



HELSE BERGEN

Haukeland universitetssjukehus

Nasjonalt kompetansetjeneste for søvnsykdommer
(SOVno)



Søvnproblemer – hvordan skal de behandles?

SOVno 

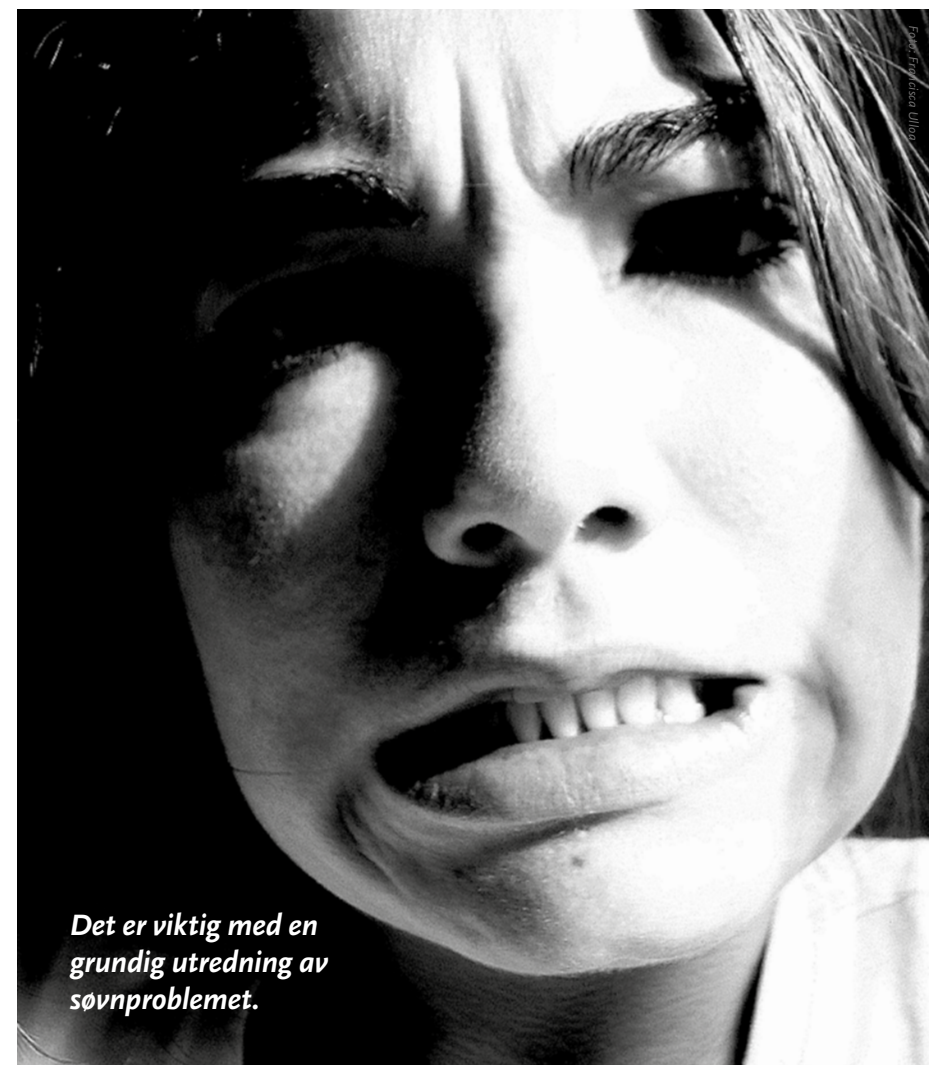




Søvnproblemer rammer mange mennesker. Rundt en tredel av befolkningen klager over dårlig søvn i perioder, mens rundt 10 % har alvorlige og langvarige søvnproblemer. De færreste av disse får adekvat behandling. Undersøkelser fra USA viser at under halvparten av pasienter med langvarige søvnplager har diskutert plagene med legen sin, og kun 5 % har oppsøkt legen spesielt på grunn av søvnvanskene.

