

Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

- CLEARINGHOUSE

Dato:

Godkendt dato: 13. Februar 2014

Revisionsdato: 13. August 2016

Udløbsdato: 12. februar 2017

Den kliniske retningslinje kan, mod angivelse af kilde, frit citeres helt eller delvis i ikke kommercielle sammenhænge. Indgår de i kommercielle sammenhænge skal der indgås specifik aftale.

www.cfkr.dk

kontakt@cfkr.dk

Institut for Medicin og Sundhedsteknologi
Aalborg Universitet
Frederik Bajers Vej 7 E4
DK-9220 Aalborg


AALBORG UNIVERSITY
DENMARK


DASYS
Dansk Sygepleje Selskab

Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter.

Indeksering

Hovedsøgeord: Søvn og hvile.

Indeks søgeord: søvn, søvnkvalitet, insomni, sygeplejeinterventioner.

Arbejdsgruppe

Lisbet Fog, specialeansvarlig sygeplejerske, MR. Regionshospitalet Hammel Neurocenter H1, Hospitalsenhed Midt. lisbet.fog@hammel.rm.dk

Telefon: 78419203

Maduri Maheswaran, sygeplejerske. Stud. scient san. Regionshospitalet Hammel Neurocenter H1.

Dorte Wester, sygeplejerske. Regionshospitalet Hammel Neurocenter H1.

Rikke Bælum, specialeansvarlig sygeplejerske, Cand. pæd. pæd. Regionshospitalet Hammel Neurocenter H4.

Karin Friis Velbæk, bibliotekar ved Hospitalsenhed Midt, har assisteret ved systematisk litteratursøgning.

Tine Bentzen, klinisk sygeplejespecialist. Master i klinisk sygepleje. tinebent@rm.dk. Tine har vejledt gruppen i den indledende arbejdsproces.

Godkendelse

Godkendt af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer, efter intern og ekstern bedømmelse. Den kliniske retningslinje er kvalitetsvurderet i henhold til retningslinjer fastlagt af centrets Videnskabelige Råd og vedtaget af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer.

Dato

Godkendt dato: 13. februar 2014

Revisionsdato: 13. august 2016

Ophørsdato: 12. februar 2017

Bedømt af

Den kliniske retningslinje lever op til kvalitetsniveauet for kliniske retningslinjer, som er beskrevet af Center for Kliniske Retningslinjer. Bedømmelsen er foretaget både internt og eksternt og ved en offentlig høring. Bedømmelsesprocessen er beskrevet på: www.cfkr.dk

Målgruppe

Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter ansat i sengeafsnit på sygehus.

Baggrund

Søvn er en fysiologisk nødvendighed med betydning for kroppens restituering, hormonbalance, immunforsvar og kognitive funktioner. En ubalance i fysiologiske og psykologiske aspekter kan udløse forandring i søvnkvalitet. Behovet for søvn

er individuelt. Det varierer med alderen og er nært sammenhængende med det kropslige helbred og psykiske velbefindende (1).

Mange opvågninger i løbet af natten, utilstrækkelig og dårlig søvn, påvirker søvnkvaliteten. Kroppens indre balance forskydes, og niveauet af stresshormonet kortisol og stofskiftehormon øges i blodet. Samtidig sænkes udskillelsen af væksthormon, og immunforsvaret svækkes (1). Dårlig søvn er associeret med humørsvingninger, træthed og døsighed om dagen, kognitive problemer, adfærdsmæssige problemer, indlæringsproblemer, brug af stimulerende midler, forsømmelse fra arbejde, tabt arbejdsfortjeneste og øget forbrug af sundhedsydelser (2-5).

Patienter indlagt på sygehus har brug for den restituerende søvn (6), men oplever forstyrrelser af deres søvn under indlæggelse (7-12). Desuden ændrer patienters normale søvnmønster sig ofte (9), og selv om patienten sover under indlæggelsen, er søvnen ikke nødvendigvis opfriskende og restituerende (7,9,13).

Søvnproblemer er et almindeligt problem i den industrialiserede verden, og en af de væsentligste årsager til kontakt med praktiserende læger. Omkring 10-20 % af den almindelige befolkning lider af moderat eller længerevarende søvnbesvær (14). Mange af søvnforstyrrelserne kan effektivt behandles. Bliver søvnforstyrrelserne ikke behandlet, kan det få betydning for patientens helbred, livskvalitet og sundhed.

De tre sygdomme, som patienter hyppigst søger hjælp for, er insomni, obstruktiv søvnapnø og uro i benene (15). Denne kliniske retningslinje fokuserer på insomni hos indlagte voksne patienter.

Insomni defineres af American Psychiatric Association som en subjektiv opfattelse af ringe søvnkvalitet, indsovnings- og gennemsovningsbesvær (15).

Primær insomni er søvnsygdomme, som søvnapnoe, restless legs syndrom og døgnrytmedysfunktion.

Den sekundære insomni relateres til bivirkning af medicin (16) eller underliggende medicinske eller psykiatriske sygdomme (4). Den insomni, der beskrives i retningslinjen, kaldes akut insomni og associeres med akut sygdom,

hospitalisering, ændringer i søvnmiljø, jetlag og akut eller tilbagevendende psykosociale påvirkninger (14).

Forninget søvnkvalitet er en almindelig klage (7). I et samfundsøkonomisk perspektiv vil forringet søvnkvalitet på sygehus kunne forlænge opholdet, og dermed øge udgifterne (17). Derimod, hvis døgnrytmen med aktivitet og hvile kan opretholdes hos patienten, kan det muligvis reducere indlæggelsestiden (18). At fastholde og forbedre indlagte patienters søvnkvalitet er derfor relevant, ikke alene for patientens velbefindende, men også i et samfundsøkonomisk perspektiv.

Patientperspektiv

Patienters normale søvnmønster ændres ofte under indlæggelse, og søvnen forstyrres (7-9,19). Årsager til ændret søvn under indlæggelse kan være relateret til såvel miljømæssige som fysiske og psykiske faktorer. Forstyrrelserne kan være begrundet i udefrakommende faktorer som støj i afsnittet, stærkt lys, elektronik, sygeplejerskernes interventioner og indefrakommende faktorer som delirium, depression, stress, dårlig liggestilling og smerter (7).

I den læste litteratur fremhæves støj fra omgivelserne som en væsentlig faktor til søvnforstyrrelse hos hospitals indlagte patienter (8-13, 20,21). Det er hyppigst støj fra andre patienter, og støj fra sygeplejerskens handlinger hos andre patienter, der forstyrrer søvnen (8). Andre faktorer tæller støj fra udstyr, som alarmer, telefoner og personale, der snakker med hinanden (11).

Patientens manglende mulighed for at efterleve normale ritualer ved sengetid, regulering af rum temperatur, og det at sove i fremmede omgivelser, kan ligeledes bidrage til en forstyrret søvn (8,11).

I håndtering af søvn og søvnproblemer hos hospitalsindlagte patienter spiller sygeplejepersonalet en vigtig rolle, idet de ofte er de første til at diagnosticere problemet (11,20).

Sygeplejefagligt perspektiv

Sygepleje er en profession, der har som mål at hjælpe patienten med grundlæggende behov, hvilket inkluderer behovet for søvn (22). Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, der udgør det sygeplejefaglige personale har jf. *"Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser"*, ansvar for at indsamle data, dokumentere samt intervenere i forhold til patientens "potentielle og/eller aktuelle problemområder" indenfor eksempelvis søvn og hvile (23). Det forventes, at sygeplejepersonalet har en grundlæggende viden om søvn og søvnproblemer og er i stand til at vurdere patientens søvnmønster samt intervenere, når søvnen er forstyrret (7).

Enhver klinisk afdeling har forskellige omgivelsesfaktorer, der bidrager til søvnforstyrrelser (8), men det er generelt for afdelingerne, at sygeplejepersonalets rutiner forstyrrer patienternes søvn om natten (8,9,24).

Sygeplejepersonalets gentagne vækninger af patienten og anvendelsen af lys på stuen udgør en barriere til søvn på hospitalet. Sygeplejeopgaver, som natlige omlejringer, skift af sengetøj etc., kræver det rette lys for patienten og sygeplejepersonalets sikkerhed, men medfører forstyrrelse for medpatienter (8,11). En tyrkisk undersøgelse fra 2005 har opgjort, at patienter på en intensiv afdeling forstyrres 51 gange på en nat (25). Sygeplejepersonalet har derfor en opgave i at fremme et miljø, som muliggør, at patienterne kan få en god nattesøvn (11).

Psykologiske og fysiologiske faktorer spiller ind sammen med omgivelsesfaktorerne i at forstyrre patienternes søvn (8). Smerter, luftvejsproblemer og angst er faktorer, der kan påvirke søvnen, og som sygeplejepersonalet kan tage vare på (8,26).

De tiltag sygeplejepersonalet anvender for at afhjælpe søvnproblemer, er bl.a. administration af lægeordineret medicin. Sovemedicin kan benyttes til kortvarig behandling af søvnløshed, men brugen af dette kan påvirke patientens føle- og handleevne dagen efter, og ændre søvncyklus og søvnkvalitet (27). Farmakologiske præparater er derfor ikke altid hensigtsmæssige at tilbyde hospitalsindlagte patienter, der ofte er sårbare, på grund af alder, kronisk sygdom eller alvorlig sygdom (24,28). Denne kliniske retningslinje har fokus på

nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner, beskrevet under "nonfarmakologiske interventioner" (side 10-11).

Objektiv og subjektiv registrering af søvn

Det er vigtigt, at sygeplejepersonalet retter opmærksomhed mod patientens søvn og søvnmønstre, samt indhenter oplysninger om habituel søvnmønster og rutiner før sengetid (17). Subjektive og objektive data spiller en væsentlig rolle under patientens indlæggelse med henblik på at hjælpe patienten til en bedre søvn (11, 29).

Skal patientens søvn og søvnforstyrrelse registreres mere systematisk, fx i forbindelse med udredning af søvnproblemer eller udviklings/forskningsprojekter, kan søvn og søvnkvalitet registreres med forskellige validerede skemaer og redskaber (30-32). I denne kliniske retningslinje er måleredskaberne i de inkluderede studier varierende, men de er alle som minimum valide. Disse uddybes ikke yderligere i denne retningslinje, da det ikke falder inden for emnet.

For at forstå hvad normal nattesøvn og søvnkvalitet er, er det vigtigt at kende de grundlæggende processer, der ligger bag søvn.

Søvn og søvns fysiologi

Søvnens kvalitet afhænger af, hvorvidt søvnen gennemgår svingninger mellem overfladisk søvn (stadie N1 og N2), dyb søvn (stadie N3) og drømmesøvn. Især den dybe søvn er nødvendig for de restituerende funktioner. Kvaliteten afhænger ikke nødvendigvis af længden af søvnen. Der findes normale variationer i søvnbehov fra 4-10 timer. Gennemsnitligt søvnbehov for voksne er 7 timer pr nat (1).

Søvn inddeles i forskellige stadier, der hver er karakteriseret ved forskellige typer hjernebølger målt ved electroencephalografi (EEG) (1).

Stadie N1 er, når søvnen indtræder, og varer 5 – 10 minutter (2). Personen er halvt vågen, halvt sovende. Der er endnu ikke drømme, men løstrevne billeder, som skyldes, at den vågne bevidsthed ikke er aktiv længere. EEG bølgerne bliver en anelse bredere, som udtryk for den faldende aktivitet.

