

## Re-Aktion! Svensk sjuksköterskeförenings kampanj för att göra vården säkrare

Svensk sjuksköterskeförening vill med kampanjen *Re-Aktion* lyfta fram omvårdnadsforskningens betydelse för en god och säker vård. Detta gör vi genom att publicera kunskapsunderlag för viktiga kunskapsområden. Förhoppningen är att landets sjuksköterskor därigenom får tillgång till aktuell kunskap och argument för att reagera på fel och brister, och att de också agerar för att patienter inte ska skadas eller dö av vård.

Det är ledningens ansvar att det finns en organisation för ett systematiskt arbete med patientsäkerhet. Det är varje sjuksköterskas professionella ansvar att engagera sig för

att identifiera risker och sätta in förebyggande åtgärder för att patienter och närstående ska få en trygg och säker vård.

### Lyft omvårdnadens betydelse! Re-Aktion!

Fler kunskapsunderlag kommer du att hitta på [www.swenurse.se](http://www.swenurse.se)

Ta även del av [www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet](http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet) och [www.skl.se/patientsakerhet](http://www.skl.se/patientsakerhet)

## Behovet av sömn

Sömn är ett grundläggande fysiologiskt behov hos människan. Sömnen påverkar både vår livskvalitet, vårt psykiska och fysiska välmående, hur vi fungerar dagtid samt vår förmåga att hantera stressorer i vardagen<sup>1,2</sup>. I vårdmiljöer kan sömnproblem uppstå eller förvärras på grund av smärta,

sjukdom, oro, störande ljud eller de vårdande insatserna<sup>3,4</sup>. Då sömnproblem ofta uppkommer i stressfulla eller nya miljöer och i samband med sjukdomstillstånd är det viktigt att vara medveten om de skadliga effekter sömnförlusten kan ha både på kroppsliga och mentala funktioner<sup>5</sup>.

## Insomni

Till de vanligaste sömnstörningarna hör insomni. Insomni är ett slags sömnproblem vilket kännetecknas av svårigheter att somna, frekventa uppvaknanden under natten och en otillfredsställande sömn som kan påverka aktivitet och prestation under dagen<sup>2</sup>. Insomni kan förekomma kortvarigt (några dagar) och då främst orsaka sömnlighet och försämrad prestationsförmåga. Men, den kan också vara långvarig (över en månad). Besvären blir då allvarigare i form av försämrad minnesförmåga, depres-

sion och ökat behov av sjukvård<sup>6</sup>. Forskning om äldre personer med insomni har visat att dessa också har en ökad fallrisk<sup>7,8</sup> och lägre fysisk funktion<sup>7</sup>.

Sömnproblem har kommit att bli allt vanligare i befolkningen och än mer gäller detta de personer vi möter i vården<sup>2</sup>. Bland annat beskrivs förändrade sömnmönster och ökade sömnproblem i samband med vård vid akut- och intensivvårdsavdelningar. Vanligen sker en ökning av den ytliga

sömnen på bekostnad av djupare sömn. Detta leder till att somliga upplever sig få otillräckligt med sömn medan andra anser att mängden sömn är tillräcklig men att kvaliteten på sömnen är mindre bra<sup>4</sup>. En studie visade att nära 40 procent av de personer över 65 år som var inskrivna vid en geriatrisk akutavdelning upplevde sömnproblem. Oftast ansågs problemen orsakade av ljud från medpatienter, larm, hosta, besökare, sjuksköterskorna eller spolningar i toaletter. Ljud, oro/ångest och smärta rapporterades orsaka stress hos patienterna<sup>3</sup>. Eftersom stress pekats ut som en bidragande faktor till sömnproblem<sup>9</sup> är det ytterst viktigt att hänsyn tas till faktorer i miljön som kan leda till ökad eller minskad stress. Det är viktigt att skapa en lugn miljö, med minskning av störande ljus och ljud<sup>10</sup>.

