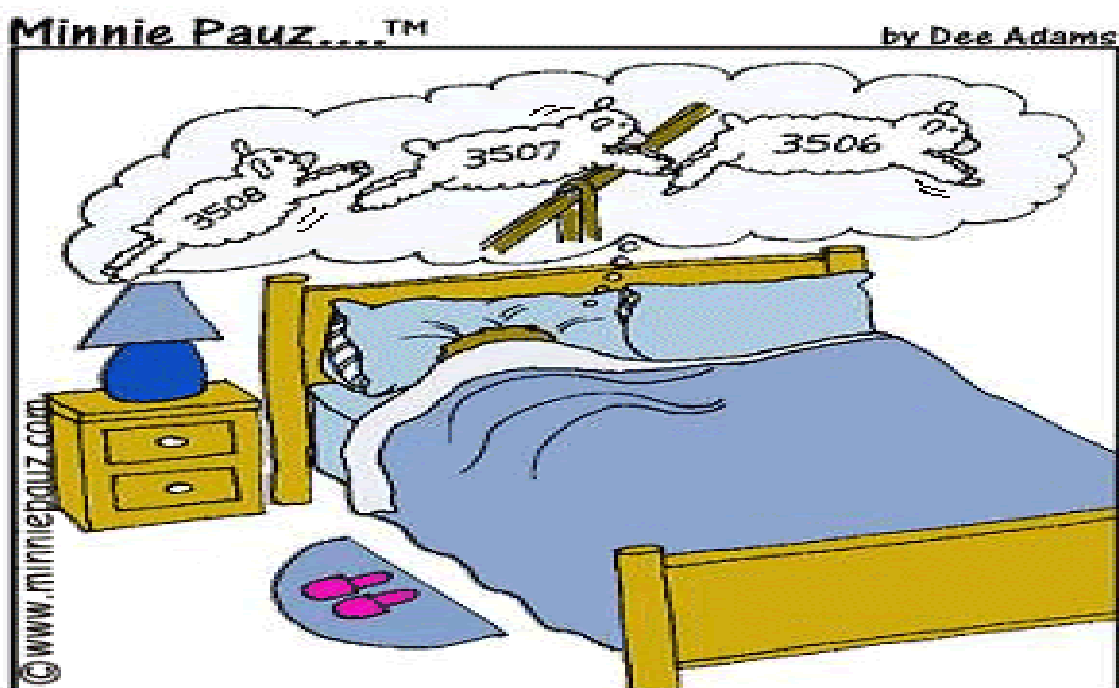


# Håndtering af primær kronisk insomni i almen praksis



Maria Korshøj Andersen, Nora Juliane Streubühr, Karen Lærke Svenningsen og Mathias Bogh

Hold: 48

Vejleder: Bo Christensen

# Indhold

Indhold	2
Introduktion	3
Metode	5
Litteratursøgning	5
Empirisk del	5
Resultater	6
Respondenter	6
Søvnråd	6
Søvnskema	7
Håndtering og henvisning	7
Vejledning i praksis	8
Viden og uddannelse	8
Diskussion	9
Perspektiver	11
Konklusion	11
Appendix	13
Appendix A	13
Appendix B	14
Referencer:	18

# Introduktion

Søvn og søvnkvalitet er gennem de seneste år kommet mere i fokus. Jævnfør Vidensråd for Forebyggelses rapport om søvn og sundhed fra 2015, angiver op mod 40 % af danskerne søvnproblemer i løbet af en 14-dages periode. Længerevarende søvnforstyrrelser kan have betydende fysiske konsekvenser, idet søvnmangel er associeret til overvægt, diabetes type 2, stroke, iskæmisk hjertesygdom og general overdødelighed (F). Søvnforstyrrelser omfatter en stor gruppe af heterogene tilstande (H) (eks. søvnapnø, restless leg syndrom, narkolepsi, mani, depression, ADHD) med forringet søvn og søvnkvalitet.

I denne opgave har vi valgt at kigge nærmere på primær kronisk insomni (PKI) og håndteringen af dette i almen praksis.

Insomni defineres ved mindst et søvnproblem og et vågenhedsproblem (tabel 1) (B). Overordnet inddeles insomni afhængig af varighed; akut under 3 måneder eller kronisk over 3 måneder. Kronisk insomni opdeles også i primær eller sekundær,

afhængigt af om insomnien er patientens hovedproblem, eller en mindre del/udløst af et større sygdomsbillede. *Tabel 1: Søvnproblemer og vågenhedsproblemer*

De non-farmakologiske behandlingsstrategier er førstevalgs behandling for ikke somatisk betingede søvnforstyrrelser, heriblandt PKI. Behandlingen inddeles overordnet i stimulus-kontrol terapi, døgnrytme konsolidering, søvnrestriktion, afslapningsteknikker og kognitiv terapi (A,B). I disse strategier er der en del overlappende anbefalinger. Man har ud fra ovenstående teorier og betragtninger omkring almindelig livsførelse også sammenfattet nogle søvnhygiejniske råd. Kognitiv adfærdsterapi kan inddrage alle ovenstående teorier og råd med udgangspunkt i den enkelte patient (A). Vi har i appendix A, samlet en oversigt over de forskellige teorier og behandlingsstrategier samt råd fra gængse opslagsværker (A,B).

