

Søvnproblemer kan behandles effektivt med lysbehandling, søvnrestriksjon og stimuluskontroll

Alternativer til sovemidler hos eldre

Forekomsten av søvnforstyrrelser øker med økende alder. Nærmere 50 % av alle over 65 år rapporterer søvnvansker (1). Belastningen søvnplager fører med seg for pasient og pårørende er ofte den utløsende årsak til at pasienten innlegges i sykehjem. Mange sykehjemspasienter opplever i løpet av døgnet 24 timer verken søvn eller våkenhet en hel time om gangen (2). Dette understreker hva søvnforstyrrelsene kan føre til.

En mulig årsak til endret søvn hos eldre er sviktende funksjon i døgnyrtmesenteret i hjernen, lokalisert i nucleus suprachiasmaticus i hypothalamus. Det er vanlig at døgnyrtmen fremskyndes med økende alder, det vil si at den eldre kjenner seg trett tidligere om kvelden og våkner tidligere om morgenen. Amplituden i døgnyrtmen får mindre utslag, slik at forskjellen på natt og dag blir mindre. Mengden dyp søvn reduseres også, og ved høy alder kan dyp søvn være helt forsvunnet. Dette innebærer at søvnen blir mer overfladisk og forklarer hvorfor eldre har flere oppvåkninger om natten.

Behandlingen av søvnforstyrrelser hos eldre er ofte medikamentell, slik det bl.a. fremkommer i undersøkelsen fra Hordaland og Sogn og Fjordane i dette nummer av Tidsskriftet (3). Omtrent hver fjerde pasient i alders- eller sykehjem i de to fylkene brukte sovemedisiner fast. Langtidsvirkende benzodiazepiner, særlig flunitrazepam, var hyppigst brukt, noe som ikke er i samsvar med gjeldende terapi-anbefalinger (4). Når langvarig medikamentell behandling gir bivirkninger og effekten på søvn er tvilsom, hva annet kan gjøres for å forbedre søvnen hos eldre med søvnproblemer?

Søvnproblemer kan bl.a. skyldes depresjon, angst, søvnapné, urolige bein (restless legs), periodiske beinbevegelser under søvn, stoffskifteforstyrrelser og medikamentbivirkninger. Finner man en sannsynlig bakenforliggende årsak (sekundær insomni), rettes behandlingen i hovedsak mot denne. Ved langvarige søvnproblemer uten klar årsak anbefales ikke-medikamentell behandling. Søvnrestriksjon, stimuluskontroll og lysbehandling har best dokumentasjon. Mange pasienter med dårlig søvn kompenserer med å tilbringe lang tid i sengen, i håp om å få sove. Søvnrestriksjon tar sikte på å redusere tiden i sengen til den tiden pasienten reelt sover. Hvis pasienten sover fem timer per natt, begrenses tiden i sengen til fem timer. Tiden pasienten får oppholde seg i sengen justeres fra konsultasjon til konsultasjon, basert på endringer i søvneffektiviteten (prosentandel søvn til senger). Hvis søvneffektiviteten er over 80–85 %, økes tid i sengen; er den under 80 %, fortsetter man uendret. Behandlingen er krevende for både pasient og pleiepersonell, men om lag 80 % vil få bedre søvn og vil fungere bedre på dagtid etter slik behandling (5). Ved norske alders- og sykehjem er det ikke uvanlig at pasientene legges allerede kl 19. Dette medfører, ikke overraskende, at nattesøvnen er av dårlig kvalitet med mange oppvåkninger.

Også ved stimuluskontroll korrigeres uheldig søvnatferd, og assosiasjonen mellom søvn og seng styrkes. Det understrekes at sengen kun skal brukes til å sove i. Får man ikke sove i løpet av kort tid, skal man stå opp og ikke returnere til sengen før man igjen er søvnløs. Tidspunktet for å stå opp om morgenen er bestemt på forhånd og skal ikke justeres etter hvor mye søvn pasienten får hver natt. Denne behandlingsformen krever en motivert pasient som

klarer å følge instruksjonene. Ofte sees en forverring av søvnplagene de første 1–2 ukene før bedring inntreffer. En metaanalyse basert på 59 studier med over 2 100 pasienter til sammen viste at stimuluskontroll er den mest effektive behandlingsformen ved kronisk insomni (5). Metoden egner seg nok best for hjemmeboende eldre med god helse. I en randomisert, kontrollert undersøkelse var effekten av atferdsterapi (kombinert stimuluskontroll, søvnrestriksjon, søvnhygiene og kognitiv terapi) hos pasienter over 55 år med kronisk insomni like god som medikamentell behandling initialt, men effekten vedvarte bare for gruppen som fikk atferdsterapi (6).

Døgnyrtmen reguleres av bl.a. lys. Lys virker via retina direkte på nucleus suprachiasmaticus, vår biologiske klokke. Lyseksposering før det laveste punktet på døgnyrtmekurven (nadir) vil forsinke døgnyrtmen, mens lys gitt etter nadir vil fremskynde døgnyrtmen. Nadir ligger vanligvis 1–2 timer før man våkner opp om morgenen. Lysbehandling før sengetid vil dermed kunne medføre at man sover lenger om morgenen. Lysbehandling rett etter oppvåkning om morgenen vil kunne gjøre at man våkner tidligere neste dag. Behandling med lys (10 000 lux i minst 30 minutter) er aktuelt ved alle typer døgnyrtmeforstyrrelser.

Hos eldre har lysbehandling vist lovende resultater, særlig ved demens (7). Eldre mennesker (særlig pasienter i institusjon) eksponeres for langt mindre lys enn yngre. Hos demente med søvnforstyrrelser er det vanligvis nødvendig å styrke forskjellen mellom dag og natt. Dette gjøres ved å øke eksterne stimuli på dagtid, hvor lys er viktigst.

Det er stort behov for å spre kunnskapen om disse godt dokumenterte ikke-medikamentelle behandlingsoveralternativene, slik at bruken av sovemidler kan reduseres.

Bjørn Bjorvatn

bjorn.bjorvatn@isf.uib.no
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8 c
5009 Bergen

Bjørn Bjorvatn (f. 1963) er professor ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen. Han har medisinsk doktorgrad innen søvnforskning, behandler pasienter ved Bergen søvnsenter og har deltidsstilling som fastlege.

Forfatteren har mottatt honorar for konsulentbistand til Miljølys AS, som selger lyskasser.

Litteratur

- Ohayon M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002; 6: 97–111.
- Jacobs D, Ancoli-Israel S, Parker L, Kripke DF. Twenty-four-hour sleep-wake patterns in a nursing home population. *Psychol Aging* 1989; 4: 352–6.
- Schjøtt J, Eide E. Bruk av sovemidler i syke- og aldershjem i Hordaland og Sogn og Fjordane. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1068–9.
- Terapi-anbefaling: Behandling av søvnvansker. SLK-publikasjon 2000: 08. Oslo: Statens legemiddelkontroll, 2000.
- Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1172–80.
- Morin CM, Colecci C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. A randomized controlled trial. *JAMA* 1999; 281: 991–9.
- Fetveit A, Skjerve A, Bjorvatn B. Bright light treatment improves sleep in institutionalized elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; akseptert for publisering.