

VOSS DPS OKT 2019

ØYSTEIN VEDAA, PH.D.
**UTREDNING OG BEHANDLING
AV SØVNFORSTYRRELSER**

Avdelingsdirektør
Helsefremmende arbeid
Folkehelseinstituttet

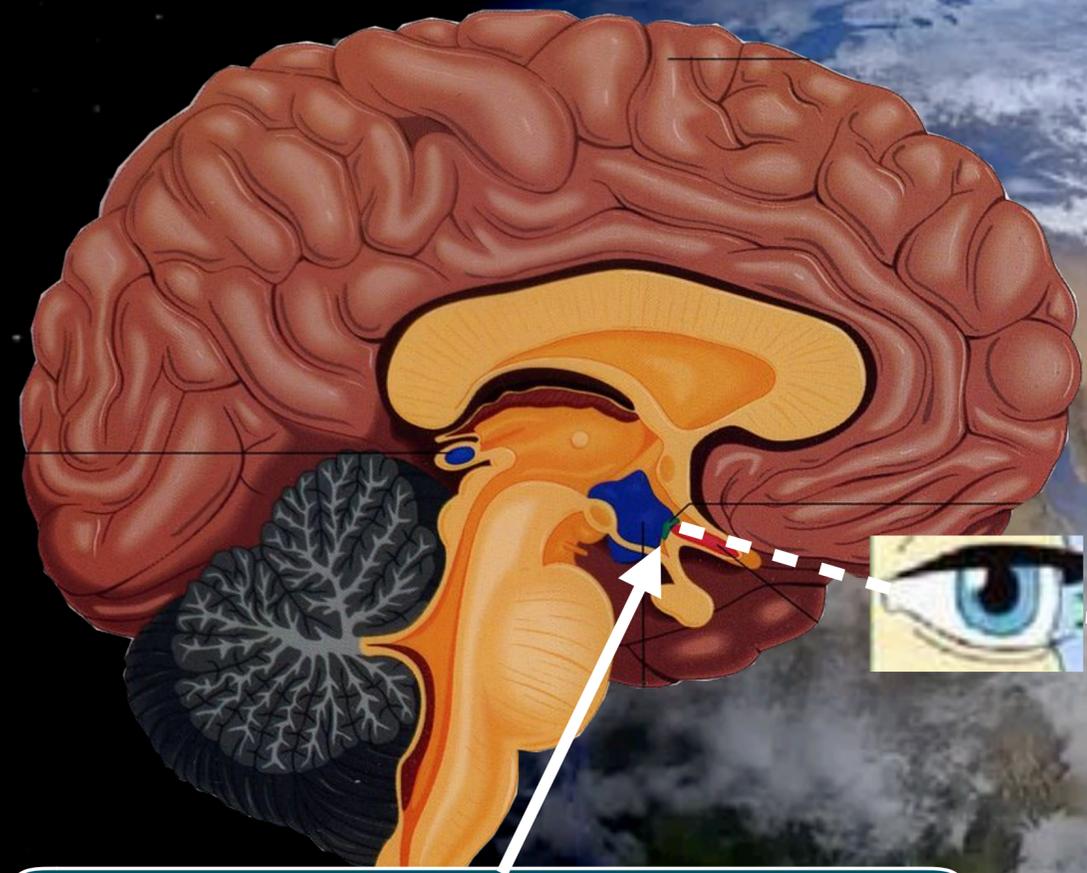
Forsker
Institutt for psykisk helse
Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

Søvnspesialist / psykolog
Bergen søvnsenter

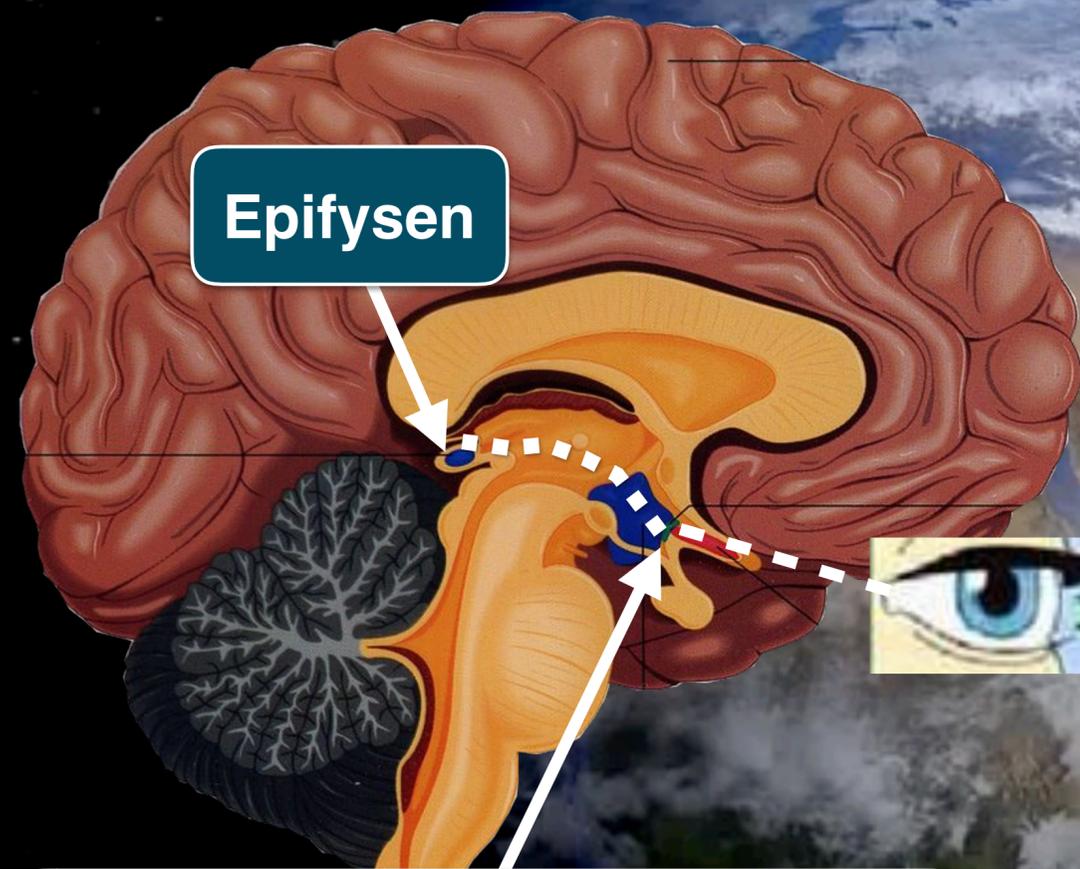
Rådgiver
Voss DPS NKS Bjørkeli A/S

PROGRAM

Time	Innhold
1.	Introduksjon og kartlegging av søvnforstyrrelser
2.	Behandling av insomni og døgnrytmeforstyrrelser

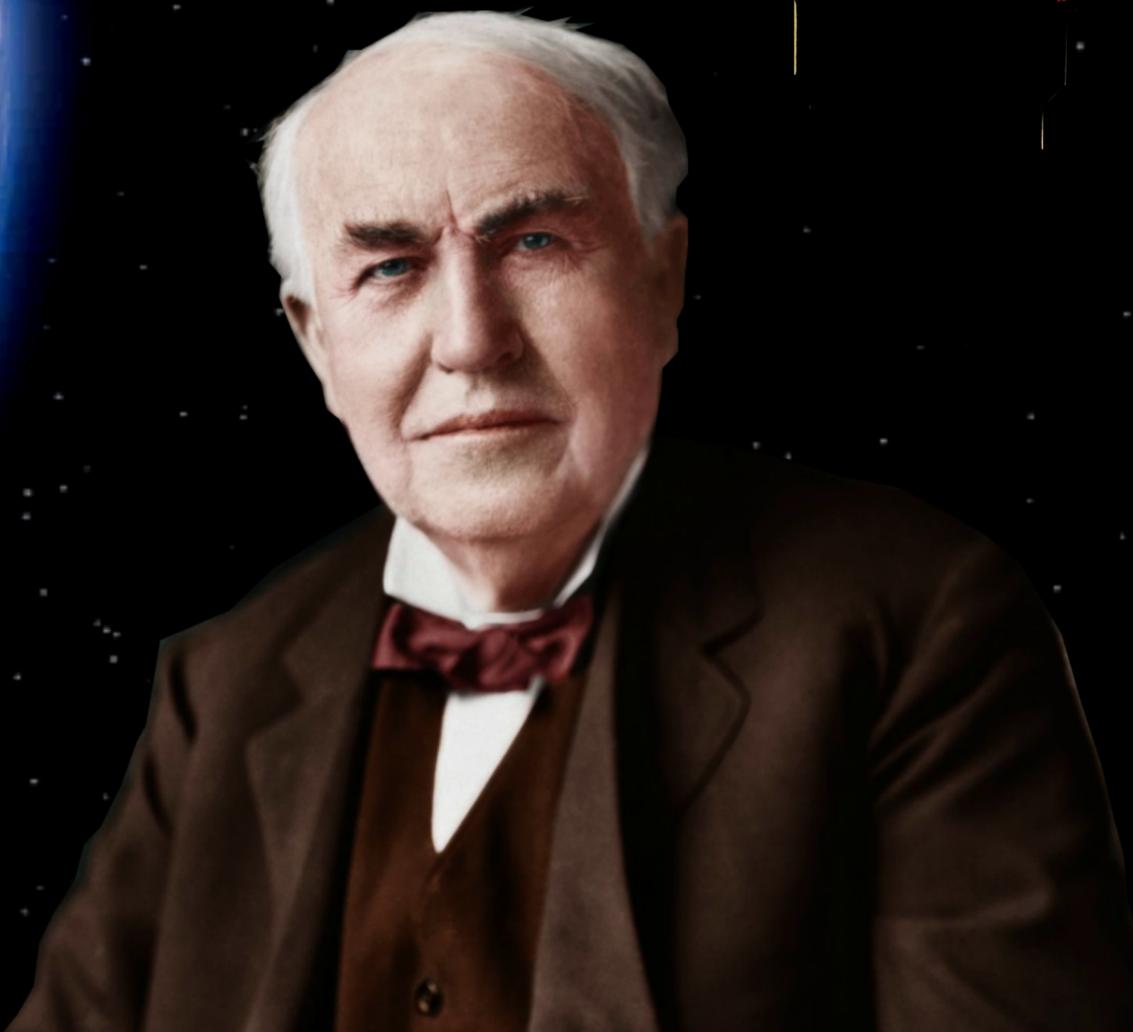


Den suprachiasmatiske kjerne



Epifysen

Den suprachiasmatiske kjerne





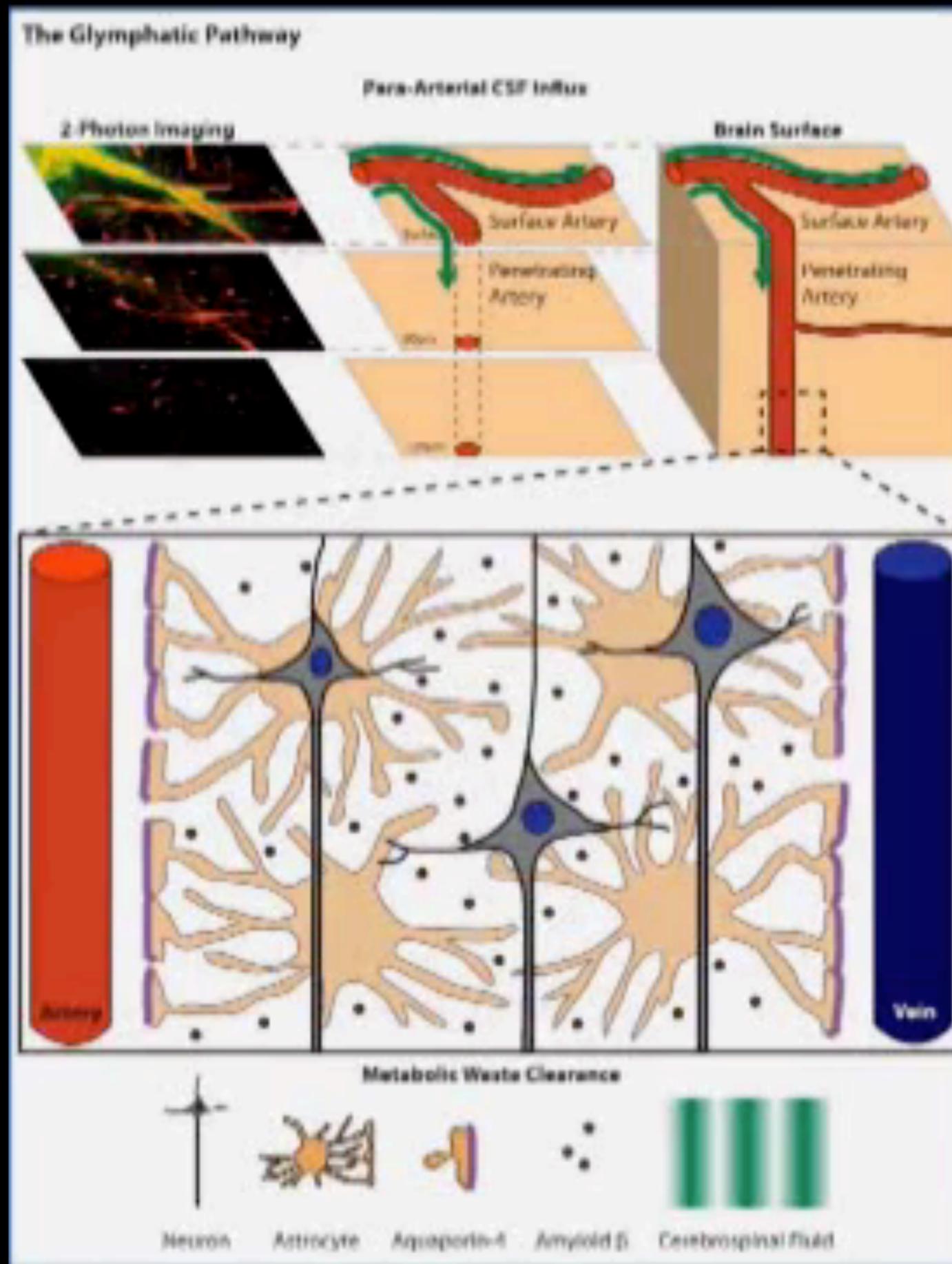
Homeostase

Desto lengre tid siden sist søvnperiode, desto større tilbøyelighet til å sovne.

Kan skyldes opphopning av søvninduserende stoffer i CNS under våkenhet (for eksempel adenosin).

