

# SBU:s sammanfattning och slutsatser

---

Här sammanfattas resultatet av SBU:s utvärdering av ”Behandling av sömnbesvär hos vuxna”. *Sömnbesvär* är ett övergripande begrepp som omfattar flera typer av besvär. I medicinsk litteratur används vanligen termen ”insomnia”, eller på svenska ”insomni”. De flesta som söker hjälp för sina sömnbesvär gör det för att de upplever otillräcklig sömntid och/eller dålig sömnkvalitet, vilket leder till minskat välbefinnande och sämre funktionsförmåga. Exempel på vanliga sömnbesvär är att man har svårt att somna, vaknar efter att ha somnat och har svårt att somna om, vaknar för tidigt på morgonen, eller kombinationer av dessa besvär. Sömnbesvären ökar med åldern och är vanligare hos kvinnor.

Den som söker professionell hjälp för sina sömnbesvär får vanligen först individuellt utformade egenvårdsråd, t ex om att eftersträva en regelbunden dygnsrytm, undvika sömnstörande mat- och dryckesvanor och se till att sovrumsmiljön är ändamålsenlig. Vår genomgång har dock inriktats på behandlingsmetoder som kan användas då egenvård inte ger tillräcklig hjälp.

## Slutsatser

- När man väljer att behandla sömnbesvären med läkemedel är det angeläget att förskrivaren i första hand väljer preparat som är dokumenterat effektiva. Kortvarig behandling med zolpidem, zopiklon och zaleplon – substanser som är besläktade med bensodiazepin – medför jämfört med placebo att patienten somnar snabbare och får längre total sömntid. Sådan behandling innebär en viss risk för biverkningar. Risken för utveckling av beroende är större för individer som redan har annan beroendesjukdom eller psykisk sjukdom.

- ❑ Psykologiska behandlingsmetoder i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) och annan beteendeterapi leder till att patienten somnar snabbare och inte är vaken lika länge under natten. Även sömnkvaliteten blir bättre. Om man vill satsa mer på psykologiska behandlingsmetoder förutsätts att fler terapeuter utbildas.
- ❑ Såväl sömnbesvären i sig som läkemedelsbehandling av dessa kan öka risken för fallolyckor hos äldre. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt för att bedöma dessa riskers storlek och inbördes samband.
- ❑ Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av alternativa och komplementära metoder för behandling av sömnbesvär. Tillgängliga studier är få och av bristfällig kvalitet. Detta gäller såväl medikamentella metoder (valeriana och olika örtmediciner) som andra metoder (akupunktur, yoga, m m).

## **SBU:s sammanfattning**

### **Bakgrund och syfte**

Sömnbesvär är ett vanligt hälsoproblem i Sverige. Det ökar med åldern och är vanligare bland kvinnor, samt i socioekonomiskt svaga grupper. Enligt den prevalensstudie som genomförts inom ramen för projektet var det i slutet av år 2008 cirka 24 procent av den vuxna befolkningen i Sverige som uppgav sig ha sömnbesvär (definierat som ”svårt att somna mer än tre gånger i veckan” eller ”vaknar under natten mer än tre gånger i veckan”). Andelen var 19 procent bland männen och 29 procent bland kvinnorna. De som har diagnosen insomni, inkluderande dagtidsbesvär, är dock betydligt färre, totalt sett cirka 11 procent, 7 procent bland männen och cirka 14 procent bland kvinnorna.

Vad som orsakar den enligt andra källor ökade förekomsten av sömnbesvär är oklart, men det kan bl a tänkas vara relaterat till ”24-timmars-samhället”, buller och andra störningar i boendemiljön, ökade krav på

effektivitet i arbetslivet, samt till det växande informationsflödet. Även ökad användning av alkohol och andra sömnstörande ämnen, såsom koffein och energidrycker, kan bidra till att fler drabbas av sömnbesvär. Det är också möjligt att kraven på god sömn har ökat, att det som förr uppfattades som acceptabel sömntid och sömnkvalitet inte längre anses bra nog.

