

Insomni

Fastställt november 2018 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltigt till november 2020.

Huvudbudskap

- Icke-farmakologisk behandling är förstahandsval för alla åldersgrupper
- Utredning av bakomliggande orsaker till insomni bör göras. Sömnhygieniska råd ska ges
- Vid långvarig insomni rekommenderas KBT till alla vuxna oavsett ålder
- Zopiklon är förstansmedel till vuxna
- Andelen nyinsättningar av sömnmedel som leder till regelbunden användning bör minska

Bakgrund

Insomni, som kännetecknas av svårigheter att somna eller att bibehålla sömnen, är en vanlig orsak till läkarbesök i primärvården. Insomni har bakomliggande orsaker i de flesta fall. Orsakerna bör utredas och åtgärdas. Sömnbehovet är individuellt och sömnen påverkas av faktorer som ålder, stress, oro, oregelbunden livsstil, störd dygnsrytm, dålig sömnhygien, sena matvanor, intag av koffein, nikotin, alkohol och droger samt bakomliggande sjukdomar. Störd eller avbruten sömn kan orsakas av smärta, andningsproblem, restless legs och läkemedelsbiverkningar. Tidigt morgonuppvaknande är vanligt i samband med depression, stigande ålder samt vid överkonsumtion av alkohol. Sömnbrist leder främst till försämrad uppmärksamhet, tankeverksamhet, koordination samt försvårat beslutsfattande. Även symtom som humörsvängningar och värk förekommer. Långvarig sömnbrist och kort sömntid <6 h kan öka risken för t.ex. hjärt-kärlsjukdom, högt blodtryck, typ 2-diabetes, olyckor, depression och suicid.

Diagnostik

Insomni innebär otillfredsställelse med sömnens kvalitet och/eller kvantitet, vilket innefattar insomningssvårigheter, avbruten sömn och tidigt uppvaknande med svårigheter att somna om. Insomni präglas också av dagtidsbesvär i form av trötthet och nedsatt kognitiv funktion som är av klinisk betydelse. Långvarig sömnstörning är när symtom föreligger minst 3 ggr/vecka under minst 3 månader. Vid icke organiska sömnstörningar (ICD F51) antas besvären primärt ha emotionella orsaker genom att en negativ spiral av oro, ökad stress och beteenden som vidmakthåller sömnbesvären uppstår. Till denna grupp av sömnstörningar hör även bl.a. parasomnier (t.ex. mardrömmar, nattskräck och sömngång). Organiska sömnstörningar (ICD G47) innefattar i sin tur bl.a. sömnapné, dygnsrytmstörningar och narkolepsi med och utan

kataplexi, men dessa sömnstörningar omfattas ej av denna RMR.

Kartlägg

- Typ av insomni, frekvens, varaktighet och inverkan på dagtidsfunktion
- Sömnhygieniska förhållanden
- Ev. sjukdom och läkemedel som kan orsaka/påverka sömnproblemen
- Sömn- och levnadsvanor (stressnivå, sängtider, dygnsrytm, koffein/nikotin/alkohol/drogkonsumtion)
- Registrera i sömndagbok 1-2 veckor före behandling sätts in, samt vid utvärdering
- [Insomnia Severity Index \(ISI\)](#) kan användas för skattning av svårighetsgrad
- Patientens åsikt kring behandling och åtgärder

Icke-farmakologisk behandling

Icke-farmakologisk behandling är förstahandsval för alla åldersgrupper. Utredning av bakomliggande orsaker till insomni bör göras. Sömnhygieniska råd ska ges. KBT för insomni har dokumenterad effekt vid långtidsuppföljning och bör erbjudas. Informera om och erbjud stresshanterings- och avslappningsövningar.

