

Søvnforstyrrelser hos sykehjemspasienter – praktiske behandlingsråd

Sammendrag

Bakgrunn. Søvnforstyrrelser er vanlig blant sykehjemspasienter og øker med alder og grad av demens.

Materiale og metode. Informasjon om søvnforstyrrelser hos sykehjemspasienter er hentet fra egen forskning, oversiktsartikler og originalartikler.

Resultater og fortolkning. Søvnforstyrrelser hos eldre kan ha bakgrunn i en rekke individuelle og miljømessige forhold. En nøye utredning av forstyrrelsene kreves før behandlingstiltak settes inn. Farmakologisk behandling med sedativer kan gi uheldige bivirkninger hos eldre. Det er vist lovende resultater med ikke-farmakologiske metoder.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter:
Se til slutt i artikkelen

> Se også side 1628

Arne Fetveit

arne.fetveit@medisin.uio.no
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130, Blindern
0318 Oslo

Bjørn Bjorvatn

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Det er en høy forekomst av innsovningsvansker, hyppige oppvåkninger og tidlig morgenoppvåkning hos sykehjemspasienter (1). I en norsk studie var prevalensen av søvnforstyrrelser 72 % (2). Det ser ut til at søvnforstyrrelser er en av de utløsende faktorene når pårørende ønsker å innlegge en slektning med demens i sykehjem (3).

Søvnfysiologi

Gjennom natten varierer søvndybden betraktelig (fig 1). Grovt sett deles søvnen opp

i REM-søvn og NREM-søvn. REM-søvn karakteriseres av raske øyebevegelser (rapid eye movements) og av drømmer. NREM-søvn (non rapid eye movements) deles opp i fire understadier, hvorav stadium 1–2 er lett søvn og stadium 3–4 dyp søvn. Særlig den dypeste formen av NREM søvn (deltasøvn – stadium 3–4) blir regnet som viktig for at man skal kunne fungere bra neste dag. Søvn-lengde og -dybde reguleres av et samspill mellom ulike faktorer; to av de mest sentrale er oppbygd søvnbehov (homøostatisk faktor) og døgnrytmen (cirkadian faktor) (4).

Forhold som kan påvirke søvnen hos eldre

Søvnproblemer kan ha en rekke forskjellige årsaker. Dersom det finnes en sannsynlig utløsende årsak (sekundær insomni), rettes behandlingen i hovedsak mot denne. Finnes det ingen utløsende årsak, eller denne årsaken har forsvunnet og søvnplagen består, kalles tilstanden primær insomni.

Somatiske og psykiske lidelser

Langvarige søvnproblemer hos eldre er ofte forårsaket av eller relatert til medisinske lidelser. Det kan dreie seg om smertetilstander i muskel- og skjelettapparatet, nevrologiske tilstander, som slag eller demens, eller andre lidelser, f.eks. stoffskiftesykdom, hjerte-/lungesykdom, nocturi, gastroøsofageal refluks eller misbruk av alkohol eller narkotika.

Søvnforstyrrelser er også nær knyttet til flere psykiatriske diagnoser – særlig stemningslidelser. Vi regner med at rundt halvparten av pasienter med kronisk insomni tilfredsstiller de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse. Depresjon er den klart hyppigste enkeltårsaken til kronisk insomni. Studier har vist at insomni ikke bare er et symptom på depresjon, men at langvarig insomni i seg selv tredobler risikoen for å utvikle depresjon (5).

Medikamentbruk

De samme medisinske tilstander som kan gi søvnforstyrrelser er ofte årsak til langvarig medikamentbruk, som i seg selv kan forringe søvnen (6). Blant de legemidler som særlig relateres til slike forstyrrelser er betablokkere, bronkodilatorer, kalsiumblokkere, diuretika, kortikosteroider og tyroksin.

