

Forskningsopgave

Søvn og helbred

Januar 2017



Af: Betina Sjøberg Wolff
Mette Lysholt Johannesen

Hold: 32

Vejleder: Annemette Bondo Lind

Indhold

Introduktion.....	3
Formål.....	4
Baggrund	4
Definition af søvnproblemer	4
Søvnens fysiologi	4
Behandling af søvnproblemer	6
Metode	8
Dataindsamling.....	8
Statistisk analyse	8
Resultater	9
Søvnforstyrrelser	9
Selvvurderet helbred.....	9
Søvnlængde	11
Lægekontakt.....	11
Natlig vandladning.....	12
Natlige smerter.....	13
Psykiske lidelser.....	14
Sammenhæng mellem søvnlængde og somatiske sygdomme	16
Diskussion	16
Styrker og svagheder	16
Diskussion af fund.....	17
Konklusion	20
Referenceliste.....	21
Bilag 1 – Patientfolder	22
Bilag 2: - Spørgeskema	24
Bilag 3: - Sammenhæng: lægekontakt-selvvurderet helbred.....	28

Introduktion

Søvnproblemer er meget almindelige, og rammer de fleste af os fra tid til anden. Undersøgelser har vist, at op til 11% af voksne danskere har været generet af søvnproblemer indenfor de sidste 2 uger, yderligere 30% har været lidt generet af søvnproblemer [1, s. 11].

Søvn og søvnproblemer fylder meget i manges hverdag, og er et ofte omtalt emne i medierne. Det medfører ofte ringere velfærd for den enkelte, samt store omkostninger for samfundet. Man har de senere år fået øget fokus på emnet, og der forskes fortsat på at afdække sammenhænge mellem søvn og helbred.

I 2015 udgav Vidensråd for Forebyggelse, en rapport om "søvn og sundhed"[1]. Rapporten er udarbejdet af en tværfaglig ekspertgruppe. Rapporten bidrager til en større viden om forebyggelse af de sundhedsmæssige konsekvenser af søvnproblemer. Der er fundet evidens for at vedvarende søvnproblemer indvirker på helbredet, med forringelse af livskvalitet og nedsat folkesundhed til følge.

Rapporten har inspireret os, til at se nærmere på mulige sammenhænge mellem søvn og helbred.

KRAM (kost, rygning, alkohol, motion) faktorer, er en indarbejdet rutine i mange konsultationer hos den praktiserende læge. Primært ved kontrol af kroniske patienter. Søvnproblemer spiller ofte en stor rolle for netop denne patientgruppe, men er nok ofte et overset emne. Flere studier har vist sammenhæng mellem dårlig søvn og overvægt, type 2 diabetes (DM-2), iskæmisk hjertesygdom, stress, arbejdsmiljø, kost, koffein, fysisk aktivitet, rygning, miljø og dødelighed [1, s. 18-19].

Vi har udarbejdet et spørgeskema, i et forsøg på at belyse ovenstående sammenhænge.

Vi er endvidere nysgerrige på hyppigheden af søvnforstyrrelser, samt i hvor høj grad patienterne har talt med deres egen læge derom. Det kunne være interessant, om et større fokus på samtale om søvn i almen praksis, kunne ændre livskvalitet, sygelighed og overlevelse?

Formål

Formålet er at undersøge søvnvaner i en voksenpopulation i almen praksis.

Endvidere vil vi belyse mulige associationer mellem dårlig søvnkvalitet og livsstilsfaktorer samt psykiske og fysiske lidelser.

Herefter vil vi perspektivere vores fund til relevant litteratur omkring emnet.

Hypotese

Større fokus på samtale om søvn, kunne have sin plads i konsultationen på lige fod med KRAM faktorerne.

Baggrund

Definition af søvnproblemer

Symptomer og gener, som er forbundet med søvn, og som dækker over dårlig søvnkvalitet og for kort eller for lang søvnlængde. Dårlig søvnkvalitet omfatter blandt andet vanskelighed med at falde i søvn, oplevelsen af mangel på sammenhængende søvn og for tidlig opvågning trods tilstrækkelig mulighed for at sove [1, s.32].

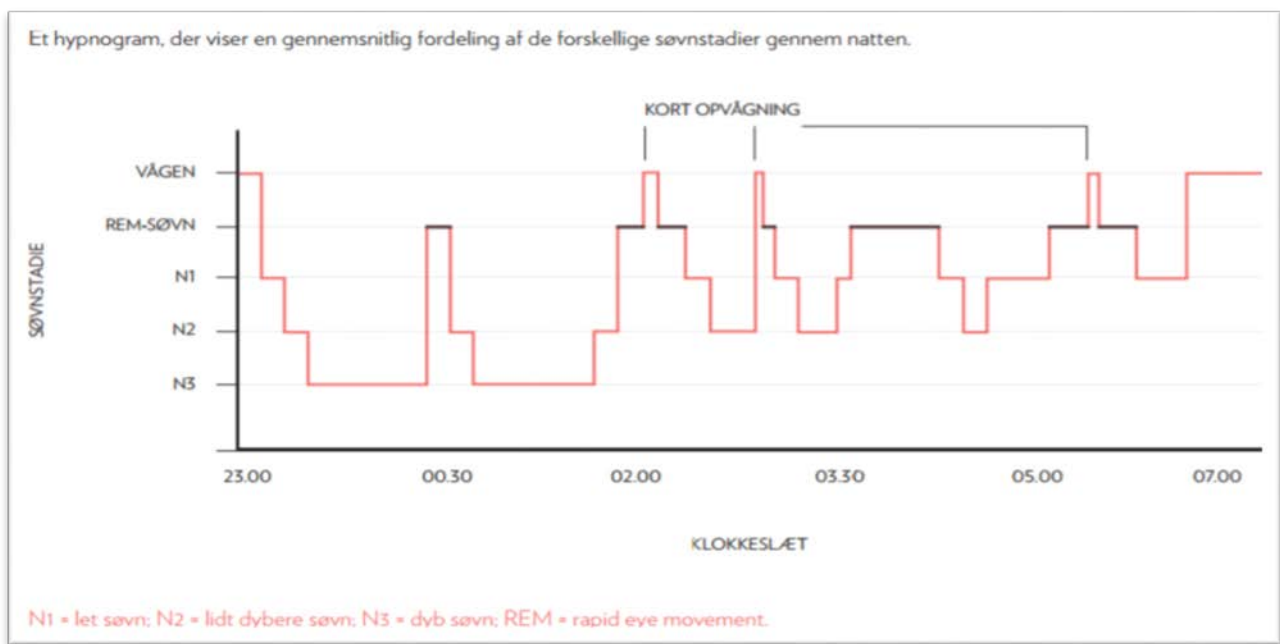
Søvnens fysiologi

Søvn er vigtig for kroppens og især hjernens normale funktioner. Man ved i dag, meget om søvnens faser og reguleringen af døgnrytmer. Men det er stadig ikke præcist klarlagt, hvorfor vi har brug for søvn.

