

# Søvnforstyrrelser hos eldre

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Søvnforstyrrelser er vanlig hos eldre og kan føre til en betydelig reduksjon i livskvalitet. Mange søvnforstyrrelser blir ikke diagnostisert eller behandlet. Denne artikkelen omhandler kjennetegn og behandling av de vanligste søvnforstyrrelsene hos eldre.

**Materiale og metode.** Artikkelen er basert på egen klinisk og forskningsbasert erfaring og artikler funnet ved usystematisk søk i PubMed.

**Resultater.** En lang rekke somatiske og psykiske plager er relatert til søvnforstyrrelser. Depresjon er den lidelsen som oftest er komorbid til en søvnforstyrrelse.

**Fortolkning.** Søvnforstyrrelser må utredes før de kan behandles. Medikamentell behandling er best kjent, men har ofte uheldige bivirkninger og innebærer tilvenningsfare. Det finnes gode ikke-medikamentelle behandlingsmuligheter, også for eldre.

## 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  
 og  
 Nasjonalt kompetansesenter for søvn sykdommer  
 Haukeland universitetssykehus

Søvnen hos eldre kjennetegnes av at det blir det vanskeligere å sove sammenhengende gjennom natten, samtidig som det blir vanskeligere å holde seg våken om dagen (1). Om lag halvparten av alle personer over 65 år rapporterer søvnplager, og spørreundersøkelser blant eldre viser at disse plagene er assosiert med følelse av nedsatt livskvalitet, psykiske plager og begrensninger i daglige gjøremål (1). Langt fra alle eldre med søvnplager mottar adekvat behandling (2).

Dette kan skyldes at den eldre personen ikke oppsøker hjelp for sitt problem fordi søvnvansker oppfattes som en del av normal aldring, eller at helsepersonell ikke i tilstrekkelig grad kjenner de ulike behandlingsalternativene. I denne artikkelen vil vi gå nærmere inn på hva som kjennetegner søvnforstyrrelser hos eldre og hvilke behandlingsmuligheter man har ved slike lidelser.

## Materiale og metode

Grunnlaget for artikkelen er et ikke-systematisk søk i PubMed med et skjønnsomt utvalg av artikler valgt ut på grunnlag av forfatterens egen erfaring i feltet.

## Søvnfysiologi

Søvnen deles inn i ulike stadier, fra lett søvn til dyp søvn og såkalt REM-søvn. Skiftingen mellom de ulike søvnstadiene går i sykluser gjennom natten (3). Den dype søvnen er den viktigste (3). Uten slik søvn blir man sliten og uopplagt, mens fravær av REM-søvn ikke ser ut til å plage oss noe særlig (3). Hos yngre utgjør den dype søvnen ca. en firedel av nattesøvnen, mens den hos eldre gradvis reduseres og hos enkelte forsvinner helt (2).

## Søvnforstyrrelser

Søvnforstyrrelser kan ha en rekke forskjellige årsaker (fig 1). Faktorer som utløser søvnforstyrrelser kan være kritiske hendelser og belastninger i personens liv eller psykisk og somatisk sykdom. De faktorer som bidrar til å opprettholde en søvnforstyrrelse, er ikke nødvendigvis de samme som utløste den. For eksempel kan økt fokus på søvnplager føre til en prestasjonsangst med hensyn til å «få til» å sove, og dermed forhøyet fysiologisk aktivering.

Søvnforstyrrelser hos eldre har en rekke negative konsekvenser. Dette gjelder særlig økt risiko for å utvikle psykiske lidelser, redusert kognitiv funksjon, hukommelsesproblemer og mestringsproblemer (1). Personer med demens har ofte særlig alvorlige søvnplager. Belastningen søvnplagene fører med seg for eldre hjemmeboende pasienter med demens og deres pårørende, er ofte den utløsende årsaken til at pasienten innlegges i sykehjem (4). Hos noen sykehjemsbeboere med demens synes søvnen å være svært oppstykket og vilkårlig plassert innenfor døgnets 24 timer (5).

