

Behandlingsrekommendation

Behandling av sömnsvårigheter

Inledning

Läkemedelsverket (LV) och Statens legemiddelkontroll (SLK) i Norge arrangerade 21-22 april 1999 ett expertmöte som syftade till att utarbeta behandlingsrekommendationer för sömnbesvär. Området är omfattande och expertmötet begränsades därför till att diskutera vanliga typer av sömnproblem som diagnostiskt och terapeutiskt har en särskild relevans för allmänläkaren. Sömnstörningar som till exempel narkolepsi, sömnapné syndrom och parasomnier samt sömnbesvär hos barn har därför inte berörts. Intresset för terapiområdet har ökat på senare tid, bland annat som en följd av ökad dokumentation om icke-farmakologiska behandlingsmetoder. Dessutom har nya bensodiazepinliknande sömnmedel kommit på marknaden.

Epidemiologi

I befolkningen

Omkring en tredjedel av befolkningen har sömnproblem av och till. Kvinnor anger oftare sömnbesvär än män. Förekomsten ökar med stigande ålder hos både män och kvinnor. Allvarliga och långvariga sömnbesvär associeras med nedsatt livskvalitet, ökad morbiditet och mortalitet. Kausalsambanden är emellertid komplexa. De samhällsmässiga och ekonomiska konsekvenserna av sömnproblem antas vara betydande.

I allmänvården

Sömnproblem rankas bland de fem vanligaste orsakerna till patient-läkarkontakt och till läkemedelsförskrivning på en allmänläkarmottagning. En allmänläkare beräknas ha cirka en patientkontakt dagligen där sömnproblem föreligger.

Sömnfysiologi

Genomsnittlig sömnlängd är 7-7,5 timmar (6-9 timmar) hos vuxna, längre hos barn. Hos äldre är den genomsnittliga sömnlängden ungefär som hos vuxna men den individuella spridningen är större (4-11 timmar), och sömnkvaliteten upplevs ofta som sämre.

Sömnstadier

Fysiologiskt indelas sömnen i fem stadier (faktaruta 1). EEG-bilder med sömnsindlar och delta-aktivitet ger uttryck för de neurofysiologiska sömnprocesserna. Sömnsindlarna uppträder bland annat som följd av reducerat sensoriskt informationsflöde. Sömnsindlarna är knutna till en reducerad ström av sinnesintryck till hjärnbarken, och utgör därför ett kännetecken på att sömn har inträtt. Delta-aktivitet uppstår vid ytterligare reduktion av sensoriskt informationsflöde. Blockeras sinnesintrycken ännu mera blir sömnen djupare. Stor mängd delta-aktivitet anses vara ett uttryck för ackumulerat sömnbehov.

Första delen av nattsömnen domineras av stadium 3 och 4. Dessa stadier anses vara den restaurerande komponenten av sömnen. Tillväxthormonet utsöndras under sömn i dessa stadier. Särskilt under denna del av sömnen sker sårhäkning, mineralisering av skelettet och andra reparativa processer. Under den följande delen av natten ses framför allt stadium 2 och REM-sömn. REM-sömnen uppträder cykliskt, ungefär var 90:e minut och varar 5-60 minuter. REM-sömnens duration ökar under natten. Under REM-perioden uppträder stora variationer i puls och blodtryck, något som kan ge ökad cirkulationsbelastning och därmed utlösa ischemiska episoder. Drömmar uppträder under alla sömnstadier, men de flesta och längsta drömmarna sker under REM-sömnperioderna.

Respirationen är under automatisk kontroll under sömn. Den ventilatoriska känsligheten för CO₂ är lägre under icke-REM sömn än i vaket tillstånd och respirationen är långsammare. Under REM-sömn är CO₂-känsligheten ytterligare reducerad. Respirationen är inte längre rytmisk och apnéperioder är inte ovanliga. Under REM-sömn är förmågan till temperaturregulering nedsatt. Detta kan leda till att man kan vakna på grund av att temperaturen är för hög eller för låg.

Sömnreglering

Sömnen regleras genom samverkan mellan uppbyggt sömnbehov och dygnsrytm. Aktiveringskurvan för dygnsrytmen har sitt maximum på eftermiddagen och sitt minimum ("nadir") sent på natten. Tidpunkten för när man stiger upp ställer "dygnsrytmklockan" och bör hållas i stort sett konstant, speciellt vid sömnstörningar. Sömnbehovet byggs upp från denna tidpunkt. Det är svårt att sova på "uppåtstigande" aktivering, och det är svårt att hålla sig vaken när dygnsrytmen är på sin lägsta aktiveringsnivå. Sömlängden är således beroende av när man sover i förhållande till egen dygnsrytm. Sömn djupet är avhängigt det uppbyggda sömnbehovet.

