

# Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av kronisk insomni hos voksne

BJØRN BJORVATN<sup>1,2</sup>, HÅVARD KALLESTAD<sup>3,4</sup>, HARALD HRUBOS-STRØM<sup>5,6</sup>, KARIN ABELER<sup>7</sup>, BØRGE SIVERTSEN<sup>1,8</sup>, SIRI WAAGE<sup>1,2</sup>, FRED HOLSTEN<sup>1</sup>, STÅLE PALLESEN<sup>1,9</sup>

<sup>1</sup>Nasjonalt senter for søvnmedisin, Haukeland Universitetssjukehus | <sup>2</sup>Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen  
<sup>3</sup>Avdeling for psykiatrisk akutt og mottaksfunksjon, St Olav hospital | <sup>4</sup>Institutt for psykisk helse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet,  
<sup>5</sup>Øre-nese-halsavdelingen, Akershus Universitetssykehus | <sup>6</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo | <sup>7</sup>Klinisk nevrofysiologisk seksjon, NOR-klinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge | <sup>8</sup>Folkehelseinstituttet | <sup>9</sup>Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen

## Mandat og målgruppe

I 2018 ble en nasjonal anbefaling for utredning og behandling av insomni publisert i tidsskriftet *SØVN* (1). Denne norske anbefalingen var i hovedsak basert på den europeiske retningslinjen fra 2017 (2). I 2023 ble denne europeiske retningslinjen oppdatert, basert på en systematisk gjennomgang av relevante meta-analyser publisert fram til mai 2023 (3). Nasjonalt senter for søvnmedisin nedsatte derfor høsten 2024 en arbeidsgruppe for å oppdatere den norske anbefalingen. Arbeidsgruppen bestod av personer med ulike yrkesbakgrunn (allmennlege, psykolog, psykiater, ØNH-lege, klinisk nevrofysiolog, sykepleier), som alle har kompetanse innen fagområdet. Vi har i denne norske anbefalingen valgt å vektlegge funn og resultater fra norske studier.

Anbefalingen gjelder kronisk insomni hos voksne, dvs. fra 18 år og eldre. Målgruppen for anbefalingen er klinikere som utreder og behandler pasienter med insomni. Det betyr i hovedsak fastleger, men også psykologer, psykiatere, sykehusleger og annet helsepersonell som kommer i kontakt med pasienter med denne diagnosen.

## Paradigmeskifte

Det har vært et paradigmeskifte innen utredning og behandling av insomni (3). Tidligere delte man sykdommen inn i primær (uten kjent årsak) og sekundær insomni. Ved sekundær insomni ble behandlingen rettet mot den sannsynlige bakenforliggende årsaken, og det ble forventet at søvnproblemene skulle opphøre når årsaken ble behandlet. Vanlige årsaker til sekundær insomni

kunne for eksempel være psykiske eller somatiske lidelser. Ofte vedvarer imidlertid insomnisymptomene etter at den antatte årsaken er behandlet eller fjernet. I dag skiller vi derfor ikke mellom primær og sekundær insomni. Insomni er anerkjent som en selvstendig sykdom, som krever separat behandling uavhengig av andre komorbide plager og sykdommer. Hvis insomnisymptomene sees sammen med andre sykdommer, anbefaler vi å kalle det komorbid insomni. Ved komorbiditet anbefales behandling av begge lidelser samtidig. En pasient med for eksempel insomni og depresjon bør derfor få spesifikk behandling av begge lidelser.

## Diagnosekriterier

Diagnosen insomni stilles utelukkende basert på pasientens subjektive opplevelse av søvn og dagtidfunksjon. Tabell 1 viser en oversikt over kriteriene for diagnosen kronisk insomni. Symptomene omfatter enten innsovningssvanser, mange og lange oppvåkninger om natten, eller for tidlig oppvåkning om morgenen, eller en kombinasjon av disse. Det foreligger ikke bestemte lengder for periodene uten søvn for at diagnosen kan stilles. Likevel brukes ofte en såkalt 30 minutters grense, hvor følgende grenser regnes som tegn på insomni: Innsøvningstid på mer enn 30 minutter, oppvåkninger om natten på mer enn 30 minutter til sammen, oppvåkningstidspunkt om morgenen mer enn 30 minutter tidligere enn ønsket. For å stille diagnosen, kreves det at søvnproblemene gir nedsatt funksjon på dagtid. Typiske symptomer på dagtid er tretthet, humørsvingninger, redusert yte- eller konsentrasjonsevne, svekket kognitiv eller

**Tabell 1. Diagnosekriterier for kronisk insomni (også for barn)**

- 
- Pasient rapporterer, eller omsorgsgiver observerer, en eller flere av følgende:
    1. Vansker med å sovne
    2. Vansker med å opprettholde søvnen
    3. Oppvåkning tidligere enn ønsket
    4. Motstand mot å gå til sengs på passende tidspunkt
    5. Vansker med å sovne uten hjelp fra forelder/omsorgsgiver
  - Pasient rapporterer, eller omsorgsgiver observerer, en eller flere av følgende:
    1. Tretthet/utmattelse
    2. Svekket oppmerksomhet, konsentrasjon eller hukommelse
    3. Svekket sosial, familie, yrkesmessige eller akademisk prestasjon
    4. Forstyrret humør/irritabilitet
    5. Dagtidssøvnhighet
    6. Atferdsvansker (hyperaktivitet, impulsivitet, aggresjon)
    7. Nedsatt motivasjon/energi/initiativ
    8. Tendens til feil/ulykker
    9. Bekymring eller misnøye rundt søvnen
  - Søvnvanskene kan ikke bare forklares ut fra reduserte muligheter/betingelser for søvn
  - Søvnvanskene og dagtidssymptomene opptrer minst 3 ganger per uke
  - Søvnvanskene og dagtidssymptomene har vart i minst 3 måneder
  - Søvn og dagtidssymptomene kan ikke utelukkende skyldes andre søvn-, medisinske- eller psykiske lidelser eller rusmiddelbruk
- 

