

Ældre & søvn

Udgivet af ÆldreForum, 2000

Design: DanChristensenDesign

Fotos: Michael Anderson, Marianne Grøndahl, (Billedhuset 2. Maj)

Tryk: Svendborg Tryk

ISBN: 87-90651-19-7

Indhold

Forord	4
Søvn og søvnproblemer hos ældre <i>Afdelingslæge, ph.d. Pia Norup Würtzen, Neurologisk Afdeling, Københavns Amts Sygehus i Gentofte</i>	5
Ældres forbrug af sovemidler <i>Institutchef, dr.med. Jens P. Kampmann, Lægemiddelstyrelsen</i>	10
Sovevaner er et godt samtaleemne <i>Områdeleder Anette Melin, Forebyggelsesgruppen i Frederiksberg Kommunes Hjemmepleje</i>	13

Forord

I betragtning af søvnens forbrug af menneskets døgncyklus på 24 timer er det påfaldende, hvor sent udforskningen af denne, fysisk passive, livsytning begyndte, og i hvor ringe grad den nuværende faglige viden er formidlet til befolkningen.

Ældre er en vigtig målgruppe for ny viden på dette område. Dels tiltager søvnbesvær hos en del mennesker med alderen, dels unddrages en del ældre både fysisk bevægelse og lyspåvirkninger af det biologiske ur, især i vinterhalvåret, og dels synes ældregenerationen tidligt at gribe til sovemidler som middel mod søvnproblemer, hvor andre tiltag måske ville være mere hensigtsmæssige. Men dette forudsætter netop, at den nødvendige viden er til stede.

Det er baggrunden for, at ÆldreForum tog dette emne op, og med beredvillig hjælp fra eksperter har udarbejdet denne informationspjece. Den er tænkt som information for ældre selv, fagpersoner i social- og sundhedssektoren, fx fagpersoner ved hjemmepleje og forebyggende hjemmebesøg samt i uddannelsesinstitutioner for social- og sundhedspersonale og alle andre med kontakt til og interesse for ældre.

En særlig tak for engageret deltagelse i ÆldreForums arbejde og for bidrag til denne informationspjece rettes til:

*Afdelingslæge, ph.d. Pia Norup Würtzen,
Neurologisk Afdeling, Københavns Amts Sygehus i Gentofte,*

Institutchef, dr.med. Jens P. Kampmann, Lægemiddelstyrelsen,

samt

*Områdeleder Anette Melin, Forebyggelsesgruppen i
Frederiksberg Kommunes Hjemmepleje.*

*Povl Riis
formand for ÆldreForum
December 2000*

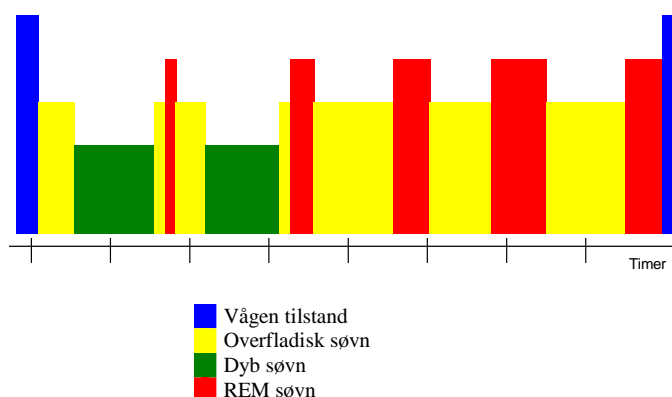
Søvn og søvnproblemer hos ældre

Afdelingslæge, ph.d. Pia Würtzen Norup, Neurologisk Afdeling,
Københavns Amts Sygehus i Gentofte

Den normale søvn

Den normale søvn inddeles i 3 faser (fig. 1): Overfladisk søvn, dyb søvn og REM-søvn (REM betyder *rapid eye movements* og refererer til de hurtige øjenbevægelser, der ses i dette søvnstadium: REM-søvn kaldes også drømmesøvn). Natten indledes med overfladisk søvn, og gradvis udvikles den dybe søvn. Efter ca. 1½ times søvn optræder den første REM-søvn. Dernæst gentages mønstret en eller to gange: overfladisk søvn, dyb søvn og REM-søvn. Resten af natten forekommer stort set kun overfladisk søvn, afbrudt af REM-perioder der er længere sidst på natten end først på natten.

