

Søvn hos eldre innlagt på sykehjem

Kandidatnummer: 588
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 7975

Dato: 03.01.23



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høyskole Dato: 03.01.23
Tittel: Søvn hos eldre innlagt på sykehjem	
<p><u>Innledning</u></p> <p>Søvnproblemer er blant de vanligste helseplagene i dagens samfunn. Flere rapporterer nedsatt livskvalitet og redusert mestringsopplevelse grunnet søvnforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017). Mangel på søvn påvirker humør, livskvalitet, konsentrasjon og yteevne. Søvnløshet rammer rundt femti prosent av alle over 65 år (Ranhoff, 2020, s. 372). Jeg har derfor valgt problemstillingen «Hvordan bedre søvnkvalitet hos eldre pasienter på sykehjem ved bruk av ikke-medikamentell behandling». Min intensjon med å skrive om søvn hos eldre på sykehjem samt ikke-medikamentelle tiltak, er for å sette fokus på tiltak som kan komplimentere og eventuelt erstatte medikamentbruk hos eldre med søvnproblemer.</p> <p><u>Metode:</u></p> <p>Ved strukturert søk i databaser gjennomførte jeg en generell litteraturgjennomgang for å finne publisert forskning relevant til min problemstilling. Artiklene skulle være fagfellevurdert for å kvalitetssikre artiklene før de ble inkludert i utvelgelsesprosessen. Utafra avgrensninger og inklusjons og eksklusjonskriterier fant jeg 3 artikler ved CINAHL og 1 artikkel ved bruk av PubMed.</p> <p><u>Resultat</u></p> <p>Gjennomgang av de fire forskningsartiklene viser til utførsel av tiltak for å øke søvnkvaliteten hos eldre på sykehjem. Resultatene fra artiklene viser signifikant bedring i økt objektivt og subjektiv søvnkvalitet samt søvn mønstre; ved fysisk aktivitet og sosialisering, individualisert tilpassede intervensjoner ved søvnhygiene, søvnrestriksjoner og stimuluskontroll.</p> <p><u>Diskusjon</u></p> <p>Resultats diskusjon: subjektiv og objektiv søvnkvalitet, motivasjon, informasjon og veiledning, individualisert tilpasset sykepleie og mangel på kunnskap og tid for å optimalisere søvnkvaliteten.</p> <p>Metodediskusjonen: Styrker og svakheter ved brukt metode, og styrker og svakheter ved de inkluderte artiklene. Det er gjort en kritisk vurdering av søkeord, valg av artikler, design, kulturelle forskjeller og pasientgrupper inkludert i artiklene.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans	2
1.3	Hensikt og problemstilling	2
1.4	Avgrensing.....	3
1.5	Begrepsavklaring	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Definisjon på søvn.....	4
2.2	Søvnfysiologi og søvnstadier hos eldre.....	5
2.3	Årsaker til søvnvansker hos eldre.....	6
2.3.1	Insomni.....	6
2.4	Behandling av søvnvansker hos eldre.....	7
2.5	Sykehjemmets ansvar.....	8
2.6	Sykepleiers forebyggende, observerende og kartleggende funksjon	9
2.6.1	Kartleggingsverktøy: subjektiv og objektiv søvn.....	10
2.7	Rammeverk for personsentrert sykepleie	11
2.8	De fire etiske prinsipper	12
3	Metode	13
3.1	Litteraturstudie.....	13
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	13
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur.....	20
4	Resultater	22
4.1	Presentasjon av artiklene i matrisen.....	22
4.2	Syntese av resultatene.....	27
5	Diskusjon.....	28
5.1	Resultatdiskusjon.....	28
5.1.1	Fysisk aktivitet og sosialisering for bedre søvnkvalitet	28
5.1.2	Individualisert sykepleie for bedre søvnkvalitet	29
5.1.3	Subjektiv og objektiv søvnkvalitet.....	30
5.1.4	Motivasjon, informasjon og veiledning	31
5.1.5	Individualisert tilpasset sykepleie og plan	33
5.1.6	Mangel på kunnskap og tid for å optimalisere søvnkvaliteten	34
5.2	Metodediskusjon.....	35
5.2.1	Styrker og svakheter ved brukt metode.....	35
5.2.2	Styrker og svakheter ved inkluderte artikler	37
6	Konklusjon.....	39

1 Innledning

Oppgaven omhandler søvn hos eldre, og hvordan bedre søvnkvalitet hos pasienter på sykehjem ved ikke-medikamentelle tiltak. Oppgaven vil ta for seg teoretisk grunnlag om søvn, metode for valgte forskningsartikler, resultater og syntese, og avsluttes med resultat- og metode diskusjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Søvnproblemer er blant de vanligste helseplagene i dagens samfunn. Flere rapporterer nedsatt livskvalitet og redusert mestringsopplevelse grunnet søvnforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017). Søvn er et av menneskets grunnleggende behov som må dekkes for å fungere i hverdagen. Mangel på søvn påvirker humør, livskvalitet, konsentrasjon og yteevne. Søvnløshet rammer rundt femti prosent av alle over 65 år. Søvnvansker hos eldre kan lett bli kroniske og bestå av flere sammensatte årsaker (Ranhoff, 2020, s. 372). Det er lite kunnskaper og fokus på søvn i store deler av helse- og omsorgstjenesten. For å kunne hjelpe pasienter til å sove og oppnå best mulig søvnkvalitet er kunnskap om søvnfysiologi, døgnrytmer og søvnbehov nødvendig (Bakken, 2019, s. 840)

Gjennom erfaring fra praksis på sykehjem møtte jeg eldre med søvnutfordringer. Jeg mener det var lite fokus på søvn blant pasientene samt mangelfull opplæring i intervensjoner som kunne være med å bedre søvnkvalitet. Et stort dilemma hos eldre, særlig blant kvinner, er massivt bruk av beroligende og sovemedisiner som er vanedannende ved langtidsbruk og som videre vil føre til toleranseutvikling (Ranhoff, 2020, s. 372). Ikke-medikamentell behandlings intervensjoner utført av sykepleier i tett dialog med pasienten vil derfor være relevant for forebygging av avhengighet og langtidsbruk av sovemedisin.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Ifølge sykepleieteoretikeren Virginia Henderson er sykepleieres særegne funksjon å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlingene som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (Holter, 2019, s. 111). Det er grunnleggende for sykepleiere å utøve personsentrert omsorg ved å yte helhetlig og individuelt tilpasset sykepleie ved å ta utgangspunkt i pasientens opplevelser, verdier, ønsker, behov samt ivareta pasientens integritet og verdighet (Kirkevold, 2020, s.98). Sykepleiere kan møte eldre pasienter med søvnproblemer ulike steder innenfor helsesektoren, men på sykehjem vil sykepleier kunne kartlegge, observere og gi helhetlig pleie over lengre tid. På sykehjemmet er sykepleiere bredt engasjert i direkte pasientarbeid og tar i bruk og utfordrer den sykepleiefagelige kompetansen og holistiske tilnærming (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 267) Sykepleiere spiller en sentral og rolle på sykehjem; som utøvende klinikere i direkte pasientomsorg, deltagere i tverrfaglig team og ledere på ulike nivå (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 276). De har et overordnet ansvar for å ivareta og vedlikeholde organisasjonskulturen som igjen ivaretar behov til alle aktører: beboer, pårørende og ansatte, og bidrar til pasientsikkerhet og kontinuerlig kvalitetsforbedring (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 276).

1.3 Hensikt og problemstilling

Jeg har valgt problemstillingen «Hvordan bedre søvnkvalitet hos eldre pasienter på sykehjem ved bruk av ikke-medikamentell behandling».

Min intensjon med å skrive om søvn hos eldre på sykehjem samt ikke-medikamentelle tiltak, er for å sette fokus på tiltak som kan komplimentere og eventuelt erstatte medikamentbruk hos eldre med søvnproblemer.

1.4 Avgrensning

Denne oppgaven omhandler sykehjemspasienter over 65 år. Ifølge Folkehelseinstituttet defineres personer som eldre ved pensjonering eller i en alder av 65 år (Folkehelseinstituttet, 2022). Jeg har valgt eldre over 65 år ettersom omtrent halvparten av alle over 65 år rapporterer søvnløshet og er derfor en relevant målgruppe for å skrive om søvnkvaliteten til eldre på sykehjem (Ranhoff, 2020, s. 372). Jeg avgrenser oppgaven til eldre pasienter innlagt på sykehjem, ettersom innleggelse på sykehjem gir sykepleier mulighet til å følge pasienten over tid med tiltak som kan bedre søvnkvaliteten hos dem med søvnutfordringer. Tiltakene som skal tre i kraft, skal være ikke-medikamentelle og kunne utføres av sykepleier.

1.5 Begrepsavklaring

Søvnkvalitet:

Ifølge Nelson et al (2021) defineres søvnkvalitet som en essensiell og komplisert konstruksjon som kan deles inn i en subjektiv og objektiv opplevelse. Den subjektive opplevelsen inkluderer hvordan personer føler seg når de våkner og utover dagen, oppvåkninger gjennom natten, om de føler seg uthvilt og restituert etter oppvåkning. Den objektive opplevelsen av søvnkvaliteten måles gjennom måleinstrumenter som for eksempel ved polysomnografi eller aktigrafi (Nelson et al., 2021, s. 145). Søvnkvalitet er et individs selvtilfredshet med at alle aspekter av søvnopplevelsen kan måles ved hjelp av følgende variabler: søvneffektivitet, innsovning, oppvåkninger og søvnarkitektur mål (Nelson et al., 2021, s. 149).

Ikke-medikamentelle tiltak: er tiltak som kan iverksettes istedenfor eller i tillegg til medikamentell behandling. Ikke-medikamentell behandling kan bestå av ulike teknikker og behandlingsmåter som for eksempel; søvnhygiene, søvnrestriksjoner og avslappingsteknikker. Tilbud om ikke-medikamentell behandling ved søvnproblemer er forholdsvis lite tilbudt i helsevesenet, men gis av noen søvnspesialister (Bakken, 2019, s. 856)

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Definisjon på søvn

Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson har i sin teori definert fjorten grunnleggende behov som skal innbefatte menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjon. For å kunne gi pasienten individuell og personrettet sykepleie må sykepleier danne seg et overblikk over hvilke områder pasienten har behov for hjelp (Mathisen, 2019, s. 128). Det behovet og målet som er mest relevant knyttet til denne oppgaven er å oppnå tilstrekkelig med hvile og søvn for å dekke kroppens behov for restituering. Begrepet søvn er inkludert og definert av verdens helseorganisasjon (WHO). WHO definerer søvn som en mental funksjon av periodisk, reversibel og mental avkobling fra omgivelsene fulgt av karakteristiske fysiske forandringer (Bakken, 2019, s. 839)

2.2 Søvnfysiologi og søvnstadier hos eldre

Søvnkvalitet og subjektiv opplevelse av søvn endres med aldring. Ved økende alder endres søvnmønsteret grunnet sviktende funksjon i døgnrytmesenteret i hjernen kalt nucleus suprachiasmaticus. Søvnens blir mer overfladisk, får dårligere kvalitet og resulterer i at eldre våkner flere ganger om natten (Ranchoff, 2020, s. 373). Om lag halvparten av alle personer over 65 år rapporterer søvnplager. Kartlegging blant eldre viser at disse søvnplagene plagues assosieres med en følelse av nedsatt livskvalitet, psykiske plager og begrenser daglige gjøremål (Bjørvatn, 2012, s. 211). Eldre blir generelt tidligere trøtte på kvelden enn den yngre generasjonen, og våkner tidligere på morgenen. Ved økende alder blir også den dype søvnen redusert.

Søvn deles inn i ulike stadier; NREM (non rapid eye movements) fra stadium 1-4 og REM (rapid eye movements). Stadium 1 (N1) er innsovningsstadium, stadium 2 (N2) er basissøvn, stadium 3 og 4 (N3) kalles SWS (slow wave sleep) og REM-søvn (R). Søvnssyklusen ved innsoving begynner med stadium 1-4 før den går over i REM der de fleste drømmer finner sted. (Bastøe et al., 2016, s. 350). Eldre har mer av stadium 1 og 2, den lettere søvnen, mens de derimot har mangel på stadium 3 og 4, altså dypere søvn, samt mindre REM-søvn. Søvnens blir derfor mer overfladisk og av dårligere kvalitet. Dette skyldes blant annet mangel på produksjon av melatonin ved økende alder grunnet reduksjon i antall reseptorer i de fotosensitive cellene i øynene. Dette fører igjen til reduksjon i signaler sendt til hypofysen om melatoninutskilling (Bastøe et al., 2016, s. 354)

De siste 15 årene har det blitt økt fokus på hvor viktig søvn er for menneskets helse, velvære og rehabilitering etter sykdom. Kroppen er sammensatt med behov for balanse mellom katabole (nedbrytende) og anabole (oppbyggende) prosesser. Søvn er avgjørende for de anabole prosessene ettersom den dype søvnen skaper et ikke-inflammatorisk miljø (Bastøe et al., 2016, s. 351). Søvn påvirker det sentrale nervesystemet. Under stadium 3 og 4 forekommer fysiologisk nedtoning i kroppen ved at puls og pustefrekvens nedsettes. I denne fasen skjer en økt utskilling av anabole hormoner; veksthormon, testosteron og aldosteron, mens katabole hormoner som kortisol og adrenalin hindres.

