

CEFAM

CENTRUM FÖR
ALLMÄNMEICIN

CENTER FOR FAMILY
AND COMMUNITY
MEDICINE

**VÅRDUTVECKLINGSPLAN
OCH KVALITETSINDIKATORER
STÖD I ARBETET MED
Patienter med sömnproblem
ENHETEN FÖR FORTBILDNING
Våren 2012**



FÖRFATTARE

CHRISTINA SANDLUND
DISTRIKTSSKÖTERSKA, FIL. MAG., DOKTORAND
VÅRDUTVECKLINGSLEDARE
ENHETEN FÖR FORTBILDNING
CENTRUM FÖR ALLMÄNMEICIN

LENA LUNDH
DISTRIKTSSKÖTERSKA, FIL. MAG., DOKTORAND
ENHETEN FÖR FORTBILDNING
VÅRDUTVECKLINGSLEDARE
CENTRUM FÖR ALLMÄNMEICIN

LENA TÖRNKVIST
DISTRIKTSSKÖTERSKA, DOCENT
VÅRDUTVECKLINGSCEF
ENHETEN FÖR FORTBILDNING
CENTRUM FÖR ALLMÄNMEICIN



**Karolinska
Institutet**

FÖRFATTARE

Christina Sandlund, distriktssköterska, doktorand, vårdutvecklingsledare, Centrum för allmänmedicin

Lena Törnkvist, distriktssköterska, vårdutvecklingschef, docent, Centrum för allmänmedicin

Lena Lundh, distriktssköterska, vårdutvecklingsledare, doktorand, Centrum för allmänmedicin

REFERENSPERSONER

Markus Jansson Fröjmark, psykolog, docent, Örebro universitet

Ulla Edell Gustavsson, leg. sjuksköterska, professor, Linköpings universitet

Eva Sundborg, distriktssköterska, doktorand, vårdutvecklingsledare. Centrum för allmänmedicin, Fittja vårdcentral

Kristina Bergström, distriktssköterska, VISS, Centrum för allmänmedicin

Jeanette Westman, distriktssköterska, fil dr, Centrum för allmänmedicin

Mattias Norell, distriktsläkare, Capio vårdcentral Årsta

OMSLAGSBILD: Maria Widing, 2011

© Copyright Christina Sandlund. Kontakt: christina.sandlund@sll.se

CeFAM -ett centrum att räkna med

Centrum för allmänmedicin (CeFAM) är det största utvecklings-, utbildnings- och forskningscentrumet inom allmänmedicin i Sverige och bland de största i Europa. Verksamheten är ett samarbete mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet. CeFAM vänder sig i första hand till personal och studenter i primärvården inom Stockholms läns landsting.

Vår främsta uppgift är att utveckla och förmedla kunskap för att förbättra människors hälsa och förbättra för patienterna i primärvården. Den mesta verksamheten har en tydlig förankring inom allmänmedicin och primärvård med frågeställningar som förenar hög vetenskaplig klass med patient- och samhällsnytta. Verksamheten omfattar bland annat att:

- Bedriva klinisk, folkhälsovetenskaplig och epidemiologisk forskning.
- Utveckla kunskap om förebyggande arbete kring stora folksjukdomar, exempelvis diabetes och hjärt-/kärlsjukdom.
- Samordna, designa, bedriva och kvalitetssäkra grundutbildning, specialistutbildning, forskarutbildning och fortbildning för många olika yrkesgrupper.
- Rekrytera och stödja handledare och vårdcentraler till verksamhetsförlagd utbildning
- Bearbeta och analysera medicinska data.
- Utveckla mätinstrument, kvalitetsindikatorer, metoder och verktyg som ska kunna användas av kliniker för att förbättra vården.
- Sprida och föra ut FoUU-information.

CeFAM har cirka 200 medarbetare.

Läs mer på www.cefam.se

Innehåll

| | |
|---|----|
| Sammanfattning | 4 |
| Bakgrund | 4 |
| <i>Sömnstörningar</i> | 5 |
| <i>Insomni</i> | 5 |
| <i>Icke farmakologisk behandling</i> | 6 |
| <i>Kognitiv beteendeterapi</i> | 6 |
| <i>Farmakologisk behandling</i> | 7 |
| Översikt kvalitetsindikatorer | 8 |
| Struktur | 9 |
| <i>Organisation</i> | 9 |
| <i>Kompetens</i> | 9 |
| <i>Ansvarsfördelning</i> | 9 |
| <i>Tvärprofessionellt samarbete</i> | 10 |
| <i>Tid</i> | 10 |
| <i>Lokala rutiner</i> | |
| <i>Rutiner för dokumentation</i> | 10 |
| <i>Hjälpmedel</i> | 10 |
| <i>Kvalitetsindikatorer</i> | 11 |
| Process | 11 |
| <i>Identifiering av patienter</i> | 11 |
| <i>Nivå 1-3</i> | 11 |
| <i>Kvalitetsindikatorer</i> | 13 |
| Resultat | 14 |
| <i>Mål</i> | 14 |
| <i>Kvalitetsindikatorer</i> | 14 |
| Referenser | 15 |
| Checklista för måluppfyllelse av kvalitetsindikationer | 17 |
| Bilagor | 19 |
| Flödesschema | 26 |

Sammanfattning

Sömnpromblem är vanligt förekommande hos befolkningen och kan, om de blir långvariga, leda till fysisk och psykisk ohälsa. De flesta som söker hjälp för sina sömnpromblem gör det för att de upplever otillräcklig sömn som leder till minskat välbefinnande och sämre funktionsförmåga. Patienterna söker sig i första hand till primärvården för att få hjälp och det är därför angeläget att primärvården har resurser att erbjuda adekvat behandling. Den behandling som rekommenderas av SBU vid långvariga sömnpromblem är psykologisk och beteendeoriktrad behandling, i synnerhet metoder baserade på kognitiv beteendeterapi (KBT). KBT har visats sig vara effektiv vid sömnpromblem både på kort och på lång sikt.

Denna vårdutvecklingsplan syftar till att öka kunskapen hos personal i primärvården, om sömnpromblem och hur dessa kan behandlas för att därmed förbättra omhändertagandet av patienter med sömnpromblem. Vårdutvecklingsplanen är inriktad på icke farmakologisk behandling vid den vanligaste sömnpromblingen, insomni.

