



Insomni

– den vanligste søvnlidelsen

En sentral del av SOVno sin kompetansespredning skjer via hjemmesidene våre www.sovno.no. Hjemmesidene oppdateres kontinuerlig, og sørger for informasjon om hele søvnfeltet til hele landet. SOVno henvender seg både mot helsepersonell, pasienter, pårørende, men også til befolkningen generelt, og hjemmesidene er svært godt besøkt.

Av Bjørn Bjorvatn og Siri Waage

SOVno ble etablert i 2004 med et hovedformål å bygge opp og spre forskningsbasert kunnskap om utredning og behandling av ulike typer søvnforstyrrelser. Vår oppgave er å sikre nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning innenfor hele søvnfeltet med unntak av hypersomnier, som hører inn under NEVSOM (Nasjonalt kompetansesenter for nevro-utviklingsforstyrrelser og hypersomnier) sitt ansvarsområde. Kompetansespredningen skjer i flere kanaler, blant annet via undervisning og kurs, brosjyrer, tidsskrift, forskningsmøter, nyhetssmail og nasjonale anbefalinger. Den kanskje viktigste informasjonskanalen til SOVno er likevel hjemmesidene våre www.sovno.no. Nettsidene inneholder blant annet informative og oppdaterte tekster om de ulike søvnsykdommene, som i hovedsak er skrevet for pasienter og befolkningen generelt.

Søvnsykdommene deles inn i seks hovedgrupper: a) insomnier, b) døgnrytmelidelser, c) søvnrelaterte respirasjonslidelser (som for eksempel obstruktiv søvnapné), d) søvnrelaterte bevegelseslidelser (som for eksempel «restless legs»/rastløse bein), e) parasomnier (som for eksempel søvngjengeri), og f) hypersomnier (som for eksempel narkolepsi). I dette og de kommende utgavene av SØVN vil vi presentere disse tekstene om de ulike søvnlidelsene. Tekstene er gjengitt mer eller mindre ordrett, med enkelte mindre tilpasninger. Vårens nummer inkluderer teksten om insomni og de tilhørende tekstene om anbefalt behandling av denne søvnlidelsen, alle skrevet av Bjørn Bjorvatn, og sist oppdatert i september 2021.

Insomni

Insomni, eller søvnløshet, er den vanligste søvnlidelsen. Søvnvanskene varierer fra pasient til pasient. Noen sliter mest med innsovningen, andre med urolig nattesøvn og mange oppvåkninger. Ved kronisk insomni anbefales i første rekke ikke-medikamentell terapi (kognitiv atferdsterapi for insomni).

Hvor hyppig er insomni?

Undersøkelser fra mange forskjellige land viser at rundt hver tredje voksne person har søvnproblemer av og til, og at mellom 10 og 20 % har insomni av mer langvarig art (kronisk insomni). Det er flest kvinner som rapporterer insomni, og hyppigheten øker med økende alder. En norsk undersøkelse viser at forskjellen mellom mann/kvinne og økningen med alderen inntreffer først fra midten av 40-årene.

Hva skyldes insomni?

Tidligere delte vi ofte insomni inn etter om den var primær (uten kjent årsak) eller sekundær til andre tilstander (som psykiske lidelser som angst og depresjon eller fysiske lidelser som stoffskiftesykdom, hjerte-lunge-sykdommer, nattlig kløe og smerter). Senere tids forskning har imidlertid vist at en inndeling i primær og sekundær insomni er uhensiktsmessig. Insomni anerkjennes nå som en selvstendig lidelse, som krever utredning og behandling uavhengig av andre lidelser/sykdommer pasienten måtte ha. Hvis pasienten har andre lidelser som kan påvirke søvnen, benyttes gjerne begrepet komorbid insomni.



Hvilke symptomer sees ved insomni?

Insomni kjennetegnes av dårlig eller lite søvn enten på grunn av innsovningssvanser, urolig nattesøvn eller tidlig morgenoppvåkning. Noen pasienter opplever alle disse søvnevanskene, mens andre sliter kun med et av symptomene, for eksempel innsovningssvanser. På dagtid opplever pasienten tretthet, konsentrasjonssvanser, humørsvingninger og liknende. Funksjonen på dagtid er med andre ord nedsatt. Det er vanlig at pasienter med insomni har noen gode netter innimellom, men minst tre dårlige netter per uke er nødvendig for å få diagnosen insomni. Kronisk insomni er definert som insomni i mer enn tre måneder.

Hvordan stilles diagnosen insomni?

