

Gäller för: Verksamhet Anestesi Operation IVA Östra
Innehållsansvar: Malin Andersson, (malan19), Överläkare
Godkänd av: Martin Hubrich, (marhu11), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-12-02

Giltig till: 2027-11-20

Sömnoptimering på IVA

Förändringar sedan föregående version

Detta är andra versionen. Ändringar sedan föregående version är mindre justeringar vad gäller sömnhygien och tillägg av Daridorexant i listan med farmaka.

Bakgrund och syfte

Sömn är en basal fysiologisk funktion. Ur ett intensivvårdsperspektiv är sömn viktigt för bland annat immunfunktion och sårhäkning (1), upprätthållande av kognitiva förmågor (2) och reglering av smärtupplevelse (3, 4). Sömnstörning kan öka risken för ytterligare morbiditet och tid på IVA (5). Fullgod sömn bygger främst på tre faktorer: Duration, timing och kvalitet. Alla dessa påverkas negativt av intensivvårdsmiljön, men också av läkemedel och svår sjukdom.

Syftet med den här rutinen är att ge en överblick av farmakologiska och icke-farmakologiska insatser för bättre sömn.

Avgränsningar

Gäller alla patienter i intensivvården

Utförande

Behandling och insatser måste individanpassas. Notera att även sederade patienter har nytta av bibehållen dygnsrytm och färre störningar nattetid.

Sömnhygieniska åtgärder

Notera att sömnhygieniska åtgärder bör vidtas innan farmakologiska. De är både mer effektiva och har mindre risker jämfört läkemedel

- Minimera onödigt ljus nattetid. Vänd bort skärmar och släck onödig belysning nattetid. Skyl gärna ögon med tex en handduk. Maximera mängden naturligt ljus dagtid.
- Minimera onödigt ljud. Undvik samtal på sal. Undvik onödigt känsliga larminställningar. Överväg öronproppar.

- Undvik spring på sal. Samla, om möjligt, omvårdnadsåtgärder och andra störande moment.
 - Om möjligt, och om inga medicinska kontraindikationer föreligger, håll salstemperatur sval.
 - Bibehåll konsekvent dygnsrytm. Normal tid för insomning och uppvaknande varierar mellan individer men att vara konsekvent minskar risken för insomningsproblem och förbättrar sömnkvalitet. Vanligtvis ligger patientens naturliga insomningstid mellan 21:00 och 24:00, uppvaknande mellan 06:00 och 09:00. Framför allt tid för uppvaknande är avgörande för att bibehålla cirkadiansk rytm. En viktig del i att bibehålla rytmen är att administrera eventuella sederande eller sömninducerande farmaka vid adekvat tidpunkt i förhållande till när patienten bör somna. Komplettering med ytterligare farmaka till patient som är vaken efter önskad insomningstid ökar risken för ytterligare störning betydligt och bör undvikas.
1. Mobilisering och annan fysisk aktivitet dagtid förbättrar förutsättningarna för god sömn. Notera att utmattande fysisk aktivitet mindre än 4h innan tänkt insomning bör undvikas.
 - Normal sömnduration för frisk patient är 7–9 h, men svår sjukdom påverkar sömnbehovet. Många inflammatoriska cytokiner är sömninducerande. Detta kan vara ett skäl till att infekterade och nyopererade patienter är trötta/sömniga. Mål för sömnduration måste sättas i förhållande till underliggande morbiditet.

Farmakologisk behandling

Intensivvårdade patienter får ofta sederande läkemedel. Våra vanliga sederande läkemedel såsom propofol och opiater har en negativ effekt på den normala sömnstrukturen. Det är därför inte lämpligt att ersätta sömn med sedering om valet finns. Nedan följer en genomgång av läkemedel som används för behandling av sömnstörningar.

Första linjen

1. Se till att patienten är adekvat smärtlindrad.
 - Se över medicinlista och överväg justering eller seponering av sömnstörande läkemedel. Två vanliga exempel är steroider och betablockerande substanser.
2. Melatonin har mycket svag sederande effekt, men kan användas för att normalisera dygnsrytm. Fysiologisk utsöndring styrs till stor del av ljusexponering. Studier har visat att den normala melatoninutsöndringen är utslagen, eller förskjuten, för kritiskt sjuka patienter. Exempel på läkemedel som innehåller melatonin är Circadin[®] som är en depotberedning vilket ger en mer normalfysiologisk kinetik. Normaldos är 2–4 mg. Behöver man administrera melatonin via ventrikelsond kan i stället Melatan[®] väljas i dos 3–5 mg. Melatonin skall om möjligt ges vid fast tidpunkt och 60–90 minuter innan tänkt insomnande. Melatonin utsöndras normalt inte i högre mängd än ovanstående. Säkerhetsdata för suprafysiologiska doser saknas. Melatonin metaboliseras via CYP-systemet och kan potentiellt påverkas eller påverka andra läkemedel. Högre doser rekommenderas därför inte.