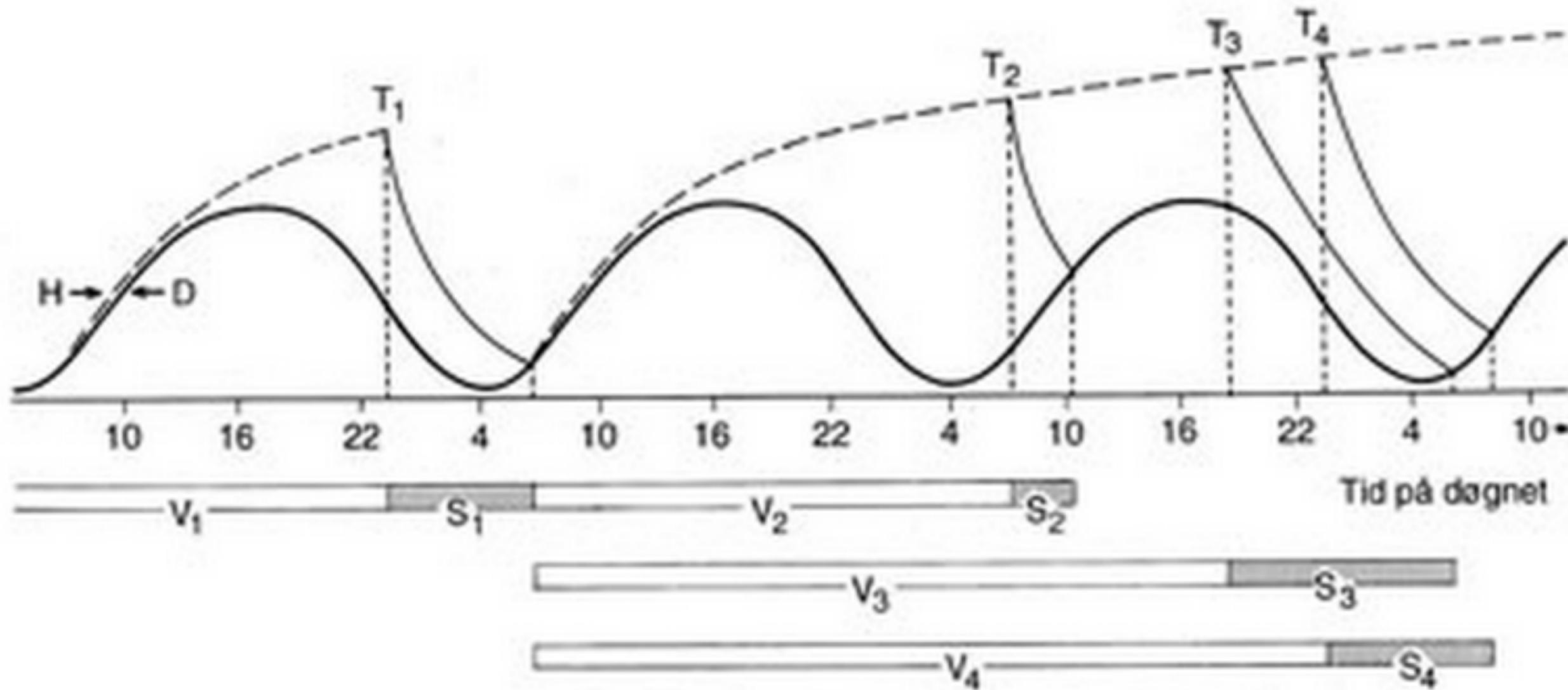
Har størst betydning for søvndybden.

Hvorfor trenger vi søvn?



Xie L, Kang H, Xu Q.... Nedergaard M
Sleep Drives Metabolite Clearance from the Adult Brain
Science 2013; 342, 373-377

Samspill mellom cirkadian rytme og homeostase



Søvn lengden er en funksjon av samvirket mellom søvnbehov (homeostatisk faktor, H) og døgnrytme (D). Søvnbehovet bygges opp under våkenperioden (V1–V4) og brytes ned under søvnperioden (S1–S4). Man våkner når kurven for nedbrytning av søvnbehovet krysser døgnrytmekurven D. Tidspunktet for søvnstart (T1–T4) er atferdsbestemt

Grønli J, Ursin R
Basale søvnmekanismer
Tidsskrift for Den norske legeforening 2009;
129, 1758-1761

Ursin R
En lærebok om søvnfysiologi og søvnsykdommer.
4. utg.
Oslo: Cappelen Akademisk, 2008.

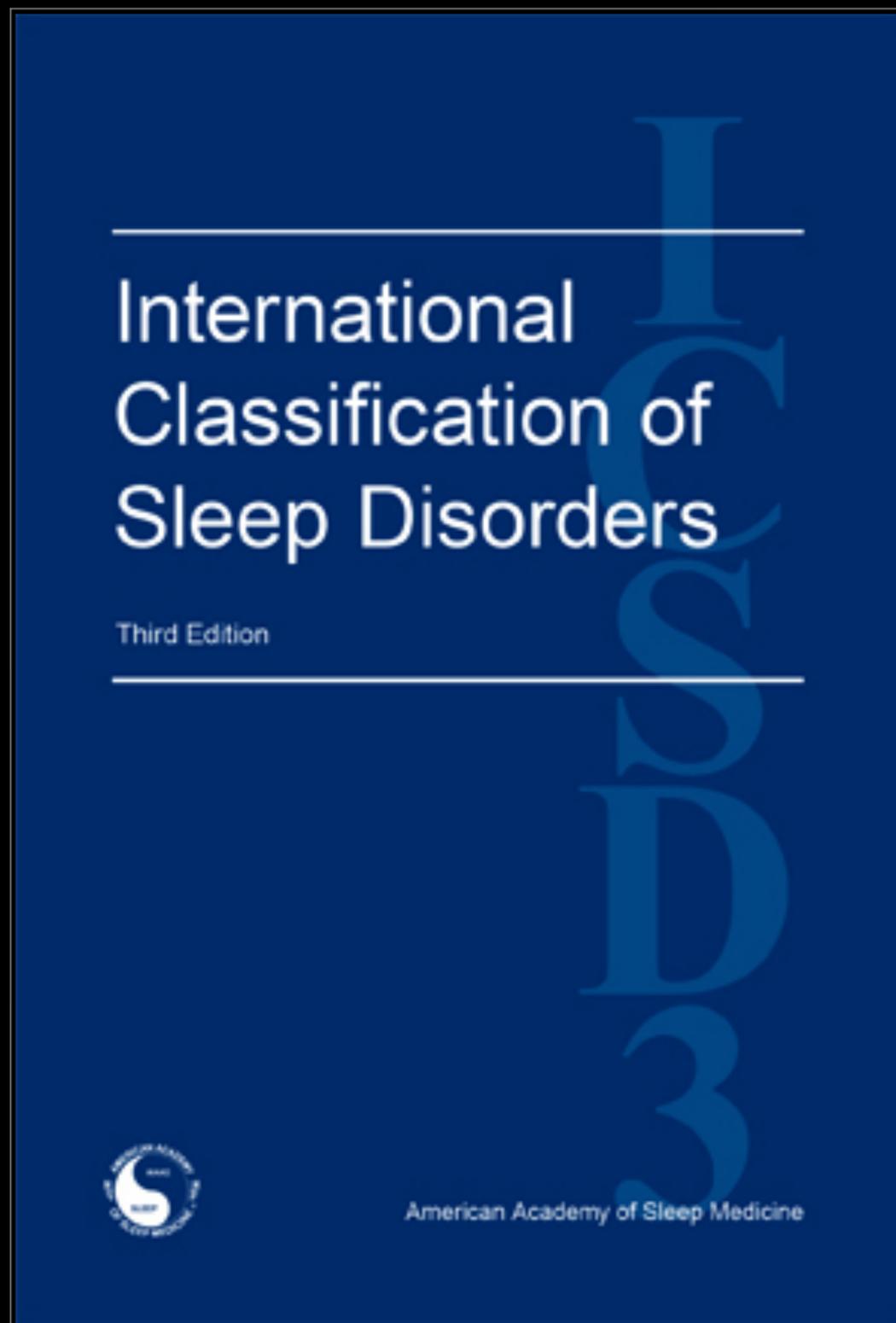


SØVNFORSTYRRELSER

Lite fokus på søvn i psykisk helsevern

- 40 % av pasienter ved et utvalg DPSer i Norge rapporterte om store søvnvansker.
- Men kun 34 av 42 507 pasienter hadde fått diagnose på søvnvanskene.
- Dårlig samsvar mellom pasientrapportert (40 %) og behandlerrapporterte (20-25 %) søvnvansker.
- 1/4 av de som fikk sovemedisin fikk dette uten at de selv eller lege rapporterte om søvnvansker.





- **Insomni**
- **Søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser**
- **Hypersomnier**
- **Døgnrytmeforstyrrelser**
- **Parasomnier**
- **Søvnrelaterte motoriske/ bevegelsesforstyrrelser**

Kartlegging av søvnforstyrrelser



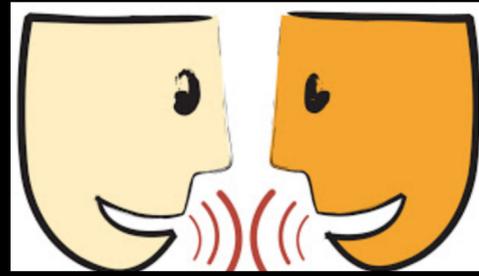
Subjektive mål (se sovno.no)

- Intervju
- Spørreskjema
- Søvnndagbok

Objektive mål

- Aktigrafi
- Polysomnografi (gullstandarden)

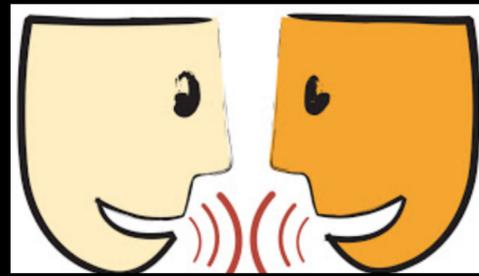
søvn Intervju



Punkter som er relevant å kartlegge:

- Varigheten av søvnvanskene
- Utløsende faktorer
- Søvn lengde og evt dagtidsblunder
- Symptomer på tretthet kontra søvnighet
- Søvnhygiene (inkludert bruk av koffein, nikotin og alkohol)
- Bruk av sovemedisiner
- Psykisk helse
- Andre sykdommer

søvn Intervju

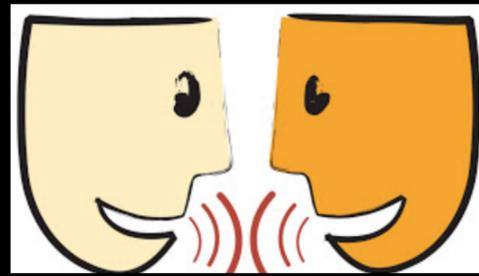


Punkter som er relevant å kartlegge:

- Varigheten av søvnvanskene
- Utløsende faktorer
- Søvnlengde og evt dagtidsblunder
- Symptomer på tretthet kontra søvnighet
- Søvnhygiene (inkludert bruk av koffein, nikotin og alkohol)
- Bruk av sovemedisiner
- Psykisk helse
- Andre sykdommer

- Ved akutte søvnvansker kan en kortvarig behandling med sovemedisiner være tilstrekkelig.
- Hvis søvnvanskene har vart i mer enn 1 måned burde ikke sovemedisiner være førstevalget.

søvn Intervju



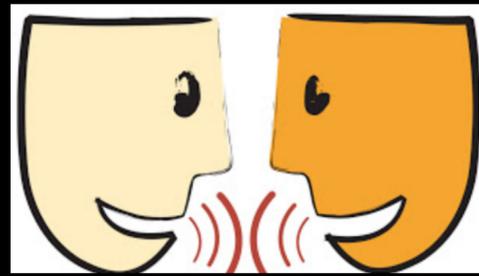
Punkter som er relevant å kartlegge:

- Varigheten av søvnvanskene
- Utløsende faktorer
- Søvnlengde og evt dagtidsblunder
- Symptomer på tretthet kontra søvnighet
- Søvnhygiene (inkludert bruk av koffein, nikotin og alkohol)
- Bruk av sovemedisiner
- Psykisk helse
- Andre sykdommer

• Omtrent halvparten av pasienter med søvnvansker kan peke på noe som utløste vanskene:

- dødsfall i nær familie
- konflikter i nære relasjoner/jobbb
- stress
- økonomi
- helse
- etc.

søvn Intervju

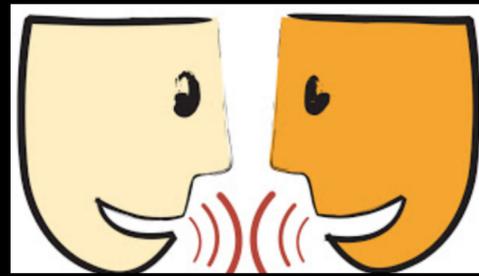


Punkter som er relevant å kartlegge:

- Varigheten av søvnvanskene
- Utløsende faktorer
- Søvnlengde og evt dagtidsblunder
- Symptomer på tretthet kontra søvnighet
- Søvnhygiene (inkludert bruk av koffein, nikotin og alkohol)
- Bruk av sovemedisiner
- Psykisk helse
- Andre sykdommer

- Søvnkvalitet er viktigere enn søvnlengde når en vurderer pasientens søvn.
- Søvnlengde kan likevel gi nyttig differensialdiagnostisk informasjon.
- Leggetid og stå opp tid kan si noe om pasientens døgnrytme.
- Høneblunder på dagtid er sjeldent blant de med insomni, men mer vanlig for de med søvnapne og hypersomnier.

søvn Intervju

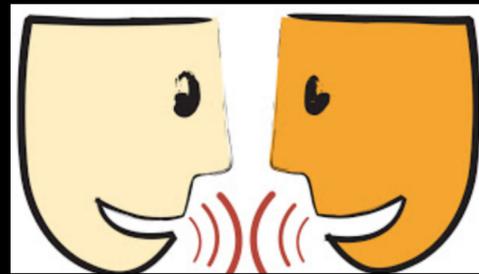


Punkter som er relevant å kartlegge:

- Varigheten av søvnvanskene
- Utløsende faktorer
- Søvnlengde og evt dagtidsblunder
- Symptomer på tretthet kontra søvnighet
- Søvnhygiene (inkludert bruk av koffein, nikotin og alkohol)
- Bruk av sovemedisiner
- Psykisk helse
- Andre sykdommer

- Det er forskjell på det å være søvnig og det å være trett.
- Søvnighet refererer til en klarhet for å sovne (f.eks. tunge øyelokk).
- En kan være trett uten å være søvnig. Tretthet beskriver mangel på energi, utmattelse, sliten, etc.
- Pasienter med insomni skårer ofte lavt på søvnighet (men høyt på tretthet), og pasienter med søvnapne og hypersomnier skårer høyt på søvnighet.

søvn Intervju



Punkter som er relevant å kartlegge:

- Varigheten av sønnevanskene
- Utløsende faktorer
- Søvnleugde og evt dagtidsblunder
- Symptomer på tretthet kontra søvnighet

• Søvnhygiene (inkludert bruk av koffein, nikotin og alkohol)

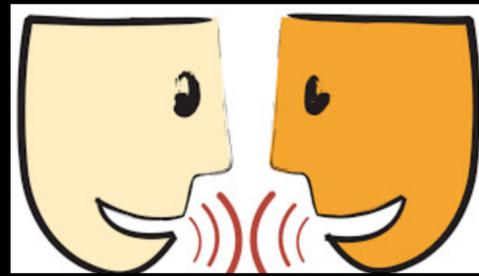
• Bruk av sovemedisiner

• Psykisk helse

• Andre sykdommer

- Unngå koffein etter kl. 17,
- Unngå nikotin siste timen før leggetid
- Alkohol kan hjelpe på innsovningen, men fører totalt sett til dårligere søvnkvalitet.
- Pasientens erfaring og bruk av sovemedisin bør kartlegges.
- Langvarig bruk av z-hypnotika (eller benzodiazepiner) kan være problematisk.

søvn Intervju

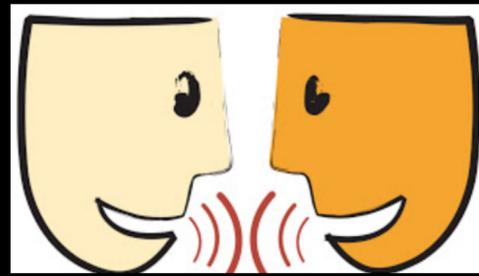


Punkter som er relevant å kartlegge:

- Varigheten av søvnvanskene
- Utløsende faktorer
- Søvn lengde og evt dagtidsblunder
- Symptomer på tretthet kontra søvnighet
- Søvnhygiene (inkludert bruk av koffein, nikotin og alkohol)
- Bruk av sovemedisiner
- Psykisk helse
- Andre sykdommer

- Halvparten av pasienter med insomni tilfredsstillende også kriteriene for en depresjon.
- Målrettet søvnbehandling viser seg å være nyttig selv når insomniplagene er sekundære for en depresjon.
- Angst blir ofte sett på som utløsende faktorer for insomni, og depresjon kan ofte bli en konsekvens av kroniske søvnvansker.

søvn Intervju



Punkter som er relevant å kartlegge:

- Varigheten av søvnvanskene
- Utløsende faktorer
- Søvn lengde og evt dagtidsblunder
- Symptomer på tretthet kontra søvnighet
- Søvnhygiene (inkludert bruk av koffein, nikotin og alkohol)
- Bruk av sovemedisiner
- Psykisk helse
- Andre sykdommer

- Kartlegge andre sykdommer og medisinbruk som kan virke inn på søvn.
- Hvis medisin virker forstyrrende på søvn bør en vurdere å skifte type eller endre tidspunkt for når medisinen tas.