Figur 1. Den normale søvn



Evnen til at falde i søvn

Træthed og søvnighed har sin egen døgnrytme. Ved en normal døgnrytme, hvor man sover om natten og er vågen om dagen, er man mest vågen og har den største præstations- og ydeevne om formiddagen. Midt på eftermiddagen øges trætheden forbigående, og man kan let falde i søvn. Først på aftenen øges præstationsevnen noget, for igen at falde hen mod natten. Om natten er man mest træt og falder hurtigere i søvn end på noget andet tidspunkt af døgnet .

Træthedens egen døgnrytme gør, at man ikke kan sove på kommando, og at der er tidspunkter på døgnet, hvor det normalt er svært at falde i søvn.

Søvnens aldersforandringer

Søvnen er en tilstand, der ændres livet igennem. Med alderen ændres følgende:

- **Søvnlængden:** Generelt nedsættes søvnlængden, når man bliver ældre. For at opnå en regelmæssig døgnrytme bør man derfor gå senere i seng.
- **Dyb søvn:** Ældre mennesker sover mindre dybt end yngre, når man analyserer søvnen med nutidige metoder. Nye metoder og større viden om aldersforandringerne i hjernen kan dog tænkes at ændre de nutidige opfattelser.
- **Opvågninger:** Ældre har flere opvågninger i løbet af natten end yngre. Hertil kommer måske vandladningsforstyrrelser eller andre sygdomstilstande, som også giver opvågninger og dermed yderligere forstyrrer nattesøvnen.

Søvnbesvær

Søvnbesvær er et problem, som næsten alle oplever på et eller andet tidspunkt i livet. Typisk er det et forbigående fænomen, som opstår i relation til en akut begivenhed, positiv eller negativ, og som forsvinder igen, når det akutte er overstået. Hos nogle fortsætter søvnproblemet dog, selv om belastningen er væk.

Søvnbesvær ses hos ca. 25% af personer over 65 år. Mange omtaler aldrig søvnbesværet for en læge, og bliver derfor aldrig tilbudt en professionel udredning eller behandling.

Flere undersøgelser tyder på, at søvnbesvær ikke er en del af den normale aldringsproces. For personer over 65 år gælder, at kvinder, aleneboende personer, personer med kendt depression og personer med et handicap hyppigere udvikler søvnbesvær. Søvnbesvær synes derimod ikke knyttet til demens.

Det typiske søvnproblem hos ældre er, at søvnen forstyrres af mange opvågninger, men søvnregistrering viser, at personer med kronisk søvnbesvær ofte sover mere og længere end de selv opfatter.

Årsager til søvnbesvær

Søvnbesvær bør opfattes som et symptom og ikke i sig selv en sygdom. For at finde den korrekte behandling har patienter med søvnbesvær derfor krav på en nøjagtig diagnose af den bagved liggende årsag.

Psykologiske eller psykiatriske tilstande som bl.a. stress, angst og depression er årsag til søvnproblemer hos mere end halvdelen med søvnbesvær.

Kronisk søvnbesvær kan også i sig selv medføre stress, der hos udvalgte menes at kunne udløse sukkersyge af den ikke insulinkrævende type. Kronisk søvnbesvær menes desuden i sig selv at kunne udløse en depression, så påvirkningerne går begge veje.

Årsager:

- Dårlig søvnhygiejne
Stimulanser (kaffe, te, cola mv.)
Lys, støj, sult eller overmæthed.
- Vaneskabt søvnbesvær
Dårlige søvnvaner
Forkerte forventninger eller manglende viden.
- Psykologiske eller psykiatriske tilstande
Stress, angst og depression.
- Medicin- og alkoholindtagelse.
- Medicinske sygdomme, herunder smerter
Kroniske sygdomme.
- Døgnrytmeforstyrrelser
Konstant sengeleje pga. sygdom
Demens
Skifteholdsarbejde og jetlag efter lange flyrejser.
- Søvnbesvær uden kendt årsag (kun hos et fåtal).

