

Medikamentell behandling av insomni blant voksne

Bjørn Bjorvatn

Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer, Haukeland universitetssjukehus og Bergen søvnsenter
E-post: bjorn.bjorvatn@uib.no

SAMMENDRAG

Søvn sykdommer deles inn i seks hovedgrupper. Insomni er den vanligste søvn sykdommen, og kjennetegnes av innsovningsvansker og/eller urolig søvn med nedsatt funksjon på dagtid som resultat. Ved kronisk insomni bør behandlingen primært være ikke-farmakologisk (kognitiv atferdsterapi for insomni). Ved bruk av hypnotika bør intermitterende dosering tilstrebes. Artikkelen diskuterer fordeler og ulemper ved de ulike medikamenter som i dag benyttes ved insomni hos voksne.

HOVEDBUDSKAP

Kronisk insomni behandles best uten medisiner.

Hvis medikamenter benyttes, unngå daglig bruk.

BAKGRUNN OG HENSIKT

Søvnproblemer kan skyldes forskjellige forhold og lidelser. I moderne søvnmedisin deler vi inn søvn sykdommer i seks hovedgrupper: insomni, døgnytmelidelser, søvnrelaterte bevegelseslidelser, sentrale hypersomnilidelser, søvnrelaterte respirasjonslidelser og parasomnier (1). Disse har til dels overlappende symptomatologi, men den anbefalte behandlingen er forskjellig. Det er derfor viktig å kjenne til hva som kjennetegner de ulike diagnosegruppene. Slik kunnskap er viktig med tanke på differensialdiagnostikk, men også for å avklare om det foreligger flere søvnrelaterte lidelser samtidig, for eksempel komorbid søvnapné og insomni. I klinisk praksis ser vi ofte at alle typer søvnproblemer behandles med hypnotika, selv om ingen av de nevnte hovedgruppene har vanlige hypnotika som førstevalg.

Her beskrives kort de ulike søvn sykdom-

mene før artikkelen fokuserer på medikamentell behandling av insomni blant voksne.

Insomni kjennetegnes av problemer med innsovning, nattlige oppvåkninger og/eller for tidlig oppvåkning om morgenen selv om forholdene ligger til rette for søvn. Diagnosen insomni krever at søvnvanskene fører til nedsatt funksjon på dagtid, enten i form av økt tretthet eller søvnighet, humørsvingninger, redusert ytelse eller konsentrasjonsevne, svekket kognitiv eller sosial fungering, økt ulykkesrisiko, fysisk ubehag eller økt bekymring omkring søvnen (1). Insomni er med andre ord en lidelse med symptomer både natt og dag. Ved insomni er det vanlig å ha gode netter innimellom, men for å kunne stille diagnosen kronisk insomni må pasienten rapportere i snitt minst tre dårlige netter per uke i minst tre måneder (1). Insomni er den vanligste søvn sykdommen, og rammer rundt 10–15 % av voksne (2). Det er flest kvinner som plages, og forekomsten øker med alderen (2). Det har også vært en tydelig økning i forekomsten av insomni de siste årene (2). Anbefalt behandling ved kronisk insomni er kognitiv atferdsterapi for insomni, og effekten av slik behandling er veldokumentert (3). Rundt 80 % av pasientene blir bedre av slik behandling. Det har vært fokus på selvhjelpbehandling de senere årene, hvor dokumentasjon fra randomiserte kontrollerte studier finnes både for bruk av selvhjelpsbok (4) og internettbasert behandling (5).

Døgnytmelidelser er en gruppe søvnforstyrrelser som kjennetegnes av problemer med den biologiske klokken (6). I denne gruppen finner vi for eksempel forsinket søvnfaselidelse og jet lag-lidelse. Ved forsinket søvnfaselidelse har pasienten store innsovningsvansker og store problemer med å komme seg opp om morgenen, det vil si at hele søvnperioden er forskjøvet i forhold til normal søvn. Denne lidelsen er vanligst i alderen 13–25 år, og forekomsten i denne aldersgruppen er kanskje rundt 5–10 % (7). Anbefalt behandling av døgnytmelidelser er lysterapi og/eller «fast-release»-melatonin (forskrives på registreringsfritaksskjema) (6).