I stadiet N2 bliver søvnen lidt efter lidt dybere og mere stabil, men det er stadig forholdsvis let at vække personen. Puls og åndedræt bliver langsommere. Blodtryk og kropstemperaturen falder lidt. Musklerne er mere afspændte, og EEG-bølgerne bliver endnu bredere. Det er det stadiet, man befinder sig længst tid i (1).

Den dybe søvn indtræder i stadiet N3. Efter 30 – 40 minutter i den overfladiske søvn, indtræder den dybe søvn. Det antages, at den dybe søvn er den mest restituerende del af søvncyklussen (33). Det er sværere at vågne, og personen er træg, hvis denne vækkes. Puls, åndedræt og blodtryk er yderligere nedsat, og samtidig øges udskillelsen af væksthormon. Væksthormonet er centralt for vækst og vedligeholdelsen af muskelmasse, knoglestyrke, celledannelse, hår, negle og hjernefunktionen. EEG viser meget langsom rytme med store bølger. Denne fase varer i begyndelsen af natten 30-40 minutter. Perioderne med den dybe søvn varer længere i den første del af søvnen og bliver kortere eller ophører ud på morgenen. Modsat er REM-søvnen kortere først på natten og varer længere ud på morgenen (1).

Efter halvanden time, hvor søvnen gradvist er blevet dybere, bevæger den sig ind i en ny søvnfase, stadiet R-søvn, hvor søvnen igen bliver lettere. Puls og blodtryk stiger, vejtrækning er uregelmæssig. Der er livlig psykisk aktivitet, og bag de lukkede øjenlåg er der hurtige øjenbevægelser. Det er i dette stadiet, der drømmes mest. Blodgennemstrømningen i kønsorganerne øges, også selv om drømmene ikke er seksuelle. Musklerne er slappe, og kroppens temperaturregulering er sat ud af funktion (34). Hjernen er lige så aktiv eller endda mere aktiv end i vågentilstand. EEG-mønstret ligner vågenmønstret, men personen kan være svær at vække. Efter ca. 15- 20 minutter i REM-fasen er den første søvncyklus forbi. Søvnens bliver atter dybere (1).

Forløbet gennem de forskellige søvnstadier kaldes for en søvncyklus. På en typisk nat gennemgår en person 4 – 5 søvncykler afhængig af, hvor længe der soves, dog i reglen uden gentagelse af det første søvnstadium (N1). Hver cyklus varer fra 90 – 110 minutter (1).

En lang række artikler og undersøgelser belyser nonfarmakologiske interventioner til at forbedre søvnkvalitet hos indlagte patienter herunder et begreb kaldet søvnhygiejne (2,4,22,35-38).

NONFARMAKOLOGISKE INTERVENTIONER

Søvnhygiejne kan defineres som: *"Tiltag eller interventioner designet til at stimulere en bedre søvn"* (19,37). Begrebet relateres til de vaner, forhold og ritualer, der fremmer en ubrudt, styrkende og effektiv søvn (27). Eksempler på interventioner indenfor søvnhygiejne kan være at skabe tydelige natritualer, regulere miljøet i forhold til lys, lyd og temperatur, reducere væskeindtag i aftentimerne samt minimere sygeplejeinterventioner i løbet af natten, undgå stimulerende midler f. eks. koffein om aftenen. Ligeledes regelmæssige sovetider, mindre hvil og mere fysisk aktivitet om dagen. Basale behov bør afklares inden sengetid f.eks. vandladning, afføring og smerter, samt betingelser for velvære og afslapning til nat (17,39-43). Ifølge et stort review fra 1994, hvor 59 studier med i alt 2102 patienter med søvnløshed, understreges det, at søvnhygiejne er en del af almindelig sundhedspraksis, men tiltagene kan ikke stå alene. Der er ifølge undersøgelsen belæg for at anvende søvnhygiejne i kombination med andre interventioner bl.a. kognitiv adfærdsterapi (35).

Kognitiv adfærdsterapi inkluderer en bred vifte af behandlinger, fra uddannelsesprogrammer til simple adfærdsstrategier. Søvnhygiejne indgår i flere undersøgelser som en del af kognitiv adfærdsterapi (44), men behandles i denne retningslinje særskilt.

Andre nonfarmakologiske interventioner spænder vidt fra anvendelse af *rygmassage* før sengetid (24), *beroligende musik* (10), *lysterapi*, der kan defineres som administration af høj lysintensitet (typisk 10000 lux) indenfor en samlet periode med det formål at regulere døgnrytmen og koncentrere søvnen indenfor en socialt accepteret norm (45,46), *afslapning* (47), *aromaterapi* (massage med eksempelvis lavendelolie), der menes at have en beroligende effekt (8), *fysisk aktivitet* (54) samt *akupunktur* (48,49). Stimulering af akupunkter, en alternativ behandlingsform, hvor specifikke dele af kroppen, såkaldte meridianer, påvirkes med f.eks. nåle (48).

Patientgruppen:

Voksne patienter over 18 år indlagt på hospital med behov for en restituerende søvn.

Definition af begreber:

Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner: Er defineret som interventioner, som a) skaber et miljø, der er fordrende for søvn, b) gør den, der skal sove afslappet, eller c) understøtter døgnets søvn-vågen rytme (50).

Søvnkvalitet

Søvnkvalitet er et mål på den følelse, som en person har af at føle sig energisk, aktiv og klar til en ny dag, og inkluderer et stort antal kvantitative og kvalitative aspekter (7).

Insomni: Insomni er en subjektiv oplevelse af utilfredshed med mængden eller kvaliteten af søvn. Den inkluderer, at det er svært at falde i søvn, opretholde søvn eller for tidlig opvågning uden mulighed for at falde i søvn igen (51).

Fastholdelse af søvnkvalitet: At patienten kan opretholde den habituelle søvnkvalitet.

Forbedring af søvnkvalitet: En positiv ændring af søvnkvaliteten hos patienten. Kan både være en subjektiv oplevelse eller en målbar observation.

Formål

Formålet med retningslinjen er at undersøge og anbefale nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner, med henblik på at fastholde og forbedre søvnkvalitet under indlæggelsen, således patienten får den søvn, der er behov for og patientens helbred ikke tager skade.

Metode

Fokuseret spørgsmål:

Hvilke nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner kan fastholde og forbedre søvnkvalitet hos indlagte voksne patienter?

Strategi for systematisk litteratursøgning:

Der er udført systematisk litteratursøgning i følgende databaser: Cochrane Library, PubMed, CINAHL, Embase, Joanna Briggs, og Trip. Alle søgninger er foretaget sammen med en bibliotekar. Der er ligeledes foretaget håndsøgning i referencelisterne fra de udvalgte artikler samt fra de nyeste undersøgelser og systematiske oversigtsartikler.

Søgeordene er valgt med udgangspunkt i MESH termer fra PubMed databasen. Søgning i øvrige databaser er sket med størst mulig overensstemmelse med MESH termerne.

Der er foretaget fritekstsøgning på ordene: *sleep, sleep quality, in-patients, nursing interventions*.

Mesh-termer og søgeord:

Der er søgt på følgende mesh-termer d. 21. juni 2012.

"Sleep" (Mesh), "Nursing" (Mesh), "Nursing Staff, Hospital" (Mesh), "Nursing Staff" (Mesh), "Nursing Process" (Mesh), "Nursing care" (Mesh), "Ethics, Nursing" (Mesh), "Primary care Nursing" (Mesh), "Nursing, team" (Mesh), "Nursing practical" (Mesh), "Nurses" (Mesh), "Nursing assessment" (Mesh), "Nursing interventions", "Inpatients" (Mesh).

Ikke Mesh- termer:

"Non pharmacological" interventions, "Sleep quality", "Sleep", Nonpharmacological, non pharmacological", "non pharmacological" interventions, "nursing interventions", "Nursing".

“Advanced practise nursing”, “Circadian rhythm sleep Disorder”, “Clinical nursing research”, “Evidence based nursing”, “Holistic nursing”, “Interventions”, “Night sleep”, “Non pharmacological nursing”, “Nursing as a profession”, “Nursing assessment”, “Nursing care”, “Nursing competence”, “Nursing expertise”, “Nursing methodology research”, “Nursing practise”, “Nursing process”, “Nursing research”, “Nursing science”, “Practical nursing”, “Primary nursing”, “Quality of nursing care”, “Sleep pattern”, “Sleep stage”, “Sleep therapy”.

Sprog: Engelsk, svensk, norsk, tysk, dansk.

Afgrænsninger: Voksne patienter indlagt på hospital.

Eksklusion: Undersøgelser af plejehjemsbeboere er ekskluderet, da de i Danmark er at betragte som beboere i permanent bolig og antages at have et habituelt søvnmønster. I sygehushmiljø påvirkes søvnen af faktorer, som ukendte omgivelser, flersengsstuer, nye lyde, ukendt personale og uvante rutiner.

Tidspunkt for søgning: 21. juni 2012, samt løbende opdateringer fra CINAHL, PubMed, Embase, Cochrane, Trip, BIconnect+. Søgning afsluttet med sidste opdatering nov. 2013.

Udvælgelse og vurdering af litteratur.

Ved den systematiske litteratursøgning den 21. juni 2012 fremkom 228 hits med RCT, systematiske reviews, litteraturstudier samt beskrivende artikler.

Der blev inkluderet skandinaviske, engelske og en enkelt tysk artikel.

Hertil kom 7 opdateringer fra Cinahl den 22. juni 2012.

Af de i alt 235 artikler, blev 181 artikler frasorteret, på baggrund af dubletter eller abstrakts. 54 artikler blev læst i fuldttekst og deraf frasorteres 32 artikler pga.

manglende relevans for problemstillingen og/eller kvalitet i undersøgelseerne.

De resterende 22 artikler blev kritisk vurderet.

Der blev fundet 3 relevante undersøgelser, heraf 2 RCT, der inddrages i anbefalingerne. Det tredje, et review af Hellström et al: ”*Promoting Sleep by Nursing Interventions in Health Care Settings: A Systematic Review*” fra 2011 (24) med et fokuseret spørgsmål, der næsten er identisk med det fokuserede spørgsmål til denne kliniske retningslinje. Dette reviews referenceliste, gav anledning til, at yderligere 9 artikler blev læst og vurderet kritisk, og 5 af disse

artikler danner sammen med de to RCT baggrund for anbefalingerne i denne kliniske retningslinje.

Den 8. og 9. artikel der danner baggrund for anbefalingerne er fremkommet ved opdateringer fra CINAHL november 2012 og november 2013. Der er således i alt læst og kritisk vurderet 33 artikler. 237 af i alt 246 artikler er ekskluderet (se bilag 3).

Artiklerne er læst og kvalitetsvurderet ud fra de tjeklister og skemaer, der er udarbejdet af Sekretariat for Referenceprogrammer (52). Artiklerne er vurderet og gennemgået af gruppens medlemmer 2 og 2. Ved uoverensstemmelse i vurdering af den enkelte undersøgelses kvalitet er artiklen vurderet og diskuteret af gruppens 4 medlemmer, til enighed er opnået.

Formulering af anbefalingerne på baggrund af litteraturen og udvælgelse af indikatorer og standarder er opnået ved konsensus i gruppen.

Litteratursøgningen er i november 2013 udvidet med søgeordene: sleep disturbance, sleep-promotion og insomnia.

