

Døgnrytmelidelser

I forrige nummer av SØVN presenterte vi insomni, den vanligste søvnlidelsen, basert på tekstene fra hjemmesidene våre (www.sovno.no). I dette nummeret presenterer vi først og fremst hovedteksten om døgnrytmelidelser der de fleste av døgnrytmelidelsene er beskrevet. De tre vanligste døgnrytmelidelsene, forsinket søvnfaselidelse, jet lag og skiftarbeidslidelse, har egne tekster. Disse er derfor gjengitt i lett redigerte versjoner innlemmet i første del av artikkelen. Alle tekstene på nettsiden ble oppdatert høsten 2021.

Av Bjørn Bjorvatn og Siri Waage

Ved døgnrytmelidelser er det enten problemer med den indre biologiske klokken (forsinket søvnfaselidelse, fremskyndet søvnfaselidelse, frittstående søvn-våkenhetsrytme, irregulær søvn-våkenhetsrytme) eller utenforliggende faktorer som gjør at den innebygde klokken er ute av fase (jet lag, skiftarbeidslidelse). Alle døgnrytmelidelsene gir symptomer i form av søvnproblemer og/eller økt søvnighet. Dette gir problemer med å fungere normalt, for eksempel sosialt eller på jobb.

Behandlingsalternativene ved døgnrytmelidelser er i hovedsak lysbehandling og/eller behandling med melatonin. Dette regnes som kausal behandling. Tidspunktene for lyseksponering og inntak av melatonin er avgjørende for effekten. Lysbehandling og melatonin er beskrevet med egne tekster på nettsidene www.sovno.no.

Prognosene ved søvnlidelsene varierer. Forsinket søvnfaselidelse er for eksempel vanligst i ung alder, mens fremskyndet søvnfaselidelse og irregulær søvn-våkenhetsrytme er vanligere i høy alder. Problemer med jet lag og skiftarbeid øker vanligvis med økende alder.

Forsinket søvnfaselidelse

Forsinket søvnfaselidelse regnes som den hyppigste av døgnrytmelidelsene, og kjennetegnes av at hele søvnfasen er forskjøvet til et senere tidspunkt enn ønskelig.

Ved forsinket søvnfaselidelse er det vanskelig å sovne om kvelden, og man ligger gjerne våken til klokken 2 eller senere. Man har

imidertid ingen problemer med å opprettholde søvnen, og søvnlengden er vanligvis normal. Det betyr at man (hvis man ikke vekkes) sover til langt utover dagen. Det er derfor ikke noe i veien med selve søvnen – det er plasseringen av søvnperioden som er problemet. I ekstreme tilfeller sovner man ikke før i 5–6-tiden om morgenen, og sover til langt ut på ettermiddagen. Dette i seg selv trenger ikke å være problematisk hvis man har kvelds- eller nattarbeid. Problemet oppstår hvis man må stå opp om morgenen pga. skole/arbeid. Det er svært vanskelig å stå opp klokken 07, og man begynner ikke å fungere normalt før langt ut på dagen.

Hvor vanlig er forsinket søvnfaselidelse?

Forekomsten av forsinket søvnfaselidelse varierer etter hvilke kriterier man benytter for å stille diagnosen. Tallene varierer fra 0,2 % til 8 % i ulike undersøkelser. Det er spesielt unge mennesker som lider av denne døgnrytmelidelsen, og de fleste er mellom 13–25 år. Det er viktig å understreke at diagnosen forsinket søvnfaselidelse ikke gis hvis man på egen hånd kan normalisere døgnrytmen. Det er ikke uvanlig at unge mennesker velger å følge en forskjøvet søvnfase (særlig i helgene), men de klarer å regulere rytmen ved behov. Forsinket søvnfaselidelse benyttes kun hvis pasienten ikke klarer å normalisere døgnrytmen, og sliter med innsovningsproblemer, store vansker med å stå opp om morgenen, og alvorlig tretthet på dagtid.

Hva skyldes forsinket søvnfaselidelse?

Den biologiske klokken går sannsynligvis langsommere enn normalt hos pasienter med forsinket søvnfaselidelse. Døgnrytmen

styres av en liten kjerne i hjernen som heter nucleus suprachiasmaticus, og ved forsinket søvnfaselidelse ser det ut til at rytmen er på godt over 25 timer. Det er mange uløste gåter, og man har ikke i dag en forklaring på hvorfor denne klokken går langsommere hos enkelte. Forsinkelsen i døgnrytmen er tydelig relatert til pubertetsutviklingen.

