

BSYBAC_6 22H

Bacheloroppgave i Sykepleie

Benzodiazepiner i eldreomsorg ved sykehjem

- Sykepleierens og pasientens holdninger, perspektiver og kunnskap



Universitetet
i Stavanger

Det Helsevitenskapelige Fakultetet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 30/12/2022

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Flere eldre på sykehjem får faste doser med benzodiazepiner og benzodiazepinderivater selv om dette er kontraindisert, og myndighetene fraråder fast bruk av disse legemidlene. Sykepleiere har en viktig rolle i evaluering av søvnproblematikk hos pasienter, da det er hen som ser pasienten oftest.

Hensikt

Belyse sykepleieres og pasienters perspektiver på, samt kunnskap om benzodiazepiner og – derivater ved sykehjem.

Metode

Oppgaven er en strukturert litteraturoversikt av sju artikler fra fagfelleverderte tidsskrift. Artiklene er metodetriangulerte, med kvantitative og kvalitative artikler i litteraturoversikten. Artiklene ble gjennomlest og analysert separat blant forfatterne, og resultatet ble satt inn i to hovedkategorier og fem underkategorier.

Resultater

Sykepleierne ser ikke på bruken av medikamentene som sitt ansvar, og kan ikke nok om medikamentene. Holdningene til bruken av benzodiazepiner er rigide, og forandring fryder ikke hos sykepleierne. Sykepleiere skal være et ledd for pasienten å bruke ved dialog om medikamentbruken. Sykepleiernes observasjoner og dokumentasjon er viktig i dialog med lege når en vurderer seponering eller nedtrapping av medikamentet. Sykepleieren bør jobbe for alternativer som melatonin og mer konservative søvn-rutiner, for å slippe benzodiazepinenes negative sider.

Nøkkelord: Benzodiazepiner, Sykepleie, Sykehjem, Geriatri, Eldre, Pasienter, Holdninger, Bivirkninger, Avhengighet, Holdninger og Medikamenter.

INNHold

1.	INNLEDNING	3
1.1.	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	4
1.2.	PROBLEMFOMULERING	4
1.3.	HENSIKT	4
1.4.	BEGREPSAVKLARING	4
2.	TEORETISK RAMMEVERK	6
2.1.	DEN ELDRE PASIENTEN	6
2.2.	SYKEPLEIERENS ANSVAR	8
2.3.	HOLDNINGER	9
2.4.	BRUKSVANER I BEFOLKNINGEN	10
2.5.	LOVVERK	10
2.6.	ETIKK	11
2.7.	MENNESKE-TIL-MENNESKE-FORHOLD	12
3.	METODE	13
3.1.	VALG AV DATABASES	13
3.2.	SØKEORD	14
3.3.	EKSKLUSJONSKRITERIER	14
3.4.	VALG AV ARTIKLER	14
3.5.	ANALYSE	15
4.	RESULTAT	18
4.1.	SYKEPLEIERHOLDNINGER	18
4.2.	PASIENTHOLDNINGER	19
5.	DISKUSJON	21
5.1.	METODEDISKUSJON	21
5.2.	RESULTATDISKUSJON	23
5.3.	KONKLUSJON	29
6.	ANVENDELSE I PRAKSIS	31
7.	REFERANSER	32
VEDLEGG 1 - SØKELOGG		
VEDLEGG 2 - LITTERATURMATRISE		

Antall ord: 7967

1. INNLEDNING

Tall fra Helsedirektoratet viser at fire prosent av eldre over 65 år er på sykehjem (Berg et al., 2018), det tilsvarer en liten andel av befolkningen og få plasser. Pasientene som kanskje tidligere historisk sett hadde vært på sykehjem, er nå hjemmeboende med eller uten hjemmesykepleie. Den snarlig kommende eldrebølgen og en populasjonsvekst blant de eldre tilsier at både nå og i fremtiden kommer den eldre boende på sykehjem til å være sykere.

Den eldre befolkningen i Norge bruker mye legemidler. Tall fra reseptregisteret fra 2017 (Folkehelseinstituttet, 2021) viser at 92 prosent av befolkningen over 65 år hadde minst ett legemiddel på resept. Denne gruppen bruker også nesten halvparten av legemidlene utgitt på resept i Norge. 23 prosent av legemiddelbrukere er over 65 år, og denne gruppen bruker 48 prosent av legemidler utlevert på resept. Den samme pasientgruppen er også utsatt for mye polyfarmasi, da 58 prosent mottar mer enn fem legemidler og 23 prosent mottar mer enn ti legemidler (Berg et al., 2018).

Benzodiazepiner og derivater av dette (z-hypnotika) er preparater som har en sedativ effekt. Det finnes mange forskjellige virkestoffer som går under kategorien benzodiazepiner og -derivater. Noen av de mest kjente er Diazepam, Oksazepam, Zopiklon og Zolpidem. De nevnte legemidlene har indikasjoner som angst, uro, spenning, aggresjon, søvnevansker og insomni (Nordeng, 2022).

Benzodiazepiner og -derivater er i all hovedsak kategorisert som B-preparater, da de er å anse som sterkt vanedannende. De har også bivirkninger som søvnighet, slapphet, forvirring, svimmelhet, nedsatt reaksjonshastighet, redusert hukommelse (Nordeng, 2022), fallfare (Koski et al., 1998, s. 235-236) (Pariante et al., 2008, s. 64-66) og kognitiv forverring (Billioti de Gage et al., 2012, s. 3-4). Disse bivirkningene kan være mer prevalente og forstyrrende for eldre som kan være påvirket av fysiologiske endringer, polyfarmasi, vekt, alder og individuelle faktorer av legemiddelet (Kirkevold et al., 2020, s. 186).

Helsedirektoratet publiserte i 2017 en sterk anbefaling om å ikke gi benzodiazepiner til personer over 65 år, spesielt inkludert personer med demens eller kognitiv svikt (Helsedirektoratet, 2017c). Anbefalingen er særlig relevant da 80 prosent av beboere ved langtidsplasser i norske sykehjem har en demenssykdom (Helsedirektoratet, 2017b).

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema er forfatterens egne observasjoner fra praksisperioder, hvor det ble observert at mange eldre på sykehjem bruker benzodiazepiner og -derivater. Det var av interesse blant forfatterne å finne ut av hvor kjent og kritisk sykepleiere er til bruken av disse medikamentene, og i hvilken grad pasienten ble affisert av dens bruk. I dialog var spørsmål om nødvendigheten av faste beroligende medisiner samt effekt av behovsmedisiner i fokus. Følgelig ble også pasientens opplevelse av effekt, bivirkning og avhengighet bragt opp.

1.2. Problemformulering

Ved sykehjem i Norge er det mange pasienter som bruker benzodiazepiner, enten fast eller ved behov (Krüger et al., 2012, s. 244). Disse medikamentene er ikke anbefalt aldersgruppen, spesielt ikke til de beboerne med kognitiv svikt eller ved langtidsbruk (Helsedirektoratet, 2017a, 2017c). Flere av bivirkningene har muligheten til å redusere livskvaliteten til pasientene og ved langtidsbruk er toleranse økt og hensiktsmessige effekter redusert (Nordeng et al., 2018, s. 217-218). Dermed blir benzodiazepiner mindre gunstige ved langtidsbruk (Poyares et al., 2004, s. 330-331; Zandstra et al., 2004, s. 266-268).

Denne oppgaven ønsker å belyse sykepleierens holdning og kunnskap til bruk av denne gruppen legemidler. Hvorvidt de er oppmerksomme på bivirkninger, avhengighet og effekt av medikamentet, samt hvor kritiske de er til oppstart og seponering av legemidlene. Oppgaven skal også se pasienten sin opplevelse av legemidlene, hvor godt pasienten er kjent med bivirkninger, indikasjon, virkning og i hvilken grad pasienten har blitt informert om legemidlene.

1.3. Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleieres og pasienters perspektiver på, og kunnskap om benzodiazepiner og -derivater ved sykehjem.

1.4. Begrepsavklaring

I oppgaven vil begrepet «BZD-Z» bli brukt. «BZD-Z» er en samlebetegnelse på benzodiazepiner og -derivater. Benzodiazepinderivater blir også kalt «Z-hypnotika», da disse legemidlene begynner på bokstaven «Z». Materialet som har blitt brukt i oppgaven gjør en forholdsvis dårlig

jobb i å skille på de forskjellige spesifikke legemidlene utover klassifiseringene «BZD-Z» eller «benzodiazepines», og det vil være vanskelig å si noe spesifikt om hvilke som har blitt brukt, annet enn at de har indikasjoner som angst, uro og søvnforstyrrelser. I data samlet fra Norge er de mest vanlige innen ATC-registeret blitt brukt (NO5B A, NO5C D, NO5 C F)

Det finnes også benzodiazepiner med andre bruksområder, som blant annet anfallskuperende midler og anestesimidler. Disse vil ikke bli tatt opp, da denne oppgaven ser på bruken av benzodiazepiner i sykehjem i forbindelse med søvnvansker. Dermed blir også indikasjoner som angst og uro utelatt fra oppgaven.

2. TEORETISK RAMMEVERK

2.1. *Den eldre pasienten*

Eldre over 65 år er den største gruppen av BZD-Z-brukere (Berg et al., 2018). Medikamentets indikasjoner, angst og søvnproblematikk, er plager som er relativt vanlige hos denne befolkningsgruppen (Kirkevold et al., 2020).

Søvn

Søvnmønsteret vil endre seg ved økende alder, trolig grunnet nedsatt funksjon i døgnrytmesenteret i hypothalamus. Eldre mennesker blir generelt sett trette tidligere, og våkner tidligere enn yngre. Den dype søvnen vil også være sterkt redusert ved høy alder, og søvnen blir mer overfladisk og av dårligere kvalitet. Den eldre kan ha flere oppvåkninger om natten, og bruker lengre tid på å falle i søvn. Endring av søvnmønsteret er en normal del av å eldes, men mange eldre forventer at de skal sove like godt som de gjorde da de var yngre, og oppfatter normale aldersforandringer som søvnproblemer. Forskjellen på endret søvnmonster og søvnproblemer er når søvnmangelen ødelegger dagen til pasienten, i form av eksempelvis redusert sosial eller fysisk funksjon eller mye søvn på dagtid. Årsakene til søvnproblemer hos eldre er ofte sammensatte, men somatisk sykdom, legemiddelbruk og psykiske plager er viktige faktorer som affiserer søvnen (Ranhoff, 2020, s. 373-374).