Søvnproblemer kan skyldes en rekke forskjellige faktorer. Det er derfor viktig at pasienter som lider av dårlig søvn gjennomgår en grundig utredning hos kompetent helsepersonell for å finne mulige årsaker. Finner legen en sannsynlig bakenforliggende årsak til søvnvanskene, rettes behandlingen i hovedsak mot denne. Det er ikke uvanlig at søvnproblemene forsvinner når den bakenforliggende årsaken behandles adekvat.

Men det er ikke alltid like lett å finne en årsak til søvnvanskene, eller årsaken har forsvunnet, bare søvnvanskene er igjen. Dårlig søvn kalles insomni på fagspråket.



Det er viktig med en grundig utredning av søvnproblemet.

Ikke-medikamentell behandling anbefales spesielt ved insomnier hvor legen ikke kan finne en åpenbar årsak til plagene. Denne type behandling kan imidlertid

også benyttes ved insomnier som skyldes bakenforliggende årsaker, men da gjerne sammen med annen terapi.

Akutte versus kroniske søvnvansker

Ved behandling av søvnproblemer er det viktig å skille mellom nylig oppståtte (akutte) søvnproblemer og problemer som har vart i flere måneder/år (kronisk insomni). Sovemidler (hypnotika) er effektive, og har få bivirkninger når de gis i en kortere periode, det vil si i 1-2 uker. De fleste søvneksperter mener at pasienter med akutte søvnproblemer kan ha nytte av hypnotika i en slik kortere periode. Kanskje vil en ukers behandling være nok til å snu en vond trend. Hypnotika gjør imidlertid ikke noe med årsaken til at søvnen er dårlig. Det er derfor viktig å finne årsaken, og gjøre noe med denne.

Ved langvarige søvnproblemer anbefales ikke hypnotika. Dette er det bred internasjonale enighet om. Årsakene er flere: Effekten av hypnotika avtar vanligvis ved langvarig bruk. Det kan medføre økte doser. I tillegg er det fare for avhengighet. En viktig grunn til å unngå langvarig bruk av hypnotika er at sovemidler ikke løser søvnproblemene. Etter langvarig bruk har ofte pasientene

fremdeles søvnvansker, og nå i tillegg et nytt problem, nemlig avhengighet av hypnotika. Forskningsresultater kan tyde på at langvarig bruk av sovemidler kan opprettholde og forverre søvnproblemene.

Sovemedisin gjør ikke noe med årsaken til dårlig søvn

Mange pasienter som står på hypnotika prøver på egen hånd å sove uten tablett. Ved å kutte sovemedisinene brått, forverres nesten alltid søvnproblemene. Dette fører til at mange pasienter tror at sovemiddelet fremdeles har en gunstig effekt på søvnen. Sannheten er imidlertid at den forverrede søvnen er et resultat av at hjernen er blitt avhengig av preparatet. Sovemiddelet må reduseres gradvis for å unngå dette problemet. Det er flere rapporter på at pasienter kan oppleve en forbedring i søvnen etter hvert som dosen av sovemiddelet reduseres. Ikke minst opplever flere pasienter en mer naturlig søvn uten medisiner. Er det håp for pasienter som har slitt med søvnproblemer i årevis? Ja, forskningsresultater viser at over 80 % får bedre søvn, og fungerer bedre på dagtid etter det

som kalles strukturert ikke-medikamentell behandling (eller kognitiv atferdsterapi for insomni). Denne behandlingen er blant annet basert på læringspsykologiske prinsipper.

Et problem med bruk av sovemedisiner er at pasienten "lærer" at han/hun trenger medisin for å sove, i stedet for å lære at søvnen er noe han/hun selv har kontroll over. Den ikke-medikamentelle søvnbehandlingen går blant annet ut på å regulere tiden som tilbringes i

sengen, og understreke betydningen av at sengen kun skal benyttes til å sove i. For å oppnå best mulig effekt er det viktig at behandlingen tilpasses hver enkelt pasient individuelt. Nøye registrering av søvnen fra uke til uke er av stor betydning. På den måten kan behandlingen justeres etter behov. Til slik søvnregistrering benyttes søvndagbøker, hvor pasientene noterer når de legger seg, hvor lang tid det tar å sovne, antall oppvåkninger i løpet av natten osv.