Bakgrund

Sömnpromblem av olika grad förekommer hos en tredjedel av befolkningen och är vanligast hos kvinnor och äldre personer. De senaste åren har en ökning setts hos unga kvinnor (socialstyrelsen, 2009).

Sömnen fungerar som återställare efter stress eller annan överanvändning av kroppens energidepåer. Återhämtningen är avgörande för att läkande och uppbyggande processer i kroppen ska fungera och en förutsättning för välbefinnande och god hälsa. Sömnen, särskilt djupsömnen, är den viktigaste återhämtningsperiod, då många av kroppens uppbyggande processer pågår. Även måttligt reducerad sömn leder efter några dagar till förhöjda stresshormoner, högre nivåer av blodsocker och blodfetter och försämrat immunsvår (socialstyrelsen, 2009). Långvariga sömnpromblem kan leda till negativa konsekvenser för den psykiska hälsan som energiförlust, intressereduktion, minnesbesvär, koncentrationssvårigheter, dysfori och hopplöshetskänsla (Hetta, 1994), samt till fysisk ohälsa som hjärt- kärl sjukdom, diabetes och övervikt. Långvariga sömnpromblem är förknippade med ökad sjukfrånvaro, ökat vårdökande och social funktionsnedsättning samt ökad sjuklighet och dödlighet (SBU 2010). När det gäller sambandet mellan sömnpromblem, medicinska och psykiska besvär finns sannolikt en kombination mellan orsak och verkan. Patienter som haft sömnpromblem en längre tid riskerar att hamna i en negativ spiral där sömnbristen ger sug efter snabba kolhydrater. De tenderar att aktivera sig mindre både fysiskt och socialt och det är inte ovanligt att alkohol tas till som sömnsökare. Dessa beteenden i sig kan leda till fysisk och psykisk ohälsa (Krystal, 2005). De som söker hjälp gör det när dagtidssymtomen börjar bli besvärande och vänder sig då i första hand till primärvården (Morin, LeBlanc, Gregoire, Mèrette, 2006). Sömnpromblem är en av de fem vanligaste orsakerna till

patient-läkarkontakt och till läkemedelsförskrivning på en allmänläkarmottagning (Läkemedelsverket, 2009).

Sömnstörningar

Sömnsvårigheter och sömnproblem innefattar olika former av sömnstörningar. Det skiljs på primära och sekundära sömnstörningar. Sekundär sömnstörning är när sömnstörningen är orsakad av sjukdom eller substans (läkemedel, droger, alkohol). Primär sömnstörning är när sömnstörningen inte förekommer enbart i samband med någon annan psykisk störning som egentlig depression generaliserat ångestsyndrom eller inte beror på direkta fysiologiska effekter av någon substans eller av somatisk sjukdom/skada (American Psychiatric Association, 1995).

När patienten uppger sömnproblem är det av vikt att diagnostisera typ av sömnstörning samt att utreda om sömnproblematik och trötthet är orsakad av sjukdom och/eller läkemedelsbiverkan. (Chesson, Hartse et al., 1999).

Olika typer av sömnstörningar. Primära eller sekundära enligt DSM-IV(American Psychiatric Association, 1995).

- Insomni (diagnostiska kriterier enligt DSM-IV och ICD-2, se sidan 4).
- Hypersomni: onormal sömnhet, vilket visar sig i förlängd nattsömn eller behov av att sova på dagen så gott som dagligen.
- Parasomnier: sömngång, nattskräck, mardrömmar.
- Narkolepsi: okontrollerbara, hastigt påkomna episoder av sömn som inträffar dagligen.
- Andningsrelaterad sömnstörning: störd sömn som bedöms orsakas av ett sömnrelaterat andningstillstånd t.ex. Sömnapnè
- Störd dygnsrytm: obalans mellan den dygnsrytm som personen följer och den dygnsrytm som omgivningen följer t.ex. jet lag eller förskjuten dygnsrytm, skiftarbete.
- Restless legs, myrkrypningar i benen
- Periodic limb movements, ofrivilliga bensparkningar.

Sekundära sömnstörningar

- Psykiatriska sjukdomstillstånd som depression och ångest
- Medicinska sjukdomstillstånd som smärtande sjukdomar, gastroesophageal reflux, kardiell inkompensation, thyroideasjukdomar
- Substanser som läkemedel, droger, alkohol

Insomni

Den sömnstörning som kommer att beskrivas i denna vårdutvecklingsplan är insomni som är den vanligaste sömnstörningen. Diagnostiska kriterier för insomni enligt DSM-IV och ICD-2 är svårigheter att somna, svårigheter att bibehålla sömnen under natten

samt vakna för tidigt på morgonen med känslan av att inte vara utsövd. Det kan förekomma ett av nämnda problem eller en kombination av dem. För att klassificeras som insomni ska sömnstörningen orsaka ett tydligt lidande eller en försämrad funktion i arbetet eller socialt. Trötthet, försämrad uppmärksamhet, koncentration och minnesfunktion är vanliga dagtidssymtom. Det kan även förekomma humörsvängningar, irritation, minskad energi och initiativförmåga. Sömnproblem delas in i kronisk (> 1 månad) och akut (< 1 månad) samt primär/sekundär insomni. (American Academy of Sleep medicine, 2005, American psychiatric association, 1994).

Diagnostiska kriterier för insomni (DSM- IV).

- Insomningssvårigheter
- Uppvaknanden under natten
- Vakna för tidigt på morgonen

(Ett av ovan nämnda symtom eller en kombination av dem).

- Negativa dagtidssymtom.

Icke farmakologisk behandling

Vid långvarig primär insomni anses icke-farmakologiska metoder vara primärbehandling. Vid sekundär insomni kan dessa metoder användas som tillägg till specifik terapi mot underliggande orsaker till att sömnen störs (Läkemedelsverket, 2009). Psykologisk och beteendeariktad behandling har visat sig vara effektiv vid primär insomni, sekundär insomni i samband med medicinska och psykiska problem, insomni hos äldre samt hos kroniska brukare av sömnmedel (Morin, Bootzin et al., 2006). Statens beredning för medicinsk utvärdering har utvärderat behandlingar vid sömnproblem och rekommenderar i sin rapport psykologisk och beteendeariktad behandling som KBT vid långvarig insomni. Denna typ av behandling har dokumenterad effekt både på kort sikt och på lång sikt (SBU 2010).