Søvnforstyrrelser deles inn i seks hovedkategorier: insomnier, døgnrytmeforstyrrelser, søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser, søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser, hy-

persomnier og parasomnier (6). Nedenfor vil vi gå gjennom disse lidelsene med vekt på den eldre pasienten.

## Insomni

Insomni defineres som dårlig/lite søvn enten på grunn av innsøvningsvansker, urolig nattesøvn, tidlig morgenoppvåkning, eller dårlig søvnkvalitet, til tross for at betingelsene for god søvn er til stede (6). For å kunne anvende diagnosen insomni er det nødvendig at disse søvnendringene fører til nedsatt funksjon på dagtid.

Insomni er tradisjonelt blitt klassifisert som enten primær (ukjent årsak) eller sekundær (kjent årsak). Ved insomni forårsaket av for eksempel depresjon, ble behandlingen rettet mot depresjonen og det ble forventet at de ledsagende søvnproblemene skulle opphøre når depresjonen var vellykket behandlet. I den senere tid er imidlertid insomni blitt anerkjent som en selvstendig sykdom, og det anbefales å bruke begrepet komorbid insomni framfor sekundær insomni (7). Hvis en pasient har både insomni og depresjon, anbefales det nå å behandle begge tilstandene samtidig (7).

De somatiske tilstandene som oftest er komorbide til søvnforstyrrelser hos eldre er artritt eller malignitet, cerebralt insult eller demens, eller lidelser som stoffskiftesykdom, hjerte-/lungesykdom, nokturni, refluksykdom eller alkohol- eller medikamentbruk. Bruk av mange medisiner samtidig (polyfarmasi) er vanlig hos eldre og kan forårsake en lang rekke bivirkninger (8), blant annet søvnforstyrrelser.

Man regner med at rundt halvparten av pasientene med kronisk insomni tilfredsstiller de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse, og av disse er depresjon den vanligste. Studier har vist at insomni ikke bare er et symptom på depresjon, men at langvarig insomni i seg selv øker risikoen for å utvikle depresjon (9).

Før man starter behandling av søvnforstyrrelser må pasientens søvnmønster utredes. En grundig anamnese og eventuelt føring av

## Hovedbudskap

- Søvnforstyrrelser er vanlig hos eldre
- Søvnforstyrrelser kan behandles
- Ikke-medikamentelle metoder kan være effektive, også hos eldre

søvnloggbok i 1–2 uker gir i de fleste tilfeller nok informasjon til å sette en diagnose.

Behandling av insomni kan deles i to hovedgrupper, ikke-medikamentell og medikamentell. Søvnhygiene, eller gode leveregler for søvn, hører til basistiltakene blant de ikke-medikamentelle behandlingsmetodene. Kort sagt går slike regler ut på å sørge for å bygge opp søvnbehovet, respektere døgnrytmen, og å unngå høy aktivitet om kvelden og natten. I behandlingsoyemed har det imidlertid vist seg lite effektivt bare å gi råd om søvnhygiene, og deretter overlate resten til pasienten. Man må plukke ut de rådene som er aktuelle for hver enkelt pasient.