Endringer i døgnrytmen

Det endrede søvnmønsteret hos eldre kan delvis skyldes en sviktende funksjon i døgn-

rytmesenteret i hjernen, som er lokalisert til de suprachiasmatiske kjerner basalt i hypothalamus (7). En vanlig endring i søvnmønsteret med økende alder er at døgnrytmen fremskyndes, slik at den eldre kjenner seg tidligere trett om kvelden og våkner tidligere om morgenen (7). Det ser også ut til at amplituden i døgnrytmen får mindre utslag, slik at forskjellen mellom natt og dag blir mindre. Mengden deltasøvn reduseres, mens mengden lett søvn økes (7).

Miljøfaktorer

Sykehjem er ofte dårlig tilrettelagt for søvn. Nattlige pleierutiner, delte rom, alarmer, TV- og radioapparater som står høyt på og annen støy kan lett forstyrre søvnen (8). Også daglige rutiner kan påvirke søvnkvaliteten. Ved mange sykehjem er det få eller ingen stimulerende aktiviteter på dagtid og heller ikke tilbud om regelmessig fysisk aktivitet. Ofte henvises beboerne til lange, kjedelige perioder preget av inaktivitet. Når man faller i søvn om dagen, reduseres den homøostatiske faktor, og nattesøvnen forringes. Den cirkadiane rytmen er også avhengig av periodiske stimuli som signaliserer dagtid. Av disse stimuli er lyset det viktigste, men også fysisk aktivitet, måltider og sosial interaksjon spiller en vesentlig rolle (9).

Periodiske beinbevegelser (PLMS)

Dette er gjentatte, stereotype beinbevegelser under søvn. De forstyrrer søvnen og kan gi hyppige oppvåkninger. Slike bevegelser blir vanligere med alderen, og det er antatt at de forekommer hos ca. 45 % av alle eldre (10). Fenomenet er også assosiert med rastløse bein, som er kjennetegnet av en prikkende og ubehagelig følelse i beina, spesielt i hvile. Mistanke om periodiske beinbevegelser utredes med søvnregistrering. Behandlingen er medikamentell, enten med dopaminerge preparater eller klonazepam.



Hovedbudskap

- Sykehjemspasienter har ofte søvnforstyrrelser
- Årsakene kan være mange, og grundig utredning er derfor nødvendig
- Ikke-farmakologiske metoder kan ha god effekt

Søvnrelaterte pustevansker

Episoder med komplett (apné) eller delvis (hypopné) pustestopp øker med alderen og har en prevalens på 45–62% blant eldre over 60 år; oftere hos menn og hos personer med hypertensjon (10). To av hovedsymptomene på denne lidelsen er snorking og tretthet om dagen. Søvnrelaterte pustevansker er i seg selv en risikofaktor for kardiovaskulære og pulmonale lidelser og er relatert til økt dødelighet (10). Ved mistanke om slik lidelse må pasienten utredes med søvnregistrering. Behandlingen er vanligvis positivt luftveistrykk med pustemaske eller operasjon.

Behandling av søvnproblemer

All behandling av søvnforstyrrelser kan deles i to hovedgrupper: ikke-medikamentell og medikamentell behandling. På grunn av de begrensningene som følger medikamentell behandling av søvnforstyrrelser hos eldre – som tilvenning og bivirkninger – er det de siste årene forsket mye på ikke-medikamentelle behandlingsmetoder.

Før behandlingstiltak mot søvnforstyrrelser er det viktig at behandleren kjenner pasientens søvn. Kartlegging av søvnvanter hos sykehjems pasienter gjøres i første omgang med anamnese og pleierobservasjoner. Objektive registreringer av søvnen kan gjøres med aktigraf, en liten aktivitetsmåler som festes til håndleddet som et armbandsur, eller med polysomnografi. Det vises til annen litteratur vedrørende omtalen av disse metodene.

