

Sömnstörningar hos barn

– kunskapsdokument

Som ett led i regeringsuppdraget att ”Utvidga kunskapen om barns läkemedel och deras användning” anordnade Läkemedelsverket 2012 ett möte med representanter för barn- och ungdomspsykiatri. Syftet var att identifiera kunskapsluckor samt föreslå speciella läkemedelsområden där det fanns behov av att sammanställa kunskap. Behandling av sömnstörningar hos barn var ett område som prioriterades.

Ett möte med experter på barns sömnproblem genomfördes i februari 2014 varvid detta kunskapsdokument togs fram. Kunskapssammanställningen och rekommendationerna har tagits fram gemensamt av experterna och bygger på konsensus bland deltagarna. Läkemedelsverkets ansvar var att facilitera mötet samt att tillsammans med experterna sammanställa kunskapsdokumentet.

Som stöd för kunskapsdokumentet finns bakgrundsdokument som respektive författare ansvarar för. I bakgrundsdokumentet finns, förutom detaljerad information om varje ämnesområde, även referenser. Socialstyrelsen medverkade vid expertmötet, liksom i framtagandet av kunskapsdokumentet. Inför mötet har SBU (2013) identifierat kunskapsluckor inom området, vilka publicerats i SBU:s databas över vetenskapliga kunskapsluckor, se www.sbu.se. En vetenskaplig kunskapslucka innebär att systematiska litteraturöversikter saknas eller att de visar på osäker effekt. Man fann att detta gäller ”Melatonin till barn som har flera funktionsnedsättningar och sömnproblem”, ”Melatonin som behandling av sömnproblem hos barn med adhd” och ”Melatonin för i övrigt friska barn med sömnproblem”. SBU konstaterade tidigare (2010) att ”Effekten av alimemazin vid behandling av sömnbesvär” också är en vetenskaplig kunskapslucka.

Inledning

Det är välkänt att många av de läkemedel som ges till barn är ofullständigt dokumenterade vad gäller effekt, säkerhet och dosering för barn och används utanför godkänd produktinformation (*off-label*). Trots att läkemedel saknar godkänd indikation för barn, kan användningen vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet eftersom det kan finnas såväl stor klinisk erfarenhet som vetenskapligt stöd för användning.

När det gäller läkemedel för behandling av sömnstörningar hos barn, finns det enstaka läkemedel godkända för barn över två år. Med anledning av den akuta effekt- och säkerhetsprofilen för dessa preparat rekommenderar expertgruppen att de endast ges till barn i undantagsfall. Melatonin är inte godkänt för behandling av sömnstörningar hos barn men det finns en omfattande användning. Det finns studier på melatonins effekter vid sömnstörningar

hos i övrigt friska barn, hos barn med adhd och hos barn med funktionsnedsättning som kan ge visst stöd för användning, men ingen vetenskapligt evidens. Systematiska översikter saknas eller visar osäker effekt. Läkemedelsverket har inte utfört någon nytta/riskbedömning gällande melatonin till barn. Dock bedömer experterna den akuta effekt- och säkerhetsprofilen som positiv.

Då befintliga läkemedel har problem med biverkningar, säkerhetsproblem eller är otillräckligt dokumenterade är icke-farmakologisk behandling alltid förstahandsalternativ.

Narkolepsi har behandlats i ett tidigare kunskapsdokument och berörs inte här, se Information från Läkemedelsverket nr 4 2013 och www.lakemedelsverket.se.

”Läkemedelsverket har inte utfört nytta/riskbedömning för melatonin till barn”

Bakgrund

Barn behöver sömn för att må bra och för att kropp och hjärna ska utvecklas och fungera optimalt. Sömnbrist kan inverka negativt på kroppslig hälsa och kognitiva funktioner, men också påverka sinnesstämningen och ge bristande impulskontroll. Sömnproblem kan bero på psykologiska, somatiska och/eller sociala faktorer. Barns sömnproblem kan också leda till försämrad föräldra-barnrelation, exempelvis om föräldrar långvarigt berövas sin nattvila. Det kan i sin tur påverka det goda föräldraskap som kan krävas för att bryta en ond cirkel med sömnproblem.

Oavsett barnets ålder och andra eventuella problem är en noggrann anamnes grundläggande för diagnostik och behandling. Barnets utveckling och allmänna hälsa måste beaktas liksom föräldrarnas reaktioner och förhållningssätt. En noggrann genomgång av anamnesen blir ofta utgångspunkten för samtal, vilket i sig kan vara terapeutiskt.

Grundläggande typer av sömnstörningar Insomni (sömlöshet)

Insomni är den vanligaste sömnstörningen och innefattar insomningssvårigheter, nattliga uppvaknanden, för tidigt uppvaknande eller dålig sömnkvalitet utan att annan bakomliggande primär sömnstörning kan identifieras. För att diagnostisera en sömnstörning som insomni krävs att sömlösheten är långvarig och att den påverkar funktion och livskvalitet under dagtid. Insomni är vanligt vid stress och ångest (inklusive rädsla för natten). Otydlig gränssättning, otydliga ”nattningsrutiner” eller oregelbundna vanor för sömn och vakenhet (vanligt hos tonåringar) kan orsaka



Foto: Shutterstock.

insomni. Bedömning av andra bakomliggande störningar ska alltid ingå vid handläggning av insomni. Många barn med insomni har hjälp av behandling baserad på principer av typen kognitiv beteendeterapi (KBT).

Sömnelaterade andningsstörningar

Se särskilt avsnitt om sömnelaterade andningsstörningar (SRA).

Hypersomni

Hypersomni är ett tillstånd med dagsömnighet eller generellt ökat sömnbehov som inte enkelt kan förklaras av för kort eller för dålig nattsömn. Identifiering av dagsömnighet hos barn kompliceras av att barn vid sömnbrist ofta reagerar med irritabilitet eller överaktivitet snarare än typisk sömnighet. Remiss till specialist för utredning rekommenderas vid behov. Hypersomni är vanligt bland unga med depression och i efterförloppet av trauman, exempelvis hjärnskakning.