Dette har stor innvirkning på immunforsvaret ettersom det fremmer aktivering av immunceller (Bastøe et al., 2016, s. 351). Søvn har dermed en avgjørende rolle i å forebygge sykdom og påvirke tilheling ved sykdom.

2.3 Årsaker til søvnvansker hos eldre

Det finnes ulike komponenter som er med å forstyrre søvn hos eldre og årsaken er derfor multifaktorel. Inaktivitet, psykiske og somatiske sykdommer, velvære, legemiddelbruk og kjemiske substanser og miljøfaktorer er vanlige årsaker til søvnproblemer hos eldre (Ranhoff, 2020, s. 374). Mange eldre på sykehjem er inaktivitet. De tilbringer som oftest dagen sittende. Mange er sengeliggende av ulike årsaker, og samlet er det vanlig å «duppe av» på dagtid. «Duppe av», inn og ut av søvn, påvirker nattesøvnen og gir opplevelse av dårlig søvnkvalitet (Ranhoff, 2020, s. 374). Andre årsaker som påvirker søvn er eksempelvis smerte ved somatisk sykdom. Andre vanlige tilstander hos eldre er rygg og leddsmerter, tung pust ved hjerte- og lungesykdommer samt nattlig urineringsstrang som kan føre til oppvåkning 2-3 ganger om natten. Manglende velvære ved våte bleier, blærekateter, sonde, ukomfortabel liggestilling eller forhold ved sengen kan føre til at søvnkvaliteten reduseres. Psykiske lidelser som angst og depresjon er svært relevante årsaker til søvnløshet. Vanskelige livssituasjoner som konflikter, sorg og sykdom samt stress, kan føre til søvnforstyrrelser (Ranhoff, 2020, s. 374).

Medisinering med ulike legemidler grunnet fysisk og psykisk sykdom kan påvirke søvn negativt. Legemidler som brukes hos eldre eksempelvis betablokkere, urindrivende midler, betastimulatorer og teofyllin kan gi bivirkning på søvnkvaliteten over tid. I tillegg påvirker også kjemiske substanser som kaffe, alkohol og nikotin søvn negativt. På sykehjem vil ulike faktorer bidra til å forstyrre søvn hos beboerne. Støy fra tv og radio, pleiersnakk i gangen, tramping med sko, nattlig tilsyn eller endringer i omgivelsene er eksempler på dette (Ranhoff, 2020, s. 374).

2.3.1 Insomni

Diagnosen insomnia stilles ut fra den enkeltes subjektive opplevelse med søvn.

Insomni kan defineres som dårlig eller lite søvn grunnet innsovningsvansker, urolig nattesøvn, tidlig morgenoppvåkning eller at pasienten subjektivt opplever søvnen er av dårlig kvalitet (Bjorvatn, 2012, s. 47). Søvnvanskene er til stede selv om det er mulighet for å oppnå god søvn og medfører også nedsatt funksjon på dagtid ved økt søvnighet eller tretthet, humørsvingninger, redusert yte- eller konsentrasjonsevne, svekket kognitiv eller sosial fungering, økt ulykkesrisiko, fysisk ubehag eller økt bekymring rundt søvn (Bjorvatn, 2012, s. 48).

2.4 Behandling av søvnvansker hos eldre

Målet med behandling av søvnproblemer er å bedre både kvantiteten og kvaliteten på søvnen, redusere stress samt forbedre pasienters funksjon på dagtid. I grove trekk kan det oppnås gjennom medikamentell og ikke medikamentell behandling eller en kombinasjon (Bakken, 2019, s. 856)

Ved behandling av søvnproblemer benyttes ofte medikamenter både ved akutte og kroniske plager. Ved akutt insomni brukes hypnotika, og bruk over en måned frarådes (Bjorvatn, 2012, s. 55). Hypnotika er kjent for å gi avhengighet og etterhvert vil virkning opphøre. Bivirkningene er også mer uttalte hos eldre enn hos yngre. Hypnotika kan gi en slags sløvende effekt, kognitive problemer og redusert gangfunksjon (Bjorvatn, 2012, s. 214)

Ikke medikamentell behandling består av ulike teknikker og behandlingsmåter; intervensjoner der sykepleierrollen er sentral i å kartlegge, observere og iverksette. Eksempler på behandling/intervensjoner er stimuluskontroll, søvnhygiene og søvnrestriksjoner. Disse komponentene inngår i en behandlingspakke kalt kognitiv atferdsterapi for insomni (CBTi). Ved stimuluskontroll korrigeres uheldig søvnadferd som søvn på dagtid og bruk av seng i forhold til tid på døgnet. Å styrke assosiasjonen mellom søvn og seng er sentralt i denne tilnærmingen (Bjorvatn & Fetveit, 2012, s. 180). Søvnhygiene innebærer å gi grunnleggende råd om hvordan oppnå best mulig søvnkvalitet. Disse rådene innbefatter eksempelvis å redusere koffeinbruk før sengetid, mørke og ro på rommet og regelmessig mosjon og aktivitet (Bjorvatn, 2012, s. 234). Aktivitet på dagtid har vist til å øke behovet for søvn samt mengden på dyp søvn. Inaktivitet kan være en årsak til at søvnbehovet ikke bygger seg opp i løpet av dagen (Bakken, 2019, s. 848).

Ved søvnrestriksjoner er fokuset på å redusere tid tilbrakt i sengen til da pasienten faktisk sover, slik at det ikke oppstår en negativ kobling mellom søvn og seng (Bjorvatn, 2012, s. 57)

Kognitiv adferdsterapi har god dokumentert effekt og kan anbefales til pasienter med insomni, samtidig er dette en intervensjon som krever at pasienten er motivert. Motivasjonen til enkelte eldre kan være en del lavere enn hos yngre pasienter og kan derfor være krevende for den eldre på sykehjem (Bjorvatn, 2012, s. 214)

2.5 Sykehjemmets ansvar

Søvnplager fører med seg belastninger for både pasienter og pårørende som igjen kan være den utløsende årsaken til at pasienter legges inn på sykehjem (Bjorvatn, 2012, s. 212). Etter innleggelse på sykehjem har 70% av pasientene en søvnforstyrrelse, dette er betydelig høyere enn i den generelle populasjonen av eldre (Lorenz et al., 2011, s. 339)

Sykehjemmets sentrale rolle i samfunnet er å ivareta eldre som ikke lenger kan ta vare på seg selv, eller ikke klarer seg med det familien og hjemmebaserte helsetjenesten kan gi (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 263). Ifølge lov om pasient og brukerrettigheter §2-1 har alle pasienter rett på opphold i sykehjem tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten nødvendig og forsvarlig helse og omsorgstjenesters (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1). Sykehjemmets overordnede målsetninger er å gi kvalitativ god og individuelt tilpasset pleie og omsorg, og et riktig medisinsk utrednings- og behandlingstilbud (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 263). At sykehjemmets rolle og ansvar er definert og oppfylt er en forutsetning for at den enkelte pasient blir kartlagt og behandlet i profesjonelle rammer.

2.6 Sykepleiers forebyggende, observerende og kartleggende funksjon

Søvnproblemer kan redusere elders aktivitet og funksjoner. Noe som igjen gir økt behov for hjelp til stell og dermed mindre selvstendighet. Sykepleier har en viktig rolle med hensyn til forebygging, kartlegging, observasjon, dokumentering og iverksetting av intervensjoner hos den enkelte. Kartlegger ved hjelp av observasjoner; søvnmønster, tretthet på dagtid, søvnkvalitet på natten samt har samtaler med pasienten om egen opplevelse av disse (Ranhoff, 2020, s. 380).

Kartlegging og observasjon av pasienten er ideelt sett et tverrfaglig samarbeid. Sykepleier skal tilrettelegge og koordinere for tverrfaglighet med leger og eventuelt fysioterapeuter i utredning av søvnproblemer (Ranhoff, 2020, s. 380). Sykepleier har også ansvar for å iverksette tiltak/ intervensjoner for pasienter med søvnforstyrrelser. Det er viktig med god balanse mellom aktivitet og hvile, sørge for god søvnhygiene, optimalisere behandling samt gi god informasjon om endringer i søvnmønster ved økende alder ved å undervise og veilede pasienten og eventuelle pårørende (Ranhoff, 2020, s. 380). Sykepleier har, i samarbeid med andre involverte, et ansvar for å utarbeide en tiltaksplan som sikrer den enkelte pasient individualisert tilpasset helsehjelp samt bevare pasientens verdighet og integritet (Ranhoff, 2020, s. 380). Ved både kartlegging, vurdering av problemet og effekten av tiltak, er det sentralt at sykepleier dokumenterer prosessen.

2.6.1 Kartleggingsverktøy: subjektiv og objektiv søvn

Sykepleier har en sentral rolle i kartlegging av søvn hos eldre på sykehjem. Ved observasjon og kartlegging av søvn er det ulike kartleggingsverktøy som kan brukes: søvndagbok, insomnia severity index (ISI), The pittsburgh sleep quality index (PSQI), polysomnografi- undersøkelse (PSG) og aktigrafi måler både subjektiv og objektiv søvn.

For å måle pasienters subjektive søvnkvalitet er søvndagbok et godt kartleggingsverktøy. Ved bruk av søvndagbok kan sykepleier kartlegge, tilrettelegge behandling og følge respons på behandlingen. Søvndagbok består av søvnrelaterte spørsmål som skal fylles ut daglig; morgen og kveld. Boken kan fylles ut av pasienten eller i samarbeid med sykepleier (Bjorvatn, 2012, s. 37). Insomnia severity index måler alvorlighetsgrad av insomni fra 0-28 poeng ved hjelp av fem ulike spørsmål. Den vurderer søvn basert på syv ulike dimensjoner: alvorlighetsgrad av innsettende søvn, vedlikehold av søvn og tidlig morgen oppvåkingsproblemer, søvnmisnøye, forstyrrelser av søvnvansker med funksjon på dagtid, merkbarhet av søvnproblemer oppdaget av andre og plager forårsaket av søvnvansker (Morin et al., 2011, s. 602). Et annet effektivt kartleggingsverktøy er PSQI, som måler søvnkvalitet og søvn mønster hos eldre den siste måneden. Besvarelse av fjorten spørsmål gir vurdering om «god» eller «dårlig» søvn ved syv ulike områder: subjektiv søvnkvalitet, søvnforsinkelse, søvn varighet, vanlig søvneffektivitet, bruk av medikamenter og dysfunksjon på dagtid. En global sum på 5 eller høyere indikerer «dårlig» søvn (Smyth, 2008, s. 45).

For å måle objektiv søvnkvalitet kan man bruke PSG og aktigrafi. Ved PSG måles søvn lengden og søvndybden. Målingene gjøres på natten og sier dermed ikke noe om søvn på dagtid. Ved måling kan søvn forstyrres grunnet ledninger tilkoblet på kroppen. Aktigrafi er et klokkelignende måleinstrument som kan festes rundt handledet. Den kan måle søvn lengde, oppvåkninger og våkentid, men ikke søvndybde. Måleinstrumentet måler dag og natt over en lengre tidsperiode. Disse objektive målingene kartlegger søvn om natten, men sier ingenting om pasienten selv føler seg uthvilt eller om søvnen oppleves tilfredsstillende (Bakken, 2019, s. 850).

2.7 Rammeverk for personsentrert sykepleie

Innen sykepleiefaget er det en grunnleggende verdi å yte helhetlig og individuelt tilpasset sykepleie. Det personsentrerte sykepleierammeverket er et sentralt rammeverk utviklet nettopp for å kunne yte best mulig effektiv personsentrert pleie for pasienter.

Det personsentrerte sykepleierammeverket ble utviklet gjennom en gjentakende prosess som kombinerte to eksisterende konseptuelle rammeverk av McCance et al. (2001), McCormack (2001, 2003) og McCance (2003) (McCormack & McCance, 2006, s. 473).