God informasjon til pasienten om at søvnforandringene er normale for alderen, samt støtte og forståelse for pasientens subjektive opplevelse er viktige faktorer i behandlingen av søvnproblemer. Om sykepleier opptrer avfeiende overfor pasientens problemer, kan det oppleves krenkende, og pasienten føler seg uviktiggjort. Videre er det mulig å innføre rutiner i sykehjem for å fremme god søvn. Grep som å tilpasse pasientens døgnrytme til det hen tidligere er vant med kan være med å bedre søvnkvaliteten. Tidlig leggetid, samt å tilbringe store deler av døgnet i sengen kan for mange pasienter forsterke søvnproblemene (Ranhoff, 2020).

Eldres søvnproblemer er for det meste av kronisk art. Som nevnt ovenfor er årsaken til søvnproblemene ofte sammensatte, og det kreves derfor en bred og sammensatt tilnærming. Tilnærmingen bør være av tverrfaglig art, og pasientens medvirkning er svært viktig for gode

resultat. Et tidlig tiltak som kan være med å motvirke at søvnproblemer vokser, er god søvnhygiene. Tiltak som fremmer god søvnhygiene, kan ses i tabellen nedenfor (Tabell 2-1).

DAG	KVELD/NATT
Mosjon og aktivitet på dagtid	Dempet belysning på toalett
Unngå soving på dagtid	Fjerning eller reduksjon av ytre faktorer som støy.
Sengeopphold kun ved soving	God romtemperatur på soverommet.
Fast døgnrytme	
Minst en halv times dagslys (eller lyslampe), helst om morgenen	

Tabell 2-1

Tiltakene er bredspektret, og danner et godt fundament for behandling av søvnproblemer hos eldre. Tiltakene kan i seg selv være nok om problematikken er av lav alvorlighet, men bør også være fundamentet i behandling av søvnforstyrrelser av større alvorlighetsgrad (Ranhoff, 2020).

Søvnproblemer kan gi økt behov for sykepleie, i form av hjelp til stell og andre ADL-aktiviteter. Sykepleieren har ansvar for å kartlegge pasienters søvnproblematikk gjennom datasamling, og iverksette sykepleietiltak for å forsøke å bedre pasientens søvnproblemer. Kartlegging, sykepleietiltak og evaluering av effekten av disse skal også dokumenteres. Sykepleieren bør samarbeide tverrfaglig med leger og annet helsepersonell, for eksempel fysioterapeuter, i utredningen av pasientens søvnproblemer. Det er også sykepleiers ansvar å undervise, veilede og lede pleiepersonellet på sykehjemmet, slik at pasienten får riktig og god individuell pleie (Ranhoff, 2020).

Legemidler til eldre

Bruken av flere legemidler samtidig kalles polyfarmasi. Det finnes ingen spesifikk definisjon av begrepet polyfarmasi, men som regel blir begrepet brukt om bruken av fem eller flere legemidler samtidig. Polyfarmasi øker faren for bivirkninger og interaksjoner mellom legemidlene (Ranhoff & Engh, 2020). En stor del av eldre pasienter, og spesifikt sykehjemsbeboere står på mange samtidige legemidler (Berg et al., 2018).

Aldersforandringer i kroppen gjør at eldre pasienter reagerer annerledes på legemidler. I kombinasjon med polyfarmasi kan dette føre til uheldige bivirkninger og lite gunstige effekter av medikamenter (Kirkevold et al., 2020, s. 188). Derfor er det viktig at sykepleier og lege er observant over pasientens reaksjon til legemidler.

En annen fare er misbruk av BZD-Z eller andre vanedannende legemidler. Eldre reagerer forskjellig på legemidler, og da spesifikt ved overforbruk av dem. Ved kognitiv svikt og depresjon hos flere eldre er faremomentet for legemiddelinteraksjoner og overforbruk forhøyet, noe som kan føre til videre problematikk ved bruk av BZD-Z (Olsen & Devik, 2016).

2.2. Sykepleierens ansvar

Sykepleiere ved sykehjem har et noe annerledes ansvarsområde (Kirkevold et al., 2020, s. 269). Sykepleieren står som høyeste kompetanse om ikke en sykehjemslege er til stede, og er den faggruppen med høyest kompetanse som har vedvarende pasientkontakt ved sykehjem. Dermed er sykepleierens observasjoner, kunnskap og dokumentasjon viktige for oppfølging av pasienten ved sykehjem (Olsen et al., 2018, s. 59).

Observasjon

Ved bruken av BZD-Z i sykehjem bør sykepleieren bruke sykepleieprosessen (Kristoffersen, 2016, s. 340) for å vurdere effekt eller behov av medikamentet. Ved dette verktøyet kan sykepleier både observere effekt, men samtidig evaluere og reflektere over nødvendigheten av behandlingen. Med utgangspunkt i tidligere observasjoner kan en vurdere om pasienten har behov for et medikament som BZD-Z. Observasjon er også viktig under nedtrapping eller seponering av legemiddelet.

Kunnskap

Ved utdanning av sykepleiere følger studieopplegget forskriften for utdanningen (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). I §4 påpekes det hvilke emner en ferdigutdannet sykepleier skal ha kunnskap i. Her blir flere temaer presentert, spesifikt Ledd h. som påpeker at sykepleierstudenten skal ved endt utdanning «ha bred kunnskap om farmakologi relatert til sykepleierens funksjons- og ansvarsområde». Den ferdigutdannede sykepleieren er også pålagt å ha oppdatert kunnskap i den grad at behandlingen blir fullstendig og forsvarlig

(Helsedirektoratet, 2015; *Helsepersonelloven – hpl*, 1999, §4; *Helse- og omsorgstjenesteloven – hol*, 2011, §3-1; *Spesialisthelsetjenesteloven – sphl*, 1999, §2-2).

Joyce Travelbee snakker i sin bok «Mellommenneskelige forhold i sykepleien» (1999) om en *disiplinert intellektuell tilnæringsmåte*. Dette er ifølge Travelbee en tilnæringsmåte som går logisk til verks, og bruker teoretisk kunnskap om, og innsikt i begreper fra relevante fagfelt i omsorgen for andre (Travelbee, 1999, s. 42). En sykepleier som bruker en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte, vil ha en åpen holdning til problemer og iverksette teoretisk kunnskap i praksis, og vil selv kunne vurdere om en trenger å tilegne seg mer kunnskap og innsikt (Travelbee, 1999, s. 43). En profesjonell sykepleier bruker en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til å kunne opparbeide seg et teoretisk grunnlag for å kunne yte god omsorg til pasienten.

Dokumentasjon

Sykepleierens dokumentasjon spesielt i forhold til BZD-Z på sykehjem er fundamental i å kunne begrunne, men også videreføre informasjon om pasientens behov for legemiddelet til andre yrkesgrupper. Da kan legen bli oppmerksom på problemet, enten via dialog med sykepleier eller dokumentasjon. Dette kan føre til videre tiltak som endring av legemidler eller alternative behandlinger (Kristoffersen, 2016, s. 342; Olsen et al., 2018, s. 59-60).

2.3. Holdninger

Kjell Magne Håkonsen definerer holdninger i sin bok «*Psykologi og psykiske lidelser*» (2014) som «*en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser*» (Håkonsen, 2014, s. 185). Holdninger kan være av evaluerende, vurderende og dømmende karakter, og er en sammensetning av tre komponenter:

Den tankemessige komponenten, som er hvordan vi tenker, eller hva vi føler om et tema. Synspunktene og tankene våre formes i stor grad ut fra hva vi hører, ser og oppfatter fra omgivelsene. Opplevelse og erfaringene samles i grupper og danner sammen meninger og kunnskap. Hva vi mener om et tema på ett område vil også gjenspeile seg i holdninger til beslektede temaer (Håkonsen, 2014, s. 186-187).

Den følelsesmessige reaksjonen er følelsene relatert til temaet. Følelsesreaksjoner overfor emner kan ofte være vanskelige å endre, da de er innlært fra barnealder. (Håkonsen, 2014).

Den atferdsmessige komponenten omhandler hvordan vi handler og reagerer. Det er gjennom hva vi faktisk gjør at holdningene våre tydeligst kommer til uttrykk. (Håkonsen, 2014)

Holdninger er en viktig del av utøvelsen av god sykepleie, da omsorgen i stor grad kommer til uttrykk gjennom holdninger, da både til pasienter og pårørende. Det er altså ikke bare *hva* man gjør som sykepleier som er viktig, men *hvordan* man gjør det. Alle handlinger innebærer et holdningsuttrykk, da handlinger er uttrykk for holdninger (Nortvedt, 2016, s. 58).

2.4. Bruksvaner i befolkningen

Helsedirektoratet anbefaler at pasienter over 65 år og spesielt dem med kognitiv svikt ikke bruker BZD-Z, og hvert fall ikke over maksimal behandlingstid som er 4 uker (Helsedirektoratet, 2017a, 2017c). Begrunnelsen for anbefalingen er legemiddelinteraksjoner og lite effekt av sovemedisiner (McCleery et al., 2014). Helsedirektoratet påpeker også indirekte til legemiddelinteraksjoner i veilederen for demens og vanedannende legemidler (Helsedirektoratet, 2017b, 2021). Veilederen for vanedannende legemidler legger også vekt på prevalensen av eldre pasienter med legemiddelproblematikk ved sykehjem i Norge. Den anbefaler også nedtrapping eller seponering av BZD-Z om mulig, spesielt ved et gunstig tidspunkt som innleggelse ved sykehjem. En pilotstudie fra 2014 tyder på at seponering av BZD-Z vil føre til bedre søvnkvalitet hos pasienten. Samme studie viser også redusert søvnkvalitet ved langtidsbruk av BZD-Z (Bourgeois, Elseviers, Van Bortel, et al., 2014).

Selv med veilederens anbefaling i betraktning viser tall fra reseptregisteret (Folkehelseinstituttet, 2021) at bruken av benzodiazepiner i forhold til befolkningen går ned, men enkeltbrukere går opp i en enkel ACT-gruppe, N05C F. Denne gruppen er for Zopiklon og Zolpidem, sovemedisiner. I nyere tid har en prøvd å bruke melatonin som erstatning for BZD-Z. En ser at bruken av disse øker samtidig som bruken av BZD-Z faller (Berg et al., 2018).