Behandling

Behandling af søvnbesvær bør rettes mod den udløsende årsag, idet søvnproblemet dermed ofte vil forsvinde eller mindskes.

Akut søvnbesvær (varighed højst 2-3 uger) forsvinder oftest af sig selv, og derfor er behandling måske unødvendig. Ved akut søvnbesvær kan man dog godt tage sovemedicin i få dage.

Ved kronisk søvnbesvær (varighed over 6 uger) er det meget vigtigt at finde årsagen til søvnbesværet og rette behandlingen mod denne. Generelt må sovemedicin frarådes som eneste behandlingstilbud til denne gruppe.

Sovemedicin - virkninger og bivirkninger

Sovemedicin bør som hovedregel kun anvendes ved det akutte søvnbesvær i et meget afgrænset tidsrum. Ikke desto mindre er der mange, der indtager sovemedicin fast hver dag i årevis. Ældre mennesker bruger generelt mere sovemedicin end yngre.

Sovemedicin nedsætter indsovningstiden, mindsker antallet af opvågninger om natten og undertrykker i nogen grad den dybe søvn og REM-søvnen. Det menes, at nyere typer sovemedicin påvirker søvnen mindre.

Idéelt bør sovemedicin kun virke i det tidsrum, man ønsker at sove. Hovedparten af den sovemedicin, som fås i dag, virker dog væsentligt længere. På grund af en nedsat lever- og nyrefunktion kan virkningstiden blive ekstra lang hos ældre. Den lange virkningstid giver problemer dagen efter med træthed, søvnighed og nedsat opmærksomhed. Hertil kan

komme nedsat reaktionsevne, nedsat hukommelse og depression samt kvalme, hovedpine, lavt blodtryk og svimmelhed, som kan medføre fald. Med sådanne bivirkninger er det ikke hensigtsmæssigt at give sovemedicin til ældre.

Næsten al sovemedicin tilhører en lægemiddelgruppe (benzodiazepiner), som ved længere tids brug medfører tilvænning. Det betyder, at pludseligt ophør kan give abstinenser, bl.a. i form af udtalt søvnbesvær, hvorfor det er nødvendigt, at nedtrapning sker gradvis over en periode. Efter årelang indtagelse bør aftrapningen ske over måneder. De nyeste præparater af sovemedicin menes at give mindre tilvænning end de ældre.

Behandling uden brug af lægemidler

Angsten for ikke at kunne falde i søvn forstærker søvnproblemet. Gode søvnvaner er en form for adfærdsbehandling, der skal ændre personens søvnvaner og dermed gøre det lettere at falde i søvn – men de er ikke en garanti for, at man faktisk falder i søvn. Musik eller anden form for afspænding inden sengetid kan hjælpe nogle. Det samme kan motion i form af en gåtur med eller uden hund, eller med naboen, senest 4 timer før sengetid.

10 sovebud

- **Frygt ikke søvnløsheden.** Det er ikke unormalt at sove dårligt i en periode. I øvrigt sover man ofte mere, end man tror.
- **Løs ikke dagens problemer om natten.** Undgå krævende hjernearbejde og større fysisk aktivitet inden sengetid og slap i stedet af med en bog, musik el. lign.
- **Gå kun i seng, når du er søvnig.** Det skal være en slags refleks, at man falder i søvn, når man ligger i sin seng. Brug derfor kun sengen til søvn (og sex).
- **Stå op, hvis du ikke kan falde i søvn.** Angsten for ikke at kunne falde i søvn kan være nok til at holde én vågen. Sengen kan på denne måde hindre søvnen, og derfor er det bedre at stå op, når man ikke kan sove.
- **Stå op på samme tidspunkt hver dag.** Hjernen har et indre ur på ca. 25 timer, som nulstilles hver dag, når man står op. Stå derfor op på samme tidspunkt *hver* dag ligegyldigt hvor lidt eller meget, du har sovet. Det gælder også i weekenden og på fridage.
- **Sov ikke om dagen.** Hvis man har problemer med at sove om natten, må man ikke sove om dagen. Hvis det samlede søvnbehov er fx 6 timer, og man har sovet 2 timer til middag, er der kun 4 timer tilbage til nattesøvnen.
- **Drik ikke kaffe, te eller cola om aftenen.** Alle fødeemner med koffein virker opkvikkende og stimulerende. Det gælder også chokolade.
- **Gå ikke sulten eller overmæt i seng.** Sult eller overmæthed virker stimulerende og kan forhindre søvnen.
- **Brug ikke alkohol som sovemedicin.** Man falder ofte hurtigere i søvn, når man har alkohol i blodet, men så længe der er alkohol i