Rammeverket ble utviklet for bruk i et intervensjonsstudium av et kvasi-eksperimentelt prosjekt. Dette prosjektet fokuserte på å måle effektiviteten av implementering av personsentrert sykepleie i sykehussammenheng. Det personsentrerte sykepleierammeverket består av fire ulike hovedkomponenter: forutsetninger, omsorgsmiljøet, personsentrerte prosesser og forventede resultater (McCormack & McCance, 2006, s. 473). Forutsetninger fokuserer på sykepleiers egenskaper, og inkluderer det å være faglig kompetent, utviklet mellommenneskelige ferdigheter, engasjement i yrket, klarhet i tro og verdier samt kjenne seg selv. Omsorgsmiljøet belyser konteksten omsorgen leveres i og inkluderer følgende kompetansemiks: systemer som deler beslutningstaking, effektive personalforhold, støttende organisasjonssystemer, maktfordeling, innovasjonspotensialet og risikotaking. Personsentrerte prosesser fastslår det å levere personsentrert omsorg ved en rekke ulike aktiviteter samt inkludere pasientens tro og verdier, engasjement, ha en sympatisk væremåte, delt beslutningstaking og dekke de fysiske behovene. Komponentene i rammeverket har et spesifikt fokus på selve pasienten, og beskriver personsentrert sykepleie i sammenheng med omsorgslevering (McCormack & McCance, 2006, s. 476). Den siste hovedkomponenten i rammeverket er de forventede resultatene av effektiv personsentrert sykepleie. Disse forventningene innebærer god og tilfredsstillende omsorg, involvering i omsorg, gi en følelse av velvære samt skape et terapeutisk miljø (McCormack & McCance, 2006, s. 477).

2.8 De fire etiske prinsipper

Innenfor helsevesenet er det fire etiske prinsipper som har en stor innflytelse på hvordan man som helsepersonell tenker rundt tema etikk. Disse prinsippene er: velgjørenhet, ikke skade, respekt for autonomi og rettferdighet. Velgjøringsprinsippet består av å ville, og etter beste evne gjøre, det som er best for pasienten. Sykepleier skal følge sykepleieres yrkesetiske retningslinjer. Et eksempel på velgjøringsprinsippet er retningslinjene i kapittel 2. Sykepleier og pasienten (Nortvedt, 2016, s. 96). Velgjøringsprinsippet uttrykkes også i helsepersonelloven §4 Forsvarlig sykepleie. Loven sier at sykepleiere skal tilby faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). Ikke skade prinsippet spesifiserer hva man ikke skal gjøre mot pasientene sine. Prinsippet beskriver også ansvaret om å minimalisere pasienters smerte og ubehag samt ivareta omsorg (Nortvedt, 2016, s.97). Autonomiprinsippet beskriver mennesket som et selvbestemmende (autonomt) vesen. Sykepleier som et selvlovgivende individ har tilsvarende respekt for andre som for seg selv, samt pasientens selvstendige og informerte valg. Pasienter skal kunne ta egne valg og ha selvbestemmelse og påvirkning på egen behandling og pleie, inkludert retten til å nekte hjelp (Nortvedt, 2016, s.97). Det siste prinsippet, kalt rettferdighetsprinsippet, spiller en sentral rolle i det moderne helsevesenet. Prinsippet sier noe om fordelinger av ressurser i helsevesenet med tanken på likebehandling og prioritering til de som har prekære behandlingsbehov. Yrkesetiske retningslinjene, kapittel 6. sykepleier og samfunnet, beskriver hvordan sykepleiere på en rettferdig måte skal fordele ressurser og forvaltninger innen helsetjenestene både nasjonalt og globalt (Nortvedt, 2016, s.98).

Prinsippene er bindeledd mellom etiske teorier og vår allmennkunnskap. Prinsippene er overordnede og anvendbare til å kunne gi veiledning i ulike situasjoner med moralske fellestrekk. Eksempelvis der pasientens autonomi er truet eller forskjellsbehandling av pasienter (Nortvedt, 2016, s.98).

3 Metode

3.1 Litteraturstudie

Den generelle litteraturgjennomgangen er en syntese og analyse av publisert forskning om et relevant klinisk problem, og er et vanlig format for akademiske avhandlinger for bachelor i sykepleie (Popenoe et al, 2021, s. 175). En sentral oppgave for forfatteren av en generell litteraturgjennomgang er å analysere resultatene av flere vitenskapelige studier for å videre beskrive kunnskapstilstanden om et bestemt emne og trekke konklusjoner med kliniske anvendelser for å kunne besvare problemstillingen (Popenoe et al, 2021, s. 175).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

I denne søkeprosessen er følgende to vitenskapelige databaser tatt i bruk: Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) og PubMed. Ved strukturert søk i disse databasene gjennomførte jeg en generell litteraturgjennomgang for å finne publisert forskning relevant til min problemstilling. Artiklene skulle være fagfellevurdert for å kvalitetssikre artiklene før de ble inkludert i utvelgelsesprosessen.

Jeg startet ved å gjøre et strukturert søk i databasen CINAHL med utgangspunkt i emneord som relaterte til problemstillingen min. Følgende søkeord ble brukt:

«Sleep deprivation», «sleep disorders», «sleep disorders intrinsic», «sleep quality», «sleep hygiene», «sleep», «sleep disturbance», «reduced sleep», «sleep loss», «lack of sleep», og «insomnia». Disse søkeordene ble brukt for å finne relevante artikler til søvnproblemer og søvnkvalitet. Videre brukte jeg emneordene;

«Nursing interventions», «Nursing Home personnel», «Nursing home patients», «Nursing Homes». Disse ble brukt for å finne relevante artikler om ikke-medikamentell behandling samt at forskningen fant sted på sykehjem med sykehjemspasienter. Det siste kombinerte søket var av emneordene: «Elderly», «Aged», «Aged 80 and over», «elderly, aged, older, elder, geriatric, elderly people, old people, senior». Dette for å finne artikler med deltagere over 65+. Søkeordene ble kombinert med både «AND» og «OR».

Videre i søkeprosessen valgte jeg å avgrense søket mitt ved at artiklene skulle være engelsk språklige, alder 65+ og utgivelsesår fra 2012-2022. Ved dette søket fikk jeg opp 49 treff og av disse var 3 relevante etter å ha sett på inklusjons og eksklusjonskriteriene.

Ettersom det var få relevante artikler på CINAHL gjorde jeg et ytterligere søk i databasen PubMed. Her gjorde jeg et strukturert søk ved søkeordene: «Insomnia», «non pharmacological interventions» and «Nursing home». Jeg valgte «insomnia» for å finne artikler som omhandlet nedsatt søvnkvalitet og søvnproblematikk. Ved søkeordet «non pharmacological interventions» ville jeg finne materiale som inneholdt ikke-medikamentelle intervensjoner som sykepleier kan utføre. «Nursing home» ble brukt ettersom dette er et inklusjonskriterie og jeg har valgt å fokusere på eldre pasienter med søvnproblemer som er under langtidsbehandling på sykehjem. Ved dette søket fikk jeg opp 5 ulike artikler og av disse var 1 relevant etter bruk av inklusjons og eksklusjonskriteriene.

Ved undersøkelse og gjennomgang av litteratur har jeg valgt inklusjonskriterer og eksklusjonskriterier for å best kunne finne relevante artikler tilegnet min problemstilling.

Jeg valgte også å inkludere eldre over 65 år ettersom omtrent halvparten av alle over 65 år rapporterer om søvnløshet (Ranhoff, 2020, s. 372).

Jeg har i min oppgave valgt å inkludere eldre pasienter av begge kjønn. Fra fylte 65 år og oppover er det økende sannsynlighet for innleggelse på sykehjem. Etter innleggelse på sykehjem vises det til at 70% av pasienter har søvnproblematikk, noe høyere enn den generelle populasjonen av eldre i samfunnet (Lorenz et al., 2011, s. 339) Jeg har dermed valgt å ekskludere eldre i sykehus, hjemmetjenesten og helsehus. På sykehjem vil sykepleier i større grad ha i oppgave å kartlegging og observasjon samt sette i gang tiltak til søvnproblematikk (Ranhoff, 2020, s.375).

Jeg har valgt å inkludere insomnia som et inklusjonskriterie, men ekskludere søvnrelaterte hypersomnier og parasomnier. Vanlige søvnutfordringer hos eldre på sykehjem er, innsovningsvansker, hyppige oppvåkninger og lav søvneffektivitet. Disse er mer relevante til symptomene på insomnia og ikke hypersomnier og parasomnier som er mer ekstraordinære og vil kreve en annen type behandling (Lorenz et al., 2011, s. 339)

Jeg har i denne oppgaven valgt å ekskludere bruk av medikamenter i behandlingen av eldre pasienter med søvnutfordringer og ha fokus på ikke-medikamentelle tiltak i rollen som sykepleier. Jeg har inkludert artikler skrevet på engelsk eller skandinavisk språk og ekskludert artikler som undersøker pasienter i Asiatiske og Afrikanske land. Sistnevnte grunnet mulige ulikheter i utøvelse av sykepleie og kulturforskjeller innenfor behandling. Artikler hentet fra perioden 2012-2022 for å sikre nyere forskning og hindre inklusjon av utdatert kunnskap. Forskningen kan være kvalitativ, kvantitativ og mikset metode og av alle typer design, dette har årsak i at forskning knyttet til kriteriene i min problemstilling har lite volum.

Inklusjonskriterer	Eksklusjonskriterier
Eldre over 65+	Eldre under 65
Alle kjønn	Sykehus, hjemmetjenesten, helsehus
Sykehjem	Studier som befinner seg i Asia og Afrika
insomni	Artikler eldre enn 10 år
Ikke-medikamentelle tiltak	Hypersomnier og parasomnier
Engelsk språklige artikler	
Artikler fra 2012-2022	
Kvalitativ, kvantitative studier og mikset metode	
Alle typer design	

Database og dato for søk	Cinahl, 28/11-22	PubMed 28/11-22
Søkeord og kombinasjoner	<p>(sleep deprivation) or (sleep disorders) or (sleep disorders intrinsic) or (sleep quality) or (sleep hygiene) or (sleep) or (sleep deprivation or sleep disturbance or reduced sleep or sleep loss or lack of sleep) or (insomnia)</p> <p>AND</p> <p>(Nursing interventions) or (Nursing Home personnel)</p> <p>AND</p> <p>(Nursing home pasients) or(Nursing Homes)</p> <p>OR</p> <p>(Elderly) or (Aged) or (Aged 80 and over)</p> <p>OR</p> <p>(elderly or aged or older or elder or geriatric or elderly people or old people or senior)</p>	Insomnia and nonpharmacological interventions and nursing home
Avgrensinger i søket	<p>-Alder: 65+</p> <p>-Språk: Engelsk</p>	<p>-Alder: 65+</p> <p>-Språk: Engelsk</p>

	- År: siste 10 år	- År: siste 10 år
Antall treff totalt	49	5
Antall gjennomleste titler	49	5
Antall gjennomleste abstrakt	11	3
Antall gjennomleste fulltekstartikler	5	2
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	3	1
Ytterligere inklusjons- eksklusjonskriterier	Eldre over 65, alle kjønn sykehjem, ikke-medisinske tiltak, engelsk språklige artikler, artikler fra 2012-2022, kvalitativ, kvantitativ og mikset metode og alle typer design	Eldre over 65, alle kjønn, sykehjem, ikke-medisinske tiltak, engelsk språklige artikler, alle kjønn, artikler fra 2012-2022, kvalitativ, kvantitativ og mikset metode og alle typer design
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	3	1
Inkludert artikkel nummer 1	Bademli, K., Lok, N., Canbaz, M., & Lok, S. (2018). Effects of Physical Activity Program	

	<p>on cognitive function and sleep quality in elderly with mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i>, 55 (3), 401-408.</p> <p>https://doi.org/10.1111/ppc.12324</p>	
<p>Inkludert artikkel nummer 2</p>	<p>Dolu, I., & Nahcivan, N. O. (2018). Impact of a nurse-led sleep programme on the sleep quality and depressive symptomatology among older adults in nursing homes: A non- randomised controlled study. <i>International Journal of Older People Nursing</i>, 14(1), 12215-n/a.</p> <p>https://doi.org/10.1111/opn.12215</p>	
<p>Inkludert artikkel nummer 3</p>	<p>Constantinescu, A. M., Warness, J. R., Virk, N., Perez, G., Shankel, M. J. &</p>	

	Leduc, J. H. (2019). Optimizing Sleep for Residents in Long- Term Care without Sedatives. <i>Annals of Long-term Care</i> . 27(12), 1-6, doi:10.25270/altc.2019.09.00 086	
Inkludert artikkel nummer 4		Kuck, J., Pantke, M., & Flick, U. (2014). Effects of social activation and physical mobilization on sleep in nursing home residents. <i>Geriatric nursing</i> (New York, N.Y.), 35 (6), 455-461. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.08.0

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

I denne oppgaven har jeg brukt øvrig fag- og forskningslitteratur i tillegg til forskningslitteraturen fra det strukturerte litteratursøket. Valg av øvrig forskningslitteratur er hentet fra: pensumlister ved Lovisenberg Diakonale Høgskole, høgskolebiblioteket, anbefalinger fra høgskolen og søk etter litteratur ved ulike nettressurser.