Tolkning:

0-10	normal
11-15	kan indikere mild/ moderat søvnapne
≥16	muling alvorlig søvnape eller hypersomni / narkolepsi



Google-søk Jeg prøver lykken

SØVNDAGBOK UKE 1

Spørsmål 1–3 fylles ut før sengetid, resten av skjemaet fylles ut om morgenen.
Husk å notere dato.

	Eksempel	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Dato	1. mars							
1. Hvordan har du fungert på dagtid? 1 = veldig bra, 2 = bra, 3 = middels, 4 = dårlig, 5 = veldig dårlig	4							
2. Har du tatt en eller flere blunder i løpet av dagen? Notér tidspunktene for alle blundene.	16:00–16:30 og 18:15–18:30							
3. Har du tatt sovemedisin og/eller alkohol som hjelp til å sove? Notér medikament og dose, samt ev. alkoholinntak.	5 mg Imovane 1 glass rødvin							
4. Når gikk du til sengs? Når skrudde du av lyset?	22.30 23.00							
5. Hvor lang tid tok det fra lyset var skrudd av til du sovnet?	45 min							
6. Hvor mange ganger våknet du i løpet av natten?	3							
7. Hvor lange var oppvåkingsperiodene? Oppgi antall minutter for hver oppvåkning.	15, 30, 80							
8. Når våknet du opp om morgenen uten å få sove igjen? Notér tidspunktet for din endelige oppvåkning.	06.15							
9. Når stod du opp?	06.40							
10. Hvordan var siste natts søvn totalt sett? 1 = veldig lett, 2 = lett, 3 = middels, 4 = dyp, 5 = veldig dyp	1							

KILDE: BJØRVATN, B. NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SØVNSYKDOMMER (SOVNO)

Kartlegging av søvnforstyrrelser



Subjektive mål (se sovno.no)

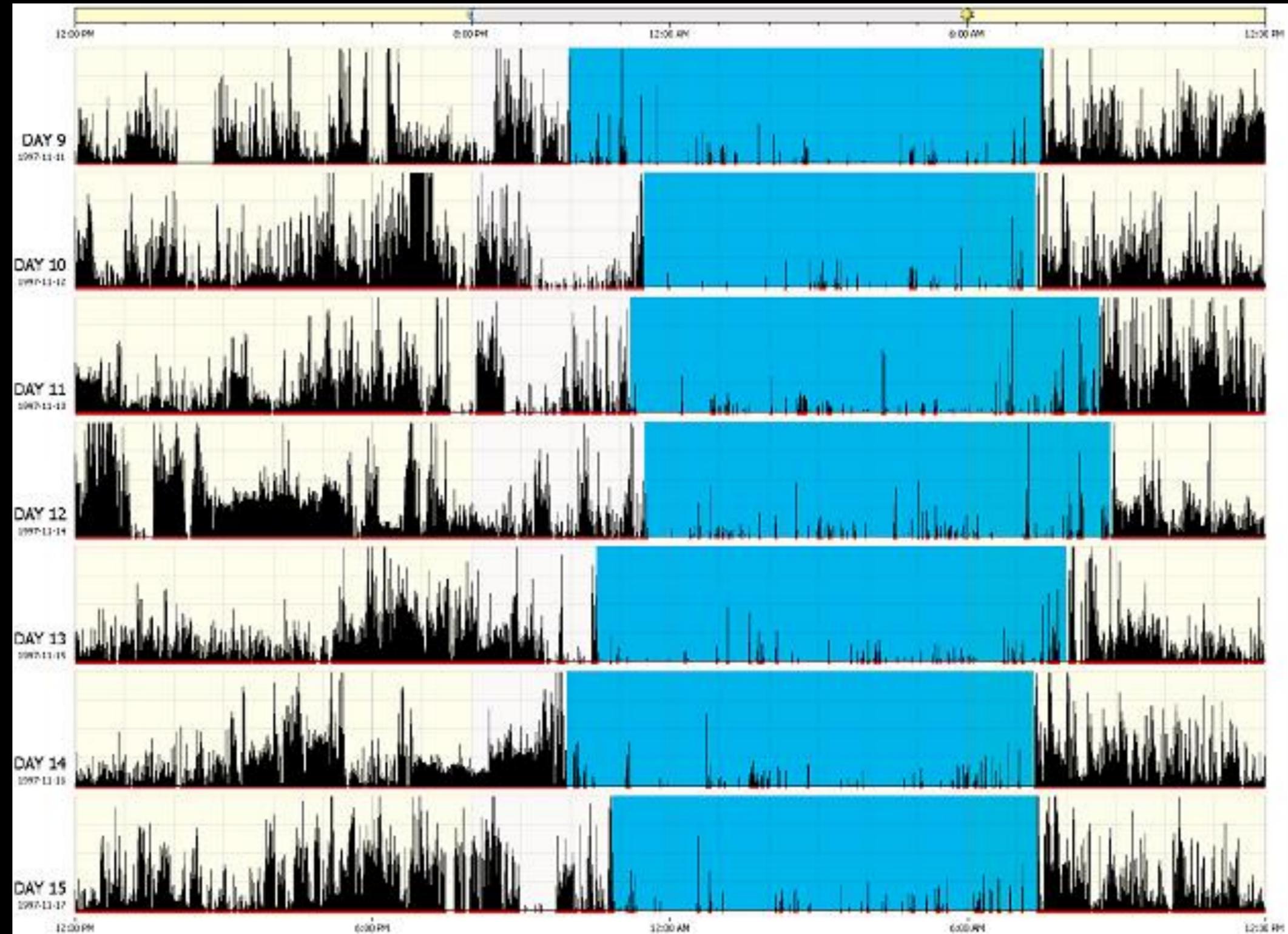
- Intervju
- Spørreskjema
- Søvnloggbok

Objektive mål

- Aktigrafi
- Polysomnografi (gullstandarden)

Aktigraf

Aksellerometer og ur, der data lagres i enheten



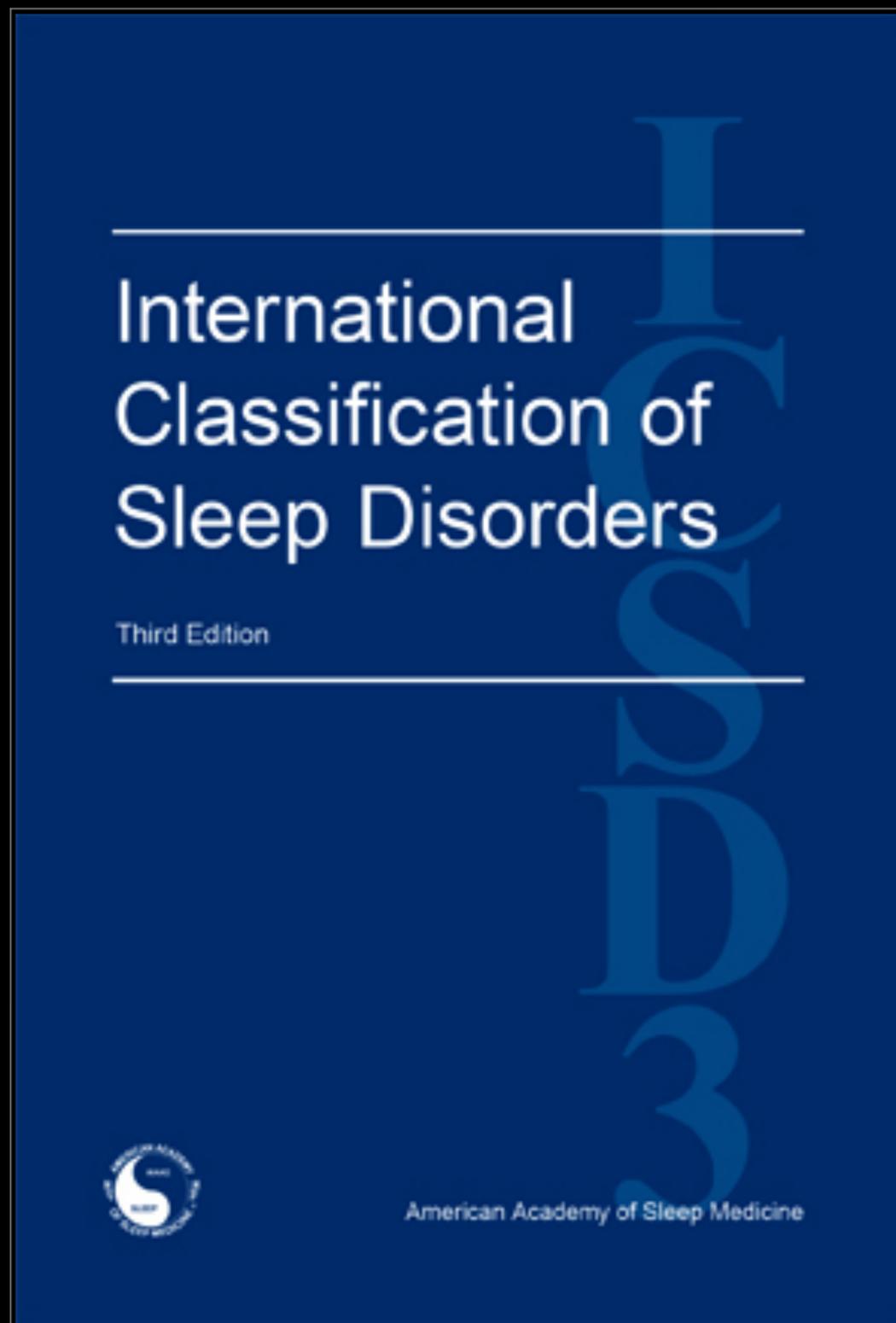


- Elektroencefalogram (EEG)
- Elektrooculogram (EOG)
- Elektromyogram (EMG)

Klinisk polysomnografi i tillegg:

- Respirasjonsmål
- Oksygenmetning
- Elektrokardiogram (EKG)
- Mål på muskelsammen-
trekninger i beina (m.
tibialis)

Polysomnografi (PSG)



- **Insomni**
- **Søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser**
- **Hypersomnier**
- **Døgnrytmeforstyrrelser**
- **Parasomnier**
- **Søvnrelaterte motoriske/ bevegelsesforstyrrelser**



● Insomni

• **Diagnostiske retningslinjer:**

- Enten problemer med å falle i søvn eller å forbli sovende, eller av dårlig søvnkvalitet; minst tre ganger i uken i minst én måned; opptatt av søvnløsheten og overdrevet bekymret over konsekvensene; forstyrret ordinær aktivitet på dagtid

• **Utredning:**

- Intervju, spørreskjema og søvndagbok
- Vansker med å sovne inn eller å opprettholde søvnen. Skårer ofte høyt på mål på tretthet (Fatigue Questionnaire eller Fatigue Severity Scale), skårer ofte lavt på søvnighet (Epworth Sleepiness Scale).

• **Behandling:**

- Stimuluskontroll, søvnrestriksjon, kognitive teknikker, søvnhygiene, avspenningsøvelser
- (Medikamentell ved akutt/forbigående)

- Søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser

- **Inkluderer:**

- Obstruktiv søvnapne, sentral søvnapne, søvnrelaterte hypoventilasjons/hypoksiske syndromer

- **Primære symptom:**

- Kraftig snorking, observerte apneer, gispning etter luft med hyppig oppvåkning, urolig søvn, økt søvnighet på dagtid. Epworth søvnighetskala >10.
- Ofte kort innsovningstid, mange oppvåkninger, dårlig søvnkvalitet.

- **Utredning:**

- Intervju og spørreskjema
- Polysomnografi (PSG), apnegrafi

- **Behandling:**

- Vektreduksjon og kontinuerlig overtrykksventilasjon (CPAP)
- Alternative behandlinger er bittskinner og kirurgisk behandling. Hos barn er kirurgi førstevalget (adenotonsillektomi)

- Søvnrelaterte respirasjons-forstyrrelser



- Søvnrelaterte respirasjons-forstyrrelser

• Hypersomnier

• Inkluderer:

- Narkolepsi, periodiske hypersomnier, idiopatisk hypersomni, atferdsindusert utilstrekkelig søvnssyndrom

• Primære symptom:

- Klager over søvnighet på dagtid. Ofte finner en at epworth søvnighetsskala ≥ 16 . Hovedårsaken til symptomet er **IKKE** forstyrret nattesøvn eller forstyrrelse i døgnrytmer.

• Utredning:

- Intervju, spør
- Polysomnogr
- Multippel sø

• Behandling

- Mot søvnighet (Ritalin), Moc
- Psykoedukas

Modafinil er førstevalget:

100-400 mg fordelt på 1 til 2 doser/dag

F.eks.:

100-200 mg om morgenen

100-200 mg kl. 12-13

Alle leger kan skrive ut modafinil (på A-resept)

(Viktig å ikke ta modafinil for sent på dagen siden det kan forstyrre nattesøvn)



• Døgnrytmeforstyrrelser

• **Inkluderer:**

- Forsinket og fremskyndet søvnfasesyndrom, irregulært søvn-våkenhetsmønster, frittløpende døgnrytme, jet lag og skiftarbeidslidelse.

• **Primære symptom:**

- Misforhold mellom den endogene døgnrytmen og ytre faktorer som regulerer tidspunktet for og varigheten av søvnen. Dersom de ikke får sove ut om morgenen skårer de ofte høyt på søvnighet (Epworth Sleepiness Scale)

• **Utredning:**

- Intervju, spørreskjema og søvndagbok (søvndagbok viser forstyrret døgnrytmen i forhold til ønskelig rytme).

• **Behandling:**

- Lysbehandling og evt. melatonin (fast release), Psykoedukasjon og søvnhygiene.



• Parasomnier

• **Inkluderer:**

- NREM-parasomnier (natnlige skrekkanfall, søvngjengeri, forvirret oppvåkning), REM-parasomnier (REM-søvn atferdsforstyrrelse, isolert søvnparalyse, mareritt), og andre parasomnier.

• **Primære symptom:**

- Uønskede fysiske hendelser eller opplevelser som finner sted ved innsovning, under søvn eller under oppvåkninger fra søvn.

• **Utredning:**

- Intervju og spørreskjema (tilstrekkelig for de fleste typer).
- For REM-søvn atferdsforstyrrelse: polysomnografi (PSG) videoovervåking.

• **Behandling:**

- Medikamentell, trygge miljøet (gjemme kniver, låse vindu etc.), søvnhygiene, psykoterapi (f.eks. mareritt).

International Classification of Sleep Disorders

Third Edition

ICSD-3

- Parasomnier

REM-søvn atferdsforstyrrelse

Diagnostiseres ved hjelp av
polysomnografi (PSG) og samtidig
videoovervåking



International
Classification of
Sleep Disorders

Third Edition

ICSD-3



American Academy of Sleep Medicine

- Parasomnier

**REM-søvn
atferdsforstyrrelse**





- Søvnrelaterte motoriske/ bevegelsesforstyrrelser

- **Inkluderer:**

- Urolige bein, periodiske beinbevegelser, leggekramper, bruksisme, søvnrelaterte rytmiske bevegelsesforstyrrelser.

- **Primære symptom:**

- Forholdsvis enkle og vanligvis stereotype bevegelser som forstyrrer søvnen.

