Upprättare: Malin H Westeråker

Fastställare: Kristina Lingman

Vårdprogram Sömn- Familjehälsa, Habilitering- och Barnpsykiatri

Innehåll

1. Bakgrund....2
2. Syfte och omfattning....2
3. Målgrupp....2
4. Prevalens och orsaker....3
5. Barns sömnutveckling....4
   5.1 0-5 år....4
   5.2 6-12 år....5
   5.3 13-17 år....5
6. Vårdbegäran och första besök....6
7. Samordning och vårdplan....6
8. Utredning och diagnostik....7
   8.1 Kartläggning....7
   8.2 Utvecklingsrelaterad och psykiatrisk bedömning....9
   8.3 Somatisk medicinsk bedömning....9
9. Vårdflöden och behandling....10
   9.1 Egenvård....12
   9.2 Barnhälsovården....12
   9.3 Hälsofrämjande insatser....13
   9.4 Sömnhygieniska råd....13
   9.5 PPB sömn....14
      9.5.1. Anhörig och tonår....14
      9.5.2 Anhörig och barn....14
   9.6 Sov gott ungdom....15
   9.7 Kognitiv beteendeterapi - KBT....16
10. Läkemedelsbehandling....17
   10.1 Preparatval, insomni utan samsjuklighet....18
   10.2 Kompletterande preparatval vid insomni och samsjuklighet:....20
   10.3 Flerfunktionshinder....22
11. Identifierat utvecklingsområde....23
12. Dokumentationsinformation....23
13. Referenser och relevanta dokument....25
14. Bilagor....25

Kopian gäller ej utan garanteras endast utskriftsdatumet

1. Bakgrund

Region Gävleborg utgår från de övergripande målen för vård enligt nationellt system för kunskapsstyrning. Principen om barnets bästa ska genomsyra allt arbete. Vården ska vara:

- **Kunskapsbaserad**. Vården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
- **Säker.** Vården ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska präglas av rättssäkerhet.
- **Individanpassad.** Vården ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- **Jämlik.** Vården ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.
- **Tillgänglig.** Vården ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid; ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.
- **Effektiv.** Tillgängliga resurser ska användas på bästa sätt för att kunna erbjuda bästa möjliga vård till hela befolkningen.

2. Syfte och omfattning

Syftet med detta vårdprogram är att ge kliniska riktlinjer för utredning och behandling vid sömnstörning hos barn och unga 0-17 år inom Region Gävleborg. Riktlinjerna gäller för all hälso- och sjukvårdspersonal inom Barn- och familjehälsa (BFH), Ungdomsmottagning (UM), Barn- och ungdomshabilitering (BUH), och Barn- och ungdomspsykiatri (BUP).

Samverkan har skett med Barn- och ungdomssjukvården (BUS) avseende vårdflöden, utredning, remissförfarande och behandlingsutbud. Sömnstörning som utreds och behandlas inom BUS beskrivs inte i denna upplaga av Vårdprogram Sömn, och fortsatt samverkan kring gränsdragning för åldern 0-6år behövs.

Riktlinjerna baseras på bästa tillgängliga evidens och beprövad erfarenhet. Vårdprogrammet ska följas för majoriteten av patienterna. Undantag kan göras utifrån omsorgsfulla bedömningar. Detta ska då noggrant dokumenteras och motiveras i journalen.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

3. Målgrupp

Vårdprogrammet omfattar barn och ungdomar till och med 17 år som uppfyller kriterierna enligt DSM-5:s (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kapitel Sömn-vakenhetsrelaterade störningar på sidorna 155-169. Vid dokumentation i Elvis, Melior och PMO översätts DSM-5 diagnoserna till ICD-10-SE, som är WHO:s internationella statistiska klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem.

De grundläggande typer av sömnstörningar som vårdprogrammet omfattar beskrivs närmare i **bilaga 1** och i Läkemedelsverkets kunskapsdokument Sömnstörningar hos barn.

Den vanligaste sömnstörningen inom gruppen är Insomni (Icke organisk sömnlöshet F51.0). Insomni innefattar insomningssvårigheter, nattliga uppvaknanden, för tidigt uppvaknande eller dålig sömnkvalitet utan att annan bakomliggande primär sömnstörning kan identifieras. För att diagnostisera en sömnstörning som insomni krävs att sömnlösheten är långvarig och att den påverkar funktion och livskvalitet under dagtid. Insomni (insomningsstörningar och avkortad nattsömn) kan även diagnostiseras enligt ICD-10 med G 47.0 och utesluter då icke organiska sömnstörningar.

Att utreda bakomliggande orsaker är viktigt då sömnstörningar förekommer vid många somatiska och psykiska sjukdomar, men även kan vara tecken på stress och oro eller biverkan av mediciner. Långvariga, allvarliga eller svårbehandlade sömnbesvär kan ha flera bakomliggande orsaker och bör utredas noggrant. Man behöver utesluta differentialdiagnoser som till exempelvis sömnapné, restless legs, sömn–vakenhetsstörning av dygnsrytmen och mardrömsstörning.

Sömnstörningar som inte omfattas av detta vårdprogram beskrivs i bilaga 2 och är av stor vikt vid differentialdiagnostiska överväganden. Det är viktigt att ha dessa i åtanke för att kunna upptäcka och remittera till rätt vårdinstans. I vissa svåra fall på specialistnivå kan utredning och behandling behöva ske i samverkan mellan BUH, BUP och/eller BUS.

4. Prevalens och orsaker

Ungefär var tredje person drabbas då och då av besvärande sömnproblem. Sömnbrist ger både fysiska och psykiska symtom, och har stor inverkan på individens livskvalitet. Senarelagd sömnfas är den vanligaste dygnsrytmstörningen. Problemet har både biologiska och sociala orsaker och är mest uttalat under tonåren. Hypersomni är vanligt bland unga med depression och i efterförloppet av trauman, exempelvis hjärnskakning. Dygnsrytmstörningar med tidigarelagd dygnsrytm, oregelbunden sömn-/vakenhetsrytm och ”icke-24-timmars sömn-/vakenhetsrytm” är betydligt ovanligare än senarelagd sömnfas. Tillstånden kan ha uttalad ärftlighet eller sammanhänga med hjärn- eller synskada. Parasomnier är vanliga under barndomen och sällan behandlingskrävande. Parasomnier omfattar alla funktionsstörningar där hjärnan befinner sig delvis i sömn och delvis i vakenhet. Det är normalt att barn har mardrömmar, men frekventa och intensiva mardrömmar kan vara tecken på bakomliggande problematik. De flesta människor befinner sig någon gång i detta tillstånd, framför allt under barnaåren när hjärnan fortfarande utvecklas. Se även **bilaga 2.**

Kopiens giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

5. Barns sömnutveckling

Nedan beskrivs barns sömnutveckling översiktligt (källor: Rikshandboken, 1177, Läkemedelsverket). Man bör dock alltid beakta att sömnmönster ser olika ut i olika åldrar och behovet av sömn varierar mellan individer hos såväl vuxna som barn. Det finns stora variationer i vad som kan betraktas vara normalt och man bör alltid bedöma det allmänna hälsotillståndet innan eventuella insatser runt individens sömnmönster sätts in. Nedan beskrivs barns sömnbehov i olika åldrar.

5.1 0-5 år

Under barnets första månader styrs sömnen framför allt av hunger och mättnad. Det är vanligt att små barn vaknar flera gånger på natten. Små barn sover ofta tillräckligt många timmar om dygnet även när de har oregelbunden sömn. Åldern för när barnet börjar sova mer sammanhängande på natten varierar, liksom små barns fortsatta behov av sömn under dagen. Utvecklingen kan kort sammanfattas med att antalet perioder av sömn går från flera kortare perioder under hela dygnet till en sammanhållen period av sömn under natten.
När barn är mellan 1-3 år är vanligen sömntiden cirka 12-14 timmar per dygn. Vid 3-5 års ålder är sömnbehovet ungefär 11-12 timmar per dygn. Allt fler barn sover nu endast en kortare stund på dagen eller förlägger all sömn till natten. Barn i 5-6 års ålder sover i huvudsak 10 -12 timmar per natten.
Små barn har vanligen ett stort behov av rutiner och regelbundenhet när det gäller att utveckla hälsosamma sovvanor. Tiden för läggning bör anpassas till barnets ålder och behov och det är viktigt att föräldrar och barn skapar goda vanor tillsammans. Små barn lär sig genom upprepning. Upprepning bildar mönster som gör världen förutsägbar, något som anses vara extra viktigt vid insomning, eftersom det innebär en separation för barnet.

När det lilla barnets sömn blir ett problem
Före 6 månaders ålder är det tveksamt om man ska tala om att barnet har sömnsvårigheter. Barnet utvecklar under det första halvåret sitt sömnmönster, från kortare till längre perioder av sömn och vakenhet. Upplevda sömnsvårigheter hos små barn är mycket vanliga. Dessa svårigheter kan ha många orsaker och avtar ofta med stigande ålder, även om svårigheterna kvarstår för ett antal barn och familjer. För de barn där svårigheterna kvarstår kan det bero på medicinska orsaker, eller vara tecken på exempelvis regleringssvårigheter, funktionsnedsättning hos barnet, bristande förhållanden i familjen eller i omsorgen om barnet. Föräldrafaktorer och små barns sömn samverkar och hänger ihop. De behöver därför beaktas vid bedömning av problemens omfattning, komplexitet och svårighetsgrad, samt vid ställningstagande till vidare stöd och insatser.

Vanliga sömnproblem för små barn

- Problem med att somna in på kvällen
- Uppvaknanden och svårigheter att somna om under natten
- Separationsångest och ledsenhet vid läggdags

Kopian är giltigt granskad endast utskriftsdatumet

- Rädsla inför att sova, mörker och natten
- Sömnrelaterade andningssvårigheter
- Rytmiska rörelser vid insomnandet
- Nattskräck
- Sömngång
- Mardrömmar
- Enures

5.2 6-12 år

Barn mellan 6 och 12 år behöver ungefär 10–11 timmars sömn per dygn. När barnet uppnår 10–12 år brukar det visa sig om barnet är en så kallad morgonmänniska eller kvällsmänniska. De flesta barn som närmar sig puberteten blir mer kvällsmänniskor än vad de varit tidigare. Före puberteten är de flesta barn pigga på dagarna. Men om barnet verkar till exempel trött, arg eller ledsen under en period, kan det vara bra att kartlägga barnets tillvaro för att om möjligt utröna vad det beror på.
Kartlägg:

- Sover barnet för få timmar?
- Är sömnen oroligt med mycket uppvaknande på natten?
- Verkar barnet oroligt? Både stora och små funderingar är vanliga i den här åldern, till exempel tankar om kompisrelationer, stress, skolan och döden.
- Är barnet fysiskt aktivt på dagtid och ges möjlighet att leka utomhus varje dag, minst en timme?
- Dricker barnet drycker med koffein, till exempel cola- eller energidrycker?
- Snarkar barnet kraftigt eller har det andningsuppehåll på natten?