Ved gjennomgang av pensumlitteratur var det bøker som var relevante å bruke for å kunne belyse og svare på problemstillingen min. Litteraturen regnes som troverdig ved at høgskolen har dem på sine pensumlister. Litteratur hentet fra pensumlister er bøker av Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff (2020) «Geriatrisk sykepleie», Grov & Holter (2019) «Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie» og Nortvedt (2017) «Omtanke».

Fra høgskolebiblioteket valgte jeg bøkene av Bjorvatn (2012) «Søvn sykdommer», Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø (2016) «Grunnleggende sykepleie» og Redeker & McEnany (2011) «Sleep disorders and sleep promotion in nursing practice».

Ulike nettressurser er også benyttet for å belyse tematikk jeg ikke fant i annen litteratur. Helsedirektoratet (2017) og Folkehelseinstituttet (2022) har statistikk om søvnproblematikk samt definisjon på aldring. Helsedirektoratet er tett knyttet opp mot helsevesenet i Norge og Folkehelseinstituttet er underlagt helse- og omsorgsdepartementet. Nelson (2021) sin artikkel om søvnkvalitet er en fagfelleurdert artikkel og sentralt bidrag i skriving av oppgaven.

Bjorvatn og Fetveit (2012) sin artikkel «Søvnproblemer blant eldre» er også sentral for å kunne belyse problemstillingen. Bjørn Bjorvatn er professor og leder for Nasjonalt kompetansetjeneste for søvn sykdommer på Haukeland universitetssykehus (Bjornvatn & Fetveit, 2012, s. 177). Jeg har også inkludert to artikler av Morin (2011) og Smyth (2008). Begge er fagfelleurderte og tilsier hvordan man bruker ulike søvnkartleggingsverktøy.

Etter anbefaling fra høgskolen er artikkelen McCormack & McCance (2006) benyttet for å presisere hva personsentrert sykepleie er. Popenoe et al (2021) ble anbefalt for å utdype litteraturgjennomgang, inn mot oppgaveskriving.

For å belyse pasienters rettigheter samt sykepleiers etiske ansvar for å utøve forsvarlig og personsentrert sykepleie, er Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og Helsepersonelloven (1999) tatt i bruk.

4 Resultater

4.1 Presentasjon av artiklene i matrisen

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
CINAHL	Bademli, K., Lok, N., Canbaz, M., & Lok, S. (2018). Tyrkia	Effects of Physical Activity Program on cognitive function and sleep quality in elderly with mild cognitive impairment: A randomized controlled trial	Hvilken effekt et 20 ukers fysisk aktivitetsprogram for eldre med mild kognitiv svikt har på deres kognitive funksjon og søvnkvalitet.	Metode: Kvantitativ studie Design: RTC Deltok 60 eldre over 65. Disse ble fordelt likt i en eksperimentell og en kontrollgruppe. Pasientene hadde mild kognitiv svikt målt med «standardized mini mental state examination» (SMME)	Studiet viste til signifikante funn ved sammenligning av eksperimentell og kontrollgruppen. PSQI målinger før og etter de 20 ukene med aktivitetsprogrammet viste til at eksperimentell gruppens søvnscore var lavere enn kontrollgruppen og indikerer til bedre søvnkvalitet.	Artikkelen er Fagfellevurdert Sjekkliste score: 9/13

				og en score mellom 5-21 fra «Pittsburg sleep quality index» (PSQI).	Den kognitive funksjonen ble målt igjen etter intervensjonen og viste til statistisk signifikans i SMME score mellom gruppene ved positiv økning i score hos den eksperimentelle gruppen.	
CINAHL	Dolu, I., & Nahcivan, N. O. (2018). Tyrkia	Impact of a nurse-led sleep programme on the sleep quality and depressive symptomatology among older adults in nursing homes:	Hvilken effekt et sykepleie-ledet søvnprogram har på søvnkvalitet og depresjons symptomer hos eldre på sykehjem.	Metode: Kvantitativ studie Design: A non randomised controlled study. 52 eldre over 65 år fra tre ulike sykehjem i samme område ble fordelt likt i to ulike	Studiet viste signifikante funn ved objektive søvnkvalitet ved søvnvariabler som: oppvåkninger, total våken tid, våkenhet etter søvn har inntruffet og total søvn tid, men ikke	Artikkelen er fagfellevurdert Sjekkliste score: 11/13

		A non- randomised controlled study		<p>grupper. En eksperimentell og en kontrollgruppe. Gruppene målte PSQI score før og etter intervensjon for å sjekke den subjektive søvnkvaliteten, aktigrafi for å måle objektiv søvn og sjekk av depressive symptomer ved «geriatric depression scale» (GDS). Den eksperimentell gruppen får det sykepleie-ledet programmet og kontrollgruppen får vanlig sykehjemstjeneste.</p>	<p>signifikante funn ved subjektive søvnkvalitet. Den eksperimentelle gruppen viste signifikante bedre GDS score etter intervensjonen og i oppfølgingen enn kontrollgruppen.</p>	
--	--	------------------------------------	--	--	--	--

CINAHL	Constantinescu, A. M., Warness, J. R., Virk, N., Perez, G., Shankel, M. J. & Leduc, J. H. (2019). Canada	Optimizing Sleep for Residents in Long- Term Care without Sedatives	Hvilken effekt et mangefasettert undervisnings tiltak kan ha ved redusering av sovemedisiner og forbedre søvnmonsteret til sykehjemspasienter.	Metode: Kvantitativ studie Design: RTC Et sykehjem med 125 deltagere med og uten kognitiv svikt op ulike avdelinger bytter gjennom 5 måneder på intervensjon. sykepleieren får undervisning og konstruerer så individualiserte søvn planer basert på søvndagbøker.	Studiet viste signifikante funn ved forbedring av søvnmonstre og pasienter fikk flere timer med søvn per natt.	Fagfellevurdert Sjekkliste score: 7/13

PubMed	Kuck, J., Pantke, M., & Flick, U. (2014). Tyskland	Effekts of social activation and physical mobilization on sleep in nursing home residents	Effekten av sosial aktivisering og fysisk mobilisering hos beboere med søvnproblemer.	<p>Metode: Kvantitativ studie.</p> <p>Design: RTC</p> <p>85 eldre sykehjemsbeboere ble fordelt i eksperimentell og kontrollgrupper. 32 stykker utførte intervensjonene mens 53 var i kontrollgruppen.</p> <p>Søvnen ble vurdert ved Insomnia Severity Index (ISI), sykepleiers observasjoner og vurdering og aktigrafi basert søvnparametre.</p>	<p>Studiet viste til kliniske og signifikante funn ved økt subjektiv søvnkvalitet ved målinger fra insomnia sverity index, men ingen signifikante resultater ved aktigrafi målinger.</p>	<p>Fagfellevurdert</p> <p>Sjekkliste score: 10/13</p>
--------	--	---	---	--	--	---

4.2 Syntese av resultatene

Gjennomgang av de fire forskningsartiklene viser til utførsel av tiltak for å øke søvnkvaliteten hos eldre på sykehjem. Alle artiklene er basert på forskning utført på sykehjem med eldre over 65 med søvnproblematikk. Fokuset i behandlingstiltakene er ikke-medikamentelle og er brukt som erstatning eller avvending fra medikamentell bruk som sovemedisin og beroligende. Resultatene fra artiklene viser signifikant bedring i økt objektivt og subjektiv søvnkvalitet samt søvn mønstre; ved fysisk aktivitet og sosialisering, individualisert tilpassede intervensjoner ved søvnhygiene, søvnrestriksjoner og stimuluskontroll.

Sykepleieren i studiene spilte en konsekvent og ledende rolle både i observasjon, kartlegging og iverksetting av individualiserte tiltak. Sykepleierne i artiklene utførte personsentrert pleie og omsorg ved å dekke de fysiske behovene, engasjere pasienten til å utføre tiltakene samt utføre individualiserte planer for å få mer langsiktig og koordinerte tjenester som tillot delt beslutningstaking for pasienten.

5 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

Ved gjennomgang av litteraturstudiet har jeg studert resultatene til fire ulike forskningsartikler. I den følgende resultats diskusjonen vil jeg først resonnerer resultatene av de ulike studiene etterfulgt av diskusjon av aspekter som vedrører de ulike intervensjonene samt sykepleiers funksjon og rolle.

5.1.1 Fysisk aktivitet og sosialisering for bedre søvnkvalitet

I artiklene fra Bademil et al. (2018) og Kuck et al. (2014) beskrives fysisk aktivitet og sosialisering som tiltak for å bedre søvnkvaliteten hos eldre på sykehjem. Studier som omhandler søvnkvalitet hos eldre konkluderer med at søvnproblemer er mindre utbredt hos individer som er i fysisk aktivitet regelmessig (Bademil et al., 2018, s. 401). Bademil et al (2018) i sitt studie brukte spørreundersøkelsen «The pittsburgh sleep quality index» eller «PSQI» og viste at et 20-ukers fysisk aktivitetsprogram resulterte i økt subjektiv søvn kvalitet. Spørreundersøkelsen ble gjennomført før og etter aktivitetsprogrammet og viste en statistisk signifikant forskjell i resultatene. Artikkelen viser til at resultatene kan forklares ved at fysisk aktivitet regulerer søvnmønsteret som igjen gir positiv effekt på kognitiv funksjon. I artikkelen til Kuck et al. (2014) var pasientene med i et aktivitetsprogram med fysisk aktivitet og sosialisering fire dager i uken. Pasientene fylte selv et spørreskjema kalt «insomnia sverity index» eller «ISI» før og etter aktivitetsprogrammet. ISI resultatene viste til en statistisk signifikant reduksjon i resultatene som indikerer økt subjektiv søvnkvalitet etter 8 uker med aktivisering (Kuck et al., 2014, s. 459).

5.1.2 Individualisert sykepleie for bedre søvnkvalitet

I artiklene av Dolu & Nahcivan (2018) og Contantinescu et al. (2019) beskrives effekten av individualiserte intervensjoner tilpasset den enkelte pasient. Ved Dolu & Nahcivan (2018) ble det utført et fire ukers sykepleieleddet søvnprogram, utført av en sykepleier som er sertifisert i bruk av motiverende intervju (MI). Etter kartlegging av pasientenes søvnutfordringer ble denne informasjonen brukt til å lage en individualisert søvnhåndteringsstrategi for nevnte pasient. Programmet vektla intervensjoner som søvnhygiene, stimulus kontroll og søvn restriksjoner. Ulike søvnverktøy som; søvndagbok, PSQI og aktigrafi ble brukt for å måle subjektiv og objektiv søvnkvalitet. Resultatene viste signifikant forbedret søvnkvalitet med tanke på objektive søvnparametre som oppvåkninger, total våken tid, våkentid etter søvn har inntruffet og søvneffektiviteten. Dette i motsetning til subjektive søvnparametere der resultatet ikke var signifikant.

Studiet av Contantinescu et al. (2019) er en personsentrert undervisningsintervensjon. Den baseres på sykepleiefaglig opplæring om mulige årsaker til søvnløshet, samt ikke-medikamentelle tiltak som kan brukes i stedet for sovemedisin. Eksempelvis: søvnhygiene, søvnrestriksjoner, behandling av fysiske plager og kartlegging av medikamenter som kan forstyrre søvn. Sykepleierne i studiet fylte ut søvndagbøker sammen med pasientene. Dokumentasjonen fra observasjoner og kartlegge ble så brukt til å lage individualiserte tiltak tilpasset pasientens behov. Studiet førte til signifikant økt søvnkvalitet ved at pasientene var færre timer våken om dagen og fikk flere timer totalt med søvn om natten.

5.1.3 Subjektiv og objektiv søvnkvalitet

Både artikkelen til Kuck et al (2014) og Bademil et al. (2018) viser til bedre subjektiv søvnkvalitet ved fysisk aktivitet og sosialisering. Bademil et al. (2018) målte bare den subjektive opplevelsen av søvnkvalitet og ikke den objektive. Kuck et al. (2014) derimot målte den subjektive og objektive opplevelsen av søvn, der kun resultatet av den subjektive målingen viste til bedre søvnkvalitet. De objektive søvnparametrene gav ikke signifikante positive utslag. Spriket mellom subjektiv og objektive funn kan forklares ved at søvnproblemer viser individuelle forskjeller i selvoppfatning og motstandsdyktighet. Dermed kan subjektiv søvn avvike fra objektive målinger av søvn til en vis grad (Kuck et al., 2014, s. 460). Dette resultatet underbygges i et annet ikke-medikamentell intervensjonsstudie bestående av et to ukers fysisk aktivitetsprogram ledet av Benloucif et al. (2004).

Igjen viste resultatet til bedre subjektiv søvnkvalitet, kartlagt med spørreundersøkelsen PSQI. Igjen var det ingen endring på objektive søvnparametre (Benloucif et al., 2004, s. 1549).