För att göra psykologisk och beteendeariktad behandling mer tillgänglig förespråkar Espie (2009) en ”Stepped Care” modell där behandling för insomni utförs på 5 olika nivåer. Nivå 1 är självhjälp i form av internetbehandling eller självhjälpböcker. Nivå 2 är manualiserad KBT i grupp utförd av speciellt utbildade sjuksköterskor. De övriga nivåerna är specialistbehandling utförd av psykolog i grupp eller individuellt.

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

KBT kan beskrivas som ett samlingsbegrepp för en uppsättning teorier och tekniker baserade på inlärningsteori och kognitiv teori med inslag av emotionsteori, medveten närvaro och acceptans (Kåver, 2006). Inom KBT utgår behandlingen till stor del utifrån här och nu och vidmakthållande faktorer. Behandlingsförslaget i denna vårdutvecklingsplan bygger på en modell av hur insomni utvecklas och vidmakthålls. Modellen lyfter fram samverkan mellan faktorer som kognitiv och fysiologisk uppvarvning, ohjälpsamma tankar kring sömn och trötthet, olämpliga sovvanor samt

följande konsekvenser när det gäller välbefinnande, funktion i arbete och socialt (Morin, 1993).

Farmakologisk behandling

Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer vid akut situationsbetingad insomni anger kortvarig farmakologisk behandling med kortverkande sömnmedel, alternativt eller i kombination med, sömnhygieniska åtgärder. Dokumentationen av långvarigt bruk av sömnmedel är bristfällig (Läkemedelsverket, 2009). Vetenskapligt underlag finns för kortvarig behandling med zolpidem, zopiklon och zaleplon (SBU, 2010). Sömnmedel påverkar i olika grad sömnkvaliteten med minskad djupsömn och ökad REM-sömn (Zavesicka, Brunovsky, Matousek, Sos, 2008). Långvarig användning av sömnmedel riskerar att försämra sömnen och är kopplat till mekanismer som residualeffekt, rebound, tolerans och beroende. Residualeffekten kan förstärka negativa dagtidssymtom som trötthet och nedsatt funktion. Toleransutveckling gör att dosen kan behöva ökas för att ha effekt. Reboundfenomen är då det sker en fysiologisk uppvarvning när sömnmedlet lämnar kroppen som kan leda till nattliga uppvaknanden eller svårigheter att somna vid försök att hålla upp med sömnmedel. Effekterna av dessa mekanismer kan leda till att patienterna tappar tilltron till sin egen förmåga att kunna sova (Morin, 1993).

Översikt

Kvalitetsindikatorer för vård av patienter med insomni

| Struktur (vad du behöver) | Process (vad måste göras) | Resultat (vad du skall uppnå för patienten) |
|--|---|---|
| <p>Organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mandat från ledningen • Tvärprofessionellt samarbete <p>Kompetens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvecklingsansvarig sjuksköterska/läkare • Basal kunskap om sömn • Specifik kunskap om sömn och KBT genom fortbildning • Kunskaper i motiverande samtalsteknik. <p>Tvärprofessionellt samarbete</p> <p>Tid</p> <p>Lokala skriftliga rutiner</p> <p>Rutiner för dokumentation</p> <p>Hjälpmedel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skriftlig patientinformation • Sömndagbok, samtalsguide, sömnskattningsinstrument • Litteratur | <p>Identifierar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fråga patienter om sömn och journalför. <p>Bedömer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Typ av sömnstörning? • Vidare utredning? • Analys. <p>Åtgärddar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivå1 • Nivå 2 • Nivå 3 • Utvärderar • Dokumenterar | <p>Patienten</p> <p>känner tilltro till sin egen förmåga och ökad kontroll över sitt liv och sin hälsa genom att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sömnproblem uppmärksammas • upplever att det finns ett alternativ till farmakologisk behandling. • upplever förbättrad sömn och dagtidsfunktion. • minskar sitt behov av sömnmedel |
| <p><i>Mått (ja/nej)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Finns en organisation som uppmärksammar problemet sömnbesvär? • Finns kompetens? • Finns tvärprofessionellt samarbete? • Finns tid? • Finns lokala skriftliga rutiner? • Finns hjälpmedel? | <p><i>Mått (antal patienter)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Antal identifierade patienter med diagnoskod/åtgärds kod sömnstörning. • Antal patienter där det gjorts en bedömning av sömnstörningen • Antal patienter som erhållit åtgärder enligt nivå 1-3. • Antal patienter där formulär och mätinstrument använts inför åtgärd och vid utvärdering. | <p><i>Mått (andel patienter)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Andel patienter som känner tilltro till sin förmåga att hantera sin sömn • Andel patienter som upplever att deras sömnproblem blivit uppmärksammade • Andel patienter som upplever att de har fått ett alternativ till farmakologisk behandling • Andel patienter som upplever förbättrad sömn och dagtidsfunktion (ISI, sömndagbok). • Andel patienter som upplever ett minskat behov av sömnmedel. |

Struktur- Vad som behöver finnas på arbetsplatsen.

Organisation

Vårdenheten bör ha en organisation där problemet sömn är belyst och där sömnstörning och insomni kan identifieras. Ett tvärprofessionellt arbetssätt bör eftersträvas.

Kompetens

På varje vårdcentral bör det finnas en distriktssköterska och en distriktsläkare som av verksamhetschefen tilldelats ett särskilt utvecklingsansvar för arbetet med patienter med sömnproblem. De utvecklingsansvariga bör bevaka ämnesområdet kunskapsmässigt och stödja ett optimalt arbetssätt på arbetsplatsen. I övrigt är det önskvärt att samtliga distriktsläkare och distriktssköterskor har basal kunskap om sömn, relevant för respektive yrkeskategori vilken kan byggas på genom kortare föreläsningar eller genom litteratur.

De utvecklingsansvariga bör ha fördjupning i form av utbildning inom området ”Metoder från KBT vid sömnproblem” samt olika sömnstörningar, samt kunskaper i motiverande samtalsteknik (Prochaska, DiClimente, 1982).