Tidigare studier har visat att sömnen påverkas negativt vid olika vårdinstitutioner, framför allt vid äldreboenden. Detta anses bero på ökad tid i sängen och en ökad användning av sedativa läkemedel. Givetvis är detta en konsekvens av att personer vid dessa institutioner har både somatiska och psykiska sjukdomar, men sömnproblemen kan också relateras till miljön och de dagliga rutinerna. Mellan 50 och 80 procent av personerna vid ett äldreboende har psykotropisk medicinering. Därtill har läkaren ofta en begränsad kännedom om vårdtagarna och sätter stor tillit till de indikationer för medicinering som anges av personal, som i vissa fall har låg utbildningsnivå.

Personerna vid äldreboenden är sköra, miljön är komplex och ibland kan också personalstyrkan vara begränsad. Bristfällig dokumentation kring varför ett läkemedel har ordinerats, bristande rapportering av biverkningar och interaktioner med andra läkemedel, tillsammans med olämpliga val av läkemedel och felaktiga doseringar leder till att personerna riskerar att behandlas med läkemedel på osäkra grunder. Kritik har särskilt riktats mot användandet av antipsykotika och bensodiazepiner, då dessa läkemedel kan öka risken för fall och frakturer hos äldre<sup>11</sup>.

## Risker med insomni

Olika kognitiva funktioner kan påverkas av insomni. Uppmärksamhet och alerthet minskar i samband med sömnbrist. Likaså blir inte våra energidepåer ordentligt fyllda, vilket inverkar på rörlighet och rehabilitering efter sjukdom. Balansen kan också påverkas samt att personer som inte är utsövd också kan få en längre reaktionstid. Därmed utgör otillfredsställande sömn en allvarlig risk för äldre, sköra personer. Särskilt de som har en sömn som varar mindre än fem timmar<sup>12</sup>. Även en kortvarig störning av sömnen, som kan ske vid resande (jetleg) eller då en plötslig händelse inträffar, kan medföra stress, ångest och utveckling av en långvarig sömnstörning. Genom att upptäcka, och framför allt förebygga uppkomst av sömnstörningar kan risken för långvariga problem minskas<sup>13</sup>.

## Allmänna riskfaktorer

Generellt påverkas vår sömn till stor del av vår livsstil. Hög konsumtion av koffein, nikotin och alkohol kan ha negativa effekter på sömnen, liksom lite motion och vilken typ av kosthållning personen har<sup>14</sup>. Psykosociala faktorer som ensamhet, förlust av närstående, pensionering, rädsla för döden och traumatiska händelser kan leda till utvecklandet av insomni<sup>15,16</sup>, liksom miljöfaktorer som sängkomfort, rumstemperatur samt ljud- och ljusnivåer<sup>14</sup>.

## Specifika riskfaktorer

Det finns också faktorer som är mer specifika, och det kan då röra sig om särskilda somatiska eller psykiska tillstånd, som påverkar vår sömn. För att lyfta fram några diagnoser kopplade till insomni kan nämnas kronisk smärta, övervikt, KOL, astma, sura uppstötningar, nykturi, depression eller bipolär sjukdom<sup>13</sup>. Sjukdomar som innebär att personen behöver vård vid en vårdinrättning, och därmed innebär en ny främmande miljö jämfört med hemma. Behöver man dessutom dela rum med andra eller behöver vårdinsatser dygnet runt samt känner oro över den egna hälsan kan detta också leda till insomni<sup>3,4</sup>.

Insomni under en längre tidsperiod kan påverka immunförsvaret, vilket resulterar i en ökad känslighet för sjukdom. Det har också påvisats att sömnbrist gör att återhämtningen i samband med sjukdom går långsammare<sup>12</sup>. Kort sömn (mindre än fem timmar) har visat sig vara relaterat till hjärt-kärlsjukdom hos kvinnor. Flera studier pekar också på att återkommande sömnbrist kan leda till utveckling av insulinresistens. Insulinresistens är i sin tur relaterat till utvecklandet av fetma, högt blodtryck och typ 2 diabetes<sup>12</sup>.