Dygnsrytmstörningar

Senarelagd sömnfas

Senarelagd sömnfas är den vanligaste dygnsrytmstörningen. Problemet har både biologiska och sociala orsaker och är mest uttalat under tonåren. Insomningssvårigheter och dagsömnighet är typiskt för detta tillstånd då den drabbade försöker följa normala tider för skola eller arbete. Under fria förhållanden, exempelvis under semester eller lov, sover per-

soner med senarelagd sömnfas vanligen gott, men bibehåller en sen sömnfas och därmed även sena vakenhetstider. Viktiga grundläggande steg i handläggningen är att informera patient och familj om hur regleringen av sömn/vakenhet fungerar och att motivera till förändring. Detta kräver ibland stöd av psykolog eller kurator. Förändring av beteendet inkluderar sedan alltid att komma överens om lämplig tid för uppstigning, ljus och aktivitet under dagen och att undvika koffeinhaltiga drycker, samt nedvarvning och dämpat ljus till kvällen. Gränser för när dator, mobil och TV stängs av är ofta mycket viktiga. Depressiva inslag och andra psykosociala eller inlärningsmässiga svårigheter kan ofta finnas vid senarelagd sömnfas och behöver handläggas parallellt.

”Icke-farmakologisk behandling är alltid förstahandsalternativ”

Läkemedelsbehandling

- Kortverkande melatonin cirka 45 minuter före önskad sovtid (se avsnitt om melatonin).
- Insomningsmedel, långverkande sömnmedel eller depotberedningar av melatonin rekommenderas inte vid detta tillstånd.

För utvärdering av behandlingen kan sömndagbok vara ett värdefullt hjälpmedel där barnet/familjen skriver ner tidpunkt för uppstigning och sänggående under några veckor.

Andra typer av dygnsrytmstörningar

Dygnsrytmstörningar med tidigarelagd dygnsrytm, oregelbunden sömn-/vakenhetsrytm och ”icke-24-timmars sömn-/vakenhetsrytm” är betydligt ovanligare än senarelagd sömnfas. Tillstånden, som kan ha uttalad ärftlighet eller sammanhånga med hjärn- eller synskada, handläggs oftast av specialister.

Läkemedelsbehandling

Vid vissa dygnsrytmstörningar kan melatonin ha effekt medan andra insomnings- eller sömnmedel inte kan rekommenderas.

Parasomnier

Parasomnier är ett samlingsnamn för störande fenomen eller beteenden som förekommer vid insomning, under pågående sömn eller vid uppvaknande. Parasomnier är vanliga under barndomen och sällan behandlingskrävande. Exempel på parasomnier är att tala i sömnen, nattskräck, sömngång och mardrömmar. Någon gång presenterar sig allvarligare sjukdomstillstånd med symtom som är svåra att skilja från parasomnier, till exempel epilepsi, och de kan då behöva uteslutas. Psykisk stress, vissa mediciner, kroppslig sjukdom eller sömnrelaterad andningsstörning (SRA) kan utlösa eller förvärra parasomnier.

Ofta är information till föräldrar och barn tillräckligt som behandling vid parasomnier.

Det saknas evidens för farmakologisk behandling av parasomnier. Om attackerna är intensiva och frekventa kan remiss till sömnspecialist vara motiverad för ställningstagande till mediciner.

”Parasomnier är vanliga under barndomen och sällan behandlingskrävande”

Mardrömmar, nattskräck och sömngång

De vanligaste parasomnier som kan orsaka lidande och stress är mardrömmar, nattskräck och sömngång, framför allt om de förekommer ofta och intensivt.

Mardrömmar är vanligast under efternatten. Efter en mardröm blir barnet ofta klarvaket och kan då behöva tröst och försäkran om att det otäcka bara var en dröm. Det är normalt att barn har mardrömmar, men frekventa och intensiva mardrömmar kan vara tecken på bakomliggande problematik.

Sömngång och nattskräck uppstår under den djupa sömnen och vanligen i början av natten. De benämns även partiella uppvaknanden och karakteriseras av komplexa motoriska beteenden medan individens medvetande fortfarande ”sover”. Den viktigaste skillnaden mellan sömngång och nattskräck är att nattskräck har större stresspåslag och vanligen inleds med plötsligt skrik. Dagen efter minns barnet vanligen inget alls. Föräldrar bör i samband med attack helst lugnt underlätta för barnet att somna om. Sömngång kan bli farlig om barnet till exempel går ut genom balkongdörrar

eller ut i trafiken. Förstahandsåtgärder är att se över hemmets säkerhet och att undvika sömnbrist. Feber, föregående sömnbrist, men även stress och så banala orsaker som en fylld blåsa kan bidra till sömngång eller nattskräck. Tillstånden upphör ofta före puberteten, men fortsätter ibland i ungdomsåren och kan då även utlösas av exempelvis alkoholintag.

Sömngång och nattskräck kan oftast diagnostiseras på anamnesen, men en ovanlig differentialdiagnos är epilepsi. Vid misstanke om epilepsi bör utredning av specialist göras.



Foto: Shutterstock.

Motoriska sömnrelaterade störningar

Restless legs syndrom (RLS) och *periodiska benrörelser (PLM)* är två närbesläktade tillstånd. Symtomen vid RLS är obehagliga förmimmelser i ben och armar som intensifieras kvällstid och lindras vid rörelse. RLS stör insomningen och kan också orsaka nattliga uppvaknanden. PLM uppträder nattetid, ofta utan att patienten är medveten om det, men kan försämra sömnkvaliteten. Diagnosen RLS ställs utifrån anamnes, för diagnos PLM krävs däremot polysomnografi. Hereditet för RLS och PLM är vanligt. Även järnbrist kan ha samband med tillstånden.

Ritmiska rörelser som huvudbankningar eller gungande rörelser (*body rocking*) är relativt vanligt i samband med insomning och i ytlig sömn hos små barn upp till cirka 1,5 års ålder. Problemet kan dock fortsätta i högre ålder, som isolerat fenomen eller som del av psykologisk eller neuropsykiatrisk problematik eller hos barn med andra funktionshinder. Rörelserna kan te sig dramatiska men ska inte leda till någon specifik utredning eller behandling. Handläggning är i första hand att polstra sängen så att barnet inte skadar sig. Evidens för farmakologisk behandling saknas. Rytmiska

rörelser är ett exempel på tillstånd som föräldern gärna kan filma och sedan visa för läkaren vid konsultation.

Bruxism (tandgnissling) kan ge sömnstörning men kan också ge smärtor i käke och huvud och även förslitningar på tuggytor. Bettskena via tandläkare kan vara indicerad. Bruxism kan förekomma utan känd anledning eller sekundärt till neurologiska eller psykiatriska tillstånd. Olika behandlingar har prövats men evidens saknas.

Andra parasomnier

REM Sleep Behaviour Disorder (RBD) innebär att den normala avstängningen av muskeltonus under REM-sömn saknas, varför drömmar kan ageras ut, ibland på ett våldsamt sätt. Tillståndet är mycket ovanligt och utgör specialistfall.