Brug af z-hypnotika er 2. valgsbehandling og anbefales kun brugt i kortere perioder (<1 mdr.) hvor det er uundgåeligt (D). Dette skyldes at brug z-hypnotika giver forringet søvnkvalitet (forringet dyb NonREM- og REMsøvn), med påvirkning af kognitive funktioner, frakturrisiko samt generel overdødelighed (D). Desuden opstår der tilvænning hvilket kan give rebound-insomni ved ophør og dette giver seponerings vanskeligheder (A). Aftrapning fra z-hypnotika er nødvendig efter kun

## Søvnproblemer

- Indsovningsbesvær, længere end 30 min
- Gennemsovningsbesvær, opvågning og besvær med at falde i søvn igen
- For tidlig opvågning eller oplevelsen af ikke at være udhvilet

## Vågenhedsproblemer

- Træthed, søvnighed
- Koncentrationsbesvær
- Hukommelsesbesvær
- Humørsvingninger, øget irriterabilitet
- Nedsat energi
- Øget risiko for fejl
- Øget risiko for ulykker
- Bekymringer angående søvnen

få ugers behandling (D).

Non-farmakologisk behandling med kognitiv terapi er varigt og uden bivirkninger. Det er vist at det kan forlænge søvnen med 22 minutter. Interaktiv kognitiv terapi som internetbaseret selvbehandling har vist forlængelse af søvn med 20min (G). Z-hypnotika er vist at forlænge søvnen med 29 minutter (D).

I 2017 blev der gennemført et audit i Region Syddanmark med formålet at kvalitetsforbedre indsatsen for patienter med søvnproblemer i almen praksis. Her fandt man at lidt under halvdelen af patienterne modtog søvnhygiejniske råd. 14% modtog samtaleterapi i praksis, mens kun 1 ud af 10 blev henvist til andre behandlere som bla søvnklinik eller psykolog. 72% af patienterne blev fremover behandlet med sovemedicin (C), hvilket er mod den anbefalede behandling af søvnforstyrrelser uden somatisk årsag (B). Den primære behandling i disse tilfælde burde være kognitiv adfærdsterapi som nævnt ovenfor (C).

Man fandt også at der var meget forskel imellem praksis. I nogle praksis fik 77% af patienterne ingen sovemedicin, mens hos andre blev der registreret, at alle patienter fik ordineret sovemedicin (C). I ca halvdelen af de registrerede konsultationer efterlyste patienten selv en recept på sovemedicin, og i 39% af konsultationerne havde patienten andre forventninger (C).

I de almindeligt tilgængelige guidelines (B) anbefales brug af søvnskema, for at klarlægge patientens søvnmønster og sikre engagement fra patientens side.

Borba et al har fundet at mindst 7 sammenhængende dage inklusive weekenden er repræsentativt (E), mens Aili et al har fundet at data fra 5 nætter er tilstrækkeligt, hvis man vil have information om søvnen (I).

Auditten viste en stor interpraksis variation i behandlingen af søvnforstyrrelser, og relativt mange patienter behandles med sovemedicin. Hvis man ikke er tilstrækkeligt uddannet til at behandle søvnforstyrrelser, kan det være en kompleks opgave at afklare, afgrænse og behandle patienter med søvnforstyrrelser og herunder patienter med PKI.

Formålet med vores projekt er at undersøge, hvordan praktiserende læger non-farmakologisk håndterer patienter med primær kronisk insomni.

Mere konkret vil vi belyse følgende:

- Hvilke søvnforbedrende råd anbefaler praktiserende læger patienter med primær kronisk insomni?
- I hvilken grad bruges søvnskema i udredningen af patienter med primær kronisk insomni?
- Har praksis udarbejdet en vejledning til håndteringen af patienter med primær kronisk insomni?
- Er der et behov for henvisningsmuligheder til patienter med primær kronisk insomni?

- Fylder håndtering af patienter med primær kronisk insomni nok i uddannelsen til almen medicin?

## Metode

Indledningsvist blev der søgt baggrundsviden og klassifikation af søvnforstyrrelser (H). Efter gennemgang af disse, valgte vi at fokusere nærmere på tilstanden primær kronisk insomni.

### Litteratursøgning

Litteratursøgningen blev foretaget d. 28/10-2020-10/11-2020.

Google søgning på "insomni" og "håndtering i almen praksis" gav sundhedsstyrelsens anbefaling (A).

Der blev taget udgangspunkt i 2 artikler fra månedsskrift for almen praksis (C,D) fundet ved søgning i medibox på: "insomni" og der blev efterfølgende fundet supplerende artikler (G,F) på referencelisterne fra de 2 artikler (C,D)

Søgningen i PubMed med følgende MESH-søgeord: "SLEEP DIARY" AND "RELIABILITY" gav 39 artikler. Efter læsning af abstract fandt vi 4 artikler med relevans for projektet.

### Empirisk del

Projektet er baseret på en anonym spørgeskemaundersøgelse, udsendt per mail til almen praksis i Region Midt. Inklusionkriteriet var at læge arbejdede i almen praksis.