## Symtom och diagnos

Insomni är ett subjektivt tillstånd, liknande smärta. Detta gör att diagnosen baseras till stor del på kliniska observationer och den drabbades egna beskrivning av problemen<sup>2</sup>. Tecken på insomni är lång insomningstid (>30 minuter), eller att personen vaknar på natten och är oförmögen att somna om inom 30 minuters tid. Om besvären förekommer tre eller fler nätter i veckan samt hur länge personen har haft dessa problem (långvarig/kronisk insomni bedöms vara tillstånd längre än en månad) är faktorer som påverkar diagnosen. Personen som har insomni påtalar ofta fatigue, svårigheter med koncentration eller uppmärksamhet, problem med minnet och ändrat humör<sup>14</sup>.

Vid ett kortvarigt vårdtillfälle kan det räcka med att fråga personen om dennes sömn och om personen lätt påverkas av ljus och ljud. Man kan också välja att använda en kortare sömnskattningsskala för att få en uppfattning om personens sömn, men dessa uppgifter kan inte ensamma ligga till underlag för diagnos, utan snarare vara en hjälp för att skapa goda möjligheter till sömn vid det aktuella vårdtillfället. En skattningsskala innehållande endast tre frågor är svenska Minimal Insomnia Symptom Scale (MISS). Det är en lättadministrerad och enkel skala som kan användas för att göra en grov bedömning av sömnen<sup>17</sup>.

Vid långvariga problem behöver en ordentlig utredning av sömnproblemen göras och inledningsvis görs ofta en sömnhistorik, det vill säga personen får berätta om hur sömnen är, hur sömnproblemen påverkar personen dagtid, när problemen med sömnen började, hur hälsan är i övrigt och hur personen brukar hantera olika situationer som kan vara påfrestande. Personen kan också få fylla i en "sömn dagbok", där sömnen noteras natt för natt samt kan olika självskattningsskalor användas. Ofta tillfrågas personen också om snarkning<sup>14</sup>. Snarkning i sig är ofta förknippat med förekomst av obstruktiv sömnapné (OSA), vilket innebär att personen har svårt att syresätta sig under sömnen. Detta leder i sin tur till frekventa uppvaknanden och påverkan dagtid. OSA är också relaterat till fetma, högre ålder och att vara man<sup>18</sup>. Utredning och behandling av sömnapné skiljer sig från den vid insomni och kommer inte att beröras här.

## Behandling

Det är betydelsefullt att ha strategier för hur insomni kan hanteras. Stress och anspänning lyftes redan under 1950-talet fram som faktorer orsakande sömnproblem hos sjuka individer. Genom att försöka öka välbefinnandet hos patienterna, exempelvis genom modifieringar av vårdmiljön ansågs sömnproblemen kunna motverkas<sup>10</sup>. Sålunda förordades en icke-farmakologisk behandling av sömnproblem redan för 60 år sedan.

Bland de icke-farmakologiska behandlingarna av långvariga sömnstörningar är det primärt kognitiv beteende terapi (KBT) som förordas. Genom KBT kan personen hjälpas att förändra en del av de faktorer som utlöser och vidmakthåller sömnproblemen. Det är inte heller ovanligt att personer med sömnproblem använder sig av receptfria läkemedel, naturläkemedel samt alkohol för att lindra besvären. Evidens för effekten av naturläkemedel vid insomni är begränsad och vissa preparat kan orsaka allvarliga interaktioner med psykofarmaka, varför försiktighet rekommenderas om personen har flera olika läkemedel<sup>19</sup>. Receptfria läke-

medel som innehåller antihistaminer har visat sig kunna ge sideeffekter som dagtrötthet och kognitiv nedsättning<sup>13</sup>. Alkohol är en vanlig självmedicinering och kan visserligen ha en god insomningseffekt, men då alkoholen bryts ned påverkas sömnen och den blir ytligare. Personen kan uppleva rastlöshet och upprepade uppvaknanden under den senare delen av natten<sup>14</sup>. Sålunda är det viktigt att förhöra sig om ifall personen har någon självmedicinering mot sömnproblemen, innan ytterligare behandling sätts in. Personen bör också avrådas från självmedicinering med alkohol eller naturläkemedel som misstänks kunna interagera med övrig medicinering.