De oprindelige søgninger i Embase, Cinahl og PubMed er suppleret med søgeordene: sleep-disturbance, sleep-promotion og insomnia med følgende resultat:

Embase: 7 nye artikler

Cinahl-søgning 1: 2 artikler

Cinahl-søgning 2: 10 artikler

PubMed: 3 artikler

Der er ikke fundet relevante artikler for retningslinjens problemstilling i den supplerede søgning. Artiklerne er frasortet på baggrund af abstrakts

Litteraturgennemgang

Hvilke nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner kan fastholde og forbedre søvnkvalitet hos indlagte voksne patienter?

Der er identificeret 9 mulige nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner i den læste litteratur, der kan fastholde og forbedre søvn hos indlagte patienter. De 9 områder er:

- Kognitiv adfærdsterapi (3,44)
- Søvnhygiejne (10,13,24,53)
- Fysisk aktivitet (54)
- Lysterapi (46)
- Aromaterapi (24,55)
- Musik/ naturlyd og video (24,56,57,58)
- Afslapningsteknikker (24,47,59)
- Stimulation af akupunkter (24,48,51,60)
- Massage (24,55,59)

Interventionerne fremstår her som enkelt interventioner, men er kombineret i flere af undersøgelse, så flere interventioner afprøves i samme undersøgelse. Denne retningslinje behandler interventionerne hver for sig.

Ved kritisk vurdering af artiklerne er der ikke fundet undersøgelser om eller evidens for alle 9 interventioner. I følgende afsnit vil det fremgå, hvilke interventioner der er fundet belæg for.

Kognitiv adfærdsterapi:

Der er ikke fundet undersøgelser, der undersøger interventionen adfærdsterapi til voksne indlagte patienter.

Søvnhygiejne:

Et systematiske review "*Promoting sleep by Nursing Interventions in Health Care Settings*" (24) inddrager 2 RCT om søvnhygiejne (10)(1b), (45)(1b). Den ene undersøgelse (45) er baseret på plejehjemsbeboere, hvorfor reviewets konklusion for interventionen ikke inddrages. Den anden undersøgelse af LaReau (10)(1b) er frasortet, da det er et pilotstudie.

En ikke-randomiseret parallel gruppe undersøgelse af Gardner (53)(IIa), undersøger 299 patienter på akut ortopædkirurgisk afdeling og finder sammenhæng med det nedsatte støjniveau i 1,5 times "quiet time", og patienter der sover. "Quiet time" indebærer restriktion af besøg, restriktioner af personalets bevægelser og behandlingsaktiviteter, understøttelse af patienternes hvil gennem lejninger og smertelindring, reduktion af forstyrrende faktorer i omgivelserne, så som lys, støj, volumen på telefoner, snak på gangene, fjernsyn og radio.

Data opgøres på baggrund af punkterne:

- 1) Lydniveau, der måles udenfor hver dør.
- 2) Patientens søvnstatus observeres og dokumenteres på en trepunktsskala.
- 3) Ved indlæggelsen og udskrivelsen udfyldes et søvnskema af patienten (Epworth Sleepiness Scale).
- 4) Patienterne udfylder et helbredsstatusskema SF12 V2 ved indlæggelse og udskrivelse.

Der findes signifikant sammenhæng mellem gennemsnits decibel og antallet af patienter, der er vågne og sover i interventionsgruppen ($p < 0,01$) samt gennemsnitsdecibel og antallet af patienter i kontrolgruppen, der er vågne ($p < 0,01$). Pga. manglende udfyldelse af skemaer ved udskrivelse er der ikke fundet endeligt svar på punkt 3 og 4 (53).

Olson (13)(IIa) undersøger 239 neurointensiv patienter og finder ligeledes, at der er flere patienter, der sover i "quiet time", indført to timer både nat og dag. Undersøgelsen er gennemført som en pretest – posttest. Data indsamles både ift. lys, lyd og søvn. Søvn observeres og dokumenteres på en valideret trepunktsskala. (13,53)

Der findes procentvis flere patienter, der observeres sovende i den måned "quiet time" var implementeret end i kontrolperioden. Nedsættelsen af lys og lyd anses som årsag til den øgede søvn. Patienter, der blev observeret under interventionsperioden, var 1,6 x mere sandsynlig sovende end patienter i kontrolperioden ($p < 0,001$) (13).

Det fremgår ikke tydeligt, hvorfor patienter med GCS under 10 tages ud af undersøgelsen. Det ser ud som om undersøgelsen er større end den er. Undersøgelsen nedgraderes i evidensstyrke fra B til C.

Begge undersøgelser finder positiv effekt på søvn ved interventionen "quiet time".

De undersøgte patientgrupper er ortopædkirurgiske patienter på akut afdeling samt patienter på en neurointensiv afdeling.

Undersøgelserne anvender en sygepleje-observations-tjekliste, som er valideret og baseret på subjektive observationer af patienterne: "sover", "sover ikke", "er

ikke i stand til at vurdere". Inddragelse af objektive data fra polysomnografi kunne have understøttet undersøgelserne(30).

Tidsintervallet for "quiet time" i de 2 undersøgelser er forskellige, men umiddelbart er der ikke noget, der taler imod relevansen af resultaterne fra disse studier for andre indlagte voksne patienter. Søvn er et basalt behov for alle, og en indlæggelse medfører miljøforandringer i forhold til bl.a. lys og lyd, der gør det svært at falde i søvn. Derfor betragtes anbefalingen "quiet time" i denne kliniske retningslinje som værende relevant for alle indlagte, voksne patienter og dermed generisk.

Behov og vilkår for at indføre "quiet time" varierer fra afsnit til afsnit. Således må interventionens berettigelse vurderes og afstemmes lokalt.

Fysisk aktivitet:

Kim (54)(IIa) har beskrevet en pre-post test design undersøgelse, der omhandler fysisk aktivitet hos 45 apopleksipatienter indlagt på rehabiliteringsafsnit. Aktiviteten inddrager børnelegetøj i form af en lille fodbold og et golfsæt. Kim undersøger den fysiske aktivitets effekt i forhold til patienternes funktionsnedsættelse, træthed, søvn og depression.

Data indsamles for kontrolgruppen over en periode af 2 mdr. før opstart af interventionen. Søvn er målt med Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Efter patienter i kontrolgruppen er udskrevet, bliver data indsamlet i interventionsgruppen. Aktiviteten er sygeplejeledet, fordi sygeplejersken er den sundhedsprofessionelle, der tilbringer mest tid sammen med patienten og er hovedansvarlig for patientens pleje. Da mange apopleksipatienter sædvanligvis får træningstilbud i et afgrænset tidsrum, vurderer forfatterne, at fundene kan få betydning for den rehabiliterende sygeplejepraksis. Der er statistisk signifikans for interventionens effekt på patienternes søvnforstyrrelse ($p=0,01$).

Undersøgelsen er lavet i en anden kulturel kontekst med deraf følgende risiko for bias. Aktiviteten fordrer en vis kognitiv og fysisk funktion for at kunne deltage. Desuden er undersøgelsen kun udført på ét rehabiliteringsafsnit, hvorfor anbefalingen nedgraderes til evidensstyrke C.

Der er ikke fundet evidens for fysisk aktivitet generelt for voksne patienter indlagt på hospital, men for apopleksipatienter kan en sygeplejeledet fysisk aktivitet bedre søvnkvalitet.

Lys-terapi:

Der er ikke fundet undersøgelser med interventionen lysterapi, der fremmer søvnkvalitet hos indlagte patienter.

Aromaterapi:

Soden et al.'s undersøgelse (55)(1b) er den eneste undersøgelse, som indgår i Hellström et al.'s vurdering af aromaterapi (24).

Der er ikke fremkommet yderligere undersøgelser om aromaterapi ved den systematiske litteratursøgning i juni 2012.

Aromaterapi alene viste ikke signifikant effekt ift. kontrolgruppen ($P=0,4$), målt på Veran and Snyder-Halpern Sleep Scale (VHS). Kombineres aromaterapi og massageterapi ses effekt (55), hvilket er beskrevet under interventionen massage.

Der er ikke fundet evidens for aromaterapi til fastholdelse og fremme af søvnkvalitet hos indlagte voksne patienter.

Musik/ naturlyd og video:

Det systematisk review (24) inddrager 2 RCT (56,57). Begge undersøgelser med patienter, der har fået en hjerteoperation. Der er fremkommet endnu en RCT (58) ved opdatering fra Cinahl i november 2013 målrettet medicinske patienter indlagt på en intensiv plejeafdeling.

I den første undersøgelse (56) er formålet at undersøge effekten af naturlige lyde "white noise" - på nattesøvnsmønstret hos postoperative koronar-bypass patienter efter overflytning fra intensiv afdeling. "White noise" er eksempelvis lyden af havets brusen, regn og vandfald. Det er en baggrundslid i hele frekvensområdet. I undersøgelsen lytter patienterne til "white noise" de første tre nætter, efter de bliver overflyttet fra intensivafsnittet. Lyden aktiveres mellem kl. 20.30 og 21.00 og spiller hele natten. Kontrolgruppen og interventionsgruppen er

behandlet ens, bortset fra at interventionsgruppen lytter til "white noise". Patienterne vurderer søvnen på Richard-Campbell Sleep Questionnaire skalaen (en visuel analog skala), hvor forsøgsgruppen scorer højere, hvilket indikerer bedre søvn.

Undersøgelsen blev kun udført på et hospital. Kontrolgruppen havde ingen sammenlignelig lyd om natten, hvilket kan være en confounder.

Forfatterne beskriver selv muligheden for Hawthorne effekten, idet interventionsgruppen muligvis kunne gætte, at lydstimulatoren skulle hjælpe dem til at sove. Resultatet er baseret på patienternes subjektive oplevelse af søvnkvalitet og ikke baseret på objektive målinger.

På baggrund af nævnte nedgraderes evidensstyrken til B.

Den anden undersøgelse (57) havde til formål at bestemme effekten af sygeplejeinterventioner, som: musik, musik-video og hvileperioder, målt i forhold til smerter og søvnkvalitet på postoperative patienter. Musikken er blød musik, som faciliterer til afslapning. Patienterne kan vælge mellem Country Western Instrumental by Country Pops, Fresh Air by Mannheim Steamroller, eller Winter in the Spring by George Winston og Prelude and Comfort Zone begge af Steven Halpern (1979) (57). Videobåndet spiller i 30 minutter med blød, instrumentel musik, eksempelvis Water's Path, Western Light eller Winter af Pioneer Artist. Disse er kombineret med visuelle billeder af forskellige scenarier. Båndet bliver spillet sent på eftermiddagen eller først på aftenen.

Musik/videogruppen havde signifikant effekt på søvnscore på 3. dagen i forhold til kontrolgruppen. Musikgruppen havde bedre søvnscore end kontrolgruppen.

Interventionerne er af kortere varighed og undersøgelsen er kun udført på et hospital. Søvndata indsamles først 3. dag, hvilket kan påvirke kvaliteten af data. Desuden er resultatet baseret på patienternes subjektive oplevelse af søvnkvalitet og ikke objektive målinger. På baggrund af nævnte faktorer nedgraderes evidensstyrken til B.

Resultaterne af de 2 undersøgelser kan ikke sammenlignes, idet de er rapporteret på forskellige måder, og det giver begrænsning i generaliserbarhed (24).

