

Søvn og søvnforstyrrelser hos barn





Søvn hos barn

Søvn er svært viktig for god helse, i alle aldre. Hos barnet er søvnen viktig for generell utvikling, barnets psykiske helse og atferd, og evnen barnet har til hukommelse, læring og konsentrasjon. Søvn har også stor betydning for barnets vekst, immunsystemet og fysisk helse. Forstyrret og/eller utilstrekkelig søvn kan ha negative konsekvenser både på kort og på lang sikt, for barnet selv og andre som er rundt barnet.

Normal søvn hos barn og unge

Allerede i fosterlivet veksler barnet mellom søvn og våkenhet. Søvn hos nyfødte og små barn er noe annerledes enn hos voksne. Hos nyfødte er man kun i stand til å skille mellom tre søvnstadier; rapid-eye movement (REM)-søvn, non rapid-eye movement (NREM)-søvn og en blandingstilstand mellom disse. Fra ca. 2 måneders alder ser man de samme fire søvnstadiene som hos voksne; REM-søvn, og stadium N1-N3 søvn, der stadium N1 og N2 er lett søvn mens stadium N3 representerer den dypeste søvnen. I løpet av en søvnperiode veksler de ulike søvnstadiene med hverandre i sykluser som varer om lag 50 min hos nyfødte, og øker

til ca. 90 minutter når barnet er 6 år. Mot slutten av en søvnzyklus kan man ha korte oppvåkninger, flere korte sykluser kan derfor gi flere oppvåkninger hos små barn. Dette er en fysiologisk forklaring på hvorfor små barn kan ha tendens til mange oppvåkninger under søvn i de første leveårene. I løpet av de første ti leveårene synker andelen REM-søvn fra ca. 50 % til ca. 25 %. Før puberteten er andelen dyp søvn høy, men denne faller med om lag 40 % gjennom puberteten. Tabellen under viser anbefalt (av National Sleep Foundation) søvnlengde ved ulike aldre.

Barnets søvnbehov - ved ulike aldre

Barnets alder	Anbefalt søvnlengde (timer)	Anbefalt søvnlengde som også tar hensyn til individuelle forskjeller (timer)
0-3 måneder	14-17	11-19
4-11 måneder	12-15	10-18
1-2 år	11-14	9-16
3-5 år	10-13	8-14
6-13 år	9-11	7-12
14-17 år	8-10	7-11
18-25 år	7-9	6-10

Tabell 1: Barnets søvnbehov ved ulike aldre, National Sleep Foundation 2015



Til tross for anbefalingene understrekes det at søvnbehovet varierer mye fra barn til barn. For å avgjøre om et barn får tilstrekkelig med søvn bør man vurdere om barnet virker uthvilt etter en natts søvn, om barnet våkner spontant til forventet tid om morgenen, om barnet sover veldig ulikt på hverdager og i helger, om barnet virker søvnløst eller overtrøtt på dagtid, om barnet sovner i løpet av dagen (utover aldersforventet dagtidssøvn) og om barnet fungerer bra kognitivt, sosialt og emosjonelt. For lite søvn hos barn kan resultere i hyperaktivitet, uro og atferdsforstyrrelser.

Et søvnmønster i utvikling

Det nyfødte barnet skiller ikke mellom natt og dag. Søvnen er kort og oppstykket. Søvn og våkenhet er de første månedene mye styrt av barnets næringsbehov. Fra ca. 2-3 måneders alder viser barnet døgnrytme, ved at det er mer aktivt på dagtid og sover noe mer om natten. I løpet av det første leveåret vil antall søvnperioder på dagtid typisk reduseres fra 4 til 2 (en om morgenen og en om ettermiddagen). Disse varer gjerne mellom 0,5 og 2 timer.

Ved om lag 9 måneders alder vil litt over halvparten av barn kunne sove sammenhengende mellom 24:00 og 05:00. Ulike barn vil oppnå evnen til å kunne sove natten gjennom ved ulike aldre. En norsk studie fant at 70 % av barna hadde nattlige oppvåkninger ved 6 måneders alder. Andelen som hadde nattlige oppvåkninger var redusert til 27 % ved 18 måneders alder. Når barnet er rundt 18 måneder, opphører ofte dagtidssøvnen om morgenen/formiddagen og det gjenstår da en dagtidssøvnperiode, normalt tidlig på ettermiddagen. Denne vil for de fleste barn opphøre et sted mellom 2 og 3 års alder. Frem til 2 års alder vil de fleste barn sove mer enn 50 % av døgnet.