Ansvarsfördelning

Distriktssköterskan har omvårdnadsansvar vilket i detta fall innebär att ge patienten redskap att hantera sina sömnproblem och därmed tilltro till sin egen förmåga att ha kontroll över sitt liv och sin hälsa. Distriktssköterskan ansvarar för uppföljning och utvärdering av sina åtgärder. Hänvisning bör ske till läkare för bedömning av primär alternativt sekundär insomni om det råder tveksamhet kring detta.

Distriktsläkaren har det medicinska ansvaret när det gäller att diagnostisera typ av sömnstörning samt bedöma om det finns medicinska orsaker som kräver vidare behandling och/eller utredning.

Gemensam funktions- och ansvarsbeskrivning för utvecklingsansvarig distriktssköterska/sjuksköterska och utvecklingsansvarig distriktsläkare.

- Stödjer och utvecklar samarbetet tvärprofessionellt kring patienter med sömnproblem.
- Utformar lokal skriftlig rutin samt ansvarar för regelbunden uppdatering.
- Deltar kontinuerligt i fortbildning, bevakar ny kunskap och kvalitetsutveckling inom ämnesområdet och sprider information till medarbetare.
- Handleder och stödjer kollegor till grundkompetens inom ämnesområdet, samt vid patientfall.
- Ansvarar för att sprida information till allmänheten genom utformning av information på vårdcentralens hemsida, i broschyrer, patientinformation mm.
- Handleder och introducerar nyanställd personal om lokala rutiner.
- Ansvarar för uppföljning och sammanställning av skattningsinstrument som utvärderar behandling (Insomnia Severity Index, Bilaga 1).

Tvärprofessionellt samarbete

Samarbete och kommunikation mellan olika yrkeskategorier är högst relevant när det gäller denna patientgrupp. Patientens symtombild är många gånger komplex med problematik som stress, oro, ångest, nedstämdhet, värk samt andra sjukdomstillstånd. Det är därför viktigt att kunna hänvisa patienten vidare vid behov så att patienten får adekvat hjälp.

Tid

Ett välfungerande arbete kring patienter med sömnproblem förutsätter att det finns möjlighet att avsätta tid till dessa patientbesök. Bedömningssamtal (Bilaga 2) bör få ta 30-45 min. För individuella behandlingssessioner bör det avsättas 30 min med regelbundna träffar ca 1 gång/v i 4-6 v. Vid gruppbehandling bör det finnas utrymme för 2 timmar, 1 gång/vecka i 6-7 veckor.

Lokala rutiner

Varje primärvårdsenhet bör ha en lokal skriftlig rutin som anger arbetssätt för att fånga upp och behandla patienterna med sömnproblem. Det bör även finnas rutiner för utredning av sekundära sömnproblem samt andra sömnstörningar för vidare handläggning. Rutin bör utformas för hänvisning till olika yrkeskategorier som läkare, distriktssköterska, sjukgymnast, kurator, terapeut/psykolog. Den lokala rutinen skrivs lämpligen av de utvecklingsansvariga och bör vara förankrat hos verksamhetschef och övrig personal (Bilaga 8).

Rutiner för dokumentation

Dokumentation sker utifrån Prim-VIPS. Aktuella sökord kan vara: Sömn (karaktär, sömnhygien, funktionell analys), nuvarande sjukdomar, tidigare sjukdomar, läkemedelsbehandling, social situation, livsstil som fysisk aktivitet, tobak och alkohol, välbefinnande, information/undervisning. Registrera i journalen med diagnoskod/åtgärdskod "Sömnstörning".

Hjälpmedel

Följande hjälpmedel bör finnas tillgängliga på arbetsplatsen:

- ✓ Mätinstrument ISI för gradering av insomni (Bilaga 1).
- ✓ Samtalsmall för bedömning och screening för andra sömnstörningar (Bilaga 2).
- ✓ Sömndagbok vid utredning och utvärdering samt som hjälpmedel i behandlingen (Bilaga 3).
- ✓ Skriftlig patientinformation med generella sömnråd (Bilaga 4).
- ✓ Litteratur och internetbehandling för självhjälp (Bilaga 5).

Kvalitetsindikatorer

Utvecklingsansvarig distriktsläkare och distriktssköterska går igenom checklistan för måluppfyllelse en gång per år, se checklistan ”resultat” (s. 17), och föreslår åtgärder för utveckling. Frågorna i checklistan besvaras med Ja eller Nej.

Process- Sättet att arbeta på

Process anger vad som behöver göras för att uppnå målet. Föreslagna åtgärder är indelade i olika vårdnivåer, nivå 1-3 (sida 11-13). Val av nivå utgår från personalens utbildningsnivå och möjlighet att avsätta tid för patienternas behov av stöd inom ämnesområdet.

Identifiering av patienter i behov av hjälp med att förbättra sömn och dagtidsfunktion

Basen för en framgångsrik behandling av sömnproblem är att alla vårdgivare systematiskt utnyttjar den löpande patientkontakten för att identifiera sömnproblem och kartlägga patienternas sömn enligt nivå 1. Patienter med, stressproblematik, utmattning, nedstämdhet, depression, ångest, hypertoni, övervikt, diabetes, tobaksbruk och riskbruk/missbruk av alkohol bör uppmärksammas. Därutöver bör det finnas möjlighet att erbjuda icke farmakologisk behandling hos distriktssköterska med fördjupningskompetens i ämnesområdet sömn (Nivå 2 och 3). Vid misstanke om sekundär sömnstörning behöver remittering ske till distriktsläkare för medicinsk genomgång/ ställningstagande om vidare utredning på sömnklinik

NIVÅ 1 – FÅNGA UPP EVENTUELLA PROBLEM KRING SÖMNERNA CA 1-3 MIN

Lyft frågan hur patienten har det med sin sömn. Kan utföras av alla vårdgivare i primärvården

Om patienten uppger sömnproblem, behöver en medicinsk bedömning göras om patienten har en primär eller sekundär insomni alternativt annan typ av sömnstörning. Om bedömning görs att icke farmakologisk behandling är relevant och om patienten samtycker hänvisas patienten för omhändertagande enligt nivå 2 alternativt nivå 3.

Låt patienten fylla i Insomnia Severity Index (ISI) och lämna ut sömndagbok som patienten får registrera under 1-2 veckor inför nästa besök (Bilaga 1,3). Informera om självhjälpsböcker och internetterapi (Bilaga 5).