Sömnsvårigheter (insomni)

Med sömnsvårigheter menar vi otillräcklig eller inadekvat sömn som gör att man inte känner sig utvilad. Detta leder till nedsatt funktionsnivå på dagtid i form av trötthet, humörsvängningar och minskad prestations- och koncentrationsförmåga.

I praktiken räknar man med att insomni föreligger vid:

- förlängd insomningstid (>30 minuter)

och/eller

- avbruten sömn (>45 minuter vakenhet, eller ≥ 3 uppvaknanden per natt)

och/eller

- för tidigt morgonuppvaknande (total sömntid <6 timmar eller <80% av förväntad sömntid) och när detta är förknippat med symtom på dagen som ovan beskrivits.

Det finns en rad internationella klassificeringssystem av sömnsvårigheter. Det kan vara enklast att indela sömnsvårigheter efter om de är:

- kortvariga/akuta eller långvariga/kroniska; eventuellt intermittenta
- primära eller sekundära

Akuta sömnsvärigheter är som regel situationsbetingade när orsakerna är uppenbara. Såväl akuta som långvariga sömnsvärigheter hos patienter i allmänvård kan vara sekundära till:

- fysiskt obehag (smärta, klåda, andningsbesvär, halsbränna, hjärtklappning, värmevallningar). Alla somatiska sjukdomar torde kunna medföra sömnsvärigheter.
- miljömässiga förhållanden (buller, temperatur, lukt)
- dygnsrytmstörningar (resor, skiftarbete)
- sociala störningar (konflikter, bekymmer)
- psykiatriska symtom (ångest, depression)
- livsstilsfaktorer (bruk/missbruk av kaffe, alkohol, tobak, narkotika)
- läkemedel (läkemedelsbiverkningar)

Farmakoepidemiologi

Bara ett fåtal av alla människor med sömnproblem får läkemedelsbehandling för detta. Olika läkemedelsgrupper används i den medikamentella behandlingen av sömnbesvär. Diagnosreceptundersökningar från Norge (1996) visar att närmare fyra av fem patienter som behandlats med läkemedel för indikationen sömnproblem får ett hypnotikum (ATC-grupp N05C). De resterande 22% behandlas med sederande antihistaminer (10%), antipsykotika (6%), anxiolytika (4%), eller antidepressiva (2%). Motsvarande siffror i den svenska diagnosreceptundersökningen (1997): Hypnotika 76%, propiomazin 17%, antipsykotika 2%, antihistamin 2% och övriga 3%.

Förbrukningen av hypnotika 1998 motsvarade omkring 16 sömntabletter per invånare och år i Sverige mot 11 i Norge. Både i Sverige och Norge föreligger stora geografiska skillnader vad gäller bruket av hypnotika. Högst användning i respektive land har Göteborg och Oslo medan siffrorna är lägst i Norrbotten och Finnmark.

Två av tre recept på bensodiazepinhypnotika i allmänvård skrivs ut till kvinnor och mer än hälften av recepten är till patienter ≥ 65 år. Äldre patienter får vanligtvis utskrivet större läkemedelsvolym per ordination än yngre och en större andel av förskrivningarna till de äldre utgör receptförnyelse. I de flesta fall får äldre patienter inte utskrivet lägre dygnsdoser i förhållande till normaldosering. Tillgängliga förpackningsstorlekar, pris-politik ("billigare att köpa stor förpackning") och rabatterning påverkar troligen också förskrivningsvanor av läkemedel på indikationen sömnproblem. Dokumenterad effektiv icke-farmakologisk behandling av sömnsvärigheter har fram tills nu endast i liten grad praktiserats i allmänvården.

Diagnostik och utredning

Anamnes

Adekvat diagnostik är viktigt innan behandling insättes speciellt gäller detta vid långvarig insomni. Det är väsentligt att inte bara fråga om nattsömnen utan att också få funktionen på dagtid belyst (faktaruta 2). Ett frågeschema kan här vara till hjälp. Sömnloggbok under minst en till två veckor bör ingå som en del av utredningen av kroniska sömnbesvär. Exempel på sömnloggbok ges i bakgrundsdokumentationen (se tabell 1 i Bjørn Bjorvatns artikel: Icke-farmakologisk behandling av sömnsvärigheter).

Kroniska sömnsvärigheter är ofta sekundära till somatiska eller psykiatriska tillstånd. Patienter med långvariga sömnsvärigheter bör utvärderas med tanke på eventuell underliggande psykisk sjukdom.