5.3 13-17 år

Barn från 13 år behöver sova 8–9 timmar per dygn, men vissa behöver mer sömn än så i puberteten. Många i den här åldern sover mindre än de behöver, vänder på dygnet och har svårt att somna på kvällen. Barn som har vänt på dygnet blir oftast trötta först vid 3–4-tiden på natten och vill helst sova till klockan 12 dagen efter. De sover som djupast vid 6-tiden på morgonen, när det egentligen är dags att gå upp.

I puberteten händer mycket i barnens liv och utveckling som kan störa dygnsrytmen. Morgonpigga barn kan plötsligt bli morgontrötta. De flesta sover som allra bäst mellan midnatt och klockan nio på morgonen. Det kan bli svårare som förälder att påverka sovtiderna när barnet blir tonåring. Tonåringen kanske umgås mer med kompisar än tidigare och ägnar sig mer åt tv, mobiltelefon, surfplatta eller dator på kvällen.

Det är viktigt att prata med tonåringen om sömnvanor är ett problem. Prata om det i lugn och ro på dagen och ta ingen diskussion sent på kvällen eller mitt i natten.

Kopians giltighet garanteras endast t.o.m. utskriftsdatumet

Försök att tillsammans komma överens om hur sömnen skulle kunna bli bättre. Det kan ta lite tid innan nya rutiner börjar få effekt. Prova därför gärna rutinerna i ungefär två veckor för att se om de fungerar eller inte.

Det bästa sättet att få tillbaka en bra dygnsrytm på lång sikt är att försöka få tonåringen att gå upp i tid på morgonen. Då hinner sömnbehovet byggas upp under dagen. Ett alternativ är att gå och lägga sig lite tidigare varje kväll, till exempel 15 minuter tidigare för varje dag, tills man hittar en bra rutin.

Tänk på:

- Undvik mobiltelefon, surfplattor och liknande en timme före läggdags.
- Sov bara på natten och undvik att sova på dagen.
- Ligg enbart i sängen för att sova.
- Skriva ner tankar om man ligger och grubblar.
- Låt det vara svalt, tyst och mörkt i sovrummet.
- Planera in någon typ av motion eller aktivitet utomhus varje dag.
- Lyssna på lugn musik eller prova avslappningsövningar.

På UMO kan du läsa mer om sömn och sömnbesvär för tonåringar.

6. Vårdbegäran och första besök

All vård startar genom att en vårdbegäran görs via e-tjänst, telefon eller genom remiss. Utifrån vårdbegäran görs en triagering för att fastställa symtomens allvarlighetsgrad och vårdnivå. Se Triagering/ En väg in- Psykisk ohälsa 0-17 år, Familjehälsa, Habilitering-och Barnpsykiatri

När vårdbegäran sker via remiss ska det säkerställas att remissinnehållet följer VO Familjehälsa/BUH/BUP standardiserade remissmall och rutin Remisshantering Familjehälsa- psykosocial personal samt Habilitering- och Barnpsykiatri

All vård ska genomföras i överensstämmelse med Patientlagen. Första besöket (F) ska genomföras enligt rutin för respektive verksamhet: BFH och UM Första besök - Barn- och familjehälsa och Ungdomsmottagning psykosocial verksamhet Region Gävleborg, Familjehälsa, Första besök BUP- VO Habilitering- och Barnpsykiatri och Första besök inom Barn- och ungdomshabiliteringen Region Gävleborg

Vid misstanke om att barn far illa görs en orosanmälan till Socialtjänsten i enlighet med rutin Orosanmälan. För att säkra skydd av barnet kan orosanmälan behöva upprepas och prioriteras tills resultat nås.

7. Samordning och vårdplan

Vårdplan (KVÅ AW013) ska upprättas. Det är en skriftlig överenskommelse mellan vårdsökande och vårdgivare.

Kontrollutskrift gällande endast utskriftsdatumet

I planen ska planerad och beslutad vård beskrivas. Vårdplanen fördjupas och revideras under hela vårdepisoden utifrån behov. Vid behov av samordning av insatser mellan region och övriga aktörer, samt för att tydliggöra ansvarsfördelningen och sätta gemensamma mål för patientens bästa ska samordnad individuell plan, SIP (KVÅ AU124) användas, se rutin Samordnad Individuell Plan samt hantering i Lifecare SIP - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg samt länets kommuner. En fast vårdkontakt ska erbjudas om det behövs eller om patienten själv begär det. För mer detaljerad information, se Fast vårdkontakt och behandlande roller Hälso- och sjukvård Region Gävleborg och Fast vårdkontakt och behandlande roller- Familjehälsa, Habilitering- och Barnpsykiatri Lokal rutin

8. Utredning och diagnostik

Diagnosen vid sömnstörning är klinisk och ställs efter en noggrann anamnes och kartläggning. Flera tillstånd kan finnas samtidigt och då utgöra samsjuklighet (komorbiditet).

8.1 Kartläggning

Vid vårdbegäran bör Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI) användas. **Se bilaga 3**. Det är ett strukturerat och standardiserat bedömningsinstrument för åldrarna 3-17 år. Vårdnadshavaren svarar på vad som bäst beskriver barnets fungerande de senaste 6 månaderna vad gäller sömn, med svarsalternativen aldrig, ibland och ofta. Frågorna i BCFPI är:

1. Har svårt att somna
2. Har svårt att sova utan att vakna
3. Sover mindre än andra barn i hans/hennes ålder
4. Har svårt att somna ensam
5. Har oregelbundna sömnvanor
6. Har svårt att somna om efter att ha vaknat på natten

Om BCFPI ger utslag på parametern Sömn är sannolikheten stor att barnen lider av en sömnstörning. För åldrarna 0-2 år kvalitetssäkras triageringen via en specificerad checklista som även finns som journalmall. Nästa steg blir då bedömning på anvisad vårdnivå.

Det är alltid viktigt att en bedömning av läkare på primärvårdsnivå (BVC eller HC) har gjorts under de senaste 6 månaderna, för att utesluta somatisk grund till den noterade utvecklingsavvikelsen. För barn i BVC-ålder finns Checklista Tabell Status som sammanfattar de rutinmässiga läkarundersökningar som barnet ska genomgå på BVC. **Se bilaga 4.**

Det är viktigt att kartlägga vilka faktorer som bidrar till att symtom uppstår och viktmakthålls. Information från flera olika källor bör vägas samman när ställning tas till huruvida kriterierna enligt DSM-5 uppfylls.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

När misstanke om sömnstörning framkommer ska en klinisk värdering av otillräcklig sömn göras. Den ska baseras på en värdering av symtom dagtid, förlopp, sovsituation, symtomens intensitet, duration och frekvens. För att få en detaljerad anamnesupptagning kan följande frågor användas:

- Vilka sömn-/vakenhetsproblem föreligger?
- Är sovsituationen i hemmet tillräckligt lugn och trygg?
- När debuterade problemen?
- Vilken inverkan har sömnproblemen på barnets respektive vårdnadshavarens välbefinnande?
- När är problemen som mest, respektive minst, uttalade?
- Vilka åtgärder har man hittills provat för att avhjälpa problemen?
- Finns det hereditet för sömnstörningar?
- Hur ser psykosocial och allmän situation i familj och hos övriga vårdgivare ut, med fokus på sömn-/vakenhetsrutiner?

Sömndagbok
Utöver den anamnestiska kartläggningen bör patienten föra sömndagbok i 2-3 veckor i varje sovmiljö. Sömndagboken ska innefatta tidpunkt då barnet lägger sig och stiger upp (vardagar och helger), tid till insomning och antal uppvaknanden. Sömndagbok finns i många olika utföranden. Utifrån sömndagboken kartlägger man tiden för sömn, vakenhet, dygnsrytmen och andra beteenden som är av betydelse för sömnen. Sömndagboken kan ge en god bild av barnets sömn-/vakenhetsmönster och rutiner på kvällen. Dagboken kan göras i pappersformat **se bilaga 5** eller t.ex. via Appen Uppskatta din dag eller via länk Sömndagbok.

ISI
Ytterligare ett sätt att samla in data är att använda screeninginstrument. Vid sömnstörningar rekommenderas ISI - Insomnia Severity Index
ISI. Det är ett kortfattat screeninginstrument med 7 frågor kring subjektiva aspekter av sömnen t.ex. ”Hur orolig är du över att du har problem med sömnen?” samt om dagfunktion i förhållande till sömnen, t.ex. ”I vilken utsträckning gör dålig sömn att din livskvalitet försämras på ett sådant sätt att det är märkbart för andra”. Svaren ges på en skala från 0 till 4. Svaren summeras till en totalpoäng på 0-28 , där högre värde indikerar svårare sömnbesvär. **Se bilaga 6** eller Formulär ISI.

För yngre barn vilar diagnostiken mer på föräldrarnas observationer och beskrivningar, medan äldre barn och ungdomar själva kan bidra genom självskattningsformulär och intervjuer.

Kopians giltighet gäller endast utskriftsdatumet

Kartläggningen syftar till en god diagnostik och ett underlag för fortsatt vårdplanering genom att:

1. Få data och fakta om sömnmönster och sömnvanor och utifrån detta avgöra om sömnen faller inom normalvariationen eller inte. Detta är viktigt då det finns mycket subjektiva uppfattningar om hur vi sover, som inte alltid stämmer med det faktiska sömnmönstret.
2. Utesluta andra orsaker till symtomen och ta ställning till differentialdiagnoser.
3. Bestämma om sömnstörningen är primär eller sekundär; om sömnstörningen bedöms som samsjuklighet eller är en del i annan symtomatologi.

8.2 Utvecklingsrelaterad och psykiatrisk bedömning

Vid psykiatrisk samsjuklighet är god kartläggning och diagnostik avgörande. Utifrån resultatet tas beslut om behandling. Om sömnstörningen bedöms vara del i ett annat psykiatriskt tillstånd, ska vårdprogram/riktlinje för varje diagnos följas. Behandlingsupplägget blir då en kombination av behandling för huvuddiagnosen, med ett komplement av insatser enligt detta vårdprogram.

Inom specialistvården är det viktigt att sömnstörningen behandlas först, men bedöms sömnstörningen vara en reaktion som grundar sig i en annan underliggande problematik, ska behov av kartläggning och behandling av samsjuklighet beaktas. Vårdprogrammen för varje diagnos ska således följas (samtliga finns på Plexus- under dokumentsök och bokstaven V alternativt på Samverkanswebben). Behandlingsupplägget blir på så vis en kombination av behandlingar.

8.3 Somatisk medicinsk bedömning

Vid all vårdbegäran är det viktigt att kartlägga misstänkt somatisk ohälsa. Somatiska sjukdomar liksom läkemedelsbehandling kan påverka sömn och vakenhet. När flera sjukvårdsspecialiteter är engagerade, till exempel för barn med flerfunktionsnedsättningar, behövs samverkan för att vården och sömnen ska bli optimal.