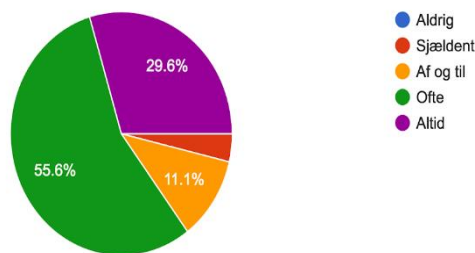
Spørgeskemaet indeholder 19 spørgsmål, som vi har udarbejdet i gruppen. Der var to i gruppen, som opstillede spørgsmålene, hvorefter de to andre i gruppen kom med inputs og optimerede spørgsmålene i samråd med vejleder Bo Christensen. Grundet projektets tidshorisont var det ikke muligt, at gennemføre en pilottest og validering af spørgeskemaet på testpersoner inden endelig udsendelse. Metoden er primært kvantitativ med enkelte muligheder for at skrive fri tekst. Spørgeskemaet er vedlagt som appendix B.

Spørgeskemaet blev udformet i det internetbaserede spørgeskema Google Analyse og udsendt via URL og indsamlet i tidsrummet d. 15.11. og d. 11.12.2020.

Der blev sendt link til spørgeskemaet via mail til gruppens lægekolleger i tutorpraksis, samt til medkursister, som vi opfordrede til at videresende spørgeskemaet til deres lægekolleger i almen medicin.

Data blev ekstraheret til google sheet via spørgeskemaets indbyggede funktion. Der blev gennemført crossanalyse ved hjælp af funktionen countifs.

Hvor ofte kommer du med søvnforbedrende råd til patienter med primær kronisk insomni?  
27 responses



## Resultater

### Respondenter

Figur A

27 respondenter udfyldte spørgeskemaet.

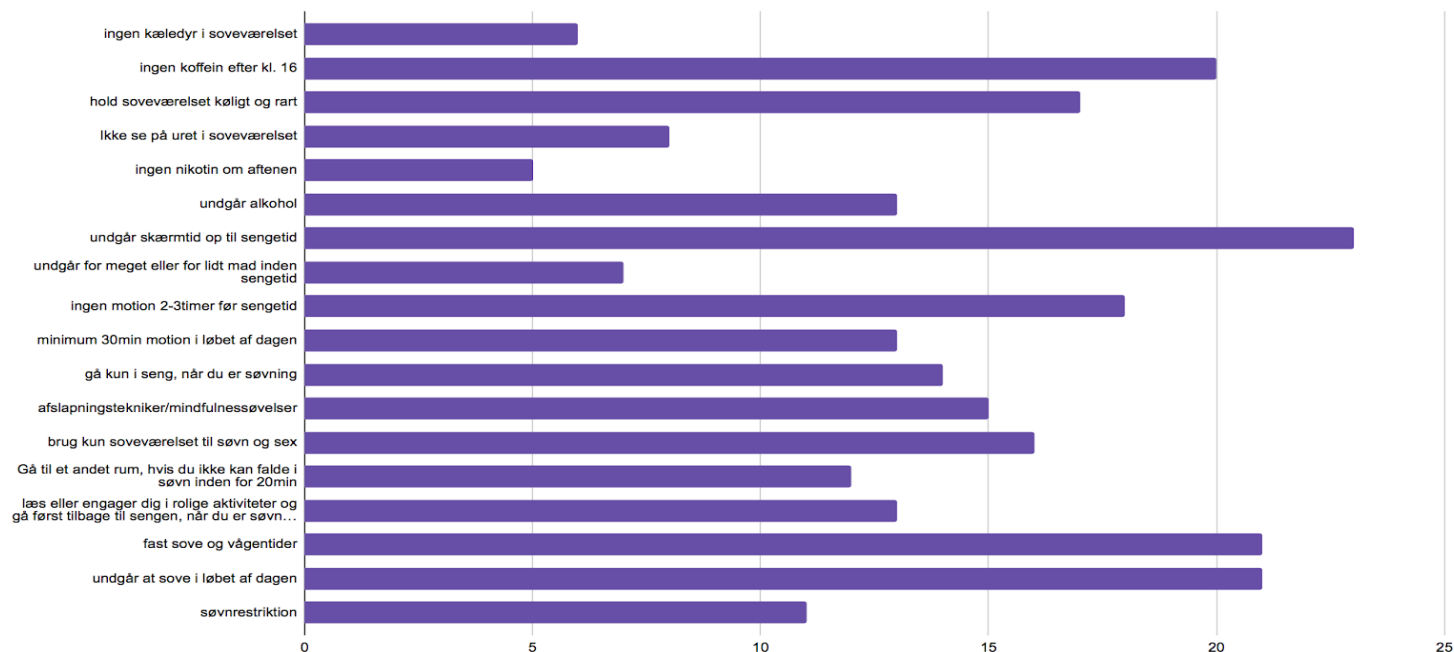
18 respondenter er speciallæger i almen medicin, mens 9 respondenter er uddannelseslæger

### Søvnråd

For at afklare hvilke søvnforbedrende råd som praktiserende læger anvender under håndteringen af PKI, stillede vi spørgsmål om hvor ofte der anvendes søvnforbedrende råd og i så fald hvilke der anvendes.

Størstedelen af lægerne benytter sig altid eller ofte af søvnforbedrende råd (29,6%+55,6% =85,2%) se figur A.