Sängvätning (enuresis nocturna) betraktas ibland som en parasomni. Sängvätning kan uppträda under alla sömnstadier men är vanligast under djup sömn. Det finns ett komplicerat samspel mellan sömn, överaktiv blåsa och antidiuretiskt hormon varför desmopressinbehandling är effektivt till en del barn med sängvätning. Betingad väckning med hjälp av enuresmatta kräver en viss mognad och brukar vara till hjälp från sex till sju års ålder. Sängvätning kan i vissa fall förekomma vid SRA och kan upphöra vid adekvat behandling av SRA. *”Växtvärk”* är en smärta i underbenen som oftast kommer på kvällen. Orsaken är okänd. Man skiljer mellan växtvärk och kramp i vadmusklerna. Växtvärk lokaliseras till underbenen och drabbar barn tre till nio år. Äldre barn beskriver det som

ont ”i benet” och pekar på underbenets framsida. Vid kramp i vadmuskeln (och även fotmusklerna) känns oftast hårda muskler. I båda fallen har benmassage och närvaro en god effekt. Växtvärk är möjligen besläktat med RLS. Till skillnad från RLS lindras växtvärk vanligen inte av rörelse.

Differentialdiagnoser

Onani hos småbarn är ett normalt fenomen. Det förekommer att barn i onödan utsätts för EKG, EEG och andra utredningar på grund av misstolkad onani, som kan äga rum både i vaket och aktivt tillstånd och under nedvarvning till sömn.

Gastro-esofagal reflux (GERD) med sura uppstötningar och inflammation i esofagus kan ge smärtsamma uppvaknanden. Vid misstanke om GERD bör specifik behandling övervägas. En speciell reaktion på reflux vid GERD är tonisk sträckning och vridning av halsen, bålens övre del och endera armen, vilket kan misstolkas som epileptiska anfall.

Akatisi är krypningar i armar och ben som liknar RLS. Det kan utlösas av till exempel läkemedel som innehåller fentiazinderivat.

Utredning av sömn-/vakenhetsproblem

Grundläggande utredning av sömn-/vakenhetsproblem beskrivs i Faktaruta 1.

Faktaruta 1. Grundläggande utredning av sömn-/vakenhetsproblem för alla patientgrupper. Anpassas till individen och eventuella underliggande tillstånd.

En detaljerad anamnes av sömnproblemen

- Vilka sömn-/vakenhetsproblem föreligger?
- Är sovsituationen i hemmet tillräckligt lugn och trygg?
- När debuterade problemen?
- Vilken inverkan har sömnproblemen på barnets respektive föräldrarnas välbefinnande?
- När är problemen som mest, respektive minst, uttalade?
- Vilka åtgärder har man hittills provat för att avhjälpa problemen?
- Finns det hereditet för sömnstörningar?
- Hur ser psykosocial och allmän situation familj och övriga vårdgivare ut, med fokus på sömn-/vakenhetsrutiner?

Medicinsk anamnes, somatiska undersökningar samt läkemedelsanamnes

Somatiska sjukdomar liksom läkemedelsbehandling kan påverka sömn och vakenhet. Som exempel kan nämnas epilepsi där både anfall och medicinering kan ge sömnstörning och/eller påverkad andning. När flera sjukvårdsspecialiteter är engagerade, till exempel för flerfunktionshindrade barn, behöver specialiteterna samverka för att vården och sömnen ska bli optimal.

Sömndagbok under minst två till tre veckor är ett viktigt hjälpmedel. Sömndagboken bör anpassas men ska alltid innefatta tidpunkt då barnet lägger sig och stiger upp (vardagar och helger). Sömndagboken kan ge en god bild av barnets sömn-/vakenhetsmönster och rutiner på kvällen. Till spädbarn kan också en dygnsklocka användas, där sömn- och vakenhetsperioder och exempelvis mat-tillfällen markeras.

Videoinspelning av barnets beteende under sömn kan vara av särskilt värde vid till exempel misstänkt sömnrelaterad andningsstörning och vid parasomnier, som är svåra att differentiera mot exempelvis epilepsi.

Utvecklingsmässig och psykiatrisk bedömning för kartläggning av bland annat utvecklingsstörning och specifika inlärnings-svårigheter, adhd, autisttillstånd, ångesttillstånd och depression är viktigt då psykiatrisk samsjuklighet är vanligt.

Polysomnografi eller andra specialiserade undersökningar kan vid behov användas vid till exempel sömnrelaterad andningsstörning, narkolepsi och oklar para- eller hypersomni.

Sömnstörningar hos i övrigt friska barn

Handläggning av sömnstörningar (insomni/dygnsrytmstörning) hos i övrigt friska barn innebär oftast bara råd och stöd.

Läkemedelsbehandling är nästan aldrig aktuellt.

Sömnhygien anpassad till barnets ålder och situation är alltid förstahandsbehandling både till i övrigt friska barn och barn med underliggande sjukdom, se Faktaruta 2.

Faktaruta 2. Sömnhygien.

- | | |
|-------------------------------|---|
| Rutiner kring sängdags | <ul style="list-style-type: none"> • Regelbundna tider för sängdags och uppstigning (inga stora avsteg till exempel under helger). • Tid för sängdags och uppstigning anpassas till ålder och individuella behov. • Lugn och ro minst en timme innan sängdags. • Tydliga signaler för när det är dags att sova; till exempel nattkläder, tandborstning och sagostund. • Koppla bort TV, dator, mobiltelefon och surfplattor i god tid. • Uppmuntra att barnet vänjer sig vid att somna själv. |
| Sovmiljö för god sömn | <ul style="list-style-type: none"> • Välkänt, lugnt, tyst och inte för varmt sovrum. • Sovmiljön får inte vara associerad med negativa upplevelser (till exempel bestraffning). • Mörkt (eventuellt nattlampa) och skärmfritt sovrum. • Bekväm säng anpassad till barnets ålder. |
| Faktorer som kan störa sömnen | <ul style="list-style-type: none"> • Träning eller annan kraftig fysisk aktivitet sent på kvällen. • För mycket stillasittande inomhus under dagarna. • För lång eller för sen middagssömn. • Koffein (till exempel kaffe, cola, energidrycker). • Rökning, alkohol och droger. • Stora måltider och mycket dryck före sängdags (men även att gå till sängs hungrig). • Spel, TV, sociala medier, sms etc. i sängen. |



Foto: Shutterstock.

Spädbarn

Tidig information (redan på mödrahälsovården eller tidigt efter födseln) om hur späda barn normalt sover kan förebygga sömnproblem.