sosial fungering, og økt bekymring omkring søvnen. Pasienter med insomni har dermed symptomer både natt og dag. Pasientene med kronisk insomni er påfallende lite søvnige. Det betyr at de sliter med å sovne om dagen, til tross for lite og dårlig søvn om natten. Pasientene er typisk hyperaktiverte, og sliter med å koble av – uansett tidspunkt på døgnet. Kravet for diagnosen er plager minst tre dager per uke. Det betyr at pasienter med insomni kan ha gode netter innimellom. Ofte opplever pasienter at en god natt medfører dårlig søvn natten etter, og at dårlige netter kan etterfølges av netter med bedre søvn. For å stille diagnosen kronisk insomni, skal plagene ha vart i minst 3 måneder.

### Prevalens

Forekomsten av kronisk insomni varierer fra land til land. I den europeiske retningslinjen vises det til opptil 10 % prevalens blant voksne i Europa (3). Epidemiologiske studier fra Norge viser at forekomsten av kronisk insomni har økt de siste årene (4, 5). I en studie fra 2023, basert på Bergen insomniskala, tilfredsstilte 25 % av alle voksne kriteriene for kronisk insomni (6). Tilsvarende undersøkelser blant pasienter som sitter på venterommet hos fastlegen viser en forekomst av kronisk insomni

på rundt 50 % (7, 8). Det er viktig å understreke at diagnosen insomni krever et klinisk intervju, og at slike spørreundersøkelser derfor overestimerer forekomsten. Spørreskjemaer er dårlige til å skille mellom ulike søvnsykdommer, noe som betyr at pasienter med andre søvnsykdommer også kan innfri kriteriene for kronisk insomni (9).

### Utredning

Et klinisk intervju ved mistanke om insomni bør også inneholde informasjon om relevante psykiatriske og somatiske problemer.

Insomni er en av seks hovedgrupper av søvnsykdommer. Før man starter behandling av insomni må man derfor vurdere om søvnproblemene kan skyldes restless legs, døgnrytmelidelser, søvnapné, hypersomnier eller parasomnier. Spørreskjemaer som Bergen insomniskala (BIS) (Tabell 2) kan være et nyttig utgangspunkt for en fokusert samtale om insomni. Skalaen gir informasjon om hyppighet av lang innsovningstid, nattlige oppvåkninger, tidlig morgenoppvåkning og dagtidssymptomer, og skalaen kommer med norske normer. Det er viktig å presisere at insomnipasienter typisk er slitne på dagtid og ikke søvnige. Tidligere behandlingserfaringer og varighet bør også adresseres.

**Tabell 2. Bergen insomniskala**

BERGEN INSOMNISKALA									
1.	I løpet av de siste tre månedene, hvor mange dager pr. uke har du brukt mer enn 30 minutter for å sovne etter at lysene ble slukket?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.	I løpet av de siste tre månedene, hvor mange dager pr. uke har du vært våken mer enn 30 minutter innimellom søvnen?	0	1	2	3	4	5	6	7
3.	I løpet av de siste tre månedene, hvor mange dager pr. uke har du våknet mer enn 30 minutter tidligere enn du har ønsket uten å få sove igjen?	0	1	2	3	4	5	6	7
4.	I løpet av de siste tre månedene, hvor mange dager pr. uke har du følt deg for lite uthvilt etter å ha sovet?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.	I løpet av de siste tre månedene, hvor mange dager pr. uke har du vært så søvnig/trett at det har gått ut over skole/jobb eller privatlivet?	0	1	2	3	4	5	6	7
6.	I løpet av de siste tre månedene, hvor mange dager pr. uke har du vært misfornøyd med søvnen din?	0	1	2	3	4	5	6	7

Bergen insomniskala kan lastes ned fra [www.sovno.no](http://www.sovno.no)

Kartlegging av arbeidstid og eventuelt skiftarbeid bør foretas hos alle pasienter som rapporterer søvnvansker. Selv om det i utgangspunktet er klare somatiske eller psykiske forklaringer til insomnisymptomene kan pasienten ofte havne i en ond sirkel hvor insomnien begynner å leve sitt eget liv, med engstelse over dårlig søvn, grubling, økt fokus på søvn og anspenhet. Forsøk på å mestre søvnvanskene med f.eks. alkohol eller koffein kan også bidra til å opprettholde problemet. Man bør derfor aktivt kartlegge tankemønstre, bruk og tidspunkt for medikasjon og andre stoffer som alkohol, koffein, nikotin og illegale stoffer som kan påvirke søvnen. Spesielt er det viktig med en grundig kartlegging av bruken av sovemidler.

Psykiske lidelser, spesielt angst, depresjon, bipolare lidelser og psykose-lidelser er sterkt knyttet til både insomni, døgnrytmeforstyrrelser og andre søvnlidelser. Pasienter med insomni lider ofte av komorbide psykiske lidelser som de sjelden rapporterer spontant. Derfor bør psykiske lidelser kartlegges spesielt hos pasienter med insomni og andre søvnlidelser.

Ved depresjon er komorbid insomni nesten regelen, og pasienter med insomni er mer enn fire ganger mer utsatte for å utvikle en depresjon senere.