Ju yngre barnet är desto viktigare är det att utesluta somatiska orsaker till sömnbesvären: adenoider, polyper, överkänslighet, reflux, epilepsier, andningsstörningar, födoämnesintoleranser och eksem. Sömngång och nattskräck kan oftast diagnostiseras baserat på anamnes, men en ovanlig differentialdiagnos är epilepsi. Noterad ohälsa ska framkomma i remissen om vårdbegäran är skriftlig, eller i intervjun via En Väg in, om vårdbegäran är muntlig. Om det framkommer behov uppmanas patient själv utifrån ålder och mognad, eller med hjälp av vårdnadshavare, att kontakta hälsocentral för kontroll.

Kontrollera giltighet genom att jämföra endast utskriftsdatumet

Inom första linjen – BFH och UM
Kroppslig anamnes ska alltid tas vid behandlingsstart inom första linjen. Det innebär att kartlägga den delen av sjukdomshistorien som gäller patientens kroppsliga hälsa t.ex. tarmvanor, enures, trötthet, värk, fetma, svält, kramper, överkänslighet, eksem, snarkning, andningsuppehåll och uppfödningsproblem. Behandlaren ansvarar för att ta del av befintlig dokumenterad somatisk undersökning via Melior och PMO, samt ha det som underlag i fortsatt vårdplanering.

Vid misstanke om kroppslig sjukdom remitteras patienten till den hälsocentral som patienten är listad på för undersökning enligt gängse remissförfarande, se Remisshantering inom hälso- och sjukvård samt tandvård - Region Gävleborg.

Remittering för kroppslig undersökning till hälsocentral enligt ovan ska även göras vid utebliven effekt av behandling eller vid symtomförsämring, samt vid behov av överremittering till specialistvård: vid psykiatrisk samsjuklighet till BUP, vid funktionsavvikelse till BUH eller vid somatisk underliggande sjukdom till BUS.

För stöd till primärvårdens läkare var god **se bilaga 7**, där beskrivs ett förslag på innehåll för läkarbesöket på hälsocentralen och vad den somatiska kontrollen ska innehålla. Läkarens remissvar ska beaktas för den fortsatta vårdplaneringen och ska bifogas om remiss skickas till specialistnivå.

Den somatiska undersökningen bör innefatta inspektion av mun och svalg, auskultation av hjärta och lungor, bukpalpation, neurologisk status, öronstatus, hudkostym, hos småbarn skalle/fontanell, blodtryck och sköldkörtelpalpation. Bedömning av tillväxtskurva ska ingå och vid behov kan man ta blodprover.

Inom specialistvårdsnivå – BUP
När patient kommer för primär insomni till specialistvårdsnivå (BUP) ska det kontrolleras att somatisk undersökning av läkare utifrån insomni är gjord och är max 3 månader gammal. Före ev. insättning av läkemedel ingår basal kroppslig undersökning utifrån biverkningsprofiler på aktuella läkemedel.

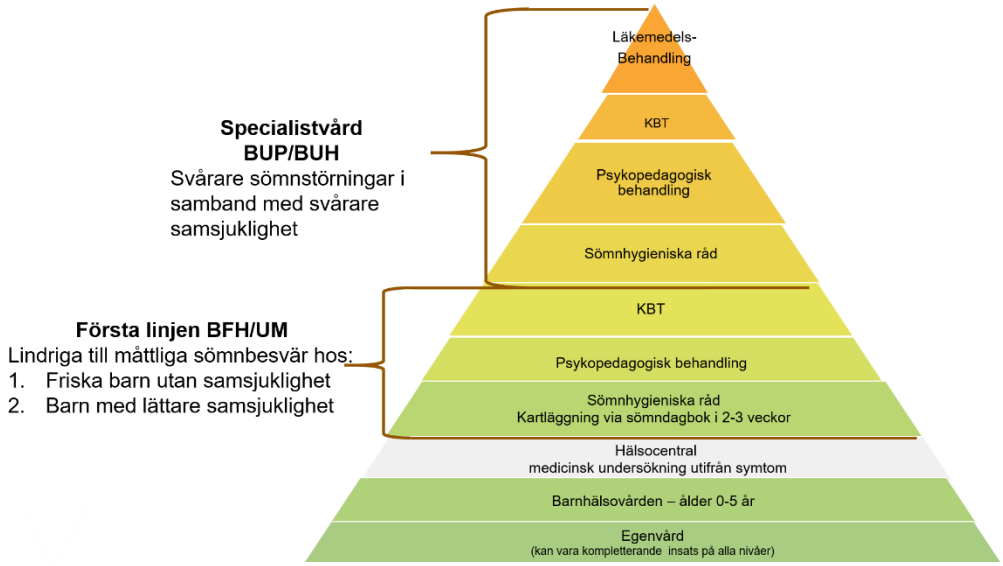
Läkemedel som kan påverka sömnen ska kartläggas t.ex. astmaläkemedel, kortisonpreparat, SSRI-läkemedel, centralstimulantia, antiepileptika och betablockare. Dessutom kan man få sömnsvårigheter av höga halter av koffein i t.ex. kaffe och energidrycker, samt av illegala droger och av abstinens.

9. Vårdflöden och behandling

Vården för barn och unga 0-17 år med sömnstörningar inom Region Gävleborg är nivåstrukturerad s.k. stegvis vård.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Det innebär att mindre resurskrävande insatser ska ges där detta är verksamt och därigenom uppnås lägsta effektiva omhändertagande nivå. Vårdnivån bestäms utifrån flera faktorer som vägs samman och ger vägledning i den fortsatta handläggningen.
För mer detaljerad information se Samverkansdokument Familjehälsa, Habilitering och Barnpsykiatri

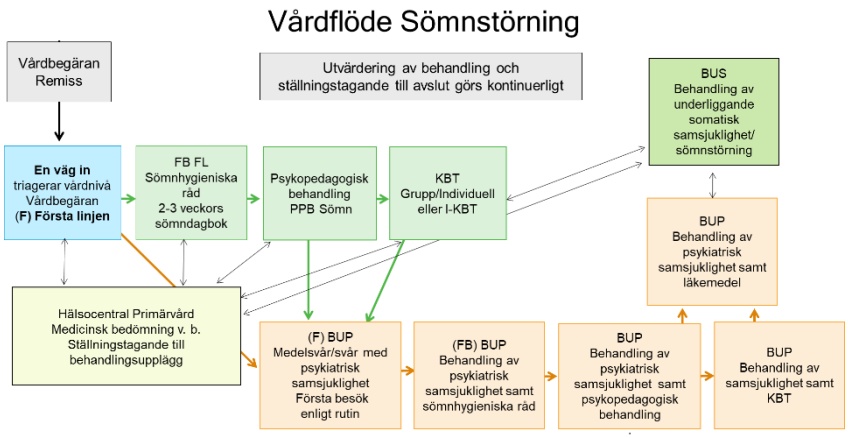


Figur 1: Schematisk bild av de stegvisa insatserna vid Sömnstörningar inom HAB-BUP-FH.

Sömnstörningar förekommer utan samsjuklighet, men även vid funktionsavvikelse, psykisk samsjuklighet och vid somatisk samsjuklighet i varierande grad. Det är den sammanvägda bedömningen som styr vårdnivå och behandlingsinnehåll. Varje steg i behandlingstrappan ska utvärderas och om behov av behandling kvarstår tas nästa steg. Se figur 1. När symtomen är svåra och kräver större insatser så ges insatsen direkt på bästa effektiva behandlingsnivå utifrån sammanvägd bedömning och patientens behov. För barn under 6 års ålder med sömnstörning är det extra viktigt att utesluta somatiska orsaker.

Specialistvård för barn och unga kan utifrån samsjuklighet eller underliggande tillstånd såsom somatisk sjukdom och/eller funktionsavvikelse även vara BUS eller BUH.

Kopian är giltighetsgranskad vid utskriftstillfället



Figur 2: Schematisk bild av vårdflödet vid Sömnstörningar.

Som framgår i figur 2 så startas behandlingen utifrån triagerad vårdnivå. Vid lindriga till måttliga besvär och för gruppen sömnstörning hos i övrigt friska barn utan samsjuklighet påbörjas behandlingen inom primärvården. Enligt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer av sömnstörningar är icke-farmakologisk behandling med sömnhygieniska insatser förstahandsalternativ. Om det bedöms otillräckligt kan tillägg av kortvarig behandling med melatonin övervägas oavsett vårdnivå. En grundläggande utredning inleds med en detaljerad anamnes av sömnproblemen. Det ska även utföras en medicinsk anamnes och en läkemedelsanamnes eftersom underliggande sjukdom och läkemedel kan påverka sömn och vakenhet. Se kapitel 10.

9.1 Egenvård

Den enskilde eller vårdnadshavaren kan själv vidta insatser för bättre sömn. Egenvård kan vara en första åtgärd eller en kompletterande insats på alla nivåer. Via Vårdguiden 1177 ges bra information och råd om sömnrutiner, kosthållning och struktur i vardagen. Där kan man även lyssna på LÄNK PODDAR. Se också 1177 Stresshantering vid sömn och En liten bok för sömnlösa . I boken finns fler råd för att komma till rätta med sömnproblem. Boken kan hämtas på hälsocentraler inom Region Gävleborg. Se även **bilaga 8** för konkreta tips.

9.2 Barnhälsovården

Arbetet inom Barnhälsovård (BHV) och Barnavårdscentraler (BVC) regleras av och följer nationella Rikshandbokens riktlinjer och råd avseende stöd och insatser till barn 0-5 år (eg. till halvårsskiftet det år barnet fyller sex år) och deras föräldrar se Rikshandboken Sömn.

Barn med svårigheter gällande sömn och/eller skrik och mat ska uppmärksammas på BVC och erbjudas tidiga och uppföljande insatser. Hos nästan en tredjedel av alla barn under 5 år anges barnets sömn vara ett problem i familjen, framförallt under de tidiga åren. Att komma tillrätta med svårigheterna har stor betydelse för barnets och föräldrarnas välbefinnande. I korthet går råden ut på att förmedla kunskap om barns sömn och sömnhygien, samt att hjälpa föräldrar att skapa god struktur och rutiner runt sömn för barnet.

Kopians giltighetsgaranteras endast vid utskriftsdatumet

På BVC ges såväl ett allmänt stöd till alla föräldrar som ett mer riktat stöd till de som har större behov. På BVC tar man del av föräldrarnas erfarenheter och vad de hittills gjort för att hantera problemet. En läkarbedömning kan vara aktuellt för att utesluta somatiska orsaker, liksom kontakt/samverkan/remiss till annan vårdgivare såsom BFH eller Barn- och ungdomssjukvården (BUS).