I pubertetsalder vil oppbygging av søvnbehovet skje saktere og barnets døgnrytme blir fysiologisk forsinket (ungdom beveger seg mot mer «B-menneske»). Mange ungdommer får derfor problemer med å sovne til samme tid som før og vil pga. tidlig skolestart ofte få kortere søvn enn det som er anbefalt.

Søvnregulering

Søvnen reguleres i samspillet mellom de tre faktorene: døgnrytmefaktor, søvnbehovsfaktor og atferdsfaktor. Døgnrytmen styres av en «klokke» i hjernen og bestemmer hvilket tidspunkt på døgnet det er lettest å sovne og hvor lenge vi sover. Mennesker er dagdyr som er programmert til å sove om natten og være våken om dagen. Det er likevel individuelle forskjeller i når vi sover. A-mennesker vil typisk sovne og våkne tidligere enn B-mennesker. De fleste barn

vil frem til puberteten være A-mennesker. Søvnbehovsfaktoren eller «søvntrykket» øker med antall timer man er våken. Denne bestemmer hvor mye dyp søvn man får. Atferdsfaktoren handler om hvordan barnets og foreldres atferd påvirker søvn- og våkenhet. Ved mye stimulering (som herjelek og dataspilling) kan f.eks. atferdsfaktoren overstyre de to andre faktorene slik at det kan bli vanskelig å sovne. Rolige aktiviteter og redusert stimulering vil normalt fremme søvn.



Forebygging av søvnvansker

Gode og fornuftige rutiner kan hindre at barnet utvikler søvnvansker.

Lære barnet å sove selv: Fra barnet er ca. 3-6 måneder vil det være gunstig å lære det å sovne, «finne søvnen», selv. Dette gjøres ved å legge barnet når det er søvning og så prøve å venne barnet til å sovne uten foreldretilstedeværelse. Dette gjør at barnet lettere sovner igjen av seg selv ved nattlig oppvåkninger.

Positive rutiner: Dette er en fellesbetegnelse for vaner og rutiner som fremmer søvn og forutsigbarhet for små barn. Vedrørende ernæring bør det være faste måltider, med sunn mat i alderstilpassede porsjoner. Å bade barnet en stund før leggetid skaper normalt avslapning og kan også fremme søvn ved at kroppstemperaturen en stund etter bad går ned. Godt tannstell er viktig for å unngå smerter og inflammasjon. Kommunikasjon i form av høytlesning eller sang for barnet før det sovner skaper en hyggelig avslutning på dagen og stimulerer også språkutviklingen. Fysisk kontakt i form av f.eks. massasje, kos og nærhet reduserer stress og fremmer tilknytning og inngår også i søvnfremmende rutiner.

Søvnhygieneråd: Grensesetting er viktig for at barn skal lære gode søvnvaner. Det bør være faste legge- og stå-opp tider. Skjermbruk (som dataspill) bør unngås siste timen før sengetid og soverommet bør ikke ha elektroniske medier som dataspill og TV. Barnet og ungdommen bør være ute i daglys minst 30 minutter hver formiddag og delta daglig i fysisk aktivitet. De siste timene før leggetid er det en fordel å redusere aktivitetsnivået og eksponering for stimuli som sterkt lys og sterke følelsesmessige inntrykk. Sengen skal kun brukes til søvn og soverommet bør være stille, mørkt, temperert og godt ventilert. Koffein forstyrrer søvn og bør helt unngås for små barn. For eldre barn bør coladrikker og andre koffeinholdige drikker unngås om kvelden. Energidrikker bør ikke inntas. For ungdom bør man tilstrebe at forskjellen mellom når man står opp på skoledager og helger/ferier ikke blir for stor (maksimum 1-2 timer). Ungdom som er søvning etter skoletid kan ha nytte av en kort høneblund, men denne bør ikke vare mer enn 20 minutter og finne sted så tidlig på ettermiddagen/kveld som mulig. Mobiltelefon bør være avslått/på lydløs om natten.



Søvnsykdommer hos barn

Det finnes 6 hovedklasser av søvnsykdommer. De vanligste søvnsykdommene hos barn og unge er insomni, parasomnier, søvnapné og forsinket søvnfaslidelse. Hypersomnier og søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser er mindre vanlige, men kan også forekomme hos barn og unge.