Søvnproblemer er en modifierbar risikofaktor ved flere somatiske lidelser. Ved hjerteinfarkt øker insomnisymptomer risikoen for nye hjertehendelser med om lag 50 % (10). Ved komorbid obstruktiv søvnapné og insomni, såkalt COMISA, øker risikoen

for død med 47-71 % sammenliknet med å ikke ha noen av lidelsene (11). Hele 30-50 % av pasienter med obstruktiv søvnapné rapporterer insomnisymptomer, mens 30-40 % av insomnipasienter oppfyller diagnosekriteriene for obstruktiv søvnapné (11). Det er spesielt viktig å tenke på denne komorbiditeten hos pasienter med insomni som beskriver søvnnighet.

Somatiske lidelser kan også bidra direkte til utviklingen av insomni. På klinisk indikasjon kan supplerende utredning med biokjemi (f.eks stoffskifte, jernlagre, elektrolytter, organstatus), billediagnostikk (f.eks hjernepatologi) eller fokusert klinisk undersøkelse være nyttig hos pasienter med søvnproblemer.

Etter en initial samtale om søvn, faktorer som påvirker søvn og komorbiditet, anbefaler vi utredning med søvndagbok i 1-2 uker. Søvndagbøker skal fylles ut basert på pasientens subjektive opplevelse av tid og søvnkvalitet, ikke data innhentet fra smartklokker eller sensorer. En samtale omkring dette er svært viktig for å unngå at selve søvndagbok-registreringen forverrer søvnen. På hjemmesidene til Nasjonalt senter for søvnmedisin ([www.sovno.no](http://www.sovno.no)) kan man gratis laste ned søvndagbok. Aktigrafi sammen med søvndagbok kan være nyttig spesielt ved mistanke om døgnrytmelidelser, men aktigrafi alene anbefales ikke ved utredning eller behandling av insomni. Det er ikke evidens for å anbefale smartklokker til utredning. Slike klokker er ikke medisinsk godkjent utstyr.

**Søvndagbøker skal fylles ut basert på pasientens subjektive opplevelse av tid og søvnkvalitet, ikke data innhentet fra smartklokker eller sensorer.**



## Behandling

Etter gjennomgang av søvndagboken, vil det være naturlig å gjennomgå aktuelle behandlingsvalg. Det finnes flere kommunikasjonsteknikker som er vist å bedre behandlingsetterlevelse, slik som «motiverende intervju», «samvalg» og «fire gode vaner» (12, 13).

## Ikke-medikamentell behandling av insomni (kognitiv atferdsterapi for insomni – CBTi)

Standard ikke-medikamentell behandling ved kronisk insomni er kognitiv atferdsterapi for insomni (CBTi, Cognitive Behavioural Therapy for insomnia). Vår anbefaling er at CBTi skal gis før annen behandling forsøkes (3). Tradisjonelt består CBTi av fem behandlingskomponenter (søvnrestriksjon, stimuluskontroll, kognitive teknikker, søvnhygiene, og avspenningsteknikker). Søvnrestriksjon og stimuluskontroll regnes som de mest effektive av disse (3), og innebærer en atferdsendring og omtales derfor som atferdskomponentene. Ved gjennomføring av CBTi bør minst én av atferdskomponentene inngå. Det er viktig at rasjonale for atferdsendringen forklares for pasienten. Behandlingen må gjennomføres konsistent og over tid for å gi effekt. Vi anbefaler å følge behandlingen i minst 6-8 uker. Atferdskomponentene innebærer endring av vaner. Dette er ofte tyngst i starten, før det blir lettere. Økt søvnbehov er en ønsket effekt, og dette bør anerkjennes for pasienten før oppstart (men ikke overdrives), og oppleves ulikt fra pasient til pasient. Man kan i tillegg gi enkeltelementer som skissert nedenfor hvis man ikke kommer i mål med atferdskomponentene.

**Søvnrestriksjon** er en metode der man øker søvnbehovet med rask bedring av søvneffektivitet som mål. Etter å ha ført søvndagbok i en uke før behandling, instrueres pasienten til ikke å tilbringe mer tid i sengen kommende uke enn det man sov før behandlingsstart, men likevel ikke kortere enn 5 timer. Det føres fortløpende søvndagbok og dersom søvneffektiviteten (tid sovnet/tid i seng x 100 %) etter en behandlingsuke er kommet opp i 80-85 % eller mer, økes tillatt tid for opphold i seng med 15-20 minutter kommende uke. Siden tidspunktet for når man skal stå opp ligger fast, er det tidspunktet for leggetid som i praksis justeres. Hver uke gjennomgås søvndagbok, og tid for opphold i sengen blir eventuelt justert. Ofte vil man komme i mål med denne intervensjonen alene, og vi anbefaler derfor å begynne behandlingen av kronisk insomni med søvnrestriksjon.

**Stimuluskontroll** har som formål å avlære negativ betingning (uro, bekymring, våkenhet) til seng/soverom og på nytt lære å assosiere soverommet med søvn. Metoden består av seks spesifikke anbefalinger: 1) Ikke gå til sengs før man er søvnnig, 2) Ikke bruk sengen til annet enn sex eller søvn, 3) Om man ikke sovner raskt (i løpet av 15-20 min), stå opp av sengen og gå inn i et annet rom. Gå til sengs igjen når man er søvnnig, 4) Gjenta det

som står i punkt 3 så mange ganger som nødvendig i løpet av natten, 5) Ikke sov om dagen og 6) Stå opp til et fast tidspunkt hver dag, uansett hvor mye man har sovnet.