Man kan lære å ha kontroll over søvnen

Jeg vil på de neste sidene omtale aktuelle behandlingsmetoder ved insomni, og har valgt å konsentrere meg om de behandlingsprinsippene som er effektive, og hvor det foreligger god vitenskapelig dokumentasjon:

Søvnhygiene

Søvn reguleres av et samspill mellom tre faktorer. Her er søvnhygiene-rådene inndelt etter hvilken faktor som påvirkes: oppbygget søvnbehov (homeostatisk faktor), døgnrytme (circadian faktor), eller vaner/atferdsfaktorer. Rådene tar sikte på å sørge for en oppbygging av søvnbehov, å respektere døgnrytmen, og å unngå høy aktivitet (grad av våkenhet) om kvelden og natten. Det er spesielt

viktig å følge disse rådene hvis man lider av søvnproblemer, men rådene kan også benyttes for å unngå utvikling av søvnvansker. I behandlingsøyemed har det vist seg lite effektivt kun å dele ut en stensil med alle disse rådene, og deretter overlate oppfølging/behandling til pasienten. Man må plukke ut de rådene som er aktuelle for hver enkelt person.

Råd for å ta vare på oppbygget søvnbehov (homeostatisk faktor)

- 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 (cirkadian faktor)

- 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, cola og energidrikker (koffeinholdige drikker) etter kl. 17
- nikotin virker også aktiverende, og bør unngås
- unngå kraftig mosjon siste timer før sengetid
- unngå å være sulten eller å innta tungt måltid ved sengetid
- bruk soverommet til å sove i, ikke til jobb, mobil, pc, nettbrett
- lag deg et sengetidsrituale
- sørg for mørke, ro og moderat temperatur på soverommet. Bruk eventuelt maske og øreplugger
- ikke se på klokka hvis du våkner om natten
- lær deg en avspenningsteknikk, bruk den ved oppvåkninger
- sett av en "problemtime" om ettermiddagen/tidlig kveld hvor du tenker gjennom dine bekymringer og problemer. Unngå å ta med deg bekymringer/problemer til sengs
- et varmt bad før sengetid kan virke beroligende

Bruk av alkohol som sovemiddel frarådes. Alkohol kan lette innsovning, men gir urolig søvn med mange oppvåkninger og dårlig søvnkvalitet.

Stimuluskontroll

Behandling med stimuluskontroll går ut på å korrigere uheldig søvnatferd, og å styrke assosiasjonen mellom søvn og seng. Pasienten får et sett med instruksjoner som skal følges nøye. Det understrekes at sengen kun skal brukes

til søvn, ikke til arbeid, TV-titting, lesing eller andre ting (seksuell aktivitet er tillatt). Får man ikke sove i løpet av kort tid (for eksempel innen 15-30 minutter), skal man stå opp, gå ut av soverommet, og ikke returnere til sengen før man igjen

er søvnløs. Tidspunktet for å stå opp om morgenen er bestemt på forhånd, og skal ikke justeres etter hvor mye søvn pasienten reelt får hver natt. Denne behandlingsformen krever en motivert pasient som klarer å følge instruksjonene. Behandlingen er krevende, og ofte sees en forverring av søvnaplagnene de første 1-2 ukene før bedring inntreffer. Det er viktig å forberede pasienten på dette. I følge en stor oversikt, basert på 59 forskjellige behandlingsundersøkelser med over 2000 pasienter, var stimuluskontroll den mest effektive behandlingsformen ved kronisk insomni. Forskningsresultatene viser at omtrent 80 % av pasientene får bedre søvn. Det ser også ut til at effekten av slik behandling vedvarer etter avsluttet behandling.

Søvnrestriksjon

Mange pasienter med dårlig søvn kompenserer med å tilbringe lang tid i sengen, i håp om å få sove, og iallfall få noe hvile. Det er ikke uvanlig at pasienter med rundt fem timers nattesøvn ligger i sengen i 9-10 timer. Dette regnes som en viktig faktor i opprettholdelse av søvnevanskene. Søvnrestriksjon tar sikte på å redusere tiden i sengen, til den tiden pasienten reelt sover. Behandleren benytter ofte søvndagbok til å regne ut hvor lang tid pasienten sover. Det anbefales at tid i sengen aldri reduseres til under fem timer. Hvis den utregnede søvnlengde per natt er på 5,5 timer, begrenses pasientens tid i sengen til 5,5 timer. I samråd med behandler bestemmer pasienten seg for når han/hun ønsker å stå opp om morgenen, og deretter regner man seg tilbake til tidspunkt for sengetid, f.eks. gå til sengs kl. 01.30 og stå opp kl. 07. Tiden pasienten