Sömnhygieniska råd

- Ordna en god sov miljö – lugnt, tyst, svalt och mörkt
- Håll regelbundna sovtider – framför allt är det viktigt att stiga upp vid samma tid varje dag
- Vid behov av vila: Vila max 30 min dagtid och ej för nära sänggåendet
- Undvik koffein, nikotin, alkohol och droger då de kan störa sömnen
- Vissa läkemedel, t.ex. SSRI, centralstimulantia, kortison och betablockare, kan störa sömnen
- Fysisk aktivitet är bra för sömnen. Undvik intensiv träning sent på kvällen
- Låt sängen vara en plats för sömn och avkoppling. Arbeta inte i sängen och koppla bort sociala medier, mobiltelefon etc. Ljus från skärmen kan störa sömnen
- Vid svårigheter att somna eller att somna om – stig upp och återvänd till sängen när du känner dig sömning
- Viktnedgång rekommenderas vid övervikt och samtidiga snarkningar
- Se om det är möjligt att minska stressen genom förändringar i livssituationen
- Råd och metoder för avspänning och avslappning finns t.ex. på [1177](#)
- Det är vanligt att sömnen emellanåt är sämre och brukar balansera sig själv med tiden

Stegvis vård vid insomni

Se [utvidgade terapiråd](#)

Vid kortvariga (<3 mån) sömnsvårigheter

- Muntlig och skriftlig information: [har du svårt att sova, 1177](#)
 - Litteratur för självhjälp
 - Textbaserad KBT-behandling: [Sömnguiden – Egenbehandling för sömnproblem](#) och tillhörande [vårdgivarstöd](#)
 - Internetbaserad KBT-behandling som bör kombineras med behandlarstöd
- Vid långvarig (>3 mån) och/eller medicinbehandlad insomni och vid samsjuklighet
- KBT-behandling i grupp s.k. Sömnskola enligt kvalitetssäkrad VGR-modell
 - Individuell KBT-behandling för insomni

Övrig åtgärd

- Tyngdtäcken kan prövas vid samtidig neuropsykiatrisk diagnos

Farmakologisk behandling

Kombinera alltid läkemedelsterapi med sömnhygieniska råd. Andelen nyinsättningar av sömnmedel som leder till regelbunden användning bör minska. Vid förskrivning av sömnmedel bör risken för dagsedation beaktas. Sedationen kan påverka reaktionsförmågan och öka risken för olyckor, t.ex. fall- och trafikolyckor. Läkemedel med beroendepotential bör ej förskrivas till personer med tidigare eller aktuellt beroende av alkohol eller andra droger.

Läkemedelsbehandling vuxna

Förstahandsval: zopiklon

Normaldos är 5-7,5 mg till natten.

Metallbismak är en biverkan som kan förvärras av samtidigt mjölkintag.

Andrahandsval: zolpidem

Normaldos är 5-10 mg till natten.

Rekommenderas ej till äldre eller vid demenssjukdom på grund av risk för konfusion.

Råd vid förskrivning av zopiklon och zolpidem

Zopiklon är förstansmedel till vuxna och behandlingstiden bör som regel vara kort, upp till 4 veckor. Zopiklon och zolpidem är bensodiazepinanaloger (BDZa) och en risk för toleransutveckling och beroende finns vid långtidsanvändning. Effekten är snabbt insättande och tabletten bör tas i samband med sänggående och först om patienten inte kan somna på egen hand. Intermittent behandling är oftast att föredra. Dessa läkemedel bör inte kombineras med alkohol. Förskriv små förpackningar med 10 st eller 30 st tabletter. Vid insättning av zopiklon eller

zolpidem ska det även finnas en plan för nedtrappning och utsättning. Biverkningar vid långtidsanvändning är t.ex. kognitiv påverkan med minnesstörning som kvarstår upp till 6 månader efter utsättning, samt ökad risk för fall- och trafikolyckor.

Propiomazin (Propavan)

Normaldos är 25-50 mg till natten och tas 30-60 min innan sänggåendet. Propiomazin är ett medel med sederande egenskaper utan risk för tillvänjning eller beroendeutveckling. Rekommenderas ej till äldre över 75 år på grund av sin biverkningsprofil. Beakta de antikolinerga biverkningarna: muntorrhet/kariesrisk och risk för konfusion. Restless legs utgör en vanlig biverkan. Dåsighet/hangover ses framförallt hos äldre, men kan även drabba yngre.