Søvnrelaterte bevegelseslidelser omfatter

blant annet restless legs-lidelse. Denne lidelsen kjennetegnes av plagsom kriblende følelse i beina, som forverres når man er i ro, og som bedres ved bevegelse. Symptomene forverres om kvelden og natten. Blant voksne er forekomsten av restless legs rundt 5–10 % (8). Det er flest kvinner som plages, og hyppigheten øker med alderen (9). Anbefalt behandling av alvorlig grad av søvnrelaterte bevegelseslidelser er medikamentgruppen dopaminagonister.

Sentrale hypersomnilidelser kjennetegnes av ekstrem søvnighet (1). Dette er sjeldne, men alvorlige sykdommer, hvorav narkolepsi er mest kjent. Den ekstreme søvnigheten ses til tross for relativt normal søvnlengde, og pasienten faller ofte i søvn uten å ville det. Forekomsten av narkolepsi i Norge er mindre enn 1 av 1000 (10). Dette betyr likevel at det finnes flere tusen personer i Norge med narkolepsi. Mange av dem er sannsynligvis ikke diagnostisert. Anbefalt behandling av alvorlig hypersomni er våkenstimulerende medikamenter, slik som amfetaminliknende medikamenter og modafinil.

Obstruktiv søvnapnélidelse er den mest kjente søvnrelaterte respirasjonslidelsen, og kjennetegnes av høylytt snorking, pustestopp under søvn og økt tretthet (1). Diagnosen stilles ved en nattlig registrering av respirasjonen, hvor antall pustestopp under søvn registreres. Minst fem pustestopp per time er nødvendig for at diagnosen stilles. Forekomsten av søvnapné er økende, noe som skyldes fedmeepidemien i den vestlige verden. I en norsk undersøkelse fant man obstruktiv søvnapnélidelse hos 8–16 % (11). Sykdommen er klart vanligst hos menn. Anbefalt behandling av obstruktiv søvnapné er i første rekke kontinuerlig positivt luftveistrykk (CPAP).

Parasomnier defineres som uønsket atferd eller ubehagelige fenomener som opptrer hovedsakelig eller utelukkende under søvn, som for eksempel søvngjengeri og marerittlidelse (1). De forskjellige parasomniene har ulik forekomst, og de fleste er spesielt vanlige blant barn. Parasomnier behandles oftest ikke-medikamentelt (søvnhygieneråd).

Ved alvorlig parasomni, som for eksempel ved hyppige skader i forbindelse med søvn-gjengeri, kan medikamentet klonazepam forsøkes.

I resten av artikkelen vil fokuset være på medikamentell behandling av insomni blant voksne, mens behandling av de andre søvn-sykdommene omtales ikke ytterligere.

MEDIKAMENTELL BEHANDLING AV INSOMNI

I Norge benyttes forskjellige medikamenter mot insomni. Ingen av medikamentene regnes som ideelle. Selv om de kan bedre søvnen, iallfall ved kortvarig behandling, løser de ikke årsaken til søvnproblemet. Medikamentgruppen hypnotika inneholder i hovedsak tre hovedgrupper:

- benzodiazepiner (nitrazepam, flunitrazepam)
- benzodiazepinliknende preparater (zopiklon, zolpidem)
- melatoninpreparater.

Ved akutt insomni regnes hypnotika som trygg og god behandling, med få bivirkninger (12). Langvarig bruk av hypnotika bør imidlertid unngås – av flere grunner. Den viktigste grunnen er at effekten av hypnotika vanligvis taper seg raskt. Dette gjelder spesielt gruppene benzodiazepiner og benzodiazepinliknende preparater. Etter noen ukers bruk av slike medikamenter ser det ut til at effekten på søvnen er liten (13). Det er også velkjent at benzodiazepiner og benzodiazepinliknende hypnotika kan gi avhengighet og at det er et misbrukspotensial (14). Til tross for dette bruker mange pasienter slike medisiner i årevis, angivelig med en viss subjektiv effekt. Mer forskning er nødvendig for å finne ut om noen kan ha nytte av langtidsbehandling, og hvilke farer som er knyttet til slik bruk. Tall fra Reseptregisteret viser at 411 005 nordmenn hentet ut en resept på hypnotika i 2011, noe som tilsvarer 8,3 % av befolkningen (15). Fordelt på de ulike medikamentgruppene, ble det utlevert flest benzodiazepinliknende preparater med rundt 7 %, mens benzodiazepiner og melatoninpreparater utgjorde begge litt under 1 % av reseptene i 2011 (15). Heldigvis ser vi en nedgang i utleveringen av de vanedannende benzodiazepinene fra 2005 og fremover, mens benzodiazepinliknende preparater har ligget relativt stabilt i samme tidsperiode (15). Utlevering av melatoninpreparater har hatt en tydelig økning siden 2005.