Kompletterande prover

Prover tas på indikation i förhållande till misstänkt primärorsak, till exempel thyreoideaprover.

Hänvisning till sömnlaboratorier

Vid utredning av patienter med långvariga invalidiserande sömnsvärigheter utan klar orsak och där man inte har lyckats med behandlingen, kan undersökning i sömnlaboratorium (som kan inkludera polysomnografi) ge värdefull diagnostisk tilläggsinformation. Det föreligger dock begränsad kapacitet för sådan specialistvärdering av sömnsvärigheter både i Norge och Sverige.

Generella behandlingsprinciper

Akut situationsbetingad insomni (≤ 3 veckor)

Kortvarig farmakologisk behandling är indicerad vid akut situationsbetingad insomni. Kortverkande hypnotika (till exempel zaleplon, zolpidem, zopiklon, triazolam) anses bäst ägnade i sådana situationer. Icke-farmakologisk behandling med sömnhygieniska åtgärder är ett bra alternativ vid dessa tillstånd.

Kronisk insomni (> 3 veckor)

Icke-farmakologiska metoder anses vara primärbehandling och skall alltid försökas först vid kronisk primär insomni. Icke-farmakologiska metoder är väl dokumenterade och visar bibehållen effekt vid två års uppföljning. Vid kronisk sekundär insomni kan också dessa metoder användas som tillägg till specifik terapi mot underliggande orsaker till att sömnen störs. Diagnosen bör omvärderas med jämna mellanrum vid kronisk insomni.

Initialt kräver icke-farmakologisk behandling tät uppföljning från läkarens sida. Undersökningar visar att ett genomsnittligt antal konsultationer vid denna typ av behandling ligger mellan fem och sex. Dokumentationen av hypnotika vid långvarig insomni är bristfällig.

Vid regelbundet bruk av hypnotika bör man tillråda intermittent behandling. Många patienter med kronisk insomni använder hypnotika regelbundet även om indikationen är tveksam. Efter noggrann värdering och eventuellt seponeringsförsök kan långvarig hypnotikabehandling ändå vara berättigad för enskilda patienter.

Icke-farmakologiska behandlingsmetoder

Information

Enkla råd (gärna tillsammans med skriftlig information) kan vara bra, och har visats öka patientens motivering till att fullfölja behandlingen. Vägledningen bör individualiseras och förklaras för patienten. Sömnhygieniska råd följer tre huvudlinjer:

- ta tillvara uppbyggt sömnbehov
- bevara god dygnsrytm
- reducera aktiveringen om kvällen och natten

Dessutom bör regelbundet bruk av hypnotika och alkohol undvikas.

För en mer fullständig genomgång av sömnhygieniska råd hänvisas till bakgrundsdokumentationen (Bjørn Bjorvatn).

Stimuluskontrollbehandling

Stimuluskontrollbehandling går ut på att korrigera olämpliga sömnvanor och styrka patientens association mellan "sömn och säng". Patienten får instruktioner som skall följas noggrant. Det understrykes att sängen ska användas enbart att sova i. Om man inte somnar, ska man hellre gå upp, lämna sovrummet och inte återgå till sängen förrän man är trött. Man ska gå upp samma tid varje morgon. Behandlingen är krävande och förutsätter en motiverad patient.

Sömnrestriktion

Sömnrestriktion tar sikte på att reducera tiden i sängen till den tid patienten i realiteten sover (med användning av sömndagbok som utgångspunkt). Man bör dock inte reducera tiden i sängen till under fem timmar. Om till exempel den beräknade sömnlängden per natt är sex timmar, begränsas patientens tid i sängen till sex timmar. Man bestämmer sig för när man ska stiga upp, och räknar tillbaka till korrekt läggtid, till exempel att lägga sig klockan 01.00 och stiga upp klockan 07.00. Sömnrestriktion kan kombineras med stimuluskontrollbehandling.

Avspänning

Hög spänningsnivå motverkar sömnen. Avspänningsbehandling är väl dokumenterad men effekten är sämre än för andra icke-farmakologiska metoder såsom stimuluskontroll och sömnrestriktion.