Circadin – långverkande melatonin

Normaldos är 2 mg till natten. Läkemedlet har indikation primär insomni hos patienter >55 år. Circadin ska tas vid samma tid varje dag för optimal effekt och ska användas dagligen under 3 veckor som en kur. Kuren kan upprepas. Circadin ingår ej i läkemedelsförmånen.

Melatonin AGB – kortverkande melatonin

Normaldos är 1-5 mg till natten. Doseringen är individuell. Melatonin är ett hormon som i studier har visat effekt på den circadiska dygnsrytmen, blodtryck, kroppstemperatur, kortisolrytm, reproduktion och immunsystemet. [Melatonin AGB](#) är ett icke-godkänt läkemedel men kan förskrivas via licens. Det rekommenderas ej generellt men kan ha effekt, t.ex. vid neuropsykiatriska diagnoser. Förkortat insomningstiden. Vid kortvarig behandling tolereras läkemedlet väl. Effekt och biverkningar vid långtidsbehandling är otillräckligt studerat. Förskriv rätt styrka då alla styrkor har samma pris.

Antidepressiv medicin

Vid insomni i samband med depression kan sederande antidepressiva till natten vara ett alternativ, t.ex. mirtazapin, agomelatin eller amitriptylin (Saroten). En låg dos mirtazapin (15 mg 0,5-1 tabl) till kvällen kan ha effekt på insomni även för andra patienter.

Bensodiazepiner

Bensodiazepiner (BDZ) bör inte användas för behandling av insomni på grund av risken för beroendeutveckling.

Vid nedtrappning/utsättning av sömnmedel

- Gradvis utsättning i kombination med KBT-behandling ökar förutsättningarna för att lyckas. Se [RMR Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger – in- och utsättning](#)

Barn och ungdomar

Sömnstörning förekommer under uppväxtens alla faser. Icke-farmakologisk behandling är alltid förstahandsalternativ och hos i övrigt friska barn är läkemedelsbehandling sällan motiverad. Råd och stödjande åtgärder ges i primärvården. Vid behov av läkemedelsbehandling ska remiss skickas till BUP alt. Habilitering och Hälsa.

Utredning

Den grundläggande utredningen av sömnstörning hos barn bör innehålla följande:

- **Sömnanamnes.** Hur sover barnet (svårt att somna/många uppvaknanden/svårt att somna om/snarkning/avvikande ljud eller beteende under sömnen)? Vilka sovrutiner har man? Är sovsituationen lugn och trygg? Hur ser användningen ut av sociala medier och spel på dator? Hur ser den psykosociala situationen ut? Om föräldrarna bor på olika håll, skiljer sig rutinerna åt?
- **Övrig anamnes och läkemedelsanamnes.** Beakta särskilt differentialdiagnostiska överväganden. Såväl utvecklingsmässig och psykiatrisk bedömning (inlärningssvårigheter, depression, ångest, trauma, ADHD, AST) som somatisk och social genes till sömnstörning kan förekomma och bör kartläggas
- **Somatiskt status** inklusive längd- och viktutveckling, andning och luftvägar. Sömnrelaterad andningsstörning förekommer hos barn och ungdomar och kan vara svår att upptäcka. Efterfråga snarkning och övrigt avvikande ljud och beteende under sömn.

Specifik sömnutredning såsom polysomnografi eller andra undersökningar kan vara indicerat. Remiss för vidare utredning (t.ex. vid andningskorrelerade sömnstörningar, narkolepsi och parasomnier) bör ske i samråd med annan aktuell specialist.

Behandling

Kartlägg sömnstörningen. Sömndagbok bör användas 1-2 veckor innan behandling sätts in, samt för att utvärdera given behandling.