Benzodiazepiner

Disse medikamentene er i hovedsak blitt erstattet av benzodiazepinliknende preparater i løpet av de siste 25 årene. Det er mange grunner til det, i hovedsak relatert til bivirkninger og ulemper assosiert med benzo-

diazepinene. En annen forklaring er at flunitrazepam ble reklassifisert fra reseptgruppe B til reseptgruppe A i 2003 (16), og i dag kan flunitrazepam kun fås på registreringsfritak. Effekten på søvn er ganske lik mellom benzodiazepiner og benzodiazepinliknende hypnotika. Benzodiazepinene utøver sin effekt ved at medikamentene binder seg til GABA-reseptorer i hjernen. Nevrotransmitteren GABA er den viktigste hemmeren av aktivitet i hjerneceller, og benzodiazepinene stimulerer GABA_A-reseptorene (3, 14). De vanligste og mest omtalte ulempene ved bruk av benzodiazepiner er (17):

Hangover

Hangover skyldes at medikamentene ikke er ute av kroppen neste morgen. Halveringstiden til benzodiazepinene (på det norske markedet) er rundt 20 timer. Det forklarer at mange føler seg trettede og sløve utover formiddagen. Bruk av disse sovemidlene er tydelig koblet til økt risiko for trafikkulykker (18) noe som kan skyldes hangover-effekten.

Toleranseutvikling

En annen viktig ulempe med benzodiazepiner er toleranseutvikling. Hvis medikamentene tas hver kveld over flere uker, forsvinner effekten gradvis. Forskning viser at det er få søvneffekter hvis medikamentene tas daglig i mer enn 3–4 uker (13). Men det varierer fra pasient til pasient hvor raskt denne toleranseutviklingen skjer. Ved å bruke medikamentene av og til reduseres risikoen for toleranseutvikling betydelig. Det er viktig å understreke at det ikke kan utelukkes at enkelte pasienter har en effekt som vedvarer over lang tid.

Avhengighet og misbruk

Daglig bruk av hypnotika gir økt risiko for avhengighet og misbruk. Når effekten av sovemedisinen gradvis taper seg, øker noen av pasientene dosen. Det gir ofte forbigående bedre søvn. Men etter hvert er det behov for enda høyere dose. Til slutt sitter ofte pasientene igjen med et preparat med lite effekt, men hvor det samtidig er vanskelig å redusere eller kutte tablettene. Pasienten har da blitt avhengig av medikamentet. Man har også vært bekymret for at enkelte pasienter selger eller videreformidler sovemidlene, for eksempel til narkomane.

Seponeringsinsomni

Mange pasienter med insomni prøver på egen hånd å sove uten tabletter. Ved brått å seponere sovemedisinene forverres nesten alltid søvnen. Det gjør gjerne at pasientene tror at sovemiddelet er avgjørende for å få sove. Sannheten er imidlertid at den forverrede søvnen er et resultat av at hjernen er blitt avhengig av preparatet. Hypnotika må reduseres gradvis for å unngå dette problemet

som kalles seponeringsinsomni. Det er ikke uvanlig å oppleve bedring i søvnen ved gradvis seponering av sovemiddelet. Ikke minst opplever mange en mer naturlig søvn uten medisiner.

Hukommelsesproblemer

Benzodiazepiner gir anterograd amnesi, det vil si hukommelsesproblemer etter at tabletten er tatt. Hvis en pasient leser i en bok etter å ha tatt sovemedisinen, kan alt som blir lest være glemt neste dag.

Falltendens

Benzodiazepiner gir økt fare for fall på grunn av den muskelavslappende effekten. Økt falltendens øker faren for brudd, spesielt hos eldre pasienter (19).