2.5. Lovverk

Helsepersonelloven

Helsepersonellovens (*Helsepersonelloven – hpl*, 1999) kapittel 2 omhandler krav til helsepersonells yrkesutøvelse. Paragraf 4 sier at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes ut fra personens

kvalifikasjoner. Videre sier samme lov at den som yter helse- og omsorgstjenester skal informere pasienten og andre som har krav på det om behandlingen som gis.

Olav Molven skriver i sin bok «Sykepleie og jus» (Molven, 2016) at det på mange områder fremkommer fra lærebøkene hva som er faglig rett handling eller prosedyre i gitte situasjoner, mens det på noen områder kommer til uttrykk i faglige retningslinjer fra myndighetene, og eventuelt som *konsensus* fra fagmiljøer. (Molven, 2016, s. 134)

Helsepersonellovens kapittel 8 omhandler dokumentasjonsplikt, og paragraf § 39 og § 40 sier at den som yter helsehjelp skal registrere journal med relevante og nødvendige opplysninger om pasient og helsehjelp.

Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven (*Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl*, 1999, § 3) omhandler pasienters rett til medvirkning og informasjon. § 3-1 sier at pasienter har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, derunder valg av tjenesteformer og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkelte pasients evner til å gi og motta informasjon. Videre sier § 3-2 at pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Informasjonen skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen.

2.6. Etikk

Yrkesetiske Retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF) sier blant annet at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Retningslinjene sier videre at sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, og fremmer pasientens muligheter til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi god og tilstrekkelig informasjon, og å forsikre seg om at informasjonen blir forstått av pasienten.

De fire etiske prinsipper

De fire etiske grunnprinsippene (Beauchamp & Childress, 2009, sitert i Nortvedt, 2016, s. 96) danner pilarene for god etikk i helsevesenet. De fire prinsippene er som følger:

- *Velgjørhetsprinsippet:*
Velgjørhetsprinsippet omhandler tanken om å både å ville og å etter beste evne handle i pasientens beste. Prinsippet om velgjørhet stiller krav til sykepleieren om å kunne forstå pasientens situasjon og å delta i og ta ansvar for pasientens livsskjebne. (Nortvedt, 2016, s. 96)
- *Ikke skade-prinsippet* handler om hvordan man skal behandle pasienter. Prinsippet omhandler å ikke påføre pasienter unødvendig skade, og å ta i betraktning hvilke belastninger eventuell behandling av pasienten har på pasienten. Ikke skade-prinsippet omhandler å vurdere og utføre pleie på en slik måte at man i minst mulig grad påfører pasienten smerte og belastning. (Nortvedt, 2016, s. 97)
- *Autonomiprinsippet* går ut på pasientens rett til selvbestemmelse; pasienten har rett til å være med å bestemme sin egen behandling og pleie. Prinsippet forteller oss at pasienter er individer med rett til å bestemme over egen kropp. I det å ta egne valg inngår det å få tilstrekkelig informasjon til å ta avgjørelser med, som vil si at pasienten skal informeres om sin helsehjelp på en slik måte at pasienten forstår konsekvensene av valgene hen tar. (Nortvedt, 2016, s. 136-137)
- *Rettferdighetsprinsippet* handler om at helsehjelp ikke fordeles etter fortjeneste, men etter behov. Alle pasienter har lik rett til omsorg etter pleiebehov og medisinske behov, uavhengig av sosial status, kjønn, rase, og påtrykk fra pårørende og sosialt nettverk. Prinsippet omhandler også rettferdig ressursbruk hos sykepleiere, da det er mange som trenger hjelp i dagens helsevesen, og graden av hjelp som trengs hos den enkelte varierer (Nortvedt, 2016, s. 98).

2.7. *Menneske-til-menneske-forhold*

Sykepleierens mål og hensikt er ifølge Joyce Travelbee «å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 41). Det er altså som hovedmål og hensikt for sykepleieren å

hjelpe både pasienter, familie og samfunn å forebygge og mestre sykdom og lidelse. Dette oppnås gjennom etableringen av menneske-til-menneske-forhold; at sykepleieren og pasienten oppfatter og forholder seg til den andre som et unikt individ, og ikke bare «sykepleier» og «pasient» (Travelbee, 1999, s. 171). Menneske-til-menneske-forholdet er et forhold med gjensidig forståelse og kontakt; at to mennesker kan samhandle uten behov for distanserende taktikk (Travelbee, 1999, s. 213). Menneske-til-menneskeforholdet gjør at sykepleieren på best mulig måte kan identifisere og gjennomføre sykepleiebehov for pasienten (Travelbee, 1999, s. 179).

I et menneske-til-menneske-forhold er kommunikasjonen fundamental, da sykepleier og pasient får mulighet til å bli kjent og skape et grunnlag for forholdet. Dette vektlegges ekstra ved sykehjem da pasienter ofte har langtidsplasser og muligheten er god for å danne et godt menneske-til-menneske-forhold. Ved hjelp av kommunikasjon kan sykepleier styre samtale med pasienten mot informasjon relevant til pleien. Er kommunikasjonen tilstrekkelig skal sykepleier kunne samle data og observasjoner ved hjelp av menneske-til-menneske-forholdet som er etablert. Samtidig kan også pasient bli mer kjent med sin pleie, da blant annet behandling og sykdom (Travelbee, 1999, s. 136).

3. METODE

Oppgavens metode er en litteraturoversikt, med metodetriangulering gjennom bruk av artikler av både kvalitativ og kvantitativ art. Litteraturoversikten finner en rød tråd i utvalget av artikler, og formulerer en ny tanke rundt oppgavens hensikt. Målet med oppgaven var å skape oversikt over pasienters og sykepleiers holdninger og syn på BZD-Z. Gjennom flere strukturerte søk, og iterasjoner av søkeord (Vedlegg 1) ble det funnet relevante artikler som ble analysert og kategorisert. Den endelige oppgaven ble gjort med et utvalg på syv artikler.

3.1. Valg av databaser

Basert på oppgavens sykepleiefaglige utgangspunkt ble det valgt databaser for helsevitenskapelige, fagfelleverderte artikler. Det ble gjort innledende søk utenfor databaser gjennom Universitetsbibliotekets digitale oppslagsverk, Oria. Dette gav en god pekepinn på relevans av databaser, og ut ifra dette ble CINAHL og EMBASE trukket fram som gode kandidater.

Databasene CINAHL og EMBASE ble valgt for deres store utvalg av sykepleiefaglige artikler, og gode, strukturerte søkemotorer med intuitiv bruk av boolske søk. British Nursing Index (BNI) ble også forsøkt brukt, men gav ingen eller irrelevante resultater med de samme søkefrasene som gav gode resultater i CINAHL og EMBASE. BNI ble derfor valgt bort.

3.2. Søkeord

Søkeordene “benzodiazepines” og “nursing home”, eller varianter av disse ble valgt for å gjøre de innledende søkene. Deretter ble begrep som “nurse perspective” eller “patient perspective” lagt til. For å finne intervjuartikler ble “interview” lagt til. Hovedbegrepene, som “benzodiazepines” og “nursing home” ble gjort eksklusive til abstrakten, da disse er begreper som står veldig sentralt til oppgaven. «Norway» ble også lagt til som søkeord, for å finne norske artikler. Senere da fokuset ble kvalitative artikler ble «qualitative» lagt til som et inklusjonsord ved søk.

3.3. Eksklusjonskriterier

Ved søk ble det funnet en rekke resultater, listene måtte avgrensnes. Dette ble gjort ved å prioritere bort upassende artikler. Artikler som ikke hadde sykepleier- eller pasientperspektiv, ble ansett som irrelevante og dermed valgt bort. Tidsmessig ble artikler eldre enn 10 år gamle sett bort fra, med mindre innholdet var å anse som mer relevant enn utdatert. Språkmessig ble engelske artikler prioritert.

Da det var mangel på norske artikler innenfor oppgavens felt, ble det valg artikler fra sentral-europeiske land. Disse legger seg tett opp mot Norge, både i verdier, kultur og helsevesenstruktur. Kvalitative artikler ble prioritert da disse passer oppgavens problemstilling bedre. Til slutt ønsket vi å finne artikler som var relevante for sykehjem.

3.4. Valg av artikler

Valget av artiklene ble gjort basert på deres relevans til oppgavens hensikt eller problemutforming, flere av funnene i søkene var innoem tematikk rundt benzodiazepiner, men utforsket hverken sykepleiere eller pasientens perspektiv på medikamentet. I utvalgsprosessen av artikler ble det gitt spesiell oppmerksomhet til hvem som var intervjuobjektene; overvekt av leger og farmasøyter ble ekskludert da oppgaven er av sykepleiefaglig art. Det ble også sett på

publikasjonsmedium; at det var fagfelleverderte tidsskrift, og at artiklene var av forskningsmessig art og ikke fagartikler. Pilotstudier ble valgt bort da de er av såpass snever art, og gir lite konkret kunnskap utover et potensiale for videre studier.

3.5. *Analyse*

De utvalgte artiklene (Tabell 3-2; Vedlegg 2) ble gjennomgått individuelt av de to forfatterne, og resultatene ble kodifisert i to omganger; første omgang gjennom individuell kodifisering, før en plenumskodifisering ble gjennomført, der det ble funnet enighet i kategorisering og samlet resultat. I gjennomgangene ble artiklene lest, og artiklenes resultater ble tolket i samsvar med oppgavens hensikt. Oppgavens data ble deretter syntetisert i en tabell (Tabell 3-1) for å skape et forståelig bilde over det endelige resultatet. (Friberg, 2022, s. 180).

Sykepleierholdninger	Ikke vårt ansvar
	Kan ikke nok
	Forandring fryder ikke
Pasientholdninger	Vet ikke hva de får
	Vil ikke slutte

Tabell 3-1

Innholdet ble delt inn i to hovedkategorier; sykepleierholdninger og pasientholdninger. Begrepet «holdninger» er et bredt begrep, og det ble i syntetiseringen identifisert faktorer som påvirker holdningene hos pasienter og sykepleiere, som underkategorier av hovedkategoriene.

Underkategoriene kan sees som gjengående tema i resultatene, og skaper en oversiktlig struktur over resultatet.