Hypnotika, sömntabletter, kan ges i samband med akuta sjukdomstillstånd, men bör inte ges som enda åtgärd, utan kombineras med icke-farmakologiska åtgärder. En studie visade att personer med insomni som använde sömntabletter också svarade bra på icke-farmakologisk behandling. Det ledde till att 84 procent kunde upphöra med sin läkemedelsbehandling. Särskilt försiktig med läkemedel bör man vara om patienten är äldre, då risken för negativ inverkan på dagfunktion samt ökad risk för delirium föreligger<sup>4</sup>.

Bensodiazepiner var tidigare det vanligaste läkemedlet mot sömnstörningar, men då dessa läkemedel vid längre tids bruk kan orsaka både toleransutveckling och sideeffekter på minne och alerthet dagtid, har man istället gått över till de så kallade z-preparaten. Z-preparat som exempelvis Zolpidem eller Zopiklon innebär en mindre risk för biverkningar, men det har kunnat påvisas att dessa preparat kan skapa ett beroende hos personen som tar dem<sup>13</sup>. Hänsyn bör också tas till övriga läkemedel som ordinerats patienten, då dessa kan påverka sömnkvaliteten, och eventuella modifieringar av medicinering kan behöva göras i samråd med läkare<sup>4</sup>.

## Förebyggande åtgärder

Sett till de faktorer som kan orsaka sömnstörningar, blir designen av vårdmiljön mycket viktig. Det kan handla om hur många patienter som vårdas i respektive rum, var

belysning finns, hur bra mörkläggningslösningar som kan åstadkommas och så vidare. Modifieringar av vårdmiljön, som att ta bort stimuli som kan uppfattas som störande för vårdtagaren, föreslogs redan av Henderson<sup>10</sup>. Vidare kan man arbeta med att försöka klustra omvårdnadsåtgärderna, så att det blir så få störningar som möjligt under natten, samt införa specifika besökstider och "tysta timmar" dagtid, då patienterna ska utsättas för så lite ljud-ljus-stimuli som möjligt<sup>4</sup>.

Då insomni kan leda till konsekvenser för patienter och vårdtagare som påverkar deras välbefinnande, hälsa och möjlighet för tillfrisknande är det viktigt att som sjuksköterska arbeta förebyggande. Då vi vet att vissa av de behandlingar och den omsorg som ges har negativ inverkan på sömnen, kan patienten erbjudas massage eller att få lyssna på musik, för att lättare kunna slappna av och återgå till sömn.

I en litteraturstudie baserad på nio studier identifierades sex olika typer av omvårdnadsåtgärder för sömnförbättring såsom stimulering av akupunkturpunkter, massage, aromaterapi, sömnhygien, lyssna på musik/naturljud eller att se en instrumental musikvideo och avslappning. Resultatet visade att ringa till måttlig evidens finns för de funna omvårdnadsåtgärderna främst på grund av att det finns alltför få studier inom respektive område<sup>20</sup>. För KBT behandling av insomni, särskilt i kombination med sömnrestriktion (begränsad nattsömn) och stimuluskontroll (undvikande av vila/sömn under dagen) finns dock stark evidens<sup>2</sup>.