**Kognitive teknikker** innebærer identifisering og endring av uhen-siktsmessige antakelser/automatiske tanker om søvn som ofte skaper bekymring og eksessivt søvnfokus. Identifisering av slike antakelser kan fremmes ved bruk av f.eks. «3-kolonne skjema» der pasienten i kolonne 1 registrerer utløsende situasjon (f.eks. ligget lenge uten å få sove), i kolonne 2 nedtegnes negative auto-matiske tanker («morgendagen blir en katastrofe»), mens man i kolonne 3 søker å finne alternative og mer hensiktsmessige kog-nisjoner («har fått gjort mye selv om jeg har sovnet lite»), som erstatning for dem i kolonne 2. Uhen-siktsmessige kognisjoner kan også utfordres gjennom atferdsekspirerenter tilpasset den enkelte pasient (f.eks. undersøke effekten av høneblunder på dagtid på dagtidsfungering og nattesøvn ved å ha en uke med og en uke uten høneblunder).

Ofte vil atferdsendring (søvnrestriksjon og stimuluskontroll) i seg selv føre til endring av kognisjoner.

**Søvnhygiene/psykoedukasjon** omfatter grunnleggende råd om atferd som fremmer søvn, og informasjon om søvnens funksjon og regulering. Gitt som enkeltstående intervensjon har dette ingen dokumentert effekt i å forbedre søvn ved kronisk insomni (3), men kan gis for å unngå uhen-siktsmessig atferd mens man gjennomfører atferdskomponentene.

Søvnhygiene/psykoedukasjon omfatter blant annet å ha faste tider man står opp, ikke sove på dagtid, unngå koffein på etter-middag/kveld, ikke bruke alkohol som sovemiddel, trene på ettermiddag og ta et varmt karbad av 30 min varighet 2 timer før sengetid. Andre, dog mindre godt empirisk forankrete råd, er å spise litt 1-2 timer før man legger seg, ikke ha klokke synlig på soverommet, og å redusere nikotinbruken om kvelden. Soverommet bør være godt ventilert, stille, mørkt og normalt temperert. Sterk aktivering (både intellektuelt, emosjonelt og fysisk) om kvelden bør unngås. De siste timene før sengetid bør bruk av elektroniske medier reduseres og sterk lyseksposering bør unngås (bruk evt. solbriller/blålysblokkere). I sengen frarådes bruk av elektroniske enheter. Psykoedukasjon innebærer også informasjon om søvnens viktige funksjoner, samt om hvordan søvnen er regulert.

**Avspenningsteknikker** rommer et bredt spekter av metoder (som muskulær avspenning, autogen trening, meditasjon etc.) som har som formål å redusere aktivering. En oversikt over noen slike metoder finnes her:



Skann QR kode for å se mer om metoder

## ANBEFALINGER VED BEHANDLING AV KRONISK INSOMNI HOS VOKSNE:

1. CBTi anbefales som førstevalg ved kronisk insomni hos voksne, uavhengig av komorbiditet (samtidig psykiske og somatiske sykdommer).
2. CBTi kan gis som individuell terapi, gruppeterapi, digital behandling og selvhjelpsbehandling (bok, internett).
3. De mest effektive komponentene i CBTi er søvnrestriksjon og stimuluskontroll.
4. Ved kronisk insomni frarådes medikamentell behandling pga dårlig evidens på langtidseffekter samt potensielle bivirkninger.
5. Medikamentell behandling av insomni kan forsøkes hvis CBTi ikke har tilstrekkelig effekt.
6. Ved kortvarig medikamentell behandling (inntil 4 uker) har benzodiazepinliknende hypnotika (zopiklon, zolpidem) best dokumentert effekt. Ved langtidsbruk er det risiko for toleranse og avhengighet, noe som reduseres ved intermitterende dosering. I noen tilfeller er langtidsbruk (daglig, men fortrinnsvis intermitterende bruk) aktuelt, men fordeler og ulemper bør vurderes individuelt.
7. Melatoninpreparater (depot-melatonin) kan forsøkes, spesielt for pasienter over 55 år, men evidensen på effekt er beskjeden. Ikke vanedannende.
8. Sederende antidepressiver (mianserin, mirtazepin, trimipramin) er mest aktuelle ved komorbid psykisk lidelse. Risiko for bivirkninger. Ikke vanedannende.
9. Sederende antihistaminer (doksylamin, alimemazin) kan forsøkes, men evidensen på effekt er beskjeden. Ikke vanedannende.
10. Sederende antipsykotika (kvetiapin, olanzapin, levomepromazin) er kun aktuelle ved samtidig psykotiske eller bipolare symptomer. Risiko for alvorlige korttids- og langtidsbivirkninger. Ikke vanedannende.
11. Ved komorbiditet: klinisk skjønn bør avgjøre om insomni eller komorbid lidelse skal behandles først eller om man starter behandling samtidig.

Pasienten bør trene på avspenningsmetoden(e) på dagtid og oppnå mestring av disse før disse brukes før innsovning eller ved langvarige oppvåkninger. Avspenningsteknikker bør ikke gis som enkeltstående intervensjon, men kan inngå i en multikomponent CBTi.

### Bivirkninger av CBTi

En meta-analyse fant ikke systematiske bivirkninger ved CBTi, men det er stor variasjon i studiene (14). Vår erfaring er at gjennomføring av atferdskomponentene vil kunne gi økt søvnighet første tiden. Dette er tilsiktet, men kan være ubehagelig. Når man blir søvngig kan man oppleve hjernetåke, uvelhetsfølelse, svimmelhet, hodepine og slite med å holde seg våken i monotone aktiviteter. Dersom pasienten har arbeid eller andre typer oppgaver som krever stor årvåkenhet, bør man være oppmerksom på at CBTi kan gi funksjonssvekkelser. Dette kan være

spesielt viktig ved komorbid insomni, som f.eks. hvis pasienten også har søvnapné.