Ikke-medikamentell behandling

Miljøtiltak

En rekke undersøkelser har vist at uheldige pleierutiner kan forstyrre søvnen hos sykehjemsbeboere. Lys, lyd og forstyrrelser fra andre pasienter på rommet peker seg ut som de mest ødeleggende miljøfaktorene for søvn (8). Forbedrende tiltak kan være å lukke dører, skru ned lyden på TV-apparater og radio etter kl 21, skru av TV-apparater som ingen ser på, sørge for enkeltnrom for dem som ønsker det, og å bruke minimalt med lys (lommelukt) ved nattlige pleierutiner. Individuelle faktorer som bedrer søvnen kan være å gi adekvat smertelindring før natten, planlegge inkontinenspleie slik at det i minst mulig grad fører til oppvåkninger og å ha faste kveldsrutiner som pasienten forbinder med søvn. Sykehjemmets nattskift har et særlig ansvar for å identifisere forstyrrende miljøfaktorer og for å foreslå nødvendige tiltak. Det ville være nyttig om ansatte selv overnattet på et pasientrom for å kunne identifisere miljøfaktorer som forstyrrer søvnen.

Søvnrestriksjon

Mange pasienter med dårlig søvn kompenseres med å tilbringe lang tid i sengen, i håp om å få sove eller iallfall få noe hvile. Dette anses som en viktig faktor for å opprettholde søvnvanskene (11). Søvnrestriksjon tar sikte på å redusere tiden i sengen til den tiden pa-

sienten reelt sover. Hos eldre uten demens kan man bruke søvndagbøker, som vedkommende selv fyller ut. Hvis den reelle søvnlengden per natt er fem timer, anbefales det å begrense tiden i sengen til fem timer, for eksempel fra kl 01 til kl 06. Denne søvnrestriksjonen gjør de fleste pasienter så trette at de begynner å fylle mesteparten av de fem timene med søvn. Så kan man utvide tiden i sengen med ca. 15 minutter per uke til pasienten når ønsket søvnlengde. I løpet av søvnrestriksjonsperioden ser det ut til å skje en atferdsendring, der sengetid i større grad enn før gir en deaktivering og sjanse for innsovning. Behandlingen forutsetter at pasienten er motivert. Ofte forverres søvnmønsteret initialt, før bedring inntreder. Det er viktig å forberede pasienten på dette. Hos sykehjemsbeboere med søvnforstyrrelser og demens anbefaler vi en enklere form for søvnrestriksjon, nemlig at pasienten står opp til samme tid hver dag, at han/hun oppmuntres til å være våken i løpet av dagen og at sengetiden tilpasses pasientens egne behov. For at beboerne ikke skal sovne i løpet av ettermiddagen eller tidlig kveld kreves det gjerne meningsfulle sosiale eller individuelle aktiviteter som de kan engasjere seg i. Bemannings situasjonen på mange sykehjem krever dessverre at noen pasienter går til sengs svært tidlig fordi pleierne ellers ikke vil rekke å bistå alle. Svært tidlig sengetid er ødeleggende for nattesøvnen. Det ideelle ville være styrket pleiebemannning i timene rundt sengetid, for eksempel i perioden kl 21–24, slik at pasientene fikk mulighet til å legge seg på det tidspunkt som er naturlig for dem.