Forfattere, årstall og tittel	Tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
J. Bourgeois, M. M. Elseviers M. Azermai L. Van Bortel M. Petrovic R. R. Vander Stichele 2014	“Barriers to discontinuation of chronic benzodiazepine use in nursing home residents: Perceptions of general practitioners and nurses”	Benzodiazepiner Seponering Langtidsbruk	Se på hindringer til å avvenne pasienter med kronisk bruk av benzodiazepiner og sykepleiere og legers oppfatning rundt tematikken.	Sykepleier og Lege	Kvantiativ studie; Gjennomgang av medisinkort og spørreskjema.
Cook M. Joan Biyanova Tatyana Masci Christina	“Older Patient Perspectives on Long-Term	Benzodiazepiner Seponering Langtidsbruk	Studien prøver å forstå pasientens faktorer til kronisk BZD-Z bruk	Pasient	Kvalitativ studie med

Coyne C. James 2007	Anxiolytic Benzodiazepine Use and Discontinuation: A Qualitative Study”		som et første steg i seponering eller nedtrapping av legemiddelet.		Semi-strukturerte intervju.
Anthierens, Sibyl Grypdonck, Mieke De Pauw, Liesbeth Christiaens, Thierry 2009	“Perceptions of nurses in nursing homes on the usage of benzodiazepines”	Sykepleiers syn på benzodiazepiners bruk i sykehjem	Studien har som mål å finne sykepleierens synspunkt på deres rolle rundt BZD-Z ved sykehjem og hvilke faktorer som endrer dem.	Sykepleier	Kvalitativ studie med fokus-gruppe-intervju og semi-strukturerte intervju.
Meesters, Sophie Grüne, Bettina Bausewein, Claudia Schildmann, Eva 2021	“We don’t want to sedate him” - A qualitative interview study on intentions when administering sedative drugs at the end of life in nursing homes and hospitals”	Helsepersonell sitt syn på sederende legemiddel og bruken av dem.	Utforske tyske helsepersonell sine intensjoner ved utlevering av sedative medisiner ved palliativ pleie.	Sykepleier og Lege	Kvalitativ studie med semistrukturerte intervju.
Mokhar, Aliaksandra Kuhn, Silke Topp, Janine Dirmaier, Jörg Härter, Martin Verthein, Uwe 2019	“Long-term use of benzodiazepines and Z drugs: a qualitative study of patients’ and healthcare professionals’ perceptions and possible levers for change”	Benzodiazepiner Langtidsbruk Helsepersonell og pasienters synspunkt.	Utforske synet til pasienter, leger, sykepleiere og farmakologer om langtidsbruk av BZD-Z.	Sykepleier Pasient Lege Farmasøyt	Kvalitativ studie med fokus-gruppe-intervju.
Laforgue, Edouard-Jules Jobert, Alexandra Rousselet, Morgane Grall-Bronnec, Marie Jolliet, Pascale Feuillet, Fanny Victorri-Vigneau, Caroline 2020	“Do older people know why they take benzodiazepines? A national French cross-sectional survey of long-term consumers”	Eldre Pasienters kunnskap om benzodiazepiner	Forsøke å finne ut hvor mye pasienter kan om BZD-Z dem går på, indikasjon for behandling. Differanse mellom faktorer som utdanning, sykdom og helse.	Pasient	Kvantitativ studie med semi-strukturerte intervju.
Lefebvre-Durel, Camille Isabelle, Bailly Hunault, Johanna Jovic, Lilijana Novic, Martine Vorspan, Florence Frank, Bellivier	“Benzodiazepine and Z drug cessation in elderly patients: A qualitative study on the perception of healthcare	Helsepersonell sitt syn på bruken av benzodiazepiner hos eldre.	Forstå helsepersonell sitt syn på BZD-D seponering og abstinenser ved seponering eller nedtrapping. Artikkelen prøver å koble dette sammen	Sykepleier Lege Psykolog Helsefag	Kvalitativ studie med semi-strukturerte intervju.

Drunat, Olivier Kerever, Sébastien 2020	providers and the place of advanced practice nurses”		med praksisen til Avanserte kliniske sykepleiere.		
---	---	--	---	--	--

Tabell 3-2

4. RESULTAT

4.1. Sykepleierholdninger

Ikke vårt ansvar

Sykepleiere ser ikke på BZD-Z som legemidler som bør unngås. Når legemidlene blir forskrevet, blir de gitt uten noe særlig ettertanke, og sykepleierne anser det ikke som sitt ansvar å evaluere effektiviteten av legemidlene (Anthierens et al., 2009; Mokhar et al., 2019). Effektiviteten blir da heller ikke dokumentert på noe vis. (Anthierens et al., 2009) *“Nurses described that when BZDs were prescribed, they did not feel it was their responsibility to evaluate their effects”* (Mokhar et al., 2019).

Sykepleiere som ser på bruken av BZD-sedativer som livsforkortende tar avstand fra ansvaret å forskrive medikamentene, og påpeker at det er legens rolle å evaluere dette (Meesters et al., 2021). Det punktet der sykepleierne tydelig tar et etisk ansvar er i diskusjonen om tvangsmedisinering. Det ble tydeliggjort at dette kun var akseptabelt i situasjoner der pasienten kunne sette seg selv eller andre i fare. (Meesters et al., 2021)

Kan ikke nok

Det fremkommer i resultatene at det er manglende kunnskap blant sykepleierne om BZD-Z. Sykepleierne kjenner ikke i stor grad til at fallfare er en bivirkning av BZD-Z (Lefebvre-Durel et al., 2021), og det er lite kunnskap om alternative strategier for å mestre problemer som oppstår ved seponering av BZD-Z (Bourgeois, Elseviers, Azermai, et al., 2014), samt lite kunnskap om behandling av søvnproblematikk ut over legemiddelbehandling (Anthierens et al., 2009).

Forandring fryder ikke

Administrasjon av BZD-Z blir sett på som en rutinesak og ikke som en del av individualisert pleie (Anthierens et al., 2009; Bourgeois, Elseviers, Azermai, et al., 2014). Bruk av alternative metoder utover medikamentell behandling av søvnforstyrrelser blir sett på som tidkrevende, og sykepleieprosessen blir heller ikke brukt da arbeidsbelastningen for sykepleierne blir for høy. (Anthierens et al., 2009; Bourgeois, Elseviers, Azermai, et al., 2014) . Innovasjon og forandring blir i tillegg møtt med mistenksomhet, som gjør at enkeltindivid føler seg demotivert fra å vise engasjement eller å stille spørsmål (Anthierens et al., 2009).

Det tverrfaglige samarbeidet i relasjon til bruk av BZD-Z er framstilt som dårlig, og sykepleiere føler seg ofte overkjørt av legene, som har en autoritær holdning. Dette gjør at sykepleierne finner det vanskelig å utfordre legene (Anthierens et al., 2009). Pasientene selv er også motstridige til endringer, og kan kreve medisinerne uten å utvise noe kunnskap om medisinske negative sider (Lefebvre-Durel et al., 2021; Mokhar et al., 2019). I tillegg tar legene parti med pasienter i situasjoner der sykepleiere og pasienters erfaring fraviker fra hverandre (Anthierens et al., 2009).

Det fremkommer også en konsensus om at det er vanskelig og unødvendig å endre på eller seponere medisiner hos eldre, så lenge pasienten er «velfungerende» (Bourgeois, Elseviers, Azermai, et al., 2014). Det finnes heller ikke noen rutiner eller retningslinjer rundt seponering eller nedtrapping av BZD-Z hos institusjonspasientene (Anthierens et al., 2009; Lefebvre-Durel et al., 2021; Mokhar et al., 2019).

4.2. Pasientholdninger

Vet ikke hva de får

Pasientens kunnskap om BZD-Z varierer på tidligere erfaringer. Pasienter som har brukt BZD-Z før, eller som er i aktiv behandling med medikamentet har en generell forståelse av indikasjonen til medikamentet de bruker (Laforgue et al., 2020, s. 874). Derimot er dem lite kjent med bivirkningene (Cook et al., 2007, s. 1097).

Pasienter som skal starte med BZD-Z har ofte noe forforståelse for medikamenttypen, ofte fra bekjente som bruker medikamentet; *“My husband has the same pill and I occasionally take some of it”* (Mokhar et al., 2019, s. 5). Disse i kombinasjon med behov for medikamentet og den påvirkningen det kan ha på pasienten (søvnig, angst) gjør at pasienten ikke nødvendigvis er særlig mottakelig for informasjon om bivirkninger (Mokhar et al., 2019).

Mangelen på kunnskap om bivirkninger sier noen av pasientene er fordi forskrivende lege ikke har informert dem (Cook et al., 2007, s. 1096). Blant de som hadde bivirkninger var det vanskelig å legge skyld på BZD-Z da dem tok mange andre medisiner (Cook et al., 2007). Flere følte seg trøtte eller hadde hjernetåke som følge av medisinen, men med tanke på at mange pasienter bruker BZD-Z for søvn var dette nærmere ønskelig (Cook et al., 2007).

Vil ikke slutte

I en studie ønsket flere pasienter å stoppe med bruken av BZD-Z (Laforge et al., 2020, s. 874). Derimot påpeker en annen studie at pasienter ikke har et ønske om å slutte, og flere strider hardt imot og inngår forsvarsmodus når temaet om seponering eller nedtrapping blir nevnt (Cook et al., 2007, s. 1097). *“I see no reason why I should put myself through hell. If it makes me feel better I’m gonna do it. I see no reason to suffer and struggle. We don’t have that long to live and we might as well enjoy ourselves while we’re here.” “Don’t you dare take that stuff away from me.”* (Cook et al., 2007). Pasientene viser en resistens og negativitet til seponering eller nedtrapping. Pasientene er også lite mottakelig for alternativ behandling, og begrunner dette med høy alder, lite motivasjon og at de har gunstig effekt av medisinen (Cook et al., 2007).

Mange pasienter hadde dårlig eller manglende kjennskap til at BZD-Z er avhengighetsskapende (Mokhar et al., 2019). Pasientene opplevde ofte at de ikke var avhengige, men de som hadde prøvd å seponere eller nedtrappe opplevde et behov for å ta denne i bruk igjen. Medisinen blir en del av pasientens daglige liv og hjelper pasienten mestre det, om det er hjelp til søvn, angst, depresjon eller sorg så har den effekter som pasienter sverger til og ikke ønsker å miste (Cook et al., 2007, s. 1096).