Hvordan stilles diagnosen?

Mange som oppsøker hjelp klager over innsovningsvansker. Det er derfor viktig å spørre om hvordan søvnen er når man først har sovnet. Ved forsinket søvnfaselidelse vil søvnen være av god kvalitet, og gjerne vare i over sju timer uten problematiske oppvåkninger. Hvis pasienten sover til langt utover dagen, vil han/hun fungere bra. Problemet oppstår hvis man må tidlig opp om morgenen. Da får man for lite søvn, noe som medfører uttalt tretthet/søvnighet på dagtid, spesielt om formiddagen. Utfylling av søvndagbøker kan benyttes til å stille diagnosen. Forsinket søvnfase kan sees ved forskjellige lidelser, blant annet ved depressiv lidelse. Det er derfor viktig å utrede pasienten med tanke på psykiske plager. Mange pasienter med forsinket søvnfaselidelse er imidlertid ikke deprimerte.

Hvordan behandles forsinket søvnfaselidelse?

Ved lette til moderate symptomer kan det være nok å forklare hvordan døgnrytmen fungerer, og gi enkle råd om god søvnhygiene. Ved mer alvorlige symptomer bør spesifikk døgnrytmebehandling gis. Det er i hovedsak to behandlinger som er aktuelle

ved forsinket søvnfaselidelse: lysbehandling og behandling med melatonin.

Best dokumentasjon for effekt har lysbehandling, og her anbefales i første omgang lys. Lyseksponeringen gis etter normal oppvåkning (ofte langt ut på dagen), noe som vil medføre at rytmen framskyndes. Eksponeringstidspunktet for lys flyttes ca 1 time tidligere fra dag til dag inntil pasientens søvnfase er i ønsket posisjon. Etter behandling er faren for tilbakefall til stede, og man må følge strenge søvnrutiner, eventuelt fortsette med regelmessig lysbehandling. Det er viktig at pasientene i starten av behandlingen ikke vekkes tidlig om morgenen for å få lysbehandling. Det kan medføre at døgnrytmen forskyves i feil retning, med forverring av symptomene som resultat.

Melatonin (tabletter, kapsler, mikstur) er et alternativ, og kan enten benyttes alene eller i kombinasjon med lysbehandling. Tidspunktet for inntak av melatonin er avgjørende for effekten, og kompetent helsepersonell bør konsulteres. Det er vanlig å anbefale å ta melatonin 12 timer etter tidspunktet for lysbehandling. Sovemedisiner kan lette innsovningen, men virker ikke inn på selve døgnrytmen, og anbefales derfor ikke.

Prognose

Forsinket søvnfaselidelse er som nevnt vanligst i ung alder, og de fleste forventes å bli bedre med årene, selv uten behandling. Tilstanden er uvanlig i høy alder. Adekvat behandling med lys





og/eller melatonin vil kunne redusere plagene hos de aller fleste. Målsettingen med behandlingen er å få pasientene til å sove normalt om natten, slik at de kan fungere adekvat på skole eller på arbeid.

Jet lag

Jet lag (eller døgnvillhet på norsk) oppstår i forbindelse med reiser over tidssoner. Symptomene er verre jo flere tidssoner som passerer.

Økt reisevirksomhet gjør at mange vet hvordan det føles å være døgnvill. Blant symptomene er dårlig søvn (innsovningsvansker og urolig søvn), tretthet på dagtid, nedsatt prestasjonsnivå og mage-tarmplager. Disse symptomene kan være spesielt alvorlige for flygere og andre som er avhengige av å fungere optimalt i forbindelse med reiser. Turister kan få de første dagene av ferien ødelagt. Kroppen trenger tid på å omstille seg fra en døgnrytme til en annen. Undersøkelser viser at vi vanligvis klarer å korrigere døgnrytmen med 1–1,5 timer per døgn. Tiden er imidlertid avhengig av flere faktorer, og kan påvirkes. Det er også store individuelle forskjeller i evnen til å tilpasse seg til en ny døgnrytme. Noen mennesker har plager som varer i mer enn en uke, mens andre snur døgnrytmen uten vansker i løpet av få dager.

Betyr reiseretningen noe?