Søvnbehovet og søvnstrukturen, varierer meget gennem livet. Voksne har i gennemsnit behov for 7,5 time søvn pr. nat (varierer fra 6-9 timer) [1, s.45].

Dette behov falder dog med alderen, og ældre har desuden nedsat evne til at fastholde en dyb søvn over længere tid. Dette medfører, at ældre ofte sover kortere og mere afbrudt end yngre voksne [1, s. 45].

Søvnen inddeles i 4 stadier: REM søvn (rapid eye movement), let søvn (N1), lidt dybere søvn (N2) og dyb søvn (N3). På figur ét nedenfor [1, s. 42] ses de forskellige søvnstadiers fordeling på en gennemsnitlig nat.



Figur 1 [1].

Den daglige søvn-vågen-cyklus, styres af 2 faktorer; søvnbehovet og døgnrytmen. Dette regulerer tilsammen søvndybden og varigheden af søvnen. Søvnbehovet stiger jo længere man har været vågen, og søvnunderskud fremkalder således kompensatorisk længere og dybere søvn. Døgnrytmen styres blandt andet af øjes lyspåvirkning, og påvirkes kun ganske lidt af mængden af forudgående søvn eller søvnmangel.

Der findes forskellige teorier, som forsøger at forklare, hvorfor hjernen har brug for søvn. Mest fremtrædende, er teorien om at hjernen har brug for at være "off line" om natten, for at remodelere og styrke de synaptiske forbindelser, som er skabt i løbet af dagen. Desuden er der i dyrestudier vist, at interstitiell væskens flow i hjernen, næsten fordobles om natten. Derved øges hastigheden, hvormed neurotoxiske aff

natten, men også prolaktin, thyroidea stimulerende hormon (TSH), melatonin og kortisol niveauerne påvirkes [1, s. 44].

Flere studier har vist, at søvnmangel nedsætter hukommelsen og svækker reaktionsevnen. Desuden påvirkes immunforsvaret i negativ retning. Ved søvnreduktion til 4 timer pr. nat i 10 dage, har man i studier set forhøjede niveauer af proinflammatoriske cytokiner samt CRP stigning [1, s. 46]. Hvis en sådan tilstand, med øget niveau af proinflammatoriske markører er vedvarende, er dette associeret til øget hyppighed af en lang række sygdomme, blandt andet DM-2 og kardiovaskulære sygdomme [1, s. 46].

Kronisk søvnmangel er ligeledes forbundet med immundefekter. Et studie har vist at dårlig søvn er forbundet med øget modtagelighed for rhinovirus [1, s. 49]. Et andet studie har vist, at manglende søvn, natten efter vaccination mod hepatitis A, halverer immunresponsen på vaccinen, målt efter 4 uger [1, s. 46]. Lignende studie har vist nedsat respons på influenzavaccine efter 6 dage med søvndepletion [1, s. 47].

Der er således konsensus om, at kronisk søvnmangel påvirker kroppen på mange måder. Det forårsager en svag permanent systemisk inflammation samt svækkelse af kroppens immunforsvar. Dette medfører generelt øget modtagelighed for infektioner, nedsat respons på vacciner samt øget risiko for udvikling af DM-2 samt kardiovaskulær sygdom. Vores søvn syntes således at være afgørende for kroppens selvhelbredende og regenerative processer, der således bliver forstyrret under mangel på søvn eller forringet søvnkvalitet.

Behandling af søvnproblemer

Til trods for den høje forekomst af søvnproblemer, og heraf mulige affødte negative psykiske og fysiske konsekvenser, er de ofte udiagnosticerede og ubehandlede.

Når

natlige melatonin niveau. Yderligere er der evidens for anvendelse af melatonin til børn med udviklingsforstyrrelser, herunder autisme samt voksne med neurodegenerative sygdomme, eksempelvis REM forstyrrelser [4].

Men der foreligger ingen dokumentation for, at melatonin kan anvendes til behandling af søvnforstyrrelser generelt. Og langtidsbehandling med Melatonin er også endnu uafklaret [1, s.20 og s.180].

Psykologisk behandling; har vist sig at være lige så effektiv som sovemedicin, og foretrækkes faktisk også af de fleste patienter.

De mest almindelige psykologiske behandlinger for søvnproblemer, omtales som en fælles betegnelse; kognitiv adfærdsterapi [1, s.188], og omfatter nedenstående:

Patient undervisning i søvnhygiejne: med fokus på at fremme hensigtsmæssige søvnvaner og livsstil (se boks).

Kognitiv terapi: sigter mod at afhjælpe stressende tanker, som modvirker søvn.

Afspændingsteknikker: Eksempelvis muskelafspænding og mindfulnessmeditation. Dette for at reducere den fysiske og / eller psykiske aktivering ved sengetid.

Søvnhygiejne

- Undgå stimulanser flere timer før sengetid (kaffe, nikotin...)
- Undgå alkohol ved sengetid. (Giver afbrudt søvn)
- Vær fysisk aktiv i løbet af dagen, da det giver en naturlig træthed.
- En god seng, i et mørkt soveværelse, med en passende temperatur.
- Gå i seng og stå op på faste tidspunkter.

Søvnrestriktion: Reducere tidsrummet patienten tilbringer i sengen, med henblik på at øge søvneffektiviteten og gøre patienten mere søvnig - for derefter, når søvneffektiviteten er øget tilstrækkeligt, gradvist

adfærdsmæssige råd ved lettere søvnproblemer. Den praktiserende læge, kan således bruge folderen som skriftlig materiale, der kan udleveres til patienterne, bilag 1.