5. DISKUSJON

5.1. *Metodediskusjon*

Litteraturoversikt

Litteraturoversikt er en metode som kan kartlegge kunnskapsbasen innenfor visse felt. Gjennom å analysere og syntetisere utvalgte artikler kan en fastslå kunnskapsnivå og kartlegge forskningsfronten innenfor feltet (Friberg, 2022, s. 142). Metoden er derimot ikke helt feilfri med tanke på oppgavens hensikt. Ved innledende og videre søk etter artikler å analysere ble det klart at mengden av disse var manglende, det var få som hadde undersøkt spesifikt benzodiazepiner fra sykepleieren og pasientens perspektiv ved sykehjem. Av de som hadde gjort dette var artiklene innenfor temaet, men hadde noe manglende fokuspunkt enn det vi ønsket. Artikler med synspunkter fra leger, pasienter og sykepleiere, med få kvalitative siteringer fra intervju og generelt sett lite data å jobbe med. Det var her litteraturgrunnlaget kommer inn og hjelper danne et helt bilde ved resultatdiskusjon. Bruken av både kvalitative og kvantitative oppgaver var i stor grad et resultat av manglende datamengde, da bruk av kun kvalitative artikler ikke ville vært tilfredsstillende. Skulle vi gjort søkene på nytt, hadde vi valgt vekk eksklusjonsbiten hvor vi satte søkelys på sykehjem, da dette ga for få relevante treff i databasene. Senere søk uten bruk av «nursing home» har vist bedre resultat.

Oppgaven hadde originalt fokus på flere aspekter ved bruken av BZD-Z; Angst, uro og søvnproblematikk. Dette ble fort for bredt for oppgaven og vi måtte dermed primært legge vekt på søvn. Skulle vi skrevet oppgaven på nytt hadde trolig denne vært annerledes med slik utforming fra start.

Eksklusjonskriterier

Det ble avveket fra eksklusjonskriteriene på to punkter, da det var veldig få resultat som omhandlet oppgavens tematikk fra et sykepleier- eller pasientperspektiv. Det opprinnelige eksklusjonskriteriet «etter 2010» ble satt til side for noen av artiklene, da de etter gjennomlesning fremstod relevante for dags dato, og da det var mangel på artikler fra etter 2010 omhandlende oppgavens tematikk. Det ble også gjort unntak i eksklusjonskriteriet «kvalitative artikler» da det var noen artikler som etter gjennomlesning fremstod som relevante, med data

som kunne trekkes ut og sidestilles med de kvalitative artiklene. Skulle vi gjort dette igjen, hadde fjerning av innskrenkingen «Nursing Home» gitt bedre resultater.

Relevans

Det ble forsøkt å finne norske artikler, da det vil gi best bilde av holdninger blant norske sykepleiere og pasienter. Den eneste norske artikkelen som ble funnet var en kvantitativ artikkel som omhandlet bruken av potensielt upassende medisiner. Ved gjennomlesning ble det funnet at denne hovedsakelig omhandlet legens ansvar, og var lite passende for oppgavens tematikk. Da det ikke var mer å hente på den norske forskningsfronten ble det bestemt å hovedsakelig bruke artikler fra Europa, nærmere bestemt Belgia, Tyskland og Frankrike. Europeiske land har i stor grad verdier, normer og menneskesyn som legger seg tett opp til norske standarder. Det samme kan sies om økonomiske forhold, levestandard, og den sosiokulturelle forståelsesrammen som spiller inn i definisjonen på hva som er god livskvalitet.

Det ble brukt en amerikansk artikkel, og selv om det kan diskuteres om hvorvidt amerikanske standarder er nærliggende norske, så omhandler den amerikanske artikkelen pasienters syn på BZD-D, og ikke sykepleierholdninger eller kunnskaper.

Kildekritikk

Artiklene ble hentet fra fagfelleverderte tidsskrifter. Da det var få norske artikler, ble det brukt artikler fra land i Sentral-Europa, samt en artikkel fra USA. Den amerikanske artikkelen ser på pasienters syn, og involverer ikke perspektiver fra helsetjenesteyteres vinkling. Det faktum at den amerikanske helsetjenesten er såpass forskjellig fra den norske ble anslått å ha liten innvirkning på resultatene fra artikkelen, da artikkelen er fra et pasientperspektiv.

Forskningsmetodene i artiklene går overens med oppgavens vinkling, da det i hovedsak er artikler av kvalitativ art. Den ene kvantitative artikkelen skiller seg litt ut, men da den er basert på en spørreundersøkelse om pasientkunnskaper, kan det sees en relevans til oppgaven, og det var mulig å trekke ut resultater fra artikkelen. Hadde det vært mer data tilgjengelig ville det vært ønskelig å bruke kun kvalitative artikler.

Artikkelforfatterne er av varierende profesjoner. Mange er leger, men det er også flere sykepleiere, sosiologer og psykologer blant forfatterne. De har mange års forskning bak seg, og

har publisert et flertall artikler før. Informantene i studiene er sykepleiere, pasienter, og i noen tilfeller leger. Rekrutteringen har skjedd frivillig ved institusjonene der studiene er gjennomført, og i to tilfeller er informasjonen hentet via tekstkorrespondanse, gjennom spørreskjema.

5.2. *Resultatdiskusjon*

Sykepleieholdninger

Ikke vårt ansvar

Resultatene viser at sykepleiere ikke ser på det som sitt ansvar å evaluere effekt og bivirkninger av BZD-Z, og at dette da heller ikke blir dokumentert på noen måte. Sykepleierne ser på pasientens medisiner som legens ansvar.

Av sykepleiere og leger, er det sykepleierne som har daglig pasientkontakt. Sykepleier står for den daglige pasientpleien, og vil gjennom daglig kontakt kunne oppdage bivirkninger og evaluere effekt. Det å kontinuerlig evaluere og dokumentere tiltakene som blir igangsatt er en viktig del av sykepleieprosessen (Kristoffersen, 2016), og det vil være vanskelig å løse problemer hos pasienten om framgang eller tilbakegang ikke blir dokumentert eller evaluert. Mangel på dokumentasjon og evaluering kan også gjøre prosedyrer til «vanesaker», der synet på medisineringen går fra «behandling» til «daglig gjøremål». I tillegg til at dette er med på å skape dårlige holdninger, er det også lovstridig; helsepersonelloven sier at helsepersonell har en plikt til å dokumentere behandling (*Helsepersonelloven – hpl*, 1999§§39-40).

Lang bruk av BZD-Z øker også sjansen betraktelig for avhengighet, og pasienten vil for bygge toleranse mot medisinene. Da vil medisinenes effekt avtre, og medisinenes hensikt blir å dempe abstinenser, fremfor å fremme søvn.

Et menneske-til-menneske-forhold baserer seg på at sykepleier og den syke forholder seg til hverandre som unike mennesker og individer, og at fasadene som «sykepleier» og «pasient» overskrides (Travelbee, 1999, s. 171). Om en sykepleieroppgave, som å levere ut medisiner blir en rutinemessig oppgave og ikke ansett som individuell behandling, blir det en «automatisk» sykepleier-til-pasient-relasjon, og interaksjonen vil ikke være av betydning for noen av partene (Travelbee, 1999, s. 174).

På den annen side er det et kjent problem at sykepleiere ikke har nok tid til rådighet til alle oppgavene som skal gjøres, og mangel på kvalifisert personell forsterker denne tidsmangelen. Observasjoner fra praksis er at det er mange pasienter til for få sykepleiere, og sykepleierne må prioritere tiden hensiktsmessig. Det vil føre til at ikke alle oppgaver vil kunne bli utført på en ideell måte.

Det faktum at medisintidkrevende prosessen allerede er såpass tidkrevende kan gjøre at sykepleier prøver å få det unnagjort så fort og effektivt som mulig, og da gjerne ikke bruker tid på å kommunisere med pasienten om selve medisinene. Om ikke menneske-til-menneske-forholdet er til stede, vil kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier være svekket, og datainnsamling gjennom samtaler vil være krevende og ikke nødvendigvis gi samme resultat som hvis menneske-til-menneske-forholdet er til stede. Å lete etter bivirkninger gjennom dialog og observasjon vil da være en oppgave som krever mye tid, og å bruke enda mer tid på medisineringsprosessen kan i verste fall gå ut over andre prosedyrer.

Legene er også travle, og har mange ting som skal gjøres. Visitten er en av disse, og det er tradisjonelt sett her lege og sykepleier har sitt sterkeste tverrfaglige samarbeid.

Sykehjemspasienter er ofte av multimorbid art, og det kan ofte være mange ting som skal tas opp over kort tid. Om pasienten etter sykepleiers syn sover greit, selv om ikke medikamentet kan ansees å ha virkning lenger, da pasienten har utviklet toleranse, kan det sees som forståelig at seponering og nedtrapping av sovemedisiner ikke er tema som blir prioritert på visitt til en multimorbid pasient med mer prevalente problemer enn mulig avhengighet av et B-preparat.

Ikke skade-prinsippet, et av de fire etiske grunnprinsippene (Beauchamp & Childress, 2009, sitert i Nortvedt, 2016, s. 96) sier at man ikke skal påføre pasienten unødvendig skade. Å fraskrive seg ansvar for pasientens bruk av legemidler som kan ha skadelige bivirkninger, kan i verste fall påføre pasienten unødvendig skade og lidelse.

Kan ikke nok

Av resultatene framkommer det at det er manglende kunnskap blant sykepleierne om BZD-Z. Det er lite kunnskaper om bivirkninger, og også lite kunnskap om abstinensmestring og alternativer til medikamentell behandling.

En ferdig utdannet sykepleier skal etter forskriftene og retningslinjene for sykepleierutdannelsen ha bred kunnskap om farmakologi relatert til sykepleiers funksjons- og ansvarsområde (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). I tillegg har sykepleier et eget ansvar om å holde seg faglig oppdatert (*Helsepersonelloven – hpl*, 1999; NSF).

