

Søvnproblemer

– hvordan skal de behandles?





Søvnproblemer

Søvnproblemer rammer mange mennesker. Rundt en tredel av befolkningen klager over dårlig søvn i perioder, mens 10-20 % har alvorlige og langvarige søvnproblemer. De færreste av disse får adekvat behandling. Undersøkelser fra USA har vist at under halvparten av pasienter med langvarige søvnplager har diskutert plagene med legen sin, og kun 5 % har oppsøkt legen spesifikt på grunn av søvnvanskene. Om det samme gjelder i Norge, vet vi ikke.

Søvnproblemer kan skyldes en rekke forskjellige faktorer. Det er derfor viktig at pasienter som lider av dårlig søvn gjennomgår en grundig utredning hos kompetent helsepersonell for å avdekke mulige årsaker. Finner man en åpenbar bakenforliggende årsak til søvnvanskene, rettes gjerne behandlingen i første rekke mot denne. Av og til forsvinner søvnproblemene når den bakenforliggende årsaken behandles adekvat. Men det er ikke alltid like lett å finne en årsak til søvnvanskene, eller årsaken har forsvunnet, bare symptomet (søvnproblemer) er igjen.

Dårlig søvn kalles ofte insomni på fagspråket. Ikke-medikamentell behandling (kognitiv atferdsterapi for insomni) anbefales spesielt ved kronisk insomni uten åpenbar årsak til plagene. Denne behandlingsformen kan imidlertid også benyttes ved insomni med bakenforliggende årsaker, men da gjerne sammen med annen terapi.



Akutte versus kroniske søvnvansker

Ved behandling av søvnproblemer er det viktig å skille mellom nylig oppståtte (akutte) søvnproblemer og problemer som har vart i flere måneder/år (kroniske søvnproblemer). Sovemidler (hypnotika) er effektive, og har få bivirkninger når de gis i en kortere periode, dvs i få dager eller opptil 2-3 uker. De fleste søvnekspertene mener at pasienter med akutte søvnproblemer kan ha nytte av hypnotika i en slik kortere periode. Kanskje vil en ukes behandling være nok til å snu en vond trend. Hypnotika gjør imidlertid

ikke noe med årsaken til at søvnen er dårlig. Det er derfor viktig å finne årsaken, og gjøre noe med denne.

Ved langvarige søvnproblemer anbefales ikke hypnotika. Dette er det bred internasjonale enighet om. Grunnene er flere. Effekten av hypnotika avtar vanligvis ved langvarig bruk. Det kan medføre økte doser. I tillegg er det fare for avhengighet. En viktig grunn til å unngå langvarig bruk av hypnotika er at sovemidler ikke løser søvn-

problemene. Etter langvarig bruk har ofte pasientene fremdeles søvnvansker, og nå i tillegg et nytt problem, nemlig avhengighet av hypnotika. Forskning kan tyde på at langvarig bruk av sovemidler kan opprettholde og forverre søvnproblemer.

Er det håp for pasienter som har slitt med søvnproblemer i årevis? Ja, forskning viser at de fleste får bedre søvn, og fungerer bedre på dagtid etter det som kalles strukturert ikke-medikamentell behandling (eller kognitiv atferdsterapi for insomni). Denne behandlingen er blant annet basert på læringspsykologiske prinsipper.

Et problem med bruk av sovemedisiner er at pasienten «lærer» at han/hun trenger medisin for å sove, i stedet for å lære at søvnen er noe han/hun selv har kontroll over. Den ikke-medikamentelle søvnbehandlingen går blant annet ut på å regulere tiden som tilbringes i sengen, og understreke betydningen av at sengen kun skal benyttes til å sove i. For å oppnå best mulig effekt er det viktig at behandlingen tilpasses hver enkelt pasient individuelt. Nøyte registrering av søvnen fra uke til uke er av stor betydning. På den måten kan behandlingen justeres etter behov. Til slik søvnregistrering benyttes

søvnloggbøker, hvor pasientene noterer når de legger seg, hvor lang tid det tar å sovne, antall oppvåkninger i løpet av natten osv.