Kuck et al (2014) konkluderte med at fysisk aktivitet og sosialisering vil øke den subjektive søvnkvaliteten over en kortere tidsperiode, men for å få resultater på objektive søvnparametre trenges det eventuelt lengre aktivitetsprogrammer eller en mer intens aktivitetsform (Kuck et al., 2014, s.460).

I artikkelen til Dolu & Nahcivan (2018) økte den objektive søvnkvaliteten, mens den subjektive søvnkvaliteten hadde en økning som ikke ble sett på som statistisk signifikant ettersom kontrollgruppens subjektive søvnkvalitet økte i likhet med intervensjonsgruppen. Årsak kan være at ettersom pasientene i kontrollgruppen visste hva søvnproblemene deres innebar var selvbevisstheten økt under intervensjonen (Dolu & Nahcivan, 2018, s. 12). Contantinescu et al. (2019) brukte subjektive søvnkartleggingsverktøy, søvndagbok. Resultatet er med å forsterke betydningen av hvordan individualiserte tiltak kan forbedre subjektiv søvnkvalitet, men sier ingenting om objektive parametre.

5.1.4 Motivasjon, informasjon og veiledning

Artikkelen til Kuck et al. (2014) understreker utfordringer med å motivere de eldre til å delta i og under intervensjonen. Årsak kan være faktorer som nedsatt fysisk funksjon, dårlig selvtillit, mangel på fysisk aktivitet i ung alder, lave helseforventinger, samt en mer konservativ oppfatning av medisin og helse (Kuck et al., 2014, s. 461). Eldre pasienter kan oppleves å ha et konservativt og mulig uheldig forhold til hvordan håndtere nedsatt helse. Mangel på kunnskap gjør at sengeleie føles mer naturlig enn fysisk aktivitet (Kuck et al. 2014, s. 461). Sykepleieren spiller en viktig rolle i å engasjere, motivere og undervise sine pasienter. Psykoedukativ tilnærming kan i seg selv motivere pasienten når kunnskapsnivået om egen tilstand økes. Sykepleie går ut på å skape et grunnlag for å fremme pasienters helse. Dette innebærer i den grad pasientens krefter, innsikt og vilje tillater det. Ved å motivere og veilede øker pasientens bevissthet om helsefremmende adferd (Mathisen, 2019, s. 135)

I rammeverket personsentrert sykepleie skal sykepleier være engasjert i relasjonen de har med pasienten. Sykepleier skal ha en sympatisk tilstedeværelse som fremhever engasjement og anerkjenner det unike og verdien til pasienten. Sykepleier kan ved bruk av emosjonell intelligens utøve selvbevissthet, selvregulering, motivasjon, empati og sosiale ferdigheter for å gi en innvirkning på ulike nivåer av følelsesmessig engasjement med pasienten (McCormack & McCance, 2006, s. 477)

Ved mangel eller ikke tilstrekkelig med informasjon og kunnskap om fysisk aktivitet og dens innvirkning på søvn kan dette føre til nedsatt motivasjon hos pasienten. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene 2.5 skal sykepleier fremme pasientens mulighet for å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019)

Å gi informasjon om sykdom, behandling og pleie er en viktig sykepleie oppgave. Uten tilstrekkelig informasjon gitt til pasienten eller hvis de ikke har fått bearbeidet den informasjonen som er gitt er det ikke tilstrekkelig med pasientautonomi (Nortvedt, 2016, s. 139)

I studiet til Dolu & Nahcivan (2018) og Contantinescu et al. (2019) ser vi bruken av intervensjonene søvnhygiene, søvnrestriksjoner og stimuluskontroll. Disse inngår inn i behandlingsformen kognitiv adferdsterapi som har veldokumentert effekt hos eldre pasienter. Bjorvatn et al (2012) beskriver en gruppe eldre pasienter som ikke er motiverte for denne type behandling, kognitiv adferdsterapi. Disse ønsker å bruke medikamentell behandling.

Det er essensielt at disse pasientene får tilstrekkelig informasjon om mulige ikke-medikamentelle tiltak og hvilke konsekvenser sovemedikamenter har av bivirkninger og begrenset effekt over tid (Bjornvatn & Fetveit, 2012, s. 181). Informasjonen i seg selv kan da være motivasjon endre syn på søvnbehandling. Å få tilstrekkelig informasjon er en rettighet. I pasient og brukerrettighetsloven lov §3-2 står det «Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhold i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2) . Som en del av personsentrert sykepleie, skal sykepleier motivere pasienten til å utføre intervensjonene, samtidig som de anerkjenner at pasientens verdier og ønsker. Motiverende strategier som kan brukes er å gi ubetinget bekreftelse og annerkjennelse gjennom hele prosessen. Annerkjennelse er med å styrke relasjonen. Videre bekrefte alle tegn til endringslyst. Respektere pasientens egen rytme og langsomhet, samt unngå moralisering som undergraver følelsen av selvbestemmelse og motivasjon (Eide & Eide, 2017, s. 266).

Ved god motivasjon og informasjon vil dette kunne bidra til pasienters muligheter for å oppnå økt søvnkvalitet ved både fysisk aktivitet, sosialisering og kognitive adferds intervensjoner.

5.1.5 Individualisert tilpasset sykepleie og plan

Dolu & Nahcivan (2018) og Contantinescu et al. (2019) ser på effekten av mer individualiserte intervensjoner tilpasset den enkelte pasients søvnproblem, og utgangspunkt.

Formålet med en individualisert plan er å få langsiktig og helhetlig tenkning for pasienter som har behov for langvarige og koordinerende tjenester (Kirkevold, 2020, s.102).

Ved bruk av individuell plan og mer personrettet sykepleie vil det føre til bedre samordning, forutsigbarhet og koordinering av tjenestene og tilrettelegger for at pasienten aktivt kan delta i utforming av planen (Kirkevold, 2020, s.102). For å gi pasienter optimalisert personsentrert sykepleie er det essensielt å inkludere pasientens tro og verdier, og inkludere pasienten i prosess og beslutningstaking. Ved delt beslutningstaking legger sykepleier til rette for pasientmedvirkning. Dette krever god kommunikasjon og informasjon (McCormack & McCance, 2006, s. 476). Pasienter har ifølge pasient og brukerrettighetslov §3-1 rett til å medvirke ved gjennomføring i helse- og omsorgstjenester. Medvirkningsform skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Utforming og bruk av individuell plan er særlig relevant i møte med eldre pasienter ettersom mange har et komplekst sykdomsbilde samt at det kan motvirke mangel på kontinuitet og koordinering. Mange eldre klarer ikke lengre å selv holde oversikt over hva tjenester eller behandling de trenger. Spesielt eldre på sykehjem trenger veiledning og tilrettelegging (Kirkevold, 2020, s. 102)

I følge pasient og brukerrettighetsloven §2-5 har pasienter som har langvarig og koordinerte helse- og omsorgstjenester rett til å få utarbeidet individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-5). I artikkelen til Kuck et al (2014) og Bademil et al. (2018) skal grupper gjennom et definert treningsprogram. Programmet gir god effekt og øker søvnkvaliteten til de eldre. Derimot forteller Kuck et al (2014) at mange eldre manglet motivasjon grunnet nedsatt fysisk funksjon og selvtillit. Individualisert treningsplan etter kartlegging fra sykepleier kan bidra til økt motivasjon, gjennomføringsevne og forhåpentligvis bedre søvnkvalitet.

Hver pasient er unik med ulikt utgangspunkt. Ved å tilpasse aktivitetstrening med bakgrunn i pasientens liv og interesser kan man fremme velvære og mestring. I følge yrkesetiske retningslinjer 2.2 skal sykepleier understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienter (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleier skal møte pasienten der de er, og hjelpe dem i å oppnå mål sammen.

5.1.6 Mangel på kunnskap og tid for å optimalisere søvnkvaliteten

I et studie av Gellerstedt et al. (2015) ble sykepleiere på et sykehus spurt om deres erfaring og kunnskap om søvn og søvnintervensjoner. Studiet konkluderte med at sykepleiere mangler kunnskap om både søvn og evidensbaserte tiltak som kan brukes for å øke søvnkvalitet og oppnå god søvn. Enkelte sykepleiere formidlet at de hadde noe kompetanse innenfor søvn og ulike tiltak, men tok ikke disse i bruk. En sykepleier utalte «I can't remember having learned anything about sleep during nursing training» (Gellerstedt et al., 2015, s. 3669). Sykepleierne i studiet meddelte at ledelsen nedprioriterte søvnkartlegging og søvntiltak hos pasienter grunnet ressursbruk og mangel på tid. En sykepleier sa «There are things that you would like to do for the patient regarding their sleep, but you don't have time so you go fetch a sleeping pill for them» (Gellerstedt et al., 2015, s. 3668). Mangel på kunnskap om søvn, hvilke intervensjoner som kan benyttes for å oppnå bedre søvnkvalitet, og mangel på tid gjør at medikamenter blir enkleste og mest benyttede behandlingsmetode.

Ofte på grunn av knapt med tid og ressurser kontaktes lege med spørsmål heller om sovemedisin enn at søvnproblemet blir kartlagt og riktig intervensjon settes i gang (Ranhoff, 2020, s. 375). Mange eldre med søvnplager og nedsatt søvnkvalitet mottar ikke adekvat behandling. Dette kan skyldes mangel på kunnskap om søvn slik at man ikke oppsøker hjelp selv eller at helsepersonell ikke i tilstrekkelig grad kjenner de ulike behandlingalternativene og mangler kunnskap om tematikken søvn (Bjornvatn & Fetveit, 2012, s. 178).

I artikkelen til Contantinescu et al. (2019) får sykepleierne individuell veiledning for å kunne best mulig være rustet til å behandle pasientene i forhold til søvnproblematikk. Det være seg observasjoner av pasienter ved søvndagbok eller skrive individuelt tilpasset pleieplan basert på kunnskap om søvnhygiene, søvnrestriksjoner og medikamenter. Ifølge yrkesetiske retningslinjer 1.4 har sykepleiere et ansvar for å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Kunnskap om søvn generelt, og ulike behandlingalternativer gjør sykepleieren kompetent og i stand til, i samarbeid med tverrfaglig team, å utføre best mulig behandling til eldre med søvnproblemer.

5.2 Metodediskusjon

I metodedelen skal jeg diskutere styrker og svakheter ved metoden jeg har brukt, samt de inkluderte artiklene. Kritisk vurdering av søkeord, valg av artikler, design, kulturelle forskjeller og pasientgrupper inkludert i artiklene.

5.2.1 Styrker og svakheter ved brukt metode

Ved å søke i databasen CINAHL fikk jeg totalt 49 treff etter avgrensninger. Søket gav flere treff, men ettersom det var et relativt åpent søk som inkluderte flere søkeord hadde jeg forventet et større treff. Dette kan være grunnet uheldig kombinasjon av søkeord, eller at det er relativt lite forskning på dette området fra de siste 10 årene. Ved gjennomgang av artiklene har jeg ikke kommet over andre søkeord jeg tenker kunne vært relevant til problemstillingen. Jeg valgte å bruke flere søkeord innenfor samme område for å få et bredt søk og så mange artikler som mulig. Ved gjennomgang av artiklene var det en stor del av artiklene som ikke hadde relevans for problemstillingen, eller ikke kunne inkluderes på grunn av inklusjons og eksklusjonskriteriene. Etter gjennomgang stod jeg igjen med tre artikler som hadde både relevans til problemstillingen, samt innfridde inklusjons og eksklusjonskriteriene. Til tross for tre relevante artikler opplevde jeg dette som utilstrekkelig materiale, og bestemte meg for å også søke i en annen database. Ved søk i Pubmed brukte jeg færre søkeord, der alle søkeordene hadde relevans til problemstillingen, og fikk til sammen treff på 5 artikler med avgrensninger. Dette kan gjenspeile lite forskning gjort på dette området de siste 10 årene og belyser også at det trengs mer oppmerksomhet på dette tema ettersom det er en av de vanligste helseplagene i dagens samfunn spesielt blant eldre.

Det er anbefalt i sykepleiefaget å bruke nyere forskningslitteratur. I sykepleiens yrkesetiske retningslinjer 1.4 står det at sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Høgskolen har også sterkt anbefalt å bruke artikler og forskning publisert de siste 10 årene grunnet mye forskning, som igjen gjør at sykepleiefaget er i endring og det er fare for å være låst i utdatert kunnskap. Jeg har dermed valgt artikler om søvn fra 2012-2022. Ved å avgrense til denne tidsperioden var det en del artikler som ikke kunne inkluderes, jeg har derimot valgt å bruke enkelte av disse for å underbygge resultatene i resultatdiskusjonen.