Det har betydning for graden av jet lag om reisen er øst- eller vestover. De fleste opplever det som verre å reise østover,

uavhengig av om det er hjem- eller utreise. Dette kan forklares ut fra hvordan døgnrytmen fungerer. Mange har erfaring med å forlenge døgnet, og er vant til å legge seg senere enn vanlig. Slik blir det ved reiser vestover. Ved reiser østover derimot taper man timer, og tidspunktet for å legge seg blir tidligere enn vanlig. Dette gjør innsovningen vanskelig. Et annet viktig moment som forklarer at reiser østover er verre, er at den innebygde døgnrytmen (den biologiske klokken) hos de fleste er på noe over 24 timer. Det forklarer at reiser vestover oppleves mindre plagsomt. Ved reise til New York (seks timers tidsforskjell) oppleves tidsforskjellen som mindre enn 6 timer, fordi hjernens rytme er innstilt på et forlenget døgn. Ved reise tilbake til Norge vil imidlertid tidsforskjellen oppleves som mer enn 6 timer. Dette er en viktig forklaring på forskjellen i jet lag-plager mellom reiser øst- og vestover. En reise til USA er ofte forbundet med relativt lite jet lag, spesielt blant B-mennesker. B-mennesker har en innebygd døgnrytme som kan være på over 25 timer, og kan derfor lett forlenge døgnet. Ekstreme A-mennesker kan imidlertid synes at reiser vestover er verre enn reiser østover.

Hvordan påvirkes døgnrytmen?

Lys og sosiale faktorer hjelper til med å snu døgnrytmen til den gjeldende rytmen på ankomststedet. Forskning viser at det i hovedsak er lyset som har betydning. I behandlingsøyemed kan derfor lys benyttes til å snu døgnrytmen raskere. Eksponering for lys på «feil» tidspunkt vil imidlertid gi forverring av jet lag, og dermed kunne forlenge tiden det tar å snu døgnet. Ved reiser

østover (for eksempel fra USA til Norge) vil mange bli eksponert for lys tidlig om morgenen, noe som er ugunstig med tanke på å justere døgnrytmen tilbake til normal rytme. Det er med å forklare problemene ved slike reiser.

Hvordan behandles jet lag?

Ikke alle trenger behandling. Snur man døgnrytmen i løpet av 2–3 dager, er det neppe hensiktsmessig å gjøre endringer. Hvis man derimot opplever symptomene som alvorlige, og man sliter i flere dager med å kunne fungere normalt, vil behandling kunne være til stor hjelp. Ved behandling av jet lag benyttes lys og/eller melatonin. Melatonin er et hormon som utskilles i hjernen, og som påvirker døgnrytmen. I Norge er melatonin på resept i doser over 1 mg, mens lave doser (1 mg) kan kjøpes reseptfritt. Melatonin gir vanligvis lite bivirkninger.

For å kunne behandle jet lag korrekt, bør man kjenne til hvordan døgnrytmen reguleres. Lysbehandling gitt på feil tidspunkt av døgnet vil forverre plagene. Her gis et eksempel på korrekt lysbehandling ved reise fra New York til Norge (6 timers tidsforskjell). Forutsetningen for rådene er at man har vært lenge nok i USA til at døgnrytmen er tilpasset amerikansk tid, og at man står opp regelmessig hver dag klokken 7 om morgenen. Ved ankomst Norge bør da lysbehandling gis fra klokken 12. Dette vil medføre at den biologiske klokken flyttes tidligere på dagen. I tillegg er det vesentlig at man unngår å få mye lys på øynene før klokken 12. Det betyr at man bør oppholde seg innendørs og gjerne bruke mørke solbriller eller blåblokkerende briller (blue-blockers). Lys før klokken 12 vil flytte døgnrytmen i motsatt retning, og dermed forverre jet lag. Disse rådene gjelder første dag etter ankomst. Deretter justeres lysbehandlingen med rundt 2 timer daglig, det vil si at neste dag anbefales lysbehandling fra klokken 10. På denne måten vil tiden det tar å snu døgnet kunne reduseres betraktelig. Undersøkelser viser at korrekt lyseksponering vil kunne korrigere den biologiske klokken til en hvilken som helst fase i løpet av 1–3 dager.