Jeg vil på de neste sidene omtale aktuelle behandlingsmetoder ved søvnproblemer, og har valgt å konsentrere meg om de behandlingsprinsippene som er effektive, og hvor det foreligger god vitenskapelig dokumentasjon:

Søvnhygiene

Søvn reguleres av et samspill mellom tre faktorer: oppbygget søvnbehov (homeostatisk faktor), døgnrytme (circadian faktor), eller vaner/atferdsfaktorer. Søvnhygiene-rådene tar derfor sikte på å sørge for en god oppbygging av søvnbehovet, respektere betydningen av døgnrytmen, og å unngå høy aktivitet (grad av våkenhet) om kvelden og natten. Det er spesielt viktig å følge disse rådene hvis man lider av søvnproblemer, men rådene kan også være viktige for å unngå utvikling av søvnvansker. Det har vist seg lite effektivt kun å dele ut et ark med alle disse rådene, og deretter overlate oppfølging/behandling til pasienten. Man må plukke ut de rådene som er aktuelle for hver enkelt person.

Råd for å ta vare på oppbygget søvnbehov

Homeostatisk faktor

- Regelmessig mosjon, men avslutt minst 3 timer før sengetid
- Unngå å sove på dagtid (eventuelt tillate en hønneblund på under 20 minutter)
- Ikke opphold deg i sengen lenger enn forventet søvnlengde

Råd for å bevare god døgnrytme

Cirkadian faktor

- Stå opp til omtrent samme tid hver dag, også i helger
- Få minst 30 minutter med dagslys daglig, helst tidlig om morgenen (innen 2 timer etter at du har stått opp)
- Unngå å bli eksponert for sterkt lys dersom du må opp om natten

Råd for å redusere aktivering om kvelden og natten

Vaner/atferdsfaktorer

- Unngå kaffe, te, cola og energidrikker (koffeinholdige drikker) etter kl. 17
- Nikotin virker aktiverende, og bør unngås før sengetid og ved oppvåkninger
- Unngå alkohol som sovemiddel. Alkohol kan lette innsovningen, men gir urolig søvn med mange oppvåkninger og dårlig søvnkvalitet
- Unngå kraftig mosjon siste timer før sengetid
- Unngå å være sulten eller å innta tungt måltid ved sengetid
- Bruk soverommet til å sove i, ikke til jobb, mobil, pc, nettbrett
- Lag deg et sengetidsrituale
- Sørg for mørke, ro og moderat temperatur på soverommet. Bruk eventuelt maske og ørepropper
- Ikke se på klokka hvis du våkner om natten
- Lær deg en avspenningsteknikk, bruk den ved oppvåkninger
- Sett av en «problemhalvtime» om ettermiddagen/tidlig kveld hvor du tenker gjennom dine bekymringer og problemer. Unngå å ta med deg bekymringer/problemer til sengs
- Et varmt bad før sengetid kan virke beroligende

Stimuluskontroll

Behandling med stimuluskontroll går ut på å korrigere uheldig søvnatferd, og å styrke assosiasjonen mellom søvn og seng. Pasienten får et sett med instruksjoner som skal følges nøye. Det understrekes at sengen kun skal brukes til søvn, ikke til arbeid, TV-titting, lesing eller andre ting (seksuell aktivitet er tillatt). Får man ikke sove i løpet av kort tid (for eksempel innen 15-30 minutter), skal man stå opp, gå ut av soverommet, og ikke returnere til sengen før man igjen er søvnnig. Tidspunktet for å stå opp om morgenen er bestemt på forhånd, og skal ikke justeres etter hvor mye søvn pasienten reelt får hver natt. Denne behandlingsformen krever en motivert pasient som klarer å følge instruksjonene. Behandlingen er krevende, og ofte sees en forverring av søvnplagene de første 1-2 ukene før bedring inntre. Det er viktig å være forberedt på det. Flere vitenskapelige oversikter viser at stimuluskontroll er blant de mest effektive behandlingsformene ved kronisk insomni. De fleste får bedre søvn. Det ser også ut til at effekten av behandling vedvarer etter avsluttet behandling.