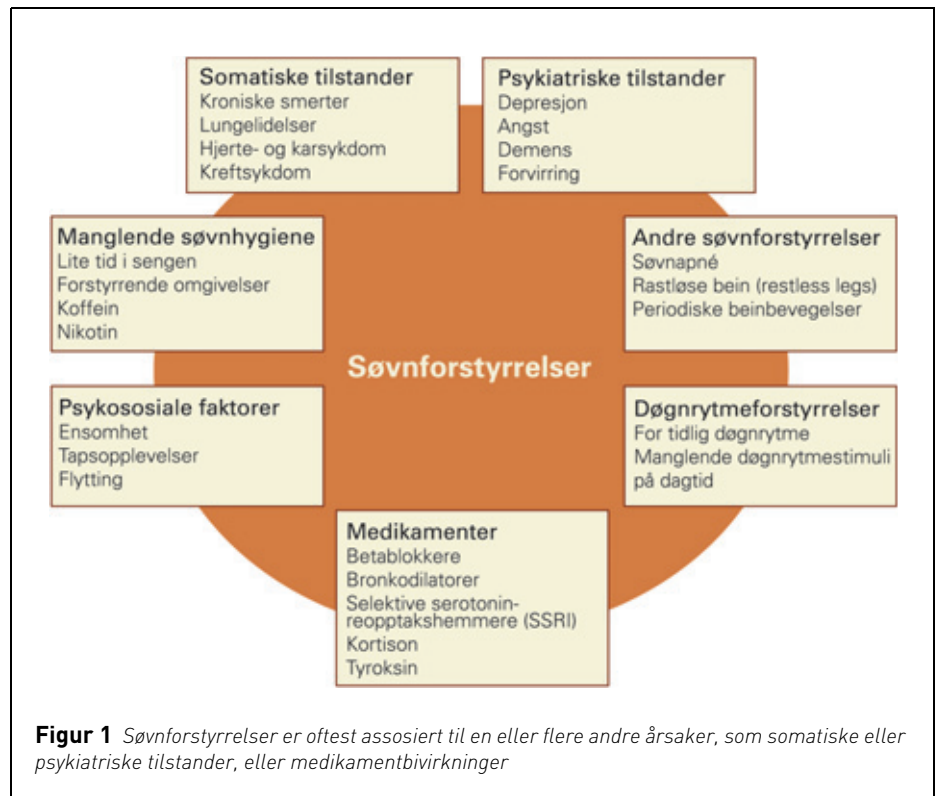
Andre ikke-medikamentelle behandlingsmetoder mot søvnforstyrrelser inkluderer stimuluskontroll, søvnrestriksjon, kognitiv terapi og lysbehandling. Kombinasjoner av disse tiltakene, som for eksempel stimuluskontroll og søvnrestriksjon, har vist gode resultater og er beskrevet i en annen artikkel i denne temaserien (10).

Kognitiv terapi er ofte et nyttig supplement ved behandling av insomni. Mange med insomni har et sett av negative tanker som kan bidra til å opprettholde søvnproblemene. Man kan for eksempel være redd for å bli gal av mangel på søvn, eller tro at man har mistet evnen til å sove. Slike tanker kan gi økt aktivering og prestasjonsangst. Sentralt i terapien er pasientens evne til selv å kartlegge sine tankemønstre, og deretter utfordre og erstatte de negative tankene med mer realistiske oppfatninger om egen søvn.

Medikamentell behandling er et vanlig tiltak mot søvnforstyrrelser. Hos eldre med kroniske søvnplager ser imidlertid langvarig bruk av sovemedisin ikke alltid ut til å forbedre søvnen og i tillegg kan slike medikamenter ofte redusere pasientens funksjon neste dag (2, 11). Kortvarig bruk av medikamenter for innsovning kan imidlertid være effektivt når de gis i en begrenset periode på om lag 1–2 uker.

Det finnes to hovedgrupper av sovemedisiner; benzodiazepiner og benzodiazepinlignende preparater (zopiklon, zolpidem). Ved innsovningsvansker synes benzodiazepinlignende preparater å ha noen færre ulemper enn benzodiazepiner, ikke minst hos eldre (2, 12). Det er likevel usikkert om disse preparatene egentlig er tryggere i bruk enn benzodiazepiner, og det anbefales derfor at begge disse legemiddelgruppene forskrives etter de samme retningslinjene (13). Bruken av benzodiazepinlignende preparater har hatt en jevn økning og om lag hver femte 80-åring i Norge bruker nå zopiklon, til tross for at slik behandling savner god dokumentasjon (13).

Når det gjelder andre preparater som forskrives ved søvnvansker (antidepressiver, antihistaminer og nevroleptika) er dokumentasjonen på behandlingseffekten langt dårligere eller helt fraværende, samtidig som de ofte gir uheldige bivirkninger som tretthet og sløvheter neste dag. Disse medika-



mentene bør derfor ikke brukes ved behandling av søvnvansker, hvis ikke det foreligger spesifikke grunner, som for eksempel depresjon eller nattlig kløe.