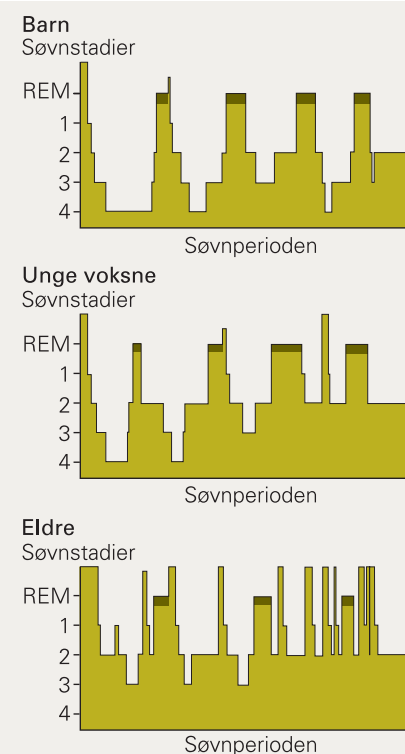
Søvnhygiene

Søvnhygiene (ramme 1) er leveregler for god søvn og hører til basistiltakene for ikke-medikamentell behandling. Kort sagt går disse rådene ut på å sørge for oppbygging av søvnbehovet, å respektere døgnrytmen og å unngå høy aktivisering om kvelden og natten. I behandlingsoyemed har det vist seg lite effektivt ukritisk å gi råd om søvnhygiene og deretter overlate resten til pasienten. Man må plukke ut de rådene som er aktuelle for hver enkelt og bistå i gjennomføringen av dem.

Lysbehandling

Døgnrytmen reguleres av ulike eksterne faktorer, der lyset har størst innvirkning. Det er vist at sykehjems pasienter sjelden mottar lyseksposering høyere enn 1 000 lux, og at det er en sammenheng mellom søvnforstyrrelser og manglende lyseksposering (12). Lysstyrken utendørs på en skyfri sommerdag er godt over 100 000 lux. Dette gir en sterk stimulering av døgnrytmesenteret. Lyset virker via retina direkte på nucleus suprachiasmaticus i hypothalamus, der døgnrytmesenteret ligger (7). Behandling med lys er aktuelt ved alle typer døgnrytme forstyrrelser (4). Lysbehandling har også gitt lovende resultater ved søvnforstyrrelser hos eldre

Figur 1



Fordeling av søvnstadiene hos barn, unge voksne og eldre gjennom natten

med og uten demens (9). Slik behandling omtales nærmere i en annen artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (13).

Medikamentell behandling

Det finnes to hovedgrupper av sovemedisiner: benzodiazepiner og benzodiazepinliknende legemidler. Ved søvnvanter anbefales benzodiazepinliknende preparater

Ramme 1

Søvnhygiene

- Begrens tiden i sengen til det som er nødvendig for søvn
- Om dagen bør luren være under en time, og man bør ikke ta seg en hvil sent om ettermiddagen eller kvelden
- Gå til sengs og stå opp til omtrent samme tid hver dag
- Spis regelmessige måltider
- Ha faste rutiner ved sengetid
- Unngå kaffe, te og tobakk etter kl 17
- Sørg for mørke og ro på soverommet
- Sørg for lys og aktivitet på dagtid
- Driv fysisk aktivitet hvis mulig
- Unngå regelmessig bruk av sovemedisiner og alkohol

(zopiklon, zolpidem), fordi disse medikamentene har færre ulemper enn benzodiazepinene, ikke minst hos eldre (9). Dette skyldes blant annet at virketiden er kortere og at man dermed slipper «hangover». Det ser også ut til at de benzodiazepinliknende midlene gir mindre avhengighet og mindre risiko for misbruk. Hvis pasienten er plaget av oppvåkninger sent på natten, bør man velge zopiklon fremfor zolpidem, fordi zopiklon har lengre halveringstid. Varigheten av behandling med slike midler bør begrenses til 2–4 uker ved daglig bruk. Intermitterende behandling bør tilstrebes.

Antidepressiver kan brukes der man mistenker at søvnvanskene er forårsaket av depresjon. Selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) er da velegnet. Hvis den deprimerede pasienten har svært uttalte søvnvansker, kan man vurdere å bruke antidepressiver med sederende effekt, som mirtazapin eller mianserin.

Når det gjelder andre legemidler som forskrives ved søvnvansker, som antihistaminer og nevroleptika, er dokumentasjonen mye dårligere når det gjelder effekt på søvnen. I tillegg til «hangover» kan disse midlene gi alvorlige bivirkninger som parkinsonisme (lavdosenevroleptika), falltendens, arytmier, akkomodasjonsparese, munntørhet, urinretensjon og forvirring (høydosenevroleptika og antihistaminer). Fordelen er at preparatene ikke er vanedannende. Vi vil imidlertid ikke anbefale disse ved primær behandling av søvnvansker.