Insomni

Insomni er den hyppigst forekommende søvnevansken og betyr at man får for lite søvn eller søvn av for dårlig kvalitet til at barnet er uthvilt og opplagt på dagtid. Symptomer er lang tid på å sovne, gjentatte natlige oppvåkninger og/eller for tidlig morgenoppvåkning, eller hos de små barna at de sover for lite på dagtid. Insomni hos barn kan også manifestere

seg ved protester mot å legge seg eller at barnet må ha foreldres tilstedeværelse for å sovne (også ved natlige oppvåkninger). Ofte resulterer disse problemene i at den totale mengden søvn er for liten i forhold til barnets behov. Søvn kan også være av dårlig kvalitet, med for liten andel av dyp søvn og/eller REM søvn. Siden behovet for søvn er individuelt så hører det også med at mangelen på søvn skal gi vansker på dagtid, i form av eksempelvis dårlig humør, tretthet og utilpasshet, nedsatt fungering og/eller adferdsvansker. Barn kan reagere på søvnmangel med hyperaktivitet, derfor er det viktig å avkrefte søvnmangel som årsak til utfordringer i adferd også om barnet ikke fremstår som trett og søvngig.

Årsaker og utredning

Årsakene til insomni kan være svært variable, da det meste i livet påvirker søvnen og søvnkvaliteten, og de vanligste årsakene varierer også med alderen på barnet. Hos små barn er det ofte vansker med rutiner og grensesetting, men også fysiske plager kan gi dårlig søvn, som infeksjoner og forkjølelse, kløe, mangel på jern, fordøyelsesplager med mer. Som hos voksne påvirkes selv små barn av adferd og følelser, og barn kan reagere på livsendringer som skolestart, skilsmisse, reiser, nye søsken og så videre med søvnevansker. Derfor er det viktig med en helhetlig kartlegging, med fokus på fungering på dagtid, livshendelser, daglige rutiner, kost, søvnrutiner og søvntider, fortrinnsvis med søvndagbok. Det er viktig å utelukke somatiske og psykiske årsaker til søvnevansker, men selv om søvnevanskene startet i forbindelse med eksempelvis separasjonsangst eller marerittproblematikk, så kan insomnien ofte vedvare også etter at man har behandlet den opprinnelige tilstanden. Insomni kan også forekomme sammen med andre søvnlidelser. Derfor er det viktig å alltid tenke på om det er behov for å stille diagnose og behandle insomni i tillegg til den andre tilstanden ved vedvarende søvnevansker.

Forebygging og behandling

En viktig forutsetning for å ha god søvn er gode rutiner med faste tider for legging og oppvåkning. Dette er ofte utfordrende å ivareta gjennom året, med forskjeller i helger, sommer, vinter, ferier, vintertid og så videre, men dersom man klarer å passe på dette er det både god behandling for søvnevansker og forebyggende for å utvikle søvnevansker. En annen viktig faktor er å tenke på hvordan barnet blir utsatt for lys gjennom døgnet. Lys påvirker melatonin som er viktig for døgnrytme og innsøvn. I Norden har vi store variasjoner i naturlig lys gjennom året med mørketid om vinteren og mye lys gjennom døgnet om sommeren. Dette skaper utfordringer i forhold til kroppens naturlige regulering av melatonin og kan dermed forstyrre nattesøvn og døgnrytme.

For yngre barn har ekstinksjonsbehandling vist seg effektiv. Det innebærer redusert/ utsatt respons på kontaktinitiativ fra barnet i løpet av natten for å redusere «belønningen» slik atferd gir. Metoden er noe omdiskutert, men det er dokumentert at metoden ikke skaper problematisk stressrespons hos barnet eller skader tilknytningen.

Ekstinkjonsbehandling varierer langs et spekter fra å vente litt med å respondere på kontaktinitiativ, til gradvis å øke tiden fra initiativ til respons. Ved total ekstinksjon ignoreres barnets kontaktinitiativ fra det legges til det står opp. Unntaket er alltid om barnet er redd, har smerter eller lignende. Total ekstinksjon er vanskelig for foreldre å gjennomføre, derfor anbefales de mer milde variantene. Hovedformålet er å ikke utilsiktet «belønne» barnet for å våkne på natten men i stedet begrense kontakten slik at man støtter opp om den naturlige søvnrutinen. Det er en forutsetning for effekt at foreldre er konsekvente. For de litt større barna kan man kombinere reduksjon av kontakt med en forsterkende positiv belønning, for eksempel klistremerke på morgenen hvis barnet har holdt seg i sin egen seng hele natten.

Positive rutiner (se tidligere) bør vektlegges. Fastsatte oppvekkinger (der barnet vekkes opp 15-60 minutter) før spontan oppvåkning og der man responderer som ved spontan oppvåkning har også vist seg virksom. Våkner barnet 2-3 ganger per natt brukes to oppvekkinger. Oppvekkingene reduseres i takt med reduserte spontane oppvåkninger. Tid mellom oppvekkinger økes gradvis. En annen metode som

også kan vurderes er utsatt leggetid med responskost. Leggetidspunktet settes da til ca. 30 minutter etter et realistisk innsovningstidspunkt. Dersom barnet sovner inn raskt (< 15 minutter) legges det 15-30 minutter tidligere neste kveld. Dersom det sovner inn sent (> 30 minutter) kan det legges enda senere neste kveld, evt. til samme tid. Dersom det ikke sovner inn raskt (< 15 minutter) tas det ut og holdes våken i 60 minutter. Dette kan gjentas samme kveld om nødvendig.