«Faglig oppdatert» blir av Olav Molven forstått som både fagbøker, retningslinjer fra myndighetene og konsensus i fagmiljøer (Molven, 2016, s. 134). Det er dermed sykepleiers jobb å sørge for at kunnskapen ikke stopper ved pensumlitteraturen, men holdes ved like gjennom å følge med på sykepleiefagets utvikling. For å kunne bruke sykepleieprosessen godt til evaluering av tiltak som medisiner, så trengs det god kunnskap om de aktuelle medisinene, både om bivirkninger og om indikasjoner og kontraindikasjoner. Retningslinjer for legemidler er derimot noe som endrer seg ofte, og det kan være mye å følge med på for en allerede overarbeidet sykepleier å skulle måtte ha et eget ansvar for å være helt oppdatert på medisiner i tillegg til å ha ansvaret for pasienter.

Det finnes alternative metoder for å behandle søvnvansker. God søvnhygiene (Ranhoff, 2020) er en av disse, og er en god plass å starte på når det kommer til å jobbe med en pasients søvnvansker. Mange av tiltakene for god søvnhygiene kan utføres av annet helsepersonell enn sykepleiere, men de er også ressurskrevende, og krever samarbeidsvillighet fra pasienter. Det å tvinge pasienter opp fra sengen og å nekte dem å sove på dagtid vil ikke være i tråd med autonomiprinsippet. Å skape god søvnhygiene kan gjøres, men det krever kunnskap, ressurser, og samarbeidsvillighet fra pasientens side.

Forandring fryder ikke

Resultatene vitner om at bruk av benzodiazepin er preget av rutine. Sykepleierne tenker ikke kritisk selv, men lar medisineringen være en rutinesak. Det kommer også frem av resultatene at organisasjonsstrukturen er rigid og ikke velkommen for forandring. Lite tid til rådighet fører til at sykepleieprosessen ikke blir brukt, og alternative søvnbehandlingsmetoder ikke blir prioritert, da disse er mer tidkrevende. Det tverrfaglige samarbeidet beskrives av sykepleierne som dårlig, og mange føler seg overkjørt av legene.

En av komponentene som danner holdningene våre er den tankemessige komponenten, altså hva vi tenker eller føler om et tema. Tankene våre formes i stor grad ut fra omgivelsene rundt oss (Håkonsen, 2014, s. 186-187). Om holdningene på arbeidsplassen er dårlige, vil dette smitte på

resten av arbeidskulturen, og en får et miljø som er rigid i rutinene og lite åpen for nye idéer. Det kan være vanskelig for enkeltindivid å endre en organisasjonsstruktur som er preget av dårlige holdninger. Holdningsendringen vil derimot være mye lettere andre veien, altså at en person får dårlige holdninger fra resten av organisasjonen.

På sykehjem er sykepleieren det helsepersonellet som ser pasienten oftest. Leger er sjeldent til stede, og sykepleier er ofte «mellommannen» mellom legen og pasienten. Da er det viktig at sykepleieren har et godt kunnskapsgrunnlag, og kan bruke dette til å utfordre legene når det kommer til medikamenter. Hvis sykepleieren bruker en disiplinær intellektuell tilnæringsmåte (Travelbee, 1999, s. 42) til spørsmålet om legemiddelbruk, vil det kunne gi mulighet for god dialog med legen og pasienten, og en kan sammen lage en plan for den individuelle pasienten.

Dette kan derimot være vanskelig i møte med dominante leger. For at et system skal fungere, så er det viktig at partene lytter til hverandre, og her må legene vise forståelse for at det er sykepleierne som oftest ser pasientene. Legen baserer seg ofte på hva pasienten forteller, og selv om man skal ta hele bildet i betraktning er det kanskje ikke alltid pasienten får med seg alt. Da kan sykepleieren være en ressurs, og gi utfyllende informasjon.

Pasientholdninger

Bivirkningene til BZD-Z som døsigheit, hukommelsestap og økt risiko for kognitiv svikt gir et dårlig utgangspunkt for pasienten å motta og meddele informasjon. Det å kunne føre et godt menneske-til-menneske-forhold og danne gode grunnlag for kommunikasjon er viktig i store deler av pleien, spesielt ved observasjon og vurdering ved bruk av BZD-Z. Dette kan være noe som blir noe oversett da pasienter på sykehjem ofte har sammensatte lidelser og sykepleier har relativt lite tid til rådighet. Det er derimot relevant at sykepleieren og pasienten fører dialog om bruken av BZD-Z, da medikamentenes virkning og bivirkning kan forverre livskvalitet og gjøre mer vondt enn godt.

Det er ikke anbefalt at eldre pasienter står på BZD-Z, og da spesielt ikke over lengre tid (Helsedirektoratet, 2017a, 2017c). Bivirkningene er mange, og effekten er kortvarig. Pasienten bør derfor informeres godt om bivirkninger ved oppstart av legemiddelet og seponeres så tidlig som mulig.

Får pasienten god informasjon rundt legemiddelet blir det kanskje også lettere for pasienten å sette ord på bruken av BZD-Z. Det framkommer fra intervjuartiklene som omhandler seponering/nedtrapping, at pasientene som blir intervjuet viser lite kunnskap om legemidlet og bivirkninger før problematikken blir synlig.

Observasjoner forfatterne har gjort fra praksis viser at flere eldre står på BZD-Z og bruker dette som en trygghet ved søvnvansker eller uro. Forkunnskapen pasienten ofte har om legemiddelet er en uheldig effekt da pasienten kjenner legemidlene som en enkel sovemedisin, uten å vite om de negative aspektene. Det blir dermed enklere for pasienten å etterspørre BZD-Z, fremfor å fortelle om sine plager til sykepleier og sammen finne en god og passende behandlingsmåte.

Vil ikke slutte

Pasientene verdsetter benzodiazepinenes effekt på søvn høyt. De ønsker ikke å slutte i frykt for at dette kommer til å gjøre livet deres vanskeligere, og er redd for å få verre søvn uten BZD-Z enn med.

Pasienter som bruker BZD-Z går ofte i forsvarsmodus når seponering eller nedtrapping nevnes. Det kan tenkes at dette er et resultat av avhengighet, men bildet er kanskje mer sammensatt enn som så. Avhengighetskomponenten spiller nok inn på forsvarsmodusen, men mest av alt kan det tenkes at pasienten frykter dårlig søvn. Søvnproblemer er veldig prevalent blant eldre, og det å leve med søvnproblemer byr på mange utfordringer.

BZD-Z er effektiv mot søvnvansker i en kort periode, og deretter øker toleransen, pasienten vender dermed tilbake til det vanlige søvnmønsteret. Det å gi pasienter BZD-Z som fast medisin vil fort bli en bjørnetjeneste, og om pasienten mangler kunnskap om dette, kan en forstå frykten for å returnere til et dårligere søvnmønster ved seponering. Om pasienten har hatt effekt av BZD-Z i to uker, og dermed bruker legemiddelet over lengre tid, vil pasienten etter hvert utvikle toleranse og vende tilbake til sitt vanlige søvnmønster. Pasienten kan da tenke at det er «bedre enn det var uten medisin» selv om sannheten er at det er akkurat som det var uten. At pasienten da frykter at søvnen skal bli enda verre enn den er, er forståelig.

Pasienter som seponerer BZD-Z etter langtidsbruk rapporterer bedre søvnkvalitet (Bourgeois, Elseviers, Van Bortel, et al., 2014). Med dokumentert dårlig langtidseffekt ved bruk av BZD-Z i sammenheng med søvn er det viktig at helsepersonell og pasient har en god dialog rundt

varigheten av behandlingen. Pasienten kan bli urolig for å miste legemiddelet, samt redd for å returnere til dårlige netter med lite søvn. Helsepersonell bør derfor strebe for å skape en til dels objektiv forklaring på hvorfor medikamentet ikke har så stor innvirkning på søvn som kanskje pasienten opplever, da forskning viser redusert søvnkvalitet ved langtidsbruk av BZD-Z (Bourgeois, Elseviers, Van Bortel, et al., 2014). Det er viktig at pasientens syn og følelse rundt temaet blir vektlagt i henhold til autonomiprinsippet for å opprettholde en gjensidig og respektfull diskusjon rundt bruken av legemiddelet. Et godt menneske-til-menneske-forhold er også viktig for gjensidigheten.

Et gjennomgående tema i resultatet er at pasienter som bruker BZD-Z ofte ikke kjenner til sin egen avhengighet fram til de prøver å slutte med medikamentet eller resepten går tom. Først da kommer en anelse av betinget bruk av BZD-Z hos pasienten, noe som gjenspeiles i de konkret negative utsagnene i Cook et al., sin intervjuartikkel med pasienter hvor en lufter ideen om alternativ behandling eller seponering/nedtrapping. Resultatene viser også til benzodiazepinenes daglige betydning for pasientene, i hvilken grad det affiserer pasienten for utenom bare indikasjonen medikamentet gis for. Medikamentet brukes primært for søvn, men har virkninger over langt flere deler av pasientens liv.

Resultatene sier at pasienten har lite kjennskap til legemiddelet, ikke ønsker å slutte med det og opplever at BZD-Z har en stor innvirkning på deres daglige liv. Disse faktorene vill gjøre det vanskeligere for pasienten å vurdere og endre bruksvanene sine samt belyse behovet for at pasienten blir møtt med forståelse. Pasienten bør bli møtt med god kommunikasjon rundt de positive delene av å seponere et legemiddel som BZD-Z, da listen med bivirkninger og interaksjoner er mange, og effekten er ugunstig over tid. Sykepleieren som møter pasienten, bør ta utgangspunkt i velgjørenhetsprinsippet og ikke skade-prinsippet for å forsøke å hjelpe pasienten å seponere medisinerne. Det er viktig at rettferdighetsprinsippet og autonomiprinsippet blir tatt i betraktning. Effekten av disse prinsippene veier på menneske-til-menneske-forholdet mellom pasient og sykepleier.

En kilde påpeker at en tredjedel av pasientene ønsket å avslutte eller trappe ned på bruken av BZD-Z (Bourgeois, Elseviers, Azermai, et al., 2014), mens en annen sa at ingen hadde intensjoner om å endre behandlingen sin (Cook et al., 2007). Forskjellen på disse to studiene kan tenkes å være fremgangsmåten, og hvordan pasientene har blitt informert om legemiddelet i løpet

av studien. Dette er et eksempel på hvordan kommunikasjon er fundamentalt i dialog om BZD-Z. Et passende tidspunkt for å evaluere behov for nedtrapping/seponering av BZD-Z er ved innleggelse på sykehjem. Her bør helsepersonell være flinkere da befolkningen på sykehjem bruker tilsvarende like mye BZD-Z som ellers i den eldre befolkningen i Norge (Folkehelseinstituttet, 2021; Krüger et al., 2012).