### Varighet og effekt av CBTi

Vanligvis administreres CBTi over 4-8 individuelle terapitimer, men kan også gis som selvhjelp, over telefon, internett og i gruppeformat. En norsk behandlingsstudie viste at CBTi virket bedre enn sovemedisin (15). Ellers er både korttids- og langtids-effekten godt dokumentert i meta-analyser, også ved insomni som er komorbid med andre tilstander (3, 16). En del komorbide tilstander vil bedres ved CBTi. For pasienter som ønsker å slutte med hypnotika anbefales en nedtrappingsplan i kombinasjon med CBTi (17). Vi anbefaler at CBTi startes opp mens pasienten fortsetter med uendret medikasjon. På den måten vil bedre søvn kunne tilskrives CBTi, og ikke endringer i sovemedisindosen. Klinisk erfaring tilsier at nedtrapping av sovemedisiner går lettere når effekten av CBTi inntreffer.



### Andre ikke-medikamentelle tiltak

Ved kronisk insomni er «mindfulness»-intervensjoner dårligere dokumentert enn CBTi og ser ikke ut til å gi tilsvarende gode effekter på alle søvnparametere (18). Det samme gjelder akupunktur (19). Det finnes foreløpig dårlig dokumentasjon for andre ikke-medikamentelle intervensjoner som f.eks. musikkterapi (3). Lysterapi vil normalt ikke være aktuelt ved kronisk insomni, men er typisk indisert ved døgnrytmelidelser (20).

### Medikamentell behandling av insomni

Medikamentell behandling benyttes i dag ved både akutt og kronisk insomni. For voksne i alle aldre vil CBTi alltid være førstevalg ved kronisk insomni. For akutte søvnvansker vil medikamentell behandling med hypnotika kunne være trygt og effektivt. Medikamentell behandling er imidlertid ikke anbefalt utover en måneds bruk, da effekten av hypnotika taper seg raskt, og det er høy risiko for avhengighet og potensielle bivirkninger (3).

Medikamentell behandling kan tilbys dersom CBTi ikke har effekt (3). Tilgjengelige preparater inkluderer benzodiazepiner, benzodiazepinliknende preparater, sederende antidepressiva, antipsykotika, antihistaminer, melatonin og naturpreparater. I Norge deles hypnotika inn i tre hovedgrupper; benzodiazepiner (nitrazepam, midazolam), benzodiazepinliknende preparater (zopiklone, zolpidem) og melatoninpreparater. De andre medikamentgruppene brukes spesielt ved komorbide lidelser. Valg av preparat vil være symptomavhengig, da noen preparater er best egnet mot innsøvningsvansker, mens andre er bedre på å opprettholde søvn.

*Benzodiazepinliknende hypnotika:* Effekten på søvn er relativt lik mellom benzodiazepiner og benzodiazepinliknende hypnotika. I Norge brukes mest benzodiazepinliknende preparater, hovedsakelig fordi benzodiazepiner er assosiert med mer bivirkninger og ulemper som hangover, toleranse, avhengighet og misbruk, seponeringsvansker, hukommelsesproblemer, falltendens og mer forstyrrelser av søvnstadiene enn benzodiazepinliknende preparater. Benzodiazepinene virker også anxiolytisk og muskelrelaxerende og har alle lengre halveringstid og mer residualeffekter enn de benzodiazepinliknende preparatene. Seponeringsinsomni, det vil si forverring av insomni ved seponering, kan oppstå etter noen ukers behandling og sees oftere ved bruk av hypnotika med kort halveringstid. Den europeiske retningslinjen har gjennomgått aktuelle meta-analyser som oppsummert viser at både benzodiazepiner og benzodiazepinliknende preparater er effektive ved kortvarig behandling (inntil 4 uker) av insomni, men at det er høy risiko for toleranse og avhengighet, noe som kan reduseres ved intermitterende dosering (3). Daglig bruk over lang tid frarådes, men det er lite sannsynlig at toleranse utvikles ved korttidsbehandling (under 2–3 uker). En kvalitativ studie blant norske fastleger tar til orde for at noen pasienter bør kunne stå på langtidsbehandling med hypnotika, så lenge effekten er god og dosen holdes lav (21). Fastlegene var opptatt av samvalg og personsentrert praksis. Vi støtter en slik tilnærming, men mener det er viktig å avklare om pasienten faktisk sover godt på slik behandling. En ukes søvndagbok kan avklare det. Det er uvanlig at pasienter som bruker hypnotika daglig over lang tid sover normalt.

*Melatonin* er nå fritt tilgjengelig i de fleste europeiske land, og kan også foreskrives av leger som et behandlingsalternativ for pasienter med insomni. Den dokumenterte effekten av melatonin er imidlertid beskjeden og motstridende, og inkluderer studier på både vanlig (hurtigvirkende) og depot-melatonin. Vanlig melatonin anbefales ikke i den europeiske retningslinjen for kronisk insomni, med unntak av om det er døgnrytmefaktorer involvert (3). Melatonin i depotform er vist å ha gunstig effekt på insomni hos pasienter over 55 år, og kan være et førstevalg ved medikamentell behandling for pasienter over 55 år. Men dokumentasjon foreligger kun på subjektive mål. Ved bruk av melatonin i depotform frisettes melatonin langsomt i løpet av natten. Det er imidlertid viktig å være observant på at melatonin er produsert av svært forskjellige kilder og kan kjøpes uten resept på butikk, apotek og over internett. Det er grunn til å tro at det er betydelige variasjoner i farmakologisk kvalitet. Vi oppfordrer derfor til forsiktighet og foreslår at pasienter kun bør skaffe melatonin gjennom lisensierte apotek eller fortrinnsvis på resept.