En tredje RCT (58) undersøger effekten af beroligende klavermusik, komponeret af 2 af undersøgelsens forfattere. Der måles på subjektiv og objektiv søvnkvalitet samt musikkens påvirkning af vitale parametre som puls, blodtryk og respiration hos kritisk syge patienter indlagt på en medicinsk intensiv afdeling. Musikken har en beroligende rytme for at opnå en afslappende effekt. Der er få toner, en blød melodisk linje og ingen dramatiske udsving i lyd og rytme. Deltagerne i interventionsgruppen lytter til musikken i 45 minutter. Kontrolgruppen sover uden musik. Alle deltagere monitoreres i forhold til vitale parameter og udfylder spørgeskema om søvnkvaliteten. Den objektive søvnkvalitet observeres ved hjælp af polysomnografi de første to timer af nattesøvnen. Undersøgelsen finder, at deltagerne i interventionsgruppen har en kortere periode med overfladisk søvn og en længere dyb søvn i de første 2 timer af nattesøvnen. Endvidere vurderer deltagerne selv en forbedret søvnkvalitet sammenlignet med kontrolgruppen. Musikgruppens deltagere har signifikant lavere puls, og resultaterne viser en gavnlig effekt på respiration og blodtryk.

Forbedringen af patienternes oplevede søvnkvalitet kan skyldes høretelefonerne, der kan have reduceret støjen fra omgivelserne og dermed være en confounder. Desuden er søvnkvaliteten, der er målt ved hjælp af polysomnografi kun vurderet de første to timer af natten, og dermed ikke længe nok til at vurdere langvarig effekt på søvnen. Polysomnografi er måling af hjernens elektriske aktivitet, øjenbevægelser og muskelbevægelser (1). Undersøgelsen er udført på én afdeling, og der kan være kulturelle bias. På denne baggrund nedskrives evidensstyrken fra A til B.

Der er fundet evidens for, at beroligende klavermusik kan være en egnet nonfarmakologisk intervention til at fremme søvnkvalitet hos indlagte, voksne hjerteopererede patienter og indlagte medicinske patienter på intensiv plejeafdeling.

Afslapningsteknikker:

Hellström et al. (24) finder på baggrund af 2 RCT (47)(59), at undersøgelserne pga. forskellige målemetoder ikke kan sammenlignes. Grundet den manglende sammenlignelighed er evidensen lav, og kan ikke danne baggrund for anbefaling til indlagte patienter generelt.

De to RCT omhandler afslapningsteknikker (47)(1b), (59)(1b). Undersøgelserne evaluerer forskellige afslapningsteknikker til at fremme søvn.

Afslapningsteknikken består af en verbal guidning med fokus på afslapning af muskelgrupper fra top til tå, samtidig med, at patienten bliver bedt om at forestille sig at være det sted i verden, hvor han/hun slapper mest af. Den verbale guidning kan også være optaget på bånd.

Den 1. undersøgelse viser, at afslapning og visualisering har en positiv effekt hos mænd efter 1. intervention og hos kvinder efter 2. intervention (47) (Se bilag 2).

Resultatet er målt på skriftlige tilbagemeldinger (visuel analog skala) fra deltagerne og er dermed deltagerens subjektive vurdering af søvnkvalitet.

Undersøgelsen er udført på tre forskellige intensive afsnit på et hospital, hvilket øger generaliserbarheden, men idet interventionen kun er afprøvet i en kort periode (to gange hos hver patient), nedskrives evidensstyrken fra A til B.

Den 2. undersøgelse (59), et RCT med tre grupper, viser en bedre søvnkvalitet i forhold til søvnstadiene.

Kontrolgruppen (17 patienter) modtager vanlig sygepleje samt 6 minutters hvileperioder ved sengetid. Den ene interventionsgruppe modtager 6 minutters massage (24 patienter). Den anden interventionsgruppe modtager afslapning, visualisering og musik (28 patienter).

Begge interventionsgrupper modtager intervention efter klokken 21.

Afslapning visualiserings gruppen viste ikke signifikant forskel i forhold til søvn. Dog viste gruppen en bedre søvnkvalitet i forhold til søvnstadiene NONREM søvn og REM søvn end kontrolgruppen

Undersøgelsen viser, at interventionen afslapning og visualisering kan anvendes til fremme af søvn hos indlagte, kritisk syge voksne patienter. Evidensstyrken nedgraderes fra A til B, idet effekten ikke er signifikant påvist. Desuden er det en kort intervention, og der er kun mandlige deltagere.

Stimulation af akupunkter (akupunktur/akupressur):

Det systematiske review "*Promoting sleep by Nursing Interventions in Health Care Settings*" (24) inddrager 2 RCT. Der ses bort fra begge undersøgelser, idet den ene Suen (60)(1b) omhandler plejehjemsbeboere. Den anden undersøgelse af Kim (51)(1b) indgår i et systematisk Cochrane review om akupunktur (48)(1a). Dette review (48) inkluderer 33 undersøgelser (fortrinsvis RCT, men også kontrollerede ikke randomiserede undersøgelser samt parallelgruppe/crossover design) med både indlagte patienter og hjemmeboende. Der kan ikke påvises effekt på søvnkvaliteten ved nåleakupunktur, elektroakupunktur, akupressur og magnetisk akupressur.

Der findes derfor ikke belæg for at anbefale interventionen.

Massage:

Det systematiske review (24)(1a) inddrager 2 undersøgelser vedrørende massage (55)(1b) (59)(1b). Hellström et al. (24) konkluderer, at studierne ikke kan sammenlignes pga. de forskellige tilgange i målingsresultaterne, hvorved de ikke kan gøres til en generel anbefaling. Til trods for at undersøgelserne ikke er sammenlignelige, finder begge effekt af rygmassage.

I det første RCT, udarbejdet af Soden et al. (55) (1b), deltager 42 patienter med fremskreden cancer, der randomiseres til 3 grupper: 13 patienter i massagegruppe, 16 patienter i en massagegruppe med aromaterapi (lavendel) og 13 i kontrolgruppe. Patienterne modtager rygmassage i 30 minutter en gang ugentlig i 4 uger. Resultaterne viser ikke signifikant forskel i de 2 massagegrupper. Tilsætningen af lavendelolie viste ikke en øget effekt af massagen. Søvnscoren viser en signifikant bedring i begge massagegrupper sammenlignet med kontrolgruppen. Deltagerne evaluerede interventionerne ved hjælp af en valideret visuel analog skala målrettet søvnkvalitet. Resultatet er således målt på patientens subjektive vurdering af søvnkvalitet.

Undersøgelsen er af kort varighed (1 x om ugen i 4 uger), og dermed mulighed for mange confoundere. På denne baggrund nedskrives evidensstyrken fra A til B.

Det andet RCT af Richards (59)(1b) undersøger effekten af massage på søvnfremme. Der er 69 deltagere, der randomiseres til henholdsvis

- 1) 6 minutters rygmassage (24 patienter),
- 2) undervisning i afslapning og 7,5 minutters bånd med muskelafslapning og visualisering og afslappende musik i baggrunden (28 patienter), samt
- 3) kontrolgruppen med sædvanlig sygepleje (17 patienter).

Søvnen registreres ved hjælp af polysomnografi.

Interventionen rygmassage viser en stor effekt på søvnkvalitet og kvantitet, hvor der bliver målt op til en times længere søvn i interventionsgruppen sammenlignet med patienterne i kontrolgruppen. (59).

Det er en kort intervention, og forfatteren peger selv på muligheden for, at sygeplejepersonalet ubevidst kan have ændret adfærd overfor patienterne pga. deres kendskab til interventionen. På den baggrund nedgraderes evidensstyrken fra A til B.

Organisatoriske perspektiver ved non-farmakologiske interventioner:

Søvnhygiejne er en del af almindelig sundhedspraksis, og de beskrevne interventioner med "quiet time" vil med omlægning af rutiner umiddelbart ikke være ressourcebelastende for det enkelte afsnit.

På højt specialiseret afsnit vil det kræve koordinering af aktiviteter mono- som tværfagligt, at patienterne lades uforstyrret i 1,5 - 2 timer. For sygeplejepersonalet der ofte observerer og/eller handler hos patienten, vil det være en udfordring (måske endda en kulturændring), at der ikke kan interveneres i så lang en periode. Det vil derfor stille store krav til planlægningen af arbejdet. Desuden fordrer det ekstra opmærksomhed fra personalet at reducere støj og lys.

Det vil indebære omlægning og evt. omorganisering af frigive sygeplejefaglige ressourcer til massage, sygeplejeledet aktivitet, visuel guidning osv. Det vil desuden kræve et stort lokale at afvikle sygeplejeledet aktivitet i afsnittet.

Sygeplejepersonalets kompetencer er generelt tilstrækkelige til at varetage de beskrevne interventioner. Der vil dog være behov for en introduktion og/eller oplæring i forhold til de enkelte handlinger.

Sygeplejepersonalets kompetencer i relation til udførelse af de nonfarmakologiske interventioner er beskrevet under hver enkelt intervention i bilag 4.

Økonomiske perspektiver ved nonfarmakologiske interventioner:

Interventionerne i sig selv er ikke forbundet med store omkostninger, men tilrettelæggelse og implementering vil koste ressourcer i form af arbejdstid for sundhedspersonalet. De økonomiske udgifter begrænses til indkøb af spil, musik/TV, dvd-afspiller m.v. Desuden evt. tilkøb af sundhedspersonale timer samt udgifter forbundet med oversættelse af visualiseringsbånd til dansk.

Undervisning af sundhedspersonale kan bekoste afsnittet, men må betegnes som en mindre udgift. Ellers er implementeringen ikke forbundet med udgifter.

Anbefalinger

Anbefalinger alle indlagte voksne patienter

Søvnhygiejne

"Quiet time" kan anvendes til at facilitere søvn hos **voksne indlagte patienter** (13)(IIa) **C***, (53)(IIa) **B**.

Interventionen "quiet time" er uddybet i bilag 4.

Anbefalinger til specifikke patientgrupper:

De enkelte interventioner er uddybet i bilag 4.

Fysisk aktivitet

Sygeplejeledet aktivitet i 30-40 min. hver anden dag i 2 uger kan anvendes til forbedring af søvnkvalitet hos **patienter, indlagt til rehabilitering efter apopleksi (54)(IIa) C***.

Musik, naturlyd og video

Lyden af "White noise" (fx lyden af havets brusen) kan forbedre søvnkvaliteten hos **patienter efter koronar bypass operation (CABG)(56)(1b) B***.

Musikvideo kan fremme søvnkvaliteten hos **patienter efter koronar bypass operation (CABG)(57)(1b) B***.

Musik, der faciliterer afslapning, kan anvendes til at fremme søvnkvalitet hos **patienter efter koronar bypass operation (CABG) (57)(1b) B***.

Beroligende klavermusik kan fremme søvnkvalitet hos **medicinske patienter indlagt på intensiv afdeling (58)(1b) B***.

Afslapning

Afslapning og visualisering kan anvendes til at forbedre søvn hos **kritisk syge voksne indlagte patienter (47)(1b) B***.

Afslapning og visualisering på bånd + baggrundsmusik til nat, kan anvendes til at bedre søvnkvaliteten hos **indlagte, kritisk syge mænd mellem 55-79 år (59)(1b) B***.

Massage

Rygmassage i 6 minutter før sengetid kan anvendes til at fastholde og bedre søvnkvaliteten hos **indlagte, kritisk syge mænd mellem 55-79 år (59)(1b) B***.