5.3. Konklusjon

Siden holdninger er der omsorgen kommer til uttrykk (Nortvedt, 2016, s. 58), så er det å strebe etter gode holdninger viktig for sykepleieren. Det er mange faktorer som spiller inn på sykepleierens holdning til bruken av BZD-Z, og det å ha et godt kunnskapsgrunnlag, en ansvarsfølelse for pasientens velvære, og en åpen holdning til forandring og innovasjon innad i organisasjonen er viktige komponenter. Sykepleiere mangler i antall, og arbeidsbelastningen er stor. Det kan være vanskelig å prioritere oppgaver, og lett å sette spørsmål om legemiddelbruk lavt på listen over prioriteringer, spesielt når det er snakk om medikamenter som pasienten allerede står på fast. Sykepleieren har kanskje ikke nok kunnskaper om bruken av BZD-Z, eller kanskje hen rett og slett ikke har kapasitet til å prioritere spørsmålet i en allerede fullstappet arbeidsdag.

En objektiv og bevisst sykepleier er viktig om pasienten verdsetter BZD-Z for høyt i forhold til dens bivirkninger. Å kunne drøfte bruken av denne kan mulig gjøre pasienten mer mottakelig for en eventuell nedtrapping eller seponering. Bruken av melatonin som erstatning for BZD-Z går opp, men enkeltindivider som bruker BZD-Z for søvn øker (Berg et al., 2018; Folkehelseinstituttet, 2021). Med mer kunnskap blant sykepleiere kan en kanskje hjelpe den eldre å oppnå bedre søvn, uten BZD-Z sine bivirkninger.

En sykepleier som er bevisst på bruken av BZD-Z, og har gode, oppdaterte holdninger rundt disse legemidlene vil kunne være en ressurs, da det kan være med på å endre holdning på organisasjonsnivå. God kunnskap rundt alternative metoder å håndtere søvnproblemer på, samt en bevisstgjøring av bivirkninger og interaksjoner vil være i god tråd med velgjøringsprinsippet og autonomiprinsippet. Å unngå overmedisinering, samt å bruke ikke-medikamentelle behandlingsmetoder koster kanskje litt mer tid, men det er i god tråd med ikke

skade-prinsippet. Til sist vil en nedgang i medisinbruk, og seponering hos pasienter som ikke har et behov for medisinen være en viktig del av rettferdighetsprinsippet.

6. ANVENDELSE I PRAKSIS

Sykepleieren skal tilegne seg kunnskaper om legemidler pasientene deres bruker og bør ved bruk av denne kunnskapen kunne sette spørsmålstegn til langtidsbruk av BZD-Z. En bør også ha kunnskap om alternative behandlingsmåter, spesifikt for søvnevansker.

Sykepleiere på sykehjem bør prøve å ta mer plass i vurderingen i pasientens bruk av BZD-Z, være bevisst i møte med pasienten og etterspørre behovet og opplevelsen til pasienten rundt legemiddelet. Sykepleieren bør også være proaktiv for pasienten ved legevisitt og videre rapportere funn og eventuelt legge frem ideer om nedtrapping eller seponering.

Ved videre forskning hadde det vært nyttig å se konkret på hvor kritisk sykepleiere er til bruken av BZD-Z. Vi har erfart sykepleiere som både er kritiske, og de som ikke setter spørsmålstegn ved langvarig bruk av BZD-Z.

7. REFERANSER

- Anthierens, S., Grypdonck, M., De Pauw, L. & Christiaens, T. (2009). Perceptions of nurses in nursing homes on the usage of benzodiazepines. *J Clin Nurs*, 18(22), 3098-3106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02758.x>
- Berg, C., Blix, H. S., Fenne, O., Furu, K., Hjellvik, V., Husabø, K. J., Litleskare, I., Rønning, M., Sakshaug, S., Selmer, R., Sjøgaard, A.-J. & Torheim, S. (2018). *Tema: Legemidler og eldre* (Reseptregisteret 2013–2017, Issue 2). Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/reseptregisteret-2013_2017-temadel-om-legemidler-og-eldre.pdf
- Billioti de Gage, S., Bégaud, B., Bazin, F., Verdoux, H., Dartigues, J. F., Pérès, K., Kurth, T. & Pariente, A. (2012). Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *Bmj*, 345, e6231. <https://doi.org/10.1136/bmj.e6231>
- Bourgeois, J., Elseviers, M. M., Azermi, M., Van Bortel, L., Petrovic, M. & Vander Stichele, R. R. (2014). Barriers to discontinuation of chronic benzodiazepine use in nursing home residents: Perceptions of general practitioners and nurses. *European Geriatric Medicine*, 5(3), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2013.11.005>
- Bourgeois, J., Elseviers, M. M., Van Bortel, L., Petrovic, M. & Stichele, R. H. V. (2014). Feasibility of discontinuing chronic benzodiazepine use in nursing home residents: a pilot study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 70(10), 1251-1260. <https://doi.org/10.1007/s00228-014-1725-7>
- Cook, J. M., Biyanova, T., Masci, C. & Coyne, J. C. (2007). Older Patient Perspectives on Long-Term Anxiolytic Benzodiazepine Use and Discontinuation: A Qualitative Study. *Journal of General Internal Medicine*, 22(8), 1094-1100. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0205-5>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Statistikk fra Reseptregisteret*. Hentet 28. november fra <https://reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Friberg, F. (2022). *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. utg.). Studentlitteratur.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2015). *Forskrift av 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp* (IS-7/2015) [Rundskriv]. Avdeling medisinsk utstyr og legemidler. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/legemiddelhandteringsforskriften-med-kommentarer/Legemiddelhandteringsforskriften%20med%20kommentarer%20\(rev\)%20E2%80%93%20Rundskriv.pdf/_attachment/inline/506142af-6a2f-407f-8f3d-b87d3adc3cd5:81191d21a0a9e3131cb80deff61f723499f3f65c/Legemiddelhandteringsforskriften%20med%20kommentarer%20\(rev\)%20E2%80%93%20Rundskriv.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/legemiddelhandteringsforskriften-med-kommentarer/Legemiddelhandteringsforskriften%20med%20kommentarer%20(rev)%20E2%80%93%20Rundskriv.pdf/_attachment/inline/506142af-6a2f-407f-8f3d-b87d3adc3cd5:81191d21a0a9e3131cb80deff61f723499f3f65c/Legemiddelhandteringsforskriften%20med%20kommentarer%20(rev)%20E2%80%93%20Rundskriv.pdf)
- Helsedirektoratet. (2017a, 19. oktober 2021). *Behandlingsvarigheten med benzodiazepiner eller benzodiazepinlignende legemidler bør være så kort som mulig, maksimalt fire uker*. Helsedirektoratet. Hentet 25. november 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/benzodiazepiner->

- [og-benzodiazepinlignende-legemidler/behandlingsvarigheten-med-benzodiazepiner-eller-benzodiazepinlignende-legemidler-bor-vare-sa-kort-som-mulig-maksimalt-fire-uker](#)
Helsedirektoratet. (2017b, 31. oktober 2022). *Nasjonal faglig retningslinje for demens*.
Helsedirektoratet. Hentet 25. november 2022 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsedirektoratet. (2017c). Personer med demens bør ikke tilbys benzodiazepiner og/eller z-hypnotika mot søvnvansker. Hentet (sist faglig oppdatert 11. mai 2022, lest 25. november 2022) fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/legemidler-mot-atferdsmessige-og-psykologiske-symptomer-ved-demens-apsd/personer-med-demens-bor-ikke-tilbys-benzodiazepiner-og-eller-z-hypnotika-mot-sovnevansker>
- Helsedirektoratet. (2021, 19. oktober). *Vanedannende legemidler - Nasjonal veileder*.
Helsedirektoratet. Hentet 02. desember 2022 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2020). *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg.). Gyldendal.
- Koski, K., Luukinen, H., Laippala, P. & Kivelä, S. L. (1998). Risk Factors for Major Injurious Falls among the Home-Dwelling Elderly by Functional Abilities. *Gerontology*, *44*(4), 232-238. <https://doi.org/10.1159/000022017>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., Grimsbø, G.H. (2016). *Grunnleggende sykepleie, bind 1 : Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., Bd. b. 1). Gyldendal akademisk.
- Krüger, K., Folkestad, M., Geitung, J.-T., Eide, G. E. & Grimsmo, A. (2012). Psychoactive drugs in seven nursing homes. *Primary Health Care Research & Development*, *13*(3), 244-254. <https://doi.org/10.1017/S1463423611000685>
- Laforgue, E.-J., Jobert, A., Rousselet, M., Grall-Bronnec, M., network, F. A. N., Jolliet, P., Feuillet, F. & Victorri-Vigneau, C. (2020). Do older people know why they take benzodiazepines? A national French cross-sectional survey of long-term consumers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *35*(8), 870-876. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/gps.5307>
- Lefebvre-Durel, C., Bailly, I., Hunault, J., Jovic, L., Novic, M., Vorspan, F., Bellivier, F., Drunat, O. & Kerever, S. (2021). Benzodiazepine and Z drug cessation in elderly patients: A qualitative study on the perception of healthcare providers and the place of advanced practice nurses. *Int J Ment Health Nurs*, *30*(3), 653-666. <https://doi.org/10.1111/inm.12831>
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. (1999). (LOV-1999-07-02-64). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-64>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. (2011). (LOV-2011-06-24-30). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=hol>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. (1999). (LOV-1999-07-02-63). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-63>
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. (1999). (LOV-1999-07-02-61). H.-o. omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=sphl>