For ungdom med insomni er kognitiv atferdsterapi for insomni (CBT-i) førstevalg for behandling. I CBT-i jobber man for å øke søvneffektiviteten ved å utsette leggetiden til det tidspunktet den unge pleier å sovne. I tillegg er det viktig at sengen forbeholdes søvn, f.eks. at lesestunden flyttes fra sengen til sofaen før leggetid, det innføres regler for mobilbruk og så videre. Justering av u hensiktsmessige tanker og forestillinger om søvn som skaper stress og prestasjonsangst inngår også ofte, samt avslapningsteknikker som har som mål å redusere høy aktivering.

Medikamentell behandling med melatonin er godkjent for barn med insomni og utviklingsforstyrrelser (som autisme,



ADHD og intellektuell funksjonshemming, og kan tilbys dersom annen behandling ikke har tilstrekkelig effekt.

Parasomnier

Hovedkjennetegnet på parasomnier er at det forekommer uønsket eller ukontrollert atferd eller uønskete opplevelser i forbindelse med søvn. Man skiller mellom tre undergrupper parasomnier: de som oppstår fra dyp søvn (omtales som NREM-parasomnier), de som oppstår fra REM-søvn (REM-parasomnier) og de som ikke oppstår fra noe bestemt søvnstadium.

NREM-parasomnier

NREM-parasomniene er kjennetegnet av ufullstendig oppvåkning fra søvn, og manglende evne til å reagere adekvat på stimuli (som spørsmål). Barnet vil ikke kunne tenke/forstå ting på en rasjonell måte under episodene. Etterpå husker barnet bare bruddstykker

eller ingenting av det som hendte. NREM-parasomnier er veldig vanlige hos barn (opptil 25 %) og oppstår typisk fra dyp søvn. Fordi vi har mest dyp søvn i starten av søvnperioden og fordi den dype søvnen er ekstra dyp i starten vil NREM-parasomnier som regel opptre kort tid etter innsovning (normalt innen 2 timer). De to vanligste NREM-parasomniene er **søvnjengeri** (somniaambulisme) og **nattlige skrekkanfall** (pavor nocturnus). Ved søvnjengeri står barnet opp av sengen. Det vil da ofte utføre overlærte atferder på u hensiktsmessige måter eller steder (som å åpne og lukke skuffer, tisse i en krok og så videre). Søvnjengeri er i seg selv ikke farlig, men man bør påse at barnet ikke skader seg (f.eks. fjerne spise gjenstander, ha lås på vinduer og lignende). Det anbefales forsiktig å rettleder barnet tilbake til sengen, men sterk inngripen for å vekke det skaper ofte agitasjon og anbefales derfor

ikke. Søvnjengeri har en sterk arvelig komponent. Søvnunderskudd og stress vil kunne utløse søvnjengeri hos disponerte. Full blære, feber, støy/lys og søvn i nye omgivelser kan også utløse søvnjengeriepisoder. Behandling er normalt ikke påkrevd – mange anfall kan unngås ved å sørge for at barnet får nok søvn og at stress barnet opplever blir adressert. Å vekke barnet opp ca. 15 minutter før episodene, la det så vidt gi kontakt og la det så sovne igjen vil kunne redusere søvnjengeriepisoder den aktuelle natten.

Nattlige skrekkanfall, en annen NREM-parasomni, er kjennetegnet av at barnet setter seg opp i sengen og skriker og viser tegn til ekstremt frykt (store pupiller, høy puls, høy pustefrekvens og økt svette). Siden det delvis er i søvne responderer barnet dårlig på henvendelser fra omsorgspersoner. Barn som har nattlige skrekkanfall forlater sjelden sengen. På grunn av redselen barnet utviser feiltolker mange foreldre dette

som mareritt. Årsakene og forebyggings-tiltakene er i stor grad de samme som for søvnjengeri. Gjennom puberteten reduseres den dype søvnen med om lag 40 % og da «vokser» de fleste barn av seg eventuelle NREM-parasomnier.