Rygmassage 30 minutter en gang ugentligt kan anvendes til at forbedre søvnkvaliteten hos **indlagte patienter med fremskreden cancer (55)(1b) B***.

Monitorering

Standard 1.

At der hos alle indlagte patienter er dokumenteret dataindsamling om habituel og aktuelt søvnmønster.

Indikator

Andelen af patienter, hvor data om habituel og aktuelt søvnmønster er beskrevet.

Standard 2.

At der hos alle indlagte patienter med søvnforstyrrelse er dokumenteret målrettede handlinger til at fastholde og forbedre søvnkvaliteten for indlagte voksne patienter.

Indikator

Andelen af patienter med søvnforstyrrelser under indlæggelse, der tilbydes individuelle, målrettede nonfarmakologiske sygeplejehandlinger.

Standard 3.

At sygeplejefaglige rutiner og handlinger planlægges og udføres, så patienterne sikres optimale forhold for søvn eksempelvis med søvnhygiejniske tiltag, herunder indførelse af "quiet time".

Indikator

Andelen af afsnit, der har fastsat et tidsrum med "quiet time", hvor lys, støj og forstyrrelse af patienterne er reduceret.

Monitoreringsplan

Årlig gennemgang af patientens data om søvn og hvile ved en journalaudit.

Referencer

1. Gerlach J. Søvn. 1.udgave. 2.oplag. PsykiatriFondens Forlag 2005:5-55
2. Lande RG, Gragnani C. Nonpharmacologic approaches to the management of insomnia. JAOA 2010;110(12):695-701
3. Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE, Buysse DJ. Comparative meta-analysis for pharmacotherapy and behaviour therapy for persistent insomnia. Am J Psychiatry 2002;159:5-11
4. Sie M. An update on sleep disorders and their treatment. Progress in Neurology and Psychiatry 2010;14(issue 3):9-20
5. Quillet MC, Morin CM. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia associated with traumatic brain injury: A single-case experimental design. Arch Phys Med Rehabil 2007;88:1581-1592
6. Tranmer JE, Minard J, Fox LA, Rebelo L. The sleep experience of medical and surgical patients. Clin Nurs Res 2003;12:159-173
7. Doğan O, Ertekin S, Doğan S. Sleep quality in hospitalized patients. Journal of Clinical Nursing 2005;4:7-13
8. Reid E. Factors affecting how patients sleep in the hospital environment. British Journal of Nursing 2001;10(14):912-15

9. Southwell MT, Wistow G. Sleep in hospitals at night: are patients' needs being met? *Journal of Advanced Nursing* 1995;21:1101-9
10. LaReau R, Benson L, Watcharotone K. Examining the feasibility of implementing specific nursing interventions to promote sleep in hospitalized elderly patients. *Geriatric Nursing* 2008;29(3):197-204
11. Pellatt, G.C. The nurse's role in promoting a good nights sleep for patients. *British Journal of Nursing* 2007;16(10):602-5
12. Richards K, Nagel C, Markie M, Elwell J, Barone C. Use of complementary and alternative therapies to promote sleep in critically ill patients. *Crit Care Nurs N Am* 2003;15:329-340
13. Olson BDM, Borel CO, Laskowitz DT, Moore DT, McConell ES. Quiet time: a nursing intervention to promote sleep in neurocritical care units. *American Journal of Critical Care* 2001;10(2):74-8
14. Jennum P. Insomni. *Ugeskr Læger* 2009;171: 1854-59
15. Schuman CC, Attarian HP. Integrating sleep management into clinical practice. *J Clin Psychol Med Settings* 2012;19:65-76
16. Krishnan P, Hawranik P. Diagnosis and management of geriatric insomnia: A guide for nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2008;20:590-599
17. Gilsenan I. Nursing interventions to alleviate insomnia. *Nursing older people* 2012;24(4): 14-18
18. Hultman T, Coakley AB, Annese CD, Bouvier S. Exploring the sleep experience of hospitalized adult patients. *Creative Nursing* 2012;18(3):135-139

19. Boonstra L, Harden K, Jarvis S, Palmer S, Kavanaugh-Caveth P, Barnett J, Friese C. Sleep disturbance in hospitalized recipients of stem cell transplantation. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2011;15 (3):271-6
20. McIntosh AE, MacMillan M. The knowledge and educational experiences of student nurses regarding sleep promotion in hospitals. *Nurse education today* 2009;29:796-800
21. Tracy MF, Chlan L. Nonpharmacological interventions to manage common symptoms in patients receiving mechanical ventilation. *Crit Care Nurse* 2011;31:19-28
22. Henderson V. *Sygeplejens grundlæggende principper*. 7. udgave. 2012. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
23. Sundhedsstyrelsen. *Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser*: Kbh. 2013. Vejledning nr 9019 af 15. januar 2013
24. Hellström A, Fagerström C, Willman A. Promoting sleep by nursing interventions in health care settings: A systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2011(Third Quarter):128-141
25. Celik S, Öztekin D, Akyolcu N, Issever H. *Journal of Clinical Nursing* 2005;(14):102-106
26. Skov MT. "Patienter sover for dårligt". *Sygeplejersken* 2013;3:18-22
27. Silberman SA. *Søvnløshed. En guide til sund søvn*. Dansk Psykologisk Forlag A/S 2010.

28. Skov MT. "Har du sovet godt"? Sygeplejersken 2013;3:23-24
29. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patients` and nurses` perceptions of nursing problems in an acute care setting. Journal of Advanced Nursing 2005;51 (2):140-49
30. [Richards KC](#), [O'Sullivan PS](#), [Phillips RL](#). Measurement of sleep in critically ill patients. [Nurs Meas](#). 2000;8(2):131-44
31. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens insomnia scale: validation of an instrument based on ICD- 10 criteria. Journal of Psychosomatic Research 2000;48:555-560
32. Snyder-Halbern R, Verran JA. Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. research in nursing & health 1987;10:155-163
33. Kaplow R. Sleep Deprivation and psychosocial Impact in acutely ill cancer patients. Crit Care nurs Clin N Am 2005;17:225
34. Jennum P. Søvn og dens sygdomme. Foreningen af danske lægestuderendes forlag 1991:8-45
35. Morin CM., Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: A metaanalysis of treatment of treatment efficacy. Am J Psychiatry 1994;151:1172-80
36. Yang CM, Lin SC. Maladaptive sleep hygiene practises in good sleepers and patients with insomnia. Journal of Health Psychology 2010;15(1) 146-155
37. Béphage G. Promoting quality sleep in older people: the nursing care role. British Journal of nursing 2005;14(4):205-10
38. Wang M-Y, Wang S-Y, Tsai P-S. Cognitive behavioural therapy for primary

- insomnia: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2005;50(5):553-564
39. Richardson A, Allsop M, Coghill E, Turnock C. Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients sleep? *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care* 2007;12(6):278-286
40. Nagel CL, Markie MB, Richards KC, Taylor JL. Sleep promotion in hospitalized elders. *MedSurg Nursing* 2003;12(5):279-290
41. Richardson A, Thompson A, Coghill E, Chambers I, Turnock C. Development and implementation of a noise reduction intervention programme: a pre-and postaudit of three hospital wards. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18:3316-24
42. Fonatana CJ, Pittiglio LI. Sleep deprivation among critical care patients. *Crit Care Nurs* 2010;33(1):75-81
43. Dunn H, Anderson MA, Hill PD. Nighttime lighting in intensive care units. *Critical Care Nurse* 2010;30(3):31-37
44. Montgomery P, Dennis JA. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+ (Review). *The Cochrane Collaboration* 2009; Issue 1
45. Alessi CA, Martin JL, Webber AP, Kim EC, Harker JO, Josephson KR. Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake patterns in nursing home residents. *American Geriatrics Society* 2005;53:803-810
46. Montgomery P, Dennis JA. Bright Light therapy for sleep problems in adults aged 60+. *The Cochrane Collaboration* 2009. issue 1
47. Richardson S. Effects of relaxation and imagery on the sleep of critically ill adults. *Dimensions of critical care nursing* 2003;22:182-190

48. Cheuk DKL, Yeung WF, Chung KF, Wong V. Acupuncture for insomnia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;issue 9
49. Ernst E, Lee MS, Choi T-Y. Acupuncture for insomnia? An overview of systematic reviews. European Journal of General Practice 2011;17:116-123
50. Floyd JA. Sleep promotion in adults. Chapter 2. In: Insomnia is among the most frequent health complaints 1999;17:27-56
51. Kim YS, Lee SH, Jung WS, Park SU, Moon SK, Ko CN, Cho KH, Bae HS. Intradermal acupuncture on shen-men and nei-kuan acupoints in patients with insomnia after stroke. The American Journal of Chinese Medicine 2004;32(5):771-778
52. <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/vil-du-selv-udvikle-retningslinje/manualer-og-skabeloner/checklister.aspx> (17.07.2013)
53. Gardner G, Collins C, Osborne S, Henderson A, Eastwood M. Creating a therapeutic environment: A non-randomised controlled trial of a quiet time intervention for patients in acute care. International Journal of Nursing Studies 2009;46:778-786
54. Kim I. Effects of an enjoyable nurse-led intervention to promote movement in poststroke inpatients. Clinical Nursing Research 2012;21(4):390-405
55. Soden K, Vincent K, Craske S, Lucas C, Ashley S. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. Palliative Medicine 2004;18:87-92
56. Williamson JW. The effect of ocean sounds on sleep after coronary artery bypass graft surgery. American Journal of Critical Care 1992;1:91-97
57. Zimmerman L, Nieveen J, Barnason S, Schmaderer M. The effects of music intervention on postoperative pain and sleep in coronary artery bypass graft (CABG) patients. Scholarly Inquiry for Nursing Practice 1996;10:153-170

58. Su C, Lai H, Chang E, Yiin L, Perng S, Chen P. A randomized controlled trial of the effects of listening to non-commercial music on quality of nocturnal sleep and relaxation indices in patients in medical intensive care unit. *JAN* 2012;21 july:1377-1389.
59. Richards KC. Effect of a back massage and relaxation intervention on sleep in critically ill patients. *American Journal of Critical Care* 1998;7,4:288-299
60. Suen LK, Wong TKS, Leung AWN. Effectiveness of auricular therapy on sleep promotion in the elderly. *The American Journal of Chinese Medicine* 2002;30,4:429-449

Bilag

- Bilag 1 Resume
- Bilag 2 Skema
- Bilag 3 Flowchart
- Bilag 4 Beskrivelse af anbefalede interventioner
- Søvnhygiejne
 - Fysisk aktivitet
 - Musik, naturlyd og video
 - Afslapning
 - Massage

Formkrav

Følger opsætning og overskifter angivet i manualen.

Redaktionel uafhængighed

Den kliniske retningslinje er udviklet uden ekstern støtte og den bidrag ydende organisations synspunkter eller interesser har ikke haft indflydelse på de endelige anbefalinger.

Interessekonflikt

Ingen af gruppens medlemmer har interessekonflikter i forhold til den udarbejdede klinisk retningslinje.

Bilag 1: Resume

Titel

Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter.

Dato

Godkendt dato: 13. februar 2014

Revisionsdato: 13. august 2016

Ophørsdato: 12. februar 2017

Baggrund

Patienter indlagt på sygehus har brug for den restituerende søvn, men oplever ofte deres søvn bliver forstyrret. Søvn er vigtig for krop og hjerne, der har brug for den afslappende søvn for at restituere. Kroppens hormoner, signalstoffer og immunforsvar fungerer ikke uden dyb og overfladisk søvn, og mange funktioner, både fysiske og psykiske, svækkes alvorligt ved søvnmangel.