Ljusbehandling

Ljus är den viktigaste komponenten för inställning av dygnsrytmen och ljusbehandlingen har därför en speciell plats i behandling av dygnsrytmrubbningar (såsom jetlag, skiftarbete, sömnfasstörning). Det är osäkert om ljusställning i sig har en effekt vid insomni. Central i förståelsen av hur ljus påverkar dygnsrytmen är bottenpunkten ("nadir") för aktiveringskurvan, som vanligen ligger en till två timmar före normalt uppvaknande. Ljusexponering före nadir förskjuter dygnsrytmen till en senare tidpunkt medan ljusexponering efter nadir ger en fasframskjutning. Detta betyder att vid ljusbehandling efter nadir, till exempel på morgonen kommer dygnsrytmen att flyttas så att patienten vaknar upp tidigare nästa dag. Ljusbehandling på kvällen har motsatt effekt på dygnsrytmen, resultatet att patienten sover längre på morgonen. Valet av tidpunkt för ljusexponering är därför avhängig patientens sömn/dygnsrytmstörning.

Val av läkemedel

Inget av dagens hypnotika är idealiskt. Följande egenskaper är önskvärda:

- snabbt insättande effekt
- induktion av normal sömn
- verkningstid som täcker den normala sömnperioden
- ingen residualeffekt som påverkar normal dagsfunktion
- ingen "rebound-insomni" vid seponering
- ingen toleransutveckling
- ingen missbruks- eller ruspotential

Tabell 1. *Eliminationskinetik av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande hypnotika*

Kemisk klass	Läkemedel	Elimination T _{1/2} (timmar)
Bensodiazepiner	Nitrazepam	21-28
	Flunitrazepam	13-19
	Oxazepam	6-12
	Triazolam	2-6
Bensodiazepinliknande	Zopiklon	4-6
	Zolpidem	1-3
	Zaleplon	1,0-1,4

Bensodiazepinerna nitrazepam, flunitrazepam och triazolam har en rad dosberoende egenskaper gemensamt. De reducerar sömnlåten, förlänger sömnen, reducerar delta-sömnen, reducerar REM-sömnen och förbättrar självupplevd sömnkvalitet. Bensodiazepinerna verkar anxiolytiskt och muskelrelaxerande. Oxazepam har på grund av långsam absorption inte marknadsförts som ett traditionellt hypnotikum och ger sent inträdande hypnotisk effekt. Diazepam har också använts som hypnotikum men substansen själv, såväl som en aktiv metabolit, har mycket lång halveringstid vilket gör den sämre lämpad för denna indikation.

De bensodiazepinliknande medlen zopiklon, zolpidem och zaleplon har också dessa dosberoende egenskaper men påverkar i mindre utsträckning delta-sömn och REM-sömn. De bensodiazepinliknande hypnotika har inte dokumenterat anxiolytisk eller muskelrelaxerande effekt. Residualeffekt, reboundeffekt, toleransutveckling och risker för missbruk är biverkningar som förekommer vid användning av såväl bensodiazepiner som bensodiazepinliknande hypnotika i varierande grad. Risken för dessa biverkningar varierar efter dos och behandlingstid men även faktorer som patientens personlighet, receptorfunktion och samtidig behandling med andra läkemedel har betydelse. Residualeffekt dagen efter intag är mest uttalad för medel med lång halveringstid. Rebound-insomni vid seponering är mera uttalad med hypnotika med kort halveringstid.

Antihistaminer (alimemazin, prometazin) har begränsad dokumentation som hypnotika, och residualeffekter ses ofta nästa dag. Klometiazol är bristfälligt dokumenterad som hypnotikum men används på begränsade indikationer som konfusion/delirium hos äldre patienter. Tricykliska antidepressiva samt mianserin, mirtazapin eller nefazodon används kausalt i behandling av patienter med depression och har då också effekt på samtidigt sömnbesvär.

Selektiva serotoninupptagshämmare (SSRI) kan vid behandling av depressioner på sikt även ha god effekt på sömnen. Den sederande effekten av låga doser av tricykliska antidepressiva samt mianserin kan i vissa fall utnyttjas vid behandling av sömnbesvär. Neuroleptika har ingen plats i behandlingen av insomni, såvida inte patienten har en underliggande psykos. Även om flera neuroleptika har sederande egenskaper avrådes från användning på grund av biverkningar.

Vissa läkemedel såsom till exempel ketokonazol, flukonazol och erytromycin, kan hämma CYP 3 A4 i cytokrom P-450-systemet, vilket kan ge fördröjd elimination och förstärkt effekt av bland annat bensodiazepiner och bensodiazepinliknande preparat. Interaktioner kan också förväntas vid samtidigt bruk av psykofarmaka och enskilda andra läkemedel.

Melatonin

Kunskapen om melatonins effekter vid sömnstörningar är begränsad och ger inga hållpunkter för rekommendation vid insomni. Detta gäller speciellt för kvinnor i fertil ålder eftersom teratogenicitet inte är undersökt. Dessutom är säkerheten vid långtidsbehandling okänd.