NIVÅ 2 -GENERELLA RÅD CA 30 MIN

Kan utföras av alla med grundläggande kunskaper om sömn och sömnproblem.

Bedömning och analys.

- Anamnes: medicinska sjukdomar och läkemedelsanvändning, social situation, sömnvanor, tecken på andra sömnstörningar samt psykiatrisk problematik (bilaga 2).
- Diagnostisera insomni utifrån DSM-IV och/eller ICD-2 och bedöm grad av insomni med Insomnia Severity Index (Edèll - Gustavsson, 2009, Bilaga 1). Låt patienten registrera sömndagbok under 1-2 veckor för kartläggning av sömnvanor (Bilaga 3).
- Analys! Hur ser patientens problembild ut? Stress, oro, sömnvanor, sömnhygien, tankar kring sömn och trötthet, konsekvenser av sömnlöshet?
- Patientens mål? Ex förbättra sin sömn, förbättra sin funktion dagtid (konkretisera, vad innebär det för patienten), minska/sluta med sömnmedel?

Åtgärder

- Samtal om sömn: Sömnens betydelse för hälsa och funktion, sömnmönster under livet, sömncykeln, *sömnens regleringsmekanismer*.
- Ge råd och information kring *sömnhygien*: Hur alkohol, nikotin och koffein påverkar sömnen med uppvarvning och försämrad sömnkvalitet. Hur högintensiv träning, stora måltider och snabba kolhydrater för nära sänggåendet kan påverka sömnen. Sovrumsmiljön bör vara förknippad med lugn och vila, samt mörk och sval.
- Ge råd utifrån *sömnens regleringsmekanismer*: Biologiska klockan, vikten av att bygga upp ett sömnbehov och tupplurens inverkan på sömnbehovet samt hur stress och aktiveringsnivå påverkar sömnen.
- Gå igenom *sömndagboken* och fråga patienten om denne kan se ett mönster av orsak/verkan.
- Samtal om betydelsen av *regelbundenhet* gällande lägg- och uppstigningstider under hela veckan.
- Råd om att inte tillbringa vaken tid i sängen utan *stiga upp* en stund och göra något annat.
- Råd att *minska tiden i sängen* till den faktiska sömntiden för att sedan efterhand öka på tiden i sängen tills tillfredsställande sömneffektivitet och sömnkvalitet uppnås.
- Rekommendera patienten att *fortsätta med social och fysisk aktivitet*.
- Råd om metoder för *avslappning* och nedvarvning.

Erbjud patienten återbesök för uppföljning och utvärdering efter 4-6 v.

NIVÅ 3 - BEHANDLINGSSERIE INDIVIDUELLT/GRUPP UTIFRÅN METODER BASERADE PÅ KBT CA 30 -120 MIN.

Kan utföras av vårdgivare med specifik kompetens om sömn, sömnstörningar och KBT vid sömnproblem.

Bedömning och analys (Bilaga 1,2,3). Finns misstanke om andra sömnstörningar eller sekundär insomni hänvisa till läkare för medicinsk bedömning. Det kan finnas

anledning att stärka patientens motivation till att genomföra förändringar gällande livsstil och sömnvanor med motiverande samtalsteknik både enskilt och i grupp. *Individuellt program 4-7 träffar*: Specifika råd och metoder utifrån analysen. Patienten får utföra hemuppgifter mellan träffarna.

Gruppbehandling 7 träffar (Jansson & Linton, 2001, 2005).

1. *Utbildning* om sömncykeln, biologiska klockan, faktorer som påverkar sömnen, sömnmönster under livet samt sömnens betydelse för hälsa och funktion. Analys av vidmakthållande faktorer för insomni utifrån fingerat patientfall. Vad händer i kroppen vid uppvarvning/avslappning. *Metod*: Avslappning.
2. *Utbildning* om modell för vidmakthållande faktorer vid insomni. Deltagarna analyserar sin egen situation. *Metod*: Orostid, problemlösning och paradoxal intention.
3. *Utbildning* sömnhygien, sömnvanor. *Metod*: Förändringar kring sömnhygien, stimuluskontroll och sömnrestriktion.
4. *Utbildning* negativt tänkande, stress. *Metod*: Identifiera negativt tänkande, stresshantering.
5. *Utbildning* negativt tänkande, sömnmedel och hantering av negativa dagtidssymtom. *Metod*: Ifrågasätt negativt tänkande och formulera realistiska alternativ, fortsatt med normal fysisk och social aktivitet, powernap, avslappning, nedtrappning av sömnmedel.
6. Summering av föregående sessioner och repetition av metoder. Individuellt val av metoder för *eget sömnhanteringsprogram*, riskanalys, återfallsprevention.
7. *Uppföljning* av det individuella programmet. Utvärdering.

Kvalitetsindikatorer

Vissa kvalitetsindikatorer är möjliga att få fram från RAVE eller andra statistikprogram. Att använda åtgärdskod ”sömnstörning”, ”samtal om sömn” eller liknande, vid dokumentation, kan förenkla uppföljningen (checklista, s.18).

Antal patienter:

- Identifierade med sömnstörning.
- Bedömning av sömnstörning
- Erhållit åtgärder enligt nivå 1-3.
- Formulär och mätinstrument använts inför åtgärd och vid utvärdering

Resultat - Vad som ska uppnås

Mål

Det övergripande målet är att patienten känner tilltro till sin egen förmåga och ökad kontroll över sitt liv och sin hälsa.

1. Patienten känner tilltro till sin förmåga att hantera sin sömn.
2. Patienten upplever att sömnproblemet blivit uppmärksammat.
3. Patienten upplever sig ha fått ett alternativ till farmakologisk behandling
4. Patienten upplever förbättrad sömn och dagtidsfunktion.
5. Patienten som upplever ett minskat behov av sömnmedel.