Årsager til ændret søvn kan relateres til miljømæssige, fysiske og psykiske faktorer. Søvnforstyrrelserne kan være begrundet i udefrakommende faktorer, eksempelvis støj i afsnittet eller indefrakommende faktorer som stress, dårlig liggestilling, smerter mv.

Lægeordineret sovemedicin anvendes ofte til at afhjælpe patienternes søvnproblemer. Sovemedicin kan benyttes til kortvarig behandling af søvnløshed, men kan påvirke patientens føle - og handleevne dagen efter, samt ændre søvncyklus og søvnkvalitet.

Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, der udgør det sygeplejefaglige personale, har jf. ”Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser”, ansvar for at indsamle data, dokumentere samt intervenere i forhold til patientens ”potentielle og/eller aktuelle problemområder” indenfor eksempelvis søvn og hvile. Det forventes således, at sygeplejepersonalet har en grundlæggende viden om søvn, er i stand til at vurdere patientens søvnmønster og intervenere, når søvnen er forstyrret.

Sygeplejepersonalet samarbejder med mange tværfaglige faggrupper, men er oftest den faggruppe, der er repræsenteret gennem hele døgnet. Derfor vil det som udgangspunkt være sygeplejepersonalet, der observerer og handler nonfarmakologisk som farmakologisk, når patienten har et søvnproblem.

Sygeplejefagligt personale spiller en vigtig rolle i håndtering af søvn og søvnrelaterede problemer hos de hospitalsindlagte patienter. Den kliniske retningslinje er derfor målrettet nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner.

Formålet med retningslinjen er at undersøge, hvilke nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner, der kan fastholde og forbedre søvnkvalitet hos den voksne, indlagte patient.

Formål

Formålet med retningslinjen er at undersøge og anbefale nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner, med henblik på at fastholde og forbedre søvnkvalitet under indlæggelsen, således patienten får den søvn, der er behov for og patientens helbred ikke tager skade.

Anbefalinger

Anbefalinger alle indlagte voksne patienter

Søvnhygiejne

"Quiet time" kan anvendes til at facilitere søvn hos **voksne indlagte patienter** (13)(IIa) **C***, (53)(IIa) **B**.

Interventionen "quiet time" er uddybet i bilag 4.

Anbefalinger til specifikke patientgrupper:

De enkelte interventioner er uddybet i bilag 4.

Fysisk aktivitet

Sygeplejeledet aktivitet i 30-40 min. hver anden dag i 2 uger kan anvendes til forbedring af søvnkvalitet hos **patienter, indlagt til rehabilitering efter apopleksi** (54)(IIa) **C***.

Musik, naturlyd og video

Lyden af "White noise" (fx lyden af havets brusen) kan forbedre søvnkvaliteten hos **patienter efter koronar bypass operation (CABG)**(56)(1b) **B***.

Musikvideo kan fremme søvnkvaliteten hos **patienter efter koronar bypass operation (CABG)**(57)(1b) **B***.

Musik, der faciliterer afslapning, kan anvendes til at fremme søvnkvalitet hos **patienter efter koronar bypass operation (CABG)** (57)(1b) **B***.

Beroligende klavermusik kan fremme søvnkvalitet hos **medicinske patienter indlagt på intensiv afdeling (58)(1b) B***.

Afslapning

Afslapning og visualisering kan anvendes til at forbedre søvn hos **kritisk syge voksne indlagte patienter (47)(1b) B***.

Afslapning og visualisering på bånd + baggrundsmusik til nat, kan anvendes til at bedre søvnkvaliteten hos **indlagte, kritisk syge mænd mellem 55-79 år (59)(1b) B***.

Massage

Rygmassage i 6 minutter før sengetid kan anvendes til at fastholde og bedre søvnkvaliteten hos **indlagte, kritisk syge mænd mellem 55-79 år (59)(1b) B***.

Rygmassage 30 minutter en gang ugentligt kan anvendes til at forbedre søvnkvaliteten hos **indlagte patienter med fremskreden cancer (55)(1b) B***.

Monitorering

Standard 1.

At der hos alle indlagte patienter er dokumenteret dataindsamling om habituel og aktuelt søvnmønster.

Indikator

Andelen af patienter, hvor data om habituel og aktuelt søvnmønster er beskrevet.

Standard 2.

At der hos alle indlagte patienter med søvnforstyrrelse er dokumenteret målrettede handlinger til at fastholde og forbedre søvnkvaliteten for indlagte voksne patienter.

Indikator

Andelen af patienter med søvnforstyrrelser under indlæggelse, der tilbydes individuelle, målrettede nonfarmakologiske sygeplejehandlinger.

Standard 3.

At sygeplejefaglige rutiner og handlinger planlægges og udføres, så patienterne sikres optimale forhold for søvn eksempelvis med søvnhygiejniske tiltag, herunder indførelse af "quiet time".

Indikator

Andelen af afsnit, der har fastsat et tidsrum med "quiet time", hvor lys, støj og forstyrrelse af patienterne er reduceret.

Monitoreringsplan

Årlig gennemgang af patientens data om søvn og hvile ved en journalaudit.

Bilag 2: Skema

Intervention	Forfatter, år, land	Undersøgelser	Population	Bias	Resultater	Evidens	Konklusion
Kognitiv Adfærdsterapi							Der er ikke fundet evidens for interventionen kognitiv adfærdsterapi til indlagte voksne patienter.

<p>Søvn-hygiejne</p>	<p>Gardner, et al. 2009</p> <p>Australien (53)</p>	<p>En ikke randomiseret, parallel gruppe undersøgelse.</p> <p>”Quiet time” interventionen består af:</p> <p>Ro i et afgrænset tidsrum 14 -15.30. Restriktion i besøgende i dette tidsrum</p> <p>Restriktion i personalets færden og behandling. Reduktion af stressorer i omgivelserne, som lys og larm fx. telefoner, snak på gangen, TV og radio. Fokus på patientens lejrning og smerter før hvil. Patienterne observeres under ”quiet time” i min. 15 sek. på en 3 punktskala.</p> <p>(I relation til observationer under ”Quiet time” refereres der til Olson et al.’s undersøgelse fra 2001. Se nedenfor)</p>	<p>299 indkluderede ortopædkirurgiske patienter fra 2 hospitaler. 138 (1 udgår) i interventionsgruppen og 161 i kontrolgruppen, (5 udgår).</p>	<p>Grundet begrænsede midler, blev opfølgning (hypotese 3 & 4 i projektet) på undersøgelsen ikke fuldført.</p> <p>(++)</p>	<p>Indførelse af en ”quiet time” fra 14.00-15.30 nedsætter støjniveauet i et akut afsnit. Interventionsgruppen udsættes for 50% af støjniveauet ift. kontrolgruppen.</p> <p>Der findes signifikant sammenhæng mellem støjniveauet og antallet af patienter, der er vågne ($p < 0,01$) og støjniveauet og antallet af patienter der sover ($p < 0,01$).</p>	<p>II a</p>	<p>Gardner et al. finder signifikant forskel på interventionsgruppen og kontrolgruppens mulighed for at sove i perioden med ”quiet time”.</p> <p>Olson et al. finder signifikant flere patienter, der sover under ”quiet time” interventionen end før interventionen blev iværksat.</p> <p><u>Samlet konklusion:</u> Olson og Gardner finder positiv effekt på søvn ved interventionen ”quiet time”. Indsamling af data er sammenlignelige i de 2 undersøgelser og er afprøvet i 2 forskellige patientgrupper. Der ses ikke umiddelbart grunde til at patienter generelt ikke skulle have glæde af interventionen. På</p>
-----------------------------	--	---	--	--	--	-------------	---

	Olson et al. 2001. USA (13)	<p>Pretest-posttest design. Der indføres 2 perioder i døgnet med "quiet time": kl. 14.00-16.00 og kl. 02.00-04.00.</p> <p>Der observeres både på lyd (lightmeter, soundmeter), lys (lux) og søvn. Sygeplejeobservation er 8 gange dagligt (svarende til hver halve time i "quiet time") i min. 5. sek.: sover, vågen eller "ikke i stand til at vurdere"</p>	<p>239. Neuro-intensiv patienter.</p> <p>Interventionsgruppen : 121</p> <p>Kontrolgruppen: 118</p>	<p>Uklarhed i frasortering af patienter med GCS under 10, som ikke er beskrevet</p> <p>(+)</p>	<p>Der var signifikant flere patienter, der sov i den måned "quiet time"-interventionen var implementeret sammenlignet med den (kontrol) måned før interventionen. En koncentreret indsats fra personalet for at reducere miljømæssige stimuli i et bestemt tidsrum øger sandsynligheden for søvn gennem planlagt "quiet time" i en neurointensiv afdeling.</p>	Ila	<p>den baggrund vurderes det, at "quiet time" kan anbefales generelt til indlagte voksne patienter. Behov og vilkår for at indfører "quiet time" variere fra afsnit til afsnit, og interventionens berettigelse må vurderes og afstemmes lokalt.</p>
Fysisk aktivitet	Kim, 2012 Syd Korea (54)	<p>Studiet er et ikke-synkroniseret, ikke-equivalent, kontrolgruppe præ- og post-test design.</p> <p>Studiet undersøger fysisk funktion, depression, træthed og søvnforstyrrelse før og efter interventionen.</p>	<p>45 patienter med apopleksi, indlagt på et rehabiliterings-afsnit.</p> <p>20 i interventionsgruppen og 25 i kontrol-</p>	<p>Interventionen er kun afprøvet på en patientgruppe på et afsnit.</p> <p>Patienterne skal have en vis kognitiv og fysisk funktion for</p>	<p>Der findes statistisk signifikans for interventionens virkning (målt med Pittsburg Sleep Quality Index PSQI) på patienternes søvn (p=0,01).</p>	Ila	<p><u>Samlet konklusion:</u></p> <p>Der er ikke fundet evidens for fysisk aktivitet generelt til voksne, indlagte patienter, men der er fundet evidens for, at en sygeplejeledet aktivitet kan mindske</p>

		<p>Interventionen er en "underholdende sygeplejeledet aktivitet", 30-40 min. (Hver anden dag i 2 uger), hvor patienterne konkurrerer med hinanden.</p> <p>Interventionen består af et legetøjsfodboldsæt til at fremme bevægelser i ben samt et golf sæt til træning af overkroppen.</p> <p>Søvn blev målt ved hjælp af Pittsburgh Sleep Quality Index. (PSQR).</p>	<p>gruppen.</p>	<p>at kunne deltage. Inklusions og eksklusions kriterier er ikke præciseret. Kulturelle forskelle.</p> <p>(+)</p>			<p>søvnforstyrrelse hos patienter indlagt til rehabilitering efter apopleksi.</p>
--	--	---	-----------------	---	--	--	---