Allmänna sömnråd är en vanlig behandlingsmetod, som ofta kombineras med läkemedel. De läkemedel som oftast används för att behandla sömnbesvär är så kallade hypnotika (bensodiazepiner och bensodiazepinbesläktade medel). Kortvarig behandling rekommenderas men receptföreskrivningsstudier visar att många, särskilt de äldre, får behandling under lång tid. Detta gäller främst då sömnbesvären förekommer tillsammans med annan sjukdom. Under år 2008 fick sammanlagt cirka 750 000 personer, varav hälften över 65 år och två tredjedelar kvinnor, recept på sömnmedel. Över 90 procent av dem som fick sömnmedel fick också ett eller flera andra läkemedel. Drygt en tredjedel fick anti-depressiva och nästan lika många smärtlindrande läkemedel (Hälsa- och sjukvårdens läkemedelsregister).

På senare år har kognitiv beteendeterapi (KBT) visats vara ändamålsenlig vid sömnbesvär. Naturmedel av olika slag, t ex valeriana, är mycket vanliga för egenvård. Kunskapen om vilka effekter behandling av sömnbesvär har på kort och lång sikt, behandlingsmetodernas eventuella biverkningar och deras kostnadseffektivitet är emellertid bristfällig.

Syftet med projektet har varit att med hjälp av en systematisk genomgång av den vetenskapliga litteraturen utvärdera effekter och kostnads-mässiga konsekvenser av olika metoder för behandling av sömnbesvär hos vuxna.

### **Avgränsning och frågor för utvärderingen**

Projektet har avgränsats till att omfatta behandling av primär och sekundär insomni hos vuxna patienter (18 år och äldre). Såväl farmakologiska som psykologiska behandlingsmetoder har ingått, liksom alternativa och komplementära metoder och egenvård.

## Projektets frågeställningar:

- a. Vilken inverkan har behandling av primär och sekundär insomni med hypnotika (hos yngre/äldre, män/kvinnor) på patientrelaterade effektmått, såsom tid till insomning, frekvens av uppvaknande efter insomning, tid till återinsomning, total sömntid, sömnkvalitet och dagtidfunktion? Effekten av olika behandlingstid och hur behandlingen avslutas utvärderas också.
- b. Vilken inverkan på dagtidfunktion, hälsa och hälsorelaterad livskvalitet uppnås med behandling av primär och sekundär insomni?
- c. Vilka komplikationer och biverkningar, t ex i form av beroende, missbruk, fallskador och trafikolyckor, är förenade med de granskade behandlingsmetoderna?
- d. Vilken kunskap finns om olika behandlingsmetoders kostnads-effektivitet?
- e. Vilken inverkan har vårdrutiner och vårdorganisation inom äldrevården på förekomsten av insomni?

## Rapportens innehåll och målgrupper

I Kapitel 2 beskrivs den metodik som tillämpats vid den systematiska litteraturgenomgången. Resultatet av litteraturgenomgången för olika behandlingsmetoder redovisas i Kapitel 3, som är den mest omfattande och centrala delen av rapporten. Riskerna för beroende, missbruk och olycksfall till följd av olika slags behandling av sömnbesvär diskuteras i Kapitel 4. Tillgänglig litteratur om sambandet mellan vårdrutiner/vårdorganisation och förekomsten av sömnbesvär, främst inom olika former av äldreboende, sammanfattas i Kapitel 5. Etiska och sociala aspekter på behandling av sömnbesvär diskuteras i Kapitel 6. En hälsoekonomisk modellanalys har genomförts inom ramen för projektet, och presenteras i Kapitel 7. En bild av nuvarande praxis vad gäller behandling av sömnbesvär redovisas i Kapitel 8 och därefter en konsekvensanalys av tänkbara praxisförändringar i Kapitel 9. Rapporten avslutas med en redo-

visning av kunskapsluckor och angelägna områden för framtida forskning, i Kapitel 10.

Rapporten riktar sig till kliniskt verksam personal, framför allt inom primärvården och psykiatrin, som kommer i kontakt med patienter med sömnbesvär, samt till sjukvårdspolitiker och administratörer i beslutsfattande ställning.

## **Metodik för systematisk litteraturgenomgång**

Med utgångspunkt från projektets frågeställningar gjordes systematiska databassökningar i PubMed och andra relevanta databaser såsom EmBase, PsycInfo, HEED och NHSEED.

