

Psykiatri



Det som är nytt i årets Basläkemedellista för psykiatri är att zopiklon tas bort. Anledningen till beslutet är ökad evidens att hypnotika inklusive zopiklon bör användas med försiktighet och inte som förstahandsbehandling för sömnstörningar.

Sömnen är en viktig och nödvändig grundläggande funktion. Under sömnen utsöndras hormoner och vi bearbetar minnen och intryck så att hjärnan och kroppen återhämtar sig för att fungera optimalt under den vakna tiden. Sömnstörningar är vanligt förekommande i befolkningen. Sömnbesvär ökar med åldern och är vanligare hos kvinnor.

Sömnstörningar

Sömnstörningar är ett övergripande begrepp som innefattar fyra huvudgrupper: insomni, dygnsrytmrubbning, hypersomni, parasomni.

Sömnstörningar kan också delas i primära och sekundära.

Insomni är ett tillstånd där individen upplever otillräcklig otillfredsställande sömnmängd, vilket medför en nedsättning av individens välbefinnande och funktionsförmåga.

Behandling av insomni bör ge förutom en förlängd nattsömn också bättre funktion och mindre upplevda besvär under dagen.

Enligt definitionen av insomni/sömlöshet i DSM-5 krävs det att personen uttrycker stark otillfredsställelse med sömnens längd eller kvalitet, vilket visar sig på ett eller flera av följande sätt.

1. Svårt att somna.
2. Svårt att förbli sovande: täta uppvaknande eller svårt att somna om efter att ha vaknat upp
3. Vaknar tidigt på morgonen och kan inte somna om.

Sömnsvårigheterna inträffar minst 3 nätter i veckan och föreligger i minst tre månader.

Diagnos

För att diagnosticera insomni måste man först utesluta andra vanliga orsaker till sömnbesvär som andra sömn- och vakenhetsstörningar, fysiologiska effekter av någon substans (illegala droger, läkemedel) psykiatriska samt medicinska tillstånd som kan påverka sömnen.

Vanliga orsaker till sömnbrist kan också vara psykologiska störningar som stress inför besvärliga livsomständigheter, dålig sömnhygien, (24-timmars samhälle, olämplig sovmiljö).

Första steget när man träffar patienter med sömnproblem är en grundlig anamnes och vid behov vidare utredning. Att låta patienter registrera sömndagbok under en till två veckor kan vara ett bra hjälpmedel.

En inte så ovanlig grupp är patienter med framskjuten sömnfas. Dessa patienter kan ha stora problem med insomningen men när väl sömnen initieras kan de sova sammanhängande 7-8 timmar. Vid dygnsrytmrubbningar skall hypnotika inte användas.

Behandling Läkemedel

Man ser idag att insomni behandlas i stor omfattning med läkemedel. Kortvarig behandling är det som rekommenderas, men receptförskrivningsstudier visar att många, särskilt de gamla får behandling under lång tid.

Det preparat som länge har rekommenderats som ett förstahandsalternativ har varit zopiklon. Enligt SBU finns det



begränsat vetenskapligt underlag för att det ökar den totala sömntiden, minskar antalet uppvaknanden under natten och leder till ökad sömnkvalitet, jämfört mot placebo vid behandling av insomni i upp till fyra veckor.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av zopiklon vid behandling som pågår mer än fyra veckor. Det är också otillräckligt för att bedöma effekter av hypnotika på dagtidfunktion, hälsa och livskvalitet.

Komplikationer och biverkningar så som trötthet, yrsel, och minnesstörning förekommer vid behandling med hypnotika. Paradoxa effekter till exempel sömngångarbeteende kan också förekomma

Behandling KBT

Till skillnad från zopiklon minskar KBT insomningstiden, vakentiden under natten och graden av sömnbesvär (måttligt vetenskapligt underlag) samt leder till ökad sömnkvalitet jämfört med passiv kontroll på väntelista, både på kort och längre sikt (begränsat vetenskapligt underlag)

Insomni är oftast av mer kronisk karaktär. Sömn-läkemedel är en kortsiktig lösning och användning under längre tid kan leda till svårare problem och tolerans för preparaten.

Många av våra vardagliga beteenden är invanda och inlärdade mönster. Detta gäller också i högsta grad för sömn och insomningsrutiner. Sömn-läkemedelsanvändandet kan mot denna bakgrund komma att betingas till sömn-förmågan, varvid patienten får ett psykologiskt beroende till sömnmedel. Om preparatet dessutom har beroende-

egenskaper av fysiologisk natur, kommer det att manifesteras rebound eller abstinens vid plötsligt utsättande. Detta är oftast svårt att särskilja från den initiala sömnstörningen. Båda dessa faktorer bidrar till att sömnmedelsbehandlingen kan vara svår att avsluta.

När bakomliggande faktorer är utredda och åtgärdade bör man alltid välja sömnhygieniska insatser och KBT för sömnstörning före läkemedel.

KBT är en multikomponent behandling och det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att sömnrestriktion och stimulus-kontroll som är basen i insomni-KBT är effektiva både tillsammans och var för sig. Dessa metoder syftar till att tvinga kroppen in i en fungerande sömnrhythm och att återta sängen som en plats för sömn

Expertgrupp Psykiatri

Adina Velica

adina.velica@regionvastmanland.se

Länkar:

[Läkemedelsboken Sömnstörningar Jerker Hetta ; Åke Schwan Levnadsvanor -Sömn- Nationellt klinisk kunskapsöversikt SBU Behandling av sömnbesvär hos vuxna](#)

[Janusinfo](#)

[Sov Gott – en lite bok för sömlösa och andra som vill sova bättre](#)