Hvilke søvnråd bruger du til patienter med PKI



Figur B

I figur B får vi kvantitativ information om de anvendte søvnråd. Fire søvnråd anvendes i over 75% af tilfældene. Disse er; "Ingen koffein efter kl. 16.00", "Undgå skærmtid op til sengetid", "faste sove og vågentider" og "Undgå at sove i løbet af dagen".

De fire mindst brugte søvnråd er; "ingen kæledyr i soveværelset"(22,2%), "Ingen nikotin om aftenen"(18,5%), "undgå for meget eller for lidt mad inden sengetid"(25,9%) og "kig ikke på uret i soveværelset"(29,6%).

## Søvnskema

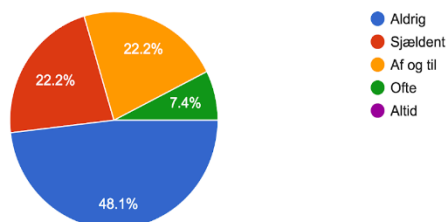
Figur C viser at søvnskema ikke er et hyppigt anvendt redskab. 7,4% bruger det ofte, mens 70,3% bruger det sjældent eller aldrig.

I figur D kan man se, at det mest er speciallægerne, som benytter sig af søvnskemaet, hvor 5% svarer, at de bruger det ofte og 33% bruger det af og til.

## Håndtering og henvisning

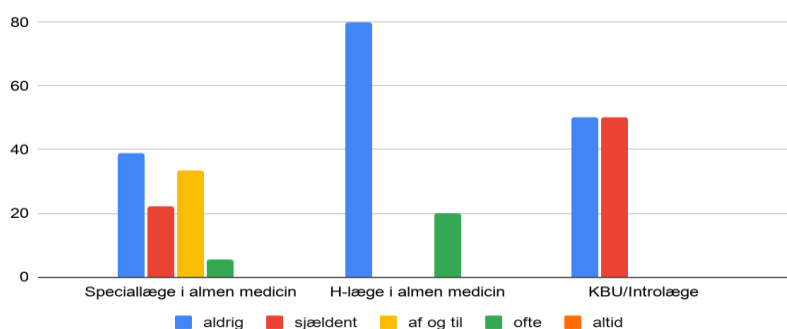
Generelt anbefales kognitiv adfærdsterapi mm. som behandling. Dette indebærer typisk opfølgning og samtaler, eller henvisning til specialist (psykolog eller søvneksper). 7,4% af lægerne i vores spørgeskema tilbyder ofte eller altid samtaler (tabel 2). Af de 23 respondenter som bruger samtaler angiver kun 5 respondenter (21,7%) at anvende kognitiv adfærdsterapi (tabel 3).

Bruger du søvnskema (patienten registrerer søvn over flere dage) i din udredning af primær kronisk insomni?  
27 responses



Figur C

Bruger du søvnskema (patienten registrerer søvn over flere dage) i din udredning af primær kronisk insomni?



Figur D

Tabel 2 [%]	Aldrig	Sjældent	Af og til	Ofte	Altid
Hvor ofte tilbyder du samtaler hos dig til patienter med primær kronisk insomni?	14,8	29,6	48,1	3,7	3,7
Hvor ofte henviser du patienter med primær kronisk insomni til psykolog?	48,1	33,3	18,5	0	0
Gør du patienter opmærksom på private tilbud til behandling af primær kronisk insomni?	66,7	22,2	7,4	3,7	0

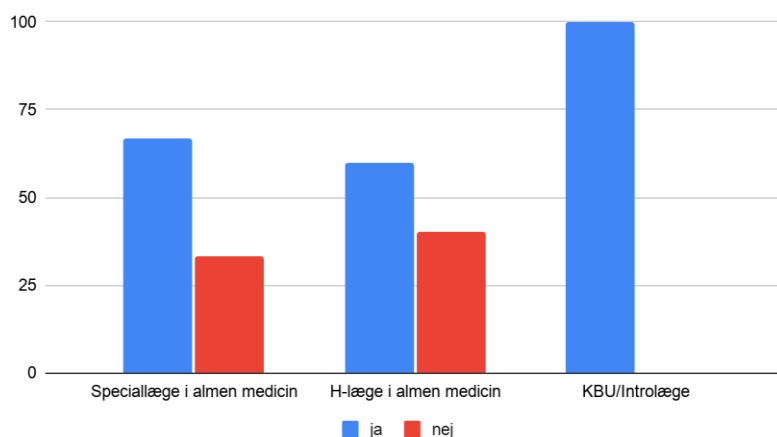
Tabel 2

Tabel 3 [%]	Ja	Nej
Hvis du tilbyder samtaler hos dig- bruger du kognitiv adfærdsterapi?	21,7	78,3
Vil du henvise flere til psykolog hvis primær kronisk insomni er et kriterium for henvisning med tilskud?	74,1	25,9
Vurderer du at der er et behov for offentlige henvisningsmuligheder til behandlingsresistente patienter med primær kronisk insomni?	80,8	19,2

Tabel 3

Ingen læger tilbyder ofte eller altid henvisning til psykolog, mens 18,5% gør det af og til (tabel 2). 3,7% gør ofte patienterne opmærksom på private tilbud, 7,4% gør det af og til, mens 66,7% aldrig gør det (tabel 2). Af de 9 respondenter, som har svaret, at de informerer om anden behandlings instans har 7 af dem har kvalificeret dette med en af følgende; *psykolog, psykoterapeut, mindfulness* eller *søvnklinik*. 74,1% af de adspurgte vurderer, at de ville henvise flere patienter til psykolog, hvis der var offentligt tilskud. 80,8% af lægerne ønsker offentlige henvisningsmuligheder (tabel 3).