Kliniska synpunkter vid val av hypnotika

Val av läkemedel bör individualiseras och baseras på läkemedlets egenskaper, patientens situation och sömnstörningens art och varaktighet. I princip skall lägsta möjliga terapeutiska dos användas kortast möjliga tid. Flunitrazepam och nitrazepam ackumuleras vid upprepad dosering.

Vid val av hypnotikum bör ett bensodiazepinliknande preparat föredras framför bensodiazepiner på grund av risk för missbruk och då risken för beroende möjligen är något mindre. Försiktighet bör iakttas vid samtidig förskrivning av andra psykofarmaka tillsammans med hypnotika.

Vid isolerade insomningsbesvär

I dessa fall rekommenderas ett hypnotikum med kort halveringstid (zaleplon, zolpidem, zopiklon eller triazolam).

Vid insomni med förkortad sömnduration, avbruten sömn eller för tidigt uppvaknande

Här rekommenderas ett hypnotikum som så mycket som möjligt täcker nödvändig sömnperiod (till exempel zopiklon och zolpidem) och som inte ackumuleras vid återupprepad daglig dosering.

Vid misstanke om alkoholmissbruk säger klinisk erfarenhet att man bör använda ett sederande antihistamin som hypnotikum.

Behandling av vissa specifika tillstånd

Jetlag

Snabb förflyttning över flera tidszoner leder till desynkronisering mellan egen dygnsrytm och den lokala tiden och medför ofta ett obehag som kallas jetlag. Diagnostiken baseras på symptom som

särskilt kännetecknas av insomningsproblem, sömnrubbingar och dagtrötthet men också milda mag-tarmsymtom kan förekomma. Vanligen kompenserar man spontant för tidsförskjutningen inom en veckas tid, men det är stora individuella skillnader i anpassningsförmågan.

Enkla regler som anpassning av sömn och matvanor till den lokala dygnsrytmen gör övergången lättare. Vid resor över många tidszoner över kort tidsrymd (2-3 dagar) kan det vara bra att behålla den ursprungliga dygnsrytmen. Det kan då rekommenderas att inte utsätta sig för starkt ljus under den tid av dygnet man normalt skulle ha sovit. Ljusbehandling av jetlag kan av och till vara indicerat och har dokumenterad effekt, men behandlingen kräver kunskap om dygnsrytmreglering. Melatonin används i viss omfattning vid jetlag men den dokumentation som finns är bristfällig och ger inte underlag för att rekommendera sådan behandling för närvarande.

Skift- och nattarbete

Skiftarbete med roterande arbetstider och permanent nattarbete innebär i varierande grad störningar av dygnsrytmen. Också här förekommer sömnstörningar, men vanligtvis varierar symtomens allvarlighetsgrad mellan olika individer och skiftväxling. Ljusbehandling kan lindra symtomen vid permanent nattarbete men det är viktigt att sådan behandling inte ges för att upprätthålla olämpliga arbetsförhållanden.

Sömnfasstörningar

Sömnfasstörningar medför oftast normal sömnlängd och normalt sönmönster, men karakteriseras av för tidig eller för sen insomning. Detta kan inte utan vidare korrigeras av patienten själv. Ett sådant sönmönster kan innebära problem med anpassning till arbets- och samhällsliv.

Försenad sömnfassyndrom som beskrivits förekomma hos upp till 7% av befolkningen, är den vanligaste formen och förekommer oftast i tonåren. Den mest effektiva behandlingen av försenad insomning är ljusterapi. När patienten uppnår normal insomningstid är det viktigt att denna upprätthålles för att man skall kunna undgå recidiv. En mindre aktuell behandlingsform är kronoterapi, vilket innebär att man utnyttjar patientens tendens till sen insomning genom att gradvis förskjuta insomningen med cirka två timmar per dygn tills man når önskad tidpunkt för insomning på kvällen.

Melatonin har använts vid detta tillstånd men effekterna är oklara och resultaten av de kliniska studierna är osäkra, och säkerheten vid långtidsbehandling är också oklar. Av dessa orsaker kan denna behandling för närvarande inte rekommenderas.

För tidigt sömnfassyndrom är mer ovanligt och innebär i regel inte så stora problem med anpassning till arbetstider men har ofta sociala konsekvenser. Ljusbehandling på kvällen kan korrigera störningen. Medikamentell behandling har ingen plats i terapin.

Andra störningar av dygnsrytmen

Andra sällsynta störningar av dygnsrytmen förekommer till exempel hos patienter med neurologiska och psykiatriska tillstånd, samt hos blinda utan ljusperception. Dessa patienter bör hänvisas till specialist.