Metode

Vi startede med at søge på google, under søgeordene: "søvnproblemer, helbred". Vi fandt rapporten: "søvn og sundhed", udarbejdet af Vidensråd for Forebyggelse. Denne rapport, har dannet grundlag for udarbejdelse af vores spørgeskema. Vi søgte endvidere for en skabelon til spørgeskemaet, under søgeordene: "spørgeskema, søvn". Spørgeskemaet vi fandt, er redigeret, så det omhandler de relevante emner, omtalt i rapporten "søvn og sundhed". Spørgeskemaet er vedlagt rapporten, bilag 2.

Vi har valgt at benytte en kvantitativ metode. Vi er bevidste om, at en sådan type undersøgelse, udelukkende ser på et øjeblikbillede, og at den derfor ikke er velegnet til at sige noget om årsagssammenhænge. Men i stedet kan bruges som inspiration for hypotesedannelse. Disse hypoteser kan herefter undersøges i andre studier med mere velegnede metoder, for eksempel et "follow up" studie, hvor man følger deltagerne over tid, og herved kan drage konklusioner om mulige årsagssammenhænge. Det optimale studiedesign ville være et randomiseret interventionsstudie, hvor man tilfældigt udsætter deltagerne for søvnproblemer eller ej og derefter følger deres sygdomsrisiko over tid. Dette er dog praktisk og etisk svært at udføre.

Dataindsamling

Spørgeskemaet er uddelt til 4 lægepraksis i Aarhus. De er uddelt tilfældigt til voksne over 18 år. Vi har stillet en boks til besvarelser, med en kort beskrivelse af projektet, samt en bunke spørgeskemaer i alle 4 venteværelser. Endvidere har lægerne i 2 praksis udleveret nogle af skemaerne efter konsultationen. I 3 praksis har sekretærer desuden udleveret enkelte skemaer ved skranken. Deltagerne har udfyldt spørgeskemaet i venteværelset og lagt besvarelserne i en lukket boks. Undersøgelsen er anonym. Der er uddelt i alt 2

Resultater

218 spørgeskemaer er besvaret ud af 225. 2 blev ekskluderet pga. alder under 18 år.

Spørgeskemaer der ikke var udfyldt sufficient, blev kun ekskluderet når det spørgsmål der blev analyseret, ikke var udfyldt. For at forenkle analysen, er søvnintervallerne lavet om til hele tal. For eksempel er intervallet 6-8 timers søvn, registreret som gennemsnits værdien på 7.

Populationen: 72% kvinder (157) og 28% mænd (61). Gennemsnitsalderen for deltagerne var 47 år.

Søvnforstyrrelser

Samlet datasæt	218	%
Svært ved at falde i søvn	56	25,69
Svært ved at sove igennem	99	45,41
Begge ovenstående	39	17,89
Talt med læge om søvn	38	17,43
Sovemedicin	17	7,80
Søvnlængde	6,2	

Tabel 2: *Oversigt over søvnforstyrrelser med videre.*

Data om søvn (tabel 2), viser at 26% (56) svarer, at de ofte har svært ved at falde i søvn og 45% (99) svarer at de ofte har svært ved at sove igennem. 18% (39) har både svært ved at falde i søvn og sove igennem. 17% (38) har talt med deres læge omkring søvnproblemer og 8% (17) har svaret at de tager sovemedicin mindst én gang pr. måned. Den gennemsnitlige søvnlængde for hele populationen er 6,2 timer.

Selv vurderet helbred

Selv vurderet helbred, er i tidligere studier vist at være en god prædikator for antallet af lægekontakter, indlæggelser samt overlevelse [6], bilag 3. Dette har vi forsøgt at sammenholde med data om søvn. Vi har opdelt data i 2 grupper.

Gruppe 1: De der vurderer deres eget helbred som fremragende eller godt.

Gruppe 2: De der vurderer deres eget helbred som dårligt eller elendigt.

Gruppe 1	168	%
Svært ved at falde i søvn	47	27,98
Svært ved at sove igennem	68	40,48
Begge ovenstående	19	11,31
Talt med læge om søvn	22	13,10
Sovemedicin	7	4,17
Søvnlængde	6,3	

Tabel 3: *Søvnproblemer i gruppe 1.*

Gruppe 2	35	%
Svært ved at falde i søvn	21	60,00
Svært ved at sove igennem	24	68,57
Begge ovenstående	18	51,43
Talt med læge om søvn	16	45,71
Sovemedicin	10	28,57
Søvnlængde	5,9	

Tabel 4: *Søvnproblemer i gruppe 2.*

93% (203 personer) har svaret på spørgsmålet om selv vurderet helbred. Heraf vurderer 82% (168), deres helbred som godt eller fremragende (gruppe 1). 17% (35) vurderer deres helbred som dårligt eller elendigt (gruppe 2). I gruppen der har det dårligt eller elendigt, har hele 60% svært ved at falde i søvn og 68% svært at sove igennem. 51% har ofte svært ved både at falde i søvn og sove igennem. Det er således 4,5 gange hyppigere, at man ofte ikke kan falde i søvn og ikke kan sove igennem, når man har et dårligt eller elendigt selv vurderet helbred (RR =4,64).

45% i gruppen med dårligt/elendigt selv vurderet helbred, har talt med deres

Søvnlængde

Den gennemsnitlige søvnlængde for mænd og kvinder er 6,2 timer. For kvinder 6,3 og mænd 6,0. 45,5% af de adspurgte sover mindre end den anbefalede søvnlængde på 7-8 timer.

10% sover mere end det anbefalede.

Ud fra denne undersøgelse, er det således under halvdelen (44,5%), der sover som anbefalet, 7-8 timer [3].

	Køn ▼		
Søvn i timer ▼	K	M	I alt
3	8	4	12
4,5	25	6	31
5,5	31	22	53
7	68	26	94
9	19	2	21
I alt	151	60	211

Tabel 5: Søvnlængde for mænd og kvinder.