- **Utredning**

- Intervju c

- For peric

- **Behandli**

- Jerntilsku

seponere

dopamin

og perio

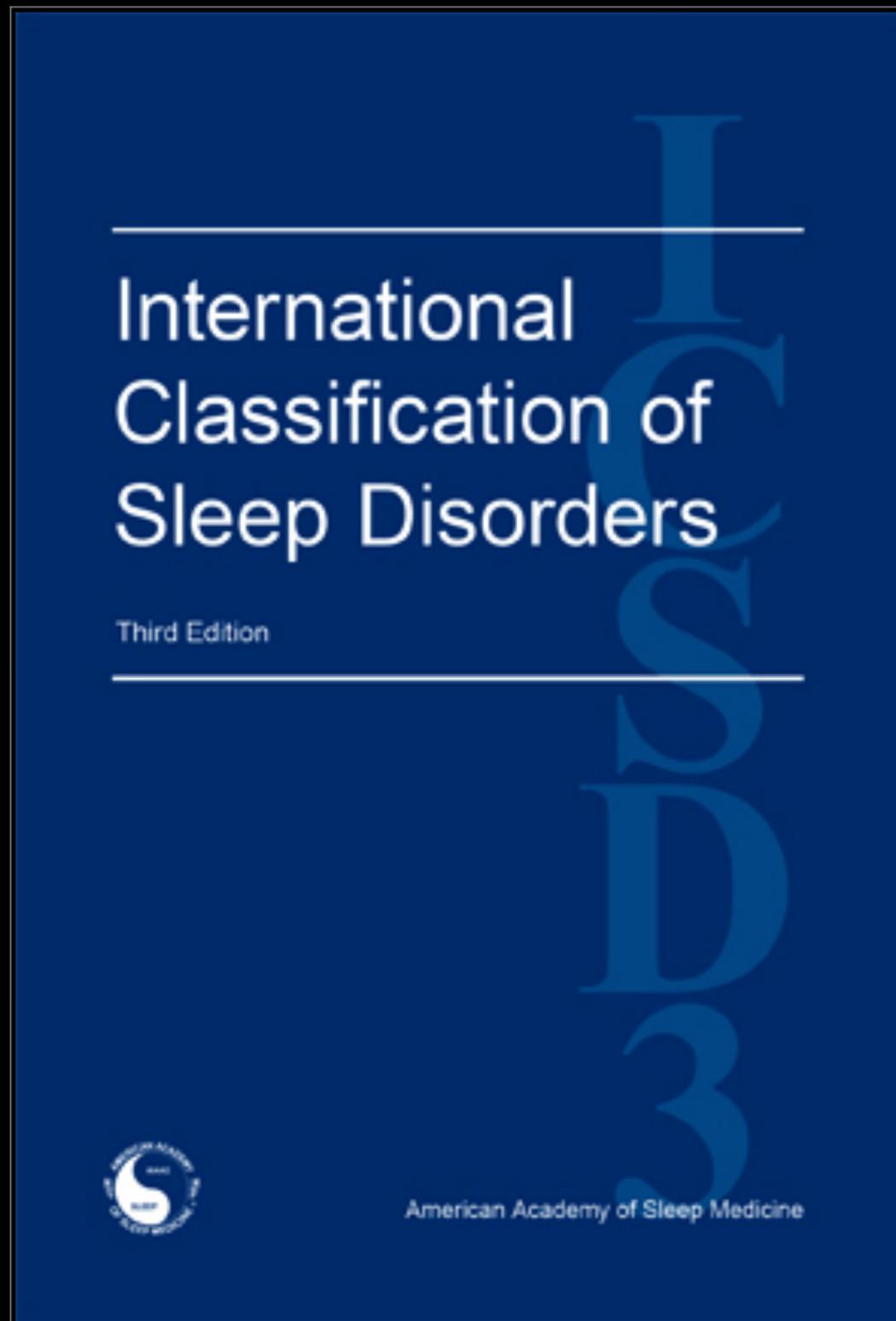
magnesi

Jerntilskudd:

- Det anbefales å gi jerntilskudd ved ferritinnivå under 50 mikrogram/l (dvs. ved høyere grense enn ved anemi)
- I første omgang perorale, men intravenøst har større effekt (sistnevnte er foreløpig eksperimentell)

Dopaminagonister:

- To dopaminagonister registret i Norge for restless legs:
 - pramipeksol 0,088 - 0,54 mg om kvelden
 - ropinirol 0,25-4 mg om kvelden
- OBS: anbefales ikke for gravide pga. risiko for toksiske effekter på fosteret



- **Insomni**
- **Søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser**
- **Hypersomnier**
- **Døgnrytmeforstyrrelser**
- **Parasomnier**
- **Søvnrelaterte motoriske/ bevegelsesforstyrrelser**



INSOMNI

INSOMNI

Insomni er et resultat av:

Utløsende stressfaktorer

- jobbstress, konflikter, økonomi, helse (f.eks. smerte eller annen sykdom)

Sårbarhetsfaktorer

- tendenser til å bekymre seg, høy alder, kvinne, familiehistorie med søvnvansker

Opprettholdende faktorer

- dårlige søvnvaner, irregulært søvnmønster, og bekymring for ikke å få nok søvn.

Diagnostiske retningslinjer (ICD-10)

- a) enten problemer med å falle i søvn eller å forbli sovende, eller dårlig søvnkvalitet
- b) disse symptomene tilstede minst tre netter i uken i minst én måned
- c) opptatt av søvnløsheten og overdrevet bekymret over konsekvensene
- d) forstyrret ordinær aktivitet på dagtid



Prevalens = 10-15%

World Health Organisation

ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines
Geneva. World Health Organisation.

Pallesen S, Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B.

A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population
Sleep Medicine 2014; 15, 173–179

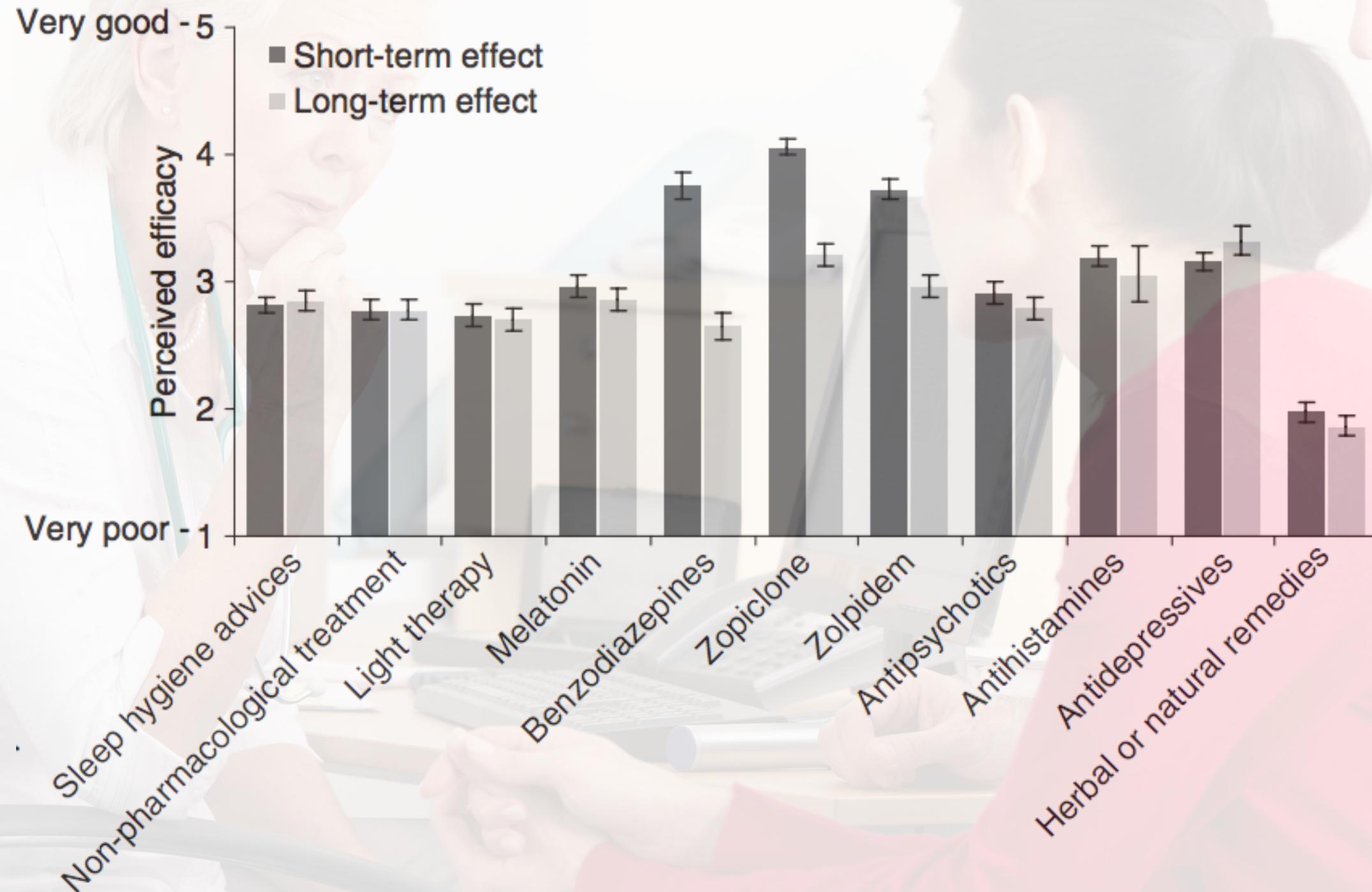
ALFRED HITCHCOCK PRESENTS
- CURE FOR INSOMNIA

"ALFRED
HITCHCOCK
PRESENTS"

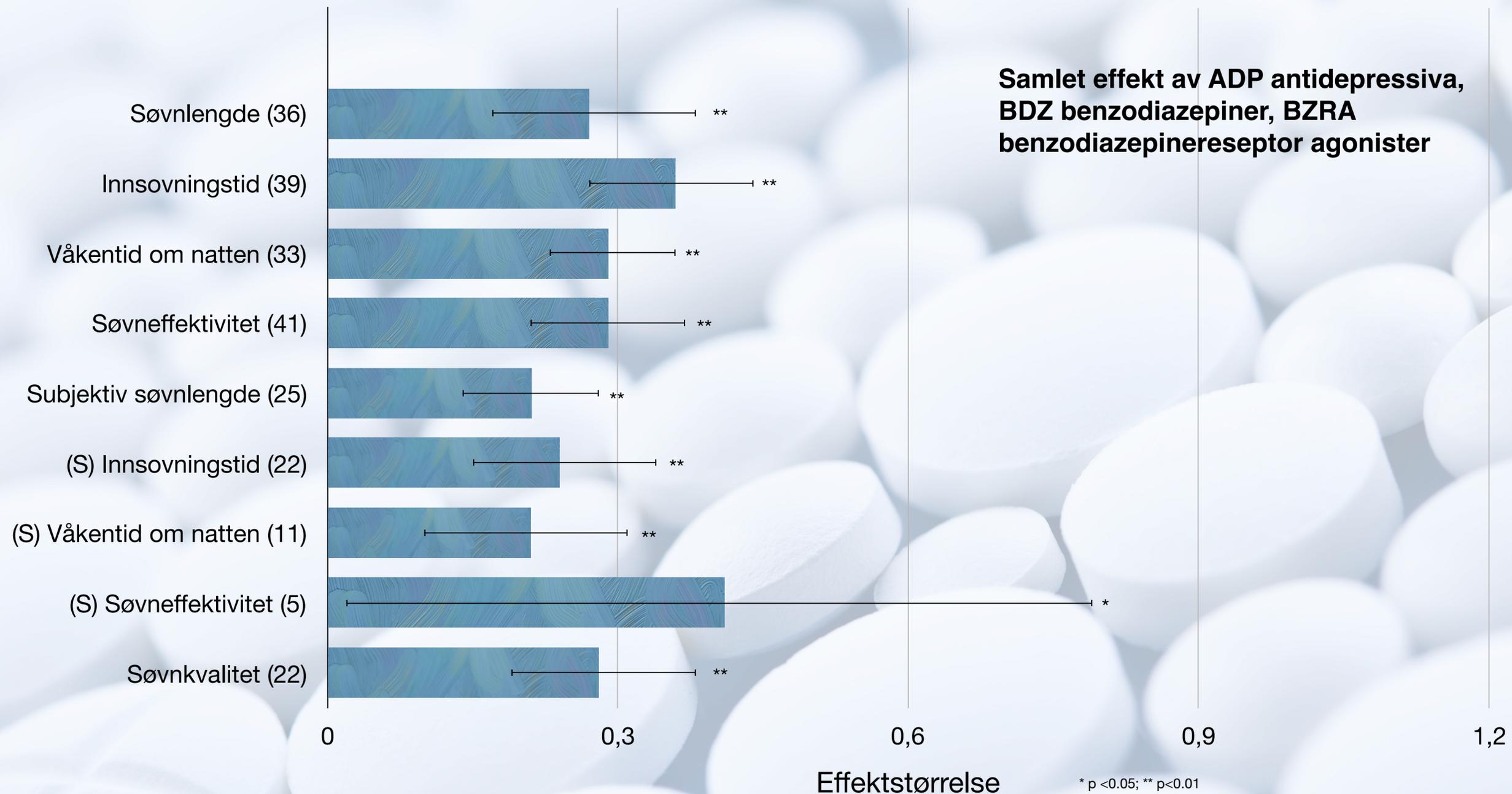




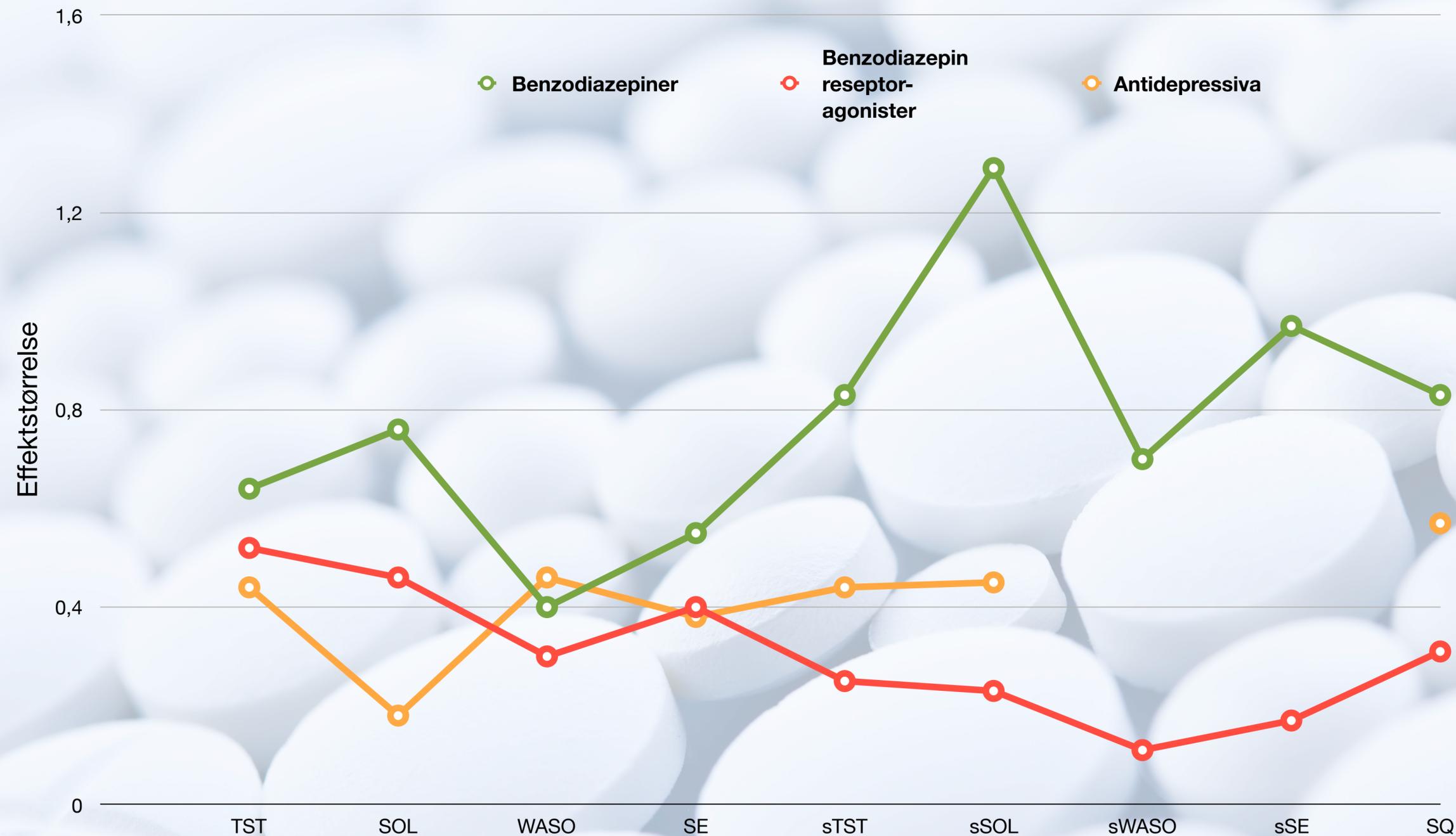
Hva synes fastleger at fungerer best?