### **Inklusionskriterier**

Följande kriterier tillämpades i den inledande delen av granskningsarbetet för att sortera fram relevanta publikationer:

1. Studien ska handla om behandling av insomni hos vuxna och vara relevant för svenska förhållanden, dvs avse metoder som används i Sverige.
2. Artikeln ska vara skriven på engelska, franska, tyska eller skandinaviskt språk.
3. Behandlingsstudier ska i första hand vara randomiserade kontrollerade försök (RCT) eller i andra hand kontrollerade prospektiva studier. Beträffande frågeställningarna om ”beroende till följd av behandling” respektive ”vårdorganisation” har även andra studietyper inkluderats.
4. Diagnosen insomni ska vara definierad enligt ICD-10, DSM-IV, ICSD-R<sup>1</sup> eller motsvarande.

---

<sup>1</sup> International Classification of Diseases (ICD-10), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. Edition (DSM-IV), International Classification of Sleep Disorders-Revised (ICSD-R).

5. Minst 20 patienter per studiegrupp (försöksgrupp respektive kontrollgrupp).
6. Effektmåtten i studierna ska avse sömnkvalitet/sömnkvantitet såsom ett eller flera av: tid till insomning (SOL), total sömntid (TST), antal uppvaknanden (NAW), vakentid efter insomning (WASO), dagtidsfunktion, samt hälsorelaterad livskvalitet och mått på biverkningar.
7. Hälsoeconomiska studier ska omfatta både kostnader och effekter, vara relevanta för svenska förhållanden och innehålla jämförelser med bästa alternativet. Effekterna ska helst vara mätta i kvalitetsjusterade levnadsår (QALY).

### **Kvalitetsbedömning**

De strukturerade sammanfattningarna av artiklar, som togs fram vid databassökningen, bedömdes av minst två personer i projektgruppen, oberoende av varandra. Bedömningen gjordes med avseende på ovan angivna inklusionskriterier. Alla artiklar som någon av bedömarna ansåg vara relevanta beställdes i fulltextformat. Samma personer granskade, oberoende av varandra, dessa artiklar med avseende på inklusionskriterierna. Artiklar som ingen av granskarna bedömde vara relevanta exkluderades. De artiklar som inkluderades granskades noggrant med hjälp av SBU:s granskningsmallar för att bedöma hur väl studierna uppfyllde olika kvalitetskriterier avseende studieuppläggning, studiepopulation, effektmått, tillämpade analysmetoder, etc. Med ledning av detta fastställdes respektive studies kvalitet och relevans som *hög*, *medelhög* eller *låg*.

### **Evidensgradering av resultaten, slutsatser**

Studier av hög eller medelhög kvalitet och relevans har ingått i underlaget för att bedöma effekter och biverkningar av de utvärderade behandlingsmetoderna. För varje effektmått gjordes med hjälp av GRADE<sup>2</sup>-systemet en samlad bedömning av studiernas resultat som underlag för evidensgradering.

---

<sup>2</sup> Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE).

## Faktaruta 1 Studiekvalitet och evidensstyrka.

**Studiekvalitet** avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.

**Evidensstyrkan** är en bedömning av hur starkt det sammanlagda vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från studiernas design. Därefter kan evidensstyrkan påverkas av förekomsten av försvagande eller förstärkande faktorer som studiekvalitet, relevans, samstämmighet, överförbarhet, effektstorlek, precision i data, risk för publikationsbias och andra aspekter, t ex dos-responssamband.

Evidensstyrkan graderas i fyra nivåer:

### **Starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕)**

Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

### **Måttligt starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕○)**

Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med förekomst av enstaka försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

### **Begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○)**

Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

### **Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)**

När vetenskapligt underlag saknas, tillgängliga studie har låg kvalitet eller där studier av likartad kvalitet är motsägande anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Ju starkare evidens desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom överblickbar framtid.

### **Slutsatser**

*I SBU:s slutsatser görs en sammanfattande bedömning av nytta, risker och kostnadseffektivitet.*