Trafiksäkerhet och användning av sömnmedel

Sömnighet och/eller hypnotikabruk kan reducera psykomotoriska och kognitiva funktioner och därmed förmågan att manövrera bilar och andra maskiner. För sömnmedel är graden av påverkan beroende av dos, tid från intag, ålder, somatiska/psykiatriska problem och eventuell kombination med andra läkemedel som har psykomotoriska effekter. Läkaren bör ge information om risken för biverkningar vid hypnotikabruk. Av tillgängliga hypnotika föredras de medel som har kort halveringstid.

Sömnproblem hos äldre

Prevalensen av kroniska sömnproblem ökar med åldern. Fysiologiska förändringar av sömnen sker hos äldre, delta-aktiviteten avtar och sömnen blir ytligare. Detta upplevs sällan som ett egentligt hälsoproblem men kan medföra att sömnen lättare störs. Naturliga uppvakningar och tidig morgonuppvakning är vanligt. Äldres sömnbesvär är också ofta sekundära till somatiska och ålderspsykiatriska hälsoproblem och i vissa fall till läkemedelsbruk. Vid demens försvårar ofta dygnsrytmstörningar omsorgssituationen och kan därför kräva behandling.

Känsligheten för sederande läkemedel ökar med åldern. Farmakologiska förändringar tenderar att förlänga den biologiska halveringstiden för lipofila läkemedel samt öka distributionsvolymen. Hos äldre är vanlig startdos därför hälften av ordinär vuxendos. Vid behandlingskrävande, akuta primära sömnproblem hos äldre är det logiskt att välja ett läkemedel med medellång biologisk halveringstid (zopiklon och oxazepam samt triazolam). Halveringstiden bör vara lång nog för att ge effekt vid många nattliga uppvakningar och tidig morgonuppvakning. Antihistaminer, propiomazin, neuroleptika och tricykliska antidepressiva läkemedel har dåligt dokumenterad effekt och större biverkningspotential och bör inte användas vid insomni hos äldre, såvida det inte föreligger en primär indikation för användningen. Uteslut alltid depression som orsak till sömnproblem hos äldre.

Vid kroniska sömnbesvär är information om god sömnhygien, stimuluskontrollbehandling och sömnrestriktionsbehandling dokumenterade alternativ till kronisk sömnmedelsbehandling. Nyttan av och säkerheten vid långtidsbehandling av äldre med sömnmedel är inte dokumenterad. Även om det för den hypnotiska/sedativa effekten kan visas betydlig toleransutveckling kan negativa effekter på psykomotoriskt tempo och kognition uppstå och ha negativa konsekvenser. Intermitterande behandling rekommenderas (1-2 gånger i veckan) för att bibehålla hypnotisk effekt men dokumentationen för detta är sparsam. Äldre som är kroniska brukare av läkemedel bör motiveras till långsam nedtrappning med målet seponering.

Sömnproblem och psykiska besvär

En betydlig andel av dem som första gången får diagnosen insomni har symtom på psykisk sjukdom. De vanligaste är depression och ångest. Vid psykiska besvär kan man se alla typer av sömnstörningar och färförskjutning av sömnen.

Depression

Sömnen är störd hos 90% av patienterna. Tidigt uppvaknande är vanligt. Hos patienter med depression finner man ett samband mellan subjektiv dålig sömnkvalitet och suicidalitet.

Det mest typiska symtomet vid vinterdepression är ökad matlust, viktökning, hunger efter sötsaker och ofta uttalad trötthet flera gånger om dagen. Några klarar sig med sex timmars sömn om sommaren men är inte utvilade efter 11 timmars sömn på vintern. Tillståndet finns även beskrivet hos barn och ungdomar men hos dessa är inte hypersomni och ökad matlust som är mest

framträdande utan det är bristen på energi. Några få (2-5%) har allvarlig vinterdepression (Seasonal Affective Disorder, SAD)

Sömnen som prognostisk faktor vid depression

Sömnen är kanske det viktigaste prodromalsymtomet vid depressioner, ångest och missbruk. Epidemiologiska studier visar att personer med sömnbesvär av åtminstone två veckors duration har tre gånger så hög risk för att utveckla depression under loppet av kommande två år. Patienter med förändrad sömnsammansättning, det vill säga förändringar i sömnstadielinindelningen, har sämre effekt av psykoterapi.

Risken för återfall är större hos patienter som under behandling av depression har uppnått normalt stämningsläge men har kvar sina sömnproblem. De som återvinner normal sömn under en antidepressiv terapi har större chans att hållas sig friska efter avslutad behandling. Patienter utan underliggande psykiatrisk problematik som orsak till sina sömnproblem är vanligare i de högre åldersgrupperna.