Icke-farmakologisk behandling

Psykopedagogiska åtgärder är första åtgärd och ska erbjudas till barn och föräldrar/vårdnadshavare. KBT rekommenderas vid långvarig insomni till äldre ungdomar.

Läkemedelsbehandling

Insomni kan behandlas med melatonin om den icke-farmakologiska behandlingen inte haft effekt. Melatonin är ett icke-godkänt läkemedel men då det finns en omfattande erfarenhet av korttidsverkande melatonin kan det enligt Läkemedelsverket (LV) användas som förstahandsmedel.

Kortverkande melatonin ges ca 45 min före önskat insomnande. Barn 2-4 år: 0,5-1 mg. Barn över 4 år: 1-5 mg. Högsta dos i studier: 10-12 mg. Vid långtidsbehandling bör utsättningsförsök göras minst en gång per år gärna i samband med den ljusa årstiden.

Långverkande melatonin (Circadin) kan ges vid besvär med uppvaknande under natten om kortverkande melatonin inte har haft tillräcklig effekt.

Övriga läkemedel: Alimemazin (Theralen) och prometazin (Lergigan), som båda har indikation för barn, bör undvikas då de kan ha allvariga

biverkningar som långvarig sedering, EPS-biverkningar och förlängd QT-tid.

Hydroxizin (Atarax) ska ej ges då preparatet inte har indikation för barn samt har allvariga biverkningar med dödsfall beskrivna (förlängd QT-tid och torsade de pointes).

BDZ och BDZa saknar dokumenterad effekt hos barn och ungdomar och ger risk för beroendeutveckling. Dessa preparat är även kontraindicerade vid sömnrelaterade andningsstörningar. Se mer information i länkar.

Graviditet och amning

Under graviditet bör man välja ett läkemedel inom kategori A där det inte finns några kända risker, t.ex. propiomazin (Propavan) eller prometazin (Lergigan). Övriga sömnmedel bör vanligen inte användas, se [janusinfo](#). Under amning bör inget sederande läkemedel användas pga. risk för påverkan på barnet.

Äldre

Förekomst av sömnproblem ökar med ålder pga. fysiologiska förändringar. Sömnbesvär är oftast sekundära till somatiska och psykiatriska hälsoproblem och är ibland biverkningar av läkemedel. Det är ca 6 gånger högre användning av sömnmedel i åldrarna 85-90 år än vid 50 år. Äldre bör i första hand erbjudas icke-farmakologisk behandling. Känsligheten för sederande läkemedel ökar med åldern, varför startliksom underhållsdos bör halveras. Beakta även att äldre kan ha betydligt längre halveringstider av sömnmedel, vilket kan innebära en påtaglig dagsedation. Amitriptylin, propiomazin, zolpidem och långverkande BDZ är ej lämpliga.

Uppföljning

Effekten av vald behandling följs upp med hjälp av ifylld sömndagbok, se [Sömnguiden – Egenbehandling för sömnproblem](#) eller med hjälp av skattningskalan [ISI](#) avseende funktionsnivå och symtomens svårighetsgrad.

Vårdnivå

Sömnstörningar handläggs normalt inom primärvården. För barn och ungdomar sker förskrivning främst från BUP eller Habilitering och Hälsa. Svår, terapirefraktär insomni bör remitteras till sömnmedicinsk enhet för detaljerad kartläggning. Övriga sömnstörningar, t.ex. apné- eller hypersomniutredning, handläggs av specifika enheter i regionen.

FÖR TERAPIGRUPP PSYKIATRI

Ingrid Lindstedt, ordförande

Länkar

www.vgregion.se/lakemedel/psykiatri
www.janusinfo.se
www.1177.se
www.vgregion.se/KPH

Referenser

European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia 2017
Information från LV 2015:(26)2

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp psykiatri
Georg Dolk, georg.dolk@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel. Kan även beställas från Adress & Distributionscentrum; adress.distributionscentrum@vgregion.se