
Dårlig søvn hos gamle - hva gjør vi og hva bør vi gjøre?

REDAKSJONELT

FOSSAN GO

Mange leger sitter med følelsen av å gjøre en dårlig jobb når det gjelder behandlingen av kroniske søvnforstyrrelser hos eldre. I mange år har ekspertuttalelser konkludert med at sovemidler ikke hjelper ved kronisk insomni, og at de istørre eller mindre grad gir bivirkninger som kan hindre den eldre personens utfoldelse og livskvalitet.

I ukebladene finner vi gode råd, oftest gitt av leger. Disse rådene er det nok mange eldre som benytter seg av medhell. Imidlertid er det også mange som søker lege. Ofte vil de da etter en nokså overflatisk utredning få resept på dethyponotikum som for tiden er på mote.

Dag Neckelmann presenterer i en artikkel i dette nummeret av Tidsskriftet retningslinjer for behandling av kroniskinsomni hos eldre (1). Han understreker viktigheten av diagnostikk, fordi insomni er et symptom og ikke en sykdom. Hanslår fast som andre før ham har gjort, at hypnotika ikke er vist å være effektive i behandlingen av kronisk insomni. Han anbefaler søvnhygiene, stimuluskontroll, søvnrestriksjon og dagslysbehandling, og han understreker viktigheten av oppfølging. Han gir en oppskrift på søvnutredning og søvnbehandling som går over fem eller flere konsultasjoner.

Vil rådene bli fulgt?

Den eldre personen som går til legen for å få seg en resept på sovepiller, er neppe forberedt på at han i stedet skal gjennomgå fem eller flere konsultasjoner med 1-2 ukers intervall. Med den pågang det pleier å være i en allmennpraksis, er det heller ikke sannsynlig at en slik utredning og behandling vil bli prioritert av majoriteten av legene. Pasienten kan vel også tenkes å reagere på forslag om en usikker behandling som medfører betaling av legehonorar med 1-2 ukers intervall fem ganger eller mer. Videre spiller pasientenes mulighet for valg av behandling en rolle ved konsultasjonen. Det er med rette sterke krav om

brukermedvirkning, men når det gjelder søvnbehandling, kan det komme til konflikt mellom pasientens overbevisning om medikamentenes gode effekt og legens vitenskapelig baserte viten om manglende effekt.

Det er altså ganske store hindringer til stede for at den anbefalte utredning og behandling skal bli gjennomført i praksis.

Tverrprofesjonelt samarbeid

og gruppeterapi

De vitenskapelige undersøkelsene som ligger til grunn for dokumentasjonen av behandlingsmetodene som Neckelmannanbefaler, baserer seg på behandling gitt individuelt, i grupper eller selvadministrert (f.eks. ved hjelp av enselhjelpsmanual). Behandlingen kan være gitt av en profesjonell terapeut, en person under utdanning eller automatisert (f.eks. lydband), og det kan være en eller flere terapeuter (2). Behandlingen blir karakterisert som atferdsterapi, og krever opplæring av personell som ikke er kjent med slik terapi. Ofte er det en psykolog eller psykiater som står for gruppeterapien.

Ved å gi behandling til grupper à 8-10 pasienter, vil kostnadene være mindre enn ved individuell terapi. Ved å lære opp sykepleiere som terapeuter, eller om mulig bruke psykologer eller psykiatere som terapeuter, ev. som lærere for terapeutene, kan man oppnå en standardisert terapi. I medisinsk praksis finnes det en rekke modeller for bådettverrprofesjonelt samarbeid og for gruppeterapi. Fra helsestasjoner, fysioterapi, geriatri og rehabilitering har man erfaring med tverrprofesjonelt samarbeid. Gruppeterapi brukes blant annet i psykiatrien og ved rehabilitering etter hjerteinfarkt. På den annen side vet vi lite om hvordan norske eldre pasienter med insomni ville like å delta i kollektiv behandling.

Med dagens organisering av kommunehelsetjenesten synes det nærliggende å trekke inn medarbeidere på legekontorene eller sykepleiere fra pleie- og omsorgsavdelinger i kommuner eller bydeler i et samarbeid med lege. Et samarbeid kanselsagt også etableres uten å trekke inn kommunehelsetjenesten, men holde seg til uavhengige yrkesutøvere. Der det er mulig kan man trekke inn psykolog eller psykiater i samarbeidet.

Lysbehandling har vist seg i praktisk bruk å være effektivt både hos eldre med normal mental funksjon og hos demente. I dag kan det skaffes hensiktsmessige lysarmaturer til dette bruk. (B. Bjorvatn, Universitetet i Bergen, personlig meddelelse.)

Det kommer fortsatt nye medikamenter på markedet, og de fortjener å bli vurdert, alene eller som supplement til annen behandling. Blant de mest aktuelle for tiden er melatonin, som er en døgnrytmeregulator. Produksjonen av melatonin er størst i ungdommen og avtar gradvis med årene. Dårligere søvnkvalitet med årene kan ha sammenheng med dette. Ukepressen har vært sterkt opptatt av dette i den senere tid (3), og i andre land selges melatonin

over disk ihelsebutikkene. Det må imidlertid slås fast at det ennå ikke er nok kunnskap om melatonin til å si om det er etmedikament vi skal bruke i behandlingen av kronisk insomni hos gamle.

For å gjennomføre god søvnbehandling er det nødvendig å ta i bruk nye arbeidsmåter. En mulighet kan være å etableretverrprofesjonelt samarbeid om gruppeterapi eller "søvnkurs" i forlengelsen av den diagnostiske utredningen hosallmennlegen. Gruppeterapi er trolig et redskap som gjør det mulig å etterleve kravene som i dag burde stilles til godbehandling av kronisk insomni.

Gudbrand O. Fossan

LITTERATUR

1. Neckelmann D. Behandling av kronisk insomni. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 854-9.
2. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. Am J Psychiatry 1994; 151: 1172-80.
3. Cowley G. Melatonin. Newsweek 14.8.1995: 44-7.

Publisert: 10. mars 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.