*Andre preparater:* I klinikken benyttes ofte andre preparater enn hypnotika for insomni, fordi disse preparatene ikke er vanedannende. Bruk av slike preparater er særlig aktuell ved komorbide lidelser. Eksempler på preparater som brukes i Norge er sederende antidepressiva (mianserin, mirtazepin, trimipramin) ved komorbid depresjon, antipsykotika (kvetiapin, olanzapin, levomepromazin) ved komorbide psykotiske og/eller bipolare symptomer, og antihistaminer (doksylamin, alimemazin) ved komorbid allergi/kløe. Dokumentasjonen på effekten av disse preparatene rapporteres som mangelfull og med stor risiko for både korttids- og langtidsbivirkninger (2). Fordelene er effekten på den komorbide lidelsen samt at disse preparatene ikke er vanedannende. Vi vil likevel ikke anbefale bruk av antidepressiva, antipsykotika eller antihistaminer for kronisk insomni, hvis det ikke foreligger spesifikke grunner til det (komorbid insomni). Vi er spesielt bekymret for og negativ til den økte bruken av antipsykotiske preparater ved insomni.

Antidepressiva brukt kausalt i depresjonsbehandling vil ha effekt på ledsagende søvnvansker. Den sederende effekten av en liten tilleggsdose mianserin, mirtazepin eller trimipramin kan utnyttes i behandling av søvnvansker ved depresjoner hvor pasienten har problemer med innsovning og med å vedlikeholde søvnen. Preparatene bør ikke doseres så høyt at pasienten får hangover, og vi foreslår å starte med f.eks. 2,5-10 mg mianserin.

Førstegenerasjons antihistaminer (f.eks. alimemazin) har begrenset dokumentasjon som hypnotika, og residualeffekter sees ofte neste dag (22). Fordelen er at de ikke fører til misbruk.

Hos eldre frarådes slike medikamenter på grunn av risikoen for bivirkninger, bl.a. nedsatt kognitiv funksjon. Et nyere antihistamin (doksylamin) er godkjent til bruk for kortvarig insomni hos voksne > 18 år. Dette preparatet ser ut til å være bedre egnet enn de «gamle» antihistaminene.

Levomepromazin og andre høydoseantipsykotika bør unngås. Kvetiapin brukes i dag i økende grad mot insomniplager, men dette frarådes (23). Antipsykotika bør ikke anvendes i behandling av insomni uten at det foreligger agiterede psykosier eller hypomanier/manier, og de bør uansett ikke doseres så høyt at de gir dagtrettet.

*Naturpreparater:* Det finnes en rekke naturpreparater (f.eks. valeriana) som brukes for insomni. Samlet sett er dokumentasjonen av effekten av naturpreparater svak og av dårlig kvalitet, og vi anbefaler derfor ikke slike (3).

## Manglende effekt av behandling

I enkelte tilfeller responderer insomnipasienter hverken på ikke-medikamentell eller medikamentell behandling.

I slike tilfeller anbefaler de europeiske retningslinjene sekundærutredning med polysomnografi (3). Polysomnografi kan avdekke andre søvnsykdommer som f.eks. periodiske beinbevegelser under søvn eller søvnapné, og kan også vise om det er en stor diskrepans mellom de objektive søvnmålene og pasientens subjektive opplevelse av søvnen. Studier med polysomnografi viser at personer med insomni har signifikant redusert søvnlengde, forlenget innsovning og økt antall nattlige oppvåkninger og våkentid i løpet av natten sammenlignet med folk som sover godt (24). Vi støtter en slik tilnærming, men vil presisere at indikasjon for polysomnografi hos pasienter uten tegn til komorbide søvnsykdommer, bør gjelde pasienter som har forsøkt CBTi over flere uker uten effekt.

## Konsekvenser av insomni

Det finnes god dokumentasjon for at insomni utgjør en betydelig risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser. Personer med kronisk insomni har en klart forhøyet risiko for å få forverret/utvikle depresjon, angstlidelser, alkoholmisbruk og psykose (25, 26). Tilsvarende er funnet i norske studier, som også har vist at sammenhengen trolig er bidireksjonal. Det er i tillegg vist at insomni henger sammen med økt risiko for suicidale tanker og selvmordsforsøk (27). Ubehandlet insomni ser også ut til å øke risikoen for å utvikle PTSD i etterkant av traumatiske opplevelser (28).

Insomni henger sammen med dårlig fysisk helse. Flere meta-analyser viser at insomnisymptomer er en risikofaktor for kardiovaskulære sykdommer (29-31), noe som også er funnet

**Insomni henger sammen med dårlig fysisk helse. Flere meta-analyser viser at insomnisymptomer er en risikofaktor for kardiovaskulære sykdommer.**



i norske studier (32, 33). Norsk forskning har i tillegg vist at insomni henger sammen med utvikling av en rekke muskel- og skjelettlidelser (34), samt med lavere smerteterskel (35). Selv om mekanismene ennå ikke er klarlagt, viser flere studier fra Norge og andre europeiske land at insomni øker risikoen for mortalitet, også etter å ha tatt høyde for komorbiditet og andre kjente risikofaktorer (36). Nyere undersøkelser dokumenterer også prospektive sammenhenger mellom insomnisymptomer og høyt kolesterol og Alzheimers sykdom (37). Det er viktig å understreke at disse sammenhengene stort sett er basert på insomnisymptomer, og ikke nødvendigvis diagnosen kronisk insomni.