får oppholde seg i sengen justeres fra konsultasjon til konsultasjon, basert på endringer i en parameter som kalles søvneffektivitet (total søvntid dividert på tid i sengen, oppgitt i prosent). En søvneffektivitet på 50 % betyr at man er våken halvparten av tiden man er i sengen. Ved behandling med søvnrestriksjon vil man ved en søvneffektivitet over 80-85% øke tid i sengen, mens hvis verdien er under 80%, fortsetter man uendret. Økningen i tid i sengen er gjerne 15 minutter. Oppfølgingen skjer ved hjelp av søvndagbøker. Behandlingen er krevende for pasienten. Ofte forverres søvnen initialt, før bedring inntreffer. Det er viktig å forberede pasienten på dette. Behandlingsresultatene av søvnrestriksjon er på nivå med resultatene fra stimuluskontrollbehandling, det vil si at rundt 80 % av pasientene rapporterer bedre søvn etter endt behandling.

Avspenningsteknikker

Avspenningsbehandling tar sikte på å redusere fysisk eller mental aktivering. Det finnes ulike typer for avspenning, som f.eks. progressiv avspenningstrening, autogen trening, mental avspenning og meditasjon. Noen fysioterapeuter og annet helsepersonell benytter slike metoder.

Effekten er brukbart dokumentert, men slik behandling gir ikke like gode resultater som stimuluskontroll eller søvnrestriksjon. Slik avspenningsbehandling er gjerne best egnet for engstelige insomni-pasienter med tegn til økt aktivering.

Kombinasjon av de ikke-medikamentelle behandlingsformene

Det er fullt mulig å kombinere disse ulike ikke-medikamentelle behandlingsformene. I egen praksis har jeg god erfaring med en kombinasjon av stimuluskontroll og søvnrestriksjon. Man kan forvente en betydelig forbedring av søvnen ved slik strukturert ikke-medikamentell behandling. Resultater fra omfattende forskning understreker at slik ikke-medikamentell terapi har god effekt ved kronisk insomni, i alle aldre. Det er en forutsetning at pasienten er motivert for at ikke-medikamentell behandling skal lykkes. Stimuluskontroll og søvnrestriksjon er krevende behandlingsopplegg for pasienten. Søvnen forverres ofte initialt. Slik behandling er derfor vanskelig å gjennomføre hos pasienter som kun kommer på kontoret for å få sovemedisiner, og som ikke er interessert

i å gjøre en egeninnsats. I slike tilfeller er det viktig med grundig informasjon om ulemper ved langvarig sovemedisin-bruk, samt å motivere pasienten for annen type behandling. Flere grundige vitenskapelige undersøkelser som har sammenliknet effekten av medikamentell behandling og ikke-medikamentell søvnbehandling (kombinert stimuluskontroll, søvnrestriksjon, søvnhygiene og kognitiv terapi) viser at begge terapiformene er effektive initialt, men at den positive behandlingseffekten kun vedvarer for gruppen som fikk ikke-medikamentell behandling. Det finnes også en norsk selvhjelpsbok som omhandler slik ikke-medikamentell søvnbehandling ("Bedre Søvn. En håndbok til deg som sover dårlig", Fagbokforlaget). Denne boken har vitenskapelig dokumentert effekt på kronisk insomni.