REM-parasomnier

Den vanligste REM-parasomien hos barn er **marerittslidelse**. Dette innebærer at barnet våkner fra en drøm, typisk med et drømmeinnhold som representerer trusler mot overlevelse, sikkerhet eller fysisk integritet. Barnet våkner raskt og er da fullt bevisst. Mareritt er vanlig hos barn. Siden REM-søvn dominerer sent i søvnperioden opptrer mareritt typisk et stykke ut på natten og/eller tidlig om morgenen. Mareritt kan delvis forebygges ved å skjerme barnet fra skremmende bilder/filmer, redusere stress og sørge for at det får nok søvn. Når barnet våkner fra et mareritt bør man forsikre barnet om at det var en drøm, bruke overgangsobjekter (f.eks. kosedyr) som er assosiert med trygget og f.eks.



bruke nattlys for å redusere angsten. Bruk av teknikker som å la barnet tegne marerittet og så kaste tegningen kan også være virksomme. Er problemet omfattende kan man utforske forestillingsøvelser der marerittet nedtegnes om morgenen og der barnet om kvelden omformer marerittet slik at drømmeinnholdet tar en mer positiv og ikke angstprovoserende vending og der barnet i 10 min prøver å visualisere den nye drømmen. Den nye drømmen bør inneholde elementer (som starten på drømmen) slik at den nye forstilte drømmen overtar for marerittet. Denne teknikken bør gjentas over flere dager.

Andre parasomnier

Noen parasomnier oppstår ikke fra noe spesifikt søvnstadium, og en ganske vanlig parasomni innunder denne kategorien er **nattlig enurese**. Dette innebærer ufrivillig vannlating under søvn minst 2 ganger per uke. Før barnet er 5 år regnes ufrivillig vannlating under søvn som normalt. For at man skal betrakte dette som et problem må det dessuten ha vart i minst 3 måneder etter at barnet fylte 5 år. Det forekommer hos 15–20 % av 5-åringene, 6–10 % av 7-åringene og kanskje så mye som 5 % av alle 10-åringene. Det er en tendens til familær opphopning. Tilstanden er omtrent dobbelt så vanlig hos gutter. Dersom barnet etter fylte 5 år har vært tørr i minst 6 måneder og så utvikler enurese

omtales dette som sekundær enurese, og ofte er det da en psykisk (f.eks. stor belastning) eller somatisk (f.eks. diabetes) bakenforliggende årsak. Den vanligste formen innebærer at barnet aldri har vært tørr i minst 6 måneder.

Monosymptomatisk enurese innebærer kun ufrivillig vannlating under søvn uten symptomer fra urinveiene på dagtid, mens ikke-monosymptomatisk enurese betegner ufrivillig vannlating under søvn kombinert med symptomer fra urinveiene på dagtid. En vanlig årsak til enurese er at barnet ikke våkner av full blære og/eller har høy nattlig urinproduksjon (lav produksjon av antidiuretisk hormon). Behandlingen består da av fuktighetsalarm (innlegg i trusen som skaper høy lyd når fukt kommer til) slik at barnet over tid assosierer full blære med oppvåkning. Dette kombineres ofte med syntetisk antidiuretisk hormon (desmopressin/Minirin) som reduserer nattlig urinproduksjon. Behandling med alarm krever større innsats fra familien enn desmopressin. I mer sjeldne tilfeller skyldes nattlig enurese overaktiv blære, som gjør at blærekapasiteten blir lav. Da kan blæretrening på dagtid (drikke mye og holde igjen så lenge som mulig), gjerne i kombinasjon med medikamenter som får musklene i blærevæggen til å slappe mer av være aktuelt. Man ser også økt forekomst av forstoppelse som kan være en bidragende faktor til



enurese. Enurese påvirker barnet sosialt og har negativ innvirkning på livskvalitet og selvbilde. Ved kartlegging undersøkes psykomotorisk utvikling, dagtidssymptomer, nattsymptomer («nattdagbok» over 1–2 uker kan være nyttig for å få en oversikt samt bevisstgjøre barn og foreldre). Urinstiks tas for å utelukke diabetes og urinveisinfeksjon. Bruk av bleie vurderes individuelt. Ved isolert enurese dekkes bleier og sengeunderlag på blå resept til barn over åtte år fra Helfo. Annen type behandling kan vurderes i sjeldne tilfeller. Barnet og familien må følges tett opp, inntil 1–2 ganger i måneden i primærhelsetjenesten for å sikre at behandlingen er forstått og for å vedlikeholde motivasjonen. Det bør føres en dagbok med relevante opplysninger (f.eks. våte/tørre netter, lekkasjer på dagtid, avføringsfrekvens) for å evaluere behandlingen. Ved manglende respons

kan barnet henvises til spesialist i henhold til Helsedirektoratets prioriteringsveileder.