Søvnrestriksjon

Mange pasienter med dårlig søvn kompensere med å tilbringe lang tid i sengen, i håp om å få sove, og iallfall få noe hvile. Det er ikke uvanlig at pasienter med rundt fem timers nattesøvn ligger i sengen i 9-10 timer. Dette regnes som en viktig faktor i opprettholdelse av søvnnvanskene. Søvnrestriksjon

tar sikte på å redusere tiden i sengen, til den tiden pasienten reelt sover. Behandleren benytter ofte søvndagbok til å regne ut hvor lang tid pasienten sover. Det anbefales at tid i sengen aldri reduseres til under fem timer. Hvis den utregnede søvnlengde per natt er på 5,5 timer, begrenses pasientens tid i sengen til 5,5 timer. I samråd med behandler bestemmer pasienten seg for når han/hun ønsker å stå opp om morgenen, og deretter regner man seg tilbake til tidspunkt for sengetid, f.eks. gå til sengs kl. 01.30 og stå opp kl. 07. Tiden pasienten får oppholde seg i sengen justeres fra konsultasjon til konsultasjon, basert på endringer i en parameter som kalles søvneffektivitet (total søvntid dividert på tid i sengen, oppgitt i prosent). En søvneffektivitet på 50 % betyr at man er våken halvparten av tiden man er i sengen. Ved behandling med søvnrestriksjon vil man ved en søvneffektivitet over 80-85 % øke tid i sengen, mens hvis verdien er under 80 %, fortsetter man uendret. Økningen i tid i sengen er gjerne 15 minutter, noe som betyr sengetid kl. 01.15 i eksempelet over. Oppfølgingen skjer ved hjelp av søvndagbøker. Behandlingen er krevende for pasienten. Ofte forverres søvnen initialt, før bedring inntre. Det er viktig å være forberedt på det. Behandlingsresultatene av søvnrestriksjon er på nivå med resultatene fra stimuluskontrollbehandling, det vil si at de fleste rapporterer bedre søvn etter endt behandling.



Avspenningsteknikker

Avspenningsbehandling tar sikte på å redusere fysisk eller mental aktivering. Det finnes ulike typer for avspenning, som f.eks. progressiv avspenningstrening, autogen trening, mental avspenning og meditasjon. Slik behandling gir ikke like gode resultater som stimuluskontroll eller søvnrestriksjon. Avspenningsbehandling er gjerne best egnet for pasienter som har mye angst og tegn til økt aktivering.

Kombinasjon av de ikke-medikamentelle behandlingsformene

Det er fullt mulig å kombinere disse ulike ikke-medikamentelle behandlingsformene. I egen praksis har jeg god erfaring med en kombinasjon av stimuluskontroll og søvn-

restriksjon. Man kan forvente en betydelig forbedring av søvnen ved slik strukturert ikke-medikamentell behandling. Resultater fra omfattende forskning understreker at slik ikke-medikamentell terapi har god effekt ved kronisk insomni, i alle aldre. Det er en forutsetning at pasienten er motivert for at ikke-medikamentell behandling skal lykkes. Stimuluskontroll og søvnrestriksjon er krevende behandlingsopplegg for pasienten. Søvnen forverres ofte initialt. Behandlingen er derfor vanskelig å gjennomføre hos pasienter som kun kommer for å få sovemedisiner, og som ikke er interessert i å gjøre en egeninnsats. I slike tilfeller er det viktig med grundig informasjon om ulemper ved langvarig sovemedisinbruk, samt å motivere pasienten for annen type



