

Terapiråd

Sömn

Innehåll

Handläggningsråd för patienter med sömnproblem	1
Sömnproblem	2
Sömnfysiologi	2
Insomni	2
Orsaker till insomni	3
Sömnbesvär hos äldre	3
Behandling	3
Sömnskola	3
Andra tillstånd som ger sömnbesvär	4

Källor

1. Landstinget Västernorrland. Befolkningenkät, Hälsa på lika villkor, 2006.
2. Västerbottens läns landsting. FAS UT. www.fasut.nu
3. Läke-medelsverket. Behandlingsrekommendation: Sömnsvårigheter 2000 och RLS 2009. www.lakemedelsverket.se
4. Folkhälsoinstitutet. Interaktiv kurs i MI via Riskbruksprojekt, www.somra.se
5. Landstinget Västernorrland, www.lvn.se/somn
6. Apoteket. Läke-medelsboken, LB, 2009-2010. www.apoteketfarmaci.se

Handläggningsråd för patienter med sömnproblem

Första besöket

- Samtal kring beteendeförändring, till exempel med utgångspunkt från Motiverande samtal MI.
- Presentera landstingets sömnhäfte, häftet överlämnas med en kort information. Återbesök efter 14 dagar för uppföljning är lämpligt.
- Vid behov ordinerar fysisk aktivitet på Recept (FaR)
- Sömnläke-medel är inget förstahands-alternativ, om läke-medel förskrivs rekommenderas maximalt 14 dagars behandling.
- Det finns inget stöd för långvarigt bruk av sömnläke-medel. För patienter med långvarigt bruk används till exempel metodstöd i FAS-UT för att avsluta läke-medelsbehandlingen (i princip halveras dosen varje vecka).
- Patienter med misstänkt sömnapné remitteras till Klinisk fysiologi vid Länssjukhuset.

Återbesök

- Samtal om beteendeförändring utifrån Motiverande samtal MI.
- Uppföljning av sömndagbok och FaR.
- Vid behov av ytterligare professionellt stöd är sömnskola ett alternativ.
- Vid behov av ytterligare sömnfysiologisk utredning, kontakta Klinisk Fysiologi, Länssjukhuset.

Sömnproblem

Sömnsvårigheter kännetecknas av otillräcklig eller dålig sömn som gör att man inte känner sig utvilad. Tillståndet leder till trötthet, men kan också ge humörsvingningar och minskad koncentrations- och prestationsförmåga.

Omkring en tredjedel av Sveriges befolkning har besvär med sömnen av och till.

Problemen är vanligare hos kvinnor än hos män och förekomsten av sömnbesvär ökar med åldern hos båda könen.

Sömnproblem hos befolkningen i Västernorrland

Tabell 1.

Ålder	Kön	% Lätta besvär	% Svåra besvär
16-29	Man	19	4
	Kvinna	21	4
30-44	Man	18	5
	Kvinna	26	5
45-64	Man	28	6
	Kvinna	37	9
65-84	Man	26	5
	Kvinna	40	7

Tabell 1. Andel (%) Västernorränningar/åldersgrupp som upplever sömnproblem 2006.

Tabell 2. Andel (%) Västernorränningar/sysselsättningar som upplever sömnproblem 2006.

Tabell 2.

Sysselsättning	Kön	% Lätta besvär	% Svåra besvär
Yrkesarbetande	Man	21	3
	Kvinna	29	4
Ålderspensionär	Man	26	5
	Kvinna	40	7
Arbetslös	Man	29	7
	Kvinna	31	5
Förtidspension	Man	39	20
	Kvinna	44	19
Långtids sjukskriven	Man	32	44
	Kvinna	44	32
Student	Man	19	4
	Kvinna	22	3

Sömnfysiologi

Normalt sker insomnandet på mellan 10 och 15 minuter, och därefter utvecklas sömn i stadierna 1, 2, 3 och 4. REM-sömn (rapid eye movement), som utgör 20–25% av den totala sömntiden, utmärks av ett mer vakenhetsliknande EEG, snabba ögonrörelser samt en urkoppling av tonus i muskulaturen. Vanligen har man 4-5 REM-sömnperioder under nattsömnen.