Når det gjelder samfunnsøkonomiske konsekvenser, viser en rekke norske undersøkelser at insomni øker risikoen for både kort- og langtidssykefravær, og permanent frafall fra arbeidslivet. En norsk studie har vist at behandling av insomni ser ut til å kunne forbedre fungering i arbeidslivet (38). De årlige totale samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til insomni er betydelige, og i en studie fra Australia med 25,5 millioner mennesker, ble disse estimert til 13,3 milliarder dollar årlig (39).

## Veien videre

Til tross for internasjonal konsensus om at CBTi bør være førstevalget ved behandling av insomni (3), gjenstår store utfordringer med å gjøre terapien tilgjengelig i stor skala. Dessverre benyttes CBTi fortsatt sjeldent i ordinær klinisk praksis, og den utstrakte bruken av medikamentell behandling samsvarer ikke med evidensbaserte anbefalinger. Siden få pasienter både i Norge og ellers i Europa i dag har mulighet til å motta CBTi i tradisjonell individuell behandling, vil arbeidet for videre implementering av CBTi derfor være en av de største utfordringene vi har for denne lidelsen fremover (40). De senere årene har

kommunale frisklivssentraler og «Rask psykisk helsehjelp» tilbudt behandling for insomni.

I tillegg bør ulike formater av denne behandlingen vurderes for å nå flere pasienter. Norsk forskning har vist at ulike former for selvhjelpsbehandling, både i form av bok (41) og internettbasert behandling (42) fungerer, men ikke like godt som ansikt-til-ansikt CBTi (43). Gruppeterapi vil også kunne øke tilgjengeligheten av CBTi. Likevel vil en betydelig andel ha behov for individuell behandling.

I Norge bør universiteter, høyskoler og profesjonsforeninger samarbeide bedre for å sikre/øke kunnskapsnivået hos våre kommende psykologer og leger. I tillegg bør også annet helsepersonell skoles (f.eks. sykepleiere) med tanke på å øke tilgjengeligheten av CBTi. I dag er opplæringen av helsepersonell fragmentert og lite systematisk.

Årlig avholdes det en rekke kurs innen søvnmedisin i Norge (se oversikt over nye søvnkurs på [www.sovno.no](http://www.sovno.no)), og det er dokumentert at leger, psykologer og annet helsepersonell øker kunnskapen om søvn ved å delta på slike kurs (44, 45).

Denne nasjonale anbefalingen for utredning og behandling av kronisk insomni hos voksne vil forhåpentlig være et viktig hjelpemiddel for klinikere. Den er imidlertid kun et første steg på veien videre. Samordnet innsats fra flere hold, både pasienter, brukerorganisasjoner, beslutningstakere, utdanningsinstitusjoner, og fagfolk, vil være nødvendig for å sikre at denne evidensbaserte anbefalingen implementeres i klinisk praksis for å sikre at pasienter med kronisk insomni får best mulig utredning og behandling.

## REFERANSER:

1. Bjorvatn B, Sivertsen B, Waage S, Holsten F, Pallesen S. Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av insomni. *SØVN*. 2018;10(1):12-7.
2. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017;26(6):675-700.
3. Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res*. 2023;32(6):e14035.
4. Pallesen S, Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B. A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep Med*. 2014;15(2):173-9.
5. Sivertsen B, Vedaa O, Harvey AG, Glozier N, Pallesen S, Aaro LE, et al. Sleep patterns and insomnia in young adults: A national survey of Norwegian university students. *J Sleep Res*. 2019;28(2):e12790.