kroppen undertrykkes det normale søvnmønster, og søvnen er mere overfladisk med flere opvågninger. Herved forringes søvnkvaliteten, hvilket medfører træthed dagen efter.

- **Brug ikke sovemedicin regelmæssigt.** Noget sovemedicin virker også hele næste dag, og meget sovemedicin giver tilvænning. Sovemedicin virker i øvrigt bedre, hvis man tager en tablet af og til fremfor hver aften.

Referencer:

National Institute of Mental Health, Consensus Development Conference: Drugs and insomnia: the use of medications to promote sleep. JAMA 1984; 251: 2410-14.

Lieb K, Maiwald M, Berger M, Voderholzer U. Insomnia for five years. Lancet 1999; 354: 1966.

Hauri P. Insomnia. I: Clinics in Chest Medicine: sleep medicine. 1998; 19:1, 157-68.

Livingston G, Blizard B, Mann A. Br J Gen Pract. 1993; 43(376): 445-448

Ældres forbrug af sovemidler

Institutchef, dr.med. Jens P. Kampmann, Lægemiddelstyrelsen

Sovemidler og beroligende midler

Sovemidler, såkaldte hypnotika, er lægemidler, der fremkalder søvn uden at påvirke andre legemsfunktioner. De er kemisk og virkningsmæssigt nært forbundet med midler mod nervøsitet og uro, såkaldte sedativa eller anxiolytika, og de to lægemiddelgrupper kan som regel bruges på samme måde.

Bivirkningerne er risiko for tilvænning, hvor der kræves større og større doser for at fremkalde en virkning, og risiko for psykisk afhængighed, der kan gøre det svært at holde op med tabletindtagelsen. Og specielt hos ældre optræder også ofte bivirkninger som svimmelhed med faldtendens og konfusion. Øget faldtendens er således en af de alvorlige bivirkninger hos ældre, idet brud på lårbenshalsen, der er tæt koblet til fald, er en hyppig dødsårsag i denne aldersgruppe. Der er derfor gode grunde til at se nærmere på ældres forbrug af sovemedicin og mulighederne for at begrænse dette.

Langt de fleste midler mod søvnløshed og nervøsitet tilhører den kemiske gruppe, der kaldes benzodiazepiner. I de senere år er der dog udviklet nyere sovemidler, der ikke er benzodiazepiner, men virkningen svarer ellers stort set til de tidligere midlers. Tilbøjeligheden til at fremkalde psykisk afhængighed synes dog at være noget mindre.

Forbrug af sovemidler og beroligende midler

Forbruget af *sovemidler og beroligende midler* i form af benzodiazepiner er faldet i de senere år. Mens ca. hver 10. dansker i midten af 1980'erne dagligt indtog et sådant middel, var forbruget sidst i 90'erne faldet, således at ca. hver 25. dansker dagligt indtog et af disse midler. Hertil kommer, at ca. hver tresindstyvende dansker dagligt indtager de nyere midler som zopiclone og zolpidem. Det skal understreges, at selv om det almindeligvis opfattes som godt, at forbruget af sovemidler er gået ned, er der næppe nogen, der vil påstå, at det skal være nul, og ingen kender formentlig det rigtige niveau for forbrug af disse midler.

Sundhedsstyrelsen anbefaler imidlertid, at alle disse midler overvejende bruges i kortere perioder, fx i forbindelse med akutte krisesituationer som personlige tab, anden form for sorg o.lign.

Alders- og kønsmæssig fordeling

Selv om forbruget totalt set er faldet, er forbruget fortsat stort, og det stiger stærkt med alderen. Der er en stærk stigning med alderen for begge de nævnte lægemiddelgrupper, men der er tydelige aldersbetingede forskelle mellem forbruget af de to grupper. Stigningen i forbruget af de *beroligende midler* topper ved 70 års alderen, mens forbruget af *sove-*

midler er større, og stiger hele tiden, med størst forbrug hos de over 85-årige.