- McCleery, J., Cohen, D. A. & Sharpley, A. L. (2014). Pharmacotherapies for sleep disturbances in Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009178.pub2>
- Meesters, S., Grüne, B., Bausewein, C. & Schildmann, E. (2021). "We don't want to sedate him" - A qualitative interview study on intentions when administering sedative drugs at the end of life in nursing homes and hospitals. *BMC Palliative Care*, 20(1), 141.
<https://doi.org/10.1186/s12904-021-00832-0>
- Mokhar, A., Kuhn, S., Topp, J., Dirmaier, J., Härter, M. & Verthein, U. (2019). Long-term use of benzodiazepines and Z drugs: a qualitative study of patients' and healthcare professionals' perceptions and possible levers for change. *BJGP Open*, 3(1), bjgpopen18X101626.
<https://doi.org/10.3399/bjgpopen18X101626>
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Gyldendal juridisk.
- Nordeng, H. (2022, 18. mars 2022). *benzodiazepiner*. Hentet 7. november fra
<https://sml.snl.no/benzodiazepiner>
- Nordeng, H. M. E., Spigset, O. & Maizels, D. (2018). *Legemidler og bruken av dem* (3. utg.). Gyldendal.
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke : en innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- NSF. *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund. Hentet 25. november fra
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Olsen, L. A., Kofoed, E., Rygg, L. Ø., Norheim, B. & Toverud, K. C. (2018). *Håndtering av legemidler*. Cappelen Damm.
- Olsen, R. M. & Devik, S. A. (2016). *Legemiddelbruk og pasientsikkerhet - En oppsummering av kunnskap* [Peer reviewed summary](Oppsummering, Issue. Senter for omsorgsforskning. S. f. omsorgsforskning. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2415062?show=full>
- Pariente, A., Dartigues, J.-F., Benichou, J., Letenneur, L., Moore, N. & Fourrier-Reglat, A. (2008). Benzodiazepines and Injurious Falls in Community Dwelling Elders. *Drugs Aging*, 25(1), 61-70. <https://doi.org/10.2165/00002512-200825010-00007>
- Poyares, D., Guilleminault, C., Ohayon, M. M. & Tufik, S. (2004). Chronic benzodiazepine usage and withdrawal in insomnia patients. *Journal of Psychiatric Research*, 38(3), 327-334. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2003.10.003>
- Ranhoff, A. H. (2020). Søvn og søvnproblemer. I A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 372-381). Gyldendal.
- Ranhoff, A. H. & Engh, E. (2020). Eldre og legemidler. I A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 184-195). Gyldendal.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Universitetsforl.
- Zandstra, S. M., van Rijswijk, E., Rijnders, C., van de Lisdonk, E. H., Bor, J. H. J., van Weel, C. & Zitman, F. G. (2004). Long-term benzodiazepine users in family practice: differences from short-term users in mental health, coping behaviour and psychological characteristics. *Family Practice*, 21(3), 266-269. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh309>

VEDLEGG 1 - SØKELOGG

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Antall valgte artikler
24/10/22	Pubmed	Dementia AND "Nursing Home" AND Benzodiazapine	Ingen	94	0	0	0
24/10/22	Pubmed	Dementia AND "Nursing Home" AND Benzodiazapine AND Norway	Ingen	4	1	1	0
26/10/22	CINAHL	Benzodiazepines AND dementia	Ingen	447	0	0	0
26/10/22	CINAHL	Benzodiazepines AND "nursing home" AND dementia	Ingen	77	3	2	1
26/10/22	CINAHL	Benzodiazepines AND "nursing home" AND nursing	Ingen	29	7	2	0
26/10/22	BNI	Benzodiazepines AND "Nursing home" AND "nursing"	Etter 2010	480	2	0	0
26/10/22	BNI	(abstract) benzodiazepines AND (abstract) "nursing home" AND "nurse perspective" AND (abstract) interview	Ingen	0	0	0	0
27/10/22	EMBASE	(Benzodiazepines OR Z-drugs) AND (Institution OR "long term care" OR LTC OR "nursing home") AND (nurse OR nursing)	Etter 2010	323	11	4	2
02/11/22	EMBASE	Benzodiazepines and (patient or nurse or nurse perspective or patient perspective) and qualitative study	Ingen	53	1	1	1
02/11/22	CINAHL	(abstract) benzodiazepines AND (abstract) elderly OR aged OR older OR elder OR geriatric AND (abstract) "side effects" OR "adverse effects" OR "harmful effects" OR risk AND (all text) interview	Etter 2010 NOT quantitative	54	4	3	3

VEDLEGG 2 - LITTERATURMATRISE

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Tittel på artikkel	Hensikt med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/resultat
J. Bourgeois, M. M. Elseviers M. Azermai L. Van Bortel M. Petrovic R. R. Vander Stichele European Geriatric Medicine 5(3); ss.181-187 2014 Belgia	“Barriers to discontinuation of chronic benzodiazepine use in nursing home residents: Perceptions of general practitioners and nurses”	Se på hindringer til å avvenne pasienter med kronisk bruk av benzodiazepiner og sykepleiere og legers oppfatning rundt tematikken.	Sykepleier Lege	Kvantitativ studie; Gjennomgang av medisinkort og spørreskjema.	16 sykepleiere og 25 leger med ansvar for 109 sykehjemsbeboere	Leger og sykepleiere synes det er vanskelig å seponere bruk av benzodiazepiner, den vanligste grunnen oppført er “umotiverte pasienter”
Cook M. Joan Biyanova Tatyana Masci Christina Coyne C. James Journal of General Internal Medicine 22: ss.1094-1100 2007 USA	“Older Patient Perspectives on Long-Term Anxiolytic Benzodiazepine Use and Discontinuation: A Qualitative Study”	Intervju med pasienter som har brukt benzodiazepiner i lang tid. Dialog om seponering/nedtrapping og i hvilken grad pasienten opplever bivirkninger og psykisk/fysisk avhengighet.	Pasient	Kvalitativ studie; Semistrukturerte intervju med utdrag for å poengtere forskningens funn.	50 eldre med langvarig bruk av benzodiazepiner (1år +) mellom 61 og 95 år.	Pasienter er veldig glad i medisinen, da dem opplever at den har god effekt. Veldig få kjenner på avhengighet, men i intervju påpeker pasienter symptomer/oppførsel som kan indisere dette. Det drøftes en del om hvor vanskelig det er å trappe ned/seponere denne medisinen da pasientene har positive opplevelser med denne.

Anthierens, Sibyl Grypdonck, Mieke De Pauw, Liesbeth Christiaens, Thierry Journal of Clinical Nursing 18(22): ss.3098-3106 2009 Belgia	“Perceptions of nurses in nursing homes on the usage of benzodiazepines”	Se på holdningene rundt bruken av benzodiazepiner hos sykepleiere ved sykehjem	Sykepleier	Kvalitativ studie; fokusgruppe-intervju og semistrukturerte intervju	Tre fokusgruppeintervju og 10 semistrukturerte intervju av totalt 33 sykepleiere	Sykepleiere bagatelliserer bruken av benzodiazepiner, og anser det ikke som potensielt skadelige medisiner. De synes det er vanskelig å ta opp bruken av benzodiazepiner hos pasienter med legene.
Meesters, Sophie Grüne, Bettina Bausewein, Claudia Schildmann, Eva BMC palliative care 20(1): ss.1-8 2021 Tyskland	“We don't want to sedate him” - A qualitative interview study on intentions when administering sedative drugs at the end of life in nursing homes and hospitals”	Se på tyske sykepleiere sitt syn og tanker rundt administrering av sedative legemidler. Studien legger også vekt på sykepleierens forståelse av legemiddelgruppen sedativer.	Sykepleier Lege	Kvalitativ studie; Semistrukturert intervju.	Intervju med 49 sykepleiere og leger, fra fem sykehjem og fem sengeposter.	Sykepleiere har forskjellig forståelse av hva som er sedative legemidler. Studien legger også vekt på hvordan sykepleieren er bevisst i forhold til bivirkninger og effekt ved utlevering av legemidlene
Mokhar, Aliaksandra Kuhn, Silke Topp, Janine Dirmaier, Jörg Härter, Martin Verthein, Uwe BJGP Open 3(1) 2019 Tyskland	“Long-term use of benzodiazepines and Z drugs: a qualitative study of patients' and healthcare professionals' perceptions and possible levers for change.”	Undersøke pasienters, sykepleiere, legers og farmasøytens syn på langtidsbruk av benzodiazepiner, kunnskaper om bivirkninger og alternativer	Sykepleier Pasient Lege Farmasøyt	Kvalitativ studie; fokusgruppeintervju	Fire fokusgrupper bestående av 28 deltakere; (1) 8 pasienter (2) 7 leger (3) 6 farmasøytter (4) 7 sykepleiere.	Pasienter hadde lavt kunnskapsnivå om risiko og bivirkninger, vanskelig tilgang på alternativer og frykt for å slutte. Sykepleierne følte ikke det var deres ansvar å evaluere effekten av medikamentene.
Laforgue, Edouard- Jules Jobert, Alexandra Rousselet, Morgane	“Do older people know why they take benzodiazepines? A national French	Se på pasienters forståelse for egen behandling med benzodiazepiner og – derivater.	Pasient	Kvalitativ studie; semistrukturerte intervju.	1023 pasienter	38,4% av pasienter anses å ha en dårlig forståelse for sin behandling.

Grall-Bronnec, Marie Jolliet, Pascale Feuillet, Fanny Victorri-Vigneau, Caroline International Journal of Geriatric Psychiatry 35(8): ss.870-876 2020 Frankrike	cross-sectional survey of long-term consumers”					Studien peker blant annet på tilstedeværelse av psykisk lidelse, bruk i under 10 år og et ønske om å stoppe som faktorer som forbindes med god kunnskap om egen behandling.
Lefebvre-Durel, Camille Isabelle, Bailly Hunault, Johanna Jovic, Lilijana Novic, Martine Vorspan, Florence Frank, Bellivier Drunat, Olivier Kerever, Sébastien International Journal of Mental Health Nursing 30(3) ss. 653- 666. 2020 Frankrike	“Benzodiazepine and Z drug cessation in elderly patients: A qualitative study on the perception of healthcare providers and the place of advanced practice nurses.”	Undersøker helsepersonell sitt syn på bruk av benzodiazepiner hos eldre mennesker.	Helsepersonell Sykepleier Lege Psykolog	Kvalitativ studie; Semistrukturerte intervju	4 sykepleiere og 4 andre helsepersonell.	Studien snakker om risikoen ved bruk av benzodiazepiner, identifikasjon av behov for ordinerings. Samt legger frem nåværende praksis og ønsket praksis i forhold til administrering og vurdering av denne medisinsgruppen.