## Evidensgraderade resultat

### Läkemedelsbehandling

#### *Hypnotika*

- Behandling med zolpidem 10 mg förkortar insomningstiden och ökar den totala sömntiden jämfört med placebo vid behandling av insomni i upp till fyra veckor (starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕). Sömnkvaliteten ökar marginellt (måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○) och antalet uppvaknanden minskar marginellt (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Behandling med zopiklon 7,5 mg förkortar insomningstiden, ökar den totala sömntiden, minskar antalet uppvaknanden och leder till ökad sömnkvalitet jämfört med placebo vid behandling av insomni i upp till fyra veckor (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Behandling med zaleplon 10 mg förkortar insomningstiden men påverkar inte antalet uppvaknanden jämfört med placebo vid behandling av insomni i upp till fyra veckor (starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕). Den totala sömntiden ökar marginellt (måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○), medan effekten på sömnkvalitet inte uppvisar någon skillnad jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Behandling med triazolam 0,25 mg förkortar insomningstiden och ökar den totala sömntiden jämfört med placebo vid behandling av insomni i upp till tre veckor (måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○). Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om effekten på antal uppvaknanden och sömnkvalitet (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av flunitrazepam och nitrazepam jämfört med placebo på de studerade effektmåtten, då tillgängliga studier är av låg kvalitet (⊕○○○).
- Intermittent behandling med zolpidem 10 mg förkortar insomningstiden, ökar den totala sömntiden och minskar antalet uppvaknanden jämfört med placebo (måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○).

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av zolpidem 10 mg, zopiklon 7,5 mg, zaleplon 10 mg och triazolam 0,5 mg vid behandling som pågår längre tid än fyra veckor (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma inverkan av hypnotika på dagtidsfunktion, hälsa och livskvalitet, då detta inte studerats i tillräcklig omfattning (⊕○○○).
- Komplikationer och biverkningar, såsom trötthet, yrsel och minnesstörning, förekommer vid behandling med hypnotika. Paradoxala effekter, t ex sömngångarbeteende, kan också förekomma. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt för slutsatser om omfattningen av dessa problem (⊕○○○).

#### *Övriga läkemedel*

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om effekten av propiomazin vid behandling av sömnbesvär, då tillgängliga studier är få och bristfälliga (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om effekten av antidepressiva läkemedel, neuroleptika (alimemazin) och antihistaminer vid behandling av sömnbesvär, då tillgängliga studier är få och bristfälliga (⊕○○○).

#### *Melatonin*

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om effekten av behandling med melatonin i vanlig form ("fast release") vid insomni (⊕○○○).
- Behandling av insomni med depåberedning av melatonin ("sustained release") leder till bättre sömnkvalitet (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).

## Psykologisk behandling

- Kognitiv eller annan beteendeterapi minskar på kort sikt insomningstiden, vakentiden under natten och graden av sömnbesvär, samt leder till ökad sömnkvalitet jämfört med passiv kontroll på väntelista (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Kognitiv eller annan beteendeterapi minskar även på längre sikt insomningstiden, vakentiden under natten och graden av sömnbesvär jämfört med passiv kontroll på väntelista (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Kognitiv eller annan beteendeterapi minskar på kort sikt insomningstiden, vakentiden under natten och graden av sömnbesvär jämfört med aktiv kontroll (måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○), samt leder till ökad sömnkvalitet (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Kognitiv eller annan beteendeterapi minskar även på längre sikt insomningstiden och vakentiden under natten jämfört med aktiv kontroll (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○), samt minskar graden av sömnbesvär och leder till ökad sömnkvalitet (måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○).
- Kognitiv eller annan beteendeterapi uppvisar ingen skillnad i total sömntid jämfört med passiv kontroll på väntelista, upprepade sessioner av stresshantering eller sömnhygieniska råd (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om inverkan av kognitiv beteendeterapi på hälsa och livskvaliteten hos patienter med insomni, då tillgängliga studier är alltför få (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om biverkningar och komplikationer av psykologisk behandling, då tillgängliga studier är få och bristfälliga (⊕○○○).

## **Kombinerad farmakologisk och psykologisk behandling**

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av kombinerad farmakologisk och psykologisk behandling jämfört med enbart psykologisk behandling för patienter med insomni (⊕○○○). Tillgängliga studier är få och i flertalet fall bristfälliga.
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av kombinerad farmakologisk och psykologisk behandling på hälsa och livskvalitet samt på biverkningar och komplikationer (⊕○○○).
- Nedtrappning av sömnmedel underlättas av kognitiv beteendeterapi och gradvis utsättning av sömnmedel, i kombination eller som enskilda komponenter (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).