Lysbehandling

Behandlingen går ut på å sitte foran spesialkonstruerte lysapparater, som gir ut lys med en viss intensitet, gjerne 10 000 lux. Intensiteten er avhengig av avstanden pasienten sitter fra lyskilden. Behandlingstiden er gjerne 30 minutter eller lenger per dag. Lyset er den viktigste tidgiveren for døgnrytmen. Det er påvirkning av lys som i hovedsak gjør at vi omstiller oss til en ny døgnrytme etter reiser til f.eks. USA. Lys kommer inn gjennom øynene og påvirker en liten kjerne dypt inne i hjernen, vår biologiske klokke. Tidspunktet på døgnet for lyseksponering avgjør i hvilken retning døgnrytmen forskyves. Derfor er det viktig å vite hva slags lidelse/symptomer som skal behandles. Lysbehandling gitt om kvelden vil forskyve døgnrytmen til et senere tidspunkt, slik at man sover lenger om morgenen. Effekten på døgnrytmen er størst jo nærmere sengetid lysbehandlingen gis. Enkelte kan ha vansker med å sovne rett etter lysbehandling, og derfor anbefaler jeg ofte at behandlingen avsluttes 30-60 minutter før sengetid. Lysbehandling gitt rett etter oppvåkning forskyver døgnrytmen i motsatt retning, og vil kunne gjøre at man våkner tidligere neste dag. Effekten på døgnrytmen er størst jo raskere etter oppvåkning lysbehandlingen gis. Dette betyr at lysbehandling gitt på feil tidspunkt forverrer søvnplagene. Det er derfor veldig viktig å avklare hva slags problem pasienten har, og i hvilken retning døgnrytmen skal forskyves. Lysbehandling er aktuelt ved



alle typer døgnrytmeforstyrrelser, som for eksempel forsinket søvnfasesyndrom, jet lag, søvnproblemer relatert til nattarbeid, i tillegg til ved vinterdepresjon. Lyshandling har lite effekt ved andre typer søvnproblemer, og anbefales ikke ved insomni.

Har lysbehandling bivirkninger?

Lysbehandling gir svært få bivirkninger. Enkelte kan klage over ubehag i øynene og hodepine, særlig de første dagene. Det er ikke rapportert om alvorlige skader på øynene. Har man imidlertid øyesykdommer, bør man kontakte øyelege før lysbehandling igangsettes. Den mest alvorlige bivirkningen som er rapportert er at behandlingen kan utløse hypomanier/manier hos disponerte pasienter. Dette gjelder spesielt hos pasienter som lider av bipolar lidelse (tidligere kalt manisk-depressiv sinnslidelse), og lysbehandling bør brukes med forsiktighet ved denne diagnosen.

Melatonin

Melatonin er "mørkets hormon", det vil si at utskillelsen starter når solen går ned og mørket kommer. Melatonin-nivåene når et maksimum midt på natten, i tre-fire-tiden. Melatonins effekter er under utforskning, og foreløpig er det usikkert hvilken betydning hormonet har for sykdom og helse. Det vi vet er at melatonin påvirker vår biologiske klokke. Det betyr at melatonin er et effektivt behandlingsalternativ til lysbehandling ved døgnrytmeforstyrrelser. Effekten av melatonin på døgnrytmen er 12 timer faseforskjøvet i forhold til lys. Det betyr at når lys anbefales etter oppvåkning, anbefales melatonin om kvelden, ca 12 timer tidligere. De siste årene har det blitt vanligere å kombinere lys og melatonin i behandlingen av de alvorligste døgnrytmelidelsene. I USA og enkelte andre land er melatonin i salg i vanlige dagligvarebutikker, som et kosttilskudd. I Norge er imidlertid melatonin reseptbelagt, og finnes i to varianter. "Vanlig" melatonin, det vil si melatonin i vanlig kapsel eller tablett, er på registreringsfritak, noe som betyr at legen må søke preparatet til hver enkelt pasient på et spesielt skjema (ikke vanlig resept). I 2008 ble Circadin (depot-melatonin, det vil si at melatonin frisettes langsomt over mange timer) tilgjengelig på vanlig hvit resept i Norge. "Vanlig"



melatonin benyttes i hovedsak ved døgnrytmeforstyrrelser, mens circadin er indisert ved insomni. 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. "Vanlig" melatonin har kort halveringstid, og er raskere ute av kroppen.

Er melatonin farlig å ta?