Mye forventning har knyttet seg til melatonins rolle i behandlingen av søvnforstyrrelser hos eldre. Melatonin har en veldokumentert virkning på døgnrytmeforstyrrelser, mens virkningen som en ren sovemedisin har vært mer tvilsom. Nylig har imidlertid et depotpreparat av melatonin (Circadin) vist seg å gi bedre subjektiv søvnkvalitet hos friske personer i aldersgruppen 55–80 år (14). Dette preparatet er godkjent i Norge. Hos personer med Alzheimers sykdom har melatonin ikke vist seg å ha effekt som sovemedisin, verken i sin vanlige form eller som depotpreparat (15).

Ved valg av sovemedisin er det viktig å se på hvilket problem pasienten har. Hvis problemet er tidlig oppvåkning om morgenen, er det viktig å velge et preparat som har tilstrekkelig lang virketid, mens et sovemiddel med kort virketid ville vært dårligere egnet.

Ved all medikamentell søvnbehandling hos eldre bør man som hovedregel benytte lavest mulig effektiv dose i kortest mulig tid. 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 gjennomførbart i praksis (11).

### Døgnrytmeforstyrrelse

Døgnrytmen endres med årene (1). Mange eldre opplever at både oppvåkning om morgenen og søvntrang om kvelden kommer tidligere enn før. Dette kan skyldes degene-

rering av døgnrytmeklokken i hjernen, lokalisert i nucleus suprachiasmaticus, og/eller at samspillet mellom døgnrytmeklokken og de ytre faktorer som påvirker den forstyrres (1).

Lysbehandling er den mest effektive behandlingen av døgnrytmeforstyrrelser. Kunstig lysbehandling i om lag 30 minutter daglig med hvitt lys med intensitet på 10 000 lux benyttes til å påvirke døgnrytmen (16, 17). Lyseksposering om kvelden vil skyve døgnrytmen i motsatt retning av hva lysbehandling om morgenen vil gjøre. Lys gitt før sengetid forskyver døgnrytmen til et senere tidspunkt, med det resultat at man sover lenger om morgenen. Lys gitt like etter oppvåkning skyver døgnrytmen den andre veien, og vil kunne gjøre at man våkner tidligere neste dag. For å finne det riktige tidspunkt for lyseksposeringen er det viktig å kjenne tidspunktet for det laveste punktet på døgnrytmekurven til den personen som skal behandles. Dette tidspunktet kalles nadir og er identisk med temperaturrytmens minimum tidlig om morgenen, normalt mellom kl 4 og kl 6. Effekten av lysbehandling er større desto nærmere nadir behandlingen gis. I praksis kan behandlingen gis like før sengetid eller like etter at man har våknet om morgenen, avhengig av hvilken vei man vil skyve døgnrytmen. Lysbehandling har også vist lovende resultater på søvnforstyrrelser hos eldre, med og uten demens (17–19).

### Søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser

Rastløse bein (restless legs) kjennetegnes av ubehagelige fornemmelser i beina, som

lindres av bevegelse/aktivitet. I en skandinavisk spørreundersøkelse fra 2005 tilfredsstilte 12 % av personer > 60 år kriteriene for denne diagnosen, og omtrent halvparten beskrev plagene som moderate eller alvorlige (20). Det er flest kvinner som plages, og hyppigheten øker med alderen. Tilstanden finnes i en primær og en sekundær form. Den sekundære formen assosieres med tilstander som nyresykdom, jern- og vitaminmangel, graviditet, skader på nervesystemet, revmatiske sykdommer, medisinbruk, alkohol, koffein eller nikotin. Rastløse bein har fire kliniske kjennetegn:

- Trang til å bevege beina (og eventuelt armene) på grunn av ubehagelige, kriblende fornemmelser
- Trangen til å bevege seg oppstår i hvile eller ved inaktivitet
- Trangen lindres helt eller delvis av bevegelser
- Trangen er til stede spesielt om kvelden og natten, og ikke tidlig på dagen.

