
Søvnvansker

REDAKSJONELT

ATLE RONESS

Atle Roness (f. 1939) er cand.theol. og psykiater. Han er overlege ved Haukeland Sykehus og professor ved Universitetet i Bergen.

Psykiatrisk klinikk
Haukeland Sykehus
5021 Bergen

Søvnproblemer er utbredt i befolkningen. Man regner med at en tredel av alle mennesker i perioder plages av søvnvansker og at ca. 10 % lider av kronisk insomni (1). Man taler om primær og sekundær insomni. Ved den første tilstanden finner man ikke noen årsak til søvnvanskene, mens det ved den sistnevnte finnes bakenforliggende årsaker, f.eks. somatisk eller psykiatrisk sykdom. Behandlingen ved sekundær insomni, som er den hyppigste tilstanden, må rettes inn mot årsaken til søvnproblemene, ved f.eks. å behandle en tilgrunnliggende depresjon med antidepressiver.

Søvnproblemer har tradisjonelt vært behandlet med hypnotika. Man har understreket at sovemedisin kun skal gis over en kortere periode (1). Det har vært presisert at hos eldre pasienter skal dosen halveres (2). Men praksis viser at sovemidler ikke utskrives i tråd med retningslinjene. En fersk undersøkelse fra Møre og Romsdal viste at benzodiazepiner utskrives for lengre tidsrom for mange pasienter, og det tas ikke hensyn til at eldre pasienter skal ha halvert dose (3).

Dette er ytterst uheldig. Legene er med på å fremme en medikaliseringskultur, og pasientene risikerer å utvikle bivirkninger og avhengighet.

Det har vist seg at hypnotikabehandling over tid ikke er effektivt ved kronisk insomni. Derimot er det utviklet en ikke-medikamentell behandling som synes å ha mye for seg. Bjorvatn beskriver i dette nummer av Tidsskriftet (4) erfaringer fra et søvncenter i Bergen hvor man har prøvd ut ikke-medikamentell behandling av kronisk primær insomni. 22 pasienter (ti menn, 12 kvinner) har gjennomgått et kortvarig strukturert behandlingsopplegg med søvnrestriksjon og stimuluskontroll. Ut fra pasientenes notater ble total

våkenhet om natten redusert med rundt to timer, og søvneffektiviteten økte fra 65 % til 86 %. Søvn lengde og subjektiv søvnkvalitet ble forbedret, og forbruket av hypnotika ble redusert.

Dette er den første norske undersøkelsen av ikke-medikamentell behandling av insomni. Den omfattet pasienter som gjennomsnittlig hadde hatt søvnvansker i ni år og som hadde prøvd forskjellige hypnotika uten at det hadde gitt effekt. Det er flere svakheter ved undersøkelsen, noe forfatteren selv antyder (4). Det er ikke foretatt randomisering eller gjort bruk av kontrollgruppe. Det er ikke benyttet objektive data, bare pasientenes subjektive utsagn. Det mangler en oppfølgingsstudie, så man vet ennå ikke om bedringen holder seg over tid.

Men internasjonale studier bekrefter at kroniske søvnvansker med fordel kan behandles ved å arbeide med søvnhygienene heller enn ved å bruke legemidler (5, 6). Søvnrestriksjon og stimuluskontrollbehandling er stikkord for denne typen intervensjon. Man regulerer søvnen ved å redusere tiden i sengen til den tiden pasienten reelt sover. Pasienten tar selv ansvar for å registrere søvn lengden ved å føre søvndagbok. Stimuluskontrollbehandling går ut på å korrigere uheldig søvnatferd og å styrke assosiasjonen mellom søvn og seng. Pasienten får med seg et sett med instruksjoner, blant annet at sengen kun skal brukes til å sove i, og at man skal stå opp om morgenen til et fast tidspunkt, uansett hvor lite eller mye man har sovet.

Det er stor diskrepans mellom den kunnskap vi i dag har når det gjelder søvn og søvnterapi og den behandling vi gir våre pasienter (7). Arbeid med søvnhygiene er lite kjent blant norske leger, og det er vesentlig at legene setter seg inn i prinsippene for denne behandlingsformen. Leger har det ofte travelt og kjenner seg presset på tid, noe som i det lange løp kan føre til at de ikke får stilt rett diagnose og instituert riktig behandling (8).

Søvnvansker er vanligvis ikke noen sykdom, det er oftest et symptom. Eventuelle tilgrunnliggende tilstander må søkes behandlet, og kroniske søvnvansker bør ikke behandles med medikamenter, men ved søvnhygieniske tiltak. Leger føler ofte at de må overlevere noe til pasientene når de går ut av kontoret, og det er fristende å gi dem en resept i hånden. Det ville være bedre om legen gav noe av seg selv til pasienten, nemlig sin interesse og sin tid. Den beste hjelp i mange slike situasjoner er ofte ikke et medikament, men en lege som er i stand til å være et medmenneske.

LITTERATUR

1. Costa e Silva JA, Chase M, Sartorius N, Roth T. Special report from a symposium held by the World Health Organization and the World Federation of Sleep Research Societies: an overview of insomnias and related disorders – recognition, epidemiology, and rational management. *Sleep* 1996; 19: 412 – 6.
2. Shorr RI, Robin DW. Rational use of benzodiazepines in the elderly. *Drugs Aging* 1994; 4: 9 – 20.
3. Straand J. To prescribe or not to prescribe – drug prescribing studies from general practice. The Møre & Romsdal Prescription Study (2). *Nor J Epidemiol* 1999; 9 (suppl 2): 1 – 123.

4. Bjorvatn B. Langvarige søvnvansker – kan de behandles? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 579 – 82.
 5. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. Am J Psychiatry 1994; 151: 1172 – 80.
 6. Pallesen S, Nordhus IH, Kvale G. Nonpharmacological interventions for insomnia in older adults: a meta-analysis of treatment efficacy. Psychotherapy 1998; 35: 472 – 82.
 7. Neckelmann D. Behandling av kronisk insomni. En anbefaling med særlig vekt på eldres problemer. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 854 – 9.
 8. Falkum E, Gjerberg E, Hofoss D, Aasland OG. Tidspress blant norske leger. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 954 – 9.
-

Publisert: 28. februar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. februar 2026.