Søvnapné

Obstruktiv søvnapné (OSA) er en tilstand med gjentatt delvis eller komplett sammenfall (obstruksjon) av øvre luftveier under søvn, som gir gjentatte nattlige pustestopp. Dette kan medføre perioder med fall i oksygenmetning, oppvåkninger og fragmentert søvn. Sammenfall av luftveiene skyldes en kombinasjon av unormal nevro-muskulær kontroll og anatomisk trange forhold i luftveien. Vanligste årsak er forstørrede mandler (tonsiller) eller kronisk nestetthet (forstørrede adenoider). OSA forekommer ofte hos barn med anatomiske varianter i hodeskalle, ansiktsskjelett eller luftveier, nevro-muskulær sykdom (sykdom i nerve eller muskelsystemet), medfødte syndromer og andre sykdommer. OSA har en forekomst på 2–4 % i den

normale barnepopulasjonen, men det er økt forekomst ved annen samtidig sykdom.

Tilstanden er assosiert med økt sykkelighet og økt forbruk av helsetjenester. Ubehandlet OSA kan gi kronisk søvnforstyrrelse og ugunstig påvirkning på hjerte/kar system og metabolisme, med sekundær utvikling av adferds og kognitive forstyrrelser, mistriksel og veksthemning, risiko for utvikling av høyt blodtrykk og kronisk påvirkning av hjerte/lunge organene, tidlig utvikling av diabetes og metabolsk syndrom, eller forverring av grunnsykdom, f.eks. epilepsi. Snorking eller tung og hørbar respirasjon, urolig søvn, svette, observerte apnéer, munnpusting, enurese (nattevæting), ekstendert hodeleie (utstrakt nakke), paradoksalt respirasjon eller inndragninger er vanlige nattlige symptom. På dagtid sees gjerne trøtthet, morgenhodepine, dårlig appetitt, vekstreduksjon eller retardasjon, dårlig trivsel, hyperaktivitet, irritabilitet, lærings- og atferdsvansker, dårlige skoleprestasjoner samt hyppige øvre luftveisinfeksjoner. Utredning av OSA foregår i barneavdelingene. Her registreres sykehistorie, barnet og dets luftveier undersøkes og ved mistanke undersøkes søvn og gassutveksling gjennom natten med relevante fysiologiske målinger (nattregistrering).

Dersom det foreligger forstørrede mandler og eller adenoider, skal det vurderes om det er indikasjon for å fjerne disse kirurgisk. Dersom dette ikke er aktuelt, evt. i påvente av operasjon, skal nattlig CPAP («continuous positive airway pressure») vurderes. Bruk av nasale steroider (nesespray) eller montelukast (smeltetabletter) kan forsøkes ved allergisk årsak til tett nese, kjeveortopediske tiltak kan vurderes ved anatomiske avvik som årsak til OSA, og ernæringstiltak kan vurderes ved overvekt eller fedme. Behandlingseffekt vurderes i form av bedret søvnkvalitet, normalisering av respirasjon under søvn (nattregistrering), mer overskudd til å være i aktivitet, leke og lære, bedret konsentrasjonsevne, bedret matlyst og muligvis færre luftveisinfeksjoner og færre sykehusinnleggelseser.

Forsinket søvnfaselidelse

Forsinket søvnfaselidelse er spesielt vanlig hos ungdommer. I puberteten har man seinere frisetting av melatonin på kvelden (mer B-menneske). Hos mennesket er det en innebygd døgnrytme som naturlig hos de fleste er noe lenger enn jordens 24-timers rytme. Døgnrytmen må derfor justeres hver dag (ved å stå opp og eksponeres for lys). Noen unge klarer ikke dette, og får en kronisk forsinket døgnrytme. Da sovner de veldig sent, og har store problemer med å våkne av seg selv om morgenen. Forsinket

søvnfaselidelse skiller seg fra insomni ved at dersom barnet/ungdommen får sove når det ønsker (som i helger og ferier) så sover det godt og sammenhengende, og blir uthvilt. Som tidligere beskrevet kan det likevel også være komorbiditet, slik at ungdommen kan ha både insomni og forsinket søvnfaselidelse. For å forebygge forsinket søvnfaselidelse er det viktig å stå opp til samme tid hver dag, eller tilnærmet samme tid, også i helger og ferier. For mange ungdommer er dette i praksis svært vanskelig, men for de som er hardt rammet av forsinket søvnfaselidelse er det svært viktig å ikke forskyve oppvåkningstidspunktet mer enn 1 time mellom helg og hverdag.