Diagnosen stilles basert på symptomene som beskrevet over, det vil si på pasientens subjektive plager. Det kan enten være problemer med innsovningen, mange oppvåkninger om natten eller for tidlig oppvåkning om morgenen, eller en kombinasjon av disse symptomene. Det er et krav for å

få diagnosen insomni at søvnevanskene gir nedsatt funksjon på dagtid, enten i form av økt søvnighet/tretthet, humørsvingninger, redusert yte- eller konsentrasjonsevne, svekket kognitiv eller sosial fungering, økt ulykkesrisiko, fysisk ubehag, eller økt bekymring omkring søvnen. Det foreligger ikke bestemte kriterier for hvor lenge våkenperiodene om natten må være for at det skal kalles insomni. Innen forskning på insomni opererer vi imidlertid ofte med slike grenser, hvor normal søvn defineres som en innsovningstid på 30 minutter eller kortere, oppvåkninger om natten på til sammen 30 minutter eller kortere, og 30 minutter eller kortere fra reelt til ønsket oppvåkningstidspunkt. Det er ikke nødvendig med objektiv søvnregistrering. Diagnosen er utelukkende subjektiv. Utfylling av søvndagbøker er svært nyttig. Ved objektiv søvnregistrering finner vi ofte mer søvn enn det pasienten selv rapporterer.

Hvilken behandling er aktuell?

De fleste pasienter med insomni blir i dag behandlet med medikamenter, til tross for

at ikke-medikamentell behandling (kognitiv atferdsterapi for insomni) anbefales som førstevalg. Sovemedisiner kan være nyttige ved kortvarige søvnplager, men langvarig bruk bør unngås. En viktig grunn til det er at effekten av sovemedisinene vanligvis taper seg raskt. Etter noen ukers bruk er effekten på søvn ofte dårlig og det er fare for å bli avhengig av tablettene. I en norsk undersøkelse sammenliknet vi effekten av sovemiddelet zopiklon (7,5 mg) og kognitiv atferdsterapi for insomni. Undersøkelsen omfattet pasienter over 55 år med kronisk insomni. Ikke-medikamentell søvnbehandling ga klart bedre søvn enn zopiklon, både umiddelbart etter behandlingen og enda tydeligere ved seks måneders oppfølging.

Når er medikamentell behandling av insomni aktuelt?

Det er viktig å skille mellom nylig oppståtte (akutte) søvnproblemer og problemer som har vart i lang tid (mer enn 3 måneder). Sovemidler (hypnotika) er effektive medikamenter, og har få bivirkninger når de gis i en kortere periode. Med kortere periode

menes her under 2–3 uker. De fleste søvneksperter mener at pasienter med akutte søvnproblemer bør kunne tilbys en kortvarig kur med hypnotika. Av og til vil en ukes behandling med sovemidler være nok til å snu en vond trend. Bruk av hypnotika gjør imidlertid ikke noe med selve årsaken til søvnproblemene.

Ved langvarige søvnproblemer (kronisk insomni), det vil si insomni som har vart i mer enn 3 måneder, bør man være forsiktig med hypnotika. Effekten av hypnotika avtar vanligvis raskt ved regelmessig bruk, noe som ofte medfører behov for høyere doser. I tillegg er det fare for avhengighet ved de fleste hypnotika. En viktig grunn til å unngå langvarig bruk av hypnotika er at sovemidlene ikke løser søvnproblemene. Ofte har pasientene fremdeles søvnevansker, og nå i tillegg et nytt problem, nemlig avhengighet av hypnotika. Forskning kan faktisk tyde på at langvarig bruk av sovemidler kan opprettholde og forverre søvnproblemene. Hvis bruk av hypnotika er uunngåelig, bør intermitterende behandling tilstrebes, det vil si at tablettene tas annenhver dag eller sjeldnere. Daglig bruk av hypnotika frarådes ved langvarige søvnproblemer. Ved kronisk insomni er det viktig med en grundig utredning hos kompetent helsepersonell. Kanskje finnes det en årsak til problemene, en årsak som kan behandles effektivt? Ved kronisk insomni anbefales i hovedsak ikke-medikamentell behandling.

Ulike typer sovemidler

I Norge benyttes ulike medikamenter mot insomni. Blant de spesifikke sovemidlene (= hypnotika) finnes tre hovedgrupper:

- benzodiazepiner (slik som apodorm, mogadon, sobril, flunipam, rohypnol)
- benzodiazepinliknende preparater (slik som imovane, zopiklon, stilnoct, zolpidem)
- melatoninpreparater (slik som circadin, melatonin). Melatoninpreparatene er omtalt i egen tekst som du kan lese om www.sovno.no.

I tillegg benyttes av og til andre medikamenter mot insomni, men disse er ikke klassifisert som hypnotika:

- antidepressiva (slik som tolvon, remeron, surmontil, sinequan, sarotex)
- antihistaminer (slik som zonat, vallergan, phenergan)
- antipsykotika (slik som zyprexa, seroquel, nozinan)

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 ulemperne 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, zolpidem) 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. Det anbefales derfor 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. Disse preparatene anbefales imidlertid ikke 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 hvilken 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 ikke uvanlig at pasienter med rundt 5 timers nattesøvn ligger i sengen i 9–10 timer.

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. Man kan derfor ikke



anbefale noen av disse preparatene mot søvnproblemer. Erfaringen er at de fleste som oppsøker spesialistsentre som f.eks. Bergen søvnsenter har prøvd slike preparater, men effekten har vært dårlig. Det understrekes likevel 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.