Endring i søvnstadier

Benzodiazepiner gir reduksjon i mengden av den dype søvnen, noe som ikke er gunstig. Dyp søvn regnes som viktigst for å bli uthvilt neste dag. Benzodiazepiner reduserer også REM-søvnen. Det er uheldig at sovemedisiner forstyrrer den normale fordelingen av søvnstadier.

Benzodiazepinliknende preparater (z-hypnotika)

Benzodiazepinliknende preparater utøver også sine effekter via GABA-reseptorene (3). Men disse medikamentene binder seg til litt andre bindingssteder enn benzodiazepinene. Preparatene i denne gruppen har navn som begynner på z, og derfor kalles de ofte for z-hypnotika. Halveringstiden til z-preparatene er 5–6 timer (zopiklon) og 1–2 timer (zolpidem), noe som forklarer hvorfor disse medikamentene gir mindre hangover enn benzodiazepinene. Z-hypnotika virker i hovedsak på søvn, og har mindre effekt på muskelspenning og angst sammenliknet med benzodiazepinene. Medikamentene gir mindre problemer med hukommelsen og lavere fallrisiko. Men studier viser at også z-hypnotika øker risikoen for trafikkulykker (18) og for lårhalsbrudd hos eldre (19). Toleranseutvikling, avhengighet og misbruk er sannsynligvis et problem også i denne medikamentgruppen, men mye tyder på at problemene er mindre uttalte enn for benzodiazepinene (3). Mange pasienter sliter likevel med å avvenne seg bruk av z-hypnotika, og Helsedirektoratet mener det er lite som skiller disse to medikamentgruppene når det gjelder uheldige effekter (17). Benzodiazepinliknende hypnotika har mindre negativ innvirkning på den dype søvnen enn det benzodiazepinene har, men likevel viser noen studier at mengden av den dype søvnen reduseres (13). Totalt sett er likevel bivirkningsprofilen gunstigere for z-hypnotika sammenliknet med benzodiazepinene. ►

Melatoninpreparater

Melatonin er et hormon som utskilles fra epifysen (corpus pineale). Melatonin kalles «mørkets hormon», fordi utskillelsen starter når solen går ned og mørket kommer. Melatoninnivåene når et maksimum midt på natten, i tre-fire-tiden. Utskillelsen av melatonin er relatert til alder, og jo eldre man er, jo lavere er utskillelsen. Utskillelsen av melatonin begynner å falle alt i puberteten. Melatonin har klare effekter på søvn, og særlig på døgnrytmen. I USA og enkelte andre land er preparatet i salg i vanlige dagligvarebutikker, som et kosttilskudd. I Norge, og flere andre land, er imidlertid melatonin reseptbelagt, og finnes i to varianter: «Fast-release»-melatonin og melatonin i depotform (Circadin). «Fast-release»-melatonin er på registreringsfritak, mens Circadin er tilgjengelig på vanlig hvit resept. «Fast-release»-melatonin benyttes i hovedsak ved døgnrytmelidelser, mens Circadin er indisert ved insomni hos personer som er 55 år eller eldre. Det er viktig å være klar over forskjellene på disse to variantene av melatonin. Circadin-tablettene frisetter melatonin langsomt, og tanken er å etterlikne den normale utskillelsen av melatonin i hjernen, med høyest nivå midt på natten (20). «Fast-release»-melatonin har kort halveringstid, og er raskere ute av kroppen.

Fordelen med melatoninpreparatene er at det ikke er fare for misbruk eller avhengighet. Bivirkningene er vanligvis svært beskjedne (21). Depot-melatonin har vist seg å gi kortere innsovningstid og bedre søvnkvalitet hos pasienter med insomni (20, 21). I Norge er preparatet godkjent ved insomni hos personer som er 55 år eller eldre, fordi effekten ser ut til å være størst hos eldre (20, 21). Det foreligger ikke sammenliknende studier mellom Circadin og andre hypnotika, og heller ikke mellom Circadin og kognitiv atferdsterapi for insomni. Mange pasienter synes Circadin er mindre effektivt enn andre hypnotika, noe som også rapporteres i vitenskapelige studier (21).

Andre medikamenter mot insomni

I klinisk praksis benyttes også andre preparater enn hypnotika mot insomni:

- antidepressiva (for eksempel mianserin, mirtazapin)
- antihistaminer (for eksempel alimemazin)
- antipsykotika (for eksempel levomepromazin, quetiapin, olanzapin).