Lys-terapi							Der er ikke fundet evidens for behandling med lysterapi til søvnfremme hos indlagte voksne patienter.
Aroma-terapi							Der er ikke fundet evidens for aromaterapi ift. søvnfremme hos indlagte, voksne patienter.
Musik, natur-lyd og video.	Hellström, Fagerström og Willman 2011, Sverige (24)	Systematisk review. Der blev fundet 2 RCT: Zimmerman & Nieveen 1996, USA (57) og Williamson 1992, USA (56)		(++)	De 2 undersøgelser er sammenlignelige, men effekten er usikker i forhold til andre patientgrupper. Der findes meget lav evidens pga undersøgernes kvalitet og manglende overførbare til andre patientgrupper	1a	Hellström et al finder ikke belæg for en generisk overførbare til alle indlagte patienter, men Zimmermann og Williamsons undersøgelser viser begge effekt af musik, naturlyd og video til patienter efter coronar arterie bypas transplatat

	<p>Zimmerman & Nieveen 1996, USA. RCT (57)</p>	<p>RCT med 3 grupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En musik/video-gruppe (32) - En musikterapi gruppe (32) - en skemalagt hvilegruppe (kontrolgruppe) (32). <p>Formål er at bestemme effekten af sygeplejeinterventioner, som: musik, musik-video og hvileperioder, målt i forhold til smerter og søvnkvalitet på postoperative patienter.</p>	<p>96 post-operative hjerte-patienter. Gennemsnitsalder: 67 år.</p> <p>32 deltagere i hver gruppe.</p>	<p>Randomisering er ikke beskrevet.</p> <p>Deltagere ikke blinde.</p> <p>Nedsat generaliserbarhed, kun 1 enhed.</p> <p>Søvn data først indsamlet 3. dag</p> <p>(+)</p>	<p>Musik/video-gruppen havde signifikant effekt på søvnscoring på 3. dagen ift. kontrolgruppen.</p> <p>Musikgruppen havde bedre søvnscoring end kontrolgruppen</p>	<p>1b</p>	<p>(CABG operation).</p> <p>Zimmermann finder effekt af musik og musik/video målt på søvnkvaliteten, efter interventioner hos patienter efter CABG operation.</p> <p>Williamson beskriver brugen af white noise som overbevisende til at understøtte det normale søvnmønster hos patienter, der har været igennem CABG.</p> <p>Su finder, at patienter indlagt på medicinsk intensiv afdeling kan have</p>
--	--	---	--	--	--	-----------	--

	<p>Williamson 1992, USA (56)</p>	<p>RCT</p> <p>Formålet er at undersøge effekten af naturlige lyde "white noise" - på nattesøvnsmønstret hos postoperative koronar-bypass patienter efter overflytning fra intensiv afdeling.</p> <p>Interventions-gruppe lytter til "white noise" (lyden af f.eks. regn eller havets brusen)</p>	<p>60 hjerte-patienter efter CABG. Gennemsnitsalder 58 år. 30 i hver gruppe.</p>	<p>Nedsat generaliserbarhed, kun en enhed.</p> <p>Der redegøres ikke for de 4 der udgår (+)</p>	<p>Søvnnybdescoren hos den gruppe, der modtog white noise, var signifikant højere end hos kontrolgruppen, hvilket ifølge forfatterne er tegn på en dybere søvn hos interventionsgruppen.</p>	<p>1b</p>	<p>effekt af beroligende klavermusik i 45 minutter til nat</p> <p>til at slappe af og falde i søvn på, og oplever en forbedret søvnkvalitet.</p> <p><u>Samlet konklusion:</u> Der findes evidens for at beroligende musik kan være en egnet nonfarmakologisk intervention til at</p>
--	--	--	--	---	--	-----------	--

	<p>Su CP, Lai HL, Chang ET, YIIN LM, Perng SJ, Chen PW. 2012. Taiwan (58)</p>	<p>RCT. Deltagerne i interventionsgruppen lytter til musikken i 45 minutter til nat. Kontrolgruppen sover uden musik. Alle deltagere monitoreres, får spørgeskema og søvnen observeres ved hjælp af polysomnografi de første to timer af nattesøvnen.</p>	<p>28 deltagere. 14 i inter-ventionsgruppen & 14 i kontrolgruppen.</p> <p>Patienter i alderen 39-78 indlagt på en medicinsk intensiv afdeling efter alvorlige infektioner</p>	<p>Monitører kun de første 2 timer efter sengetid.</p> <p>Kun et under søgelsessted</p> <p>Bred medicinsk grupp e</p> <p>Kulturelle forskelle.</p> <p>(+)</p>	<p>Undersøgelsen finder, at deltagerne i interventionsgruppen har en kortere stadi N2 søvn (kortere periode med overfladisk søvn), har længere stadi N3 søvn (den dybe søvn) i de første 2 timer af nattesøvnen.</p> <p>Endvidere oplevede deltagerne en forbedret søvnkvalitet sammenlignet med kontrolgruppen. Musikgruppens deltagere havde desuden lavere puls end deltagerne i kontrolgruppen. Undersøgelsens fund viser, at patienter på en medicinsk intensiv afdeling kan have gavn af at falde i søvn til musik til nat i forhold til stabilitet af vitale parametre og søvnkvalitet.</p>	<p>1b</p>	<p>forbedre søvn hos indlagte, voksne hjerteopererede patienter og indlagte medicinske patienter på intensiv plejeafdeling.</p>
--	---	---	---	---	--	-----------	---

Afslapning	Hellström, Fagerström og Willman 2011, Sverige (24)	Systematisk review. Fandt 2 RCT: Richardson 2003, USA (6) Richards 1998, USA (7)		(++)	På baggrund af undersøgelsesnes videnskabelige kvalitet vurderer Hellström et al. evidensen til at være meget lav.	1a	Hellström et al påpeger, at der er anvendt forskellige målinger, hvilket gør det svært at sammenligne de to undersøgelser. Der findes derfor ikke evidens for en generel anbefaling til indlagte patienter.
	Richardson 2003, USA. (47)	RCT Interventionen består af afslapningsteknik og visualisering, der gives to dage i træk 3 kategorier: hjerte-syge, lunge-syge, andre	36 voksne kritisk syge patienter. Gennemsnitsalder: 58,4 år. 16 i interventionsgruppen og 20 i kontrolgruppen.	Interventionen er kun afprøvet i en kort periode (2 dage) (+)	Afslapning og visualisering havde positiv effekt. Hos mænd efter 1. gang og kvinder efter 2. gang. Resultatet er målt ved hjælp af en visuel analog skala.	1b	Richardson og Richards finder dog belæg for afslapning og visualisering hos kritisk syge patienter. Richardson finder at

	Richards 1998, USA. (59)	RCT med 3 grupper. Deltagerne randomiseres til 3 grupper: 1) kontrolgruppe-sædvanlig sygepleje + 6 min. hvileperiode ved sengetid (17). 2) 6 minutters massage (24) 3) Afslapning, visualisering og musik (28)	71 mandlige kritisk syge patienter i alderen fra 55-79 år. 2 patienter udgår. 17 i kontrolgruppen og 24 + 28 i interventionsgrupper.	Randomisering er ikke beskrevet. Kun mandlige deltagere. (+)	Afslapning visualiseringsgruppen viste ikke signifikant forskel ift. søvn. Dog viste gruppen en bedre søvnkvalitet ift. søvnstadiene – NONREM søvn og REMsøvn end kontrolgruppen.	1b	afslapning og visualisering kan forbedre søvnkvaliteten hos indlagte voksne, kritisk syge patienter. Richards finder lille effekt af afslapningsbånd til mandlige kritisk syge patienter. <u>Samlet konklusion:</u> Interventionen afslapning og visualisering kan anvendes til at forbedre af søvn hos kritisk syge voksne patienter. (hjertesyg, lungesyge og andre), samt bedre søvnkvaliteten hos kritisk syge mandlige patienter.
--	--------------------------------	--	--	--	---	----	---

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

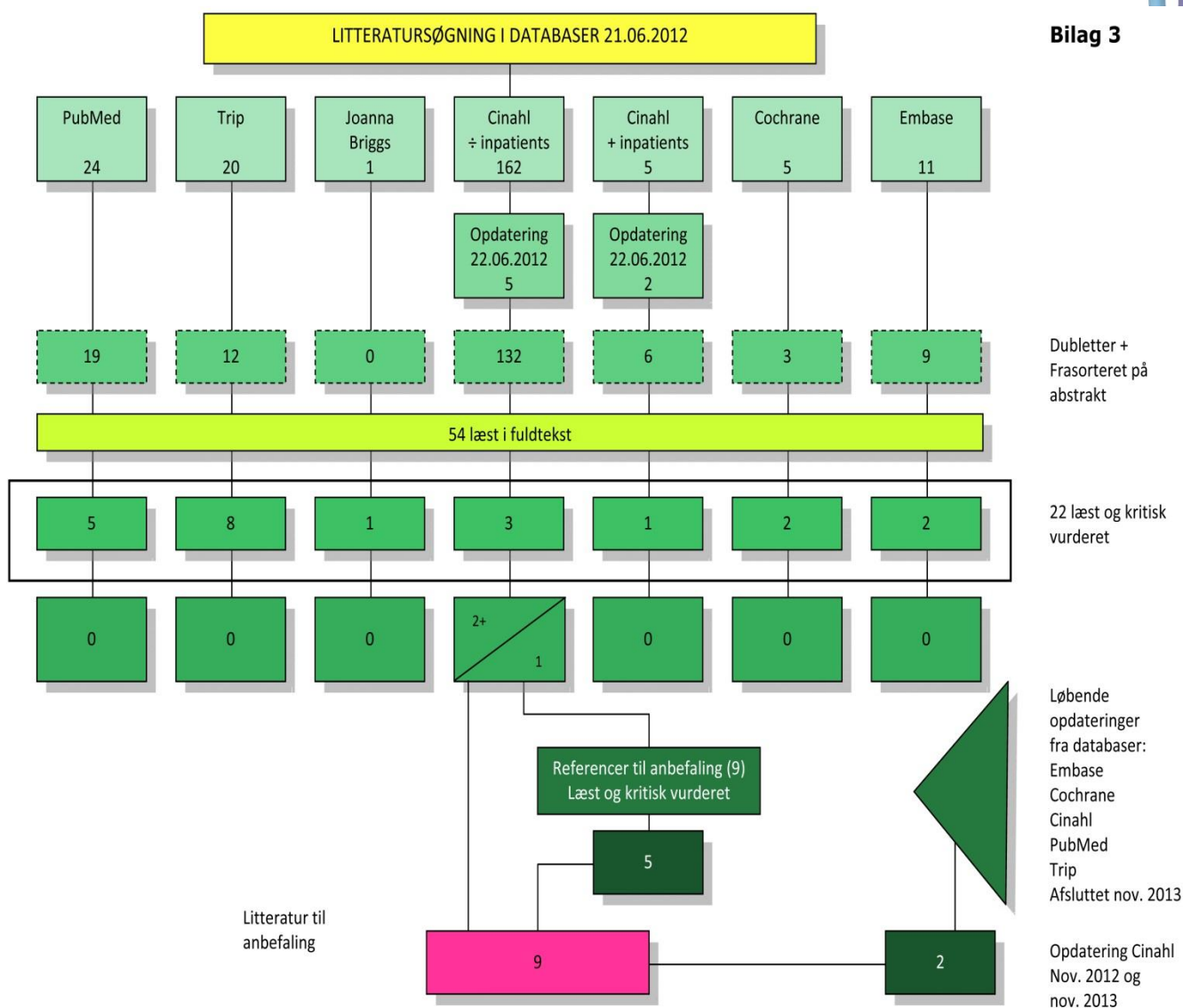
- CLEARINGHOUSE

Stimulation af akupunkter. (akupressur / akupunktur)							Der er ikke fundet evidens for stimulation af akupunkter som intervention ift søvn til voksne indlagte patienter
---	--	--	--	--	--	--	--