Lægekontakt

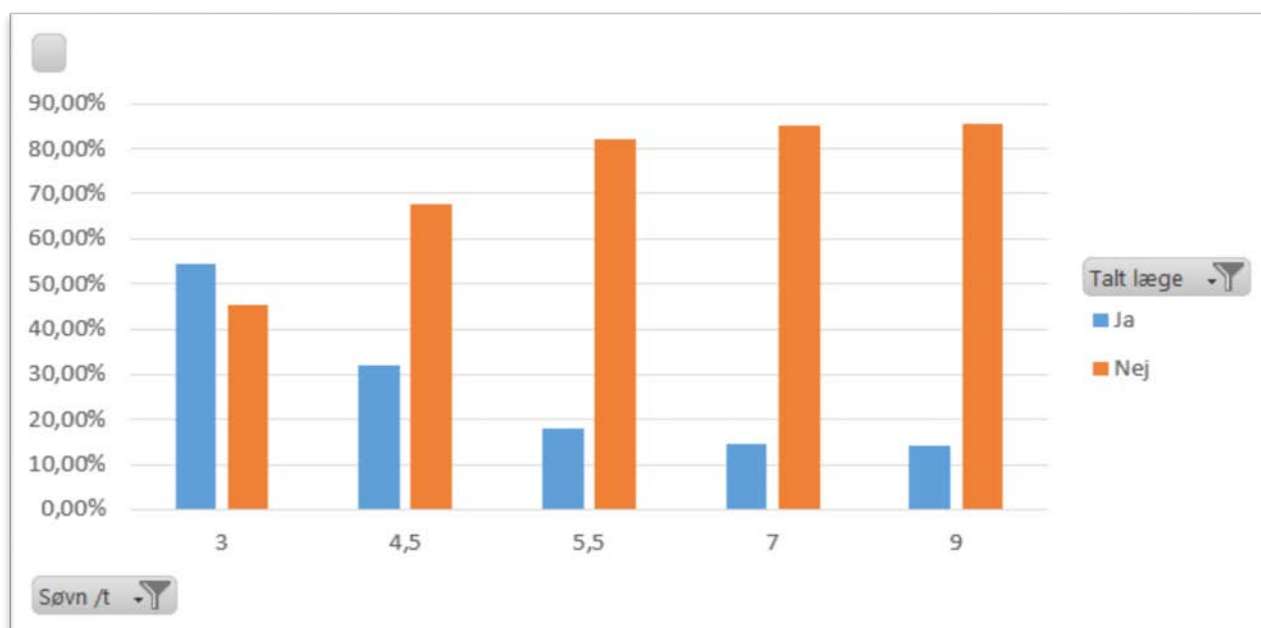
Vi spørger, de der lider af søvnproblemer, om de har talt med deres læge om problemet. Blandt de der har sovet mindre end 3 timer, har 55% talt med deres læge om søvnproblemet. 32% af dem som sover 4,5 time og 18 % af dem der sover 5,5 time, har talt med deres læge.

Hvorimod, at for de personer der sover 7 timer eller derover, er det kun 14 % der har talt med deres læge om søvnproblemer (tabel 6).

Søjlediagrammet afspejler, hvordan søgningen til læge, stiger i takt med at søvnlængden falder (figur 2).

	Talt med læge om søvnproblemer		
Søvn i timer	Ja	Nej	I alt
3	6	5	11
4,5	9	19	28
5,5	9	41	50
7	12	70	82
9	2	12	14
I alt	38	147	185

Tabel 6: Lægekontakt vedrørende søvnproblemer.

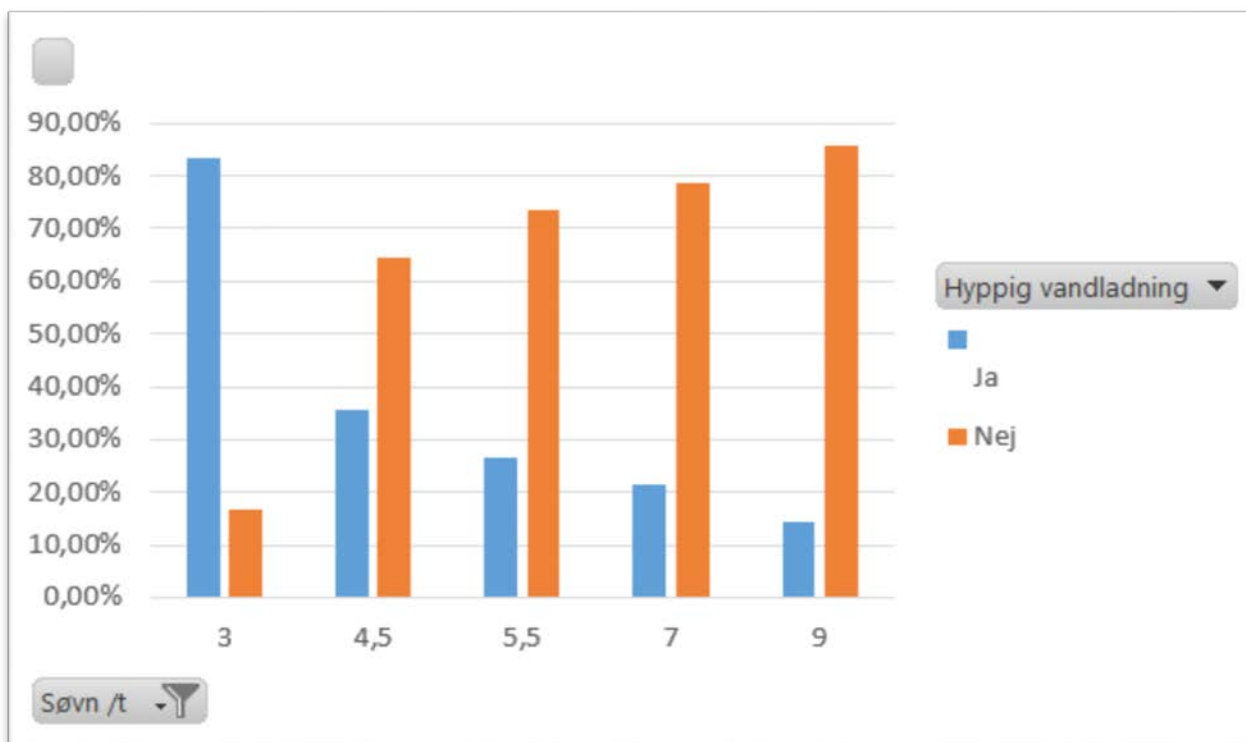


Figur 2: Lægekontakt vedrørende søvnproblemer.

Natlig vandladning

Af de personer der sover mindre end 3 timer hver nat, har 83% mere end én vandladning pr nat. Det samme gælder 35% af dem der sover 4,5 time og 26% af dem der sover 5,5 time (tabel 7). Søjlediagrammet viser også tydeligt, hvordan antallet af natlige vandladninger er højest, for dem der sover mindst, og falder i takt med at søvnlængden øges (figur 3).