---

Detta är Svensk sjuksköterskeförenings sammanfattning av kunskapsläget. Den är författad av Amanda Hellström, legitimerad sjuksköterska, medicine doktor och universitetslektor vid Institutionen för hälso- och vårdvetenskap Linnéuniversitetet, samt sakgranskad av Ania Willman, filosofie doktor, professor i vårdvetenskap och prefekt vid Institutionen för vårdvetenskap Malmö högskola.

## Referenser

1. Vandekerckhove M. and Cluydts R. (2010). The emotional brain and sleep: an intimate relationship. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 4, pp.
2. Wilson SJ., Nutt DJ., Alford C., Argyropoulos SV., Baldwin DS., Bateson AN. et al. (2010). British Association for Psychopharmacology consensus statement in evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 24, 11, pp.
3. Isaia G., Corsinovi L., Bo M., Santos-Pereira P., Michelis G., Aimonino N. et al. (2011). Insomnia among hospitalized elderly patients: prevalence, clinical characteristics and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52, 2, pp.
4. Redeker NS., Hedges C. and Booker KJ. (2008). Sleep in adult acute and critical care settings. In: Redeker NS., Philips McEnany G. (editors). *Sleep disorders and sleep promotion in nursing practice*. New York: Springer Publishing.
5. Lee KA., Landis C., Chasens ER., Dowling G., Merritt S., Parker KP. et al. (2004). Sleep and chronobiology: recommendations for nursing education. *Nursing Outlook*, 52, 3, pp.
6. Roth T. and Roehrs T. (2003). Insomnia: epidemiology, characteristics, and consequences. *Clinical Cornerstone*, 5, 3, pp.
7. Roepke SK. and Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. (2010). *Indian Journal of Medical Research*, 131, pp.
8. St George RJ., Delbaere K., Williams P. and Lord SR. (2009). Sleep quality and falls in older people living in self- and assisted-care villages. *Gerontology*, 55, 2, pp.
9. Åkerstedt T., Perski A. and Kecklund G. (2011). Sleep, stress and burnout. In: Kryger MH., Roth T., Dement WC., (editors). *Principles and practice of sleep medicine*. St Louis: Elsevier Saunders.
10. Henderson V. (1997). *Basic principles of nursing care—second revised printing*. International Council of Nurses; Washington.
11. Conn DK. and Madan R. (2006). Use of sleep-promoting medications in nursing home residents: risks versus benefits. *Drugs Aging*, 23, 4, pp.
12. Pilkington S. (2013). Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalised patients. *Nursing Standard*, 27, 49, pp.
13. Rosekind MR. and Gregory KB. (2010). Insomnia risks and costs: health, safety, and quality of life. *American Journal of Managed Care*, 16, 8, pp.
14. Morin C. and Espie CA. (2004). *Insomnia: a clinical guide to assessment and treatment*. New York: Springer Publishing.
15. Bliwise DL. (1993). Sleep in normal ageing and dementia. *Sleep*, 16, 1, pp.
16. Cacioppo JT., Hawkley LC., Bertson GG., Ernst JM., Gibbs AC., Stickgold R. et al. (2002). Does lonely days invade the nights. *Psychological Science*, 13, 4, pp.

# Kunskapsunderlag för att minska risken för sömnstörningar

SEPTEMBER 2014

17. Hellström A., Hagell P., Fagerström C. and Willman A. (2010). Measurement properties of the Minimal Insomnia Symptom Scale (MISS) in an elderly population in Sweden. *BMC Geriatrics*, 10, 1, pp.
18. Sawyer AM. and Weaver TE. (2011). Sleep-related breathing disorders. In: Redeker NS., Phillips McEnany G., editors. *Sleep disorders and sleep promotion in nursing practice*. New York: Springer Publishing.
19. Jungquist C. (2011). Insomnia. In: Redeker NS., Phillips McEnany G., editors. *Sleep disorders and sleep promotion in nursing practice*. New York: Springer Publishing.
20. Hellström A., Fagerström C. and Willman A. (2011). Promoting sleep by nursing interventions in health care settings: a systematic review. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 8, 3, pp.

