Frågor och svar från digital föreläsning 6/11-25: Sömn och läkemedel

Sven Svedmyr, specialist i internmedicin och sömn på Sömnenheten, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen

Går det att "sova i kapp" på helgen eller är det en myt?

-Man återfår ju inte perioden med sömnbrist, men djupare och längre sömn påskyndar återhämtningen. Sömnbristsymptom minskar snabbt till hälften på en eller två nätter med adekvat sömn, men att återfå ”full funktion” kan ta upp mot ett par veckor vid mer betydande sömnbrist.

Är så kallade sömnappar i t ex applewatch tillförlitliga?

-Sömnappar som ”bara” finns i telefonen reagerar oftast på rörelse och ljud och är ok på djup stabil sömn, men störs lätt av omgivningen. Smart klockor och ringar är bättre, men det är nästan alltid affärshemligheter exakt vad de mäter, så det kan vara svårt att veta vilka som är bra och vad de baserar sina resultat på. Kvaliteten varierar men de blir allt bättre. De som mäter syremättnad också är ännu inte så tillförlitliga för detta och det är svårare med adekvata värden vid handleden än fingernivå och med fingertopp/öra (som används vid medicinska pulsoxymetrar). Utvecklingen går fort och de kommer få allt större roll framöver.

Vad fungerar bättre, tablett eller depottablett melatonin?

-De har olika syften skulle jag säga. Vanligt snabbverkande är främst för insomning, nedvarvning innan sömnen och dygnsrytmreglering. Depot melatonin är bättre som sömnstabiliserande för att minska uppvaknanden 2:a natthalvan när sömntrycket minskat och kan förlänga sovtiden något. Kan vara av värde för de med väldigt lättstörd sömn av t ex snarkning/omgivningsljud. De kan kombineras vid behov av behandling för båda, men sällan värt att ge mer än 7mg totalt.

Många äldre står på z-läkemedel under flera, flera år och detta verkar man liksom "acceptera". Vad tycker du om detta?

-Att sätta ut z-läkemedel är tufft och ofta kan man endast sova väldigt lite under ett par veckor. Har man biverkningar (fallrisk, förvirring, demens mm) eller dosglidning eller patienten själv vill bli av med dem är det definitivt värt att trappa ut. Melatoninbehandling har visat sig minska utsättningssymptomen något. Dock är det sällan bråttom att sätta ut dem och det lönar sig att välja en tidpunkt där patienten har förutsättningar att klara sig på mindre sömn ett tag. Jag väntar ofta om de t ex är i psykiskt instabil eller stressad period. Är patienten på stabil välfungerande behandling utan biverkningar är jag mer tveksam och väntar oftast med att föreslå utsättning. Jag tänker att dessa patienter inte har toleransutveckling och att tvinga på dem utsättning om de inte vill det är mycket påfrestande och inte riskfritt heller. Sen får man omvärdera om situationen förändras såklart.

Kan du berätta mer om utsättningssymtom av z-preparat?

-Det vanligaste är uttalad insomni/sömnlöshet under ett par veckor men parallellt med ackumulerad sömnbrist kan de får allt värre dagtidssymptom. Affektlabilitet är inte ovanligt. Sen förekommer mer klassiska abstinenssymptom ibland framför allt vid snabb nedtrappning av höga doser.

Enligt FASS ska behandlingen med Quviviq vara så kort som möjligt? Kommentar?

-Det är nog mest en halvobligatorisk fras vid sömnläkemedel generellt. Enligt min erfarenhet är preparatet pga långsamt successivt tilltagande effekt inte lämpligt för kortvarig behandling. Företaget rekommenderar utsättningsförsök efter 1 års behandling för att se om balansen mellan sömn och vakenhet återställts och kan bibehållas utan behandling. Detta finner jag rimligt för de med förvärvad/reaktiv insomni, men tveksamt på de med mer medfödd obalans. Tiden får utvisa.

Vad menas med specialistnivå?

-Läkare med intresse och kunskap av dessa behandlingar. Jag har inget emot att man som primärvårdsläkare använder dem i samråd/stöd av erfaren sömnkunnig kollega, men man bör veta vad man gör då de tyngre behandlingarna har mer risker. Egentligen spelar det inte roll vilken specialitet man har, det är mer en rekommendation om högre sömnkompetens. Vilka som arbetar med detta mycket varierar väldigt mycket i landet!

Z-preparaten ger sämre sömnkvalitet. Påverkar övriga sömnläkemedel och särskilt de nya läkemedlen sömnkvaliteten?

-Det är ganska svårt att studera sömnkvaliteten fullt ut. Det vi kan se är ju EEG baserad info om sömnstadier och mönster samt uppvaknanden och fragmenterad sömn, men det finns troligen subtilare skillnader som vi inte ser. En del upplever sämre sömn med de flesta sömnläkemedel, men det är också svårt att veta vad som beror på just sömnkvaliteten och vad som är andra biverkningar. Sen har ju en del läkemedel (t ex mirtazapin) positiv påverkan på sömnmönstret med ökad djup eller REM sömn t ex men kanske andra biverkningar som dagtidströtthet hos vissa med.

Du nämnde att det är ofarligt att stå på melatonin, finns det långtidsstudier på det?

-Det finns generellt alltför lite studier av rimlig storlek på melatonin, men det som finns är mångårig klinisk erfarenhet och de studier som finns har inte visat några långtidsrisker som t ex minskad egenproduktion.