Sömnen under första levnadsåret

Hos nyfödda barn styrs den biologiska rytmen huvudsakligen av mat och omvårdnad vilket ger sömnperioder på två till fyra timmar. Först vid tre till fyra månaders ålder börjar den naturliga dygnsrytmen etableras. Före denna ålder förekommer egentligen inte diagnosen sömnstörning annat än medicinskt orsakad, medan spädbarnens oregelbundna sömn kan upplevas problematisk för föräldrarna. För att minska risken för plötslig spädbarnsdöd är det viktigt med säkra sömnrutiner – spädbarn ska sova på rygg, ha lagom temperatur i sov miljön och samsövning bör undvikas före tre månaders ålder, se www.socialstyrelsen.se.

Det är normalt att barn har kortare perioder av uppvaknanden under sömnen och flertalet barn sjunker av sig själva tillbaka in i sömnen igen, medan andra behöver hjälp att somna om.

Efter tre till fyra månaders ålder börjar dygnsrytmen anpassas till dag/natt och de flesta barn sover då cirka 14–18 timmar per dygn, varav omkring fem timmar eller mer natitetid. Att få mat vid varje uppvaknande är en vana som försvinner successivt men olika snabbt hos olika barn. Efter tre till fyra månaders ålder behövs dock som regel inte nattmål för nutrition.

Upp mot 20–30 % av barnen har efter fyra månaders ålder svårt att släppa kontakten med föräldern vid insomnandet. Hos dem försvinner inte heller vanan att ha kontakt med föräldern vid uppvaknandet under natten eller att få mat i form av bröstmjolk eller ersättning. Dessa barn känner ingen naturlig trygghet vid insomnandet eller vid uppvaknandet under natten. Föräldrarna kan då behöva stöd och råd genom motiverande samtal med BVC-sköterskan. Vid behov kan barnhälsovårdspedagog konsulteras.

Sömnpblem hos spädbarn

Regelbundna uppvaknanden under natten är naturligt och inte en störning. En sömnstörning är det om barnet inte kan somna på kvällen eller inte somna om efter ett nattligt uppvaknande.

En orsak till sömnpblem är att föräldrarnas direkta närhet krävs för att barnet ska kunna somna. Barnet kan till exempel behöva bäras för att komma till ro och somna, medan föräldrarna på grund av uttröttnings har svårt att inge lugn och trygghet, vilket kan leda till en ond cirkel.

”Melatonin är inte godkänt till barn och vetenskapligt stöd är svagt”

Anamnes

Exempel på särskilda faktorer som kan ge sömnstörningar under spädbarnsåret och som bör efterfrågas i anamnesen:

- Tandgenombrott, övre luftvägsinfektion, otit, urinvägsinfektion, gastroenterit, kolik, reflux, födoämnesallergi, eksem.
- Barn som har svårt med föräldrakontakten eller störd anknytning, exempelvis svårt att trösta sig själv eller bli tröstat.
- Depression hos modern.
- Våld i nära relationer och andra psykosociala svårigheter i familjen.

Handläggning – råd

- Tidig föräldrainsformation om hur spädbarn normalt sover.
- Anpassad sömnhygien (se Faktaruta 2).
- Om barnet vaknar upp i början av natten kan man vänta en stund för att se om barnet somnar om (stör inte, men var närvarande).
- Undvik matning på natten efter fyra till sex månaders ålder (utan medicinsk indikation).
- Följ dygnsrytmen:
 - Aktivitet, stress, temperaturhöjning och mat på dagen.
 - Nedvarvning, tystnad, stillhet och temperatursänkning på natten.
- Bekräfta för föräldrarna att barnet har en normal sömn för sin ålder.

Om ovanstående handläggning inte har fungerat bör man i detalj gå igenom allt som föräldrarna gjort eftersom denna typ av samtal i sig kan ha terapeutisk effekt. Om problem

kvarstår kan det finnas anledning att utesluta medicinsk orsak, remittera till specialist i barnmedicin och/eller psykologisk behandling inom barnhälsovården.

Flera olika metoder för att lära barn att somna själva finns och diskuteras bland forskare (se bakgrundsdokumentet ”Sömnsvårigheter under spädbarnsåret”).

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling av sömnproblem hos spädbarn rekommenderas *inte*.

Det finns inga läkemedel som har etablerad effekt och säkerhet, inte heller kan naturläkemedel rekommenderas eftersom deras farmakologiska effekt och säkerhet är okänd.

Småbarn 1–5 år

Småbarn har behov av 11–14 timmars sömn per dygn, med stora individuella variationer. Barnet övergår till färre och kortare sovperioder under dagen och slutar sova middag. Tydliga och förutsägbara sömn-/vakenhetsrutiner är viktiga för att motverka insomningsproblem och nattliga uppvaknanden. Barnets självständighet och egna vilja ökar, men också benägenheten att känna rädsla. Barnet söker ofta upp föräldrarnas säng under natten. Det är föräldrarnas val om barnet får sova kvar eller om de konsekvent följer barnet tillbaka till den egna sängen. Parasomnier och sömnrelaterade andningsstörningar, som snarkning och apné, tillhör vanliga och viktiga sömnstörningar att kunna identifiera och handlägga under denna period.

Anamnes

- Grundläggande utredning av sömn-/vakenhetsproblem, se Faktaruta 1.
- Jämfört med spädbarn är det i denna åldersgrupp vanligare med till exempel astma, eksem, klåda, förstoppning, enures och springmask som kan påverka sömnen.
- Andra orsaker till sömnstörningar som kan debutera i denna åldersgrupp är ångslan/ångeststörningar, liksom adhd och autismspektrumtillstånd (AST), vilket bör beaktas.

Handläggning – råd

Grundläggande råd är desamma som för spädbarn. Sömnhygien anpassas till barnets nivå (se Faktaruta 2).

Läkemedelsbehandling

Om sömnhygien och givna råd, tillsammans med psykologisk behandling, inte hjälpt barn med svår insomni/dygnsrytmstörning (verifierat med sömndagbok) kan man från två års ålder överväga *kortvarig (ett par dagar)* läkemedelsbehandling (särskilt om föräldrarna är uttrötade) *samtidigt* som sömnråden följs. För behandlingstrappa för barn och ungdomar, se Figur 1.

- Melatonin är inte godkänt för behandling av sömnstörningar hos barn. Dock kan melatonin (kortverkande) givet cirka 45 minuter före önskad sovtid prövas *kortvarigt* som insomningsmedel efter individuell bedöm-

ning (se avsnitt om melatonin). Behandlingsresultatet bör följas upp med fortsatt sömndagbok.

- Alimemazin och prometazin är godkända till barn > 2 år för sömnstörningar respektive orostillstånd. Substanserna har nackdelar i form av mer långvarig sedering samt andra biverkningar och säkerhetsrisker, som till exempel extrapyramidala symtom och risk för förlängd QT-tid, varför de endast bör ges i undantagsfall.