Disse preparatene har gjerne uttalt sederende (sløvende) effekt, og dette utnyttes i behandlingen av søvnproblemer. Dokumentasjonen på søvneffekter er imidlertid langt dårligere for disse medikamentene enn for hypnotika, og

bivirkningene ofte mer uttalt (14). De fleste gir mye hangover. Fordelen er at de ikke er vanedannende eller har misbrukspotensial. Disse preparatene frarådes til behandling av insomni, hvis det ikke foreligger spesielle grunner. Slike grunner kan for eksempel være komorbid insomni og depresjon, hvor et sederende antidepressivt medikament kan være et godt valg. På samme måte vil sederende antihistaminer være nyttige ved insomni og kløe eller allergi. Antipsykotika frarådes ved insomni, hvis ikke det er snakk om komorbid psykose.

Valeriana og andre naturprodukter

Det finnes en rekke urter og andre naturprodukter som hevdes å gi bedre søvn. Generelt er dokumentasjonen dårlig eller helt fraværende (22). Slike produkter anbefales derfor ikke mot insomni. Valerianaprodukter er mest brukt. Det finnes enkelte undersøkelser som viser at valeriana kan ha en viss positiv effekt på søvnen, spesielt ved milde søvnproblemer (22). Det foreligger imidlertid ingen langtidsstudier, og det savnes gode undersøkelser hvor valeriana sammenliknes med eksisterende behandlingsformer.

HVILKET PREPARAT BØR VELGES?

Legen bestemmer hvilket preparat pasienten får forskrevet. Det er flere forhold som kan spille inn. Hvis det er indikasjon for medikamentell behandling av insomni hos voksne, anbefales i første omgang depot-melatonin (til pasienter som er 55 år eller eldre) eller benzodiazepinlignende preparater (z-hypnotika). Disse gir færre ulemper enn de andre medikamentene som brukes mot insomni. Ved valg av medikamentell behandling er det viktig å se på hvilket problem pasienten har. Hvis problemet er tidlig oppvåkning om morgenen, er det viktig å velge et preparat som har tilstrekkelig lang virketid. Sovemidler med svært kort virketid er dårlig egnet i slike situasjoner. Hvis det utelukkende er innsovningsvansker, vil et preparat med kort halveringstid være godt egnet.

NEDTRAPPING AV SOVEMEDISIN

Hvor lenge skal behandlingen vare? Hvordan kan doseringen reduseres? Hvorfor er det viktig å unngå daglig bruk av hypnotika? Hvilke problemer kan eventuelt oppetre når behandlingen avsluttes? Om disse spørsmålene er drøftet med pasienten på forhånd, vil det trolig fremme riktigere bruk og lette oppfølgingen og eventuell avslutning av behandlingen senere. Før resepten skrives ut første gang, bør lege og pasient i størst mulig grad ha en felles forståelse av formålet og gjennomføringen av behandlingen (23). Det som står på resepten må stemme overens med det som avtales muntlig.

Utskrevet mengde må passe med det som er avtalt om kurens varighet. Resepten bør også være påført aktuelle forsiktighetsregler, for eksempel: «Sovemedisin med tilvenningsfare: 1/2–1 tablett ca. 20 minutter før sengetid ved behov. Daglig bruk bør unngås».

Som hovedregel anbefales å benytte lavest mulig effektive dose i kortest mulig tid. Har pasienten brukt sovemedisiner over lang tid bør hun/han prøve å redusere og etter hvert seponere tablettene. Ved å kutte sovemedisinene brått, forverres nesten alltid søvnproblemer (seponeringsinsomni). Det er derfor viktig å bruke god tid på nedtrappingen. Det betyr å redusere dosen gradvis over flere uker eller måneder. Kognitiv atferdsterapi for insomni er veldig nyttig under nedtrappingen (23). Slik behandling øker søvntrykket, noe som gjør innsovningen lettere, til tross for reduksjon av hypnotikadosen. Dette gjør ofte nedtrappingen av sovemiddelet enklere. Undersøkelser fra norsk allmennpraksis viser at seponering av hypnotika går lettere enn mange frykter (24).