Behandling av etablert forsinket søvnfaselidelse er å gradvis snu døgnet med 30-60 minutter hvert døgn. Man lar barnet/ungdommen sove så lenge det vil første dagen, deretter vekker man barnet 30-60 minutter tidligere hver dag, gir lys-eksponering (dagslys eller lysterapilampe i 30-45 minutter) etter oppvåkning og eventuelt også melatonin på kvelden (gis 12 timer før planlagt oppvåkningstidspunkt neste dag). Dersom man velger å gi melatonin, skal det være i en lav dose, 0,5-1 mg, og ikke være av depottype. Neste døgn fremskyndes disse prosedyrene (tid for melatonin, leggetid, stå opp tid/lyseksponering) med 30-60 minutter. Slik snur man gradvis døgnet tilbake

til det tidspunktet som er forenlig med skole, familie og sosiale krav. Den største utfordringen med å behandle forsinket søvnfase hos ungdommer kan være svært lav motivasjon for endring. Det kan være store konflikter mellom de sosiale behovene og kravene fra skole og familie. På grunn av rigiditeten i døgnrytme-reguleringssystemet vil symptomene ofte returnere – og vedlikeholdsbehandling med lys og melatonin noen dager i uken er ofte påkrevd. Unge med forsinket søvnfaselidelse er ofte hypersensitive for den faseforsinkende effekten kveldslys (særlig den blå/grønne delen av det synlige spekteret) har på døgnrytmen. De siste timene før leggetid er det derfor gunstig at den unge skjermes for lys, f.eks. ved bruk av blålysblokkerende briller. Kunstig lys er også vidt forekommende, fra både lamper og skjermer og forstyrrer på samme måte melatoninets naturlige rytme dersom man blir utsatt for lys på feil tidspunkt. Det er fremfor alt blått/blågrønt lys som gir hjernen signal om at det er dag, og der kan man også forebygge med å være bevisst eksponering for type lys og lysstyrke på rett tid gjennom døgnet, med mye, klart (dags)lys på formiddagen og skjerming for sterkt lys og blått lys på kveld og natt.

Sentralnervøse hypersomnier

Hypersomnier er en gruppe søvnsykdommer kjennetegnet av uttalt dagtidssøvnighet. Her finner vi sykdommen



narkolepsi type 1, som har en utbredelse på om lag en per 2000-5000.

Sykdommen debuterer oftest i alderen mellom 10 og 20 år. Narkolepsi er, foruten høy dagtidssøvnighet, også kjennetegnet av lave nivåer av signalstoffet hypokretin, som fremmer våkenhet, og katapleksi karakterisert ved tap av muskelkraft utløst av følelser som glede og sinne. Paradoksalt har mange også dårlig og oppstykket nattesøvn. Søvnparalyse, som innebærer at muskulaturen er lammet for en kort tid ved innsovning eller oppvåkning og søvnrelaterte hallusinasjoner ved overgangene mellom søvn og våkenhet forekommer også hos mange pasienter. Det antas at narkolepsi type 1 er en autoimmun lidelse som rammer hypokretinerge nerveceller. Ved mistanke om denne sykdommen vil fastlege henvise til utredning på sykehus. God søvnhygiene og jevnlig høneblunder inngår ofte i behandlingen. Ellers er bruk av ulike våkenhetsstimulerende legemidler vanlig. **Narkolepsi type 2** er mer sjelden. Her sees ikke katapleksi eller lave nivåer av hypokretin. Sykdommen utredes på samme måte som narkolepsi type 1, og behandlingen er også relativt lik.

En annen hypersomni er **idiopatisk hypersomni**. I motsetning til narkolepsi, blir pasienter med denne hypersomnien som regel ikke mer opplagt etter høneblunder og har gjerne problemer med å våkne fra både nattesøvn og høneblunder. Ofte debuterer lidelsen i tenårene. Pasientene oppfordres til å få nok nattesøvn og å holde på gode søvnrutiner/jevn døgnrytme. Ofte trenger pasientene også behandling med medikamenter.