9.3 Hälsofrämjande insatser

Hälsofrämjande insatser som motverkar depression, ångest och andra psykiatriska tillstånd anses även ha en positiv och förebyggande effekt på sömnsvårigheter. Det handlar om främjande av goda vanor avseende sömn, kost, aktiviteter och motion. Man kan även anta att strategier för att hantera stress och stärka den unges relationer spelar en stor roll för det generella psykiska välbefinnandet. Det är därför viktigt att snabbt aktivera och komma igång med dessa insatser som involverar såväl den unge som dennes vårdnadshavare. Behandlingsdesignen vid sömnstörning styrs utifrån symtom. Sömnstörningar finns ofta med vid både lättare och svårare psykisk ohälsa och behandlingsupplägget ska utgå från hela symtombilden. Vid psykiatrisk samsjuklighet är god kartläggning och diagnostik avgörande. Icke-farmakologisk behandling är alltid förstahandsalternativet på alla vårdnivåer.

9.4 Sömnhygieniska råd

Att jobba med så kallade sömnhygieniska råd för att så långt som möjligt komma till rätta med sömnbesvären är den mest effektiva och prioriterade första insatsen oavsett vårdnivå. All behandling vid sömnproblematik ska innehålla sömnhygieniska råd enligt nedan:

Stig upp samma tid varje morgon, detta oavsett hur många/få timmar du sovit, oavsett om det är vardag eller helg.
Sov inte på dagen hur trött du än känner dig.
Lägg dig inte förrän du känner dig trött på kvällen. Sömnighet kommer i perioder.
Låt hjärnan gå ner i varv en timme innan du ska sova, läs en bok, lyssna på en podd eller gör en avslappningsövning. Stäng av dator och lägg mobilen långt ifrån sängen.
Håll sovrummet mörkt och svalt.
Se till att sängen blir en plats för att sova, avstå från lek och skärm i sängen.
Undvik att äta eller dricka precis innan du ska sova, tänk minst en timme. Avstå energidryck eller kaffe helst helt och åtminstone efter kl. 15.
Gör sänggåendet till en rutin som ser likadan ut varje kväll t.ex. bada/duscha, borsta tänderna, läs, släck lampan och lägg dig att sova.

Vid sömnstörningar med samtida beroendeproblematik var god se länk Nationella vård och insats programmet vid missbruk och beroende och deras rekommendationer i det specifika kapitlet ”Insatser vid sömnproblem”. Se även **bilaga 9.**

Kopians giltighet garanteras endast vid utskriftsdatumet

9.5 PPB sömn

Nästa steg i insatskedjan är Psykopedagogisk behandling (PPB) som syftar till ökad kunskap om vikten av rutiner, struktur över dygnet och adekvata kvällsrutiner. Även information om viktiga trygghetsskapande åtgärder ges. Dessa insatser kan ges på alla vårdnivåer och även i kombination med samsjuklighet.

9.5.1. Anhörig och tonår

Kort beskrivning
PPB Sömn är en psykopedagogisk behandling för tonåringar med sömnsvårigheter. Behandlingen består av 4 tillfällen á 60 minuter som kan administreras i fysisk form eller digitalt. Behandlingen består av föreläsningar, interaktiva diskussioner och hemuppgifter.
Olika områden som berörs är sömnfysiologi, olika typer av sömnsvårigheter, sömn i tonåren, orsaker till sömnsvårigheter och vidmakthållande faktorer, sömnhygien, levnadsvanor såsom mat och fysisk aktivitet, att hantera orostankar, övningar och sömndagbok. Föreläsningsmoment bryts upp med diskussion och uppgifter. Deltagarna kommer under behandlingen att få prova på olika strategier för att förbättra sin sömn, bland annat genom hemuppgifter. Behandlingen utvärderas med hjälp av ett formulär (ISI – Insomnia Severity Index) som deltagarna fyller i vid första och sista behandlingstillfället.
Syfte
Syftet är att ge ungdomen och vårdnadshavare kunskap om sömn samt vad de själva kan göra för att förbättra sin sömn.
Indikation
Inbokning sker efter insats psykopedagogisk basprogram när symtomen kvarstår och ungdomen eller vårdnadshavare tar förnyad kontakt med behov av ytterligare insatser. Ålder 13-17 år.

Kompetens
Anställd behandlare med kunskap om sömnstörningar och förmåga att ge psykopedagogik. Film: PPB SÖMN

Manual: PPB SÖMN TONÅR.pptx

9.5.2 Anhörig och barn

Kort beskrivning
Psykopedagogisk behandling som kan administreras digitalt i grupp eller individuellt till barn och/eller deras anhöriga. Omfattar 3 tillfällen + 1 uppföljnings- och utvärderingstillfälle efter 4 veckor då deltagarna uppmanats att praktisera sina nya kunskaper. Behandlingen består av föreläsning, interaktiva diskussioner och hemuppgifter. Följande områden berörs: Sömnfysiologi, sömnhygien, användning av sömndagbok, onda cirklar, rutiner vid sängdags, erhålla god sovmiljö, faktorer som kan störa sömnen och stress.

Kopians giltighet garanteras ej utanför utskriftsdatumet

Syfte
Syftet är att ge barn och vårdnadshavare kunskap om sömn samt strategier för att hanterar sömnstörningar.
Att ge vårdnadshavare råd och information om hur man kan bemöta barn med sömnstörning och att barnet får kunskap om vad de kan göra själva för att på ett gynnsamt sätt påverka sina symtom.
Indikation
Inbokning sker efter insats psykopedagogisk basprogram när symtomen kvarstår och vårdnadshavare tar förnyad kontakt med behov av ytterligare insatser. Ålder 3 -12 år (barn deltar fysiskt utifrån ålder och mognad).

Kompetens
Anställd behandlare med kunskap om sömnstörningar och förmåga att ge psykopedagogik.

Manual: PPB SÖMN BARN 6-12 år.pptx

9.6 Sov gott ungdom

Kort beskrivning
Sov gott ungdom är en internetbehandling vid insomni. Där erbjuds guidad självhjälp och veckovis kontakt med e-behandlare. Behandlingen förmedlas via avancerad text, bilder och ljudfiler och kombineras med direktkontakt med personlig behandlare. Behandlare som erbjuder detta finns inom UM och BUP.

Behandlingen innehåller; psykoedukation, stimuluskontroll, schemalagd sömn, sömnkomprimering, sömnhygien, interventioner vid stress, interventioner för oro, vidmakthållandeprogram.

- Behandling initieras via väntelista behandling e-sömn
- Internetbehandlare kallar till 1-2 fysiska möten, om lämpligt kan båda delar genomföras under ett besökstillfälle
- Del 1 för intervju och motivationsbedömning
- Del 2 för att introducera tillvägagångssättet vid inloggning i Stöd och behandling (SoB) med säker inloggning via 1177
- Skriftlig föräldrainformation överlämnas
- Behandlingen börjar

Se även Sömn Personalinformation, Informations folder - Sömn- stöd och behandling på nätet, Så startar du din internetbehandling- https://plexus.lg.se/Organisation/halso--och-sjukvardsnamndforvaltning/intern-produktion-halso--och-sjukvard/habilitering-och-barnpsykiatri/arbetssatt-och-metoder/digitala-ppb-filmer/

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Syfte
Syftet är symtomreduktion avseende insomni.

Indikation
Inklusionskriterier

- Ha tillgång till dator med internetuppkoppling (alternativt smartphone)
- Inte nyligen ha genomgått eller vara planerad för KBT-behandling för komorbid insomni.
- Inte ha ett pågående psykostillstånd, suicidrisk eller anses ha hög risk att hamna i ett maniskt skov
- 13-17 år med svårigheter att sova: Andra åldersgrupper kan genomgå behandlingen utifrån kliniskt bedömd lämplighet.
- God kompetens att kommunicera skriftligt
- Kunna jobba självständigt
- Motiverad att genomföra behandlingen och dess hemuppgifter

Kompetens
Behandlare inom Familjehälsa, BUH och BUP med kunskaper om Sov gott Ungdom.

9.7 Kognitiv beteendeterapi - KBT

Kognitiv beteendeterapi (KBT) med inriktning på sömnbehandling ges vid ytterligare behov och för en del kan det behövas läkemedelsbehandling. Se nedan i texten för mer detaljerad beskrivning.

Kort beskrivning
Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en strukturerad form av psykoterapi med både tanke- och beteendebaserade interventioner. Behandlingen bedrivs aktivt, målmedvetet och med ett avgränsat tidsperspektiv. För barn och ungdomar kompletteras vanligtvis behandlingen med föräldrakontakter med inriktning på informationsutbyte, eller med behandling inriktad på föräldrarnas omvårdnad och ibland behandling inriktad på att trygga barnet. Behandlingen kan ges såväl individuellt som i grupp och delas upp i sessioner upp till som längst 8 gånger.

Behandlingen startar med en genomgång av sömnfysiologi och sömnhygien, samt introducerar kartläggning genom sömndagbok. Utifrån kartläggningen görs en problemanalys och som verktyg används bilden Onda cirklar och Sömnformeln. Målet med behandlingen bestäms och information om stresskunskap, avspänning och läggdagsrutin ges.

Kunskapen underlättar genomförandet av önskade beteendeförändringar och av stimuluskontroll. Parallellt genomförs även kognitiva interventioner i form av hantering av orostankar, tankefällor och acceptans. Utifrån behov görs en genomgång av depression och ångest påverkan på sömn med t.ex. tillägg av beteendeaktivering.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Behandlingen avslutas med en sammanfattning och patienten och/eller vårdnadshavare ges möjlighet att själv formulera personliga råd att använda vid vidmakthållandet av uppnådda resultat.

Syfte
Syftet är att uppnå symtomreduktion och att barnet/den unge erhåller strategier för att upprätthålla god sömn.

Indikation
Inbokning sker utifrån uppfyllda diagnoskriterier enligt DSM-5 på insomni, hypersomni eller senarelagd sömnfas, om behov av behandling kvarstår efter genomgången psykopedagogisk behandling PPB, eller om symtomen är medelsvåra/svåra och kräver direkt behandling.

Kompetens
Behandlare inom BFH, UM, BUH eller BUP och genomgått grundutbildning i psykoterapi med kognitiv beteendeterapeutisk inriktning (Steg-1 KBT) eller legitimationsgrundande påbyggnadsutbildning (steg 2) med inriktning KBT med godkänt resultat.

10. Läkemedelsbehandling

Syftet med läkemedelsbehandling vid insomni är i första hand att ge hjälp under en omställningsfas, där man samtidigt med medicin tränar andra färdigheter för sömn inklusive betingande rutiner. Om inte indikationen är akut SKA läkemedelsförskrivning föregås av sömndagbok under två veckor i varje sovmiljö, i kombination med egenvård och psykoedukativa insatser.

En stor del av läkemedelsbehandlingen vid sömnstörning hos barn sker med rekommendation och klinisk erfarenhet, men utan att läkemedelsföretagen i fråga ansökt om indikation för specifikt insomnibehandling för barn och unga. I åldern 2-5 år är egentligen bara Melatonin och Prometazin godkända för insomni.

Formell indikation, subvention och rekommendation för sömnbehandling hos barn har Melatonin vid samtidig ADHD i åldersgruppen 6-17 år. All övrig läkemedelsbehandling för sömn sker off-label. Det blir då extra viktigt att utvärdera behandlingen och även göra utsättningsförsök.