Savner du en vejledning fra DSAM ang. insomni?



Figur E

## Vejledning i praksis

Blandt respondenterne var der 5 (18,5%) som angav at have en vejledning lokalt i praksis. 70,4% savner en klinisk vejledning fra Dansk Selskab for Almen Medicin (tabel 4), 7 respondenter skrev hvilken vejledning, som de brugte. Der blev nævnt; *“lægehåndbogen”, “SST”* og *“medibox”*.

Tabel 4 [%]	Ja	Nej
Har I lavet jeres egen vejledning i din praksis til at håndtere patienter med insomni?	18,5	81,5
Savner du en vejledning fra DSAM ang. insomni?	70,4	29,6

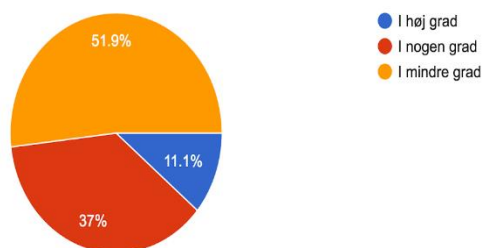
Tabel 4

Det er ikke kun de yngste læger, som savner en vejledning fra Dansk Selskab for Almen Medicin. 66% af speciallægerne og 60% af HU lægerne savner en vejledning (figur E).

## Viden og uddannelse

Vi spurgte ind til lægernes følelse af at være uddannet og fagligt rustet til at håndtere patienter med PKI. 51,9% føler sig i mindre grad rustet til håndteringen af disse patienter, men kun 11,1% føler sig i høj grad rustet til dette (figur F). Specielt de yngre læger føler sig i mindre grad rustet til, at håndtere PKI patienter (4 KBU læger svt. 100% af KBU læger og 4 H-læger svt. 80% af H-lægerne). Generelt føler speciallæger i almen medicin sig

Føler du dig fagligt godt rustet til at håndtere primær kronisk insomni?  
27 responses



Figur F



mere rustet til at håndtere patienter med PKI. 6 speciallæger sv. 33,3%, føler sig i mindre grad rustet, mens 3 speciallæger sv. 16,7% føler sig i høj grad godt rustet (figur G).

Det viser sig, at 74,1% af respondenterne selv har søgt viden. Ca ¼ har deres viden fra universitetet og fra speciallægeuddannelsen (Figur H). 1 respondent har været på kursus i insomni.

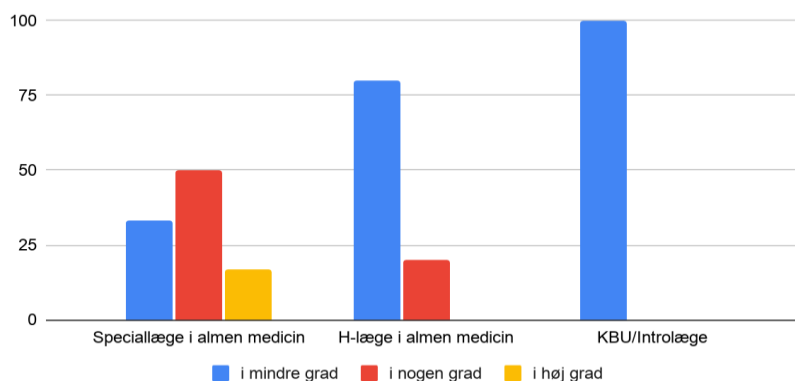
22 respondenter sv. 81,4% svarer, at de ønsker sig mere uddannelse i håndteringen af patienter med PKI. Af disse ønsker klart hovedparten 68,2 %, at dette ligger, som en del af speciallægeuddannelsen (Figur I).

## Diskussion

Vi fandt, at over halvdelen (51,9%) af de adspurgte læger i mindre grad føler sig godt rustet, til at håndtere PKI patienter. Af de resterende var det kun 11,1%, som i høj grad følte sig godt rustet til at håndtere PKI patienter. Databehandlingen viser, at det især er uddannelseslæger, som mest udtalt ikke føler sig godt nok rustet til at håndtere PKI patienter. Der er et stort behov for uddannelse, idet 81,4% ønsker sig mere uddannelse i at håndtere denne patientgruppe. Ligeledes vurderer hele 80,8%, at der er behov for offentlige henvisningsmuligheder til behandlingsresistente PKI patienter. 70,4% ønsker en vejledning fra DSAM.

Den anbefalede behandlingsform til PKI patienter er samtaleterapi/kognitiv adfærdsterapi. 7,4% tilbyder ofte eller altid samtaler i almen praksis, hvorimod 44,4% sjældent eller aldrig bruger samtaleforløb.