	Vandladning mere end 1 gang pr. nat			
Søvn i timer	Ja	Nej	I alt	
3	10	2	12	
4,5	11	20	31	
5,5	14	39	53	
7	20	74	94	
9	3	18</		

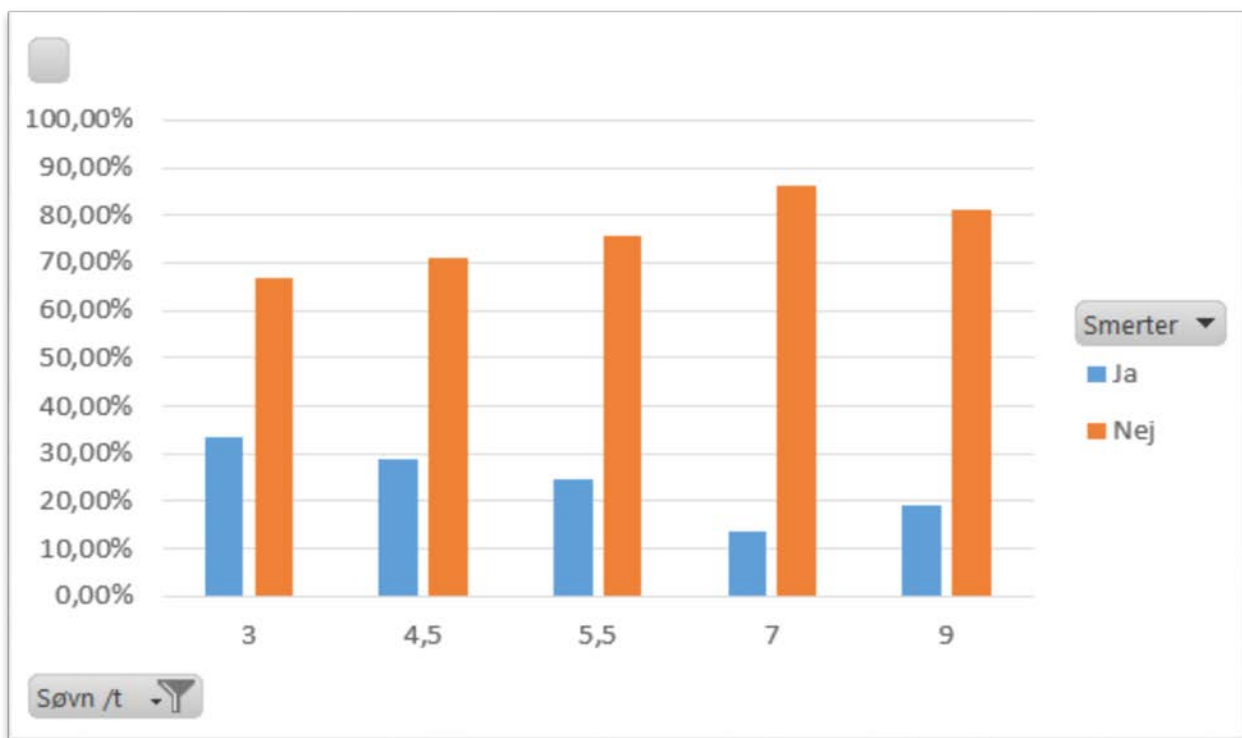


Figur 3: Natlig vandladning.

Natlige smerter

Vi spurgte til natlige smerter, af et sådant omfang, at det er betydende for nattesøvnen. Her fandt vi en mindre sammenhæng mellem søvnlængden og smerter. Af de der sov under 3 timer, havde 33% natlige smerter mod 13% i gruppen der sov 7 timer. Der ses en lille stigning blandt gruppen der sover mere end 9 timer, hvor 19% natlige smerter (figur 4 og tabel 8).

	Natlige smerter		
Søvn i timer	Ja	Nej	I alt
3	4	8	12
4,5	9	22	31



Figur 4: Natlige smerter.

Psykiske lidelser

I vores spørgeskema, spørger vi til aktuel eller tidligere depression, her svarer 25% ja til dette spørgsmål. Der ses ingen tydelig sammenhæng mellem depression og søvnlængde. Derimod ses en klar sammenhæng, mellem de der oplyser at have svært ved at falde i søvn, og aktuel eller tidligere depression. Her har 39% af de der ofte har svært ved at falde i søvn en depression, mod 14%, af de der ikke har svært ved at falde i søvn (figur 6 og tabel 9).

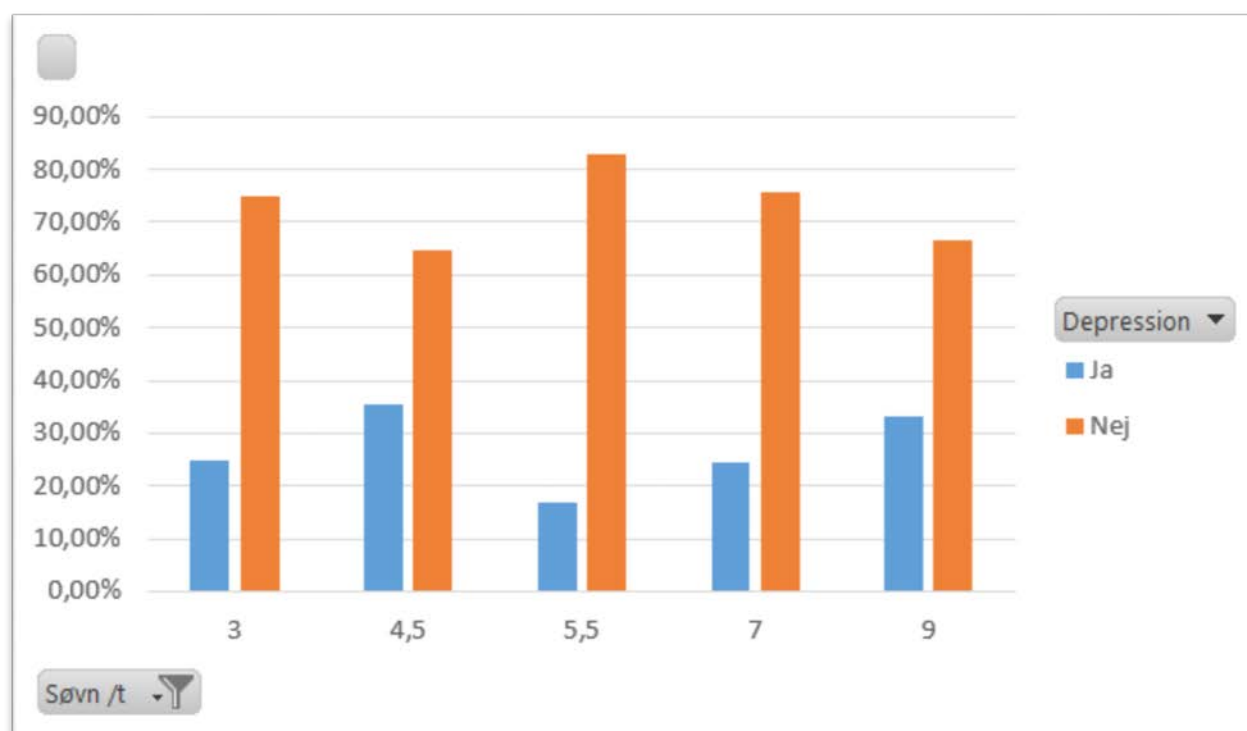
Spørgsmålene om psykisk velbefindende, er formuleret således:

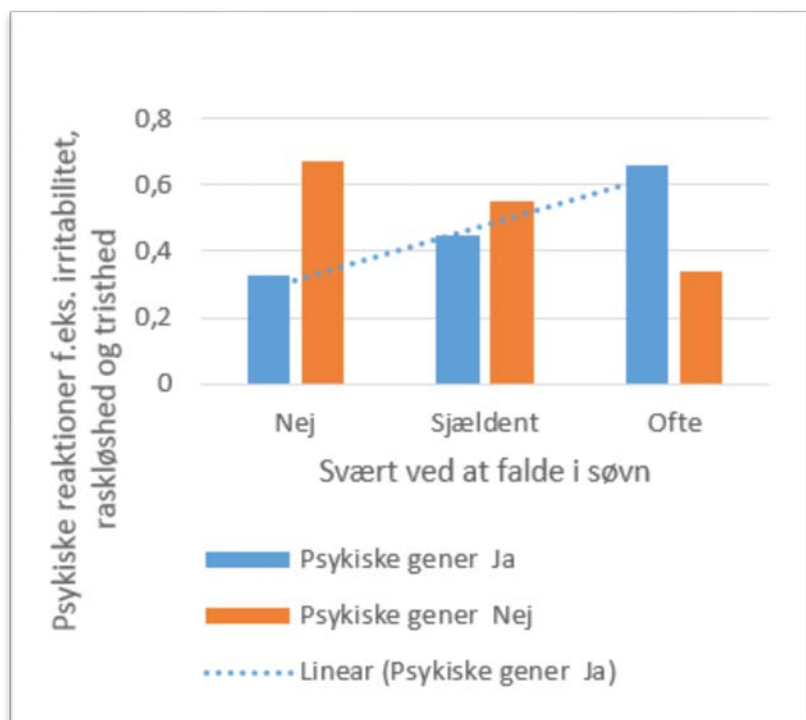
- Psykiske problemer, f.eks. stress, angst, nervøsitet
- Psykiske reaktioner, f.eks. irritabilitet, raskløshed, tristhed
- Generel tendens til bekymring

Her ses heller ingen sammenhæng med søvnlængden (tabel 5), men derimod, at de

	Depression aktuelt eller tidligere		
Søvn i timer	Ja	Nej	I alt
3	3	9	12
4,5	11	20	31
5,5	9	44	53
7	23	71	94
9	7	14	21
I alt	53	158	211

Tabel 9: *Depression og søvn.*





Har ikke fundet nogen opslagsord.

Figur 6: *Psyriske reaktioner og indsovningsbesvær*

Sammenhæng mellem søvnlængde og somatiske sygdomme

Vi finder ingen tydelig sammenhæng mellem søvnlængde og: Rygning, Forhøjet blodtryk, Diabetes, Hjertekarsygdom, Appetit forstyrrelser, Sure opstød, Lungesygdom, Allergi, Hovedpine, Sygdom i bevægeapparatet, Problemer med potens eller sexlyst.

Diskussion

Styrker og svagheder

Populationen er en selekteret gruppe, da de alle er fundet i et venteværelse hos deres almen praktiserende læge. Dette kunne medføre en større andel "syge", samt flere med søvnproblemer end i baggrundsbefolkningen.

Sammenhæng mellem søvnforstyrrelser og såvel fysisk samt psykisk sygdom, er et meget komplekst felt. Vi har ikke alene ud fra vores statistiske data, kunne sige noget om kausalitet.

Besvarelsene er udelukkende selvrapporterede, hvilket kan give usikkerheder, nok primært i forhold til den reelle søvnlængde og kvalitet. Man havde fået bedre data, hvis deltagerne havde lavet søvndagbog eller optimalt elektronisk søvnovervågning. Særligt da man ved, at søvnlængde og kvalitet ofte underrapporteres. Man kunne også have brugt metoder som "Sleep Time" appen, der registrerer vågenperioder (i form af bevægelser registreret når telefonen er placeret under hovedpuden), og hermed muligvis få et mere præcist mål for søvnlængden.

Styrkerne ved vores studie er den høje svarprocent, hvilket giver statistisk styrke. Desuden er hyppigheden af forekomsten af søvnforstyrrelser meget høj, hvilket tydeliggør hvor udbredt søvnforstyrrelser egentlig er.

Diskussion af fund

I vores studie var den gennemsnitlige søvnlængde 6,2 timer. For kvinder 6,3 timer og mænd 6,0 timer. Det er dog vigtigt at bemærke, at tidsangivelsen for søvnlængden i spørgeskemaet og resultatberegningen ikke er ens. Dette kunne undervurdere den samlede andel af populationen, som sover mindre end den anbefalede søvnlængde på 7-8 timer[3]. I spørgeskemaet, er søvninterval 6-8 timer, men i beregningen opgjort som 7 timer. Det vil sige, der kunne være deltagere, som kun sover 6 timer i døgnet og dermed burde høre til i kategorien, for dem som sover under anbefalet søvnlængde.

Hvad den anbefalede søvnlængde bør være, er der ikke enighed om i litteraturen. Jævnfør kilde 1, anbefales 6-9 timer. Endvidere er der individuelle forskelle, og ældre har generelt brug for mindre søvn. Stør

yderligere forskning, i form af større observationelle studier, for bedre at kunne tage højde for confounders samt sætte større fokus på søvnkvaliteten.