Periodiske beinbevegelser (PLMS) er en annen bevegelsesforstyrrelse i beina under søvn. Tilstanden er assosiert med rastløse bein og kjennetegnes av gjentatte, stereotypiske beinbevegelser under søvn, noe som kan gi hyppige oppvåkninger. Nyere forskning har satt spørsmålsteget ved validiteten til denne diagnosen (21) og videre forskning må avklare om PLMS-diagnosen fremdeles skal brukes. For både rastløse bein og periodiske beinbevegelser er behandlingen medikamentell, med en lav dose dopaminagonist (2).

### Søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser

Snorking forekommer hos mer enn 50 % av voksne mennesker. Snorking i seg selv er ikke farlig, men kan være et symptom på mulig obstruktiv søvnapné, en lidelse som er langt mer alvorlig. Ved obstruktiv søvnapné klapper de øvre luftveiene sammen i inspiriet. Episoder med komplett (apné) eller delvis (hypopné) pustestopp øker med alderen, men selve prevalensen er usikker og er anslått til å være på 30–80 % blant eldre over 60 år, oftere hos menn og hypertensive (22). De to hovedsymptomene på denne lidelsen er snorking og dagtidstretthet. Søvnrelaterte pustevansker er i seg selv en risikofaktor for kardiovaskulære og pulmonale lidelser og er relatert til økt mortalitet (23). Mistanke om slik lidelse utredes i spesialavdelinger, og behandlingen er vanligvis positivt luftveistrykk med pustemaske.

Sentral søvnapné er en annen form for apné som ikke skyldes at luftveiene blokkeres, men av at signalene mellom hjernens åndedrettsentrum og musklene som styrer åndedrettet ikke fungerer som de skal. Sentral søvnapné ses oftest hos eldre mennesker, ved hjertesvikt eller etter et slag, og har sammenheng med skader i hjernen eller nervebanene.

### Hypersomnier

Hypersomnier er sjeldne. Den mest kjente av disse er narkolepsi som er en alvorlig nevrologisk lidelse som kjennetegnes av ekstrem søvnlighet, anfall med tap av muskelspenning (katapleksi), livlige drømmer under innsøvn eller oppvåkning (hypnagogiske hallusinasjoner) og søvnparalyse (24). Narkolepsi kan også ledsages av andre symptomer, som hyppige mareritt og konsentrasjonsvansker. Vanligvis går det flere år fra symptomene melder seg til lidelsen blir diagnostisert. Symptomene starter vanligvis i ung alder, men lidelsen kan debutere i høy alder.

### Parasomnier

Parasomnier defineres som uønsket atferd eller ubehagelige fenomener under søvn og inkluderer søvngjengeri, natlige skrekkanfall og mareritt. En av parasomniene finnes oftest hos menn > 60 år og kalles REM-søvnatferdsforstyrrelse. Dette er en tilstand der den normale paralysen av viljestyrt muskulatur under REM-søvn ikke inntreffer, med det resultat at personen responderer motorisk på drømmeinnholdet med for eksempel slag og spark, og kan derfor være til fare for seg selv og andre (25). Årsaken til lidelsen er ukjent, men fenomenet ses oftere ved ulike nevrodegenerative lidelser slik som Parkinsons sykdom, demens med lewylegermer, Downs syndrom, multipel systematrofi, narkolepsi og multipel sklerose. Man anslår prevalensen til å være < 1 %. Behandlingen er medikamentell, og klonazepam er førstevalget. Behandling med dopaminerge preparater og melatonin har også vist seg virksomt ved REM-søvnatferdsforstyrrelse (25).

### Konklusjon

Økt oppmerksomhet hos behandlere er nødvendig for å identifisere og behandle søvnforstyrrelser hos eldre. Selv om søvnforstyrrelser har økende prevalens med alderen, er ikke alle søvnforstyrrelser i denne gruppen en naturlig konsekvens av alderdom. Nedsett evne til å sovne og til å sove sammenhengende påvirkes av en rekke faktorer, både somatiske og psykiske. For å kunne behandle søvnforstyrrelser kreves det god kjennskap til pasientens sykehistorie og medisinerbruk, og pasientens søvnmønster kan registreres med søvndagbok. Aktuelle ikke-medikamentelle tiltak kan være effektive og inkluderer først og fremst søvnrestriksjon, stimuluskontroll og økt lyseksposering.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

1. Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M et al. Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *CMAJ* 2007; 24: 1299–304.
2. Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M et al. Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people. *CMAJ* 2007; 8: 1449–54.
3. McCarterly RW. Neurobiology of REM and NREM sleep. *Sleep Med* 2007; 8: 302–30.

4. Pollak CP, Perlick D. Sleep problems and institutionalization of the elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1991; 4: 204–10.
5. Fetveit A, Bjorvatn B. Sleep duration during the 24-hour day is associated with the severity of dementia in nursing home patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 945–50.
6. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
7. Stepanski EJ, Rybarczyk B. Emerging research on the treatment and etiology of secondary or comorbid insomnia. *Sleep Med Rev* 2006; 10: 7–18.
8. Straand J, Fetveit A, Rognstad S et al. A cluster-randomized educational intervention to reduce inappropriate prescription patterns for elderly patients in general practice – The Prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) study [NCT00281450]. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 72.
9. Perlis ML, Smith LJ, Lyness JM et al. Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly. *Behav Sleep Med* 2006; 4: 104–13.
10. Bjorvatn B, Sivertsen B, Øyane N et al. *Insomni*. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 1766–8.
11. Poyares D, Guilleminault C, Ohayon MM et al. Chronic benzodiazepine usage and withdrawal in insomnia patients. *J Psychiatr Res* 2004; 38: 327–34.
12. Benca RM. Diagnosis and treatment of chronic insomnia: a review. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 332–43.
13. Mellingsæter TC, Bramness JG, Slørdal L. Er z-hypnotika bedre og tryggere sovemedisiner enn benzodiazepiner? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2954–6.
14. Wade AG, Ford I, Crawford G et al. Efficacy of prolonged release melatonin in insomnia patients aged 55–80 years: quality of sleep and next-day alertness outcomes. *Curr Med Res Opin* 2007; 23: 2597–605.
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; 1: 893–901.
16. Yoon IY, Kripke DF, Elliott JA et al. Age-related changes of circadian rhythms and sleep-wake cycles. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1085–91.
17. Fetveit A, Skjerve A, Bjorvatn B. Bright light treatment improves sleep in institutionalized elderly – an open trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 520–6.
18. Vitiello MV. Effective treatment of sleep disturbances in older adults. *Clin Cornerstone* 2000; 2: 16–27.
19. Fetveit A, Bjorvatn B. Bright-light treatment reduces actigraphic-measured daytime sleep in nursing home patients with dementia: a pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 420–3.
20. Bjorvatn B, Leissner L, Ulfberg J et al. Prevalence, severity and risk factors of restless legs syndrome in the general adult population in two Scandinavian countries. *Sleep Med* 2005; 6: 307–12.
21. Sivertsen B, Omvik S, Straume S et al. Clinical significance of periodic limb movement disorder (PLMD) in insomnia patients. *Open Sleep J* 2008; 1: 52–7.
22. Tishler PV, Larkin EK, Schluchter MD et al. Incidence of sleep-disordered breathing in an urban adult population: the relative importance of risk factors in the development of sleep-disordered breathing. *JAMA* 2003; 7: 2230–7.
23. Ocasio-Tascon ME, Alicea-Colon E, Torres-Palacios A et al. The veteran population: one at high risk for sleep-disordered breathing. *Sleep Breath* 2006; 10: 70–5.
24. Scammell TE. The neurobiology, diagnosis, and treatment of narcolepsy. *Ann Neurol* 2003; 53: 154–66.
25. Mahowald MW, Schenck CH. Insights from studying human sleep disorders. *Nature* 2005; 27: 1279–85.

Manuskriptet ble mottatt 21.10. 2008 og godkjent 26.2. 2009. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.