Om mer långvarig behandling behövs bör patienten skötas av expert inom barnpsykiatri/sömnstörningar och behandlingen noggrant följas upp med sömndagbok. Behandling som inte har effekt ska sättas ut.

Skolbarn 6–12 år

Skolbarn har behov av 10–11 timmars sömn per dygn med stora individuella variationer.

Både i skolan och hemma hanterar barnet i stor utsträckning själv TV, datorer, läsplattor och mobiltelefoner, varför det finns risk för överstimulering som kan störa barnets dygnsrytm. Vid sömnstörning är det speciellt viktigt att barnet har ett ”skärmfritt” sovrum. Under skolbarnsåren finns risk för att föräldrarna börjar tappa greppet om sitt barns sömnbehov, sömnvanor och sömnproblem.

Handläggning – råd

Grundläggande råd är desamma som för yngre barn med följande tillägg:

- Barnet bör involveras och medverka vid anamnesen och diskussionen om sömnproblemet och tänkbara åtgärder.
- Annan bakgrund till sömnstörningen bör övervägas. Sömnstörningar är vanligt vid till exempel adhd, depression och ångest.

Läkemedelsbehandling

Grundläggande råd för läkemedelsbehandling är desamma som för småbarn 1–5 år.

”Skolbarn har behov av 10–11 timmars sömn per dygn med stora variationer”

Ungdomar 13–18 år

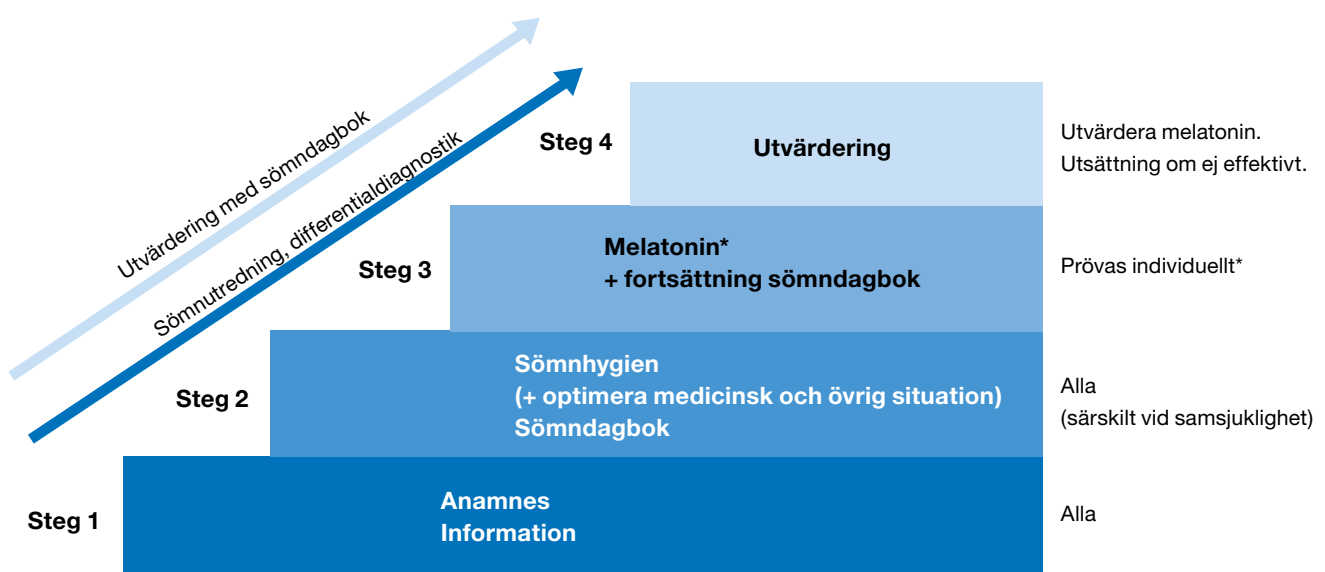
Under puberteten förskjuts ofta sömnrytmen och insomnandet sker senare. Ungdomar har behov av cirka nio timmars sömn per dygn, med stora individuella variationer.

I realiteten sover många ungdomar för lite under skolveckorna och tar igen sin sömnskuld under helgerna. Många har då svårt att somna på söndag kväll och är trötta på måndag morgon, vilket kan bidra till dygnsrytmstörningar. Stöd och ramar från föräldrar kan motverka dessa svårigheter, vilka annars kan leda till inlärningssvårigheter och försämrad livskvalitet för tonåringen. Se behandlingstrappa för barn och ungdomar i Figur 1.

Anamnes

- Grundläggande utredning av sömn-/vakenhetsproblem, se Faktaruta 1.
- Stress, exempelvis i form av höga skolprestationskrav, kamrat- eller familjeproblem.
- Andra orsaker till sömnstörningar, till exempel depression och ångest. I denna ålder debuterar ibland depression med sömnstörningar, vilket bör beaktas.

Figur 1. Behandlingstrappa vid insomni och störd dygnsrytm hos barn. Melatonin är inte godkänt till barn och vetenskapligt stöd är svagt (se avsnitt om melatonin).



* Behandling med melatonin kan prövas vid insomni/störd dygnsrytm om åtgärder enligt steg 1-3 inte varit tillräckliga.



Foto: Shutterstock.

Handläggning – råd

- Sömnhygien (se Faktaruta 2).
- Motivera till förbättrade sömnvanor.
- Psykologisk behandling.

Läkemedelsbehandling

Grundläggande råd för läkemedelsbehandling är desamma som för småbarn 1–5 år.

Läkemedel som generellt inte rekommenderas till barn och ungdomar

Bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel bör generellt undvikas som sederande läkemedel. Det föreligger risk för tolerans och beroendutveckling. Evidens saknas vad gäller behandlingseffekt och inga av dessa preparat är godkända för behandling av sömnstörning hos barn och ungdomar. *Zaleplon*, *zolpidem* och *zopiklon* (de så kallade Z-produkterna) rekommenderas generellt inte. *Zaleplon* har kortast halveringstid och hög risk för beroendutveckling. *Zolpidem* rekommenderas inte på grund av risk för hallucinationer och rebound-effekt samt risk för beroendutveckling. *Zopiklon* bör inte heller användas annat än i undantagsfall (se ”Läkemedel som kan övervägas i undantagsfall” på sidan 21).

