

Svårt att sova? Om sömn och sömnstörningar

TEXT // ULRIKE MCLACHLAN

Sömnstörningar eller insomni är ett tillstånd då individen upplever sig ha fått otillräcklig mängd sömn. Upplevelsen är baserad på subjektivt angivna besvär i form av förlängd insomningstid, ökat antal uppvaknanden under natten, avkortad sömn eller dålig vilokänsla i sömnen. Dessutom finns utöver dessa besvär också en påverkan på funktionen dagtid. En upplevd otillräcklig nattsömn medför en nedsättning av både välbefinnandet och funktionsförmågan.

I ETT KLINISKT perspektiv är förändrad funktion dagtid en viktig effekt av sömnbristen och visar sig som trötthetskänsla, sömnhet, energiförlust, värk, nedsatt koncentrations- eller minnesförmåga, irritabilitet, sänkt stämningsläge med mera. För att få diagnosen insomni måste sömnstörningen förekomma minst tre gånger/vecka i mer än 1 månad.

Problem med sömn är vanligt och ungefär var tredje person besväras av sömnbesvär då och då, framförallt kvinnor och äldre. Hos patienter i sen palliativ fas uppger 60 procent sömnstörningar. Vuxna sover i genomsnitt cirka sex-åtta timmar per natt. När man blir äldre ändras sömnmönstret och djupsömnen minskar och sömnen blir ytligare, man vaknar till lättare vilket kan upplevas som att man sover sämre, men det är helt normalt. Det viktigaste måttet på om en person fått tillräckligt med sömn är graden av pigghet, funktionsförmåga eller emotionell balans under dagen.

INSOMNINGSSTÖRNING definieras som förlängt insomnande, > 30 minuter, och är den vanligaste formen av insomningsstörning hos yngre personer. Det har samband med psykologiska faktorer som stress, ångest och oro inför besvärliga livssituationer. Det är svårt att varva ner och somna och kan också hänga ihop med bristande sömnhygien eller dygnsrytmstörning. Hos sjuka kan fysiska besvär som värk hindra insomningen. Det är också vanligt att ångest kring sjukdom, sjukdomsförlopp, kommande behandlingar, tankar om närstående och existentiella frågor påverkar insomningen negativt.

Den avbrutna sömnen (vakenhet under natten som överstiger 45 minuter eller > 3 uppvaknanden) kan ha stressorer som bidragande orsak. Ofta är störningen förknippad med kroppsliga orsaker eller betingad av läkemedel eller andra substanser som alkohol.

FÖR TIDIGT UPPVAKNANDE - total sömntid < 6 timmar eller < 80 procent av tidigare sömntid associeras med depression, men kan också förekomma vid vissa kroppsliga sjukdomar eller till exempel vid omfattande alkoholintag.

INSOMNI RELATERAD TILL EN PSYKIATRISK STÖRNING är vanligt och 50 – 60 procent av patienter med långvarig insomni diagnostiseras med diagnosen depression. Andra psykiatriska tillstånd som leder till insomni är ångesttillstånd. Demenssjukdom, andra organiska hjärnskadorna och förvirringstillstånd är

också förknippade med sömnstörningar men kan även vara tecken på en uppseglade psykos eller en manisk episod. Missbruk av alkohol och andra droger ger också sömnproblem.

INSOMNI RELATERAD TILL SOMATISK SJUKDOM är vanligt. Smärttillstånd, ulcussjukdom, gastroesofageal reflux, koronarinsufficiens och hjärtinkompensation har samband med sömnrubbningar. Bland de endokrina sjukdomarna ger tyroidea sjukdomar sömnrubbningar. Behov av att tömma blåsan nattetid är vanligt vid prostatasjukdom. Neurologiska tillstånd som Restless legs kan störa insomnandet.

Läkemedel eller andra substanser som Betablockare, Steroider, SSRI antidepressiva, paradoxal biverkning av sedativa kan störa sömnen. Andra substanser som kan påverka sömnen negativt är kaffe, framför allt om det intas för sent på kvällen. Alkohol påverkar sömnen på flera olika sätt, främst leder det till att individen vaknar för tidigt.

Diagnostik och utredning:

En klinisk värdering av klagomål på otillräcklig sömn ska baseras på en värdering av dagtidssymtom. Diagnostisera patientens typ av sömnstörning och utred eventuell bakomliggande orsak:

- *Otillräcklig symptomlindring*
- *Bidragande somatiska eller psykiatriska sjukdomar*
- *Läkemedelsgenomgång med avseende på läkemedels påverkan på sömnen*
- *Omvänd dygnsrytm? använd sömndagbok*
- *Efterfråga sent intag av stimulantia, såsom kaffe, te, nikotin*
- *Kartlägg sömmiljön: obekväma säng, för varmt eller för kallt i rummet mm*

Skillnad på sömnstörning och fatigue

Trötthet under dagen kan bero på många olika faktorer och det är inte alltid lätt att veta anledningen. Trötthet efter dålig sömn kan man normalt vila bort. Fatigue är en onormal trötthet under dagen som inte går att sova bort.

Insomni - behandlingsmetoder:

I första hand ska bakomliggande orsaker till sömnstörningar åtgärdas. I andra hand ska icke farmakologisk behandling användas.