Oppfølging bør skje ved å avtale kontrolltime. Mange sovemedisinordinasjoner i allmennpraksis er reseptfornyelser som skjer uten at legen snakker med pasienten. Dette reduserer legens muligheter til å ha et system der behandlingseffekten blir evaluert, diagnosen revurdert og behandlingsindikasjonen etterprøvd. Det bør være like viktig å følge opp behandling av søvnvansker som behandling av blodtrykk (23).

Det er få bivirkninger forbundet med å ha en minstepakning med sovetabletter «i beredskap». For noen pasienter vil vissheten om at man kan ta en tablett hvis problemet igjen skulle dukke opp, være så betryggende at det forebygger søvnvansker.

Medikamentell behandling av insomni er først og fremst anbefalt ved kortvarige søvnproblemer. Ved kronisk insomni anbefales kognitiv atferdsterapi for insomni, fordi slik behandling har langt bedre effekt og gir mindre bivirkninger (3, 4). I tillegg vedvarer effekten av slik terapi etter endt behandling (13). Medikamenter har stort sett kun effekt de nettene de tas, og ved kronisk bruk forsvinner effekten gradvis på grunn av toleranseutvikling.

SØVNHYGIENE

Ved all behandling av insomni gjelder det å understreke betydningen av god søvnhygiene (12). Her gis slike råd – inndelt etter om de påvirker søvntrykket, døgnrytmen eller vaner/atferdsfaktorer. Rådene tar sikte på å sørge for tilstrekkelig oppbygging av søvnbehovet, å respektere døgnrytmen, og å unngå høy aktivitet (grad av våkenhet) om kvelden og natten. Flere av rådene er inkludert i kognitiv atferdsterapi for insomni.

I behandlingsøyemed har det vist seg lite effektivt kun å dele ut et ark med alle disse rådene, og deretter overlate resten til pasienten (4). Det er viktig å plukke ut de rådene som er aktuelle for hver enkelt pasient.

Råd for å ta vare på søvntrykket

- regelmessig mosjon, men avslutt minst 3 timer før sengetid
- unngå å sove på dagtid (eventuelt tillate en middagslur på under 20 minutter)
- ikke opphold deg i sengen lenger enn forventet sovetid

Råd for å bevare god døgnrytme

- stå opp til omtrent samme tid hver dag, også i helger
- få minst 30 minutter med dagslys daglig, helst tidlig om morgenen (innen 2 timer etter at du har stått opp)
- unngå å bli eksponert for sterkt lys dersom du må opp om natten

Råd for å redusere aktivering om kvelden og natten (vaner/atferdsfaktorer)

- unngå kaffe, te og cola (koffeinholdige drikker) etter klokken 17
- unngå nikotin i timene før sengetid. Røyk virker aktiviserende
- unngå kraftig mosjon siste timer før sengetid
- unngå å være sulten eller å innta tungt måltid ved sengetid
- unngå å bruke elektroniske medier siste timen før innsøvning
- bruk soverommet til å sove i, ikke til arbeid
- lag deg et sengetidsrituale
- sørg for mørke, ro og passe temperatur på soverommet. Bruk eventuelt maske/ørepropper
- ikke se på klokken hvis du våkner om natten
- lær deg en avspenningsteknikk, bruk den ved oppvåkninger
- sett av en «problemtid» etter middag/ tidlig kveld, hvor du tenker gjennom dine bekymringer og problemer. Unngå å ta med deg bekymringer/problemer til sengs
- bruk av alkohol som sovemiddel frarådes. Alkohol kan lette innsøvning, men gir urolig søvn med mange oppvåkninger og dårlig søvnkvalitet.

Mange av disse søvnhygienerådene kan høres strenge ut, og noen vil kanskje føle at dette vil begrense livsutfoldelsen. Mange liker å sove ut i helgene, og de føler at de tar seg inn igjen etter en stressom uke. Rådene er derfor spesielt ment til pasienter som sliter med søvnen, og ikke til personer som i utgangspunktet sover godt. Det er nyttig å sammenlikne slike søvnhygieneråd med kostholdsrådene som pasienter med hjertesykdom eller diabetes får. Disse kostholdsrådene kan nok også

høres strenge ut (unngå søtsaker og fettrik mat), men samtidig er disse rådene veldig viktige for slike pasienter. På samme måte er god søvnhygiene veldig viktig for pasienter som sover dårlig.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