Massage	Hellström, Fagerström og Willman 2011, Sverige (24)	Systematisk review Beskrives ud fra 2 RCT: Soden, Vincent, Craske et al. 2004, UK (55) Richards 1998, USA (58)	Se nedenfor.	(++)	Der findes meget lav evidens for massage som intervention for insomni pga forskellig tilgang i målinger og undersøgelser.	1a	Undersøgelserne beror på forskellige typer af patienter, men pga af forskellige målemetoder kan resultaterne ikke sammenlignes, ifølge Hellström et al.
	Soden, Vincent, Craske et al. 2004, UK (55)	RCT med 3 grupper. 3 grupper: -Massagegruppe (13) -Aromaterapigruppe (16) -Kontrolgruppe (13) Studiet sammenligner aromaterapi massage med massage alene (rygmassage i 30 min. en gang ugentlig i 4 uger), i fht. fysiske og psykiske symptomer, hos patienter med fremskreden kræft.	42 hospice patienter med frem-skreden cancer. 6 udgår. Kontrol-gruppe 16, interventions-grupper med henholdsvis 16 og 13 deltagere.	Intervention 1 gang om ugen over 4 uger. (+)	Der var ingen signifikant forbedring i gennemsnitlig søvn (VSH) score fra start til slut i nogen af grupperne. Når de to grupper blev sammenlignet var der alligevel signifikant (P= 0.04) forskel mellem kontrolgruppen og den kombinerede massagegruppe (massagegruppe og aromaterapi-massagegruppen)	1b	Soden finder effekt af massage på flere søvnparametre. Undersøgelsen finder at massage kan have en fremmede effekt på søvnkvalitet og være en brugbar intervention til patienter med fremskreden cancer. Richards <u>Samlet konklusion:</u> Undersøgelserne er ikke sammenlignelige, hvorfor der ikke kan udledes en generel anbefaling til

	Richards 1998, USA. (59)	<p>RCT med 3 grupper.</p> <p>Deltagerne randomiseres til 3 grupper:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kontrolgruppe – sædvanlig sygepleje + 6 min. hvileperioder ved sengetid (17). 2) 6 minutters massage (24). 3) Afslapning, visualisering og musik (28). <p>Søvnanamnese, medicingivning m.m. og monitorering af måleudstyr inddrages. Gruppe 3 deltager i en 5 minutters muskelafslapningsseance. Når patienten giver udtryk for træthed bliver vedkommende hjulpet med at gøre sig klar til natten. Herefter gives interventionen (kontrolgruppen hviler i 6 minutter). Efter interventionerne/6 min. hvil, fik grupperne besked på, at de nu måtte sove. Herefter blev søvnen registreret resten af natten med polysomnografi.</p>	Der indgår 71 patienter - mænd (55-79 år) med hjertesygdom indlagt på intensiv. 2 udgår. <p>17 i kontrolgruppen og 24 + 28 i interventionsgrupper</p>	Randonisering ikke beskrevet. Kun mandlige deltagere. <p>Data-vurdering og bearbejdning er svære at gennemskue.</p> <p>(+)</p>	Interventionen rygmassage viser en stor effekt på søvnkvalitet og kvantitet, hvor der bliver målt op til en times længere søvn i interventionsgruppen sammenlignet med patienterne i kontrolgruppen. <p>Resultatet er målt ved hjælp af polysomnografi den første nat.</p>	1b	indlagte voksne patienter. <p>Begge undersøgelser finder effekt af rygmassage, henholdsvis til ældre kritisk syge mænd og hospice patienter. med fremskreden cancer, hvorfor anbefalingerne er specifikt målrettet disse grupper.</p>
--	--------------------------------	--	---	--	--	----	---

Bilag 3: Flowchart



Bilag 4: Beskrivelse af anbefalede interventioner

”**Quiet time**” kan anvendes til at facilitere søvn til voksne indlagte patienter, idet der er fundet sammenhæng mellem forstyrrelser, det nedsatte støjniveau og patienter, der sover.

Quiet time er ro i afdelingen i en afgrænset periode en eller to gange i døgnet af 1,5 – 2 timers varighed, hvor der er restriktioner i forhold til besøg, personalets bevægelser og behandlingsaktiviteter. Patientens hvil understøttes af lejringer og smertelindring, reduktion af forstyrrende faktorer i omgivelserne, så som lys, støj, volumen på telefoner, snak på gangene, fjernsyn og radio.

Fysisk aktivitet

Sygeplejeledet aktivitet i 30-40 minutter hver anden dag i 2 uger kan anvendes til forbedring af søvnkvalitet hos patienter indlagt til rehabilitering efter apopleksi.

Undersøgelsen er lavet på baggrund af, at mange apopleksipatienter sædvanligvis får træningstilbud i begrænset tidsrum. Aktiviteten foregår ved 16 tiden, hvor det forventes at daglig aktivitet som sygepleje, fysioterapi og ergoterapi er afsluttet, og patienterne ligger mere eller mindre i deres senge (Undersøgelsen er fra Syd Korea).

Aktiviteten fordrer, at patienten har et vist niveau af bevægelse og kognition. Den bygger på CIMT (constraint induced movement therapy) princippet, hvor der arbejdes intensivt med den paretiske arm, og den ikke paretiske arm gøres inaktiv.

Aktiviteten i denne undersøgelse består af holdsport, hvor der inddrages børnelegetøj i form af et golfsæt og en lille fodbold. Der er fokus på at fremme fysisk aktivitet for at forbedre den paretiske side (arm og ben). Aktiviteten udføres på hold for at gøre det sjovere, og desuden er der et konkurrerende element i legen. Deltagerne konkurrerer mod hinanden. Først skal der scores mål. Deltagerne sparker bolden ind i målet, indtil der er ramt ved siden af 2 gange. Afstanden til målet øges for hvert mål, der scores. Jo længere der er til målet, og der scores, jo flere point gives der. Der må kun arbejdes med den afficerede side. Scores der med den ikke afficerede side, tæller målet ikke med. For at sikre sig, at deltagerne bruger den afficerede side til at sparke/ramme bolden med, er der bundet et rødt bånd om den ikke afficerede side.

Det fremgår ikke tydeligt af teksten, hvad det lille golfsæt bliver brugt til, men ud fra det beskrevne antages det, at der ligeledes er scoret mål med "golfkøllen", svunget med den paretiske arm.

Efter spillet er der en eller anden form for præmie til vinderne.

Musik, naturlyd og video

Hjertepatienter

Musik, der faciliterer afslapning, kan anvendes til at fremme søvnkvalitet efter patienten er hjerteopereret. Patienterne kan vælge mellem blød musik i form af Country Western Instrumental by Country Pops, Fresh Air by Mannheim Steamroller, eller Winter in the Spring by George Winston og Prelude and Comfort Zone begge af Steven Halpern. Der kan benyttes hovedtelefoner, og patienterne kan selv kontrollere lyden.

En anden undersøgelse viser, at "White noise" kan understøtte det normale søvnmønster og fremme søvnkvalitet hos patienter efter hjerteoperation. "White noise" er eksempelvis lyden af havets brusen, regn og vandfald. Lyden aktiveres mellem kl. 20.30 og 21.00 og spiller hele natten.

Musikvideo kan facilitere afslapning og søvn hos patienter efter hjerteoperation.

Et videobånd afspilles i 30 min. med blød, instrumentel musik, eksempelvis Water's Path, Western Light eller Winter af Pioneer Artist. Disse er kombineret med visuelle billeder af forskellige scenarier. Båndet blev i undersøgelseerne spillet sent på eftermiddagen eller først på aftenen.

Medicinske intensive patienter

45 minutters musik til at falde i søvn på til nat, med en beroligende rytme, få toner, en blød melodisk linje og ingen dramatiske udsving i lyd og rytme kan give en afslappende effekt og dermed bedre søvnkvalitet hos medicinske intensive patienter.

Afslapning

Kritisk syge voksne indlagte patienter.

Afslapningsteknikken består af en verbal guidning med fokus på afslapning af muskelgrupper, samtidig med at patienten bliver bedt om at forestille sig at være det sted i verden, hvor han/hun slapper allermest af. Den verbale guidning kan være optaget på bånd, eller der er en, der guider patienten igennem.

Interventionen kan vare mellem 13 og 18 minutter. Den afslappende del af interventionen foregår ved, at kroppen gennemgås fra top til tå med brug af vejrtrækningen til at komme til næste skridt, og der er fokus på patientens velbefindende med sætninger som: *"Du føler dig afslappet og tryk. Du har kontrol over din krop, og du er afslappet....."*. *"Ved din næste vejrtrækning mærker du, hvordan din lænd slapper helt af....."* Til visualiseringsdelen beder sygeplejersken patienten beskrive det udvalgte sted ud fra de 5 sanser: Hvad kan du se. Hvad kan du høre, hvad duftede og smagte du, hvad kunne du mærke inklusiv den kinæstetiske sans f.eks: *"Du kan mærke fortovet under dine fødder, og dine ben bevæger sig uden smerte....."*

En anden undersøgelse inddrager afslapningsvejledning suppleret med 7,5 minutters guidning på bånd + baggrundsmusik til nat. Musikken der spiller i baggrunden kan være "The Spirit" fra albummet af samme navn af Kim Robertson.

Der kan købes forskellige afslapningsbånd i handlen, og der er ikke forudsætning for at fremhæve et frem for et andet. Fælles for båndene er, at de fortæller ord for

ord, hvad det er, der skal gøres for at få musklerne afslappet. Afslapningstræning er en forudsætning for visualisering.

Manuskriptet til den fulde vejledning fra den ene undersøgelse (47) kan rekvireres hos forfatteren: Dr. S Richardson, University of Utah College of Nursing, 10 South East Front, Salt Lake City, UT 84112-5880. Vær opmærksom på, den er på amerikansk, men kan bruges som inspiration.

Massage

Kritisk syge mænd i alderen 55-79 år.

Rygmassage i 6 minutter før sengetid. Den kræver ikke en massageuddannelse, men en basis sygeplejeuddannelse. Der kan bruges almindelig lotion, som det enkelte sygehus benytter i forvejen. Cremen kan luges lidt i mikrobølgeovnen inden massagen påbegyndes. Patienten skal ligge på siden. Den, der giver massagen, begynder med at lægge sine varme hænder på patientens ryg nogle sekunder. Patienten opfordres til at slappe af under massagen.

Massageteknikken består af lange faste strøg, der har udgangspunkt over os sacrum og bevæger sig op mod midten af ryggen, op til nakken og ud over skuldrene, ned langs siden for at returnere over os sacrum igen. Der masseres med begge hænders håndflader og fingre. Hænderne bevarer kontakten til huden under hele seancen, og de rytmiske strøg gentages 12-15 gange i minuttet i 6 minutter.

En anden undersøgelse anbefaler rygmassage 30 minutter en gang ugentligt til at fastholde og forbedre søvnkvaliteten hos indlagte patienter med fremskreden

cancer. Massagen kan gives med massageolie med eller uden lavendelolie. Massagen i undersøgelsen er ikke beskrevet som andet end en nonfarmakologisk intervention i f. t. forbedring af søvn. Den er givet om morgenen med effekt, men undersøgelsen antyder effekten kunne blive endnu bedre i forhold til en bedre søvn, hvis den gives senere på dagen.