- Bensodiazepinliknande läkemedel såsom zolpidem och zopiklon verkar likt bensodiazepiner på GABAerga receptorer. Zopiklon (Imovane®) är förstahandsval och minskar tiden till insomnande. Jämfört med bensodiazepiner har dessa läkemedel relativt kort halveringstid och orsakar mer sällan dåsighet påföljande dag. Undvik administrering efter midnatt då det medför överhängande risk för dagtidströtthet och ytterligare störd sömn påföljande natt. Dosintervall för zopiklon är 5–7,5 mg.

Andra linjen

3. Alfa2-agonister såsom klonidin och dexmedetomidin har sin sederande effekt genom påverkan på Locus Coeruleus. Detta är fysiologiskt tilltalande då det, i jämförelse med andra sederande läkemedel, mest efterliknar fysiologiskt normal sömn. Det finns viss evidens att dexmedetomidin förbättrar sömnen för postoperativa patienter (6). Ges som infusion och titreras till effekt enligt rutin.
4. Orexinreceptorantagonister (DORAs) är en ny klass av sömninducerande läkemedel. De har en tilltalande farmakologi med goda säkerhetsdata. De verkar specifikt mot orexinreceptorerna (A och B) och ger därför färre oönskade effekter jämfört andra sömnläkemedel. Nackdelar är framför allt att de är mindre potenta och för många patienter tar det många dygn innan full effekt uppnås. En subgrupp av patienter har dock god effekt direkt. Preparatet som finns tillgängligt i Sverige heter Daridorexant (Quvivig) och lämplig dos är 50mg tn.

Tredje linjen

- Bensodiazepiner skall användas undantagsvis på indikationen sömn. Vid samtidig oro kan oxazepam övervägas. De flesta perorala bensodiazepiner har lång halveringstid och det finns en överhängande risk för sedation dagtid. Bensodiazepiner ökar generellt risken för delirium.
- Heminevrin verkar via GABA-sytemet med en mekanism som skiljer sig från bensodiazepiner. Ges po i doser 300 – 600 mg. Kan vara ett alternativ till bland annat äldre.
- Mirtazapin har bred farmakologisk effekt där dess antihistaminerga påverkan förmodligen bidrar till sedation och sömninduktion. Skall ges i lågdos (15 mg eller lägre). I högre doser försvinner den sederande effekten. Neuroleptika. Finns många men indikationen sömnstörning är oftast tveksam. Quetiapin kan användas och har visst vetenskapligt stöd. Ges då i doser 25-50 mg. Framför allt lämpligt vid samtidigt delirium.
- Propavan är ett kraftfullt antihistamint läkemedel som också har effekt på bla serotonerga, doppaminerga och muskarina receptorer. Risken för extrapyramidala biverkningar är betydande. RLS-symptom är vanligt. Halveringstiden är lång. Skall undvikas vid behandling av äldre.
- Andra antihistaminer såsom Alimemazin (Theralen®), Hydroxizin (Atarax®), Levomepromazin (Nozinan®) och Prometazin (Lergigan®) är sederande men evidens vid tillfällig sömnstörning är genomgående svag.

RLS

Restless legs syndrome (RLS) är ett mycket vanligt besvär som kan förvärras av svår sjukdom och många av de farmaka vi ger. Även järnbrist och elektrolytrubbningar ökar risken. Fysisk aktivitet, tex sängcykling, kan minska symptomen. I första hand magnesium och i andra hand opiater kan prövas som akutbehandling. Om ingen kontraindikation finns så är tablett Madopark Quick mite® (50 mg/12,5 mg) också ett alternativ.

Arbetsgrupp

Martin Olsson. ST-läkare AnOpIVA SU/Östra. Författare till rutinen

Marie Becker. Vårdenhetsöverläkare IVA SU/Östra

Emma Gullman. IVA-sjuksköterska, instruktör, IVA SU/Östra

Källförteckning

5. Irwin MR. Why sleep is important for health: a psychoneuroimmunology perspective. *Annu Rev Psychol.* 2015;66:143-72.
6. Leung JM, Sands LP, Newman S, Meckler G, Xie Y, Gay C, Lee K. Preoperative Sleep Disruption and Postoperative Delirium. *J Clin Sleep Med.* 2015;11(8):907-13.
7. Larson RA, Carter JR. Total Sleep Deprivation and Pain Perception during Cold Noxious Stimuli in Humans. *Scand J Pain.* 2016;13:12-6.
8. Varallo G, Giusti EM, Manna C, Castelnuovo G, Pizza F, Franceschini C, Plazzi G. Sleep disturbances and sleep disorders as risk factors for chronic postsurgical pain: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews.* 2022;63:101630.
9. Elías MN, Munro CL, Liang Z, Padilla Fortunatti CF, Calero K, Ji M. Nighttime Sleep Duration Is Associated With Length of Stay Outcomes Among Older Adult Survivors of Critical Illness. *Dimensions of Critical Care Nursing.* 2020;39(3).
10. Liu H, Wei H, Qian S, Liu J, Xu W, Luo X, et al. Effects of dexmedetomidine on postoperative sleep quality: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Anesthesiology.* 2023;23(1):88.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Anestesi Operation IVA Östra

Innehållsansvar: Malin Andersson, (malan19), Överläkare

Godkänd av: Martin Hubrich, (marhu11), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-2870

Version: 4.0

Giltig från: 2025-12-02

Giltig till: 2027-11-20