

# Insomni – hva bør du vite?

## Hva bør en farmasøyt kjenne til – og hva kan du gjøre?

### FAKTA OM INSOMNI

I Norge er forekomsten av insomni (søvnløshet) høyest hos kvinner og øker med alderen. Blant voksne er forekomsten 10–15 prosent.

De fleste pasienter med insomni har også andre plager, oftest psykiske lidelser som angst og depresjon, men ofte også fysiske plager (for eksempel smertetilstander, hjerte- og karlidelser). Uavhengig av eventuelle andre plager, responderer pasienter godt på behandling av insomni.

### Interaktiv utredning

Alle kan sjekke hvilken type søvnlidelse de har på nettsidene til Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno), [www.sovno.no](http://www.sovno.no).

### Demonstrasjonsvideoer

På [www.sovno.no](http://www.sovno.no) finner du mange informasjonssider og videoer som beskriver ulike aspekter ved søvn og søvnsykdommer.

### Vil du vite mer?

Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer  
[www.sovno.no](http://www.sovno.no)

### Pasientorganisasjoner

Foreningen for Søvnpsykiatri  
[www.sovnforeningen.no](http://www.sovnforeningen.no)

**TEKST:** Bjørn Bjorvatn,  
Nasjonal kompetansetjeneste  
for søvnsykdommer,  
Haukeland universitetssjukehus,  
Bergen

**Insomni er den vanligste søvnlidelsen.** De fleste pasienter tilbys medikamentell behandling (hypnotika), til tross for at ikke-farmakologisk behandling anbefales som førstevalg. Sovemedisiner kan være nyttige ved kortvarige søvnplager, men langvarig bruk bør unngås. En viktig grunn til det er at effekten av sovemedisinene vanligvis taper seg raskt. Etter noen ukers bruk er effekten på søvn ofte dårlig og det er fare for å bli avhengig av tablettene. Ved kronisk insomni anbefales ikke-farmakologisk søvnbehandling, det vil si kognitiv atferdsterapi for insomni. Denne behandlingsformen har effekt hos rundt 80 prosent av pasientene, og effekten ser også ut til å vedvare etter endt behandling. Kognitiv atferdsterapi for insomni er mer krevende for pasienten enn å ta en sovetablett, og pasienten må være motivert for slik behandling. Etter behandling vil de fleste sove brukbart og fungere godt på jobb og privat. **Farmasøyten kan hjelpe pasienten** til å kartlegge sine symptomer, informere om behandlingsalternativer, øke bevisstheten om viktigheten av behandlingen, og advare mot langvarig bruk av sovemedisiner.

### Vanligste symptomer

- Innsøvningsvansker
- Natnlige oppvåkninger
- Dårlig søvnkvalitet
- Tretthet om dagen

### Utløsende faktorer

- Stress
- Psykiske plager
- Fysiske (somatiske) plager
- Skiftarbeid eller forstyrret døgnrytme

### Behandling av insomni

Akutt insomni kan behandles med hypnotika, for eksempel z-hypnotika, i noen dager. Ved kronisk insomni anbefales kognitiv atferdsterapi for insomni. Slik behandling er beskrevet på nettsidene til Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer ([www.sovno.no](http://www.sovno.no)), og tilbys av flere fastleger og søvnspesialister. Det finnes også selvhjelpsbøker og behandlingsmuligheter på internett. Hypnotika frarådes ved kronisk insomni fordi effekten taper seg etter få uker og det er risiko for å utvikle avhengighet. En tablett av og til (for eksempel maks 3–4 dager per uke) kan vurderes ved manglende effekt av kognitiv atferdsterapi. Det finnes også ikke-vanedannende sovemidler (for eksempel Circadin, Vallergan, Zonat) som kan forsøkes, men effekten er ofte dårligere.

### Hvordan kan farmasøyter bidra?

- Sjekk pasientens bruk av hypnotika ved uthenting av legemidler på resept – daglig bruk av vanedannende tabletter frarådes.
- Spør om pasienten har forsøkt kognitiv atferdsterapi for insomni.
- Gi råd om slik behandling, for eksempel ved å anbefale selvhjelpsbok eller internett.
- Kartlegg syn på behandlingen – har pasienten god effekt av sovemedisinen?
- Be pasienten ta den interaktive undersøkelsen på [www.sovno.no](http://www.sovno.no) for råd om korrekt diagnose og behandling.