Kvalitetsindikatorer

För att mäta om patientens insomni förbättras används Insomnia Severity Index (Bilaga 1) före behandlingen och förslagsvis 4-6 veckor efter behandlingen. Resultatet från Insomnia Severity Index (ISI) beräknas och den angivna totalsumman bör minska efter genomgången behandling. ISI anger också insomniens svårighetsgrad. Uppgifter om sömnkvalitet och dagtidsfunktion kan kompletteras från sömndagboken (Bilaga 3). Patientens sömnmedelsbruk dokumenteras i journalen före behandling och vid utvärderingen. Ett frågeformulär till patienten kan läggas till vid utvärderingen för att få fram samtliga kvalitetsindikatorer (Bilaga 6). Formuläret besvaras med ja eller nej och det finns utrymme för patienten att lämna ytterligare kommentarer. Resultatet utvärderas en gång per år, se checklisten ”resultat” (s. 18).

Referenser

American Academy of Sleep medicine.(2005). *International classification of sleep disorders, 2nd ed.: diagnostic and coding manual*. Westchester, IL: American Academy of sleep Medicine.

American Psychiatric Association. (1995). MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Pilgrim Press: Danderyd.

Chesson, A. L., Anderson, W. MD., Littner, M., Davila, D., Hartse, K., Johnson, S., Wise, M., Rafecas, J. (1999). Practice Parameters for the Nonpharmacologic Treatment of Chronic Insomnia. *Sleep*, 22, (8). 1128-1133.

Edell – Gustavsson, U. (2009). Kvalitetsindikationer för patienter med störd sömn. E. Idvall (Red). *Kvalitetsindikationer inom omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening och Gothia förlag AB.

Espie, C. A. (2009). "Stepped Care": A Health Technology Solution for Delivering Cognitive Behavioral Therapy as a First Line Insomnia Treatment. *Sleep*. 32, (12). 1549-1558

Hetta, J. (1994). *Om sömn och sömnstörningar*. Södertälje: Astra läkemedel AB.

Jansson, M., Linton, S.J. (2001). Cognitive-behavioral group therapy as an early intervention for insomnia. *Therapist manual*. *Unpublished manuscript*.

Jansson, M., Linton, S.J. (2005). Cognitive-behavioral group therapy as an early intervention for insomnia: a randomized controlled trial. *Journal of occupational rehabilitation*. 15, (2).

Krystal, A. D. (2005). The effect of insomnia definitions, terminology and classifications on clinical practice. *Journal of American geriatric society*. 53(7). 258-263.

Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Natur och Kultur; Stockholm.

Läkemedelsverket. (2009). *Behandling av sömnsvarigheter: Behandlingsrekommendationer*. Socialdepartementet.
<http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/somnsvarigheter.pdf>

Morin, C. H. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guildford Publications.

Morin, C. M., LeBlanc, M., Gregoire, J. P., Mèrette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations and determinants of help-seeking behaviours. *Sleep medicine*. 7(2). 123-130.

Morin, C. H., Bootzin, R. R., Buyssey, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., Lichstein, K. L. (2006). Psychological And Behavioral Treatment Of Insomnia: Update Of The Recent Evidence (1998-2004). *Sleep*, 29(11). 1398-1414.

Prochaska, J. O., DiClemente, C.,(1982). Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Researhe and Practice* 19 (3), 276-288.

SBU. (2010). *Behandling av sömnbesvär hos vuxna. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU-rapport nr 199. ISBN 978-91-85413-35-5: Stockholm.*

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Zavesicka, L., Brunovsky, M., Matousek, M., Sos, P. (2008). Discontinuation of hypnotics during cognitive behavioral therapy for insomnia. *BMC psychiatric*, 8,80. doi: 10.1186/1471-244X-8-80. Hämtad från PubMed Central Journal list.

CHECKLISTA för måluppfyllelse av kvalitetsindikationer.

Struktur, process, resultat.

| | | | |
|--|-----------|------------|-------------------|
| <i>Enhetens namn:</i> | | | |
| <i>Datum:</i> | | | |
| Kvalitetsindikatorer struktur | | | |
| På enheten finns | Ja | Nej | <i>Kommentar:</i> |
| 1. Mandat från ledningen att arbeta med ämnet | | | |
| 2. Utvecklings ansvarig | | | |
| 3. Lokal skriftlig rutin | | | |
| 4. Adekvat kunskap bland personal utifrån vårdutvecklingsplan | | | |
| 5. Tvärprofessionellt samarbete | | | |
| 6. Möjlighet i form av tid att arbeta utifrån vårdutvecklingsplanen | | | |
| 7. Hjälpmedel i form av skriftlig information, samtalsguide, mätinstrument, litteratur | | | |
| Summa antal Ja/Nej | | | |
| Åtgärder för utveckling: | | | |

Fortsättning checklista

| Kvalitetsindikatorer | | | |
|---|-------------------------------|---|-------------------------------|
| Process | Mått (antal patienter) | Resultat | Mått (andel patienter) |
| Antal identifierade patienter med åtgärdskod sömnstörning. | | Andel patienter som känner tilltro till sin förmåga att hantera sin sömn | |
| Antal patienter där det gjorts en bedömning av sömnstörningen | | Andel patienter som upplever att deras sömnproblem blivit uppmärksammade | |
| Antal patienter som erhållit åtgärder enligt nivå 1-3. | | Andel patienter som upplever att de har fått ett alternativ till farmakologisk behandling | |
| Antal patienter där formulär och mätinstrument använts inför åtgärd och vid utvärdering | | Andel patienter som upplever förbättrad sömn och dagtidfunktion (ISI, sömndagbok). | |
| | | Andel patienter som upplever ett minskat behov av sömnmedel. | |
| Åtgärder för utveckling: | | | |
| <i>Uppgiftslämnare:</i> | | | |

Insomnia Severity Index (ISI) Index över sömnproblemets svårighetsgrad *Bilaga 1.*

1. Var god uppskatta den nuvarande (dvs. de senaste 2 veckorna) **svårighetsgraden** av dina sömnproblem.

| | Inga | Milda | Måttliga | Svåra | Mycket svåra |
|--------------------------------------|------|-------|----------|-------|--------------|
| Svårigheter att somna in: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Svårigheter att bibehålla sömnen: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Problem med för tidiga uppvaknanden: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

2. Hur **nöjd/missnöjd** är du med hur du sover för närvarande?

| Mycket nöjd | Nöjd | Neutral | Missnöjd | Mycket missnöjd |
|-------------|------|---------|----------|-----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

3. I vilken utsträckning anser du att dina sömnproblem **påverkar** din dagliga funktion t. (t.ex. trötthet under dagen förmåga att fungera på jobbet/vid dagliga hushållssysslor, koncentration, minne, humör, etc.)?