- *Avslappningsövningar har visat sig ha effekt liksom KBT.*
- *Genomgång av sömnhygieniska principer vanor kring alkohol, kaffe, nikotin och måltider samt diskutera sovrumsmiljö och störande omgivningsfaktorer.*
- *Motionsvanor och om patienterna har möjlighet att vara utomhus är viktiga frågor även för äldre och patienter i ett palliativt sjukdomsskede.*
- *Dålig belysning och ständig inomhusvistelse kan vara betydelsefull för dålig sömn, då ljus spelar stor roll för upprätthållande av dygnsrytm. Att stirra in i en ljuskälla, som en dator på kvällarna, kan förskjuta dygnsrytmen.*
- *En del patienter sover bättre med hjälp av bolltäck eller kedjetäck.*

Läkemedelsbehandling

Det saknas vetenskaplig evidens för annat än korttidsbehandling med sömnmedel. Kort behandlingstid eftersträvas och intermittent behandling max tre nätter/vecka, minskar risken för toleransutveckling. För många hypnotika finns vissa beroendeegenskaper av fysiologisk natur, framför allt manifesterade som "rebound" eller abstinens vid plötsligt utsättande.

För patienter i ett palliativt sjukdomsskede kan det tyckas inte spela någon roll, men inte alla patienter som är i palliativ fas befinner sig i livets slutskede.

Det finns ett tilltagande antal patienter i tidig palliativ fas som får tuff behandling eller symptomlindring som kan ha flera år kvar att leva. Det är viktigt att skilja mellan dessa patienter och patienter som befinner sig i sen palliativ fas och att vi därför anpassar vår behandling därefter. Använd i första hand läkemedelsverkets rekommendationer.

Bensodiazepinliknande hypnotika och bensodiazepiner, speciellt Zopiklon och Oxazepam. Zopiklon har evidens för förkortad insomningstid, ökad sömntid, minskat antal uppvaknanden och ökad sömnkvalitet jämfört med placebo. För vissa av dessa parametrar finns evidens för Zolpidem. Oxazepam har en enkel metabolism och rekommenderas för äldre i andra hand om Zopiklon inte ger önskad effekt. Inget läkemedel har säker evidens för längre behandling än fyra veckor. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av Flunitrazepam och Nitrazepam för behandlingen av sömnbesvär. De ska undvikas framförallt till äldre då risken för dagtrötthet, kognitiva störningar och fall ökar.

Bensodiazepinliknande preparat

Nitrazepam - Lång halveringstid, oftast kvardröjande dåsighet, kan påverka motorik och kognitiva funktioner.

Flunitrazepam - Snabbt insättande effekt, 20 min. Lång halveringstid Förvirringstillstånd, insomni, dåsighet etc. förekommer.

Oxazepam/Oxascand - Godkänd användning som sömnmedel för äldre. Tas 1 ti före sänggående.

Zopiklon/Imovane - Snabbt insättande effekt, kvarstående sedation dagen efter förekommer.

Zolpidem/Stilnoct - Snabbt insättande effekt, dagsedering och förvirring förekommer.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om effekten av propiomazin, antidepressiva läkemedel, neuroleptika respektive antihistaminer vid behandling av sömnbesvär, då

tillgängliga studier är få och bristfälliga. Bristande vetenskapligt underlag innebär inte att de nämnda läkemedlen inte kan användas som alternativa farmaka, framförallt om man befarar risk

Andra sömnmedel

Propiomazin/ Propavan - När man vill undvika BZ pga missbruksproblematik. Dåsighet dagtid samt extrapyramidaler symptom som restless legs

Amitriptylin/Saroten - Anticholinerga biverkningar som muntorrhet, miktionsbesvär, trög mage

Mirtazapin - Sederig dagtid och viktökning möjlig

Melatonin/ Circadin - Kan normalisera dygnsrytm och sömn. Bättre sömnkvalitet hos äldre patienter

för beroende vid användning av Bensodiazepiner och Bensodiazepinliknande preparat.

I den palliativa vården möter vi många patienter med sömnstörningar, orsakerna varierar och är oftast en blandning av somatiska, psykiatriska och psykiska besvär samt läkemedelsbiverkningar. Ibland har de funnits hos patienten i många år men ibland är besvären nya.

Personlig kommentar

Vi ska i första hand hjälpa patienter med sömnproblem med råd till bättre sömnhygien och det ägnar vi en artikel i tidningen åt.

Det jag upplever som skrämmande är hur frikostiga vi är med sömnmedel. Titta på läkemedelslistorna - där finns ofta en blandning av olika preparat. Hur interagerar dessa med varandra? Det är lätt att tänka att en eventuell beroendeproblematik är försumbar med tanke på förväntad livslängd. Men det handlar inte enbart om att utveckla ett eventuellt beroende. Det handlar om att "köpa" biverkningar som bland annat dagtrötthet, förvirring och fallrisk och stor risk för läkemedelsinteraktioner.

Initialt kräver det en större insats av oss med sömnanamnes och tips om sömnhygien. om vi lyckas få patienter med bättre dagtidfunktion utan läkemedelsbiverkningar - då lyckas vi förbättra den palliativa vården.

Referenser:

Roth T. *Insomnia: Definition, Prevalence, Etiology, and Consequences. Journal of Clinical Sleep Medicine, Supplement to Vol. 3 No. 5, 2007*

Solano JP et al. *A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease. Journal of Symptom and Pain Management, Vol. 31 No 1 January 2006*

Läkemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/somnstorningar

Hanks G, Cherny NI *Oxford Textbook of Palliative Medicine. Chapter: Sleep disorders*

Mitchell MD, Gehrman P, Pertis M, Umscheid CA. *Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. BMC Fam Pract. 2012;13:40.*

SBU. *Behandling av sömnbesvär hos vuxna. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 199. www.sbu.se*

www.uptodate.com/contents/treatment-of-insomnia



Ulrike McLachlan

Överläkare och läkarchef
Hospicekliniken Ersta sjukhus,
Stockholm