REFERANSER

1. American Academy of Sleep Medicine. The international classification of sleep disorders, 3rd ed.: Diagnostic and coding manual. Darien, IL 2014.
2. Pallesen S, Sivertsen B, Nordhus IH et al. A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep Med* 2014; 15: 173–9.
3. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet* 2012; 379: 1129–41.
4. Bjorvatn B, Fiske E, Pallesen S. A self-help book is better than sleep hygiene advice for insomnia: a randomized controlled comparative study. *Scand J Psychol* 2011; 52: 580–5.
5. Espie CA, Kyle SD, Williams C et al. A randomized, placebo-controlled trial of online cognitive behavioral therapy for chronic insomnia disorder delivered via an automated media-rich web application. *Sleep* 2012; 35: 769–81.
6. Bjorvatn B, Pallesen S. A practical approach to circadian rhythm sleep disorders. *Sleep Med Rev* 2009; 13: 47–60.
7. Saxvig IW, Pallesen S, Wilhelmsen-Langeland A et al. Prevalence and correlates of delayed sleep phase in high school students. *Sleep Med* 2012; 13: 193–9.
8. Bjorvatn B, Leissner L, Ulfberg J et al. Prevalence, severity and risk factors of restless legs syndrome in the general adult population in two Scandinavian countries. *Sleep Med* 2005; 6: 307–12.
9. Allen RP, Walters AS, Montplaisir J et al. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1286–92.
10. Heier MS, Eviukova T, Wilson J et al. Prevalence of narcolepsy with cataplexy in Norway. *Acta Neurol Scand* 2009; 120: 276–80.
11. Hrubos-Strom H, Randby A, Namtvedt SK et al. A Norwegian population-based study on the risk and prevalence of obstructive sleep apnea. The Akershus Sleep Apnea Project (ASAP). *J Sleep Res* 2010; 20: 162–70.
12. Bjorvatn B, Sivertsen B, Øyane N et al. *Insomni*. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1766–8.
13. Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S et al. Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295: 2851–8.
14. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C et al. The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 1335–50.
15. Haugland H, Bjorvatn B. Utlevering av hypno-

tika i Norge fra 2005 til 2011. *SØVN* 2014; 6: 14–7.

16. Bramness JG, Skurtveit S, Furu K et al. Endringer i salg og bruk av flunitrazepam etter 1999. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 589–90.
17. Helseledningskontoret. Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet. 2014.
18. Gustavsen I, Bramness JG, Skurtveit S et al. Road traffic accident risk related to prescriptions of the hypnotics zopiclone, zolpidem, flunitrazepam and nitrazepam. *Sleep Med* 2008; 9: 818–22.
19. Bakken MS, Engeland A, Engesaeter LB et al. Risk of hip fracture among older people using anxiolytic and hypnotic drugs: a nationwide prospective cohort study. *Eur J Clin Pharmacol* 2014; 70: 873–80.
20. Wade AG, Ford I, Crawford G et al. Efficacy of prolonged release melatonin in insomnia patients aged 55–80 years: quality of sleep and next-day alertness outcomes. *Curr Med Res Opin* 2007; 23: 2597–605.
21. Ferracioli-Oda E, Qawasmi A, Bloch MH. Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders. *PLoS One* 2013; 8:e63773.
22. Oxman AD, Flottorp S, Havelrud K et al. A televised, web-based randomised trial of an herbal remedy (valerian) for insomnia. *PLoS ONE* 2007; 2: e1040.
23. Bjorvatn B, Fetveit A. Søvn og søvnforstyrrelser. I: Hunskaar S, red. *Allmenntidsskrift*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2013: 177–88.
24. Moulard G. Brev til brukere av benzodiazepiner – en effektiv måte å få ned forskrivningen på. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3097–100.

Manuskriptet ble mottatt 17. november 2015 og godkjent 29. mars 2016. ■

REVIEW ARTICLE, SUMMARY

Drug treatment of insomnia among adults

Sleep disorders are classified into six main groups. Insomnia is the most common of the sleep disorders, and it is characterized by difficulty initiating sleep and/or maintaining sleep with daytime impairment as a result. The recommended treatment for chronic insomnia is non-pharmacological (cognitive behavioural therapy for insomnia). When hypnotics are being used, intermittent dosing is recommended. The paper discusses advantages and disadvantages with the different medications currently in use for insomnia among adults.