Ångest

Vid ångest ser man också motsvarande sömnförändringar som vid depression. Många ångestpatienter har nattliga panikanfall.

Principer för behandling av insomni vid psykiska besvär

- adekvat behandling av psykisk sjukdom och ljusbehandling av vinterdepression
- förstärka dygnsrytmen (stimuluskontroll, ljusterapi)
- ökat sömnbehov (genom att förlänga vakenperioden; sömndeprivation, sömnrestriktion)
- pröva åtgärder som underlättar insomning
- eventuellt tillägg av sederande antidepressiva hos patienter med depressiva symtom. Då rekommenderas ett sedativt verkande antidepressivum i låga doser på kvällen. Eventuellt behöver hypnotika ges de första två till tre veckorna, vanligen som intermitterande behandling.

Vid sömnstörningar hos patienter med psykiska sjukdomar ses ökad användning av hypnotika. Många får inte sin psykiska sjukdom diagnostiserad och behandlad eftersom sömnproblemen överskuggar den psykiatriska problematiken. Detta kan leda till att tillståndet blir kroniskt och slutligen behandlingsrefraktärt. Det är dokumenterat att ju längre en depression föreligger innan behandling sätts in desto större är risken för att den blir behandlingsrefraktär.

Behandling av patienter med kronisk sömnmedelsbruk

I mötet med den kroniska sömnmedelsanvändaren är det viktigt att inte moralisera utan hellre ställa frågor om patientens behandling är tillfredställande. Effekten av långtidsanvändning av hypnotika är inte dokumenterad – den hypnotiska effekten kan gå förlorad medan kognitiva och motoriska biverkningar kan bestå. Dessutom har kroniskt hypnotikabruk ekonomiska konsekvenser och kan vara tveksam med tanke på spridningen i missbruksmiljö. Indikationen för symptomatisk behandling med hypnotika bör alltid omvärderas med jämna mellanrum. Det som var en bra indikation vid behandlingsinledningen behöver inte vara det idag. Långvarigt hypnotikabruk kan upprätthålla sömnproblemen hos vissa patienter. Det kan vara lämpligt att rekommendera patienterna att göra ett försök med långsam nedtrappning (faktaruta 3).

Undersökningar från allmänvården har visat att detta kan leda till förskrivningsreduktion på upp till 50% utan stora ansträngningar. Många av patienterna klarar av att sätta ut behandlingen utan stora problem medan vissa får övergående försämrad sömn i anslutning till nedtrappningen. Några få får bestående återfall av sina sömnproblem.

Samma metod bör kunna prövas också hos patienter på ålderdomshem och sjukhem. Var uppmärksam på att en sådan nedtrappning kan demaskera en psykisk sjukdom till exempel depression som då kräver specifik behandling. De flesta lyckade nedtrappningsprogram kan genomföras på en till sex månader men hos vissa patienter kan det vara nödvändigt att fortsätta mer än ett år. Man bör vara förberedd på att det hos vissa patienter inte är möjligt att komma bort från kronisk användning av hypnotika. Är det nödvändigt med långvarigt bruk av hypnotika trots alternativ icke-farmakologisk behandling och seponeringsförsök är intermitterande användning av lägsta effektiva dos ett alternativ. Undvik sederande antihistaminer, neuroleptika och antidepressiva som behandling av kroniska sömnproblem såvida det inte föreligger en tilläggs- indikation.

Faktaruta 1. Sömnstadier: Stadium 1-4 (non-REM-sömn) och REM-sömn. Indelningen är baserad på EEG, EMG och ögonrörelser

Sömnstadier

- **Stadium 1:** dåsighet
- **Stadium 2:** lätt sömn (EEG visar karaktäristiska förändringar: sömnspindlar och viss delta-aktivitet)
- **Stadium 3 och 4:** djup sömn (EEG visar delta-aktivitet)

Under REM-sömn påminner EEG om stadium 1. Dessutom ses snabba ögonrörelser och muskelatoni.