Läkemedelsbehandling bör ske under 1-3 månader och utvärderas med ny sömndagbok + lista med färdigheter/rutiner. Prova utsättning under 1-2 veckor efter 3 månader.

All behandlingstid utöver 3 månader är att betrakta som långtidsbehandling och riskerna av sådan är ofullständigt belagda. Se även Läkemedelsverket Sömnstörningar hos barn och Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation sömn 2022

Kopiera giltighetsgarantens endast utskriftsdatumet

Insomni utan samsjuklighet:
Om det är aktuellt med läkemedelsbehandling ska den alltid föregås av: sömndagbok 2 veckor i varje sovmiljö, egenvård avseende sömnhygien, psykopedagogik, ställningstagande till KBT.

Samtidiga insatser inom egenvård och/eller psykopedagogik för att få till en omställning av vanor och förbättra betingning ska fortgå under tiden läkemedelsbehandling pågår.

Inom primärvård ska eventuell läkemedelsbehandling ske restriktivt enligt ovan, i samarbete med BFH/UM eller efter konsultation av BUS/BUP/BUH som ger rekommendation. Primärvård bör inte förskriva sömnläkemedel för mer än 3 månader. Detta är en bortre gräns. Vid aktualisering av ytterligare receptförnyelse ska specialistvården konsulteras enligt nedan. Bedömning sker utifrån underlag.

Vid behov av specialistvård vid svår insomni rekommenderas BUS (Barn- och ungdomssjukvården) för barn under 6 år och BUP för barn över 6 år vid insomni. Detta utifrån sannolikheten för olika typer av samsjuklighet (inklusive diagnostik) vid olika åldrar.

10.1 Preparatval, insomni utan samsjuklighet

Melatonin
Den vetenskapliga dokumentationen för behandling av barn med melatonin baseras huvudsakligen på kortverkande melatonin.

Melatonin är förstahandsval. Det finns rekommendation från Läkemedelsverket, att det går att använda från 2 års ålder, men ej indikation eller subvention, d.v.s. det kan vara medicinskt korrekt att förskriva, men då till fullkostnadspris. Rekommenderad initial dos i åldrarna 2-4 år: 0,5-1 mg 45 minuter före sänggåendet. Över 4 års ålder gäller: 1-5 mg 45 min före sänggåendet. Maxdos till äldre barn/unga är 10 mg till natten.

Melatonin är godkänt för behandling av insomni hos barn och ungdomar med diagnos ADHD från 6-17 år där sömnhygieniska åtgärder har varit otillräckliga. Läkemedel med melatonin (depåtablett) är EU godkänt från 2 års ålder vid insomni hos barn med autism och Smith Magenis syndrom, men marknadsförs för närvarande inte i Sverige. Läkemedel med melatonin finns tillgängligt i olika beredningsformer och styrkor. För aktuell information om enskilda produkter se läkemedelsinformation i Läkemedelsfakta (www.lakemedelsverket.se) eller FASS.

Melatonin bildas i tallkottkörteln från tryptofan och verkar på receptorerna MT1 och MT2. Dessa finns i centrala nervsystemet, men även i hud, blodkärl, immunsystem, magtarmkanal, endokrina körtlar och reproduktiv vävnad. Metabolism sker via CYP1A1 och CYP1A2 i levern.

Korrekt giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Kliniskt signifikanta interaktioner har inte rapporterats mellan melatonin och antiepileptika, metylfenidat, fluoxetin, sertralin.

Upp till 20 % av barnens föräldrar rapporterar biverkningar vid längre tids behandling; yrsel, sängvätning, fortsatta nattliga uppvaknanden, huvudvärk, illamående, pigmentförändringar/utslag, mardrömmar, synstörningar samt morgontrötthet. Melatoninbehandling rekommenderas inte under juni, juli och augusti.

Prometazin (Lergigan)
Lergigan, prometazin ges utifrån indikation oro från 2 års ålder. Bieffekt i form av sedering kan användas för sömn. Dosering för barn i åldrarna **2-5 år**: 5 mg till natten, maxdos 15 mg/d. För barn i åldrarna **5-12 år** gäller 10 mg till natten, max 30 mg/d. Tas 1 timme före sänggåendet. Finns som oral lösning 1 mg/ml, tablett 25 mg och ibland som Lergigan mite 5 mg (ojämn lagerstatus). Halveringstid 13 timmar.

Atarax
Atarax, hydroxizin. Har indikation urtikaria och klåda från 1 års ålder. Bieffekt i form av sedering kan utnyttjas för att komma till ro på kvällen. Dosering: barn **1-5 år**: 0,5-1,0 mg/kg kroppsvikt, barn **5-12 år**: 10-25 mg till natten.
Tas 1 timme före sänggåendet. Max dygnsdos upp till 40 kg: 2 mg/kg och dygn. Max dygnsdos över 40 kg: 100 mg/d. Finns som t 10 mg, t 25 mg samt oral lösning 2 mg/ml.

Rapporterade biverkningar är huvudvärk, muntorrhet, illamående, yrsel, sömnlöshet, tremor, förvirring och feber. En mycket ovanlig men allvarlig biverkan i form av torsade de pointes finns beskriven. Ta ev. EKG för QT-tid vid höga doser och polyfarmaci.

Alimemazin
Alimemazin har indikationerna klåda, allergi, premedicinering **från 3 års ålder**. Dosering för barn i **åldrarna 3-5 år**: 2,5- 10 mg vb. För barn i åldrarna **5-12 år** rekommenderas 5-15 mg vb. Den finns som orala droppar 40 mg/ml (inkl. droppipett) och som kapsel 20 mg.

Alimemazin hör till fentiazinerna (och räknas till de första antihistaminerna) och verkar på histaminreceptorer samt muskarinreceptorer och kan därmed ge antikolinerga biverkningar som muntorrhet, urinretention, ackommodationsstörningar, förstoppning. Riskerna för yngre barn är framförallt andningsdepression och sedering.

Propavan
Propavan, propiomazin är ett långtidsverkande fentiazin som har indikation vid sömnrubbning hos vuxna.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Den kan användas off-label som andrahandspreparat till unga **i övre tonåren,** framförallt vid avbruten sömn. Dosering: 25-50 mg 1-2 timmar före sänggåendet. Finns som tablett 25 mg.

Notera 1: Regelbundna vanor är den viktigaste predikatorn för framgång i behandling.

Notera 2: Ovan preparatgenomgång gjord utifrån användning inom specialistvården där off-label-behandling kan vara aktuell.

10.2 Kompletterande preparatval vid insomni och samsjuklighet:

Utöver listade preparat under 10.1 finns en del preparatalternativ utifrån samsjuklighet. Endast atomoxetin och Intuniv har indikation för minderåriga.

Vid affektiv sjukdom:

Mirtazapin
Mirtazapin – antidepressivum, NaSSA-preparat. Doseras 15-45 mg till natten. Finns som tablett och sönderfallande tablett 15, 30 och 45 mg. Bäst sömngivande effekt i lägre intervallet. Kan fungera som tillägg till SSRI om otillräcklig effekt vid ångest/depressionsbehandling.
Biverkningsprofilen innehåller hungerökning och i ovanliga fall mardrömmar. Inga antikolinerga biverkningar! Kan förskrivas till ungdomar i övre tonåren inom specialistvården.

Mianserin
Mianserin – tetracykliskt antidepressivum, NaSSA. Doseras som 20-60 mg till natten. Finns som tablett 10, 30, 60 mg. Ökar också aptit. Inga antikolinerga biverkningar.

Olanzapin
Olanzapin– 2a generationens neuroleptikum doseras mycket varierande från 2,5 mg till natten till 30 mg/d beroende på symptombild. Mycket ångestdämpande. Finns som tablett 2,5, 5, 7,5, 10, 15, 20 mg, munsöderfallande tablett 5, 10, 15, 20 mg. Begränsande för dosökning brukar vara trötthet, yrsel. Viktuppgång vanligt, ta utgångsvikt, avbryt om snabb initial viktökning. Bra vid mani, psykos, ätstörning, OCD, psykotisk depression.

Quetiapin
Quetiapin doseras vid sömnstörning förslagsvis som t 25-50 mg till natten. Maxdos 600 mg/d. Finns som tablett 25, 100, 200, 300 mg, depottablett 50, 150, 200, 300, 400 mg. Även detta preparat kan man bli hungrig och trött av. Har indikation bipolär depression, mani/hypomani, humörstabilisering samt schizofreni. Mycket ångestdämpande.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Nozinan
Nozinan levomepromazin är ett äldre högdosneuroleptikum. Doseras vid sömnstörning 5-25 mg till natten, tas 1 timme före sänggåendet. Finns som tablett 5 mg och tablett 25 mg. Biverkningar i form av morgontrötthet och nästäppa.

ADHD:

Atomoxetin
Atomoxetin – Har indikation ADHD **från 6 år.** Finns som kapsel 10, 18, 25, 40, 60, 80, 100 mg och oral lösning 4 mg/ml. Dosering för ADHD startar på 0,5 mg/kg x d och går upp till max 1,2 mg/kg x d. I pediatrisk population finns trötthet beskrivet som bieffekt och dosering på kvällen ensamt eller i tillägg till annan ADHD-medicinering kan vara till hjälp för nedvarvning.

Intuniv
Intuniv guanfacin har indikation ADHD i åldrarna 6-17 år**.** Rekommenderad startdos 1 mg till natten, ökas enligt FASS. Finns som depottablett 1, 2, 3, 4 mg. Kan användas tillsammans med andra ADHD-läkemedel. Blodtrycksfall viktig biverkan.

Melatonin AGB, AGB-Pharma – indikation, subvention och rekommendation:

	Indikation	Subvention (Förmån, gratis)	Rekommendation (medicinsk konsensus, Läkemedelsverket)
ADHD + sömnstörning 6-17 år	Ja	Ja	Ja
Autism + sömnstörning 2-17 år	Nej	Ja, BUH + BUP Gävleborg	Ja
Innan ADHD utredning	Nej	Nej	Ja*
Pågående melatoninbehandling utan ADHD/Autism	Nej	Nej	Ja**
Flerfunktionsnedsättning + sömnstörning tom 17 år	Nej	Ja, BUH + BUS Gävleborg	Ja***
Ny förskrivning sömnmedel, andra tillstånd än ovan	Nej	Nej	Ja

*BUP förskriver max 3 mån inför/före NP-utredning, utan subvention. Om melatonin krävs under längre tid för att genomföra en utredning kan undantag göras.

Kontrollera giltighet garanteras endast på utskriftsdatumet

**Om god behandlingseffekt är det möjligt förskriva, men utan subvention. Gå annars över till egenvård eller äldre preparat.

***Huvudsakligen förskrivning via BUH och BUS.

Autism:
Perioder med svårt att somna är vanligt vid autism.
Läkemedelsrekommendationerna vid autism och samtidig insomni är desamma som vid insomni utan samsjuklighet. Melatonin i doser upp till 10 mg/d har ofta god effekt både på sömn och i viss mån beteenden (repetitiva handlingar, irritabilitet, koncentrationssvårigheter).