Med hensyn til forbrug af *beroligende* midler ses der hos både mænd og kvinder et ensartet mønster med stigende forbrug indtil ca. 70 års alderen, hvorefter der indtræder et mindre fald. I alle aldersgrupper – på nær de helt unge – har kvinder det største forbrug. Hos de 55-84-årige kvinder er forbruget per person faktisk ca. det dobbelte af mænds.

For *sovemidlernes* vedkommende er det – foruden det kraftigt stigende forbrug med tiltagende alder – igen kvinderne, der har det største forbrug, om end kønsforskellen her er mindre udtalt end for de *beroligende* midlers vedkommende. Blandt personer over 85 år bruger over 20 pct. af kvinderne og knap 15 pct. af mændene regelmæssigt et sovemiddel.

De nyere sovemidler udgør efterhånden en stor del af forbruget. Yngre og midaldrende anvender lige så hyppigt benzodiazepiner som de nye midler, mens ældre fortsat bruger lidt flere benzodiazepiner end andre midler. Denne aldersbetingede forskel i forbrug skyldes formentlig en vis konservatisme, hvor ældre patienter fastholder de midler, benzodiazepinerne, som de har fået gennem flere år. Alt i alt må de nye midler imidlertid betragtes som lidt bedre lægemidler, specielt på grund af mindre risiko for misbrug, men de er også meget dyrere.

Ved at se nærmere på brugen af udvalgte midler, viser det sig, at det *beroligende middel* oxazepam er meget populært hos ældre kvinder, der står for ca. 60 pct. af totalforbruget. Dette gælder i endnu højere grad for *sovemidlet* nitrazepam, mens det *beroligende* diazepam bruges relativt mere af yngre mænd og kvinder.

Social- og geografisk fordeling

Forbruget af benzodiazepiner er ikke alene fordelt aldersmæssigt skævt, også sociale forhold og geografien påvirker forbruget.

Forbruget af *beroligende* midler og sovemidler i form af benzodiazepiner i Københavns Amt viser således, at forbruget af *sovemidler* hos mænd er lidt højere i den laveste socialklasse, mens dette mønster ikke genfindes for kvindernes vedkommende. For de *beroligende midler* findes for kvindernes vedkommende derimod det største forbrug i de to laveste socialklasser, og dette mønster genfindes, om end mindre udtalt, for mænd. Samlet viser opgørelser således, at forbruget af disse lægemidler er socialt skævt fordelt med det største forbrug blandt de laveste socialklasser.

Geografisk er der særegne forskelle i forbruget, idet antallet af brugere af benzodiazepiner som *sovemidler* er størst i Jylland, på nær i Vejle Amt, mens forbruget af *beroligende midler* generelt er størst på Fyn og Sjælland. Dette er formentlig overvejende et udtryk for behandlingstraditioner, idet de to lægemiddelgrupper stort set ordineres til de samme formål. Hvis disse to forbrugsmønstre illustreres på hver sit kort, der

derefter lægges over hinanden, bliver de geografiske forskelle mindre – med størst forbrug i Københavns Kommune og mindst på Bornholm, en forskel på ca. 24 pct. – idet totalforbruget af de to lægemiddelgrupper ikke udviser markante geografiske forskelle.

Forbrug af andre lægemidler

Forbruget af to andre lægemiddelgrupper, nemlig midler mod sindslidelser og mod depression – der ofte 'erstatte' brugen af sovemidler og beroligende midler, viser også nogle karakteristiske alders- og kønsforskelle.

Forbruget af midler mod egentlige sindslidelser som skizofreni o.l., der i små doser kan bruges som beroligende lægemidler, topper omkring 60 års alderen. Kønsforskellen i forbruget er relativt lidet udtalt, idet mænd har det største forbrug indtil 60 års alderen, mens ældre kvinders forbrug er større end mænds, i aldersgruppen 75 - 84 år mere end 50 pct. større.