Fentiaziner och fentiazinliknande preparat i form av antihistaminer och neuroleptika (till exempel prometazin, hydroxizin och alimemazin) har problem med hang over-effekt med kvarstående sedering, men även andra risker som till exempel förlängd QT-tid med risk för ventrikelflimmer

samt motoriska och centralnervösa biverkningar. Alimemazin och prometazin är godkända till barn > 2 år, men bör ändå endast användas i undantagsfall.

Sömnstörningar hos barn med underliggande sjukdom

Flerfunktionshinder

Barn med flerfunktionshinder är en mycket heterogen grupp, vilket innebär att sömnstörningar kan ha olika orsaker och olika symtom och uttryck. Barn med flerfunktionshinder har mer sömn- och vakenhetsstörningar än barn i den allmänna befolkningen.

Flerfunktionshinder kan omfatta olika kombinationer av svårigheter, såsom rörelsehinder i kombination med smärttillstånd och kognitiva utvecklingsavvikelser som utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd (AST). Inte sällan har flerfunktionshindrade barn i grunden medfödda eller förvärvade hjärnskador som ofta utöver ovan nämnda svårigheter medför epilepsi, spasticitet och perceptionsproblem. Dessutom har barnen ofta läkemedelsbehandling som kan påverka sömnen.

Orsaker till sömnstörningar hos barn med flerfunktionshinder

Flerfunktionshinder innebär flera orsaker till sömn-/vakenhetsstörningar. Barn med flerfunktionsnedsättning kan ha andra medicinska tillstånd som är sömnstörande, som epilepsi, förstoppning, sängvätning, sväljproblem, behov av

föda nattetid, astma och allergier samt psykiatriska tillstånd som ångest och depression. Detta innebär ofta en komplex bild som medför hög vårdtyngd i kombination med stora omvårdnadskrav. Barnet behöver trygghet och kontinuitet vad gäller vårdgivare, frihet från smärta, optimal stimulans och aktivitet dagtid.

Vid sömnstörningar hos barn med flerfunktionshinder bör första steget vara att optimera behandlingen av barnets grundläggande medicinska och psykiatriska tillstånd och samordna omvårdnaden för att minimera negativa effekter på sömnen.

Utvecklingsstörning och andra utvecklingsrelaterade funktionshinder

Omkring 80 % av barn med neurologiska utvecklingsavvikelse har sömnproblem där flera typer av sömnstörningar kan förekomma. Förekomsten av parasomnier är ökad. Sömnstörningarna kan bero på att hjärndysfunktioner stör sömnregleringen, men också på att tillstånden i sig försvårar inlärningen av rutiner som signalerar dygnsrytm. För att underlätta sömn och vakenhet på socialt acceptabla tider är det därför särskilt viktigt att ha tydliga sömn-/vakenhetsrutiner som är anpassade för det enskilda barnet.

Rörelsehinder

Barn med rörelsehinder har ofta spasticitet eller smärtor som kan ge sömnlöshetsproblem genom att barnet har svårt att hitta en bekväm sovställning. Sömnrelaterade andningsstörningar av olika typer förekommer också, liksom gastroesofagal reflux (GERD).

Epilepsi

Epilepsi kan ha mycket varierande uttryck samt inverkan på sömn, såsom nattliga uppvaknanden, dålig sömnkvalitet och ibland fenomen som liknar parasomnier. Antiepileptisk mediciner ger också ofta biverkningar i form av såväl trötthet/sedering som insomni.

Synskada

Omkring 50 % av barn med synskada har flerfunktionshinder. Synskadan försvårar anpassning till ljus och mörker och leder ofta till störd dygnsrytm. Tydliga rutiner för att markera dygnsvariation i kombination med melatonin kan vara till hjälp för att reglera dygnsrytmen.

Särskilda aspekter på utredning vid flerfunktionshinder

- *Detaljerad anamnes:* Utöver sedvanlig sömnanamnes bör man när det gäller flerfunktionshindrade barn alltid göra en omfattande anamnes kring relaterade medicinska problem och en omvårdnadsanalys, på grund av dessa barns stora och komplexa vårdbehov.
- *Sömn dagbok* för sömn-/vakenhetsmönster i förhållande till eventuella speciella rutiner som funktionshindret ger upphov till.
- *Videoinspelning* kan vara av särskilt intresse vid flerfunktionshinder där till exempel epilepsi och onormalt rörelsemönster försvårar bedömningen.

- *Medicinsk anamnes, somatiska undersökningar samt läkemedelsanamnes* är särskilt viktigt för denna grupp med komplicerande medicinska problem och läkemedel som kan störa sömnen. För flerfunktionshindrade barn är ofta flera sjukvårdsspecialiteter engagerade. Samverkan är viktig för att optimera behandlingen.
- *Utvecklingsmässig och psykiatrisk bedömning* är viktig, men bör normalt ha gjorts som del av utredningen av flerfunktionshindren, oavsett sömnproblem.
- *Polysomnografi eller andra specialiserade undersökningar* kan vara indicerade på grund av komplicerade tillstånd.
- Då andningsrelaterade sömnstörningar är vanliga hos barn med flerfunktionshinder bör *utredning för SRA* göras frikostigt i misstänkta fall.

”Samverkan är viktig för att optimera behandlingen”

Behandling och uppföljning

- Optimering av barnets medicinska, psykologiska och sociala omvårdnadssituation, samt identifiering av vilken/vilka typer av sömnstörningar barnet lider av är grundläggande.
- Sömnhygien med tydliga sömn-/vakenhetsrutiner är särskilt viktigt om barnet har svårigheter med att uppfatta dygnsrytm och lära sig rutiner.
- Inom habiliteringsorganisationen finns stor kunskap och vana att ge råd och förskriva hjälpmedel för att optimera sömnen hos barn med flerfunktionshinder.
- Studier av farmakologisk behandling med indikation insomni eller störd dygnsrytm talar för att melatonin kan vara av värde.

Sömnrelaterade andningsstörningar

Bakgrund

Sömnrelaterade andningsstörningar (SRA) innefattar huvudsakligen två grundtyper. Den första och vanligaste typen av SRA är tillstånd som medför att de övre luftvägarna täpps till (obstrueras) under sömn, till exempel obstruktiv sömnapné (OSA) och snarkning. Den andra, ovanligare typen är central sömnapné, vilken beror på att andningscentrum är stort och ger andningsmuskulaturen för få eller svaga signaler. Obstruktiv och central sömnapné kan också förekomma samtidigt hos ett och samma barn, exempelvis vid Downs syndrom.

Riskgrupper för sömnrelaterad andningsstörning är barn med övervikt, kraniofaciella syndrom, genetiska och metabola sjukdomar samt barn med neurologiska sjukdomar/muskelsvagheter, GERD och barn med central motorisk störning. Men SRA förekommer även hos i övrigt friska barn med till exempel stora tonsiller och adenoider.