Vid autism finns ofta även diagnoser som intellektuell funktionsnedsättning, ADHD eller epilepsi. Det innebär att hjärnan ibland är mer, ibland mindre känslig för läkemedel varför försiktig upptrappning och utvärdering är viktig. Avstå fentiaziner som propiomazin 25-50 mg till natten och moderna högdosneuroleptika som olanzapin 2,5 – 5 mg till natten som kan påverka kramptröskeln vid otillräckligt behandlad krampsjukdom. Vid samtidig autism och ADHD kan både atomoxetin och guanfacin användas enligt ovan.

10.3 Flerfunktionshinder

Barn med flerfunktionshinder är en mycket heterogen grupp, vilket innebär att sömnstörningar kan ha olika orsaker och olika symtom och uttryck. Barn med flerfunktionshinder har mer sömn- och vakenhetsstörningar än barn i den allmänna befolkningen. Flerfunktionshinder kan omfatta olika kombinationer av svårigheter, såsom rörelsehinder i kombination med smärttillstånd och kognitiva utvecklingsavvikelser som intellektuell funktionsnedsättning eller autismspektrumtillstånd (AST).

Vid sömnstörningar hos barn med flerfunktionshinder bör första steget vara att optimera behandlingen av barnets grundläggande medicinska och psykiatriska tillstånd och samordna omvårdnaden för att minimera negativa effekter på sömnen. Skolbarn har behov av 10–11 timmars sömn per dygn med stora variationer.

Omkring 80 % av barn med neurologiska utvecklingsavvikelser har sömnproblem där flera typer av sömnstörningar kan förekomma. Förekomsten av parasomnier är ökad. Sömnstörningarna kan bero på att hjärndysfunktioner stör sömnregleringen, men också på att tillstånden i sig försvårar inlärningen av rutiner som signalerar dygnsrytm. För att underlätta sömn och vakenhet på socialt acceptabla tider är det därför särskilt viktigt att ha tydliga sömn-/vakenhetsrutiner som är anpassade för det enskilda barnet.

Barn med rörelsehinder har ofta spasticitet eller smärtor som kan ge sömnlöshetsproblem, genom att barnet har svårt att hitta en bekväm sovställning.

Kopians giltighet upphör efter utskriftsdatumet

Sömnrelaterade andningsstörningar av olika typer förekommer också, liksom gastroesofagal reflux (GERD).

Epilepsi kan ha mycket varierande uttryck samt inverkan på sömn, såsom nattliga uppvaknanden, dålig sömn kvalitet och ibland fenomen som liknar parasomnier. Antiepileptisk medicinering ger också ofta biverkningar i form av såväl trötthet/sedering som insomni.

Omkring 50 % av barn med synskada har flerfunktionshinder. Synskadan försvårar anpassning till ljus och mörker och leder ofta till störd dygnsrytm. Tydliga rutiner för att markera dygnsvariation i kombination med melatonin kan vara till hjälp för att reglera dygnsrytmen.

11. Identifierat utvecklingsområde

Under arbetet med detta vårdprogram har det framkommit behov av fortsatt förbättringsarbete gällande vårdflöden och samverkan mellan de olika vårdgivare som möter barn med sömnstörning, för ytterligare förtydligande av remissgång, kontaktytor för konsultation, samt behandlingsansvar.

Det är också angeläget att följa läkemedelsförskrivning på gruppnivå.

12. Dokumentationsinformation

Arbetsgrupp tillika författare:
Najah Khalifa Med. dr, specialist i barnneurologi och habilitering
Brita Rydbäck Leg. psykiatrisjuksköterska, grundutbildad psykoterapeut KBT
Antonia Sigfridsson PTP-psykolog, BSc psykologi
Ann Frånberg Specialist i allmänpsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri, medicinsk ledningsansvarig
Charlotta Blank Specialist i pediatrik/ST-läkare i barnneurologi och habilitering (konsulterad)
Jennifer Wellin Leg. psykolog/vårdutvecklare
Elisabeth Präntare Leg. psykoterapeut/vårdutvecklare

Följande personer har deltagit från BUS i arbetsgruppen del av tid:
Frida Löfling vårdenhetschef BUS
Helena Webering specialist i pediatrik BUS
Anna de Jorge vårdenhetschef BUS
Emma Selander Leg. psykolog
Lena Edorsdotter Leg. psykolog

Specialistläkare/ Barnhälsovårdsöverläkare Pär Lindström har konsulterats i avsnitt angående Barnhälsovården.
Konsultation har skett under arbetets gång med Tommy Lundmark Chefsläkare primärvården, Per Melander chefsläkare primärvården och PEO Hermansson Chefsläkare primärvården.

Kontrollstämplar garanteras endast vid utskriftsdatumet

Upprättare: Malin Westeråker Leg. psykolog/vårdutvecklare Familjehälsa, Habilitering- och Barnpsykiatri
Granskare: Jennifer Wellin Leg. psykolog/vårdutvecklare Familjehälsa, Habilitering- och Barnpsykiatri
Medicinsk granskare: Ann Frånberg Vårdenhetschef läkare/specialistläkare Habilitering- och Barnpsykiatri
Slutgranskare: Marléne Huoman Kvalitetssamordnare Habilitering- och Barnpsykiatri
Fastställare: Kristina Lingman Verksamhetschef Familjehälsa, Habilitering- och Barnpsykiatri

Under framtagande av dokumentet har remissförfarande genomförts under tiden 2023-03-06 tom 2023-03-24 till vårdenhetschefer inom Barn- och familjehälsa/Ungdomsmottagning, Barn- och ungdomspsykiatri, Barn- och ungdomshabilitering, Specialistläkare/ Barnhälsovårdsöverläkare Pär Lindström, Verksamhetschef och Vårdenhetschefer BUS, Tommy Lundmark Chefsläkare primärvården, Per Melander Chefsläkare primärvården och PEO Hermansson Chefsläkare primärvården.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

13. Referenser och relevanta dokument

Dokument	Plats
SFBUP Instruktion vid läkemedel	Slf.se
Läkemedelsverket Sömn rekommendationer Barn och unga	lakemedelsverket.se
Rikshandboken Sömn	rikshandboken-bhv.se
Patientlag SFS 2014:821	riksdagen.se
Hälso och sjukvårdslag SFS 2017:30	riksdagen.se
Vårdprogram Suicidprevention	Platina ID nr: 09-179748
Orosanmälan till socialtjänst vid misstanke om att barn far illa. Hälso- och sjukvård, Region Gävleborg	Platina ID nr: 09-36000
Bokhyllan	Plexus
Drogscreening, Habilitering- och Barnpsykiatri	Platina ID nr: 09-96950
Sömnhygien- Familjehälsa, Habilitering- och Barnpsykiatri	Platina ID nr 09-250994
Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation sömn 2022	lakemedelsverket.se
Nationella vård och insats programmet vid missbruk och beroende	vardochinsats.se
Sömn Personalinformation	Bokhyllan
Informations folder - Sömn- stöd och behandling på nätet	Bokhyllan
Så startar du din internetbehandling	Bokhyllan
Remisshantering inom hälso- och sjukvård samt tandvård - Region Gävleborg.	Platina ID nr: 09-59934
Remisshantering Familjehälsa- psykosocial personal samt Habilitering- och Barnpsykiatri	Platina ID nr: 09-409884
Triagering/ En väg in- Psykisk ohälsa 0-17 år, Familjehälsa, Habilitering-och Barnpsykiatri	Platina ID nr: 09-375366
Första besök inom Barn- och ungdomshabiliteringen Region Gävleborg	Platina ID nr: 09-440616
Första besök BUP- VO Habilitering- och Barnpsykiatri	Platina ID nr: 09-373452
Första besök - Barn- och familjehälsa och Ungdomsmottagning psykosocial verksamhet Region Gävleborg, Familjehälsa	Platina ID nr: 09-373914
Samordnad Individuell Plan samt hantering i Lifecare SIP - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg samt länets kommuner	Platina ID nr: 09-41567
Fast vårdkontakt och behandlande roller Hälso- och sjukvård Region Gävleborg	Platina ID nr: 09-41590
Fast vårdkontakt och behandlande roller- Familjehälsa, Habilitering- och Barnpsykiatri Lokal rutin	Platina ID nr: 09-305219
Samverkansdokument Familjehälsa, Habilitering och Barnpsykiatri	Platina ID nr: 07-356548.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

14. Bilagor

Bilaga 1

Sömnstörningar som omfattas av detta vårdprogram
De grundläggande typer av sömnstörningar som vårdprogrammet omfattar de benämns i DSM-5 enligt följande och här även presenterade med ICD-10-SE kod inom parentes. De beskrivs närmare i Läkemedelsverkets kunskapsdokument Sömnstörningar hos barn.

Insomni (Icke organisk sömnlöshet F51.0)
Insomni innefattar insomningssvårigheter, nattliga uppvaknanden, för tidigt uppvaknande eller dålig sömnkvalitet utan att annan bakomliggande primär sömnstörning kan identifieras. För att diagnostisera en sömnstörning som insomni krävs att sömnlösheten är långvarig och att den påverkar funktion och livskvalitet under dagtid. Insomni (insomningsstörningar och avkortad nattsömn) kan även diagnostiseras enligt ICD-10 med G 47.0 och utesluter då icke organiska sömnstörningar.

Hypersomni (F51.1)
Hypersomni är tillstånd med dagsömnighet eller generellt ökat sömnbehov som inte enkelt kan förklaras av för kort eller för dålig nattsömn. Identifiering av dagsömnighet hos barn kompliceras av att barn vid sömnbrist ofta reagerar med irritabilitet eller överaktivitet snarare än typisk sömnighet.
Hypersomni (överdriven sömnighet) kan även diagnostiseras med kod G 47.1 enligt ICD-10 och utesluter då icke organiska sömnstörningar.

Senarelagd sömnfas Dygnsrytmstörningar (G47.2)
Insomningssvårigheter och dagsömnighet är typiskt för detta tillstånd då den drabbade försöker följa normala tider för skola eller arbete. Under fria förhållanden, exempelvis under semester eller lov, sover personer med senarelagd sömnfas vanligen gott, men bibehåller en sen sömnfas och därmed även sena vakenhetstider.

Andra typer av dygnsrytmstörningar (G47.2)
Dygnsrytmstörningar med tidigarelagd dygnsrytm, oregelbunden sömn-/vakenhetsrytm och ”icke-24-timmars sömn-/vakenhetsrytm” är betydligt ovanligare än senarelagd sömnfas.