Melatonin-tabletter er et alternativ, som enten kan benyttes alene eller i kombinasjon med lysbehandling. Tidspunktet for inntak av melatonin er avgjørende for effekten, og kompetent helsepersonell bør konsulteres. Det er vanlig å anbefale å ta melatonin 12 timer etter tidspunktet for lysbehandling. Det anbefales vanlig melatonin 3 mg tabletter/kapsler på resept, (evt 3 tabletter av 1 mg som er reseptfritt). Melatonin i depotform (circadin) anbefales ikke ved jet lag. En kortvarig kur med sovemedisiner kan også benyttes, noe som kan gjøre innsovningen lettere. Men sovemedisiner påvirker ikke selve døgnrytmen – derfor anbefales i hovedsak lys og melatonin ved jet lag.

Behandling med lys og melatonin kan være til stor hjelp for personer som sliter med jet lag. Behandlingen må imidlertid individualiseres, fordi effekten av behandlingen er avhengig av hver enkelt persons døgnrytme. Med lysbehandling tenker man gjerne på bruk av spesielle lysapparater, men dagslys er selvfølgelig minst like effektivt. Fordelen med lysapparatene er at de kan benyttes på tider av døgnet hvor det ikke er tilstrekkelig med dagslys.

Skiftarbeidslidelse

Stadig flere har arbeid som innebærer uregelmessig arbeidstid. I Norge arbeider rundt 800 000 personer utenom ordinær dagtid. Denne type arbeidstid er forbundet med en rekke negative helseplager, og søvnproblemer er blant det som er oftest rapportert. Ved nattarbeid opplever mange arbeidere de samme symptomene som ved jet lag. Vanligst er trøtthet og søvnighet når man er på arbeid, og problemer med å sove på dagtid etter nattevakt. Nattarbeidere rapporterer ofte 1–2 timer kortere søvnlengde på dagtid sammenlignet med vanlig nattesøvn. Skiftarbeidslidelse kjennetegnes av symptomer som søvnproblemer (innsovningsvansker og urolig søvn) og/eller økt søvnighet som skyldes at man jobber på en tid på døgnet der man ellers ville ha sovet.

Noen mennesker har plager som varer i mer enn en uke, mens andre snur døgnrytmen uten vansker i løpet av få dager.

Hvor vanlig er skiftarbeidslidelse?

Forekomsten varierer etter hvilke kriterier man benytter for å stille diagnosen, og mellom ulike typer arbeid. Basert på tidligere diagnosekriterier der kravet til varigheten av plagene var en måned, har nasjonale og internasjonale studier vist at omtrent 30 % av skiftarbeidere opplever symptomer som kan være forenelige med skiftarbeidslidelse. Omtrent en tredjedel av disse angir at plagene går utover daglig fungering.

Forekomsten av lidelsen vil variere innen forskjellige typer arbeidstidsordninger, der forekomsten er høyest blant tre-skift arbeidere og lavest blant dagarbeidere. Blant skiftarbeidere i Nordsjøen har man funnet en forekomst på litt over 20 %, mens forekomsten blant norske sykepleiere som jobber nattskift er over 40 %. Forklaringen på at også dagarbeidere kan ha denne diagnosen skyldes blant annet kronotype, det vil si at arbeidere som er ekstreme B-mennesker vil ha problemer med å takle dagarbeid med tidlig arbeidstart som for eksempel klokken 07 om morgenen.

Hva skyldes skiftarbeidslidelse?

Det er mye som tyder på at problemene som opplever ved skiftarbeid i all hovedsak har med lite søvn å gjøre. Det kan også være mulig at helseproblemene kan skyldes forstyrret døgnrytme i seg selv, selv om søvnlengden ikke er redusert. Sammenhengen mellom skiftarbeid og helseproblemer forklares i hovedsak med at det oppstår en konflikt mellom personens egen døgnrytme og tidspunkt for søvn og arbeid. Skiftarbeidere må jobbe når døgnrytmen er innstilt på å sove, og motsatt, å sove når døgnrytmen er

innstilt på våkenhet. I tillegg utsettes for eksempel nattarbeidere for lys på tidspunkt der døgnrytmen er påvirkelig, noe som vil føre til en faseforskyving. Forskning viser likevel at en fullstendig tilpasning av døgnrytmen fra en dag/natt rytme til en natt/dag rytme tar mellom en 1 og 2 uker. I tillegg har forskning også vist at den lyseksponeringen som nattarbeidere utsettes for når de er på vei hjem etter arbeid kan være en viktig bidragsyter til manglende døgnrytmetilpasning ved slikt arbeid.

Hvordan stilles diagnosen?