Faktaruta 2. När patienten uppger problem med dålig sömn, bör man kartlägga följande faktorer:

1. Typ av sömnstörning (insomningsproblem, avbruten sömn, tidigt morgonuppvaknande eller kombinationer av dessa)
2. Sömnstörningens inverkan på dagfunktion
3. Frekvens
4. Varaktighet
5. Sömnhygieniska förhållanden
6. Förekomst av underliggande sjukdom (sjukdomar) som kan vara orsak till/förklara sömnproblemen

Faktaruta 3. Strategi för nedtrappning av sömnmedel

- Nedtrappningsprogrammet bör ske i samråd med patienten
- Välj lämplig tidpunkt för nedtrappningen
- Upprätta ett skriftligt nedtrappningsprogram
- Målet är att reducera användningen till noll.
- Var förberedd på att intervallerna mellan de uppsatta doseringsändringarna kan behöva förlängas men undvik dosökning.
- Ge patienten mediciner att använda vid extraordinära sömnproblem
- Undvik andra läkemedel för att dämpa nedtrappningssymtom
- Undvik alkohol i nedtrappningsperioden. Klinisk erfarenhet visar att även små mängder alkohol kan ge besvärliga symtom under nedtrappningsperioden.
- Förbered patienten på att seponeringsreaktioner kan vara uttalade och pågå i månader.
- Idyllisera inte livet efter seponering
- Lägg vikt vid icke-medikamentell behandling av stress och sömnproblem

Behandling av sömnsvårigheter

Deltagarförteckning

Professor Jarle Aarbakke

Institutt for farmakologi
Universitetet i Tromsø
9000 Tromsø

Dr Jane Ahlqvist-Rastad

Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

Docent Christer Allgulander

Psykiatrisk klinik,
FOUU-enhet
Huddinge sjukhus
141 86 Huddinge

Docent Ragnar Asplund

Mitthögskolan
831 25 Östersund

Professor Björn Beermann

Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

1.amanuensis Bjørn Bjorvatn

Seksjon for allmenntmedisin
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8 C
5009 Bergen

Info-sekr Christina Brandt

Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

Seniorrådgiver William Bredal

Statens legemiddelkontroll
Sven Oftedalsvei 6
0950 Oslo

Professor Ove Dehlin

Geriatrisk seksjon
Medisin kliniken
Universitetssjukhuset i Lund
221 85 Lund

Docent Mats Gillberg

Avdelningen för stressforskning
Institutionen för folkhälsovetenskap
Karoliska Institutet
Box 220
171 77 Stockholm

Overlege Lars Gramstad

Statens legemiddelkontroll
Sven Oftedalsvei 6
0950 Oslo

Professor Lars Gunne

Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

Överläkare Jan Hedner

Avd. klinisk farmakologi
SU/Sahlgrenska sjukhuset
413 45 Göteborg

Professor Jerker Hetta/

Sahlgrenska universitetssjukhuset/
Blå stråket 176/
413 45 Göteborg/

Överläkare Jerker Hetta

Psyki seksjonen Norra
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala

Professor Fred Holsten

Psykiatrisk institutt
Seksjon Haukeland sykehus
Haukeland sykehus
5021 Bergen

Overlege Sten Jacobsen

Statens legemiddelkontroll
Sven Oftedalsvei 6
0950 Oslo

Overlege Elmo Jensen

Statens legemiddelkontroll
Sven Oftedalsvei 6
0950 Oslo

Överläkare Kurt Johansson

Trafikmedicinskt Centrum
Geriatriska kliniken B35
Huddinge sjukhus
141 86 Huddinge

Overlege Khalil Kayed

Lysehagen 4
0383 Oslo

Svein Reidar Kjosavik

Varatun legesenter
Postveien 181
4300 Sandnes

Professor Knut Laake

Geriatrisk avd.
Klinikk for geriatri og rehabilitering
Ullevål sykehus
0407 Oslo

Överläkare Lena Mallon

Psykiatriska sektorn
Svärdsvägen 21
791 31 Falun

Dr. Gunnar Moulund

Legegruppen Grandgården
Langbryggen 19
4841 Arendal

Ass.lege Dag Neckelmann

Psykiatrisk institutt/klinikk
Haukeland sykehus
5021 Bergen

Professor Harald Olsen

Universitetsklinikken
Det Norske Radiumhospital
Sentrallaboratoriet
Montebello
0310 Oslo

Konsulent Heidi Reinnel

Statens legemiddelkontroll
Sven Oftedalsvei 6
0950 Oslo

Konsulent Katrine Rutgeron

Statens legemiddelkontroll
Sven Oftedalsvei 6
0950 Oslo

Overlege Mona Skard Heier

Klinisk nevrofysiologisk laboratrium
Ullevål sykehus
0407 Oslo

1.amanuensis Jørund Straand

Seksjon for allmenntilleggsmedisin
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8 c
5009 Bergen

Bydelslege 1, Johan Torper

Stovner helsesenter
Karl Fossumsvei 30
0985 Oslo

Professor Reidun Ursin

Fysiologisk institutt
Universitetet i Bergen
Årstadveien 19
5009 Bergen

Distriktläkare Benkt Åbom
Hälsocentralen
Box 702
827 25 Ljusdal