Lysbehandling

Lysbehandling er anbefalt ved søvnproblemer som skyldes forstyrret døgnrytme, som for eksempel forsinket søvnfaselidelse, jetlag, søvnproblemer relatert til nattarbeid, i tillegg til ved vinterdepresjon. Lyshandling har dårlig dokumentert effekt ved andre typer søvnproblemer, og anbefales vanligvis ikke ved insomni (hvis det ikke samtidig foreligger en døgnrytmeforskyvning). Behandlingen går vanligvis ut på å sitte foran spesialkonstruerte lysapparater, som gir ut lys med en viss intensitet, gjerne 10 000 lux. Intensiteten er avhengig av avstanden pasienten sitter fra lyskilden. Behandlingstiden er gjerne 30 minutter eller lenger per dag. Lyset er den viktigste tidgiveren for døgnrytmen. Det er påvirkning av lys som i hovedsak gjør at vi omstiller oss til en ny døgnrytme etter reiser over tidssoner (til f.eks. USA). Lys kommer inn gjennom øynene og påvirker en liten kjerne dypt inne i hjernen, vår biologiske klokke. Tidspunktet på døgnet for lyseksponering avgjør i hvilken retning døgnrytmen forskyves. Derfor er det viktig å vite hva slags lidelse/symptomer som skal behandles. Lysbehandling gitt om kvelden vil forskyve døgnrytmen til et senere tidspunkt, slik at man sover lenger om morgenen. Effekten på døgnrytmen er størst jo nærmere sengetid lysbehandlingen gis. Enkelte kan ha vansker med å sovne rett etter lysbehandling, og derfor anbefaler jeg ofte at behandlingen avsluttes 30-60 minutter før sengetid. Lysbehandling gitt rett etter

oppvåkning forskyver døgnrytmen i motsatt retning, og vil kunne gjøre at man våkner tidligere neste dag. Effekten på døgnrytmen er størst jo raskere etter oppvåkning lysbehandlingen gis. Dette betyr at lysbehandling gitt på feil tidspunkt forverrer søvnplagene. Det er derfor veldig viktig å avklare hva slags søvnproblem pasienten har, og i hvilken retning døgnrytmen skal forskyves.

Har lysbehandling bivirkninger?

Lysbehandling gir svært få bivirkninger. Enkelte kan klage over ubehag i øynene og hodepine, særlig de første dagene. Det er ikke rapportert om alvorlige skader på øynene. Har man imidlertid øyesykdommer, bør man kontakte øyelege før lysbehandling igangsettes. Den mest alvorlige bivirkningen som er rapportert er at behandlingen kan utløse hypomanier/manier hos disponerte pasienter. Dette gjelder spesielt hos pasienter som lider av bipolar lidelse, og lysbehandling bør brukes med forsiktighet ved denne diagnosen.

Melatonin

Melatonin er et hormon som utskilles fra epifysen (corpus pineale), en liten struktur dypt inni hjernen. Melatonin er «mørkets hormon», det vil si at utskillelsen starter når solen går ned og mørket kommer. Mela-

tonin-nivåene når et maksimum midt på natten, i tre-fire-tiden. Ved søvnproblemer er melatonin mest effektiv hvis det foreligger en døgnrytmelidelse, og melatonin er dermed et effektivt behandlingsalternativ til lysbehandling. Effekten av melatonin på døgnrytmen er 12 timer faseforskjøvet i forhold til lys. Det betyr at når lys anbefales etter oppvåkning, anbefales melatonin om kvelden, ca. 12 timer tidligere. De siste årene har det blitt vanligere å kombinere lys og melatonin i behandlingen av de alvorligste døgnrytmelidelsene.

I Norge kan melatonin nå kjøpes uten resept. Melatonin finnes i to varianter. «Vanlig» melatonin (fast release) og melatonin i depot-form, det vil si at melatonin frisettes langsomt over mange timer. «Vanlig» melatonin benyttes i hovedsak ved døgnrytmelidelser, mens depot-melatonin er indisert ved insomni (søvnløshet) hos personer som er 55 år eller eldre. Det er viktig å være klar over forskjellene på disse to variantene av melatonin. Depot-tablettene frisetter melatonin langsomt, og tanken er å etterlikne den normale utskillelsen av melatonin i hjernen, med høyest nivå midt på natten. «Vanlig» melatonin har kort halveringstid, og er raskere ute av kroppen.

Er melatonin farlig å ta?