Ved bruk av en systematisk utvelgelse med inklusjons og eksklusjonskriterier minsker det risikoen for bias. Inklusjons og eksklusjonskriteriene er basert på problemstillingen og hadde derfor en stor innvirkning i valg av artikler. Selv med ordet «nursing home» eller sykehjem i søkeordene, fikk jeg treff på artikler som omhandlet eldre pasienter på sykehus. Min problemstilling omhandler de eldres søvn på sykehjem. Ved å eliminere artikler kontekst sykehus satt jeg igjen med få artikler. Jeg ser det som en styrke at jeg holder meg til en kontekst og en type pasientgruppe. En svakhet er likevel at resultatene ikke kan generaliseres til for eksempel eldre sykehuspasienter ettersom konteksten er på sykehjem. En annen svakhet med den systematiske gjennomgangen er at studiene er vanskelige å sammenligne ettersom de tar for seg ulike intervensjoner. Noen av studiene bruker de samme måleverktøyene, men med variasjoner.

Ved å ha et vidt søk og problemstilling som innbefatter pasienter på sykehjem er det variasjoner i sykdomsbildet hos pasientene. Artiklene inkluderer pasienter med kognitiv svikt og pasienter med depresjon. Grunnen til at jeg har valgt å ta med studier som inneholder kognitiv svikt og depresjon, er at disse pasientene ofte rammes av søvnproblemer. Forandring i søvnmønsteret hos pasienter med og uten demens har samme karakter, men forstyrrelsen i søvnen er mer alvorlig hos pasienter med demens (Ranhoff, 2020, s. 373). Angst og depresjon er også viktige årsaker til søvnløshet. Vanskelige situasjoner i livet kan føre til forstyrret søvn og plagene kan vedvare selv etter «problemet» er blitt løst (Ranhoff, 2020, s. 373). Depresjon en vanlig lidelse i eldrebefolkningen generelt og prevalens av alvorlig depresjon er dobbelt så høy på sykehus og sykehjem som i den generelle eldrebefolkningen (Rosenvinge & Rosenvinge, 2003, s. 929) På sykehjem estimeres det at ca. 50 prosent av eldre pasienter har kognitiv svikt eller demens. Videre har en fjerdedel til halvparten av disse søvnproblemer (Lorenz et al., 2011, s. 342) I artiklene av Dolu & Nahcivan (2018) og Bademli et al (2018) gir de ikke-medikamentelle tiltakene signifikante resultater for både bedre kognitiv funksjon og nedgang i depressive symptomer som videre kan bidra til bedre søvn.

5.2.2 Styrker og svakheter ved inkluderte artikler

Artiklene bruker randomised controlled trials (RCT) som studiedesign. Disse type studiene blir ofte sett på som en gullstandard for å måle effekten av intervensjon eller behandling. Randomiseringen er med å redusere skjevhet (bias) og er et sterkt verktøy å bruke til å undersøke årsak-virkning mellom en intervensjon og utfall (Hariton & Locascio, 2018, s. 1716). Jeg ser på det som en styrke å bruke artikler som bruker dette type designet ettersom det måler effekten av en intervensjon, noe jeg tenker bidrar til å kunne svare på problemstillingen «Hvordan bedre søvnkvalitet hos eldre pasienter på sykehjem ved bruk av ikke-medikamentell behandling».

Dolu & Nahcivan (2018) hadde vanskeligheter med å innfri kravet til RTC design, grunnet mangel på deltagere. De skriver dermed at funnene i dette studiet kan dermed ikke generaliseres til alle eldre individer (Dolu & Nahcivan, 2018, s. 10.).

Studiene av Constantinescu et al (2019) og Bademil et al. (2018) var det ikke blindede studier. Dette kan være en svakhet ettersom blinding av enten deltagere, leger, sykepleiere og forskere, slik at de ikke vet hva behandling som er blitt brukt, kan minimalisere bias (Hariton & Locascio, 2018, s. 1716). Selv med begrenset utvalg av artikler valgte jeg å ekskludere asiatiske og afrikanske artikler, men inkludere artikler fra Europa samt Nord Amerika. Ved å inkludere artikler fra land utenfor Skandinavia vil det være kulturelle forskjeller som kan påvirke resultat og overførbarhetene til studiet. Dette er en svakhet ettersom helsevesenet i Skandinavia varierer fra andre land og de kulturelle forskjellene kan variere fra land til land. Likevel vil helsevesenet i andre land i Europa samt Nord Amerika være nærmere i praksis til Norge enn andre land. De valgte artiklene inneholder ikke-medikamentelle tiltak som er overførbare til norske sykehjem og kan utføres av sykepleiere. I studiet til Constantinescu et al (2019) var studiet bare utført på et sykehjem og kan derfor ikke generaliseres på grunn av ulike sykehjem kan ha ulikt antall beboere, ansatte eller arbeidskultur, men intervensjonen brukt i studiet var evidensbasert og øker sannsynligheten for at den kan brukes på andre sykehjem (Constantinescu et al., 2019, s. 5)

Ved studiene av Constantinescu et al (2019), Dolu & Nahcivan (2018) og Kuck et al (2014) beskriver de i baseline karakteristisk at noen av pasientene som er med i studiene bruker medikamenter og reseptfrie sovemidler. Kuck et al (2014) forklarer at medikamentlisten som ble tatt i bruk ved starten av studiet ikke ble oppdatert under studiet. Det kan være en svakhet ved at det kan føre til bias i resultatene ettersom de ikke vet om noen av medikamentene ble skiftet ut (Kuck et al., 2014, s. 461,). I artikkelen til Dolu & Nahcivan (2018) og Kuck et al (2014) fortelles det at selv om pasienter av og til brukte reseptfritt sovemiddel, var det ingen statistisk signifikans mellom de sosiodemografiske forskjeller mellom de to gruppene.

Alle studiene er klinisk relevante ettersom å få tilstrekkelig med søvn og hvile er et grunnleggende behov, og sykepleierne på sykehjem spiller en viktig rolle i å tilrettelegge for god søvn og søvnkvalitet (Mathisen, 2019, s. 128). Studiene har vist til statistisk signifikante resultater ved bruk av ikke-medikamentelle tiltak for å bedre subjektiv og objektiv søvnkvalitet hos eldre, og hjelper dermed med å svare på problemstillingen.

6 Konklusjon

Ved gjennomgang av resultat og metodediskusjon er det både styrker og svakheter ved studiene og intervensjonene. Problemstillingen som skal besvares er «Hvordan bedre søvnkvalitet hos eldre pasienter på sykehjem ved bruk av ikke-medikamentell behandling»

Årsaker til nedsatt søvnkvalitet er sammensatt og vellykket behandling krever kunnskap og holistisk tilnærming. Resultatene fra studiene viser til økt subjektiv og objektiv søvnkvalitet ved de ikke-medikamentelle intervensjonene: fysisk aktivitet og sosialisering, og individuelle personsentrerte intervensjoner ved bruk av søvnhygiene, søvnrestriksjoner og stimuluskontroll. Nevnte tiltak tilhører sykepleiers ansvarsområde og er sentrale i behandling av søvnutfordringer hos eldre. På et sykehjem har sykepleier en sentral rolle døgnet rundt, og skal tilby helhetlig individuelt tilpasset sykepleie med tanke på pasientens sammensatte behov.

Tiltakene er klinisk relevante med tanke på å bedre søvnkvaliteten hos eldre på sykehjem. God og dårlig søvn har stor innvirkning på eldre sin fysiske og psykiske helse.

God søvnkvalitet påvirker positivt eldre sin kognitive funksjon og reduserer depressive symptomer. Resultatene fra studiene jeg har brukt er begrenset til en veldefinert studiepopulasjon og det må derfor vises forsiktighet ved generalisering til andre grupper av eldre mennesker.

For å kunne tilby helsetjenester rettet mot søvn bør kunnskap om søvn og intervensjoner gjøres kjent både under sykepleier sin utdanning og ved opplæring som nyansatt. Sykepleierledelse på et sykehjem bør ha et faglig grunnlag til å bruke ressursene slik at også dette aspektet med søvn blir en del av den gode pleie som den eldre pasient skal ha og fortjener å få.

Referanseliste

- Bademli, K., Lok, N., Canbaz, M., & Lok, S. (2018). 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>
- Bakken, L. N. (2019). Søvn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg., s. 839-858). Cappelen Damm Akademisk.
- Bastøe, L. K. H. & Frantsen A.-M. (2016). Behovet for søvn og hvile. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov*. (3.utg., s. 347-372). Gyldendal.
- Benloucif, S., Orbeta, L., Ortiz, R., Janssen, I., Finkel, S. I., Bleiberg, J., & Zee, P. C. (2004). Morning or evening activity improves neuropsychological performance and subjective sleep quality in older adults. *Sleep*, 27(8), 1542-1551. <https://doi.org/10.1093/sleep/27.8.1542>
- Bjorvatn, B. (2012). *Søvnsykdommer: Moderne utredning og behandling*. Fagbokforlaget.
- Bjorvatn, B., & Fetveit, A. (2012). Søvnproblemer blant eldre. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 177-186. <https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1564>
- Brodtkorb, K & Hauge, S. (2020) Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg., s. 262-279). Gyldendal.
- Constantinescu, A. M., Warness, J. R., Virk, N., Perez, G., Shankel, M. J. & Leduc, J. H. (2019). Optimizing Sleep for Residents in Long- Term Care without Sedatives. *Annals of Long-term Care*. 27(12), 1-6, doi:10.25270/altc.2019.09.00086
- Dolu, I., & Nahcivan, N. O. (2018). Impact of a nurse-led sleep programme on the sleep quality and depressive symptomatology among older adults in nursing homes: A non- randomised controlled study. *International Journal of Older People Nursing*, 14(1), 1-14. <https://doi.org/10.1111/opn.12215>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjon: personorientering, samhandling, etikk*. Gyldendal.

- Folkehelseinstituttet. (2022, 17. juni). Helse hos eldre i Norge. Hentet 15.11. 22 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/?term=angst&h=1>
- Gellerstedt, L., Medin, J., Kumlin, M. & Karlsson, M. R. (2015). Nurses' experiences of hospitalised patients' sleep in sweden: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 24(23-24), 3664-3673. <https://doi.org/10.1111/jocn.12985>
- Hariton, E., & Locascio, J. J. (2018). Randomised controlled trials- the gold standards of effectiveness research. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 125(13), 1716-1716. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15199>
- Helsedirektoratet. (2017, 16. januar). *Søvn og søvnvansker*. Hentet 15.11.22 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sovn/sovn-og-sovnvansker>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holter, I. M. (2019). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg., s. 107-118). Cappelen Damm Akademisk.
- Kirkevold, M. (2020) Personsentrert og individualisert tilpasset sykepleie: Sentrale perspektiver. I M. Kirkevold, Brodtkorb, K. & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg., s. 98-114). Gyldendal.
- Kuck, J., Pantke, M., & Flick, U. (2014). Effects of social activation and physical mobilization on sleep in nursing home residents. *Geriatric nursing* (New York, N.Y.), 35(6), 455-461. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.08.0>
- Lorenz, R. A., Harris M. & Richards K. C. (2011). Sleep in Adult Long- Term Care. I N. S. Redeker & McEnany, G. P. (Red.), *Sleep Disorders and Sleep Promotion in Nursing Practice*. (s. 339- 354). Springer publishing company.
- Mathisen, J. (2019) Hva er sykepleie?: Virginia Hendersons svar. E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5.utg., s. 119-141). Cappelen Damm Akademisk.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centered nursing. *Journal of advanced nursing*, 56(5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The insomnia Severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34(5), 601-608. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>

- Nelson, K. L., Davis, J. E., & Corbett, C. F. (2021). Sleep quality: An evolutionary concept analysis, *Nursing forum*, 57(1), 144-151. <https://doi.org/10.1111/nuf.12659>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2016). Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk (2.utg.). Gyldendal.
- 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>
- Popenoe, R., Ekløf, A.-L., Stenwall, E & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic journal of nursing research*, 41(4). 175-186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Ranhoff, A. H. (2020) Søvn og søvnproblemer. I M. Kirkevold, Brodtkorb, K. & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg., s. 372-380). Gyldendal.
- Rosenvinge, B. H., & Rosenvinge, J. H. (2003). Forekomst av depresjon hos eldre: systematisk oversikt over 55 studier fra 1990-2001. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 123(7), 928-929
- Smyth, C. A. (2008). Evaluating Sleep Quality in Older adults: The Pittsburgh Sleep Quality index can be used to detect sleep disturbances or deficits. *The American journal of nursing*, 108(5), 42-51
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000317300.33599.63>

Vedlegg:

1. Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie
2. Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie
3. Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie
4. Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av fem deler:

- A: Er studien en randomisert kontrollert studie?
- B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?
- C: Hva er resultatene?
- D: Kan resultatene brukes i din praksis?
- Oppsummering av vurderingen

Spørsmålene i del A handler om studiedesignet og kan besvares ganske raskt. Hvis du, basert på svarene dine i del A, finner at studiedesignet er rett fortsetter du til del B for å vurdere metodisk kvalitet og om det er verd å fortsette vurderingen og svare på spørsmålene i del C og D.