Ved kronisk insomni anbefales ikke-medikamentell søvnbehandling, en behandling som ofte kalles "kognitiv atferdsterapi for insomni". Forskningsresultater viser at over 80 % får bedre søvn, og fungerer bedre på dagtid etter det som kalles strukturert ikke-medikamentell søvnbehandling. Denne behandlingen er blant annet basert på læringspsykologiske prinsipper.

Et problem med sovemedisiner er at pasientene "lærer" at de trenger medisin for å sove, i stedet for å lære at søvnen er noe de 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, og dermed styrke assosiasjonen mellom søvn og seng. For å oppnå best mulig effekt er det viktig at behandlingen tilpasses hver enkelt pasient individuelt. Nøye registrering av søvnen fra uke til uke er av stor betydning. På den måten kan behandlingen justeres etter behov. Til slik søvnregistrering benyttes søvndagbøker, hvor pasientene noterer når de legger seg, hvor lang tid det tar å sovne, antall oppvåkninger i løpet av natten osv.

Her følger en oversikt over de best dokumenterte behandlingsformene ved kronisk insomni:

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 søvnig. 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 inntreffer. Det er viktig å være forberedt på dette.

Flere vitenskapelige oversikter viser at stimuluskontroll er blant de mest effektive behandlingsformene ved kronisk insomni. Rundt 80 % av pasientene 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 i alle fall få noe hvile. Det er ikke uvanlig at pasienter med rundt 5 timers nattesøvn ligger i sengen i 9–10 timer. Dette regnes som en viktig forklaring på hvorfor søvnvanskene vedvarer. Søvnrestriksjon tar sikte på å redusere tiden i sengen, til den tiden pasienten reelt sover. Man benytter søvndagbok til å regne ut søvnlengden. Det anbefales at tid i sengen aldri reduseres til under 5 timer. Hvis den utregnede søvnlengden per natt er på 5,5 timer, begrenses pasientens tid i sengen til 5,5 timer. I samhandling 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. legge seg 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 søvneffektiviteten (total søvnlengde 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 på over 80–85 % øke tiden 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. I oppfølgingen benyttes søvndagbøker. Behandlingen er krevende for pasienten. Ofte forverres søvnen initialt, før bedring inntreffer. Det er viktig å forberede pasienten på dette. Behandlingsresultatene av søvnrestriksjon på nivå med resultatene fra stimuluskontroll, det vil si at rundt 80 % av pasientene 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 ulike behandlingsformer

Det er fullt mulig å kombinere disse ulike ikke-medikamentelle behandlingsformene. Fra egen praksis har Bjorvatn god erfaring med en kombinasjon av stimuluskontroll og søvnrestriksjon. 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 behandling. Flere grundige vitenskapelige undersøkelser som har sammenliknet effekten av medikamentell behandling og ikke-medikamentell søvnbehandling (kombinert stimuluskontroll, søvnrestriksjon, søvnhygiene og kognitiv terapi) viser at begge terapiformene er effektive initialt, men at den positive behandlingseffekten kun vedvarer for gruppen som fikk ikke-medikamentell behandling. En norsk selvhjelpsbok som beskriver slik ikke-medikamentell søvnbehandling i detalj (Bedre Søvn. En håndbok for deg som sover dårlig, utgitt av Fagbokforlaget) er tilgjengelig. Boken har vitenskapelig dokumentert effekt fra en randomisert kontrollert undersøkelse hvor selvhjelpsboken ble sammenliknet med søvnhygieneråd. Undersøkelsen viste at gruppen som leste boken sov langt bedre og færre brukte sovemedisiner sammenliknet med gruppen som fikk søvnhygieneråd. Internettbaserte behandlingsopplegg er også under utprøving i Norge.

Hvordan er prognosen ved insomni?

Insomni er ofte en lidelse som varer livet ut, men symptombildet varierer over tid. Mange pasienter blir langt bedre med adekvat behandling. Men det er uvanlig at pasienter med alvorlig og kronisk insomni blir "normalsovere" etter behandling. Insomni har en rekke negative konsekvenser, både individuelt og samfunnsmessig. Diagnosen er assosiert med økt risiko for å utvikle psykiske lidelser, og da spesielt depresjoner. Norsk forskning dokumenterer også at insomni er en sterk risikofaktor for økt sykefravær og uføretrygd.

Oppsummert har vi her gjengitt tekstene om insomni fra hjemmesidene våre. Insomni regnes som den vanligste søvnlidelsen. Førstevalget for behandling av kronisk insomni er ikke-medikamentell, der de mest brukte behandlingsprinsippene er beskrevet. Ved tilfeller av akutt insomni kan sovemedier (hypnotika) være effektive medikamenter og gi få bivirkninger dersom de gis i en kortere periode. De mest vanlige preparatene er også presentert. Dersom du har lyst å lese tekstene i sin originale form finner du dem på www.sovno.no under fanen søvn og søvn sykdommer.