Sömnstadium 1 är en mer yttlig sömn, medan sömnstadium 2 är det som dominerar under natten (cirka 50%). Stadium 3 och 4 är den djupaste sömnen. Då man sover ändras, t ex hjärtfrekvens, andningsfrekvens och blodtrycksreglering. I REM-sömnen blir andningen hastigare och ibland ojämn med kortare andningsuppehåll (apnéer). Det normala sömnförloppet har en tydlig åldersförändring. Det växande barnet har ett stort sömnbehov.

De flesta tonåringar behöver 8-9 timmars sömn, men många sover för lite. Från 30-årsåldern sker en viss förändring av sömnmönstret, mängden djupsömn minskar. Hos äldre människor är inslaget av vakenhet under nattsömnen ökat och djupsömnen är minskad. Förutom åldersförändringar finns också stora interindividuella variationer i sömnen.

De flesta sover mellan 6 och 8 timmar per natt. Sömntid under 6 timmar är oftast, men inte alltid, förknippad med sömnbesvär.

Insomni

Insomni kan definieras som upplevd otillräcklig nattsömn, vilket medför en nedsättning av individens välbefinnande och en nedsatt funktionsförmåga dagtid. Typiska dagtidssymtom är: trötthetskänsla, sömnlighet, energiförlust, värk och stelhetskänsla, nedsatt koncentration eller minnesförmåga, irritabilitet och sänkt stämningsläge. När en behandling av insomni inleds är det värdefullt att göra en bedömning av besvären. En framgångsrik behandling bör avspeglas i dagtidsbesvären, utöver att ge bättre nattsömn.

Tidsgränser för insomni

1. förlängt insomnande (> 30 minuter)
2. avbruten sömn (vakenhet under natten överstigande 45 minuter eller fler än 3 uppvaknanden)
3. för tidigt uppvaknande (total sömntid under 6 timmar eller under 80% av tidigare sömntid).

Orsaker till insomni

Sömnpå problem kan vara relaterade till psykologiska eller psykiatriska hälsoproblem som till exempel stress, oro och depressioner. Kroppsliga symtom, t.ex. smärta, hjärtbesvär eller andningsbesvär, kan ge upphov till sömnsvårigheter. Primär insomni kan inte knytas till några sjukdomar eller speciella omständigheter. Sömnbesvär som har funnits sedan barndomen kan bero på dåligt fungerande sömnmekanismer. Läkemedel och andra substanser kan orsaka sömnpå problem. Exempel på läkemedel som har insomni som känd biverkan är teofyllin, fenylpropanolamin (Rinexin), betastimulerare, betablockerare, steroider, L-dopa, bromokriptin (Pravidel).

Andra substanser som kan påverka sömnen är kaffe framförallt om det intas sent på kvällen. Alkohol påverkar sömnen på flera olika sätt, främst genom en initial minskning av REM-sömnen men också genom ett tidigt uppvaknande.

Sömnbesvär hos äldre

Prevalensen av kroniska sömnbesvär ökar med åldern. Insomningsstörning är den vanligaste formen av sömnbesvär hos äldre personer. I högre ålder minskar djupsömnen och sömnen blir ytligare. Äldres sömnbesvär är också ofta sekundära till somatiska och ibland psykiatriska hälsoproblem. Problemen yttrar sig oftast i tidigt morgonuppvaknande, som inte behöver behandlas med läkemedel, om det inte är ett led i en depression. Ofta är det bättre att gå upp och äta en första frukost för att sedan återvända till sängen med en tidning, musik eller radio. Svårigheter att somna kräver ofta en analys av kvällsvanor, orosmoment, otillräcklig aktivitet under dagen med mera.

Behandling

Livsstil

Till synes enkla åtgärder som att hålla en konsekvent dygnsrytm och minskad aktivering på kvällen kan ge goda resultat vid både kortvariga och långvariga sömnbesvär. Andra metoder som att förstärka kopplingen mellan säng och sömn (stimuluskontroll) och att begränsa tiden i sängen till att bara omfatta den tid då man sover (sömnrestriktion) är visat effektiva.

Vid långvariga besvär är det vanligt att en så kallad sömndagbok rekommenderas. Genom sömndagboken får läkaren en bild av hur patienten sover och patienten kan lättare hålla dygnsrytmen och följa behandlingsanvisningarna.

Sömnskola

Flera vårdcentraler erbjuder sömnskola. Sömnskola är en strukturerad behandling i grupp utifrån Landstingets sömnhäfte. På www.lvn.se/somn finns mer information och beställningsanvisningar.