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis». Det er også plass til dine egne kommentarer.

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2013). *CASP Randomised Controlled Trials Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 27.11.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Bademli, K., Lok, N., Canbaz, M., & Lok, S. (2018). 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>

Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips: Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak? Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

Kommentar:

Studiet ble gjennomført for å se effekten et 20-ukers fysisk aktivitetsprogram kan ha på kognitiv funksjon og søvnkvalitet hos eldre over 65 med mild kognitiv svikt (MCI) på sykehjem.

2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

Kommentar:

Dataprogram ble brukt

Studiet beskriver at de har randomisert (tilfeldig fordelt) i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe ved hjelp av et dataprogram: <http://www.randomizer.org/form.htm>.

3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

☐ Ja – ☐ Nei – ☒ Uklart

Tips:

- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

Kommentar:

Det kommer ikke frem om noen frafall, men alle deltagerne ble analysert utafra den gruppen de var randomisert til.

Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

4. Blinding

Tips:

- Uten blinding er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

a. Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

☐ Ja – ☒ Nei – ☐ Uklart

b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

☐ Ja – ☒ Nei – ☐ Uklart

c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

☐ Ja – ☒ Nei – ☐ Uklart

Kommentar:

Ifølge studiet er dette ikke blindet, ettersom den samme personen samlet inn pretest og posttest data samt gjennomførte programmet bestående av 20 uker med fysisk aktivitet. Pasientene ble randomisert inn i grupper, men de viste at de om de var i eksperimentell og kontrollgruppen.

5. Var gruppene like ved starten av studien?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baseline.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

Kommentar: Ingen statistisk forskjell mellom gruppene når det gjaldt sosiodemografiske forskjeller som kjønn, ekteskapsstatus og utdanningsnivå samt ingen signifikant statistisk forskjell på eksperimentell og kontrollgruppen ved PSQI score (Pittsburgh sleep quality index) eller SMMSE score (standardized mini mental state examination) før intervensjonene ble igangsatt.

6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Var den en klart definert studieprotokoll?
- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervals) like i begge gruppene?

Kommentar: Begge tok PSQI og SMMSE test før og etter eksperimentell gruppen iverksatte intervensjonen og har en definert studieprotokoll.

Del C: Hva er resultatene?

7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelte (binary) utfall?
- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha på virket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

Kommentar:

Effekten rapporteres.

Effekt av tiltak: Tiltaket viser både til både økt kognitiv funksjon og søvnkvalitet. Dette ble målt og vurdert gjennom målinger av PSQI og SMMSE pre intervensjon og post intervensjon. Dette er beskrevet med tekst og i tabell. Dette var klart beskrevet og forklart. Resultatene viser forskjellene fra pre og post intervensjon mellom eksperimentell og kontrollgruppen. Resultatene støtter de av tidligere studier utført. Den sier ikke noe om dette var et stort eller lite studie i forhold til hvor mange deltagere som er med. Det ble brukt «The Mann-Whitney U test» for å sammenligne pre og post data resultater mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. «The wilcoxon signed-rank test» ble brukt til å vurdere pre og post data innad i eksperimentell og kontrollgruppen. Tilslutt ble det brukt «The Cronbach α coefficients ble brukt til å kalkulerer påliteligheten til skalaen og dens underdimensjoner. Det er bruk av p-verdier for å vise til statistisk signifikans.

8. Er presisjon rundt effektestimatet rapportert?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips: Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

Kommentar:

Bruk av «The Cronbach α coefficients»

9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Hvor stor er effekten av tiltaket?
- Ble bivirkninger eller andre uønskede hendelser rapportert for hver gruppe?
- Ble det gjort en kostnadseffektanalyse? En slik analyse gjør det mulig å sammenligne ulike tiltak brukt for samme tilstand.

Kommentar:

I konklusjonen kommer de frem til at studiet har hatt god effekt på elders kognitive funksjon og søvnkvaliteten deres har økt ved bruk av aktivitetsprogrammet. Det ble ikke rapportert noen bivirkninger eller uheldige hendelser i dette studiet og det er ikke gjennomført en kostnadseffektanalyse.

Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Kan resultatene overføres til din praksis?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?
- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagere du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?
- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

Kommentar: Resultatene kan overføres til praksis på sykehjem. Deltagerne er eldre over 65 år med kognitiv nedsetting og dårlig søvnkvalitet. Etter erfaring i praksis på sykehjem er dette noe mesteparten av pasientene sliter med. Ifølge studiet er dette en intervensjon som burde brukes av sykepleiere spesielt på sykehjem der sykepleierne spiller en stor rolle i kreative grupper og aktivisering. De skriver at resultatene viser til at sykepleieintervensjoner burde inkludere fysisk aktivitet for eldre for å bedre deres kognitive funksjon og øke søvnkvaliteten. Utfallet av dette studiet er viktig for det er et ikke medikamentelt tiltak som kan brukes som erstatning for sovemedisin og beroligende, noe som ofte over brukes. Jeg kunne ønske de skrev mer om informasjonen gitt til pasientene om fysisk aktivitet og dens virkning samt om pasientene var motiverte til å utføre dette tiltaket. Studiet sier selv at studiet er bare gjennomført på pasienter på sykehjem samt at resultatene kan ikke generaliseres men kan bidra til generalisering. Kontrollgruppen fikk heller ikke noe intervensjon, men ble bare brukt for å se effekten i intervensjonsgruppen.

11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

Kommentar:

Det kreves ikke mye ressurser for å ta i bruk dette tiltaket, men det vil ta tid. Å aktivisere eldre pasienter er en sykepleie oppgave, men det er ikke alltid sykepleier har tidsressurser til dette. Det kan være en fordel å ha undervisning i hva aktivitet som er best å bruke for å optimalisere tiltaket for de eldre samt fysisk aktivitetseffekt og hvordan det bidrar til god helse.

Oppsummering av vurderingen

Noter hovedpunkter fra den kritiske vurderingen du nettopp har gjort. Hva er din konklusjon om denne studien? Vil du bruke den til å endre praksis eller anbefale endringer i din organisasjon? Kan du på en god og rask måte iverksette tiltaket beskrevet i studien?

Jeg tenker dette er en godt og enkelt studie. Studiet viser til gode statistisk signifikante resultater og dens effekt på elder pasienters kognitive funksjon og viser til økt søvnkvalitet. Hypotesen til studiet om at fysisk aktivitet øker søvnkvalitet stemte og støttet tidligere funn. Intervensjonen er lett å innføre i sykehjem og krever ikke så alt for mange ressurser ift hvor stor effekt det kan ha for de eldre. Intervensjonene kan være viktige for bruk av mindre sovemedisin og dens bivirkninger.

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av fem deler:

- A: Er studien en randomisert kontrollert studie?
- B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?
- C: Hva er resultatene?
- D: Kan resultatene brukes i din praksis?
- Oppsummering av vurderingen

Spørsmålene i del A handler om studiedesignet og kan besvares ganske raskt. Hvis du, basert på svarene dine i del A, finner at studiedesignet er rett fortsetter du til del B for å vurdere metodisk kvalitet og om det er verd å fortsette vurderingen og svare på spørsmålene i del C og D.

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis». Det er også plass til dine egne kommentarer.

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2013). *CASP Randomised Controlled Trials Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 27.11.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Constantinescu, A. M., Warness, J. R., Virk, N., Perez, G., Shankel, M. J. & Leduc, J. H. (2019). Optimizing sleep for residents in Long-term care without sedatives. *Annals of long-term care*. doi:10.25270/altc.2019.09.00086

Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips: Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak? Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

Kommentar:

Studiet ble utført for å se bruken av et evidensbasert undervisningsprogram som skal være med å redusere bruken av sovemedisin samt optimalisere søvn hos eldre gjennom bruk av søvnhygiene, søvnrestriksjoner, søvndagbøker og informasjon. Sykepleierne kunne da individualisere ulike tiltak ut fra årsak til dårlig søvn hos eldre. Studiet tar plass på et sykehjem og involverer eldre fra flere ulike avdelinger.

2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

Kommentar: Randomiseringen ble utført ved et 1 måneders intervall på hver avdeling over en periode på 5 måneder. En uavhengig tredjepart (for å unngå bias) som ikke viste noe om de ulike avdelingene randomiserte de ulike avdelingene.

3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

☐ Ja – ☐ Nei – ☒ Uklart

Tips:

- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

Kommentar: De beskriver ikke om det var noe frafall. Studiet ble ikke avsluttet tidligere.

Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

4. Blinding

Tips:

- Uten blinding er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

a. Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

☐ Ja – ☒ Nei – ☐ Uklart

b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

☐ Ja – ☒ Nei – ☐ Uklart

c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

☐ Ja – ☒ Nei – ☐ Uklart

Kommentar: De skriver at dette ikke var et blindet studiet.

5. Var gruppene like ved starten av studien?

☐ Ja – ☒ Nei – ☒ Uklart

Tips:

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baseline.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

Kommentar: studiet skriver at det var 5 avdelinger med ca. 25 eldre på hver avdeling. De presiserer ikke om det er sosialdemografiske forskjeller. 80% av de eldre hadde kognitiv svikt samt var ¾ av pasientene kvinner.

6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Var den en klart definert studieprotokoll?
- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervals) like i begge gruppene?

Kommentar: Alle avdelingen mottok vanlig sykehjems behandling når de ikke var i intervensjonsgruppen, mens under den måneden de var i intervensjonsgruppen fikk de andre tiltak.

Del C: Hva er resultatene?

7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelte (binary) utfall?
- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha på virket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

Kommentar:

Effekten er rapportert, men ikke omfattende.

Det ble brukt søvndagbøker for å kartlegge pre og post intervensjon. Ved bruk av Abbreviation SD, Mann-Whitney U test og «generalized estimating equations» ble dette iført en tabebl med p-verider rapportert for å kunne si om det var statistisk signifikant. De kom frem til at bruk av disse tiltakene hadde ikke en statistisk signifikans på bruk av sovemidler, men hadde statistisk signifikans på pasienters subjektive søvnkvalitet, ved flere timer søvn per natt, mindre søvn på dagtid samt flere timer søvn over 24 timer.

8. Er presisjon rundt effektestimatet rapportert?

☐ Ja – ☒ Nei – ☒ Uklart

Tips: Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

Kommentar:

9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Hvor stor er effekten av tiltaket?
- Ble bivirkninger eller andre uønskede hendelser rapportert for hver gruppe?
- Ble det gjort en kostnadseffektanalyse? En slik analyse gjør det mulig å sammenligne ulike tiltak brukt for samme tilstand.

Kommentar:

Selve tiltaket er veldig simpelt og hadde god effekt på å bedre søvnmønsteret til de eldre på sykehjemmet. Det er ikke rapportert noen bivirkninger eller uønskede hendelser. Det er ikke gjort noe kostnadsanalyse, men selve tiltaket skal ikke koste mye i seg selv, men handler mer om tidsfordeling og ressursfordeling av sykepleiere på sykehjemmene.

Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Kan resultatene overføres til din praksis?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?
- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagere du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?
- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

Kommentar: Deltageren er eldre der noen har kognitiv svikt. Dette er generelt typisk ved sykehjem at eldre har nedsatt kognitiv svikt. Utfallet og tiltaket med undervisning er utrolig viktig for å øke sykepleiere sin forståelse av årsaker til søvnproblemer samt hvordan optimalisere for bedre søvn uten eller ved nedtrapping av medikamenter.

11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

Kommentar:

Ressursene til dette tiltaket skal ikke være store, men handler mer om at for at dette skulle implementeres på en god måte må sykepleiere få god nok tid og undervisning slik at de kan utføre de individualiserte tiltakene.

Oppsummering av vurderingen

Noter hovedpunkter fra den kritiske vurderingen du nettopp har gjort. Hva er din konklusjon om denne studien? Vil du bruke den til å endre praksis eller anbefale endringer i din organisasjon? Kan du på en god og rask måte iverksette tiltaket beskrevet i studien?

- studiet er relativt kort og enkelt, men også effektivt
- de gir ikke tilstrekkelig informasjon om deltagerne i studiet
- kan ikke generalisere resultatene, men intervensjonen er evidensbasert og kan implementeres i andre sykehjem.

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av fem deler:

- A: Er studien en randomisert kontrollert studie?
- B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?
- C: Hva er resultatene?
- D: Kan resultatene brukes i din praksis?
- Oppsummering av vurderingen

Spørsmålene i del A handler om studiedesignet og kan besvares ganske raskt. Hvis du, basert på svarene dine i del A, finner at studiedesignet er rett fortsetter du til del B for å vurdere metodisk kvalitet og om det er verd å fortsette vurderingen og svare på spørsmålene i del C og D.

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis». Det er også plass til dine egne kommentarer.