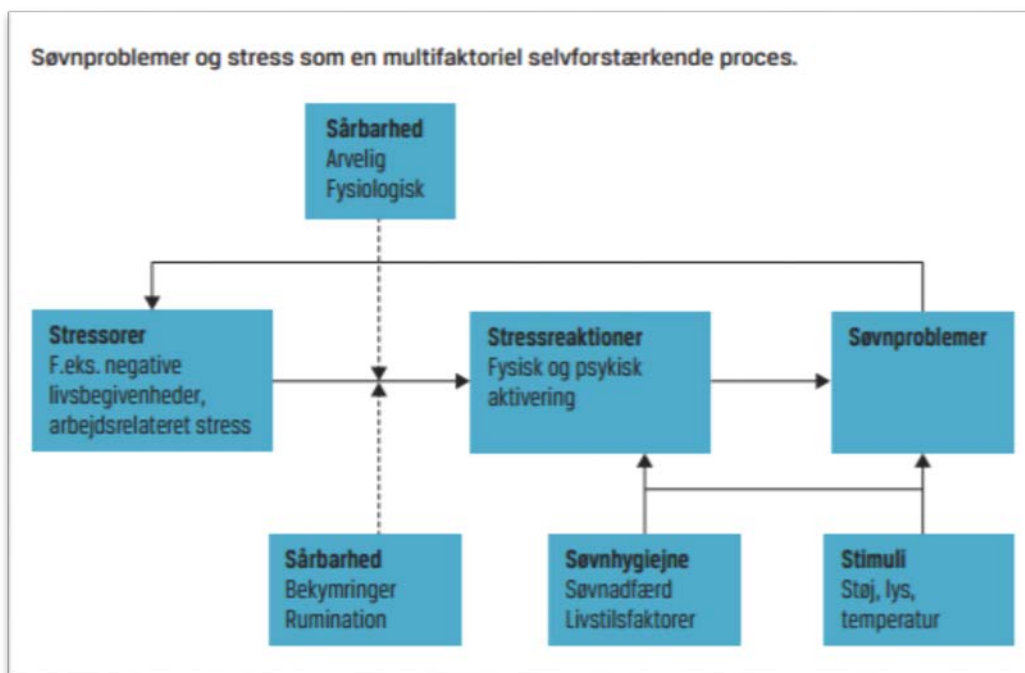
Kort søvn er forbundet med overvægt hos voksne. Både dårlig søvnkvalitet og forkert søvnlængde, er associeret med øget risiko for type 2 diabetes og hjerte-kar-sygdom [1,2]. I vores studie, har vi dog ikke kunnet vise sammenhæng mellem BMI, diabetes, hjertekarsygdom, hypertension og søvnlængde. Det skyldes muligvis, at vi har relativt få deltagere i de enkelte grupper. En anden forklaring kunne være, at vi har anvendt forkortelsen BT for blodtryk, hvilket har medført at nogle af deltagerne ikke har forstået spørgsmålet korrekt.

Årsagerne til dårlig søvn kan være mange, vi har fundet sammenhæng mellem natlige smerter og natlig vandladning. Derfor er det vigtigt først at udrede årsagen til søvnproblemer, da dette angiveligt i mange tilfælde kan give en åbenlys forklaring. Desuden skal overvejes, om årsagen kunne skyldes en enlig søvn lidelse, som for eksempel søvnapnø.

Korrelationen mellem depression og søvnkvalitet er tidligere veldokumenteret, og søvnforstyrrelser er et ledsagesymptom i diagnostikken af depression[7]. Emnet har ikke haft hovedfokus i denne opgave, men vores studie har understøttet det. Her fandt vi nemlig en sammenhæng mellem problemer med at falde i søvn og depression (figur 5).

Stress og belastende livsomstændigheder, kan i sig selv udløse søvnproblemer. Mens søvnproblemerne ofte er forbigående, kan de for nogle mennesker være en stress faktor, som bigrager til at vedligeholde søvnproblemerne, selv længe efter de belastende omstændigheder, som udløste søvnproblemerne, er overstået. Søvnproblemerne kan desuden bidrage til øget stressfølsomhed, lavere livskvalitet og flere bekymringer i dagtimerne og derved skabe en ond cirkel (figur 7), der på sigt kan øge risikoen for en række sygdomme [2].

De seneste år har der generelt været en meget restriktiv holdning til udskrivelse af sovemedicin, hvorfor man kunne forestille sig at der til tider sker en underbehandling. Medicinsk behandling i form af benzod



Figur 7 [2].

Selvurderet helbred, er en vigtig prognostisk faktor. Vores studie har vist, at personer som har vurderet deres helbred som

Konklusion

Overraskende mange i den undersøgte population har svært ved at sove. 45 % har ofte svært ved at sove igennem og 26 % har ofte svært ved at falde i søvn.

Selvvurderet helbred er en vigtig prognostisk faktor. Vores studie har vist, at personer som har vurderet deres helbred som elendigt eller dårligt (gruppe 2), har 4,5 gang større risiko for at have søvnproblemer.

Vi kan derfor konkludere, at søvnproblemer er et omfattende og vigtigt folkesundhedsproblem, som der i mange tilfælde kan gøres noget ved. Der er konsensus om at psykologisk behandling er mindst lige så effektiv som medicinsk behandling, hvorfor en lettere adgang til psykologisk behandling samt ændret ydelses struktur i almen praksis, kunne bedre mulighederne for optimal patient behandling.

I fremtiden bør søvnvaner måske inddrages i konsultationen, på lige fod med KRAM faktorer. Endvidere et større fokus på søvnvaner generelt.

Referenceliste

- 1) Poul Jennum mfl., Søvn og Sundhed, En rapport fra Vidensråd for forebyggelse, 2015: 1-224
- 2) Alice Jessie Clark, Dårlig søvn er en trussel mod helbredet, ugeskriftet.dk, 9.maj 2016: 1-6
- 3) Tong-Zu Liu, Sleep duration and risk of all-cause mortality: A flexible, non-linear, meta-regression of 40 prospective cohort studies, sleep medicine reviews, February 2016: 1-9
- 4) www.medicin.dk
- 5) Lulu Xie m.fl., Sleep drives the metabolite clearance from the adult brain, Science Vol 342 18 October 2013
- 6) Karen B m.fl., Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question
- 7) www.Laegehandbogen.dk, ICD-10 depression kriterier
- 8) www.medibox.dk

Bilag 1 – Patientfolder

Generelt om søvn

Søvnproblemer er meget almindelige, og rammer de fleste af os fra tid til anden. Undersøgelser har vist, at op til 11% af voksne danskere har været generet af søvnproblemer indenfor de sidste 2 uger, yderligere 30% har været lidt generet af søvnproblemer.