Läkemedelsbehandling

Förskrivning av sömnläkemedel sker med kännedom om patientens situation och den aktuella symtombilden. Sömläkemedel kan skapa både psykologiskt och fysiologiskt beroende. Dessa reboundeffekter kan vid långvarigt bruk vara svåra att skilja från de initiala insomnisymtomen.

- Sömläkemedel bör endast användas under en begränsad tid.
- Sömläkemedel är inget förstahandsalternativ, om läkemedel förskrivs bör recept inte omfatta mer än 14 dagars medicinering. Det finns inget stöd för långvarigt bruk av sömläkemedel. För patienter med långvarigt bruk används t.ex. metodstöd enligt FAS-UT för att avsluta (i princip halveras dosen varje vecka) läkemedelsbehandlingen.
- När patient skrivs ut från sjukhus skall som regel aldrig recept på sömläkemedel förskrivs. Vid behov kan några dagars förbrukning ges ”i handen”, i övrigt hänvisas till ordinarie läkare.
- Vid förskrivning av korta kurer med sömnmedel förordas oftast Propavan eller zopiklon. Propavan har ingen missbrukspotential, men har vissa nackdelar som t.ex. långsamt insättande effekt, dagsedation, restless legs och extrapyramidala biverkningar. Zopiklon har snabbt insättande effekt, men det finns problem med t.ex. kvarstående dagsedation, bitter smak och fysiskt beroende.
- Känsligheten för sederande läkemedel ökar med åldern. Särskilt hos äldre bör därför behandlingstiden vara så kort som möjligt, dessutom ju äldre patient, desto lägre dos. Propavan är på grund av sina biverkningar inte lämplig till äldre.
- För mer information om sömnmedel hänvisas till kapitlet om Sömnstörningar i LB 2009/2010.

Andra tillstånd som ger sömnbesvär

Sömnbesvär och Restless legs (RLS)

RLS är en sensomotorisk sömnstörning som drabbar 5-15% av den vuxna befolkningen. Sjukdomen kommer ofta smygande vid 30-40 år och prevalensen ökar med stigande ålder. Mediciner som kan utlösa/förvärra symtomatologin är bland annat neuroleptika, antidepressiva och antihistaminpreparat. Varning för Propavan som kan utlösa och förvärra RLS-symtom. Sömnstörningar är vanliga vid RLS och kan, liksom de sensoriska symtomen, ge upphov till en omfattande psykosocial problematik. Bristfällig sömn beror oftast på insomningssvårigheter, ”nattvandring” eller Periodic Limb Movements during Sleep (PLMS).

Läkemedelsbehandling av sömnproblem i samband med RLS

- Det finns ingen speciell sömnmedicin vid RLS utan sömnen förbättras oftast tillsammans med övriga symtom vid rekommenderad dopaminerg behandling.
- Levodopa (Madopark/Sinemet) kan prövas vid mild RLS. Inget levodopapreparat har indikationen RLS, och dokumentationen är inte omfattande vad gäller effekten. Det finns dock en relativt stor klinisk empirisk erfarenhet.
- Pramipexol (Sifrol) och ropinirol (Adartel) är godkända på indikationen måttlig till svår RLS.

Dokumentationen är modern och det finns flera studier med högt evidensvärde.

- För mer information om RLS-behandling se läkemedelsverkets behandlingsriktlinjer

Sömnapné syndrom

Sömnapné syndrom är ett tillstånd, där det under sömnen förekommer upprepade andningsuppehåll (apnéer). Den vanligaste formen är obstruktiva apnéer, som uppkommer vid en temporär tilltäppning av de övre luftvägarna. Syndromet är särskilt vanligt hos överviktiga män, men förekommer även hos normalviktiga män och hos kvinnor. Personer med sömnapné syndrom har dålig sömnkvalitet (upprepade kortvariga uppvaknanden) och uppvisar symtom på sömnbrist. Sömnapné syndrom kan verifieras genom i första hand nattlig andningsregistrering (”sömnapné-screening”). Ibland kan fullständig sömnregistrering (Polysomnografi) behöva utföras för att få en uppfattning om i vilken utsträckning snarkning/apnéer stör sömnen.

För ytterligare information kring handläggning av sömnapné syndrom, kontakta Klinisk fysiologi vid Länssjukhuset.

För frågor och beställning av material kontakta:
lakemedelskommitten@lvn.se



Landstinget
Västernorrland