 20 (11), 1027-1037.
- Blytt, K. M., Frantsen, A. M & Bastøe, L. K. (2021). Søvn og hvile: Søvn. I N. J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: grunnleggende behov og helse 2* (425-449). Gyldendal
- Bonnet. M. H. & Arand. D. L. (2003) Clinical effects of sleep fragmentation versus sleep deprivation. Sleep medicine reviews, 7(4), 297-310. doi:10.1053/smr.2001.0245
- Buxton, O. M., Ellenbogen, J. M., Wang, W., Carabelleira, A., O'Connor, S., Cooper, D., Gordhandas, A. J., McKinney, S. M. & Solet, J. M. (2012). Sleep Disruption due to Hospital Noises: A Prospective Evaluation. *Annals of Internal Medicine*, 157(3), 170-179.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-3-201208070-00472>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2020) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag
- Dalland, O. (2018). Metode for oppgaveskriving. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Den norske legeforening (2011, oktober) *Målbeskrivelse for geriatri: Definisjon*.URL:
<https://www.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Geriatri/Gammel-ordning/malbeskrivelsegeriatri/>
- Ehnfors, M., Ehrenberg. A & Thorell-Ekstrand, I. (2015). *Nye VIPS-boken: Velvære, integritet, profylakse, sikkerhet.* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Cappelen Damm akademisk. (Opprinnelig utgitt 2013)
- Feitvet, A & Bjorvatn , B (2009) Søvnforstyrrelser hos eldre. *Den norske legeforening*. 129(19), 2004-2006
- Figuroa-ramos. M. I., Arroyo-Novoa. C.M., Lee. K. A., Padilla. G. & Puntillo. K. A (2008) Sleep and delirium in ICU patients: a review of mechanisms and manifestations. *Intensive care med*, årgang 2009 (35), 781-795. DOI 10.1007/s00134-009-1397-4
- Gode, A., Kozub, E., Joerger, K., Lynch, C., Roche, M. & Kirven, J. (2020). Reducing Delirium in Hospitalized Adults Through a Structured Sleep Promotion Program. *Journal of nursing care quality*, 36(2), s. 149–154. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000499>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- ORIA. Hva er oria?. I *Oria*. Hentet 04.april.2022 fra <https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/search?vid=LOVISHS>
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr, Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R. & Cooney, L. M. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England journal of medicine*, 340(9), s. 669
676n://doi.org/10.1056/NEJM199903043400901
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911-922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)
- Kirkevold, M. (2015) Karakteristika ved sykepleiepraksis - sykepleierens møte med ulike typer situasjoner. I E.K Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1*. (5.utg, s. 193-208). Cappelen Damm Akademisk.
- Kirkevold, M. (2020). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg, s. 98-114). Gyldendal Akademisk
- Kirkevold, M & Jeppestøl, K. (2020). Kartlegging og vurdering. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg, s. 115-139). Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (3. utg.,bind 1, s. 15-27). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N., A., (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise: Ulike teoretikers syn på sykepleiefunksjonen. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie 3*. (3.utg., Bind 3, s. 16- 77). Gyldendal norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., Bind 1., s. 225-287). Gyldendal
- Krogseth, M. (2020) Delirium. I B. S. Husebø & E. Flo (Red.), *Eldreboken: Diagnoser og behandling* (95-106). Fagbokforlaget.
- Lautenbacher. S., Kundermann. B. & Kreig. J-C (2006) Sleep deprivation and pain perception. *Sleep medicine reviews*, 10,357-369. DOI: 10.1016/j.smrv.2005.08.001
- Leslie, D. L, Marcantoino, E. R., Zhang, Y., Leo-summers, L &Inouye, S. K. (2008) One- year health care costs associated with delirium in the elderly. *Arch intern med*. 168 (1) 27-32
doi:10.1001/archinternmed.2007.4.