I Norge er diagnosen skiftarbeidslidelse fremdeles noe ukjent, og det kan kanskje også stilles spørsmål ved nytteverdien av denne diagnosen. Selv om mange sliter med plager relatert til det å jobbe skift, er det kanskje de færreste som oppsøker lege eller tenker at dette er en medisinsk diagnose som kan/skal behandles. I diagnosemanualen International Classification of Sleep Disorders 3. utgave utgitt av den amerikanske søvnforeningen er kriteriene for å stille diagnosen beskrevet. Hovedsymptomene er enten insomni og/eller søvnighet som skyldes en arbeidstid som gjør at man arbeider når man vanligvis ville ha sovet. Symptomene skal medføre reduksjon i søvnlengde, ha vart i minst 3 måneder og ikke kunne forklares av andre sykdommer (både somatiske og psykiske lidelser), medikamentbruk eller dårlig søvnhygiene. Dersom det er mulig anbefales bruk av søvndagbok eller aktigrafi for å dokumentere et forstyrret søvn- og våkenhetsmønster.

Hvordan behandles skiftarbeidslidelse?

Behandlingen for denne døgnrytmeforstyrrelsen er rettet mot de søvnproblemer skiftarbeideren opplever, mot søvnigheten på arbeid og mot selve døgnrytmeforstyrrelsen. For søvnproblemer anbefales først og fremst ikke-medikamentelle tiltak. Ikke-medikamentelle tiltak inkluderer både stimuluskontroll behandling og søvnrestriksjon. Stimuluskontroll behandling går ut på å korrigere uheldig søvnadferd, samt styrke assosiasjonen mellom søvn og seng, mens søvnrestriksjon går ut på å redusere tiden i sengen til den tiden man faktisk sover. Andre tiltak som anbefales er avspenningsteknikker som kan bidra til å redusere både fysisk og mental aktivering. Hypnotika mot søvnproblemer relatert til skiftarbeid er ikke frarådet så lenge det er snakk om kortvarig behandling, det vil si noen få dager av og til. Slik behandling gjøres i samråd med fastlege.

Behandling som gis mot søvnighet på arbeid er først og fremst koffeinholdig drikke. Koffein virker oppkvikkende, men bør ikke inntas for sent på en nattevakt, da det kan forstyrre innsovningen etter nattevakten. I tillegg vil andre tiltak som trening og aktivitet mens man er på arbeid bidra til å motvirke søvnighet. Man anbefaler også høneblunder i løpet av vekten. En høneblund vil effektivt bidra til å redusere søvnighet, men bør ikke vare for lenge (maks 20 minutter) da det kan være vanskelig å våkne opp igjen. Tiltak som anbefales for selve døgnrytmeforstyrrelsen er i hovedsak lysbehandling og/eller behandling med melatonin. Tidspunktene for lyseksponering og inntak av melatonin er avgjørende for effekten.

Dette kan du lese mer om på egne nettsider. Ved lette til moderate symptomer kan det være nok å forklare hvordan døgnrytmen fungerer, og gi enkle råd om god søvnhygiene.

Lysbehandling før nadir vil medvirke til at døgnrytmen snus raskere noe som vil være nyttig for eksempel ved arbeid flere netter etter hverandre. Da vil man fungere bedre på arbeid om natten, og sove bedre på dagtid. Slik endring i døgnrytmen vil på den andre siden føre til behov for å skyve tilbake til en normal dag-natt rytme i friperioder. Vi anbefaler derfor slik behandling ved arbeid der man jobber over flere netter etter hverandre. Melatonin kan være et alternativ eller supplement til lysbehandling. Effekten av melatonin er 12 timer faseforskjøvet i forhold til lys, og må også times i forhold til nadir og hvilken vei man ønsker å skyve døgnrytmen. Dersom noen opplever svært store plager relatert til natt- og skiftarbeid og ikke blir bedre av å følge de behandlingsrådene som gjelder bør man eventuelt vurdere å skifte til jobb som innebærer regelmessig arbeidstid primært på dagtid.