For depressionsmidlers vedkommende, herunder de såkaldte lykkepiller, er forbruget kraftigt stigende med tiltagende alder, og kønsforskellen genfindes som ved sovemidlerne. Kvinders forbrug er således i alle aldersgrupper langt større end mændenes, idet ældre kvinder bruger ca. dobbelt så meget som ældre mænd. Men forbruget er generelt højt, idet hver tyvende i disse aldersgrupper dagligt tager et middel mod depression.

Sammenfattende kan man sige, at forbruget af sovemidler stiger stærkt med alderen, specielt hos kvinder, hvor det er ca. det dobbelte af mænds. Ca. 20 pct. af alle kvinder over 80 år tager dagligt en dosis sovemedicin. Forbruget af sovemidler er desuden mest udbredt i de laveste socialklasser. Forbruget af antidepressive midler følger samme mønster som sovemidlerne, mens forbruget af beroligende midler og midler mod sindslidelser er størst hos de midaldrende og aftager hos ældre.

En række centrale initiativer har været med til at begrænse forbruget af sovemidler generelt, fx bortfaldt tilskudet til nerve- og sovemedicin i 1995, og recepter på sovemidler kan nu kun anvendes én gang, hvorefter den skal fornyes ved personlig henvendelse hos lægen. Endvidere foretager Sundhedsstyrelsen registrering af recepter, og har således mulighed for at følge den enkelte læges ordinationer. Interventionsforsøg i en række byer landet over har desuden vist, at det er muligt at reducere forbruget med 15-25 pct. i den tid, forsøget varer, men langtidseffekten kendes ikke.

Sovevaner et godt samtaleemne...

Områdeleder Anette Melin, Forebyggelsesgruppen i Frederiksberg Kommunes Hjemmepleje

Vi kan endnu ikke helt dokumentere det, men vi ser, at det virker. Og det vi taler om ved de forebyggende hjemmebesøg, plejer at give gode resultater.

Det begyndte med nogle hensigtserklæringer i Frederiksberg Kommunes Sundhedsplan, om at der skulle fokuseres på, hvorfor der var så mange faldulykker og hoftebrud i kommunen. Tallene lå tydeligt over landsgennemsnittet. Ikke just noget at prale af. I første omgang blev der gennemført et pilotprojekt, hvor alle de faldulykker, som plejehjemmene, brandvæsenet og skadestuen var involveret i, i en periode blev registreret. Men umiddelbart var det ikke til at se forklaringen på de mange fald.

Mange faldt på gaden

Det viste sig dog, at en tredjedel af dem, der kom på skadestue, var såkaldt friske ældre, som ikke havde hjemmehjælp. Mange af dem var faldet på gaden.

Vi kunne nok gætte på en lang række årsager. Medicinforbrug? Drikkevaner? Ujævne fortove? Altså en lang række forhold - som vi muligvis kunne påvirke mere eller mindre. Derfor gik Hjemmeplejens Forebyggelsesgruppe i 1998 i gang med systematisk indsamling af viden i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg. Og vi valgte faldulykker som tema.

Med de ældre over 75 år, som modtog besøg, talte vi om, hvordan fald kan undgås. Hos nogle om muligheden for genoptræning, og hos andre om, hvad de selv kunne gøre.

Forskel ved andet besøg

Vi gennemgik hjemmets indretning, talte om motion, drikkevaner og lignende. Hvad så vi så? Allerede ved det andet forebyggende besøg i det år kunne vi konstatere færre fald. Og besøg hos tusinde ældre er ikke et helt ringe grundlag for en statistik. Vi opdagede også, at de ældre selv havde stor interesse for viden, som de kunne bruge i deres hverdag.

Vi fortsatte med at lede efter årsager, og indsamlede samtidig oplysninger om alder, køn, hvor faldet var sket, om hjemmehjælp osv.

Kurven fortsatte nedad

Året efter, i 1999, valgte vi drikkevaner som tema. For var det mon her, årsagen skulle findes? Ældre med væskeunderskud bliver som bekendt lettere svimle og mister balancen. Snyd nu den ambulance!

Oplysninger om fald blev fortsat registreret, og udvidet med mange flere oplysninger, 50 forskellige. Samtidig fortsatte rådgivningen under besøgene.