Det er få undersøkelser på bivirkninger, sikkerhet og langtidseffekter. Dette gjør at noen leger er restriktive med å forskrive melatonin. Selv om de fleste som tar melatonin ikke får bivirkninger, er det rapportert enkelttilfeller av depressive

symptomer og også andre bivirkninger. Likevel vil jeg understreke at melatonin regnes som et trygt og bivirkningsfritt preparat. En stor fordel sammenliknet med andre sovemidler er at melatonin ikke er vanedannende. Melatonin frarådes ved graviditet og amming – for sikkerhet skyld. Fordi "vanlig" melatonin regnes som et naturprodukt i blant annet USA, har ikke preparatet vært gjennom den vanlige testingen på dyr og mennesker som andre legemidler. Circadin er imidlertid godkjent av sentrale legemiddelmyndigheter, og preparatet har vært gjennom grundig testing. Jeg vil hevde at de fleste eksperter innen søvnfeltet regner både melatonin og circadin som trygge preparater, hvis de benyttes på korrekt måte. "Vanlig" melatonin anbefales ved døgnrytmelidelser, som for eksempel jet lag, nattarbeid og forsinket søvnfasesyndrom.

Vanlig dosering er 3 mg. Tidspunktet for inntak av melatonin avhenger av hvilken døgnrytmelidelse som skal behandles. Ofte bør det tas tidlig på kvelden, for eksempel klokken 19. "Vanlig" melatonin har dårlig dokumentert effekt ved for eksempel insomni.

Depot-melatonin er anbefalt ved insomni hos personer som er 55 år eller eldre, og bør kanskje være førstevalget blant medikamenter i denne aldersgruppen. Vanlig dosering er 2 mg, vanligvis 1-2 timer før sengetid. Depot-melatonin er rapportert å gi kortere innsovningstid og bedre søvnkvalitet. Depot-melatonin har ikke dokumentert effekt ved døgnrytmeforstyrrelser, og ved slike forstyrrelser, for eksempel forsinket søvnfasesyndrom, anbefales "vanlig" melatonin på registreringsfritak.

Medikamentell behandling

I Norge benyttes ulike medikamenter som hjelp til å sove. Blant de spesielle sovemidlene (= hypnotika) finnes tre hovedgrupper:

- benzodiazepiner (slik som apodorm, mogadon, flunipam, rohypnol med flere)
- benzodiazepinliknende preparater (slik som imovane, zopiklon, stilnoct med flere)
- melatoninpreparater (slik som circadin, melatonin)

I tillegg benyttes av og til andre medikamenter mot insomni, men disse er ikke klassifisert som hypnotika:

- antidepressiva (slik som tolvon, remeron, surmontil, sinequan, sarotex med flere)
- antihistaminer (slik som vallergran, phenergan med flere)
- antipsykotika (slik som zyprexa, seroquel, nozinan med flere)

Har hypnotika bivirkninger?

Ingen av medikamentene regnes som ideelle. Selv om de kan bedre søvnen, løser de ikke årsaken til søvnproblemet. De vanligste og mest omtalte ulempe ved bruk av hypnotika er:

- "hangover", det vil si tretthet dagen etter inntak av sovemedisinen

- utvikling av toleranse, det vil si at medikamentet mister effekt. Flere undersøkelser viser at hypnotika mister effekt på søvn etter noen uker med daglig bruk
- avhengighet og misbruk
- hukommelsesproblemer



- økt fare for fall, og dermed risiko for brudd, f.eks. lårhalsbrudd (særlig hos eldre)
- at de ikke gir normal søvn, men gir en forstyrrelse av søvnstadiene

Hvilket preparat anbefales?

Legen bestemmer hvilket preparat han/hun vil gi hver enkelt pasient. Det er flere forhold som kan spille inn. Generelt kan man si at benzodiazepinliknende preparater (imovane, zopiklon, stilnoct) har færre ulemper enn benzodiazepinene. Dette skyldes blant annet at virketiden til disse preparatene er kortere, og dermed slipper man "hangover". Disse preparatene har også mindre negativ innvirkning på søvnstadiene og gir mindre grad av avhengighet enn benzodiazepinene. Jeg vil derfor anbefale benzodiazepinliknende sovemidler framfor benzodiazepiner, hvis medikamentell behandling skal gis.