Ved all medikamentell søvnbehandling bør man som hovedregel benytte lavest mulig effektive dose i kortest mulig tid. Økt følsomhet for sovemidler hos eldre gjør at sovemidler blir anbefalt i lavere dosering enn

hos yngre. Ved langvarig bruk av sovemedisiner bør man forsøke å redusere eller gradvis seponere preparatet. Undersøkelser både fra sykehjem og i allmennpraksis viser at dette er langt mindre problematisk enn mange tror (14).

Mye forventning har knyttet seg til melatoninets rolle i behandlingen av søvnforstyrrelser hos eldre. Forskning har imidlertid ennå ikke avdekket noen sikker virkning av denne substansen hos personer i denne aldersgruppen (15).

Konklusjon

Økt oppmerksomhet hos behandlere er nødvendig for å identifisere og behandle søvnforstyrrelser hos eldre. Selv om slike forstyrrelser har økende prevalens med økende alder, er ikke alle søvnforstyrrelser hos eldre mennesker en naturlig konsekvens av alderdom. Nedsatt evne til å sovne og til å sove sammenhengende påvirkes av en rekke faktorer, både somatiske og psykiske. Før individuell behandling av søvnforstyrrelser må det være tatt hensyn til elementære miljømessige forhold, slik som trygge og rolige omgivelser. Videre bør enkle råd om søvnhygiene følges. For å kunne behandle søvnforstyrrelser kreves inngående kjennskap til pasientens sykehistorie og medisinbruk. Aktuelle ikke-farmakologiske tiltak kan være søvnrestriksjon og økt lyseksposering. Ofte må det settes i gang tiltak på flere fronter.

Oppgitte interessekonflikter: Bjørn Bjorvatn har mottatt reisestøtte og foredragshonorar fra ulike legemiddelfirmaer, og er konsulent for et firma som selger lyskasser. Arne Fetveit har ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Ancoli-Israel S, Klauber MR, Jones DW et al. Variations in circadian rhythms of activity, sleep, and light exposure related to dementia in nursing-home patients. *Sleep* 1997; 20: 18–23.
2. Fetveit A, Bjorvatn B. Sleep disturbances among nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 604–09.
3. Pollak CP, Perllick D. Sleep problems and institutionalization of the elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1991; 4: 204–10.
4. Bjorvatn B, Holsten F. Lysbehandling ved jet lag, nattarbeid og søvnlidelser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2489–92.
5. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* 1989; 262: 1479–84.
6. Ancoli-Israel S. Insomnia in the elderly: a review for the primary care practitioner. *Sleep* 2000; 23 (suppl 1): S23–30, S36–8.
7. Blivise DL. Sleep in normal aging and dementia. *Sleep* 1993; 16: 40–81.
8. Schnelle JF, Ouslander JG, Simmons SF et al. The nighttime environment, incontinence care, and sleep disruption in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 910–4.
9. Vitiello MV, Borson S. Sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease: epidemiology, pathophysiology and treatment. *CNS Drugs* 2001; 15: 777–96.
10. Ayalon L, Liu L, Ancoli-Israel S. Diagnosing and treating sleep disorders in the older adult. *Med Clin North Am* 2004; 88: 737–50.
11. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1172–80.
12. Shochat T, Martin J, Marler M et al. Illumination levels in nursing home patients: effects on sleep and activity rhythms. *J Sleep Res* 2000; 9: 373–9.
13. Fetveit A, Bjorvatn B. Lysbehandling mot søvnvansker i sykehjem – et ikke-farmakologisk alternativ. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1679–81.
14. Curran HV, Collins R, Fletcher S et al. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychol Med* 2003; 33: 1223–37.
15. Singer C, Tractenberg RE, Kaye J et al. A multicenter, placebo-controlled trial of melatonin for sleep disturbance in Alzheimer's disease. *Sleep* 2003; 26: 893–901.