Prognose

De fleste skiftarbeidere, uavhengig av type skiftarbeid, har ikke skiftarbeidslidelse. Mange som arbeider skift har funnet sine egne metoder for å takle de utfordringene som skiftarbeid gir. Problemer relatert til skiftarbeid og forekomsten av skiftarbeidslidelse øker med økende alder. Undersøkelser har vist at risikoen for å utvikle skiftarbeidslidelse øker med antall netter man jobber. I tillegg er kort hviletid mellom to vakter (for eksempel mellom en kveldsvakt og en dagvakt, også kalt for en «quick return») assosiert med å utvikle skiftarbeidslidelse. Målsettingen bør være adekvat behandling for at skiftarbeidere skal fungere best mulig i våkenperiodene på arbeid og sove normalt i søvnperioden. Tilrettelegging fra arbeidsplassen med tilpasninger av arbeidstiden samt å innføre «seniorpolitikk» der eldre arbeidere kan slippe å jobbe nattevakter, kan også være nyttige tiltak.

Resten av denne artikkelen er hentet fra hovedteksten på hjemmesiden vår. Den beskriver tre sjeldnere døgnrytmeforstyrrelser enn de som er beskrevet her; fremskyndet søvnfaselidelse, frittstående søvn-våkenhetsrytme og til slutt irregulær søvn-våkenhetsrytme med en kort oppsummering av hele artikkelen til slutt.

Fremskyndet søvnfaselidelse

Dette er en sjelden tilstand. Ved fremskyndet søvnfaselidelse er hele søvnfasen forskjøvet til et tidligere tidspunkt enn ønskelig. Sengetiden er tidlig på kvelden, for eksempel i 21-tiden, og endelig oppvåkning uten muligheter til å sovne igjen er gjerne i 04–05-tiden eller tidligere om morgenen. Selve søvnperioden er av relativt normal lengde og kvalitet. Pasientene er mest frustrerte over den tidlige oppvåkningen om morgenen, men enkelte synes også det er plagsomt å være så søvnløs om kvelden. Den biologiske klokken følger sannsynligvis en rytme på under 24 timer. Dette er såkalte ekstreme A-mennesker. Lidelsen er hyppigst hos eldre



mennesker. Arvelige faktorer spiller inn, og det er påvist visse gener som gir økt sårbarhet for fremskyndet søvnfaselidelse.

Frittløpende søvn-våkenhetsrytme

Dette er en annen sjelden tilstand som karakteriseres av gradvise faseforsinkelser av innsovningstid og oppvåkningstidspunkt relativt til 24-timersdøgnet. Den biologiske klokken er ikke innstilt i samsvar med døgnets 24 timer, men pasienten følger sin indre klokke gjerne med 1–2 timer forskyvning i søvnperioden fra dag til dag. Dette resulterer i søvnproblemer og søvnighet, spesielt når rytmene (den indre klokken og 24-timersdøgnet) er helt ute av fase. Døgnrytmen minner om den som sees hos mennesker som lever isolert fra vanlige tidgivere, det vil si at døgnrytmen er frittløpende. Blinde personer kan ha en slik døgnrytme.

Irregulær søvn-våkenhetsrytme

Irregulær søvn-våkenhetsrytme er karakterisert av manglende døgnrytme i søvn og våkenhet. Søvn og våkenhet sees i varierende lengder gjennom hele døgnet. Hovedsymptomene er kroniske søvnproblemer og økt søvnighet. Total søvnlengde i løpet av døgnet er ofte relativ normal for alderen. Forekomsten av denne

døgnrytmelidelsen er ukjent, men tilstanden er ofte assosiert med skade i hjernen. Diagnosen sees hyppigst hos demente pasienter. Men irregulær søvn-våkenhetsrytme kan også sees hos barn med psykisk utviklingshemming eller etter alvorlige hodeskader. Mye tyder på at selve døgnrytmeklokken kan være skadet hos en del av pasientene. Det antas videre at døgnrytmelidelsen kan utløses av dårlig søvnhygiene eller hvis pasienten ikke eksponeres i tilstrekkelig grad for tidgivere, som dagslys. Dette kan være en av forklaringene på at demente pasienter på sykehjem kan ha slike plager.

Oppsummert har vi i dette nummeret av SØVN gjengitt lett redigerte tekster om døgnrytmelidelser, inkludert undertekstene om forsinket søvnfaselidelse, jet lag og skiftarbeidslidelse, fra nettsidene til kompetansetjenesten (www.sovno.no). Døgnrytmelidelser innebærer at den biologiske klokken er ute av fase. Symptomene består først og fremst av søvnproblemer og/eller økt søvnighet, og behandlingen er i hovedsak lysbehandling og/eller melatonin-tabletter. Både ikke-medikamentelle tiltak, lysbehandling og melatonin har egne informasjonstekster på nettsidene som vi også vil anbefale dere å lese.