Effekten av farmakologisk behandling på objektiv og subjektiv søvn



Effekten av farmakologisk behandling på objektiv og subjektiv søvn



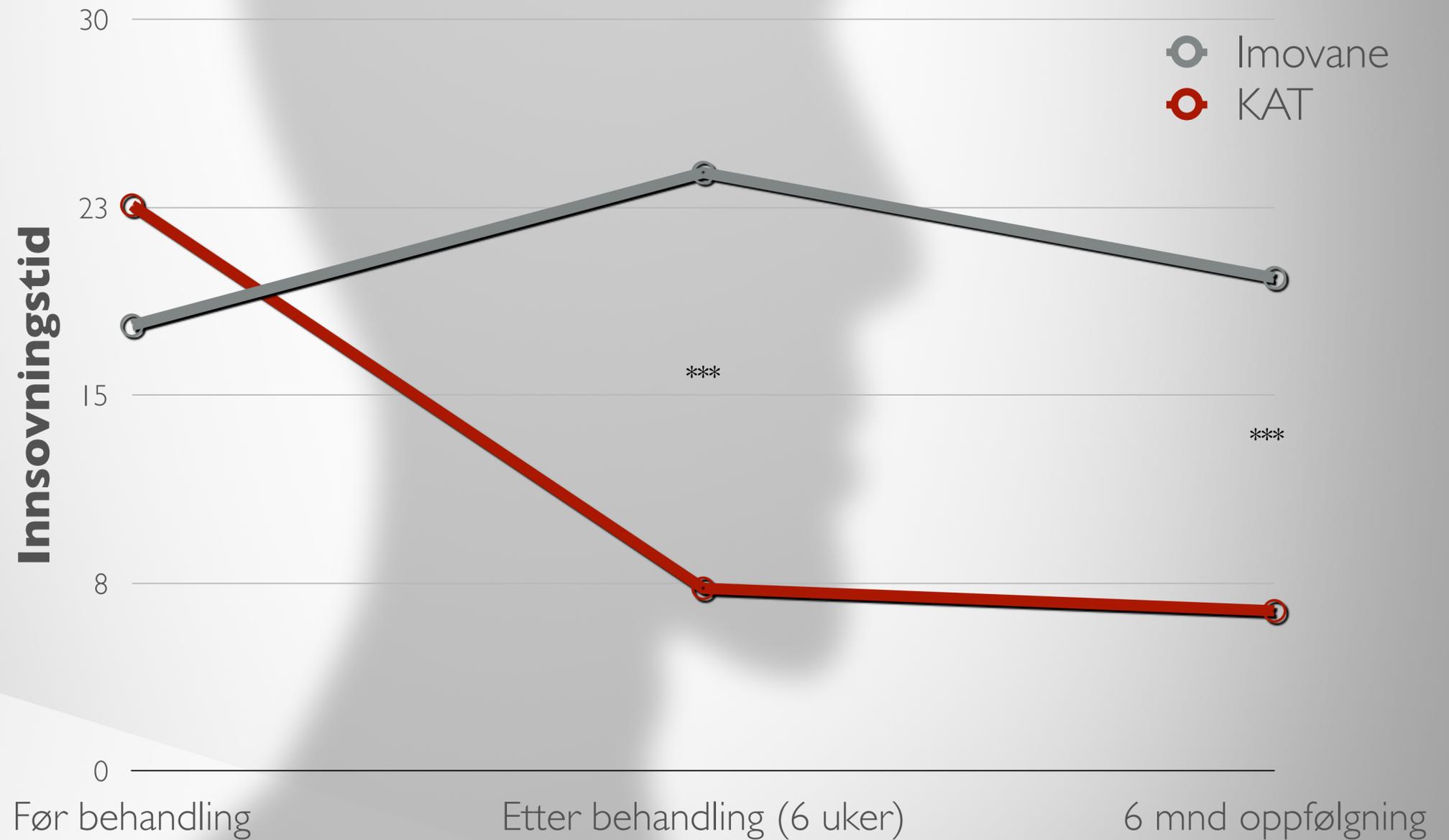
Effekten av kognitiv atferdsterapi på søvn

Effektstørreløse

Innsøvningsstid	0,41 - 1,05
Søvnkvalitet	0,94 - 1,14
Antall oppvåkninger	0,25 - 0,83
Våkentid om natten	0,61 - 1,03
Søvnlengde	0,15 - 0,49

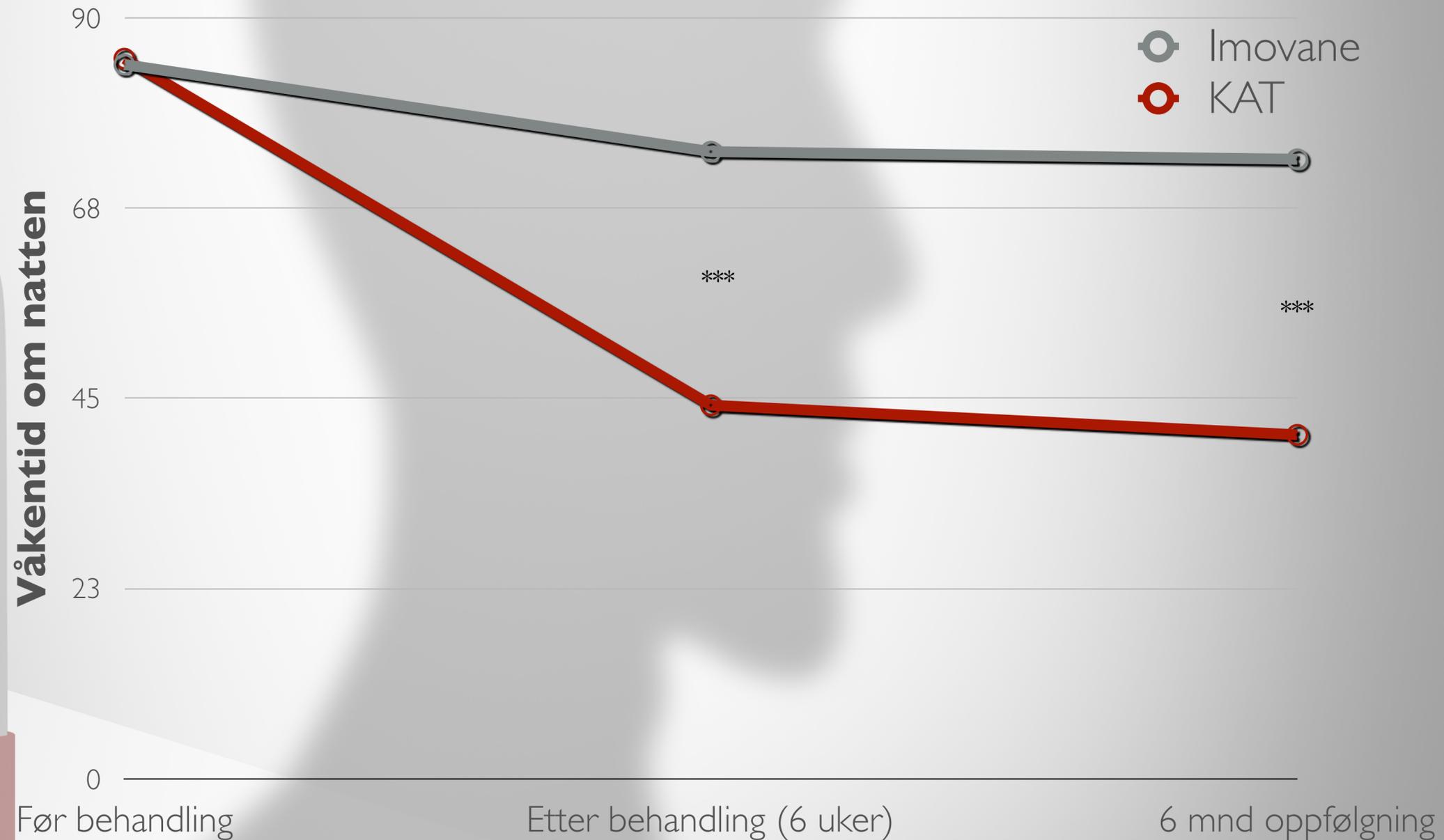


Kognitiv atferdsterapi vs zopiclone

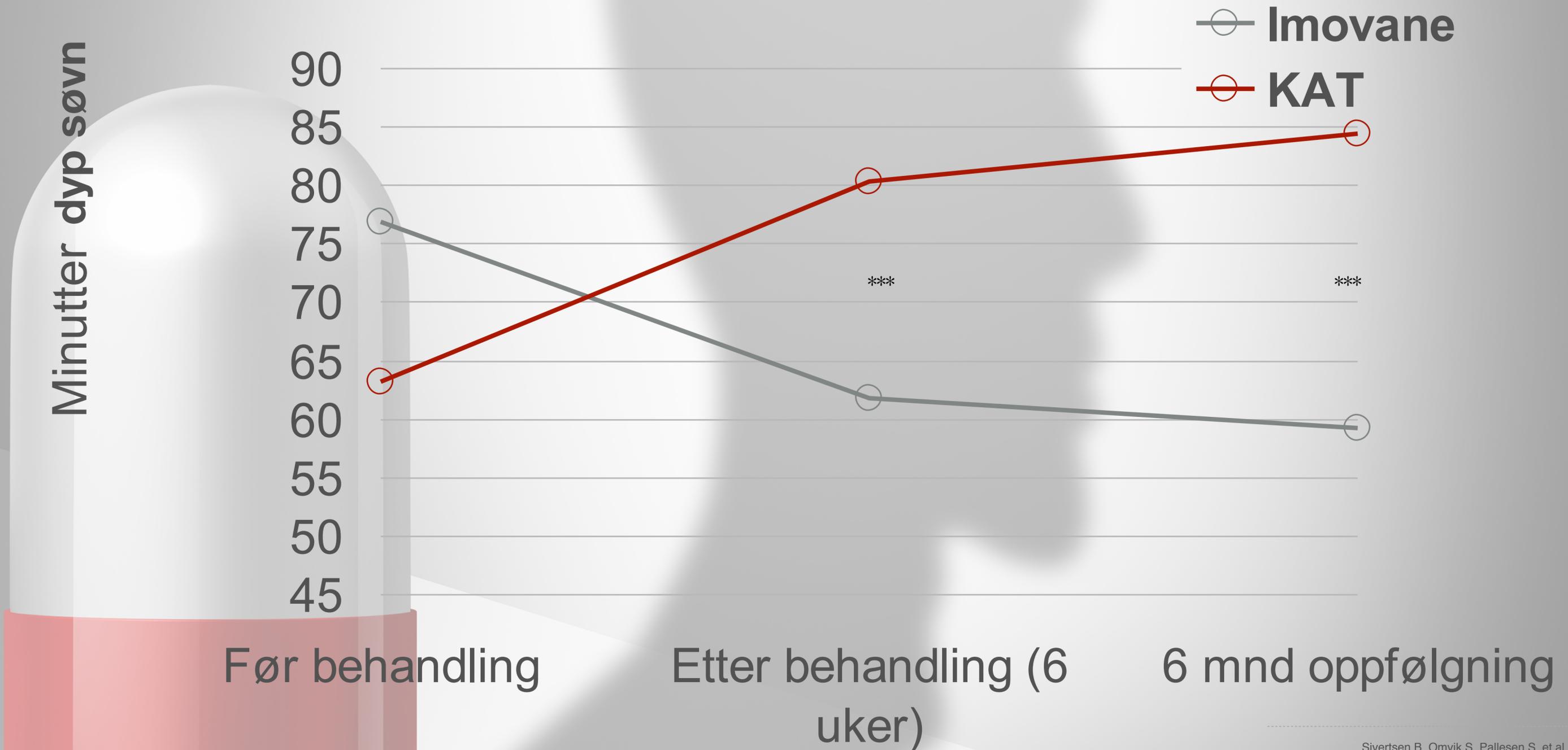


* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Kognitiv atferdsterapi vs zopiclone



Kognitiv atferdsterapi vs zopiclone



* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Kvetiapin er ikke en sovemedisin

KRONIKK

KAREN ASTRID BOLDINGH DEBERNARD

Karen Astrid Boldingh Debernard er cand.pharm., ph.d. og spesialrådgiver ved RELIS Sør-Øst, Avdeling for klinisk farmakologi og Avdeling for kompleks epilepsi, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JOACHIM FROST

Joachim Frost er spesialist i klinisk farmakologi, ph.d. og overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PÅL-DIDRIK HOFF ROLAND

E-post: didrik@relis.no
Pål-Didrik Hoff Roland er cand.pharm. og legemiddelrådgiver ved RELIS Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bruk av a
omfang, c
bivirkning

«Leger må være oppmerksomme på at man ved bruk av kvetiapin ved insomni forskriver utenfor godkjent indikasjon»

- Andregenerasjons antipsykotikum med søvnighet som en vanlig bivirkning (> 10 %)
- Utbredt forskrivningspraksis for søvnevansker, inkludert til barn, ungdom og eldre
- Uklar effekt på søvnevansker (finnes også studier som antyder forverring av søvnevansker), og det er ingen studier på langtidsvirkninger
- Betydelig bivirkningsrisiko også ved lave doser: vektøkning og metabolske forstyrrelser, inkludert økning i triglyserider, sedasjon på dagtid («hangover»), urolige bein, akatisi, munntørrehet og redusert oppmerksomhet.
- Ingen retningslinjer som anbefaler kvetiapin for behandling av insomni
- Rapport om problemer med å seponere og det er misbrukspotensial
- Kvetiapin har blitt omfattende markedsført til bruk utenfor godkjent indikasjon, deriblant insomni, og produsenten AstraZeneca er bøtelagt for dette i USA

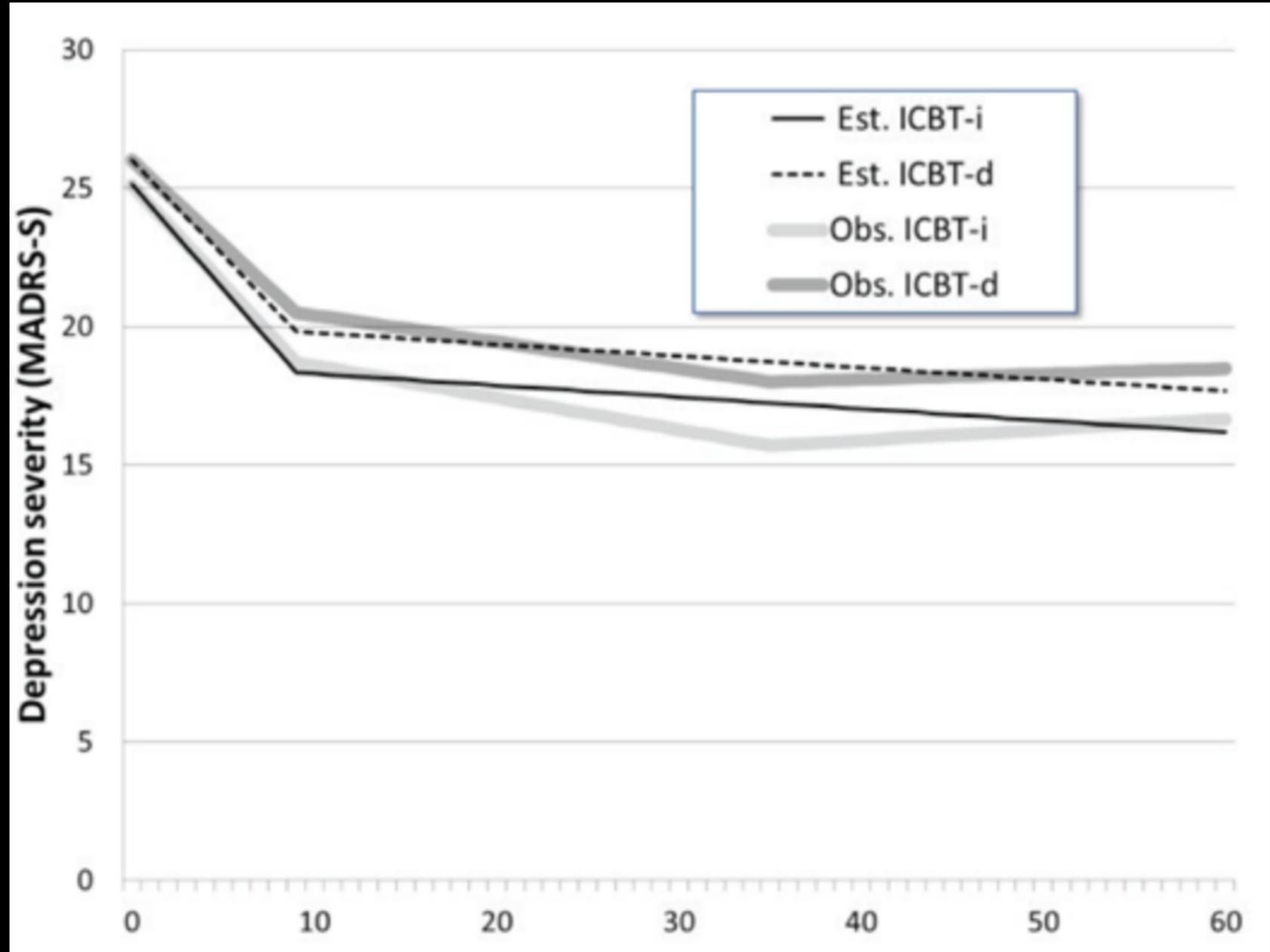
SØVN OG DEPRESJON

Hva er mest effektivt for depresjon?