Nyare studier visar att även lindriga till måttliga andningsstörningar kan medföra försämrade kognitiva funktioner och beteendestörningar samt ökad risk för sjuklighet i kardiovaskulära och metabola sjukdomar med påverkad livskvalitet som följd.

Remiss till specialist för fortsatt utredning är angelägen vid misstanke om alla typer av SRA.

Diagnostik

Symtomen vid SRA av obstruktiv typ är ansträngd andning, i typiska fall med snarkningar och andningsuppehåll. Ofta sover barnet oroligt, ligger med tillbakadraget huvud och är svettigt. Vid central sömnapné kan symtomen vara mer svår-tolkade; barnen kan vara cyanotiska eller bleka under sömn.

Barn som uppvisar snarkande andning, avvikande ansikts- och bettutveckling, kraniofaciella syndrom eller barn med neuromuskulära sjukdomar bör bedömas av en specialist inom respektive område och en registrering av andningen under sömn bör genomföras.

”Vid SRA är sederande sömnläkemedel kontraindicerade”

Behandling

Behandlingen måste anpassas till den bakomliggande sjukdom som orsakar andningsstörningen.

Vid alla typer av sömnrelaterade andningsstörningar är sederande sömnläkemedel kontraindicerade eftersom dessa medel kan hämma barnets andning ytterligare.

Adhd och/eller autismspektrumtillstånd

Barn och ungdomar med adhd och/eller autismspektrumtillstånd (AST) har ofta sömnproblem, till exempel insomningssvårigheter och dygnsrytmstörningar.

Adhd

Sömndiagnostik och behandling av eventuella sömnproblem är en väsentlig del av omhändertagandet av patienter med adhd.

Särskilda aspekter på utredning och handläggning vid adhd

Förutom sedvanlig utredning (se Faktaruta 1) bör man vid adhd särskilt tänka på:

- **Sömndiagnostik**
 - Sömnanamnes (medfödda/förvärvade, övergående/kroniska sömnbesvär).
 - Samsjuklighet (psykisk, somatisk).
 - Alkohol/droger (inklusive koffein).
 - Sömnrelaterade andningsstörningar.
 - Psykosocial miljö/trauma.
 - Restless legs syndrom (RLS).
- **Läkemedelsanamnes**
 - Observera speciellt om medicinering med centralstimulantia påverkar sömnen negativt eller om det finns polyfarmaci som ger oönskade effekter på sömn-/vakenhetsmönstret.

- **Behandling**
 - Sömnhygien (se Faktaruta 2), vilket kan vara särskilt viktigt vid adhd.
 - Annan icke-farmakologisk behandling, exempelvis tyngdtäcke.
- **Uppföljning**
 - Om sömnproblematiken fortsätter kan farmakologisk behandling bli aktuell.
 - Vid RLS – kontrollera S-ferritin och ge järnbehandling vid brist.

Läkemedelsbehandling – om sömnhygien och andra åtgärder inte haft effekt

Behandlingsstrategin bör skötas av specialist inom området. Handläggningen skiljer sig åt för sömnstörning som är beroende av läkemedelsbehandling och den som uppkommer vid behandling med centralstimulantia eller atomoxetin. Såväl centralstimulantia som atomoxetin kan påverka sömnen både positivt och negativt. I vissa fall kan behandling med endera minska sömnbesvären, men båda kan ge biverkningar i form av sömnstörningar.

Sömnstörning som inte beror på läkemedelsbehandling av adhd

- Behandling av adhd kan i sig förbättra sömnproblem (se ovan).
- Atomoxetin har ibland en mer gynnsam effekt på sömnen jämfört med centralstimulantia och kan övervägas vid sömnbesvär.
- Behandling av adhd kräver uppföljning och eventuell dosjustering, och om detta inte har tillfredställande effekt på sömnstörningen kan läkemedelsbehandling för sömn bli aktuell.
- Läkemedelsbehandling specifikt riktad mot sömnstörningen:
 - Melatonin kan övervägas (se avsnitt om melatonin).
 - Vid utebliven effekt av behandling, överväg samsjuklighet, till exempel samtidig depression/ångest. I så fall kan tillägg av SSRI bli aktuellt (se avsnitt om depression).

Sömnstörning som tillkommit under behandling med centralstimulantia eller atomoxetin

- Om sömnstörningen misstänks vara en biverkan av centralstimulantia eller atomoxetin bör dosjustering/utsättning, ändrat doseringsintervall, byte till annan beredningsform eller preparatbyte övervägas.
- Atomoxetin har ibland en gynnsam effekt på sömnen och byte till atomoxetin kan övervägas om patienten behandlas med centralstimulantia.
- Överväg samsjuklighet, till exempel samtidig depression/ångest.
- Läkemedelsbehandling specifikt riktad mot sömnstörningen:
 - Melatonin kan övervägas (se avsnitt om melatonin).

Autismspektrumtillstånd

Sömndiagnostik och behandling av eventuella sömnproblem är en väsentlig del i omhändertagandet av autismspektrumtillstånd (AST).

Särskilda aspekter på utredning och handläggning vid AST

Förutom sedvanlig utredning (se Faktaruta 1) bör man vid AST särskilt tänka på:

- **Sömndiagnostik**
 - Sömnanamnes (medfödda/förvärvade, övergående/kroniska sömnbesvär).
 - Samsjuklighet (psykisk, somatisk).
 - Alkohol/droger (inklusive koffein).
 - Andningsrelaterade sömnstörningar.
 - Psykosocial miljö/trauma.
- **Läkemedelsanamnes**
 - Observera speciellt läkemedel eller interaktioner som ger oönskade effekter på sömn-/vakenhetsmönstret.
- **Behandling och uppföljning**
 - Sömnhygien/-regim inklusive icke-farmakologisk behandling (se avsnitt om adhd). Vid samsjuklighet, till exempel adhd eller flerfunktionshinder, se respektive avsnitt.

”Sömnstörning förekommer hos 50–90 % av ungdomar med depression”

Läkemedelsbehandling av svår insomni/dygnsrhythmtörningar vid AST

- Överväg läkemedelsbehandling om effekten av sömnhygien inte är tillfredsställande.
- Remiss till expert på AST (läkemedelsbehandling ska initieras av specialist inom området).
 - Patienter med AST kan behöva läkemedelsbehandling för sömn från förskoleåldern. I första hand bör kortverkande melatonin prövas (se avsnitt om melatonin).
 - Vid utebliven effekt övervägs samsjuklighet då ytterligare behandling kan bli aktuell, till exempel SSRI vid depression hos äldre barn.
 - Vid AST med svåra beteendeproblem kan andra symtom än sömnstörning indicera en tidsbegränsad behandling med lågdosneuroleptika. Effekten kan då även påverka sömnen positivt. På grund av risken för till exempel metabolt syndrom kräver all behandling med neuroleptika noggrann uppföljning av bland annat vikt och laboratorieanalyser av metabola och endokrinologiska markörer.