## **Övriga behandlingsmetoder**

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om effekten av valeriana och övriga naturmedel (frossört, humle, kamomill, kava kava, lavendel och vildsallad) vid behandling av sömnbesvär (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om riskerna för biverkningar vid behandling av sömnbesvär med valeriana i vanligt förekommande doser (⊕○○○). Rapporterade biverkningar är få och lindriga. Såväl valeriana som flera andra naturläkemedel har en inverkan på leverenzymerna, som är nödvändiga för omsättningen av flera läkemedelsgrupper. Omfattningen och den kliniska betydelsen av sådan påverkan är inte närmare känd för de flesta medlen. För kava kava har allvarliga leverskador rapporterats.
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om effekten av icke-medikamentella metoder (akupunktur, fysisk aktivitet, magnetfältsterapi, musik, tai-chi och yoga) vid behandling av sömnbesvär (⊕○○○).

## Beroende, missbruk

- Bensodiazepiner, och även bensodiazepinbesläktade läkemedel, medför viss risk för utveckling av beroende. Risken är större för individer som redan har annan beroendesjukdom eller psykisk sjukdom. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt för säkra slutsatser om hur stor risken för beroendeutveckling är (⊕○○○).

## Fallolyckor

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om bensodiazepiner och bensodiazepinbesläktade läkemedel, neuroleptika, antihistaminer och antidepressiva med sederande verkan, som används i behandlingen av insomni, ökar risken för fallolyckor (⊕○○○).

## Trafikolyckor

- Behandling med sömnmedel (bensodiazepiner och bensodiazepinbesläktade läkemedel) ökar risken för trafikolyckor (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma risken för trafikolyckor vid bruk av andra läkemedel mot sömnbesvär, såsom antihistaminer, antidepressiva och antipsykotika (⊕○○○).

## Vårdorganisation och vådrutiner

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om vårdorganisationens betydelse för sömnbesvär, då tillgängliga studier är få och bristfälliga (⊕○○○).

## Hälsoekonomi

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om de utvärderade metodernas kostnadseffektivitet (⊕○○○).

## Etiska och sociala aspekter

Sömnbesvär är förhållandevis vanliga och kan, om de blir långvariga, leda till svårigheter för den drabbade att sköta sitt arbete, liksom att leva ett fungerande och tillfredsställande socialt liv. Det finns också ett

samband mellan sömnbesvär och förhöjd dödlighet. Stora värden står på spel, inte bara ekonomiskt utan också livskvalitetsmässigt. Det finns därför mycket att vinna på framgångsrik behandling och förebyggande åtgärder.

Det finns väsentliga rättviseaspekter att lägga på behandling av sömnbesvär, eftersom dessa drabbar befolkningen olika. Kvinnor och äldre är överrepresenterade, liksom socioekonomiskt svaga grupper. Framgångsrik behandling liksom framgångsrika förebyggande åtgärder kan bidra till att skillnaden i hälsa mellan särskilt utsatta grupper och övriga minskar.

## **Hälsoekonomiska aspekter**

Tillgången på hälsoekonomiska utvärderingar rörande behandling av sömnbesvär hos vuxna är mycket begränsad. Endast en studie bedömdes vara av tillräcklig relevans. Därför har SBU gjort egna beräkningar i form av en modellanalys. Sammanfattningsvis tyder denna analys på att KBT, för patienter som kan bli aktuella för denna metod, kan vara en kostnadseffektiv behandling jämfört med läkemedelsbehandling av sömnbesvär. Fler studier av god kvalitet, som jämför KBT och läkemedel över längre tid och som tar hänsyn till såväl effekter på kort och lång sikt som direkta och indirekta kostnader, behövs för att säkra slutsatser ska kunna dras.

## **Praxis**

För att få en uppfattning om hur sömnbesvär hos vuxna (18 år och äldre) utreds och behandlas i primärvården skickades en enkät till 600 slumpvis utvalda allmänläkare. Enkäten visade att sömnbesvär är vanligt förekommande bland primärvårdens patienter. Läkarna ansåg att det är ett problem som kan bidra till annan ohälsa. Enkäten bekräftade att sömnbesvär till stor del behandlas med läkemedel trots att läkarna ansåg att annan form av behandling (KBT och samtalsterapi) har bättre långsiktig effekt. En förklaring till detta kan vara att tillgången på terapeuter som kan ge KBT är mycket begränsad, och ojämnt fördelad över landet.

Eftersom många distriktsläkare känner sina patienter väl, framför allt de som har kroniska sjukdomar, är det rimligt att läkaren i första hand orienterar sig om sina patienters aktuella sömnproblem, och inte startar omfattande utredningar. De kroniska sjukdomarna kan också bidra till sömnbesvären.