CBT for depresjon

VS.

CBT for insomni



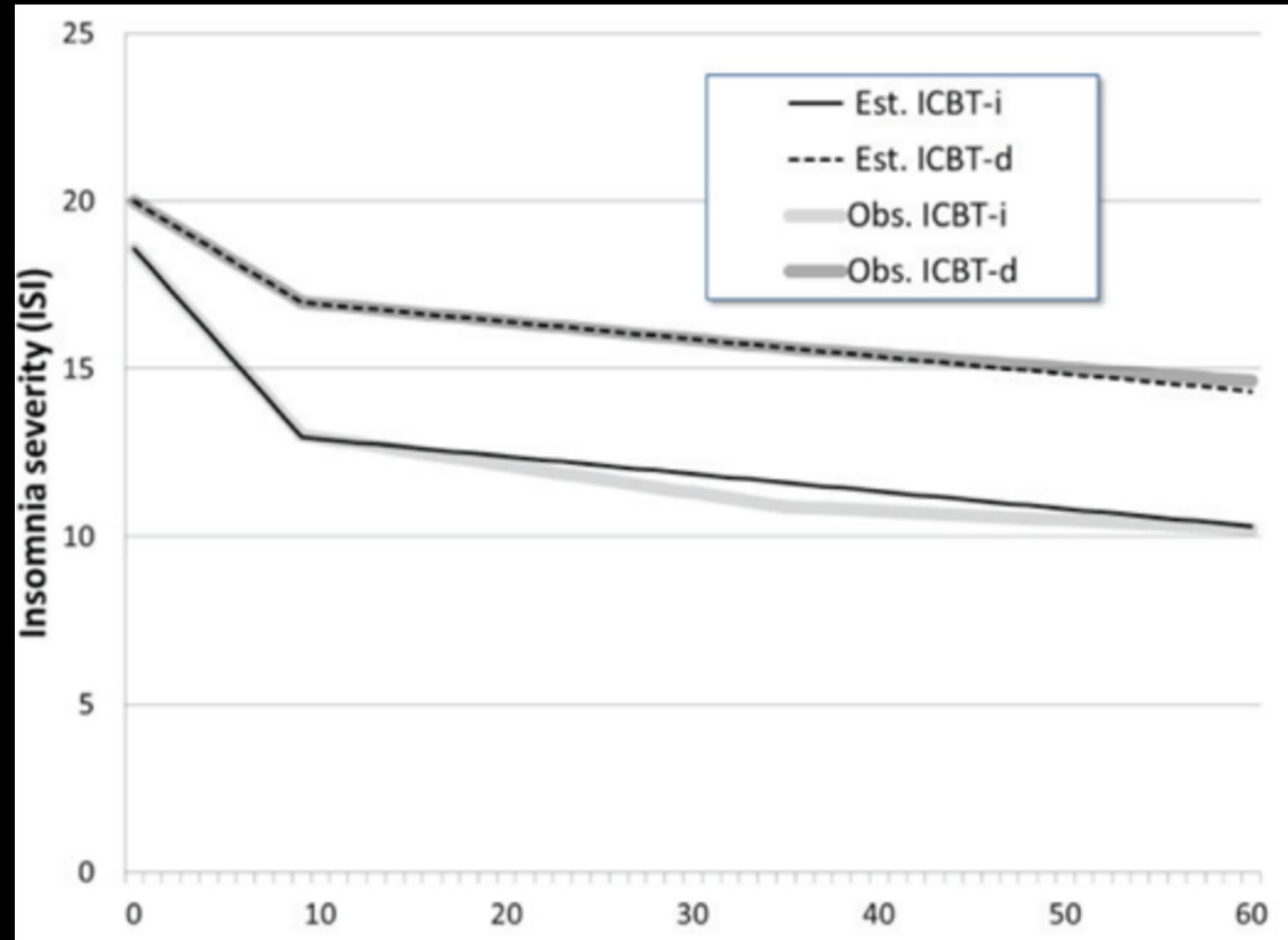
SØVN OG DEPRESJON

Hva er mest effektivt for ~~depresjon?~~ insomni?

CBT for
depresjon

VS.

CBT for
insomni





KOGNITIV ATFERDSTERAPI FOR INSOMNI

- **Stimuluskontroll**

Bootzin & Nicassio, 1978

- **Søvnrestriksjon**

Spielman, Saskin & Thorpy, 1987

- **kognitive teknikker**

Morin, Savard & Blais, 2000

- **Søvnhygiene**

Stepanski & Wyatt, 2003

- **Avspenningsmetoder**

Lichstein, 2000

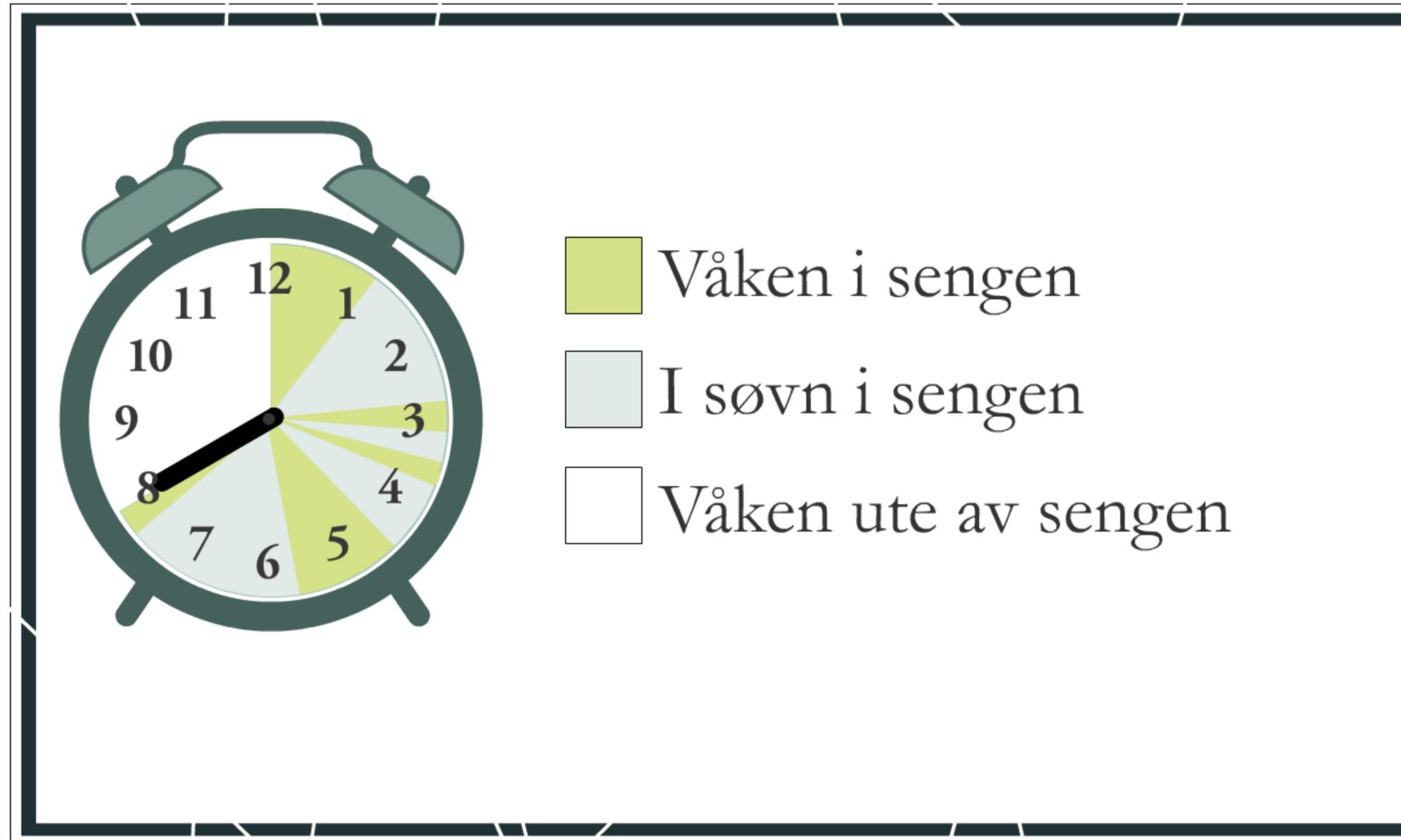
SØVNRESTRIKSJON OG STIMULUSKONTROLL

- De mest effektive komponentene i behandlingen
- Målet er å:
 - samle søvnen i én sammenhengende periode
 - leggetid, soverom og seng skal styrkes som utløsere for søvn



SØVNRESTRIKSJON

Typisk natt for person med insomni:



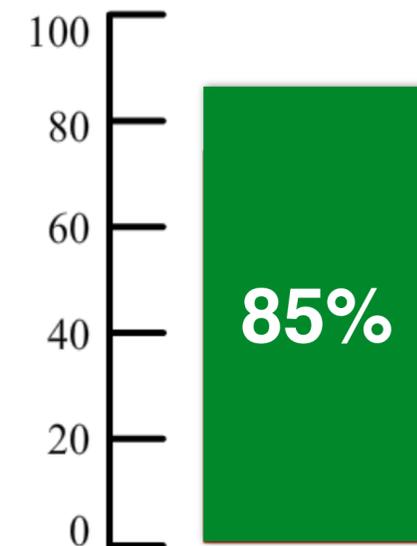
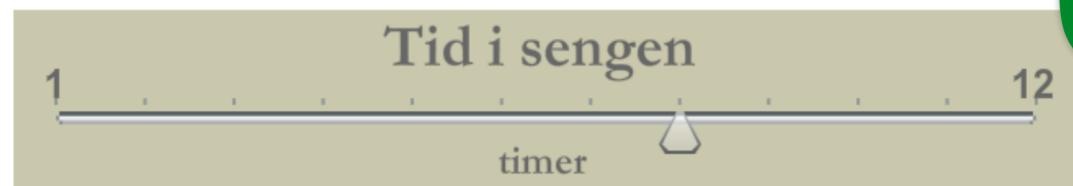
SØVNRESTRIKSJON

Hva er søvneffektivitet?

Bruk den øverste glidebryteren til å angi «Total søvntid». Bruk den nederste glidebryteren for å se hvordan «Tid i sengen» påvirker søvneffektiviteten.



$$\frac{\text{TST}_{\text{Total søvntid}} \quad 6.0}{\text{TIS}_{\text{Tid i sengen}} \quad 8.0} \times 100 =$$



**BØR VÆRE 85%
ELLER HØYERE**

en
synker når du blir liggende i sengen
uten å sove.

SØVNRESTRIKSJON

SØVNDAGBOK UKE 1

Spørsmål 1-3 fylles ut før sengetid, resten av skjemaet fylles ut om morgenen.
Husk å notere dato.

	Eksempel	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Dato	1. mars							
1. Hvordan har du fungert på dagtid? 1 = veldig bra, 2 = bra, 3 = middels, 4 = dårlig, 5 = veldig dårlig	4							
2. Har du tatt en eller flere blunder i løpet av dagen? Notér tidspunktene for alle blundene.	16:00-16:30 og 18:15-18:30							
3. Har du tatt sovemedisin og/eller alkohol som hjelp til å sove? Notér medikament og dose, samt ev. alkoholinntak.	5 mg Imovane 1 glass rødvin							
4. Når gikk du til sengs? Når skrudde du av lyset?	22.30 23.00							
5. Hvor lang tid tok det fra lyset var skrudd av til du sovnet?	45 min							
6. Hvor mange ganger våknet du i løpet av natten?	3							
7. Hvor lange var oppvåkingsperiodene? Oppgi antall minutter for hver oppvåkning.	15, 30, 80							
8. Når våknet du opp om morgenen uten å få sove igjen? Notér tidspunktet for din endelige oppvåkning.	06.15							
9. Når stod du opp?	06.40							
10. Hvordan var siste natts søvn totalt sett? 1 = veldig lett, 2 = lett, 3 = middels, 4 = dyp, 5 = veldig dyp	1							

Total søvntid =
Tid i sengen - innsovningstid - våkentid om natten - våkentid om morgenen

Tid i sengen

SØVNEFFEKTIVITET =

$$\frac{TST_{\text{Total søvntid}}}{TIS_{\text{Tid i sengen}}} \times 100 =$$

KILDE: BJØRVATN, B. NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SØVNSYKDOMMER (SOVNO)

SØVNRESTRIKSJON

Finn sønnevinduet:



SØVNRESTRIKSJON

Minimum for søvnvinduet

- Vi anbefaler aldri et søvnvindu på mindre enn 5 timer per natt, selv om pasienten skulle oppnå mindre søvn enn dette per natt uken før.

Et søvnvindu på mindre enn fem timer kan virke negativt inn på funksjonsnivået på dagtid, og øke faren for at pasienten sovner til feil tid eller sted i løpet av dagen.

SØVNRESTRIKSJON

Maximum for søvnvinduet

- Søvnvinduet er den tiden pasienten KAN tilbringe i sengen. Den faktiske tiden de er i sengen kan være kortere.

Pasientene må likevel stå opp til fastsatt tid uavhengig av hvor lite søvn de ender opp med å få. Dette gjelder også selv om de sovnet bare tre timer før Stå opp-tiden.