Når det gjelder de andre medikamentene (antidepressiva, antihistaminer og antipsykotika) er dokumentasjonen på søvneffekter mye dårligere. De fleste av disse preparatene gir plagsom "hangover". Fordelen er at de ikke er vanedannende. Jeg vil imidlertid ikke anbefale disse preparatene til behandling av kronisk insomni, hvis ikke det foreligger spesielle grunner til det. Dersom en pasient har både insomni og depresjon vil for eksempel antidepressive medikamenter med søvndyssende effekt kunne være et godt valg.

Ved valg av sovemedisiner er det viktig å se på hvilken type søvnproblem 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.

Generelle betraktninger rundt bruk av hypnotika

Som hovedregel bør man benytte lavest mulig effektiv dose i kortest mulig tid. Ved bruk av sovemedisiner over lang tid bør man prøve å redusere/kutte ut tablettene. Ved å kutte sovemedisinene brått, forverres nesten alltid søvnproblemene. Dette fører til at mange pasienter tror at sovemiddelet fremdeles har en gunstig effekt på søvnen. Sannheten er imidlertid at den forverrede søvnen er et resultat av at hjernen har blitt avhengig av preparatet. Sovemiddelet bør derfor reduseres svært gradvis for å unngå dette problemet.



Behandling med 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. Jeg kan derfor ikke anbefale noen av disse preparatene mot søvnproblemer. Min erfaring er at de fleste som oppsøker Bergen søvnsenter har prøvd slike preparater, men at effekten har vært dårlig. Jeg vil likevel understreke at dette ikke utelukker at enkelte kan ha effekt.

Valerianaprodukter er mest brukt i Norge, og disse omsettes for mange millioner hvert år. Det finnes undersøkelser som viser at valeriana har en viss positiv effekt på søvnen, spesielt ved lette søvnproblemer. Det foreligger imidlertid ingen langtidsstudier, og det savnes gode undersøkelser hvor valeriana sammenliknes med eksisterende behandlingsformer.

Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer

- Senterleder: Bjørn Bjorvatn
- Senterkoordinator: Siri Waage
- Rådgiver: Tom Aasnæs
- Rådgiver: Jelena Mrdalj
- Rådgiver: Eldbjørg Fiske
- Seniorforsker: Michaela D. Gjerstad

Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno) ble etablert i 2004, og er lokalisert til Lungeavdelinga på Haukeland universitetssjukehus.

Tjenesten har som sine viktige oppgaver:

- Bygge opp og formidle kompetanse
- Overvåke og formidle behandlingsresultater
- Delta i forskning og etablering av forskernettverk
- Bidra i relevant undervisning
- Sørge for veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning til helsetjenesten, andre tjenesteytere og brukere
- Iverksette tiltak for å sikre likeverdig tilgang til nasjonale kompetansetjenester
- Bidra til implementering av nasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis
- Etablere faglige referansegrupper
- Rapportere årlig til departementet eller til det organ som departementet bestemmer

Det drives ikke pasientbehandling ved SOVno. Slik behandling foregår ved allerede etablerte kliniske avdelinger/sentre/fastleger. Flere av SOVno sine medlemmer arbeider klinisk ved slike avdelinger/sentre, og behandler pasienter med alle typer søvnsykdommer. SOVno vil være behjelpelig med å rettlede pasienter i valg av behandlingssted.

Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer

Haukeland universitetssjukehus
Postboks 1400
5021 Bergen
Tlf: 55 97 47 07
E-post: sovno@helse-bergen.no
www.sovno.no

På nettsiden vår: www.sovno.no finner du blant annet:

- test deg selv om du har søvnproblem! interaktiv spørreundersøkelse for diagnose og råd/forslag til behandling av de seks ulike diagnosegruppene innen søvnmedisin
- liste over utrednings- og behandlingssteder i Norge
- flere informasjonssider om søvn og de ulike søvnlidelsene
- informasjon om kurs og kongresser innen søvn
- informasjon om pågående forskningsprosjekter, forskningsnyheter, relevant faglitteratur
- aktuelle spørreskjemaer innen søvn

I tillegg utgir SOVno tidsskriftet SØVN to ganger i året.



SOVno 🌙+



SOVno
Nasjonal kompetansetjeneste
for søvn sykdommer

Haukeland universitetssjukehus
Postboks 1400
5021 Bergen
Tlf: 55 97 47 07
E-post: sovno@helse-bergen.no
www.sovno.no