Til vores store glæde fortsatte kurven over ældre, som var faldet inden for det seneste halve år, med at falde: fra 25 til 20 til 15 procent af de ældre, som havde modtaget forebyggende besøg.

Efterhånden havde vi talt med, og registreret oplysninger om fald hos 3.200 ældre borgere. Hvor kloge kunne vi blive..?

Medicinvaner

Undervejs blev vi opmærksomme på, at syv ud af ti ældre, som var faldet, indtog lægeordineret medicin.

Med hensyn til sovemedicin var kommunen også en sort plet på landkortet med et forbrug over landsgennemsnittet. Derfor var der måske også grund til at gå medicinvaner efter i sømmene? Måske eksisterede der en særlig kultur i denne del af hovedstaden?

Undervejs fortalte en søvnforsker, at hver tredje ældre har problemer med at sove. At mange tager sovemedicin uden at kende konsekvenserne, og måske uden at være klar over, at mange ældre mennesker normalt sover mere overfladisk og i kortere tid end yngre gør.

Piller og tankemylder

Derfor blev sovevaner valgt som tema for de forebyggende hjemmebesøg i år 2000. Der blev udarbejdet en lille let læst pjece, som blev delt ud under besøgene, og den sendes rutinemæssigt til dem, der ikke umiddelbart ønsker besøg. Nogle beder endog om alligevel at modtage forebyggende besøg, når de har læst pjecen.

I øjeblikket gennemgås de data, der er indsamlet i første halvdel af året. Vi kan allerede nu se, at vi også har lært at spørge præcist: Tager du medicin? Nej. Hvad med sovevaner? Jeg ta'r en pille...

Det ser ud til, at hver fjerde ældre i aldersgruppen tager sovemedicin på grund af søvnbesvær, tankemylder, nedtrykthed, indlæggelse eller krise.

Handlemuligheder

Allerede under samtalen, hvor vi kommer ind på årsager og bivirkninger, overvejer nogle at undgå sovemedicinen. De taler om at finde andre løsninger, eller om at tale med lægen.

Sovevaner er et godt samtaleemne for mange af dem, der gerne vil tale, og vi i 'hjelpeindustrien' bliver hele tiden lidt klogere og dermed dygtigere til at give råd.

Uden talmæssig rygdækning vil jeg tage mig den frihed at gætte på, at omkring hver fjerde ældre efter det andet forebyggende besøg vil kunne droppe sovemedicinen eller skifte til et produkt med færre bivirkninger. Vi når langt med at formidle viden og overveje handlemuligheder. Men det tager tid, og vi kunne bruge mere.

'Snak' på loppetorvet

Senere på året vil der som et særligt forsøg blive dannet en gruppe på omkring tolv ældre, som vil være med til at tale mere om dette emne, som for mange i den ældre generation ellers er tabu: hvorfor det kan være så svært at sove. Disse ældre vil blive indbudt til en lille møderække med indlæg og samtale.

Vi har også slået et telt op på byens loppetorv. Og her møder vi nogle fra den gruppe, som ikke ønsker forebyggende besøg, og som vi ellers ikke ville have fået i tale. Når de først får begyndt, vil de alligevel gerne snakke. Også om sovevaner. Og de tager også en pjece med hjem. *Gadeplansprojektet*, kalder vi det.

Et planlagt informationsmøde med de praktiserende læger er også et led i dette initiativ.

Som en spiral

Vi ser frem til at kunne runde andet halvår af og sammenfatte vore data. Stadig færre falder. Og når forbruget af sovemedicin formentlig falder, ja så mindskes antallet af formiddagssøvne ældre på trapper og gader vel også.

Selv om arbejdet tilsyneladende går i ring, aftegner det snarere en opadgående spiral: fra antagelse til viden og derfra til handling. Og så fremdeles....

Med samtalen som værktøj, med lydhørhed, konduite, og målet for øje, arbejder vi for den bedste mulige hverdag med de ældre.

Yderligere oplysninger kan fås ved henvendelse til:

Områdeleder Anette Melin

Forebyggelsesgruppen

Frederiksberg Kommunes Hjemmepleje

Howitzvej 5-7

2000 Frederiksberg

Tlf. 38 21 33 91