Det er få undersøkelser på bivirkninger, sikkerhet og langtidseffekter. Selv om de fleste som bruker melatonin ikke får bivirkninger, er det rapportert enkelttilfeller av depressive symptomer og også andre bivirkninger. Likevel vil jeg understreke at melatonin regnes som et trygt og bivirkningsfritt preparat. En stor fordel sammenliknet med andre sovemidler er at melatonin ikke er vanedannende. Melatonin frarådes ved graviditet og amming – for sikkerhet skyld. Jeg vil hevde at de fleste eksperter innen søvnfeltet regner melatonin-preparatene som trygge medisiner, hvis de benyttes på korrekt måte.

Bruk av «vanlig» melatonin har god dokumentasjon ved døgnrytmelidelser, som for eksempel jetlag, nattarbeid og forsinket søvnfaselidelse. Den vanligste doseringen er 3 mg. Høyere doser gir sjeldent mer effekt. Tidspunktet for inntak av melatonin avhenger av hvilken døgnrytmelidelse som skal behandles. Ved forsinket søvnfaselidelse bør det ofte tas tidlig på kvelden, for eksempel klokken 19. «Vanlig» melatonin har dårlig dokumentert effekt ved andre søvn sykdommer, som for eksempel insomni.

Depot-melatonin er anbefalt ved insomni hos personer som er 55 år eller eldre, og bør kanskje være førstevalget blant medika-

menter i denne aldersgruppen. Vanlig dosering er 2 mg, vanligvis 1-2 timer før sengetid. Depot-melatonin er rapportert å gi kortere innsovningstid og bedre søvnkvalitet, men ikke alle opplever effekt. Det er sannsynlig at pasienter med insomni under 55 år også vil ha nytte av preparatet, men effekten er størst hos eldre. Depot-melatonin har ikke dokumentert effekt ved døgnrytmelidelser, og på grunn av depot-funksjonen (langsom frisetting av melatonin), anbefales ikke dette medikamentet ved for eksempel forsinket søvnfaselidelse. Ved døgnrytmelidelser anbefales «vanlig» melatonin.

Hos barn og unge med ADHD og autismespekterforstyrrelser kan melatoninpreparater fås på blå resept.



Medikamentell behandling

I Norge benyttes ulike medikamenter ved insomnisymptomer.

Blant de spesifikke sovemidlene (hypnotika) finnes tre hovedgrupper:

- Benzodiazepiner (slik som apodorm, mogadon, flunipam, rohypnol)
- Benzodiazepinliknende preparater (slik som imovane/zopiklon, stilnoct/zolpidem)
- Melatoninpreparater (slik som circadin, melatonin)

I tillegg benyttes av og til andre medikamenter mot insomni:

- Antidepressiva (slik som tolvon/mianserin, remeron/mirtazapin, surmontil, sinequan, sarotex)
- Antihistaminer (slik som zonat, vallergan/alimemazin, phenergan)
- Antipsykotika (slik som zyprexa, seroquel/kvetiapin)

Har hypnotika bivirkninger?

Ingen av medikamentene regnes som ideelle. Selv om de kan bedre søvnen, løser de ikke årsaken til søvnproblemet.

De vanligste og mest omtalte ulempene ved bruk av hypnotika er:

- «Hangover», det vil si tretthet dagen etter inntak av sovemedisinen
- Utvikling av toleranse, det vil si at medikamentet mister effekt. Flere undersøkelser viser at hypnotika mister effekt på søvn etter noen uker med daglig bruk
- Avhengighet og misbruk
- Hukommelsesproblemer
- Økt fare for fall, og dermed risiko for brudd, f.eks. lårhalsbrudd (særlig hos eldre)
- At de ikke gir normal søvn, men gir en forstyrrelse av søvnstadiene

Hvilket preparat anbefales?

Legen bestemmer hvilket preparat han/hun vil gi hver enkelt pasient. Det er flere forhold som kan spille inn. Generelt kan man si at benzodiazepinliknende preparater (imovane/zopiklon, stilnoct) har færre ulemper enn benzodiazepinene. Dette skyldes blant annet at virketiden til disse preparatene er kortere, og dermed slipper man «hangover». Disse preparatene har også mindre negativ innvirkning på søvnstadiene og gir mindre grad av avhengighet enn benzodiazepinene. Jeg vil derfor anbefale benzodiazepinliknende sovemidler framfor benzodiazepiner, hvis medikamentell behandling skal gis. Dette gjelder ikke minst hvis man skal behandle eldre pasienter.