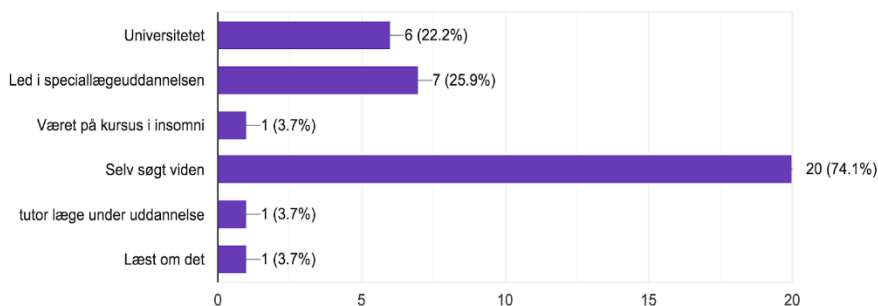
Føler du dig fagligt godt rustet til at håndtere primær kronisk insomni?



Figur G

Hvorfra har du din primære viden iforhold til at behandle primær kronisk insomni?(du kan sætte flere krydser)

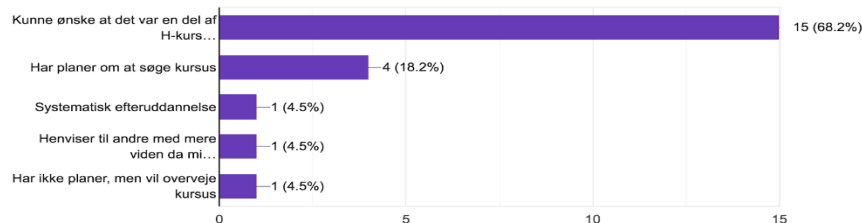
27 responses



Figur I

Ønsker du dig mere uddannelse i håndtering af patienter med primær kronisk insomni?(du kan sætte flere krydser)

22 responses



Figur H

Vores undersøgelse fandt, at størstedelen af lægerne bruger søvnråd og det stemmer overens med fundene i audit, hvor søvnhygieniske råd var den hyppigste anvendte behandlingsform (45%). Vi finder, at det er en mindre del, som modtager samtaleterapi i almen praksis i overensstemmelse med audit, som finder at 14% af patienterne modtog samtaleterapi i almen praksis. Ligeledes finder vi, at det er et fåtal, som henvises til anden behandling, hvor audit fandt at 9% blev henvist til anden behandler som fx psykolog eller søvnklinik. Vores resultater er sammenlignelige med audits (C).

Vi kunne med fordel have undersøgt årsagen til, at brug af samtaleterapi ikke er mere udbredt. Det vil være interessant at klarlægge om det skyldes manglende viden om, at det er den anbefalede behandling til patienter med PKI eller om det ikke vurderes relevant.

Brug af kognitiv adfærdsterapi er meget lidt udbredt, vi vurderer, at det kan skyldes manglende mestring af denne behandlingsform fra lægens side. Behandlingsformen er tidskrævende for både læge og patient. Desuden formoder vi, at det kan være sværere at motivere patienter til terapiformer, som kræver en større indsats fra patienten.

Vi formoder, at 27 forskellige læger har udfyldt spørgeskemaet. Det er dog teoretisk muligt, at den samme læge har indsendt flere besvarelser.

De fleste læge har svaret på alle spørgsmålene, men enkelte spørgsmål er ikke besvaret af alle. Det ses som en styrke i formuleringen af spørgsmålene i spørgeskemaet, at der er variation i lægernes svar.

Der er risiko for selektionsbias, da praksisser ej er tilfældigt udvalgt. Der er relativt få besvarelser og disse er begrænset af, at respondenterne er fra få praksisser. Vi må formode, at der i samme praksis er tendens til samme tilgang til patienter med primær kronisk insomni, som har trukket resultaterne i den samme retning. Vi formoder, at der er en større motivation til besvarelse af spørgeskema i gruppens tutorpraksisser, og det kan gøre svarprofilen mere ens, da besvarelsen primært er fra blot 4 praksisser. Samlet vurderer vi, at vores undersøgelse ikke umiddelbart kan generaliseres til almen praksis. Men resultaterne er dog i overensstemmelsen med audits(C).

En svaghed ved vores undersøgelse kan være definitionen af PKI. Vi har forsøgt at definere patientgruppen, men vi kan være i tvivl om, der i den kliniske virkelighed findes en så klart defineret patientgruppe.

I spørgeskemaet finder vi lav anvendelse af søvnskemaer. 7,4% bruger det ofte, mens 70,3% bruger det sjældent eller aldrig. Vi kan dog ikke vurderer, om det er et resultat af manglende kendskab til søvnskemaer, eller om lægerne ikke finder dem relevant i udredningen. Dette kunne med fordel have været et supplerende spørgsmål.

I spørgeskemaet har vi forsøgt, at få klarlagt hvilke søvnråd der anvendes mest. Vi kan se, at alle opstillede søvnråd bruges i større eller mindre grad. Vi kan ikke ud fra vores data vide om rådene

gives til den samme patient, men vi formoder, at lægen målretter rådene til den enkelte patient. Det kan tænkes, at de mange opstillede søvnråd, giver en tendens til at afkrydse flere, end hvis de selv skulle have skrevet søvnrådene i fritekst.