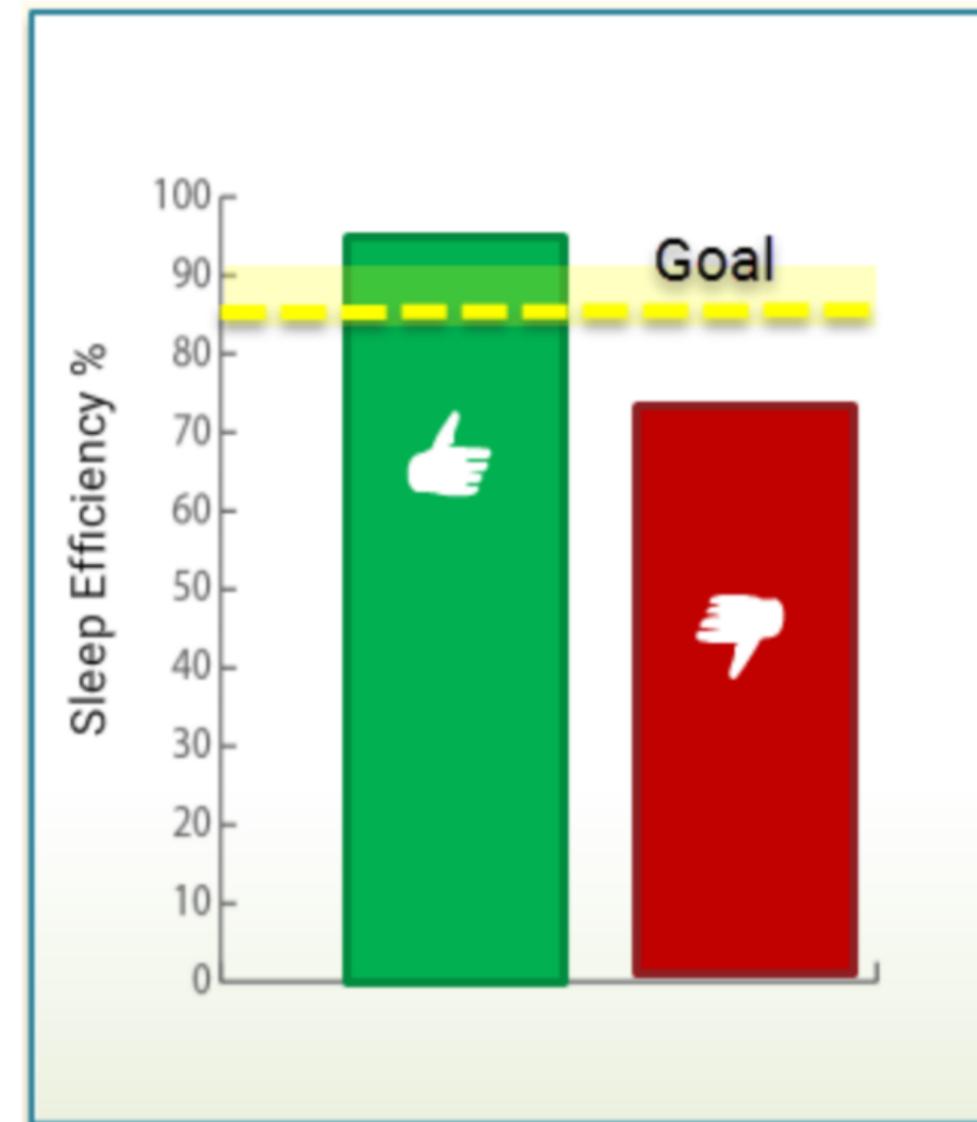
SØVNRESTRIKSJON

Juster søvnvinduet hver uke:

$\geq 85\%$ utvid med 20 min

80-84 % behold samme

$<80\%$ reduser med 20 min



STIMULUSKONTROLL

REGEL 1

HOLD DEG
VÅKEN TIL
SENGETIDEN I
SØVNVINDUET
DITT

REGEL 2

IKKE LEGG
DEG FØR DU
ER SØVNIG

REGEL 3

STÅ OPP HVIS
DU IKKE FÅR
SOVE

REGEL 4

STÅ OPP TIL
SAMME TID
HVER
MORGEN

REGEL 5

BLUNDER ER
IKKE TILLATT

REGEL 6

SOVEROMMET
SKAL KUN
BRUKES TIL
SØVN OG SEX

STIMULUSKONTROLL

REGEL 1

HOLD DEG
VÅKEN TIL
SENGETIDEN I
SØVNVINDUET
DITT

REGEL 2

IKKE LEGG
DEG FØR DU
ER SØVNIG

REGEL 3

STÅ OPP HVIS
DU IKKE FÅR
SOVE

Mange som har søvnvansker legger seg tidlig i håp om å få sove til "normal" tid. Men det å legge seg for tidlig, særlig hvis du ikke er søvnig, vil bare gjøre vondt verre. Det vil medføre at hjernen og kroppen etter hvert assosierer sengen og soveromsomgivelsene med våkenhet, snarere enn søvnighet. Når du legger deg for tidlig om kvelden får du også mer tid til å bekymre deg over at du ikke får sove.

STIMULUSKONTROLL

REGEL 1

HOLD DEG
VÅKEN TIL
SENGETIDEN I
SØVNVINDUET
DITT

REGEL 2

IKKE LEGG
DEG FØR DU
ER SØVNIG

REGEL 3

STÅ OPP HVIS
DU IKKE FÅR
SOVE

Ligg aldri våken i mer enn 15-20 minutter. Hvis du føler deg søvning, legger deg og ikke får sove innen 15-20 minutter: stå opp igjen. Stå også opp igjen hvis du våkner i løpet av natten og ikke får sove igjen innen 15-20 minutter. Du prøver å lære kroppen og hjernen din at sengen er et sted man sover. Det å ligge i sengen når du er våken sender feil melding til kroppen og hjernen.

STIMULUSKONTROLL

Stå opp til samme tid hele uken gjennom. Sett vekkerklokken på den tiden du skal stå opp, og kom deg ut av sengen hver morgen, ukedager og helgedager, uansett hvor lite du sov natten før. Selv om det kan være fristende å ligge lengre fordi du ikke sov godt eller å ligge lengre i helgene, skal du prøve å holde regelmessige tider for når du står opp. På denne måten kan du justere den biologiske klokken din og få søvnen på rett kurs.

REGEL 4

STÅ OPP TIL
SAMME TID
HVER
MORGEN

REGEL 5

BLUNDER ER
IKKE TILLATT

REGEL 6

SOVEROMMET
SKAL KUN
BRUKES TIL
SØVN OG SEX

STIMULUSKONTROLL

REGEL 1

REGEL 2

REGEL 3

Selv om mange med søvnvansker prøver å ta seg en blund for å kompensere, virker ofte denne strategien mot sin hensikt. For mennesker med søvnløshet forstyrrer blundene søvn-våkenrytmen og ødelegger nattesøvnen. Husk at du vil føle deg mer søvnig om kvelden og ha større sjanse for å sovne hvis du holder deg våken hele dagen.

REGEL 4

STÅ OPP TIL
SAMME TID
HVER
MORGEN

REGEL 5

BLUNDER ER
IKKE TILLATT

REGEL 6

SOVEROMMET
SKAL KUN
BRUKES TIL
SØVN OG SEX

STIMULUSKONTROLL

REGEL 1

REGEL 2

REGEL 3

Ikke les, se TV, spis, surf på nett, snakk i telefon eller arbeid i sengen, verken om dagen eller om natten. Det er viktig at du kun bruker soverommet ditt til søvn (og sex). Når du driver med andre aktiviteter på soverommet forteller det hjernen og kroppen din at sengen er et sted du kan være våken, ikke bare sove.

REGEL 4

STÅ OPP TIL
SAMME TID
HVER
MORGEN

REGEL 5

BLUNDER ER
IKKE TILLATT

REGEL 6

SOVEROMMET
SKAL KUN
BRUKES TIL
SØVN OG SEX

STIMULUSKONTROLL

REGEL 1

HOLD DEG
VÅKEN TIL
SENGETIDEN I
SØVNVINDUET
DITT

REGEL 2

IKKE LEGG
DEG FØR DU
ER SØVNIG

REGEL 3

STÅ OPP HVIS
DU IKKE FÅR
SOVE

REGEL 4

STÅ OPP TIL
SAMME TID
HVER
MORGEN

REGEL 5

BLUNDER ER
IKKE TILLATT

REGEL 6

SOVEROMMET
SKAL KUN
BRUKES TIL
SØVN OG SEX



KOGNITIVE TEKNIKKER

KOGNITVTE TEKNIKKER

Overdrive betydningen av søvn:

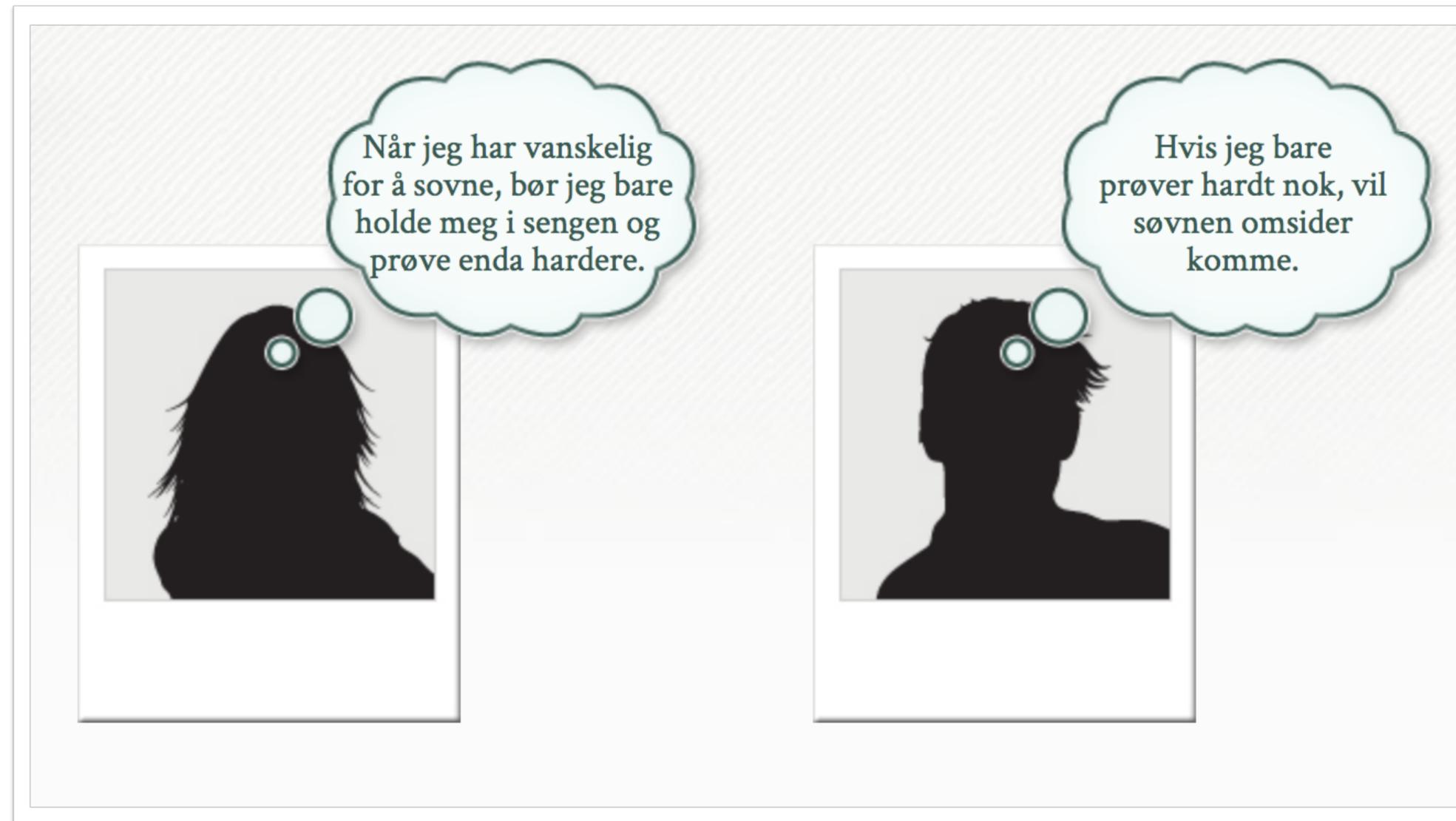
- Øker presset for å få en god natts søvn.
- Forsterker opplevelsen av søvn som ukontrollerbar.
- Reduserer evnen til å glede seg over livet.



**Søvn skal kun utgjøre en tredjedel av menneskers liv,
ikke dominere fokuset og ødelegge hele livet**

KOGNITVTE TEKNIKKER

Prøv aldri å tvinge deg selv til å sovne:



KOGNITVTE TEKNIKKER

Skylder alt på søvnen:

- «Dette er ødeleggende for min ytelse og prestasjoner, velvære, helse og utseendet!»



Sokratiske spørsmål:

- «Opplever du alltid redusert funksjon etter dårlig nattesøvn?»
- «Opplever du alltid disse konsekvensene like sterkt?»
- «Finnes det andre mulige årsaker?»
 - Relasjonskonflikt, stress på jobb, etc.

Oppfordre til økt toleranse

KOGNITVTE TEKNIKKER

Atferdseksperiment:

1. Pasienten angir hvordan han/hun tror søvnen påvirker humøret/ytelsesevnen
2. Bruk kommentarfeltet i søvndagboken til å registrer humør/ytelsesevnen i én uke, ranger fra 0 (elendig) til 4 (kjempebra).



Etter 1 uke:

- «Er humøret/ytelsesevnen din alltid dårligere etter en natt med dårlig søvn?»
- «Er det mulig å være i godt humør eller fungere godt etter en natt med dårlig søvn?»

KOGNITVTE TEKNIKKER

ABC-modellen for å endre negative tanker:



Hendelse/situasjon (A)	Tanke (B)	Følelse (C)	Alternative tanker til B
Jeg har sover atlfør lite i natt	Alle på jobben kommer til å se at jeg er sliten. Jeg tenker jeg bør bli hjemme	Flau, urolig, fortvilet	<ul style="list-style-type: none">• Det er ikke sikkert det er så mange som legger merke til det.• Sikkert noen andre som også har sovet dårlig.• Hjelper med en dusj og litt frisk luft.• Det er ikke så farlig om noen ser det, alle kan ha en dårlig natt søvn.• Kanskje det er bedre å gå på jobb og få tankene over på noe annet
Jeg ligger i sengen uten å få sove	Jeg er redd jeg har mistet kontrollen over evnen til å sove.	Engstelig (60 %)	<ul style="list-style-type: none">• Jeg har hatt dårlige netter før, og kommer meg alltid gjennom dagen.• Hvis søvn blir for viktig for meg og jeg forsøker å tvinge meg selv til å sove, blir det enda vanskeligere å sove. Søvn vil komme lettere hvis ikke jeg prøver å tvinge meg selv.• Hvis jeg sover dårlig i natt blir det nok en tung dag i morgen, men desto enklere å sovne igjen når jeg legger meg i morgen.