Når det gjelder de andre medikamentene (antidepressiva, antihistaminer og antipsykotika) er dokumentasjonen på søvneffekter mye dårligere. De fleste av disse preparatene gir plagsom «hangover». Fordelen er at de ikke er vanedannende. Jeg vil imidlertid ikke anbefale disse preparatene til behandling av kronisk insomni, hvis ikke det foreligger spesielle grunner til det. Dersom en pasient har både insomni og depresjon vil for eksempel antidepressive medikamenter med søvndyssende effekt kunne være et godt valg.

Ved valg av sovemedisiner er det viktig å se på hvilket type søvnproblem pasienten har. Hvis problemet er tidlig oppvåkning om morgenen, er det viktig å velge et preparat som har tilstrekkelig lang virketid. Sovemidler med svært kort virketid er dårlig egnet i slike situasjoner.

Generelle betraktninger rundt bruk av hypnotika

Som hovedregel bør man benytte lavest mulig effektiv dose i kortest mulig tid. Ved bruk av sovemedisiner over lang tid bør man prøve å redusere/kutte ut tablettene. Ved å kutte sovemedisinene brått, forverres nesten alltid søvnproblemene. Dette fører til at mange pasienter tror at sovemiddelet fremdeles har en gunstig effekt på søvnen. Sannheten er imidlertid at den forverrede søvnen er et resultat av at hjernen har blitt avhengig av preparatet. Sovemiddelet bør derfor reduseres svært gradvis over flere uker for å unngå dette problemet. Det er flere rapporter på at pasienter kan oppleve en forbedring i søvnen etter hvert som dosen av sovemiddelet reduseres. Ikke minst opplever flere pasienter en mer naturlig søvn uten medisiner.



Behandling med valeriana og andre naturprodukter

Det finnes en rekke urter og andre naturprodukter som hevdes å gi bedre søvn. Generelt er dokumentasjonen dårlig eller helt fraværende. Jeg kan derfor ikke anbefale noen av disse preparatene mot søvnproblemer. Min erfaring er at de fleste som oppsøker meg i privatpraksisen på Bergen søvnsenter har prøvd slike preparater, men at effekten har vært dårlig. Jeg vil likevel understreke at dette ikke utelukker at enkelte kan ha effekt.

Valerianaprodukter er mest brukt i Norge, og disse omsettes for mange millioner hvert år. Undersøkelser viser imidlertid at effekten av valeriana er usikker og tvilsom. Det foreligger heller ingen langtidsstudier, og det savnes gode undersøkelser hvor valeriana sammenliknes med effektive behandlingsformer som kognitiv atferdsterapi for insomni.

Nasjonalt senter for søvnmedisin

Senterleder: Bjørn Bjorvatn
Senterkoordinator: Siri Waage
Seniorrådgiver: Ingvild West Saxvig
Rådgiver: Tom Willy Aasnæs

Nasjonalt senter for søvnmedisin (SOVno) er en videreføring av Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer. Senteret er lokalisert til Lungeavdelingen på Haukeland universitetssykehus.

SOVno er etablert for å bygge opp og spre forskningsbasert kunnskap om utredning og behandling av ulike typer søvnforstyrrelser. Vi retter oss både mot helsepersonell, pasienter, pårørende og befolkningen generelt. Vår visjon er «**God helse gjennom bedre søvn**».

SOVno driver ikke pasientbehandling. Informasjon om søvn og søvnsykdommer, søvnrelaterte nyheter, kurs og arrangement og utrednings- og behandlingstilbud i Norge finner du på våre nettsider:

www.sovno.no



Scan QR-kode for mer informasjon



Nasjonalt senter for søvnmedisin

Haukeland universitetssjukehus

Postboks 1400, 5021 Bergen

Tlf: 55 97 47 07

Epost: sovno@helsebergen.no

www.sovno.no