## **Konsekvenser av tänkbara praxisförändringar**

Följande är exempel på förändringar i praxis som skulle bidra till en mer evidensbaserad behandling av sömnbesvär:

- En förskjutning i läkemedelsförskrivningen från läkemedel som saknar vetenskapligt stöd till sådana som enligt litteraturöversikten har evidens för effekt.
- Ett ökat utbud av psykologiska behandlingsmetoder, främst kognitiv beteendeterapi (KBT).
- Bättre planering och uppföljning av behandlingsinsatserna, särskilt för äldre patienter, bl a genom noggrann undersökning av sömnbesvärens orsaker och konsekvenser, samt uppföljning av effekter på patientens funktionsförmåga under vaken tid.

Det är svårt att bedöma de samlade hälsomässiga, etiska, sociala och ekonomiska konsekvenserna av dessa praxisförändringar. Ett mer kvalificerat och individanpassat omhändertagande torde leda till klara förbättringar för de aktuella patienterna. En mer evidensbaserad läkemedelsförskrivning kan rimligen antas leda till ökad kostnadseffektivitet, vilket dock inte är liktydigt med lägre totalkostnader för sömnmedel. Den förväntade utbyggnaden av KBT förutsätter en ökad utbildning av terapeuter. Detta är att betrakta som en investering, som förhoppningsvis ger utdelning i form av effektivare vård, men först på längre sikt. Slutligen kan konstateras att de etiska aspekterna på behandling av sömnbesvär är svåranalyserade och det finns exempel på konflikter mellan olika etiska principer.

## Kunskapsluckor, framtida forskningsområden

Den systematiska litteraturgenomgång som gjorts inom ramen för detta projekt har visat på betydande kunskapsluckor. Det har inte varit möjligt att besvara alla de frågor som ursprungligen formulerades. Här sammanfattas ett urval av de förslag om framtida forskningsområden som redovisas i rapporten, och där nya forskningsrön kan förväntas påverka klinisk praxis.

Sömnbesvär behandlas till stor del med läkemedel. På senare år har också psykologiska behandlingsmetoder vunnit insteg, både som enda behandling och i kombination med läkemedelsbehandling. Många patienter efterfrågar alternativmedicinsk eller komplementär behandling. Vilken behandling eller kombination av behandlingar som är bäst varierar från patient till patient. Eftersom de bakomliggande orsakerna till sömnbesvär varierar behövs mer kunskap om på vilket sätt behandlingsstrategin bör anpassas till enskilda patienter och patientgrupper.

Läkemedel som används för behandling av sömnbesvär har biverkningar som för en del patienter kan vara besvärande. Eftersom behandlingen ofta fortsätter under lång tid finns en risk för att patienten utvecklar ett beroende av läkemedel. Kunskapen är begränsad om hur vanligt detta är och om vilka patienter som eventuellt löper högre risk än andra att bli beroende.

Det saknas nästan helt studier som belyser hur vårdorganisation och vårdrutiner påverkar förekomsten av sömnbesvär, liksom i vad mån förändrade vårdrutiner kan förbättra sömnen.

Tillgången på hälsoekonomiska studier inom området är mycket begränsad. Det finns ett behov av producentobundna hälsoekonomiska studier rörande kostnader och effekter av olika metoder för behandling av sömnbesvär.

Närmare analyser behövs av orsakerna till förekommande variationer i behandlingspraxis, liksom konsekvenserna av dessa variationer, och möjligheterna att påverka praxis.

Framför allt följande områden bedöms angelägna för framtida forskning:

- Mått och mätmetoder: Hur ska vi definiera ”god sömn”, t ex i termer av sömnkvalitet, dagtidfunktion, livskvalitet och fysiologiska sömnindikatorer? Hur kan effekterna av olika slags behandling mätas på ett bättre, mer relevant och patientnära sätt?
- Effekter av långtidsbehandling med sömnmedel, särskilt hos äldre personer.
- Effekter av kombinerad farmakologisk och psykologisk behandling vid sömnbesvär.
- Effekter av alternativmedicinsk eller komplementär behandling vid sömnbesvär.
- Risker för biverkningar av olika typer av behandlingar vid sömnbesvär.
- Individanpassade behandlingsstrategier vid sömnbesvär.
- Praxisvariationer i behandlingen av sömnbesvär – orsaker, konsekvenser och påverkansmöjligheter.