Ud fra formuleringen af vores spørgsmål ang. om de henviser til psykolog, kan vi være i tvivl om, at dem der svarer aldrig, svarer sådan fordi det ikke er et henvisningskriterium eller, fordi de ikke synes, at det er relevant.

Det vurderes muligt, at uddannelseslæger ikke har viden om en vejledning ang. PKI som måske foreligger i praksis. Det vil kunne give et misvisende resultat om praksis har en vejledning, og ligeledes hvorvidt der er ønske herom.

## Perspektiver

Vi ser en klar tendens til, at uddannelseslæger i almen praksis i mindre grad føler sig rustet til at håndtere patienter med PKI. For at bekræfte denne tendens, vil det være relevant, at undersøgelsen blev lavet på mere geografiske spredte og tilfældigt udvalgte respondenter. Svarene i spørgeskemaet indikerer at læger, som arbejder i almen praksis, vurderer at der er et behov for henvisning til psykolog med tilskud og henvisningsmuligheder i det offentlige system. Vi har fundet et udbredt ønske om mere uddannelse, især som led i speciallægeuddannelsen og en DSAM vejledning. Såfremt dette ønske blev opfyldt, ville behovet for henvisningsmuligheder formentligt også være mindre. Den store andel af respondenter, der selv har søgt viden om emnet, understøtter at der er et behov for yderligere uddannelse.

Vores undersøgelse bekræfter den antagelse vi havde internt i gruppen, om et behov for mere uddannelse i at håndtere PKI patienter i almen praksis.

En oplagt mulighed kunne være, at det blev integreret i hoveduddannelsen til almen medicin, evt. som et SPEAM kursus, gerne med fokus på kognitiv adfærdsterapi og teknikkerne heri. Det vil selvfølgelig være en prioritering i forhold til andre SPEAM kurser.

Der er et stort ønske, især fra uddannelseslæger i almen praksis om en vejledning fra DSAM. Der er aktuelt en vejledning fra SST, som man med fordel kunne tilpasse lokale forhold i praksis.

## Konklusion

Samlet finder vi, at størstedelen af de adspurgte læger ikke føler sig rustet til at håndtere PKI patienter. Der er generelt et ønske om mere uddannelse, især som en del af hoveduddannelsen til almen medicin. Lægerne udtrykker et klart ønske om henvisningsmuligheder til patienter med primær kronisk insomni.

Det er få praksisser, som har deres egen vejledning til håndtering af patienter med PKI, der er et stort ønske om en vejledning fra DSAM. Søvnskema anvendes ikke hyppigt, selvom at det er en del

af anbefalingerne. Vores undersøgelse har vist at de 4 mest anvendte søvnråd er følgende: *Undgå skærmtid op til sengetid, faste sove og vågentider, undgå at sove i løbet af dagen, ingen koffein efter kl 16.*

Det er nødvendigt med yderligere undersøgelse på området for at validere ovenstående tendenser.

# Appendix

## Appendix A

Råd til forbedring af søvnen	
Kognitiv terapi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ændre forkerte overbevisninger</li></ul>
Søvnhygiejne	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ingen kæledyr i soveværelset</li><li>• Ingen koffein efter kl 16</li><li>• Ingen alkohol</li><li>• Hold soveværelset køligt og rart.</li><li>• Se ikke på uret i soveværelset</li><li>• Ingen nikotinbrug om aftenen</li><li>• Ingen motion 2-3 timer før sengetid, dog 30 min. motion dagligt.</li><li>• Undgå skærmtid op til sengetid</li><li>• Undgå for meget eller for lidt mad inden sengetid</li></ul>
Stimuluskontrol	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gå kun i seng når du er søvnig</li><li>• Brug kun soveværelset til søvn og sex</li><li>• Gå til et andet rum hvis du ikke kan falde i søvn i løbet af 20min</li><li>• Læs eller engager dig i rolig aktiviteter og gå først tilbage til sengen, når du er søvnig</li><li>• Fast sove og vågentider</li></ul>
Søvnbegrænsning	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tiden i sengen forsøges reduceret til den tid patienten sover.</li><li>• Gå i seng når du vanligvis falder i søvn</li><li>• Når søvneffektiviteten (tid i seng/søvn) når 90% øges ophold i sengen med 15min/uge.</li></ul>
Afslapningsteknikker	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mindfulness</li><li>• Muskelafslapning</li><li>• Meditation</li></ul>
Døgnrytmekonsolidering	<ul style="list-style-type: none"><li>• styrke det indre ur</li></ul>

## Appendix B

### [Spørgeskema: Insomni, non-farmakologisk håndtering i almen praksis](#)

Dette spørgeskema går på, hvordan du håndterer patienter, som henvender sig med kronisk (>3 måneder) insomni.

Det er afgrænset til primær insomni, defineret ved: søvnløshed, hvor der ikke kan findes nogen umiddelbar medicinsk, psykiatrisk eller anden årsag.

Derfor bruges betegnelsen primær kronisk insomni i spørgeskemaet.