Søvnproblemer dækker over dårlig søvnkvalitet (svært ved at falde i søvn, mangel på sammenhængende søvn og tidlig opvågning), samt for kort eller for lang søvn.

Anbefalet søvnlængde er 6-9 timer, der er dog store individuelle forskelle og ældre har generelt brug for mindre søvn end yngre. Det tager normal ikke mere end 20 minutter at falde i søvn.

Søvnproblemer kan være et symptom på sygdom. Har problemerne stået på over længere tid - uden effekt af nedenstående råd, da tal med din læge!

Gode råd om søvn

1. Undgå stimulanser som kaffe, the, cola, alkohol og nikotin, flere timer før sengetid.
2. Undgå at drikke for meget inden sovetid. Man vækkes af en fyldt blære.
3. Vær passende mæt. Altså ikke for sulten, og lad være med at spise et stort måltid, lige inden du går i seng.
4. Vær fysisk aktiv i løbet af dagen, da det giver en naturlig træthed.
5. En god seng, i et mørkt soveværelse, med en passende temperatur.
6. Sørg for at gå i seng og stå op på regelmæssige tidspunkter. Dette fremmer en regelmæssig døgnrytme.
7. Hvis du har søvnproblemer, skal du undgå at sove i løbet af dagen, også selvom du er søvnig. Søvnigheden går som regel over efter et stykke tid.
8. Gå kun i seng, når du er søvnig, og forlad soveværelset, hvis du ikke kan falde i sø

13. Mennesker med søvnproblemer undervurderer ofte det antal timer, som de sover. Før søvndagbog, hvor du noterer, hvornår du gik i seng, hvornår du ca. faldt i søvn, hvor mange gange du vågnede om natten, hvornår du vågnede om morgenen, og hvornår du stod op. Mange vil blive overraskede over, hvor længe de faktisk sover.

[8]

Spørgeskemaundersøgelse i almen praksis

Vedvarende søvnproblemer kan have konsekvenser for dit helbred på længere sigt. Men hvad er hyppigheden og er der mulige sammenhænge med anden sygdom?

Det ønsker vi at se nærmere på og vil derfor bede om din hjælp til at udfylde vedhæftede spørgeskema. Det tager ca. 5 minutter og undersøgelsen er anonym.

På forhånd mange tak for din hjælp!

Med venlig hilsen

Læge Betina Sjøberg Wolff og

Læge Mette Lysholt Johannesen

Basisoplysninger

Køn ☐ Mand ☐ Kvinde ☐
Alder
Højde
Vægt

Civilstatus: Gift/parforhold ☐
Bor alene ☐

Har du børn Ja ☐ Antal: Alder:
Nej ☐

Arbejdet

Uddannelsesniveau:

9/10klasse ☐ Kort uddannelse ☐ Mellemlang uddannelse ☐ Lang videregående uddannelse ☐

Antal arbejdstimer pr. uge

Ikke i arbejde ☐

Uden for arbejdsmarkedet (pensionist/førtidspensionist/hjemmegående) ☐

Søvn

Svært ved at falde i søvn Nej ☐ Ja, men sjældent ☐ Ja, ofte ☐

Svært ved at sove igennem Nej ☐ Ja, men sjældent ☐ Ja, ofte ☐

Gennemsnitlig søvnlængde:

Under 4 timer ☐ 4-5 timer ☐ 5-6 timer ☐ 6-8 timer ☐ over 8 timer ☐

Føler du dig udhvilet når du er kommet op om morgenen Oftest ☐ For det meste ☐ Sjældent ☐

Helbred

Hvordan vil du selv vurdere dit helbred

Fremragende ☐ Godt ☐ Dårligt ☐ Elendigt ☐

Har du eller har du tidligere haft følgende:

Psykiske problemer, f.eks. stress, angst, nervøsitet	Ja ☐	Nej ☐
Psykiske reaktioner f.eks. irritabilitet, raskløshed og tristhed	Ja ☐	Nej ☐
Generelt tendens til bekymring	Ja ☐	Nej ☐
Depression	Ja ☐	Nej ☐
Appetitforstyrrelser, forstoppelse eller diarre	Ja ☐	Nej ☐
Sure opstød eller tendens til for meget mavesyre	Ja ☐	Nej ☐
I behandling for hørhøret BT	Ja ☐	Nej ☐
Sukkersyge	Ja ☐	Nej ☐
Hjertekarsygdom	Ja ☐	Nej ☐
Lungesygdom f.eks. KOL eller astma	Ja ☐	Nej ☐
Allergi	Ja ☐	Nej ☐
Tilbagevendende hovedpine	Ja ☐	Nej ☐
Sygdomme i bevægapparatet (feks gigt, rygsmerter)	Ja ☐	Nej ☐
Problemer med potens eller sexlyst	Ja ☐	Nej ☐
Hyppig natlig vandladning (mere end 1 vandladning pr. nat)	Ja ☐	Nej ☐
Tilbagevendende hovedpine	Ja ☐	Nej ☐
Smerter af et sådant omfang at søvnen påvirkes		

Rygning

Ryger du

Ja ☐

Nej ☐

Alkohol og stimulanser

Hvor mange genstande drikker du pr. uge

0 ☐

0-7 ☐

8-15 ☐

over 15 ☐

Forbrug af stimulanser f.eks hash

Ja ☐

Nej ☐

Motion

Antal timer pr. uge med gang, cykling eller havearbejde (inkl. Fysisk aktivitet på jobbet)

0-3 ☐

3-5 ☐

5-7 ☐

over 7 ☐

Antal timer med høj fysisk aktivitet pr. uge (idræt)

0 ☐

1-3 ☐

Bilag 3: - Sammenhæng: lægekontakt-selvurderet helbred

Sammenhængen mellem selvurderet helbred og kontakter til egen læge, indlæggelser og dødelighed [6].