Övriga sömnstörningar i DSM-5
Arousal under icke REM-sömn inbegriper sömngång (F51.3)
Mardrömmar (F51.4). Se även bilaga 4.
Stört beteende under REM-sömn (G47.8)
Restless legs (G25.8)
Substans-/läkemedelsbetingad sömnstörning (Specificeras utifrån substans): F10.8, F15.8, F12.8, F11.8, F13.8, F15.8, F14.8, F17.8) och (F19.8) flera substanser i kombination

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Annan specificerad sömnlöshet (G47.0 Insomni)
Ospecificerad sömnlöshet (G47.0)
Annan specificerad hypersomni (G47.1)
Ospecificerad hypersomni (G47.1)
Andra specificerade sömn-vakenhetrelaterade störningar (G47.8)

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Bilaga 2

Sömnstörningar som inte omfattas av detta vårdprogram

Att utreda bakomliggande orsaker är viktigt eftersom sömnstörningar förekommer vid många somatiska och psykiska sjukdomar men även kan vara tecken på stress och oro eller biverkan av mediciner. Långvariga, allvarliga eller svårbehandlade sömnbesvär kan ha flera bakomliggande orsaker och bör utredas noggrant. Man behöver utesluta differentialdiagnoser som till exempelvis sömnapné, restless legs, sömn–vakenhetsstörning av dygnsrytmen och mardrömsstörning.

Parasomnier
Parasomnier är ett samlingsnamn för störande fenomen eller beteenden som förekommer vid insomning, under pågående sömn eller vid uppvaknande. Exempel på parasomnier är att tala i sömnen, nattskräck, sömngång och mardrömmar. Mardrömmar är vanligast under efternatten. Efter en mardröm blir barnet ofta klarvaket och kan då behöva tröst och försäkran om att det otäcka bara var en dröm. Nattskräck och sömngång uppstår under den djupa sömnen och vanligen i början av natten. De benämns även partiella uppvaknanden och karakteriseras av komplexa motoriska beteenden medan individens medvetande fortfarande ”sover”. Den viktigaste skillnaden mellan sömngång och nattskräck är att nattskräck har större stresspåslag och vanligen inleds med plötsligt skrik. Dagen efter minns barnet vanligen inget alls. Föräldrar bör i samband med attack helst lugnt underlätta för barnet att somna om. Vid frekvent förekommande nattskräck kan man med fördel kartlägga tiden för nattskräcken och en stund före nattskräcken brukar uppstå vända på barnet och på så sätt lyfta vakenhetsgraden så att nattskräcken uteblir. Feber, föregående sömnbrist, men även stress och så banala orsaker som en fylld blåsa kan bidra till sömngång eller nattskräck. Tillstånden upphör ofta före puberteten, men fortsätter ibland i ungdomsåren och kan då även utlösas av exempelvis alkoholintag. Sömngång och nattskräck kan oftast diagnostiseras på anamnesen, men en ovanlig differentialdiagnos är epilepsi.
De flesta parasomnier förekommer under första natthalvan, cirka 60-120 minuter efter insomnandet (Non Rapid Eye Movement (NREM) -parasomni, se nedan) och är varaktiga under några få minuter, sällan upp till en halvtimme.

Restless legs syndrom (RLS) och **periodiska benrörelser (PLM)** är två närbesläktade tillstånd. Symtomen vid RLS är obehagliga förnimmelser i ben och armar som intensifieras kvällstid och lindras vid rörelse. RLS stör insomningen och kan också orsaka nattliga uppvaknanden. PLM uppträder nattetid, ofta utan att patienten är medveten om det, men kan försämra sömnkvaliteten. Diagnosen RLS ställs utifrån anamnes, för diagnos PLM krävs däremot polysomnografi. Hereditet för RLS och PLM är vanligt. Även järnbrist kan ha samband med tillstånden.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Rytmiska rörelser som huvudbankningar eller gungande rörelser (**body rocking**) är relativt vanligt i samband med insomning och i ytlig sömn hos små barn upp till cirka 1,5 års ålder. Problemet kan dock fortsätta i högre ålder, som isolerat fenomen eller som del av psykologisk eller neuropsykiatrisk problematik eller hos barn med andra funktionshinder. Rörelserna kan te sig dramatiska men ska inte leda till någon specifik utredning eller behandling. Handläggning är i första hand att polstra sängen så att barnet inte skadar sig. Evidens för farmakologisk behandling saknas.

Bruxism (tandgnissling) kan ge sömnstörning men kan också ge smärtor i käke och huvud och även förslitningar på tuggytor. Bettskena via tandläkare kan vara indicerad. Bruxism kan förekomma utan känd anledning eller sekundärt till neurologiska eller psykiatriska tillstånd. Olika behandlingar har prövats men evidens saknas.

REM Sleep Behaviour Disorder (RBD) innebär att den normala avstängningen av muskeltonus under REM-sömn saknas, varför drömmar kan ageras ut, ibland på ett våldsamt sätt.

Sängvätning (enuresis nocturna) betraktas ibland som en parasomni. Sängvätning kan uppträda under alla sömnstadier men är vanligast under djup sömn. Det finns ett komplicerat samspel mellan sömn, överaktiv blåsa och antidiuretiskt hormon varför desmopressinbehandling är effektivt till en del barn med sängvätning. Betingad väckning med hjälp av enuresmatta kräver en viss mognad och brukar vara till hjälp från sex till sju års ålder.

”**Växtvärk**” är en smärta i underbenen som oftast kommer på kvällen. Orsaken är okänd. Man skiljer mellan växtvärk och kramp i vadmusklerna. Växtvärk lokaliseras till underbenen och drabbar barn tre till nio år. Äldre barn beskriver det som ont ”i benet” och pekar på underbenets framsida. Vid kramp i vadmuskeln (och även fotmusklerna) känns oftast hårda muskler. I båda fallen har benmassage och närvaro en god effekt. Växtvärk är möjligen besläktat med RLS.

Narkolepsi

Narkolepsi är en kronisk neurologisk sjukdom som kännetecknas av störningar i regleringen av vakenhet och sömn. Patienterna har en uttalad sömnighet dagtid och uppsplittrad nattsömn. De flesta har också attacker med plötslig kraftlöshet i musklerna (kataplexi) i samband med plötsliga känsloyttringar samt hallucinationer och förlamning (sömnparalys) vid insomnande och uppvaknande. Narkolepsi klassificeras enligt International Classification of Sleep Disorders (ICSD3) som två typer. Patienter med typ 1 har kataplexi och/eller låga nivåer av det sömnreglerande hormonet orexin/hypokretin i cerebrospinalvätska (CSV). Typ 2 saknar kataplexi och har normala nivåer av orexin/hypokretin.

Sömnrelaterade andningsstörningar (SRA) innefattar huvudsakligen två grundtyper. Den första och vanligaste typen av SRA är tillstånd som medför att de övre luftvägarna täpps till (obstrueras) under sömn, till exempel **obstruktiv**

Kopian är giltigt granskad endast utskriftsdatumet

sömnapné (OSA) och **snarkning**. Den andra, ovanligare typen är **central sömnapné,** vilken beror på att andningscentrum är stört och ger andningsmuskulaturen för få eller svaga signaler. Obstruktiv och central sömnapné kan också förekomma samtidigt hos ett och samma barn, exempelvis vid Downs syndrom. Riskgrupper för sömnrelaterad andningsstörning är barn med övervikt, kraniofaciella syndrom, genetiska och metabola sjukdomar samt barn med neurologiska sjukdomar/ muskelsvaghet, **Gastro Esofageal Reflux Disease GERD** och barn med central motorisk störning.

SRA kan medföra försämrade kognitiva funktioner och beteendestörningar samt ökad risk för sjuklighet i kardiovaskulära och metabola sjukdomar. Symtomen vid SRA av obstruktiv typ är snarkningar och andningsuppehåll. Ofta sover barnet oroligt, ligger med tillbakadraget huvud och är svettigt. Vid central sömnapné kan barnen vara cyanotiska eller bleka under sömn.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Bilaga 3

BILD PÅ BCFPI GRAF

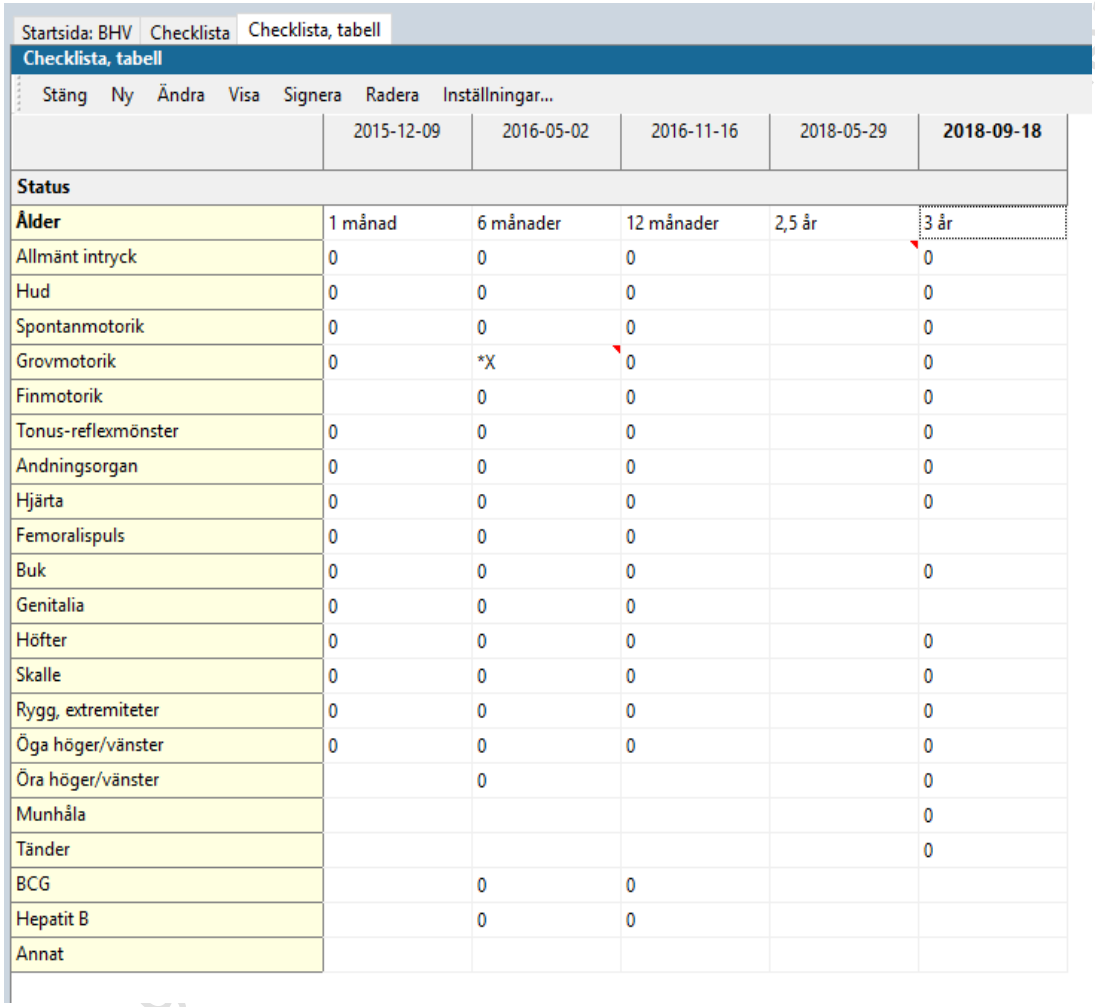


Figur: Graf från BCFPI som visar analysresultat med förtydligande röd markering vilka staplar som indikerar sömnstörning.