| Påverkar inte alls | Påverkar lite | Påverkar något | Påverkar mycket | Påverkar väldigt mycket |
|--------------------|---------------|----------------|-----------------|-------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

4. Hur **märkbara** för andra tror du att dina sömnproblem är med tanke på hur de försämrar din livskvalitet? I vilken utsträckning anser du att andra personer märker av att dina sömnsvårigheter försämrar din livskvalitet?

| Inte alls märkbara | Knappt märkbara | Något märkbara | Mycket märkbara | Väldigt mycket märkbara |
|--------------------|-----------------|----------------|-----------------|-------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

5. Hur **orolig/besvärad** är du över dina nuvarande sömnproblem?

| Inte alls | Lite | Något | Mycket | Väldigt mycket |
|-----------|------|-------|--------|----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

.....
Sömnbesvären förekommer mindre än:

- 3 ggr/vecka 3 ggr/vecka eller oftare

Sammanlagt hur många timmars sömn uppskattar du att du sover per natt?

..... timmar

Hur många timmars sömn anser du att du behöver per natt?

..... timmar

(Låt patienten se detta först efter registreringen så att det inte påverkar resultatet)

Addera poängen för samtliga frågor 1-5 (totalpoäng 0-28).

| | |
|------------------|--|
| Totalpoäng 0-7 | Tolkning: Ingen kliniskt signifikant insomni |
| Totalpoäng 8-14 | Tolkning: Tröskelvärden för kliniskt signifikant insomni |
| Totalpoäng 15-21 | Tolkning: Klinisk insomni, medelsvår |
| Totalpoäng 22-28 | Tolkning: Klinisk insomni, svår |

Bedömningsamtal vid insomni

Bilaga 2.

1. Problemets karaktär

Problem att somna in?
Problem att vara kvar i ett sömnstadium?
Problem med att vakna upp för tidigt på morgonen?
Problem att hålla dig vaken dagtid?

2. Nuvarande schema av sömn - vakenhet

När går du vanligtvis och lägger dig under veckodagarna?
Hur dags vaknar du som senast på morgonen?
När stiger du vanligtvis upp under veckodagarna?
Är det samma mönster helger?
Hur ofta sover du under dagtid (tupplurar)?
Somnar du ibland på olämpliga platser/olämpliga tider?
Hur många nätter per vecka har du problem med att somna in eller vara kvar i ett sömnstadium?
Under en typisk natt, hur lång tid tar det för dig att somna in efter att du lagt dig och släckt lampan?
Under en typisk natt, hur många gånger vaknar du upp under natten?
Vad är det som väcker dig under natten? (t.ex. smärta, ljud).
Under en typisk natt, hur länge ligger du vaken under natten?
Hur många timmars sömn får du vanligtvis per natt?

3. Hjälpmedel

Har du använt sömnmedel under de senaste fyra veckorna?
Vilka? På recept? Utan recept?
Vilken dos? Hur många nätter per vecka?
Om inte, har du någonsin använt sömnmedel? När? Vilka?
Har du under de senaste veckorna använt alkohol för att kunna sova?

4. Historia av sömnproblem

Hur länge har du lidit av sömnproblem?
Fanns det något när sömnproblemen startade som var stressande/obehagligt/oroande? (dödsfall, skilsmässa, psykiska eller kroppsliga besvär m.m.)
Var det en gradvis eller plötslig start?
Hur har sömnproblemen utvecklats sedan dess start? (kvarstående, episodiskt, säsongsmässigt m.m.)

5. Sovrummet

Sover du tillsammans med någon annan?
Är din säng skön?
Är ditt sovrum tyst?
Har du TV, dator, radio, telefon, skrivbord i sovrummet?
Läser du i sängen innan du ska sova?
Vilken temperatur har du i sovrummet?
Har du mörkt i sovrummet?

6. Mat, träning och stimulantia

Hur ofta ägnar du dig åt fysik aktivitet?

Tränar du ibland strax innan du går och lägger dig?

Hur mycket vätska dricker du som innehåller koffein? (kaffe, te, läsk)

Tobaksbruk?

Alkoholbruk?

Hur mycket vätska dricker du under kvällen?

Måltidsordning?

7. Funktionell analys

Hur ser dina kvällsrutiner ut?

Vad gör du/tänker du när du inte kan somna eller somna om?

Sover du annorlunda när du inte sover hemma?

Sover du annorlunda under helgerna?

Vilka faktorer förvärrar din sömn? (ex. stress, resor)

Vilka faktorer förbättrar din sömn? (ex. ledighet, motion, sex)

Hur oroad är du över dina sömnproblem?

Hur påverkar sömnproblemen ditt liv? (ex. stämningsläge, koncentration, förmåga)

Hur hanterar du trötthet under dagtid?

Har du fått någon annan behandling tidigare förutom ev. sömnmedel?

Vad var det som fick dig att söka hjälp denna gång?

8. Symtom på andra sömnstörningar

Restless legs: krypande känsla eller värk i benen samt oförmåga att hålla benen stilla.

Periodic limb movements: benen vrider sig nattetid samt uppvaknanden med kramp.

Apnè: snarkningar, andningspauser, andnöd, hosta, morgonhuvudvärk, bröstsmärtor, muntorrhet.

Narkolepsi: sömnattacker, hallucinationer.

Gastroesophageal reflux: halsbränna och sur smak i munnen.

Parasomni: mardrömmar, nattskräck, sömngång.

Dygnsrhythmsstörning: roterande skiftarbete eller nattskift.

9. Medicinsk historia och läkemedelsanvändning

Medicinska problem?

Nuvarande medicinering?

10. Historia av psykopatologi och psykiatrisk behandling

Psykologisk eller psykiatrisk behandling för tillfället eller tidigare?

Har alkohol eller annan drog varit ett problem för dig? Behandling?

Har någonting speciellt hänt den senaste tiden som varit oroande/jobbigt?

Problem på arbetet eller i familjen?

Perioder av nedstämdhet senaste tiden?

Minskat intresse av saker som det tidigare fanns intresse för?

Panikattacker? fobier? Katastroftankar?

Finns det ett samband mellan dina sömnproblem, ångest, depression?