KOGNITVTE TEKNIKKER

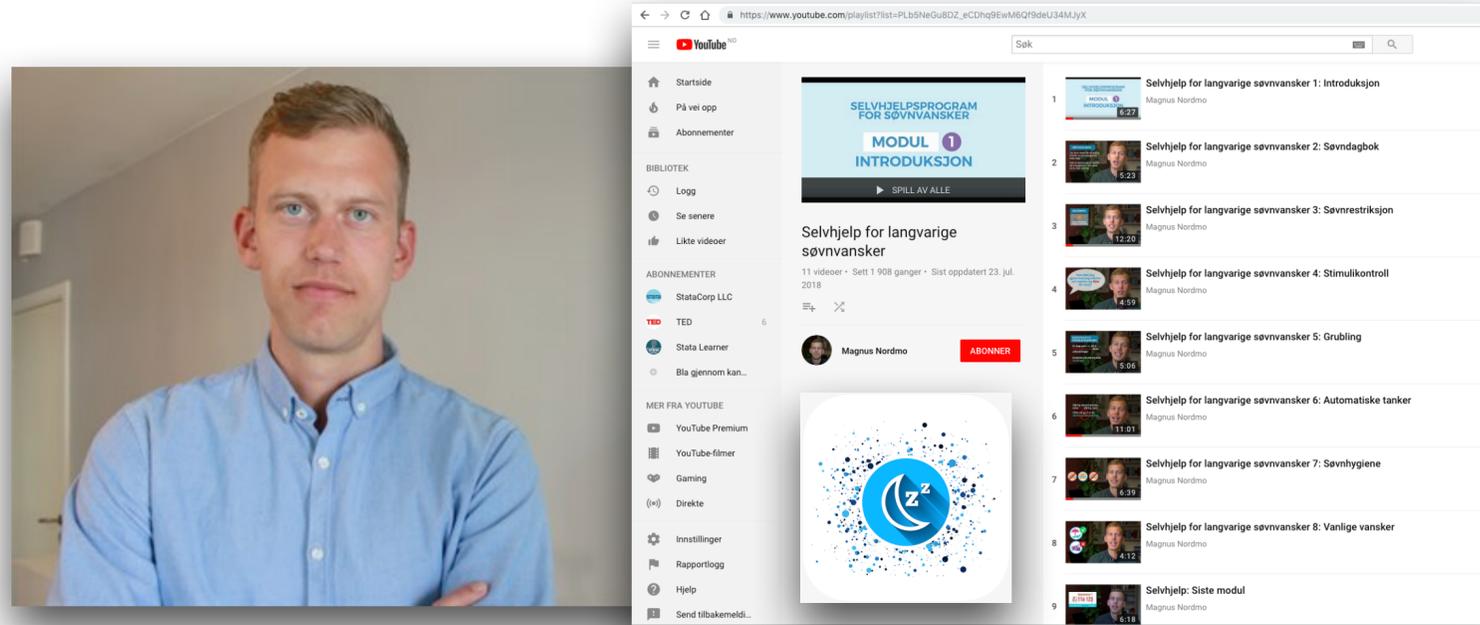
Tankekjør:

- La tankene vandre fritt, observer dem, men ikke prøv å kontrollere dem.
- Organisere tankene («dette var en tanke om morgendagen», «dette var en pessimistisk tanke»)
- Unngå å gå i dialog med deg selv om innholdet i tankene
- Få tankene ut av hode og ned på papiret, ved å notere dem ned, slik at en kan løse problemet i morgen: «Dette ordner jeg i morgen»

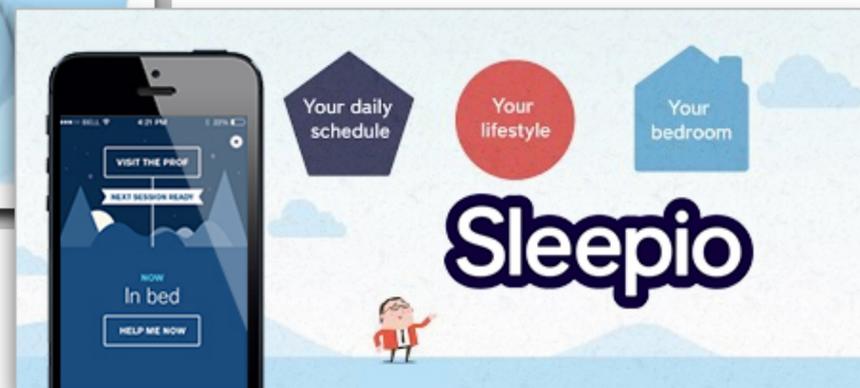
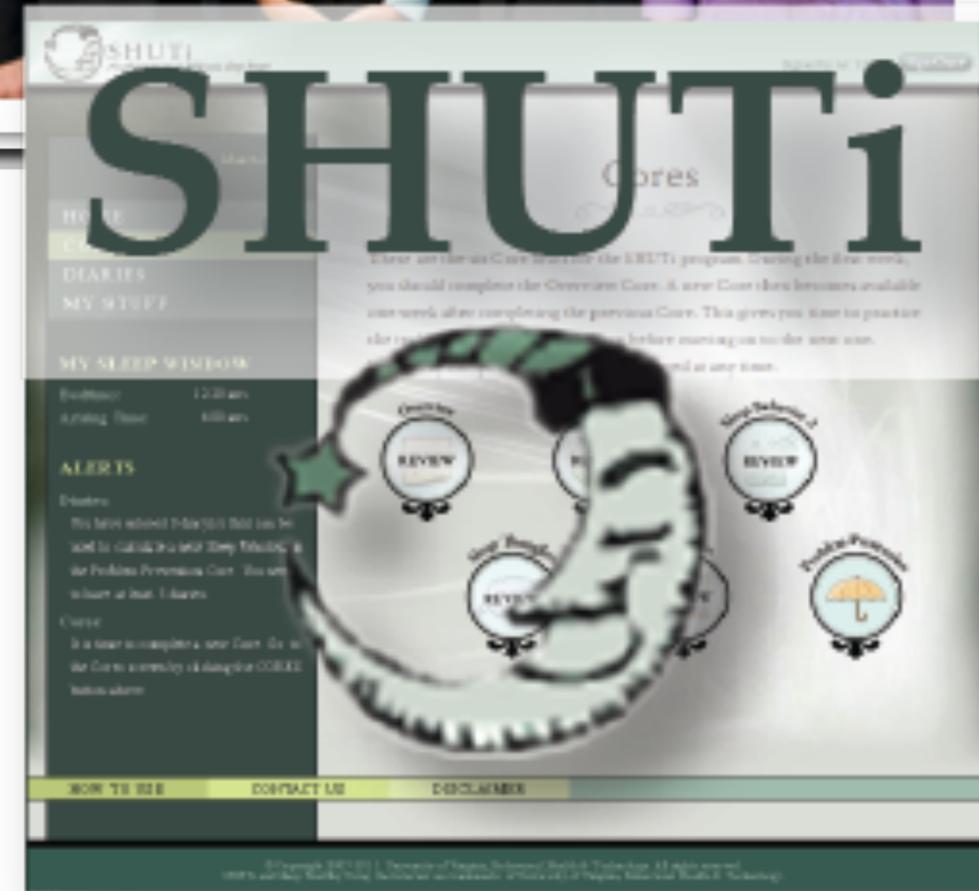


**Sett av 20 minutter tidlig om kvelden for å
«legge dagen til hvile».**

INTERNETT-INTERVENSJONER FOR INSOMNI



https://www.youtube.com/playlist?list=PLb5NeGu8DZ_eCDhq9EwM6Qf9deU34MJyX



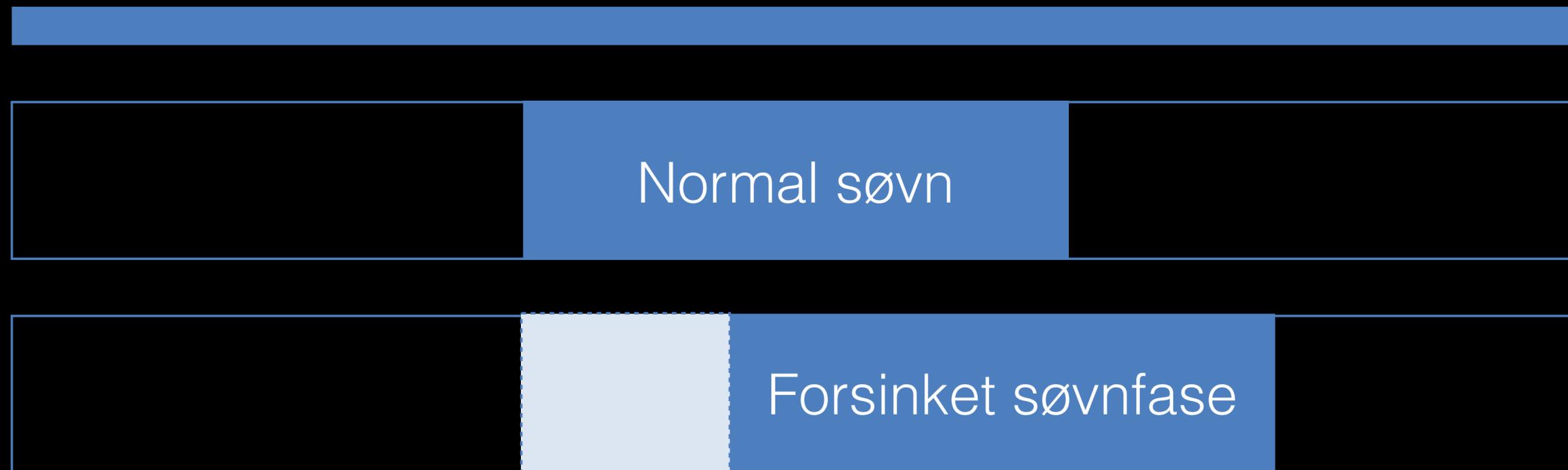


Forsinket søvnfasesyndrom

Behandlingsprinsipper

Forsinket søvnfasesyndrom

16:00 18:00 20:00 22:00 24:00 02:00 04:00 06:00 08:00 10:00 12:00 14:00



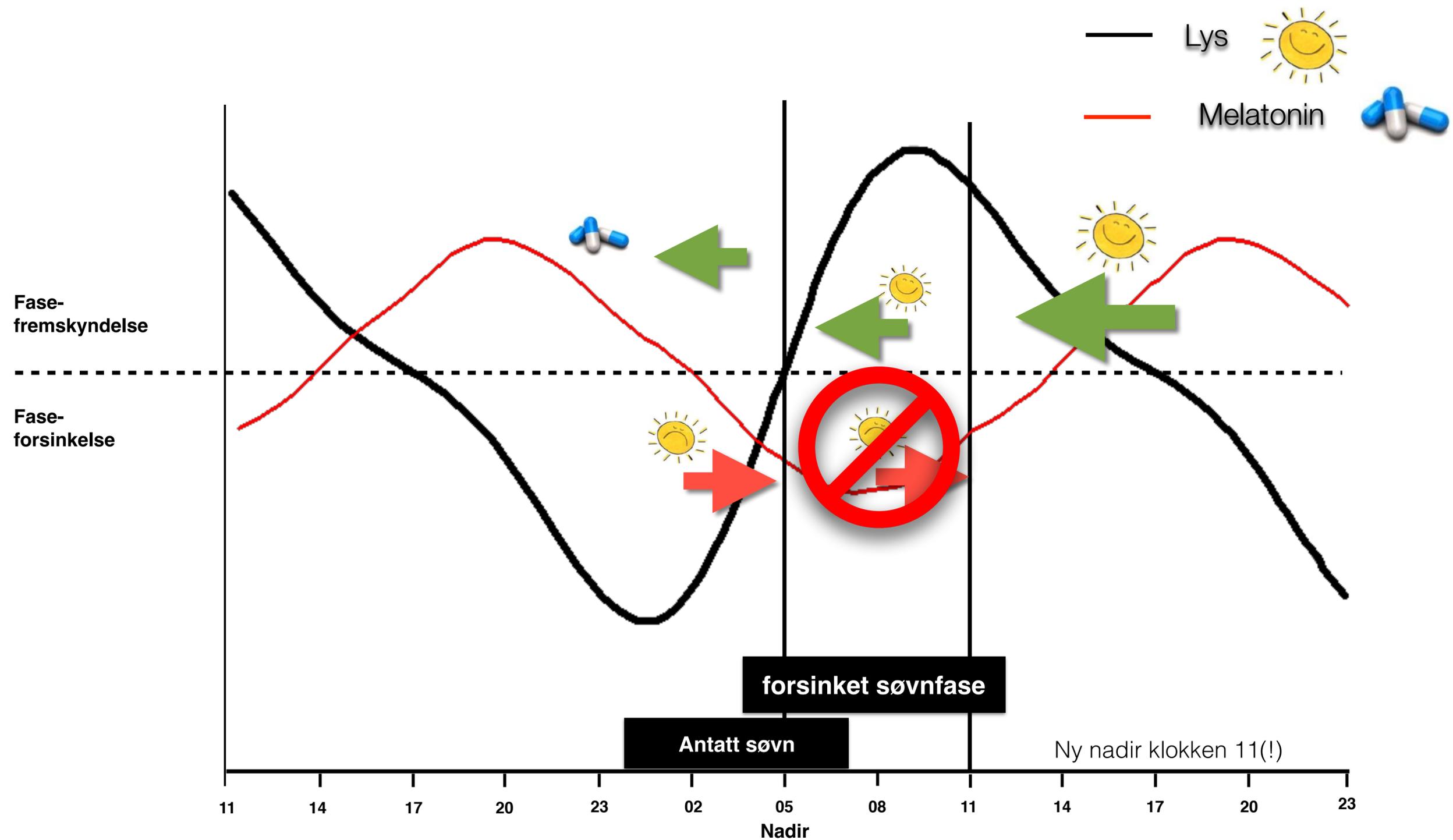
Forekomst:

(AASM, 2005)

7 – 16% forsinket søvnfase-syndrom hos ungdom og unge voksne

Skole / jobb

Effekten av lys og melatonin



Khalsa et al.
Journal of Physiology
2003; 549, 945-952

Lewy et al.
Chronobiology International
1998; 15, 71-83

Nadir = bunnpunktet i kroppstemperaturen (ca. 2 timer før vi vanligvis står opp)

Behandlingsprotokoll

tid for lys
(10 000 lux, 30-45 minutter)



tid for melatonin



kl. 22:00

kl. 21:00

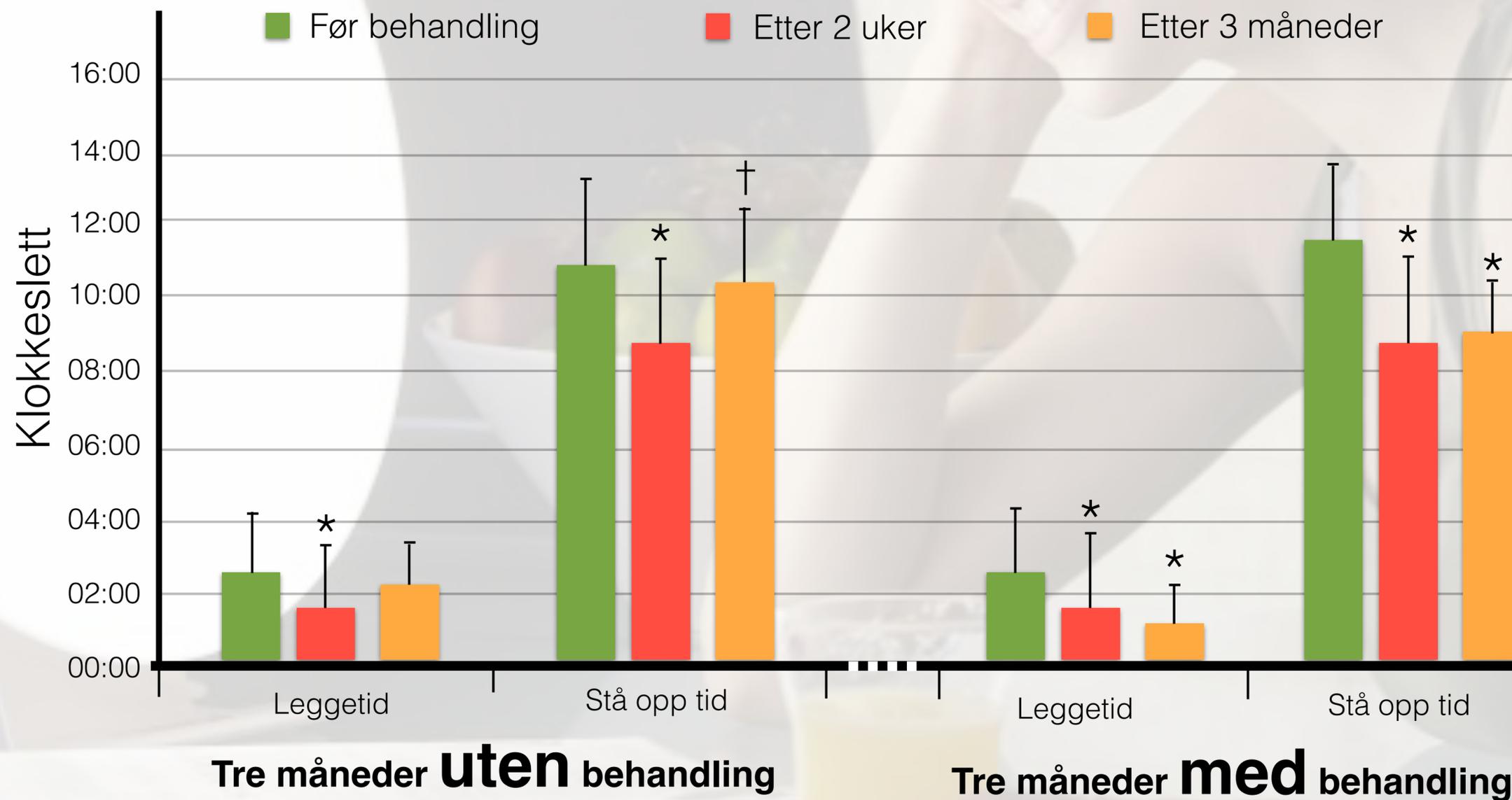
kl. 20:00

kl. 20:00

kl. 20:00

**Quick
Release**

LYS OG MELATONIN-BEHANDLING FOR UNGDOM MED **FORSINKET SØVNFASE**





TA GODT
VARE PÅ
SØVNEN