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2013). *CASP Randomised Controlled Trials Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 27.11.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Dolu, I., & Nahcivan, N. O. (2019). Impact of a nurse-led sleep programme on the sleep quality and depressive symptomology among older adults in nursing homes: A non-randomised controlled study. *International journal of older people nursing*, 14(1), e12215. <https://doi.org/10.1111/opn.12215>

Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips: Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak? Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

Kommentar:

Studiet innebar et sykepleie-ledet søvnprogram på en eksperimentell gruppe for å øke søvnkvalitetene samt depressive symptomer hos eldre kognitivt intakte eldre på sykehjem. Tiltaket ble utført på en eksperimentell gruppe, mens kontrollgruppen ble brukt til å sammenligne.

2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

☐ Ja – ☒ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

Kommentar:

Det ble ikke utført en tilfredsstillende randomisering. Det ble bestemt at et sykehjem skulle få intervensjonen mens to andre skulle få vanlig sykehjems behandling. Det ble ikke utført randomisering av gruppene grunnet få eldre som fylte kravene for å være med i studiet.

3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

Kommentar:

Studiet begynte med 52 eldre som ble fordelt i de intervensjons og kontrollgruppen. 26 i hver gruppe. Pre test var det i intervensjonsgruppen var det 2 som døde og 1 som trakk seg og i kontrollgruppen var det 1 som trakk seg og 1 de ikke fikk tak i. Post treatment var det i intervensjonsgruppen 1 som trakk seg, mens i kontrollgruppen var det 1 som trakk seg og 1 de ikke fikk kontakt med. Follow up var det 1 som trakk seg i, mens det var 2 som de ikke fikk kontakt med i kontrollgruppen. Analysen ble da

intervensjonsgruppen: pre test: 26, post test: 23 og 3 month follow up: 22

kontrollgruppen: pre test: 26, post test: 24 og 3 month follow up: 22

Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

4. Blinding

Tips:

- Uten blinding er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

a. Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

☐ Ja – ☒ Nei – ☐ Uklart

c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Kommentar:

En av forskerne viste om hva intervensjonene, men deltagerne var blindet. De objektive målingene ble analysert av en forskergruppe som ikke viste hvilke gruppe som var intervensjonsgruppen og hvilken som var kontrollgruppen.

5. Var gruppene like ved starten av studien?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baseline.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

Kommentar: Det var ingen signifikante forskjeller i de sosiodemografiske forskjellene mellom de to gruppene.

6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Var den en klart definert studieprotokoll?
- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervals) like i begge gruppene?

Kommentar:

Det er en klart definert studieprotokoll. Det ble foretatt like undersøkelser i begge gruppene og begge ble testet før og etter studiet. Begge fikk vanlig sykehjems behandling og den eneste forskjellen var at den ene gruppen fikk intervensjoner. Begge hadde en 3 måneders oppfølgingskontroll.

Del C: Hva er resultatene?

7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelte (binary) utfall?
- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha på virket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

Kommentar:

Det ble brukt SPSS for Windows versjon 21.0 for den statistiske analysen og for å beregne baseline forskjeller mellom de to ulike gruppene. P- verdier er rapportert for å vise til statistisk signifikans. Utfallet ble målt ved bruk av aktigrafi, søvndagbok, PSQI. Resultatene er presentert ved bruk av ANOVA/ Wilks Lambda test og Pillai's trace test samt cohen d. De viser til resultater 8 og 12 uker etter intervensjonen. Det manglet ikke noe data. Resultatene viste til statistisk signifikans på de objektive målingene, men ikke på de subjektive. Den subjektive søvnkvaliteten økte hos begge gruppene. I diskusjonen forteller de at de kan være de subjektive resultatene til kontrollgruppen ble bedre ettersom de var selvbevisste om deres søvnproblem og dette kan ha modifisert deres

søvnoppførsel. Det var også signifikant bedre score i intervensjonsgruppens GDS eller geriatric depression scale enn hos kontrollgruppen.

8. Er presisjon rundt effektestimatet rapportert?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips: Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

Kommentar: Det er blitt tatt i bruk Cohen's coefficient d for å måle effektestimat mellom intervensjons og kontrollgruppen.

9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Hvor stor er effekten av tiltaket?
- Ble bivirkninger eller andre uønskede hendelser rapportert for hver gruppe?
- Ble det gjort en kostnadseffektanalyse? En slik analyse gjør det mulig å sammenligne ulike tiltak brukt for samme tilstand.

Kommentar:

Det er ikke rapportert noen bivirkninger under intervensjonen. Det var noen deltagere som droppet ut, men ellers ikke noen uønskete hendelser. Det er ikke utført noe kostnadsanalyse, men anbefales at dette tiltaket kan bli brukt for å redusere symptomer til søvnproblemer hos kognitiv intakte eldre.

Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Kan resultatene overføres til din praksis?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?
- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagere du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?
- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

Kommentar: Deltagerne i dette studiet er relativt like de vi møter på sykehjem her i Norge. Søvnproblemene og depresjons symptomer er en generell helseplage hos flere eldre uansett land eller alder. Studiet hadde ikke tilfredsstillende randomisering av de eldre og kan derfor ikke generaliseres til alle eldre individer, men kan heller bidra til videre studier og generalisering.

11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

Kommentar:

Ressursene som skal til for å ta i bruk dette tiltaket er opplæring til sykepleiere. Studiet forteller at sykepleiere trenger mer opplæring og motivasjon til å lære om ulike søvn planer som kan tas i bruk hos eldre med søvnproblemer. Opplæring om søvn er så sentralt for elders velvære og helse og burde derfor prioriteres.

Oppsummering av vurderingen

Noter hovedpunkter fra den kritiske vurderingen du nettopp har gjort. Hva er din konklusjon om denne studien? Vil du bruke den til å endre praksis eller anbefale endringer i din organisasjon? Kan du på en god og rask måte iverksette tiltaket beskrevet i studien?

- studiet viser til gode resultater, samt noen ikke signifikante.
- mangler tilfredsstillende randomisering
- er relevant for personsentrert sykepleie og videre studier om ikke-medikamentelle tiltak.
- relevant for mitt litteraturstudium.

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av fem deler:

- A: Er studien en randomisert kontrollert studie?
- B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?
- C: Hva er resultatene?
- D: Kan resultatene brukes i din praksis?
- Oppsummering av vurderingen

Spørsmålene i del A handler om studiedesignet og kan besvares ganske raskt. Hvis du, basert på svarene dine i del A, finner at studiedesignet er rett fortsetter du til del B for å vurdere metodisk kvalitet og om det er verd å fortsette vurderingen og svare på spørsmålene i del C og D.

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis». Det er også plass til dine egne kommentarer.

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2013). *CASP Randomised Controlled Trials Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 27.11.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklistor. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Kuck, J., Pantke, M., & Flick, U. (2014). Effects of sosial activation and physical mobilization on sleep in nursing home residents. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 35(6), 455-461. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.08.009>

Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips: Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak? Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

Kommentar:

Studiet ble utført med målsettingen om å fremme pasienters søvn ved mer sosial aktivering og fysisk mobilisering. Pasientene ble fordelt i en eksperimentell og en kontrollgruppe. Eksperimentell gruppen hadde Intervensjon bestod av et aktiveringsprogram fire ganger i uken over åtte uker totalt, mens den kontrollgruppen fikk ikke noe intervensjon.

2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

Kommentar:

Randomiseringen ble gjennomført ved «Block randomization scheme» ble brukt for å fordele pasientene i intervensjon/ eksperimentelle grupper og kontrollgrupper. En uavhengig tredjepart genererte randomiseringssekvensen utilgjengelig for forsknings gruppen. Det ble brukt et dataprogram gjennom nettsiden random.org for å fordele blokkstørrelsene som kunne variere mellom to til seks.

3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

☐ Ja – ☐ Nei – ☒ Uklart

Tips:

- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

Kommentar:

I studiet var det 17 fra intervensjonsgruppen og 5 fra kontrollgruppen droppet ut under studiet. De beskriver ikke hvorfor disse droppet ut av studiet, men de tror at dette kan ha vært på grunn av mangel på motivasjon hos de eldre. Frafallet var da ikke jevnt i begge gruppene. Studiet ble ikke avsluttet tidligere enn planlagt.

Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

4. Blinding

Tips:

- Uten blinding er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

a. Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

☐ Ja – ☐ Nei – ☒ Uklart

b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Kommentar:

Studiet tilsier ikke om deltagerne var blindet eller ikke, men i og med at studiet så på intervensjonen fysisk aktivitet og sosialisering, mens kontrollgruppen fikk den vanlige sykehjems behandlingen, kan man tenke seg til at de kanskje viste at de var i intervensjonsgruppen. De som gav tiltaket og målte/analyserte var blindet, der en uavhengig tredjepart foretok seg disse oppgavene.

5. Var gruppene like ved starten av studien?

☐ Ja – ☒ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baseline.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

Kommentar:

Deltagerne var ikke helt like ved starten. Intervensjonsgruppen hadde flere kognitivt svekkede deltagere enn kontrollgruppen. Ved unntak av dette var det ingen signifikant forskjell mellom gruppene.

6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Var den en klart definert studieprotokoll?
- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervals) like i begge gruppene?

Kommentar:

Gruppene ble behandlet likt ved unntak av tiltakene som ble evaluert. Studiet har en klart definert studieprotokoll.

Del C: Hva er resultatene?

7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelte (binary) utfall?
- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha på virket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

Kommentar:

Effekten av tiltaket er rapportert.

Ved bruk av kombinert sosial aktivering og fysisk mobilisering gjennom 8 uker ble den subjektive søvnkvaliteten bedret på et klinisk og statistisk signifikant nivå. Ved objektive målinger var det ikke noen signifikante resultater ved målinger gjort ved objektive søvnparametre. Målinger ble utført ved bruk av både subjektive og objektive søvnparametre som aktigrafi, søvndagbøker, Insomnia severity index (ISI) og sykepleiers observasjoner.”

Målinger fra både ISI og aktigrafi er rapportert diagrammer ved hjelp av mixed model analysis og p-verdier rapportert. Statistisk analyse ble utført ved bruk av SAS versjon 9.3.

Ved studiet var det flere som droppet ut av intervensjonsgruppen enn kontrollgruppen. Forfatterne vet ikke grunnen til alle, men mistenker lite motivasjon blant de eldre samt sykehusinnleggelser. Ved analyse av de som droppet ut av studiet var det ingen signifikant forskjell mellom de som droppet ut tidlig og de som fullførte studiet. Studiet rapporterer mulig bias ettersom den første analysen var beroligende justert og innført i baseline, derfor vil senere forandringer i pasienters medikamenter ha hatt en bias effekt på studiet.

8. Er presisjon rundt effektestimatet rapportert?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips: Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

Kommentar:

Artikkelen har bruk Cronbach alpha for å estimere effekt.

9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Hvor stor er effekten av tiltaket?
- Ble bivirkninger eller andre uønskede hendelser rapportert for hver gruppe?
- Ble det gjort en kostnadseffektanalyse? En slik analyse gjør det mulig å sammenligne ulike tiltak brukt for samme tilstand.

Kommentar:

Tiltaket har god effekt på den subjektive søvnkvaliteten til pasientene, men ikke like stor effekt på de objektive søvnparametrene. Det var ikke rapportert noen bivirkninger, men det var pasienter som droppet ut av ulike grunner gjennom studiet. Det ble ikke gjennomført noe kostnadseffektanalyse, men selve intervensjonen skal ikke koste mye i seg selv.

Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Kan resultatene overføres til din praksis?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?
- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagere du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?
- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

Kommentar:

Resultatene kan overføres til min praksis. Deltagerne i dette studiet er relativt like til de du møter på sykehjemmet i Norge. Utfallet viser til hvordan aktivitetsprogrammer kan positivt bedre søvnkvaliteten til eldre, et viktig samt et grunnleggende behov som det er lite fokus på i sykehjem.

11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

☒ Ja – ☐ Nei – ☐ Uklart

Tips:

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

Kommentar:

Bruk av fysisk aktivitet og sosialisering blir tatt i bruk i noen sykehjem, men ikke rettet mot å bedre søvnkvalitet. Aktiviteten er mer rettet mot de eldre og de har et satt program som skal følges, noe mange sykehjem ikke har.

Oppsummering av vurderingen

Noter hovedpunkter fra den kritiske vurderingen du nettopp har gjort. Hva er din konklusjon om denne studien? Vil du bruke den til å endre praksis eller anbefale endringer i din organisasjon? Kan du på en god og rask måte iverksette tiltaket beskrevet i studien?

- studiet viser til positive resultater ved økt subjektiv søvnkvalitet, men hadde ikke signifikante resultater ved objektive målinger.
-
- Studiet er noe kort og enkelt kunne vært lengre for å se om de kunne oppnådd bedre objektive målinger over lengre tid, men er likevel relevant for mitt litteraturstudie.