- Mangusan, R. F., Hooper, V., Denslow, S. A. & Travis, L. (2015). Outcomes associated with postoperative delirium after cardiac surgery. *American Journal Of Critical Care*, 24(2), 156-163. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015137>
- Marcantonio E. R. (2017). Delirium in Hospitalized Older Adults. *The New England journal of medicine*, 377(15), 1456–1466. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1605501>
- Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I E.K.Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleiebokenen 1*. (5.utg, 1 opplag, s.119- 141). Cappelen Damm Akademisk
- Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=1>
- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>
- Molven, O.(2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund.
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: Innføring i sykepleieetikk* (3.utg.). Gyldendal
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg, s. 17-39). Gyldendal Akademisk
- Patel, J., Baldwin, J., Bunting, P. & Laha, S. (2014). The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia*, 69(6), s. 540-549. <https://doi.org/10.1111/anae.12638>
- PubMed. PubMed overview: about the content. I *PubMed*. Hentet 4. April 2022 fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02 63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, A. H. (2020). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg, s.232-244). Gyldendal Akademisk
- Ranhoff, A. H. (2020). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg, s. 53-67). Gyldendal Akademisk

- Ranhoff, A. H. (2020). Delirium (akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg, s. 458-471). Gyldendal Akademisk
- Ryan, D. J., O'Regan, N. A., Caoimh, R.Ó., Clare, J., O'Connor, M., Leonard, M., McFarland, J., Tighe, S., O'Sullivan, K., Trzepacz, P. T., Meagher, D. & Timmons, S. (2013) Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. *BMJ Open*, 3 (1), e001772. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001772>
- Slettebø, Å. & Pedersen, R. (2020). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg, s. 216-231). Gyldendal Akademisk
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Spiegel, K., Leproult, R. & Cauter, E. V. (1999) Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. *The lancet*, 354 (9188). 1435-1439. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)01376-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)01376-8)
- Statistisk sentralbyrå. (1999) *Eldre i Norge: Eldrebefolkningen*. Statistisk sentralbyrå.
- Statistisk sentralbyrå. (2013). Seks av ti eldre i kontakt med sykehus. I J. Ramm. (Red.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester* (s. 77-83).
- Statistisk sentralbyrå (2022, 24. februar) Befolkning fordelt på aldersgrupper, 1. januar. Statistisk sentralbyrå. Hentet 4. april 2022 fra <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/befolkning#om-statistikken>
- Stubberud, D-G. (2015). Bevissthet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg, s. 491-511). Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved delirium. I D.G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie 1* (5. utg, s. 429-438). Gyldendal Akademisk
- Stubberud, D-G. (2018). *Kvalitet og Pasientsikkerhet - sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudent: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget
- Turner, P. L., Van Someren, E. J., & Mainster, M. A. (2010). The role of environmental light in sleep and health: effects of ocular aging and cataract surgery. *Sleep medicine reviews*, 14(4), 269-280. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.11.002>
- Unal, N., Guvenc, G. & Naharci, M. (2021). Evaluation of the effectiveness of delirium prevention care protocol for the patients with hip fracture: A randomised controlled study. *Journal of clinical nursing*, 00, s. 1-13. <https://doi.org/10.1111/jocn.15973>
- Ursin, R. (1996) *Søvn: En lærebok om søvnfysiologi og søvnsykdommer*. Cappelen Akademisk Forlag

- Van Dongen, H. P., Maislin, G., Mullington, J. M., & Dinges, D. F. (2003). The cumulative cost of additional wakefulness: dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. *SLEEP*, 26(2), 117–126. <https://doi.org/10.1093/sleep/26.2.117>
- Watson, P. L. Ceriana, P. & Fanfulla, F. (2012) Delirium: Is sleep important? Best practice & research clinical anesthesiology, 26, 355-365.
- Wilhelmsen- Langeland, A. (2020). *Våkne opp!* . Gyldendal
- World health organization (2001) *international lassification of Functioning, Disability, and Health (ICF)*. World health organization. Hentet 4. April. 2022 https://icd.who.int/dev11/l_____icf/en#/http://id.who.int/icd/entity/2122861806
- World Health Organization. (2017, 12. desember). *Mental health of older adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Wyller, T. B. (2020) *Geriatrici: en medisinsk lærebok*. (3.utg). Gyldendal
- Yrkesetiske retningslinjer. (2019). Norsk Sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>.
- Zhong, X., Hilton, H. J., Gates, G. J., Jelic, S., Stern, Yaakov., Bartels, M. N., Demeersman, R. E. & Basner, R. C (2005) Increased sympathetic and decreased parasympathetic cardiovascular modulation in normal humans with acute sleep deprivation. *Japnl Physiol*, 98, 2024-2032. doi:10.1152/japnlphysiol.00620.2004.8750