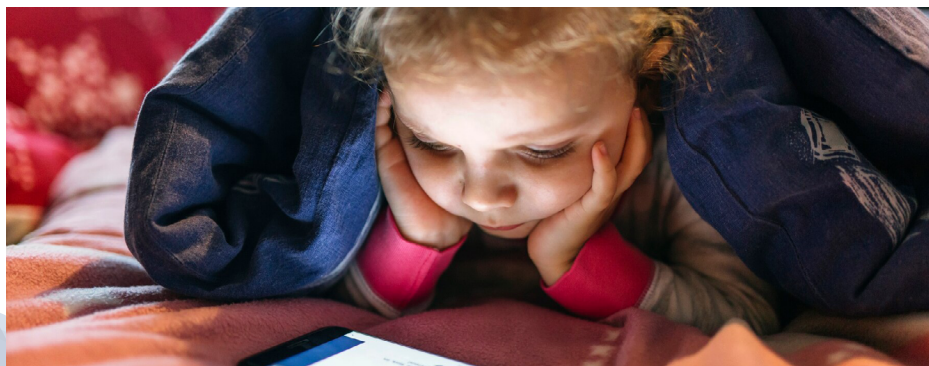
Utilstrekkelig søvnsyndrom er ikke uvanlig blant ungdom og innebærer at personen opplever forhøyet dagtidssøvnighet fordi han/hun intensjonelt reduserer søvntiden, typisk i ukedagene, slik at denne blir kortere enn aldersjusterte normer tilsier. Nesten uten unntak bruker personen vekkerklokke eller annen «hjelp» for å våkne før han/hun er uthvilt. Dagtidssøvnigheten bortfaller når det tilrettelegges for tilstrekkelig med søvn og psykoedukasjon, og motiverende tiltak for å få personen til å prioritere søvn vil ofte være tilstrekkelig behandling.

Søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser

Restless legs (urolige bein) er kjenne-tegnet av en trang til å bevege beina, på grunn av en ubehagelig kriblende og/eller stikkende følelse i beina. Symptomene forverres ved ro og inaktivitet (som å legge seg ned) og bortfaller delvis eller helt ved å gå eller strekke musklene. Symptomene oppstår eller blir forverret på kveld/nattestid. Sykdommen skyldes forstyrrelser vedrørende signalstoffet dopamin og/eller lave jernnivå, men kan også utløses/forverres av dårlige søvnhygiene og fysisk inaktivitet. Til å begynne med bør behandling rettes mot å endre atferd. Jerntilskudd anbefales dersom ferritin-nivået er under 75 µg/liter. Ved daglige eller alvorlige symptomer er det vanligvis behov for medikamentell behandling som forskrives av fastlege eller nevrolog/søvnspesialist. En viktig differensialdiagnose er voksesmerter. Disse er vanlig hos barn 2-12 år. Mange symptomer mellom de to tilstandene overlapper. Trangen til å bevege beina og symptomlette ved å gå er imidlertid ganske unikt for restless legs.

Søvnrelatert rytmisk bevegelseslidelse.

Mange barn har rytmiske bevegelser (som å vugge kroppen) før og under søvn. Dette er normalt. Dersom bevegelsene er gjentatte og stereotype og omfatter større muskelgrupper, forekommer primært i forbindelse med søvn, og forstyrrer søvnen, svekker dagtidfunksjonen eller gir fysiske skader, omtales det som søvnrelatert rytmisk bevegelseslidelse. Ulike subtyper er hodebanking, hoderulling, kroppsvugging og kroppsrulling, og mer sjeldent beinrulling og beinbanking. Det er ukjent hvorfor symptomene oppstår, men det har vært spekulert i om de kan reflektere selverberligende lært atferd, fragmentert søvn eller manglende hemming av bevegelsesgeneratorer i hjernen. Behandlingen består som regel i å få barnet til å sove uten bevegelsene, der man har benyttet ulike former for sovemedisin, søvnrestriksjon (påført søvnunderskudd) og kombinasjoner av disse to i noen uker, for så gradvis å seponere behandlingstiltakene, med håp om at symptomene ikke gjenoppstår.



Nasjonalt senter for søvnmedisin

Senterleder: Bjørn Bjorvatn
Senterkoordinator: Siri Waage
Seniorrådgiver: Ingvild West Saxvig
Rådgiver: Tom Willy Aasnæs

Nasjonalt senter for søvnmedisin (SOVno) er en videreføring av Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer. Senteret er lokalisert til Lungeavdelingen på Haukeland universitetssykehus.

SOVno er etablert for å bygge opp og spre forskningsbasert kunnskap om utredning og behandling av ulike typer søvnforstyrrelser. Vi retter oss både mot helsepersonell, pasienter, pårørende og befolkningen generelt. Vår visjon er «God helse gjennom bedre søvn».

SOVno driver ikke pasientbehandling. Informasjon om søvn og søvnsykdommer, søvnrelaterte nyheter, kurs og arrangement og utrednings- og behandlingstilbud i Norge finner du på våre nettsider: www.sovno.no



Scan QR-kode for mer informasjon



Nasjonalt senter for søvnmedisin

Haukeland universitetssjukehus

Postboks 1400, 5021 Bergen

Tlf: 55 97 47 07

E-post: sovno@helse-bergen.no

www.sovno.no

Trykk: Byråservice AS