**Samtykke du til at data bruges i anonymiseret form i offentliggjort forskningstræningsopgave?** Ja, Nej

**Din stilling?** KBU/Introlæge, H-læge i almen medicin, Speciallæge i almen medicin, Other:

**Hvis speciallæge, hvor mange år har du arbejdet som speciallæge i almen praksis?**

**Bruger du søvnskema (patienten registrerer søvn over flere dage) i din udredning af primær kronisk insomni?** Aldrig, Sjældent, Af og til, Ofte, Altid

**Hvor ofte kommer du med søvnforbedende råd til patienter med primær kronisk insomni?** Aldrig, Sjældent, , Af og til, Ofte, Altid

**Hvis du bruger søvnforbedende råd, hvilke anbefaler du patienter med primær kronisk insomni: (du kan sætte flere krydser)** Ingen kæledyr i soveværelset, Ingen koffein efter kl. 16, Hold soveværelset køligt og rart, Ikke se på uret i soveværelset, Ingen nikotinbrug om aftenen, Undgå alkohol, Undgå skærmtid op til sengetid, Undgå for meget eller for lidt mad inden sengetid, Ingen motion inden for 2-3 timer før sengetid, Minimum 30 min. motion i løbet af dagen, Gå kun i seng, når du er søvnig, Afslapningstekniker/mindfulnessøvelser, Brug kun soveværelset til søvn og sex, Gå til et andet rum, hvis du ikke kan falde i søvn inden for 20 minutter, Læs eller engager dig i rolige aktiviteter og gå først tilbage til sengen, når du er søvnig, Faste sove og vågentider, Undgå at sove i løbet af dagen, Søvnrestriktion, Other:

**Hvor ofte tilbyder du samtaler hos dig til patienter med primær kronisk insomni?** Aldrig, Sjældent, Af og til, Ofte, Altid

**Hvis du tilbyder samtaler hos dig- bruger du kognitiv adfærdsterapi?** Ja, Nej

**Hvor ofte henviser du patienter med primær kronisk insomni til psykolog ?** Aldrig, Sjældent, Af og til, Ofte, Altid

**Vil du henvise flere til psykolog hvis primær kronisk insomni er et kriterium for henvisning med tilskud?** Ja, Nej

**Gør du patienter opmærksom på private tilbud til behandling af primær kronisk insomni?** Aldrig, Sjældent, Af og til, Ofte, Altid

**Hvis du anbefaler private tilbud skriv gerne hvilke tilbud det drejer sig om:**

**Vurderer du at der er et behov for offentlige henvisningsmuligheder til behandlingsresistente patienter med primær kronisk insomni?** Ja, Nej

**Føler du dig fagligt godt rustet til at håndtere primær kronisk insomni?** I høj grad, I nogen grad, I mindre grad

**Hvorfra har du din primære viden iforhold til at behandle primær kronisk insomni?(du kan sætte flere krydser)** Universitetet, Led i speciallægeuddannelsen, Været på kursus i insomni, Selv søgt viden, Other:

**Ønsker du dig mere uddannelse i håndtering af patienter med primær kronisk insomni?(du kan sætte flere krydser)** Kunne ønske at det var en del af H-kurser, Har planer om at søge kursus, Other:

**Har I lavet jeres egen vejledning i din praksis til at håndtere patienter med insomni?**Ja, Nej

**Vi bruger vejledningen ang. insomni fra:**



Savner du en vejledning fra DSAM ang. insomni? Ja, Nej

## Referencer:

- A. Christensen KS, Jørgensen MB, Jennum PJ, Christensen ST. Håndtering af insomni hos voksne i almen praksis. Institut for rationel farmakologi. Oktober 2018. Også tilgængeligt under <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/rationel-farmakoterapi-8-2018/handtering-af-insomni-hos-voksne-i-almen-praksis>, (tilgået den 10.11.2020)
- B. Lægehåndbogen. Søvnløshed.  
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/generelt/tilstande-og-sygdomme/soevnforstyrrelser/soevnloeshed/> (tilgået 10.11.2020)
- C. MW Nielsen, MK Andersen, M Lundberg, J Lykkegaard, A Munk. Audit om behandling af søvnproblemer - i almen praksis. Månedsskrift for almen praksis. 2018 (11) 799-808
- D. Lykkegård J, Nielsen MW, Lundberg M, Andersen MK. Håndtering af søvnforstyrrelser i almen praksis - highlights fra et kursus. Månedsskrift for almen praksis, 2019 (1) 9-17
- E. De Alcantara Borba D, Reis RS, de Melo Lima PHT, Facundo LA, Narciso FV, Silva A, de Mello MT. How many days are needed for a reliable assessment by the sleep diary? Sleep Sci. 2020 (13,1) 49-53
- F. Vidensrådet for forebyggelse: Søvn og sundhed  
<http://www.vidensraad.dk/Videntema/soevn-og-sundhed>
- G. Zachariae R, Lyby MS, Ritterband LM, O'Toole MS. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia- A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Sleep Med. Rev. 2016 (30) 1-10
- H. [Brooke G Judd, MD](#), [Michael J Sateia, MD](#) Section, Classification of sleep disorders, UpToDate, [https://www.uptodate.com/contents/classification-of-sleep-disorders?search=sleep%20disorder&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/classification-of-sleep-disorders?search=sleep%20disorder&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1) (tilgået 5.11.2020)
- I. Aili K, Åström-Paulsson S, Stoetzer U, Svartengren M, Hillert L. Reliability of actigraphy and subjective Sleep Measurements in Adults: the design of Sleep Assessments. Journal of Clinical Sleep Medicine 2017 (13,1) 39-47