6. Bjorvatn B, Waage S, Saxvig IW. Do people use methods or tricks to fall asleep? A comparison between people with and without chronic insomnia. *J Sleep Res.* 2023;32(2):e13763.
7. Bjorvatn B, Meland E, Flo E, Mildstedt T. High prevalence of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioner. *Fam Pract.* 2017;34(1):20-4.
8. Torsvik S, Bjorvatn B, Eliassen KE, Forthun I. Prevalence of insomnia and hypnotic use in Norwegian patients visiting their general practitioner. *Fam Pract.* 2023;40(2):352-9.
9. Bjorvatn B, Jernelov S, Pallesen S. Insomnia - A Heterogenic Disorder Often Comorbid With Psychological and Somatic Disorders and Diseases: A Narrative Review With Focus on Diagnostic and Treatment Challenges. *Front Psychol.* 2021;12:639198.
10. Frojd LA, Dammen T, Munkhaugen J, Weedon-Fekjaer H, Nordhus IH, Papageorgiou C, et al. Insomnia as a predictor of recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *Sleep Adv.* 2022;3(1):zpac007.
11. Sweetman A, Osman A, Lack L, Crawford M, Wallace D. Co-morbid insomnia and sleep apnea (COMISA): recent research and future directions. *Curr Opin Pulm Med.* 2023;29(6):567-73.
12. Carmona C, Crutwell J, Burnham M, Polak L, Guideline C. Shared decision-making: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2021;373:n1430.
13. Fosli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, Finset A. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). *Patient Educ Couns.* 2011;84(2):163-9.
14. Condon HE, Maurer LF, Kyle SD. Reporting of adverse events in cognitive behavioural therapy for insomnia: A systematic examination of randomised controlled trials. *Sleep Med Rev.* 2021;56:101412.
15. Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S, Bjorvatn B, Havik OE, Kvale G, et al. Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006;295(24):2851-8.
16. Wu JQ, Appleman ER, Salazar RD, Ong JC. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Comorbid With Psychiatric and Medical Conditions: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2015;175(9):1461-72.
17. Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallieres A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry.* 2004;161(2):332-42.
18. Gong H, Ni CX, Liu YZ, Zhang Y, Su WJ, Lian YJ, et al. Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychosom Res.* 2016;89:1-6.
19. Shergis JL, Ni X, Jackson ML, Zhang AL, Guo X, Li Y, et al. A systematic review of acupuncture for sleep quality in people with insomnia. *Complementary therapies in medicine.* 2016;26:11-20.
20. Bjorvatn B, Pallesen S. A practical approach to circadian rhythm sleep disorders. *Sleep Med Rev.* 2009;13(1):47-60.
21. Skjeie H, Brekke M, Skonnord T. GPs' reflections on prescribing addictive hypnotics to older people: a qualitative study. *BJGP Open.* 2024.
22. Roland PDH, Frost J. Medikamentell behandling av insomnia. *Utposten.* 2018;47:44-6.
23. Debernard KAB, Frost J, Roland PH. Quetiapine is not a sleeping pill. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2019;139(13).
24. Baglioni C, Regen W, Teghen A, Spiegelhalter K, Feige B, Nissen C, et al. Sleep changes in the disorder of insomnia: a meta-analysis of polysomnographic studies. *Sleep Med Rev.* 2014;18(3):195-213.
25. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalter K, Nissen C, Voderholzer U, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord.* 2011;135(1-3):10-9.
26. Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, Kienzler C, Spiegelhalter K, Johann A, et al. Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2019;43:96-105.
27. Pigeon WR, Pinquart M, Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiatry.* 2012;73(9):e1160-7.
28. Germain A, Buysse DJ, Nofzinger E. Sleep-specific mechanisms underlying posttraumatic stress disorder: integrative review and neurobiological hypotheses. *Sleep Med Rev.* 2008;12(3):185-95.
29. Li M, Zhang XW, Hou WS, Tang ZY. Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis of cohort studies. *Int J Cardiol.* 2014;176(3):1044-7.
30. Meng L, Zheng Y, Hui R. The relationship of sleep duration and insomnia to risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Hypertens Res.* 2013;36(11):985-95.
31. Li L, Gan Y, Zhou X, Jiang H, Zhao Y, Tian Q, et al. Insomnia and the risk of hypertension: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Sleep Med Rev.* 2021;56:101403.
32. Laugsand LE, Strand LB, Platou C, Vatten LJ, Janszky I. Insomnia and the risk of incident heart failure: a population study. *Eur Heart J.* 2014;35(21):1382-93.
33. Laugsand LE, Vatten LJ, Platou C, Janszky I. Insomnia and the risk of acute myocardial infarction: a population study. *Circulation.* 2011;124(19):2073-81.
34. Sivertsen B, Lallukka T, Salo P, Pallesen S, Hysing M, Krokstad S, et al. Insomnia as a risk factor for ill health: results from the large population-based prospective HUNT Study in Norway. *J Sleep Res.* 2014;23(2):124-32.
35. Sivertsen B, Lallukka T, Petrie KJ, Steingrimsdottir OA, Stubhaug A, Nielsen CS. Sleep and pain sensitivity in adults. *Pain.* 2015;156(8):1433-9.
36. Sivertsen B, Pallesen S, Glozier N, Bjorvatn B, Salo P, Tell GS, et al. Midlife insomnia and subsequent mortality: the Hordaland health study. *BMC Public Health.* 2014;14:720.
37. Wu TT, Zou YL, Xu KD, Jiang XR, Zhou MM, Zhang SB, et al. Insomnia and multiple health outcomes: umbrella review of meta-analyses of prospective cohort studies. *Public Health.* 2023;215:66-74.
38. Kjorstad K, Sivertsen B, Vedaa O, Langsrud K, Faaland PM, Vethe D, et al. The Effect of Reducing Insomnia Severity on Work- and Activity-Related Impairment. *Behavioral sleep medicine.* 2021;19(4):505-15.
39. Streatfeild J, Smith J, Mansfield D, Pezzullo L, Hillman D. The social and economic cost of sleep disorders. *Sleep.* 2021;44(11).
40. Morin CM. Issues and challenges in implementing clinical practice guideline for the management of chronic insomnia. *J Sleep Res.* 2017;26(6):673-4.
41. Bjorvatn B, Fiske E, Pallesen S. A self-help book is better than sleep hygiene advice for insomnia: a randomized controlled comparative study. *Scandinavian journal of psychology.* 2011;52(6):580-5.
42. Vedaa O, Kallestad H, Scott J, Smith ORF, Pallesen S, Morken G, et al. Effects of digital cognitive behavioural therapy for insomnia on insomnia severity: a large-scale randomised controlled trial. *Lancet Digit Health.* 2020;2(8):e397-e406.
43. Kallestad H, Scott J, Vedaa O, Lydersen S, Vethe D, Morken G, et al. Mode of delivery of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: a randomized controlled non-inferiority trial of digital and face-to-face therapy. *Sleep.* 2021;44(12).
44. Wilson T, Pallesen S, Bjorvatn B. Kartlegging av søvnkunnskaper hos leger, psykologer og annet helsepersonell ved hjelp av Dartmouth Sleep Knowledge Survey. *SØVN.* 2017;9(1):8-13.
45. Sigbjørnsen I, Ellingsen K, Bjorvatn B. Kunnskap om søvn. En studie av leger og medisinstudenters kunnskapsnivå om søvnmedisin ved bruk av Bergen Sleep Knowledge Questionnaire. *SØVN.* 2023;15(2):11-9.