11. Social situation

Arbete, familj, fritid?

SÖMNDAGBOK

Bilaga 3.

| Din sömn | <i>Exempel</i> | Måndag/ Tisdag | Tisdag/ Onsdag | Onsdag/ Torsdag | Torsdag/ Fredag | Fredag/ Lördag | Lördag/ Söndag | Söndag/ Måndag |
|---|---|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Sömnmedel? Vad? När? Hur mycket? | <i>1 Stilnoct, 5 mg kl 21.00</i> | | | | | | | |
| Alkohol? Vad? När? Hur mycket? | <i>1 glas vin kl 20.00</i> | | | | | | | |
| Tupplur under gårdagen? När? Hur länge? | <i>Ja Kl 15.00 30 min</i> | | | | | | | |
| Tid för sänggående? | <i>kl 23.00</i> | kl | kl | kl | kl | kl | kl | kl |
| Hur lång tid tog det att somna? | <i>min 30</i> | min | min | min | min | min | min | min |
| Hur många uppvaknanden har du haft under natten? | <i>3</i> | | | | | | | |
| Ungefär hur länge var du vaken varje gång? (minuter) | <i>10 + 20 + 30 = totalt 60 min</i> | | | | | | | |
| När vaknade du på morgonen? | <i>kl 06.00</i> | kl | kl | kl | kl | kl | kl | kl |
| När steg du upp? | <i>kl 07.00</i> | kl | kl | kl | kl | kl | kl | kl |
| Hur har du sovit? 1= mycket dåligt 2= ganska dåligt 3= Varken bra eller dåligt 4= ganska bra 5= mycket bra | <i>2</i> | | | | | | | |

I vilken mån har du känt dig på detta sätt under dagen? Ange dina besvär genom att ringa in en siffra för varje fråga. 1 = inte alls, 2 = lite grand, 3 = något, 4 = ganska mycket, 5 = mycket

| Din dag | Måndag | Tisdag | Onsdag | Torsdag | Fredag | Lördag | Söndag |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Trött | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Sömnig | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Okoncentrerad | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Uppvarvad | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Pressad | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Orolig | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Irriterad | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Spänd | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Nedstämd | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

Namn:

Datum: -

Patientinformation: **Generella råd vid sömnproblem**

Bilaga 4.

Sömnproblem är vanligt förekommande och det finns en risk att de blir långvariga. Det finns mycket du kan göra på egen hand för att förhindra långvariga sömnproblem och för att förbättra din sömn.

- ❖ Sträva efter att ha det tyst, svalt och mörkt i sovrummet. Rensa sovrummet från saker förknippade med annat än sömn som TV, dator, arbetsbord. Se till att ha en skön säng.
- ❖ Lagg dig inte proppmätt eller hungrig. Snabba kolhydrater som godis kan vara uppiggande. Undvik koffeinhaltiga drycker under eftermiddag, kväll. Koffein kan försvåra insomning och ge försämrad sömnkvalitet
- ❖ Alkohol gör sömnen ytligare och av sämre kvalitet. Risk för nattliga uppvaknande.
- ❖ Nikotin är uppvarvande och kan försämra sömnen.
- ❖ Fysisk aktivitet kan främja sömnen men låt det gå ett par timmar mellan högintensiv träning och sänggående.
- ❖ Varva ned timman före sänggående.
- ❖ Stärk kopplingen mellan säng och sömn genom att inte tillbringa inte vaken tid i sängen. Stig upp en stund om du inte kan sova.
- ❖ Bygg upp ditt sömnbehov ordentligt genom att lägga dig lite senare eller stiga upp lite tidigare.
- ❖ Håll regelbundna tider för sänggående och uppstigning, även vid ledighet.
- ❖ Sover du på dagen stjäls sömn från natten och kan påverka nattsömnen negativt.
- ❖ Att sova mer är inte alltid hela lösningen vid trötthet. Försök hitta andra strategier som gör dig mindre trött som att gå ut i friska luften, göra något roligt, social och fysisk aktivitet.
- ❖ Fortsätt med social och fysisk aktivitet som vanligt trots att du är trött.
- ❖ Slappna av regelbundet under dagen för att sedan kunna göra det när du ska sova.

Självhjälpböcker patient/personal

- Jernelöv, S. (2007). *Sov gott! Råd och tekniker från KBT*. Wahlström & Widstrand; Stockholm
- Söderström, M. (2007). *Sömn. Sov bättre med kognitiv beteendeterapi*. Viva förlag; Stockholm
- Anna Kåver ”Att leva ett liv, inte vinna ett krig. Om medveten närvaro”.
- Åsa Nilsson ”Acceptans”.

Personal

- SBU. (2010). *Behandling av sömnbesvär hos vuxna. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)*. SBU - rapport nr 199. ISBN 978-91-85413-35-5: Stockholm. (www.sbu.se).
- Morin, C. H. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guildford Publications.
- Edell – Gustavsson, U. (2009). Kvalitetsindikationer för patienter med störd sömn. E. Idvall (Red). *Kvalitetsindikationer inom omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening och Gothia förlag AB.
- Ulfberg, J. (2009). *Sömn*. Cirkad; Nora
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Natur och Kultur; Stockholm.
- Läkemedelsboken (2010) www.apoteketfarmaci.se Kapitel Sömnstörningar. Jerker Hetta och Åke Schwan
- Läkemedelsverket. (2009). *Behandling av sömnsvarigheter: Behandlingsrekommendationer*. Socialdepartementet. <http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/somnsvarigheter.pdf>

Internetbehandling

- www.livanda.se
- www.sovhjalpen.se

Patientformulär Kvalitetsindikatorer för måluppfyllelse av resultat.

Bilaga 6

Namn:

Personnummer:

Datum:

1. Känner tilltro till din förmåga att hantera din sömn?

JA NEJ

Kommentar:

2. Upplever du att ditt sömnproblem blivit uppmärksammat?

JA NEJ

Kommentar:

3. Upplever du att du fått ett alternativ till farmakologisk behandling för dina sömnproblem?

JA NEJ

Kommentar:

4. Upplever du att din sömn och dina dagtidssymtom relaterade till dina sömnproblem förbättrats?

JA NEJ

Kommentar:

5. Upplever du att ditt behov av sömnmedel minskat?

JA NEJ

Kommentar:

