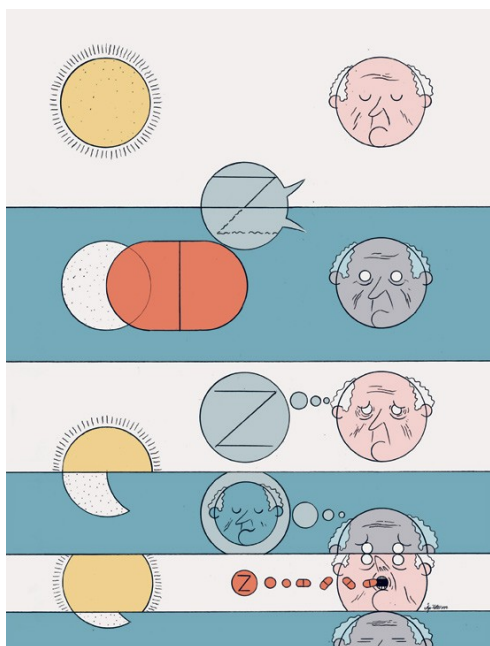


Eldres søvnproblemer



Illustrasjon Åge Peterson

Hva kan vi, og hva trenger vi å vite om søvnfysiologi og kartlegging for å kunne tilby psykologbehandling av søvnproblemer hos eldre?

TEKST

Elisabeth Flo

Inger Hilde Nordhus

PUBLISERT 3. januar 2017

En aldrende befolkning endrer behovet for helsetjenester. Eldre er overrepresentert med hensyn til antall besøk til fastlegen, henvisninger til spesialister samt liggedøgn på sykehus. Dette står i sterk kontrast til eldres bruk av psykologtjenester, der man finner at eldre mottar færre psykologtjenester enn noen andre aldersgrupper i befolkningen (Mørk, 2010).

Søvnens rolle i livet vårt blir ofte undervurdert: Et 85 år langt liv innebærer rundt 28 år på puten, og dårlig søvn merkes raskt på humør og prestasjon. Over tid gir søvnproblemer økt risiko for psykisk lidelse, hjerte- og karsykdom, overvekt og diabetes (Sivertsen, Krokstad, Mykletun, & Øverland, 2009). Det er også funnet tydelige sammenhenger mellom søvnproblemer og risiko for langtidssykemelding og uføretrygd (Sivertsen, Krokstad, et al., 2009; Sivertsen, Øverland, Bjorvatn, Mæland, & Mykletun, 2009). Metaanalyser har vist et U-formet forhold mellom søvnlengde og dødelighet, der både lang og kort søvnlengde er uheldig, også for dem over 60 år (Silva et al., 2016).

Søvnproblemer forekommer hyppigere blant eldre. Derfor er det alvorlig at søvnproblemer i denne gruppen ofte feilbehandles eller ikke vies oppmerksomhet i det hele tatt (Wolkove, Elkholy, Baltzan, & Palayew, 2007b). Søvnvansker blir ofte møtt med medikamentell behandling, til tross for at det ofte er langt mer hensiktsmessig å se på de psykologiske og atferdsmessige faktorene bak søvnproblemet (Ruths et al., 2013; Sivertsen et al., 2006). Psykologer sitter med relevant og viktig grunnkunnskap til å behandle søvnproblemer, herunder tilnærminger fra kognitiv atferdsterapi og generelle prinsipper fra læringsteori. Psykologer er derfor svært egnede behandlere, særlig om vi tilegner oss tilgjengelig kunnskap om søvn og behandling av søvnproblemer, også rettet mot eldre.

Søvnregulering og nosologi

Som ved mange andre forskningsfelt er eldre også underrepresentert i søvnstudier. Det betyr at vår forståelse av søvnregulering i stor grad baserer seg på dyrestudier eller studier med unge og friske voksne. Sentrale begreper fra søvn teori er likevel viktig å ha med seg i møtet med eldre pasienter som sliter med søvnen (se tabell 1).

Tabell 1: Sentrale begreper knyttet til søvnregulering og søvnfysiologi.

| | |
|----------------------------|--|
| Homeostatisk faktor | Det opparbeidede søvnbehovet som styres av hvor lenge det er siden forrige søvnperiode. Påvirker hvor dyp søvnen er. |
| Circadian faktor | Døgnrytmen avgjør timing og lengde på søvnen. Den påvirker ulike kroppslige funksjoner (f.eks. kroppstemperatur) og prestasjoner. Vår egenrytme er som regel lengre enn 24 timer og styres av «hovedklokken» (nucleus suprachiasmaticus). Døgnrytmen justeres etter omgivelsene, der lys er den viktigste tidsangiveren. Lyset bør ha høy intensitet (lux) for å kunne brukes til å behandle døgnrytmeforstyrrelser. |
| Søvnstadier | Stadium 1 (N1-søvn) og stadium 2 (N2-søvn) regnes som lett søvn. Slow Wave Sleep (N3-søvn) er den dype, restituerende søvnen. Rapid Eye Movement- (REM-) søvn kalles også den paradoksale søvn fordi hjernebølgene ligner våken tilstand, mens muskulaturen er atonisk. |
| Søvnhygiene | Atferd og vaner påvirker muligheten for god søvn. Søvnhygieneråd kan deles inn i atferd som påvirker søvnbehov (f.eks. ikke sove på dagtid), døgnrytme (f.eks. stå opp til fast tid, få nok dagslys) og aktivering (f.eks. ikke drikke kaffe). |

Ikke-medikamentell behandling av søvnproblemer tar utgangspunkt i tofaktormodellen for søvnregulering, der døgnrytme og opparbeidet søvnbehov er avgjørende for hvor lenge og hvor tungt vi sover. Kunnskap om mekanismer som påvirker søvnregulering, brukes for å maksimere betingelsene for god nattesøvn. Både døgnrytme og søvnbehov påvirkes av atferd. Derfor er det avgjørende å kartlegge de

etablerte vanene som opprettholder søvnproblemene, slik at man kan tilpasse behandlingstiltak og råd om søvnhygiene.

Hvor godt vi har sovet, er en subjektiv opplevelse som også avhenger av fordeling av de ulike søvnstadiene gjennom natten. Tabell 1 beskriver kort de ulike søvnstadiene, der den dype søvnen bidrar til at søvnen oppleves som restituerende. Søvnkvaliteten kan bidra til den differensialdiagnostiske vurderingen av søvnproblemer. Mens opplevelsen av for lite søvn er typisk for insomni, vil andre søvnlidelser defineres av utpreget søvnighet til tross for normal søvnlengde. Sistnevnte symptomer kan tyde på at personen av ulike årsaker ikke har fått nok sammenhengende og dyp søvn.

Søvnforstyrrelser kan deles inn i seks hovedkategorier med ulik etiologi og behandlingsmuligheter: insomnier, søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser, døgnrytmeforstyrrelser, søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser, hypersomnier og parasomnier (AASM, 2014). De fleste av disse søvnforstyrrelsene forekommer hyppigere hos eldre. Tabell 2 gir en oversikt over søvnlidelser og hvilke aldersrelaterte hensyn som bør vurderes.

Tabell 2: Beskrivelse av søvnlidelser etter inndeling fra International Classification of Sleep Disorders, 3. Ed. (ICSD-3) med fokus på aldersrelaterte hensyn (AASM, 2014; Wolkove, Elkholy, Baltzan, & Palayew, 2007a).

Insomni defineres som opplevelse av mangelfull søvn på grunn av innsovningsvansker, nattlige oppvåkninger, og/eller tidlig morgenoppvåkning, som fører til nedsatt funksjon på dagtid. Siden redusert søvnkvalitet og kortere søvnlengde er en del av normal aldring, kan en viktig del av behandlingen være realitetsorientering og aksept for endringer i søvnmønster og kvalitet.

Døgnrytmeforstyrrelser preges av en faseforskyvning der egenrytmen ikke er i takt med omgivelsene. Flere blir «morgenmennesker» med alderen; innsovning og oppvåkning kommer tidligere. Ofte er ikke tidlig morgenoppvåkning nødvendigvis hovedproblemet, men heller kompensierende atferd som kan forverre søvnen (f.eks. ligge lenge i sengen).

Søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser, inkluderer pustestopp under søvn, såkalt søvnapné. Søvnapné er forbundet med økt risiko for blant annet hjerte- og karlidelser. To sentrale symptomer er snorking og søvnighet på dagtid. Søvnapné fører til flere «mikrooppvåkninger» i løpet av natten, noe som gir mindre dyp søvn. Obstruktiv søvnapné er utbredt blant eldre over 60 år og bør utredes ved mistanke. Behandlingen er vanligvis pustemaske (f.eks. CPAP) eller bittskinne.

Søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser som periodiske beinbevegelser (PLMS) og rastløse bein (restless legs) kan forringe søvnlengde og -kvalitet. Disse søvnforstyrrelsene kan behandles medikamentelt, og ved mistanke er en god dialog med fastlege eller henvisning til søvnspesialist avgjørende for symptomlindring.

Hypersomnier er svært sjeldne og starter vanligvis i ung alder. Med andre ord er det uvanlig at

disse lidelsene oppstår og må utredes hos eldre.

Parasomnier er en samlebetegnelse for plagsomme hendelser som forekommer i søvne. REM-søvnatferdsforstyrrelse defineres av frafall av den normale muskelparalysen under REM-søvn og fører til motorisk utlevelse av drømmer, for eksempel i form av spark/slag. Denne tilstanden er mer utbredt hos menn over 60 år og forekommer oftere ved neurodegenerative lidelser, blant annet Lewy-legeme-demens eller Parkinsons sykdom.

Multimorbiditet

Søvnen blir generelt sett dårligere med alderen, med kortere søvnlengde, flere oppvåkninger, mindre dyp søvn og svakere døgnrytme (Dijk, Duffy, Riel, Shanahan, & Czeisler, 1999). Yngre voksne har ca. 20–25 prosent dyp søvn om natten, mens dette reduseres til under 15 prosent hos de over 60 år (Mitterling et al., 2015). Denne endringen er merkbar for mange, selv om den regnes for å være en del av «normal aldring». I tillegg til slike aldersrelaterte endringer opplever rundt halvparten av alle personer over 65 år søvnproblemer (Wolkove et al., 2007a).

Sammenhengen mellom søvn og helse er mindre utforsket hos eldre. Det har blitt foreslått at vi trenger mindre søvn med alderen, og at dårligere nattesøvn dermed ikke er så farlig for eldre. Dette kan for mange være en betryggende tanke, men vi må ikke overse reelle søvnproblemer som kan forverre aldersrelaterte helseutfordringer. For eksempel kan søvnmangel hos eldre redusere livskvalitet og psykisk helse (Wolkove et al., 2007a), og ikke minst redusere kognitiv fungering (Scullin & Bliwise, 2015).

Ikke bare gir dårlig søvn effekter på vår kognitive fungering. Neurodegenerative lidelser kan redusere nettverk som er avgjørende for døgnrytmeregulering (Wolkove et al., 2007a). Endringer i søvnmønsteret til eldre kan delvis skyldes svekkelser i «hovedklokken» (tabell 1). Døgnrytmeforstyrrelser og søvnforstyrrelser er fremtredende i neurodegenerative lidelser som Alzheimers og Parkinsons sykdom (Wolkove et al., 2007a).

«Eldre er overrepresentert når det gjelder å ha søvnproblemer, men underrepresentert når det gjelder å få tilbud om psykologhjelp»

I tillegg til at det fysiologiske grunnlaget for god søvn er svekket, forekommer søvnforstyrrelser hos eldre ofte sammen med andre sykdommer, for eksempel smertetilstander, gikt, demens, stoffskiftesykdom og hjerte-/lungesykdom. I tillegg til at disse sykdommene kan forverre søvnen, er polyfarmasi vanligere hos eldre, og søvnforstyrrelser er ofte en bivirkning (Neikrug & Ancoli-Israel, 2010).

Psykologers bidrag

Hvordan plasserer søvn og søvnlidelser seg inn i psykologers praksis? Fagområdet «behavioural sleep medicine» er en internasjonalt akseptert spesialitet som inkluderer psykologprofesjonen. Disiplinen fokuserer på: 1) å identifisere psykologiske (både kognitive og atferdsmessige) faktorer som bidrar til utvikling og vedlikehold av søvnforstyrrelser, og 2) å utvikle og tilby ikke-medikamentelle empirisk validerte intervensjoner for hele spekteret av søvnlidelser (Stepanski & Perlis, 2003). Selv om det er fordelaktig å søke spesialisering og kursing i behandling av søvnproblemer, vil vi understreke at grunnprinsippene i behandling av insomni baserer seg på elementær kunnskap og behandlingsteknikker som dekkes i psykologutdannelsen i Norge. Insomni og døgnrytmeforstyrrelser er de vanligste søvnforstyrrelsene og responderer godt på kognitive og atferdsbaserte teknikker som psykologer kan tilby og følge opp. Følgende momenter knyttet til søvnbehandling og søvnbehandling blant eldre kan fremheves:

I møtet med den eldre pasienten med søvnlidelser er det avgjørende å kartlegge søvnvanskene for differensialdiagnostisering, behandlingsstrategi og eventuelt videre henvisning. Pasientens søvnmønster bør utredes med validerte verktøy som Bergen Insomnia Scale (insomni diagnose) og Epworth sleepiness scale (søvnighet) samt søvndagbok (minst 1 uke). Hvorvidt hovedproblemet er søvnighet på dagtid eller problemer med å få nok søvn, er viktig å avklare. Hvis pasienten plages av uttalt søvnighet på dagtid til tross for normal søvnlengde og rask innsovning, bør en vurdere søvnapné, søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser eller hypersomnier. Hvis derimot hovedproblemet er å få nok sammenhengende søvn om natten, bør en vurdere insomni, men avklare at det ikke dreier seg om døgnrytmeforstyrrelser. Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer har god oversikt over utredningsverktøy og mulige sentre en kan henvise til (www.sovno.no).

Rundt 80 prosent av voksne pasienter med insomni har utbytte av kognitiv atferdsterapi for insomni (CBTi), og ved kronisk insomni har CBTi en veldokumentert vedvarende effekt, også for eldre (Sivertsen et al., 2006). Dessverre er det få som gir CBTi i Norge, og svært få eldre får denne hjelpen.

«Over tid gir søvnproblemer økt risiko for psykisk lidelse, hjerte- og karsykdom, overvekt og diabetes»

En viktig utfordring er å jobbe med motivasjon for livsstilsendringer og eventuelt motivasjon for å igangsette mer krevende tiltak som stimuluskontroll og søvnrestriksjon der pasienten ofte opplever en økt symptombyrde før de blir bedre (Sivertsen et al., 2006). Dette kan følges opp med: i) kognitiv atferdsterapi som adresserer negative tankesett som opprettholder søvnproblemene med økt aktivering, ii) avspenningsteknikker og iii) paradoksal intensjon (Stepanski & Perlis, 2003).

Faktorene som opprettholder søvnforstyrrelsen, er ofte andre enn de som utløste den. For eksempel kan sorg knyttet til dødsfall av ektefelle utløse en akutt insomni, mens uheldige mestringsstrategier som alkoholbruk og søvn på dagtid på lengre sikt er med på å opprettholde søvnproblemene. Som ved annen kognitiv atferdsterapi kan psykologen i samarbeid med pasienten identifisere uheldige mønstre og motivere til endring.

Hypnotikaforbruk er hyppig blant eldre, til tross for potensielle bivirkninger og manglende dokumentasjon av effekt (Sivertsen et al., 2006). Kortvarig bruk av medikamenter for innsovning kan være effektivt. Eldre får likevel sovemedisiner over lengre tid. En mulig grunn til at eldre ofte mottar medikamentell behandling for problemstillinger som har ikke-medikamentelle behandlingsalternativer, kan dels være at det å gå til psykolog fremdeles kan være en tabubelagt affære. Gradvis nedtrapping av sovemedikamenter er realistisk. Et godt samarbeid med fastlegen er avgjørende for å etablere tillit til en tilnærming som innebærer å slutte med eventuelle sovemedikamenter og starte med en krevende behandling. Klinisk erfaring tilsier at for enkelte, og da kanskje særlig for eldre, bør nedtrappingen fra medikamenter skje svært gradvis.

Psykologers rolle i møte med eldre bør gå ut over det klassiske behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten. I møte med eldre med kroniske lidelser kan psykologer spille en avgjørende rolle i å sikre bedre tilegnelse og bruk av behandlingstiltak. Dette er også tilfelle ved «mer medisinske» søvnlidelser som respiratoriske søvnlidelser (søvnåpne). Mange søvnåpne-pasienter bruker ikke den foreskrevne CPAP-behandlingen (en form for pustemaske) til tross for at den gir gode resultater. Studier har vist at intervensjoner som psykoedukasjon og systematisk desensitivisering rettet mot fobiske reaksjoner på CPAP-apparatet kan gi gode effekter (Stepanski & Perlis, 2003).

Rådgivning om søvnhygiene knyttet til atferd som vedlikeholder døgnrytmen, bygger opp søvnbehovet og reduserer aktivering om kvelden og natten, kan være gunstig. En del med kronisk insomni har imidlertid selv undersøkt og gjort en del livsstilsendringer. Søvnhygieneråd er derfor lite effektive med mindre man tilpasser tiltakene for den enkelte. Som tidligere nevnt vil en del eldre som opplever dårlig nattesøvn, gjerne kompensere med en middagslur. Dette kan bli en ond sirkel, der søvn på dagtid reduserer søvnbehovet og gir dårligere nattesøvn (se homeostatisk faktor, tabell 1). Dette er ikke nødvendigvis et problem for alle, det kan ved andre anledninger være mer relevant å få frem det reelle alkoholforbruket. Alkohol kan ha svært forringende effekt på søvnkvaliteten – ikke minst i kombinasjon med flere medikamenter.

Primærhelsetjenesten og kommunebaserte tiltak – en naturlig arena for psykologbehandling av eldre. Tiltakene som er knyttet til motivasjon og søvnhygiene, representerer viktige lavterskeltilbud som ikke nødvendiggjør et helt behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten. Samtidig kan relativt enkle tiltak ha stor effekt og virke forebyggende for utvikling av mer alvorlige og hemmende sykdommer. Sårbare eldre, og særlig personer med demens, bør behandles i sitt eget nærmiljø for å unngå forvirring. I denne gruppen kan søvnplagene også utgjøre en belastning for pårørende,

og øker da også risikoen for innleggelse på sykehjem (Neikrug & Ancoli-Israel, 2010). En viktig fremtidig psykologrolle kan være å oppsøke eldre på institusjon, og jobbe mye med systemet rundt pasienten. Dette kan være forholdet til de nærmeste pårørende, eller til personalet. Tiltak for god søvn er dermed elementer som blir naturlig å ha med seg i nye profesjonsroller i primærhelsetjenesten. Et eksempel som følger opp denne tilnærmingen, er aktivitet og lyseksponering. Redusert lyseksponering kan være avgjørende for svekket døgnrytme og dårlig søvn. Hos eldre kan mangelfull lyseksponering både skyldes redusert opptak av lys via retina og dårligere mobilitet og mindre tid ute i dagslys. Tiltak som terapilys med høy lysintensitet og bedre aktivitetstilbud er enkle, men effektfulle tiltak for eldre.

Konklusjon

Eldre er overrepresentert når det gjelder å ha søvnproblemer, men underrepresentert når det gjelder å få tilbud om psykologhjelp. Å adressere søvn hos eldre representerer en mulighet for å sikre at eldre bor trygt hjemme over lengre tid, og for å forebygge uheldig og uhensiktsmessig medikamentforbruk. Vi har vist at psykologer allerede har det viktige fundamentet som skal til for å kunne tilby behandling for eldre med søvnvansker. For å kunne møte en slik problemstilling på optimal måte er det også viktig at søvn blir dekket i psykologutdannelsen, og at det tilbys videreutdannings- og etterutdanningskurs.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 1, 2017, side 30-35

TEKST

Elisabeth Flo

Inger Hilde Nordhus, professor, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, og professor II, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo

KONTAKT: Elisabeth.Flo@uib.no

+ Vis referanser

Referanser

American Academy of Sleep Medicine (AASM) (2014). The International Classification of Sleep Disorders - Third Edition (ICSD-3). Westchester, IL: AASM.

Dijk, D., Duffy, J. F., Riel, E., Shanahan, T. L., & Czeisler, C. A. (1999). Ageing and the circadian and homeostatic regulation of human sleep during forced desynchrony of rest, melatonin and temperature rhythms. *The Journal of Physiology*, 516, 611-627.

Mitterling, T., Högl, B., Schönwald, S. V., Hackner, H., Gabelia, D., Biermayr, M., & Frauscher, B. (2015). Sleep and Respiration in 100 Healthy Caucasian Sleepers - A Polysomnographic Study According to American Academy of Sleep Medicine Standards. *Sleep*, 38, 867-875.

Mørk, E. (2010). Seniorer i Norge 2010. Fra Statistisk sentralbyrå.

Neikrug, A. B., & Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disturbances in nursing homes. *The journal of nutrition, health & aging*, 14, 207-211.

- Ruths, S., Sorensen, P. H., Kirkevold, O., Husebo, B. S., Kruger, K., Halvorsen, K. H., & Selbaek, G. (2013). Trends in psychotropic drug prescribing in Norwegian nursing homes from 1997 to 2009: a comparison of six cohorts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 868-876.
- Scullin, M. K., & Bliwise, D. L. (2015). Sleep, Cognition, and Normal Aging: Integrating a Half Century of Multidisciplinary Research. *Perspectives on Psychological Science*, 10(1), 97-137.
- Silva, A. A., Mello, R. G., Schaan, C. W., Fuchs, F. D., Redline, S., & Fuchs, S. C. (2016). Sleep duration and mortality in the elderly: a systematic review with meta-analysis. *BMJ Open*, 6, e008119.
- Sivertsen, B., Krokstad, S., Mykletun, A., & Øverland, S. (2009). Insomnia Symptoms and Use of Health Care Services and Medications: The HUNT-2 Study. *Behavioral Sleep Medicine*, 7, 210 - 222.
- Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O. E., Kvale, G., . . . Nordhus, I. H. (2006). Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *JAMA*, 295, 2851.
- Sivertsen, B., Øverland, S., Bjorvatn, B., Mæland, J. G., & Mykletun, A. (2009). Does insomnia predict sick leave? The Hordaland Health Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 67-74.
- Stepanski, E. J., & Perlis, M. L. (2003). Chapter 1 A Historical Perspective and Commentary on Practice Issues. I M. L. Perlis & K. L. Lichtenstein (Eds.), *Treating Sleep Disorders: Principles and Practice of Behavioral Sleep Medicine*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M., & Palayew, M. (2007a). Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *CMAJ*, 176, 1299-1304.
- Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M., & Palayew, M. (2007b). Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people. *CMAJ*, 176(10), 1449-1454.