Kopians giltighet g

Bilaga 4

Checklista Tabell Status, som sammanfattar de rutinmässiga läkarundersökningar som barnet ska genomgå på BVC.



Startsida: BHV | Checklista | Checklista, tabell

Checklista, tabell

Stäng | Ny | Ändra | Visa | Signera | Radera | Inställningar...

	2015-12-09	2016-05-02	2016-11-16	2018-05-29	**2018-09-18**
Status					
Ålder	1 månad	6 månader	12 månader	2,5 år	3 år
Allmänt intryck	0	0	0		0
Hud	0	0	0		0
Spontanmotorik	0	0	0		0
Grovmotorik	0	*X	0		0
Finmotorik		0	0		0
Tonus-reflexmönster	0	0	0		0
Andningsorgan	0	0	0		0
Hjärta	0	0	0		0
Femoralispuls	0	0	0		
Buk	0	0	0		0
Genitalia	0	0	0		
Höfter	0	0	0		0
Skalle	0	0	0		0
Rygg, extremiteter	0	0	0		0
Öga höger/vänster	0	0	0		0
Öra höger/vänster		0			0
Munhåla					0
Tänder					0
BCG		0	0		
Hepatit B		0	0		
Annat					

Kopians

Bilaga 5

Sömndagbok

Vecka: _____	sö/må	Må/ti	Ti/on	On/to	To/fr	Fr/lö	Lö/sö
Tid för sänggående							
Tid för uppstigande							
Hur lång tid tog det att somna?							
Har du vaknat under natten? *Antal gånger. Hur länge var du vaken?*							
Använde du sömnmedel? *Ja eller nej.*							
Hur många timmar, minuter har du sovit?							
Hur har du sovit under natten? *1 = Mycket dåligt, 2 = Ganska dåligt, 3 = Varken bra eller dåligt, 4 = Ganska bra, 6 = Mycket bra*							
Har du sovit under dagen? Hur ofta och länge?							

Beskriv med en siffra hur du känt dig under dagen.
1 = Inte alls, 2 = lite grand, 3 = något, 4 = ganska mycket, 5 = mycket

	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
Trött							
Orolig							
Nedstämd							
Okoncentrerad							

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet.

Bilaga 6

ISI

1. Var snäll och uppskatta den aktuella svårighetsgraden av dina sömnproblem (d.v.s. de senaste 2 veckorna).

	Inga	Lindriga	Måttliga	Svåra	Mycket svåra
(a) Svårigheter att somna	0	1	2	3	4
(b) Problem med nattliga uppvaknanden	0	1	2	3	4
(c) Problem med för tidiga uppvaknanden	0	1	2	3	4

2. Hur nöjd eller missnöjd är du med ditt nuvarande sömnmönster?

Mycket nöjd				Mycket missnöjd
0	1	2	3	4

3. I vilken utsträckning anser du att sömnproblemen stör ditt dagliga fungerande (t.ex. dagtrötthet, förmåga att fungera i arbete/dagliga sysslor, koncentration, minne, humör, etc.)?

Inte alls störande	Lite grand	En del	Mycket	I högsta grad störande
0	1	2	3	4

4. Hur märkbart för andra tror du att ditt sömnproblem är i form av nedsatt livskvalitet?

Inte alls märkbart	Lite grand	En del	Mycket	I högsta grad märkbart
0	1	2	3	4

5. Hur oroad/bekymrad är du över ditt nuvarande sömnproblem?

Inte alls	Lite grand	En del	Mycket	I högsta grad
0	1	2	3	4

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Användarstöd – ISI Sömn

Användningsområde
ISI är ett självskattningsformulär som avser att mäta sömnlöshet och ger mått på grad av sömnbesvär. Det består av sju frågor och poängsätts från 0-4 och summeras. Totalsumman kan således vara från 0-28p. Förkortningen betyder Insomnia Severity Index.

När används formuläret?
Vid misstanke om sömnstörning och för att följa ett förlopp över tid.
En screening måste alltid kompletteras med klinisk bedömning.

Vem administrerar formuläret?
Ansvarig behandlare administrerar formuläret och ansvarar för tolkning och administration i journalen.

Suicidrisk
Suicidrisk måste alltid bedömas vid kontakt med vården. När suicidrisk misstänks följs sedvanliga rutiner.

Tidsintervall
De senaste två veckorna

Tolkning
0-7 Sannolikt inga signifikanta sömnbesvär
8-14 Vissa problem med sömnen men under gränsvärdet för sömnstörning
15-21 Indikerar kliniskt signifikant medelsvår sömnstörning
22-28 Indikerar kliniskt signifikant svår sömnstörning

15 poäng och över föreslås alltså motsvara klinisk insomni. Formuläret anses ha god validitet och kliniskt användbart som uppföljningsinstrument vid behandling mot insomni. ISI är känsligt för förändring och korrelerar väl med sömndagbokens resultat.

Referens
Bastien CH, Vallieres A, Morin CM. Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med 2001; 2: 297-307

För yngre barn vilar diagnostiken mer på föräldrars observationer och beskrivningar medan äldre barn och ungdomar själva kan skatta sina symtom.

Korrekthet garanteras endast utskriftsdatumet

Bilaga 7

Förslag till familjeläkare vid somatisk kontroll inom primärvården.

Somatisk undersökning vid utredning

Vid sömnproblem måste man utesluta somatiska sjukdomar som kan ge liknande symtom.

Målgrupp eller situation

Individer med sömnproblem.

Sammanfattning

Det finns en mängd somatiska och psykiatriska sjukdomar som kan leda till sömnproblem. Därför är en somatisk undersökning och ev. provtagning grundläggande för att utesluta en bakomliggande sjukdom.

Genomförande

Den somatiska undersökningen bör innefatta inspektion av skalle/fontanell (hos små barn) mun och svalg, hudkostym, auskultation av hjärta och lungor, blodtryck, sköldkörtel, bukpalpation, otoskopi och i vissa fall riktad neurologisk undersökning. Bedömning av tillväxtkurva. Vid riktad frågeställning behov kan man ta blodprover.

Kopians giltighet garanteras ej

Bilaga 8

Sju tips för bättre sömn

1. Lev aktivt. Få in vardagsmotion

Ju mer aktiv du är under dagen, desto lättare blir det för dig att koppla av och somna på kvällen. Du behöver inte träna hårt – det räcker med lugnare aktivitet, som att gå i trappor eller ta en promenad, kanske till och från jobbet? Vardagsmotionen gör skillnad

2. Lägg bort mobiltelefon, dator och surfplatta, stäng av tv:n.

Lägg undan telefonen minst en timme innan du lägger dig. Det blå ljuset från elektroniska enheter som telefoner, surfplattor och bärbara datorer stimulerar hjärnan. I stället kan du varva ned med en bok, lite musik, dämpad belysning eller kanske ett varmt bad.

3. Var noga med sömnschemat

Ett riktigt bra tips för att sova bättre är att gå och lägga sig vid samma tid varje kväll. Försök att hålla samma sömnschema både under veckorna och på helgerna. Prioritera din sömn.

4. Undvik koffein

Vi är alla olika, men för de flesta tar det 3-5 timmar för kroppen att bryta ned koffein. Därför bör du undvika koffeinhaltiga drycker från och med sex timmar före läggdags. Ditt morgonjag kommer att tacka dig.

5. Din vikt gör skillnad för sömnen

Övervikt och fetma är riskfaktorer för snarkning och sömnapné. Dålig sömn gör det också lättare att gå upp i vikt och svårare att gå ner i vikt. Vi vet att det kan vara svårt. Men om du vill sluta snarka och njuta av en bättre sömn, kan några kilo göra skillnaden. Var fysiskt aktiv i din vardag

6. Gör sovrummet till en lugn oas

En skön madrass och stödjande kuddar. Mörkläggningsgardiner eller persienner. Lägg undan jobbet. Ett rofyllt rum, ett rum för avkoppling. Om du ser till att sovrummet blir en vilsam, lugn oas blir det lättare att somna och sova gott hela natten

7. Undvik alkohol

Även mindre mängder alkohol på kvällen kan ge en sämre sömnkvalitet och göra att du vaknar under natten och inte kan somna om. Dessutom kan lättare snarkning förvärras till obstruktiv sömnapné. Att dra ned på alkoholen ger ofta bättre sömn och kan också lindra snarkning. (Noteras bör att förtäring av alkohol före 18 års ålder är förbjudet enligt svensk lag).

Bilaga 9

Sömnhygien

Indikation

Sömnhygien ska erbjudas alla patienter där sömnproblem inverkar menligt på den psykiska ohälsan.

Upplägg

Behandling via sömnhygien ges som en informativ genomgång av sovmiljön för god sömn och till stöd för goda vanor. Först görs en kartläggning av sömnvanor, beteenden och sovmiljö. Utifrån resultatet ges pedagogiska råd och information om vad som ger god sömn i kombination med stöd till förändring. Se detaljerad information Sömnhygien.

Följ checklistan nedan för att se att alla punkter har kartlagts och åtgärdats.

Checklista sömnhygien

Rutiner kring sängdags

- ✓ Regelbundna tider för sängdags och uppstigning (inga stora avsteg till exempel under helger).
- ✓ Tid för sängdags och uppstigning anpassas till ålder och individuella behov.
- ✓ Lugn och ro minst en timme före sängdags.
- ✓ Tydliga signaler för när det är dags att sova; till exempel nattkläder, tandborstning och sagostund.
- ✓ Koppla bort tv, dator, mobiltelefon och surfplattor i god tid.
- ✓ Uppmuntra att barnet vänjer sig vid att somna själv. Det kan vara mycket svårt för vissa barn/ungdomar med exempelvis tvångssyndrom att hastigt börja somna själv. Arbetet med detta bör ske gradvis och med en anpassning utifrån tillståndet.

Sovmiljö för god sömn

- ✓ Välkänt, lugnt, tyst och inte för varmt sovrum.
- ✓ Sovmiljön får inte vara associerad med negativa upplevelser (till exempel bestraffning).
- ✓ Mörkt (eventuell nattlampa) och skärmfritt sovrum.
- ✓ Bekväm säng anpassad till barnets ålder.

Faktorer som kan störa sömnen

- ✓ Träning eller annan kraftig fysisk aktivitet sent på kvällen.
- ✓ För mycket stillasittande inomhus under dagarna.
- ✓ För lång eller för sen middagssömn.
- ✓ Koffein (till exempel kaffe, cola och energidrycker).
- ✓ Rökning, alkohol och droger.
- ✓ Stora måltider och mycket dryck före sängdags (men även att gå till sängs hungrig).
- • Spel, tv, sociala medier, sms osv. i sängen.

För screening och uppföljning kan Insomnia Severity Index (ISI) Skattningsformulär ISI användas.

Kopia Utskriftsdatum