Foto: Shutterstock.

Depression

Barn

Kunskapsläget är begränsat vad avser sömnstörning vid depression hos prepubertala barn. Omkring 75 % av deprimerade barn har sömnstörningar, till exempel insomningssvårigheter, uppvaknanden under natten och tidigt uppvaknande.

Ungdomar

Sömnstörning förekommer hos 50–90 % av ungdomar med depression. Insomni är inte bara ett symtom på pågående depression, utan kan bidra till, komplicera och förvärra det depressiva tillståndet. Sömnstörning kan bestå av insomningssvårigheter, uppvaknanden under natten, för tidigt uppvaknande på morgonen och dålig sömnkvalitet. Vissa deprimerade unga reagerar däremot med hypersomni. Vid depressioner och bipolär sjukdom föreligger ofta en störning i dygnsrhythmen.

Sömnproblemen är relaterade till depressionens allvarlighetsgrad och har ett samband med ökade suicidtankar, suicidförsök och fullbordade självmord hos ungdomar. Behandlingseffekten av antidepressiv medicinering hos ungdomar är sämre vid samtidig sömnstörning. Sömnproblem kan även försvåra behandling med KBT. Av det skälet har man diskuterat om sömnstörningen bör behandlas parallellt med depressionen. Kvarstående depressiva symtom innebär ofta att insomni kvarstår.

Handläggning

Noggrann anamnes och beskrivning av sömnstörningen måste göras för att bedöma lämplig behandling. Utvärdera effekten av insatt behandling på målsymtomen sömn/vakenhet. Tydliggör detta även för patienten.

Behandling av sömnstörningar vid depression

1. Sömnhygien (se Faktaruta 2) och behandling av depressionen, det vill säga KBT-inriktade interventioner mot depression (och sömnproblem) och eventuell antidepressiv läkemedelsbehandling.
2. Melatonin kan övervägas (se avsnitt om melatonin).
3. Byte av antidepressivum, från fluoxetin till annat SSRI (sertralin/citalopram/escitalopram) vid sömnstörning som förvärrats av eller inte förbättrats med fluoxetin.

Läkemedel som kan övervägas i undantagsfall

Nedanstående läkemedel saknar evidens för och är inte godkända för användning till barn/ungdomar med depression och/eller sömnstörning och de har risker/biverkningar. Där ovanstående behandling provats och allvarliga symtom/sömnstörning ändå kvarstår, kan dessa läkemedel ändå övervägas i undantagsfall, efter specialistbedömning och med noggrann uppföljning.

- *Mirtazapin*, som är ett antidepressivum med sederande effekt, kan provas som tillägg till annan antidepressiv behandling. Utvärdera och undvik onödig dubbelmedicinering. Dos: 7,5–15 mg till natten. *Observera:* Risk för viktuppgång och sederande dagtid.
- *Zopiklon*. Endast efter puberteten. Aldrig vid misstanke om missbruksproblematik. Endast kort tid (< 1 vecka). Dos: 5 mg till natten. *Observera:* Risk för beroende. Halveringstid 5–7 timmar vilket ger risk för sederande dagtid.
- *Propiomazin*. Endast kort tid vid långvarig insomni där inga andra medel fungerat. Dos: 25–50 mg 30–60 minuter före sänggåendet. *Observera:* Risk för motoriska biverkningar och sederande dagtid.

Ångest- och tvångssyndrom

Kunskapsläget är bristfälligt vad gäller behandling av sömnstörning både vid ångest- och tvångssyndrom (OCD).

Vid generellt ångestsyndrom (GAD) ingår sömnproblem i definitionen och rapporteras hos cirka 90 % av patienterna. Sömnproblemen vid GAD liknar dem som ses vid depression. Bland övriga klassiska ångestsyndrom (social fobi, separationsångestsyndrom) föreligger sömnstörning hos cirka 25 % i mer uttalad form, medan 90 % har någon grad av sömnstörning.

Ungefär en tredjedel av barn och ungdomar med OCD har signifikanta sömnstörningar och färre än 10 % har inga sömnproblem alls.

Både vid klassiskt ångestsyndrom och vid OCD har KBT riktat mot grundproblemen ofta god effekt även på sömnproblemen. Uttalade sömnproblem påverkar KBT-behandlingen negativt vid båda tillstånden.

Behandling av sömnstörningar vid ångest- och tvångssyndrom

- Sömnhygien (se Faktaruta 2).
- KBT riktad mot bakomliggande tillstånd och sömnproblem.
- Om KBT-inriktade interventioner ger otillräcklig effekt kan sertralin eller fluvoxamin övervägas som behandling av ångest och OCD, vilket kan ha effekt på sömnstörningen.
- Fluvoxamin (från åtta års ålder) och sertralin (från sex års ålder) är godkända läkemedel för behandling av OCD och kan ha positiv effekt även på sömnstörning. De har i studier även visats ge positiv effekt på sömnstörning vid behandling av klassiska ångestsyndrom hos barn.
- Vid sömnproblem som försvårar KBT, eller vid kvarstående sömnproblem trots KBT och SSRI, kan kortverkande melatonin övervägas (se avsnitt om melatonin).

”KBT riktat mot grundproblemen har ofta god effekt även på sömnproblemen”

Läkemedel som kan övervägas i undantagsfall

Nedanstående läkemedel saknar evidens heller och är inte godkända för användning till barn/ungdomar med ångest/OCD och de har risker/biverkningar. Där ovanstående behandling provats och allvarliga symtom/sömnstörning ändå kvarstår, kan dessa läkemedel ändå övervägas i undantagsfall, efter specialistbedömning och med noggrann uppföljning.

- *Mirtazapin*, som är ett antidepressivum med sederande effekt, kan provas som tillägg till annan behandling. Utvärdera och undvik onödig dubbelmedicinering. Dos: 7,5–15 mg till natten. *Observera:* Risk för viktuppgång och sederande dagtid.
- *Zopiklon*. Endast efter puberteten. Aldrig vid misstanke om missbruk. Endast kort tid (< 1 vecka). Dos: 5 mg till natten. *Observera:* Risk för beroende. Halveringstid 5–7 timmar vilket ger risk för sederande dagtid.

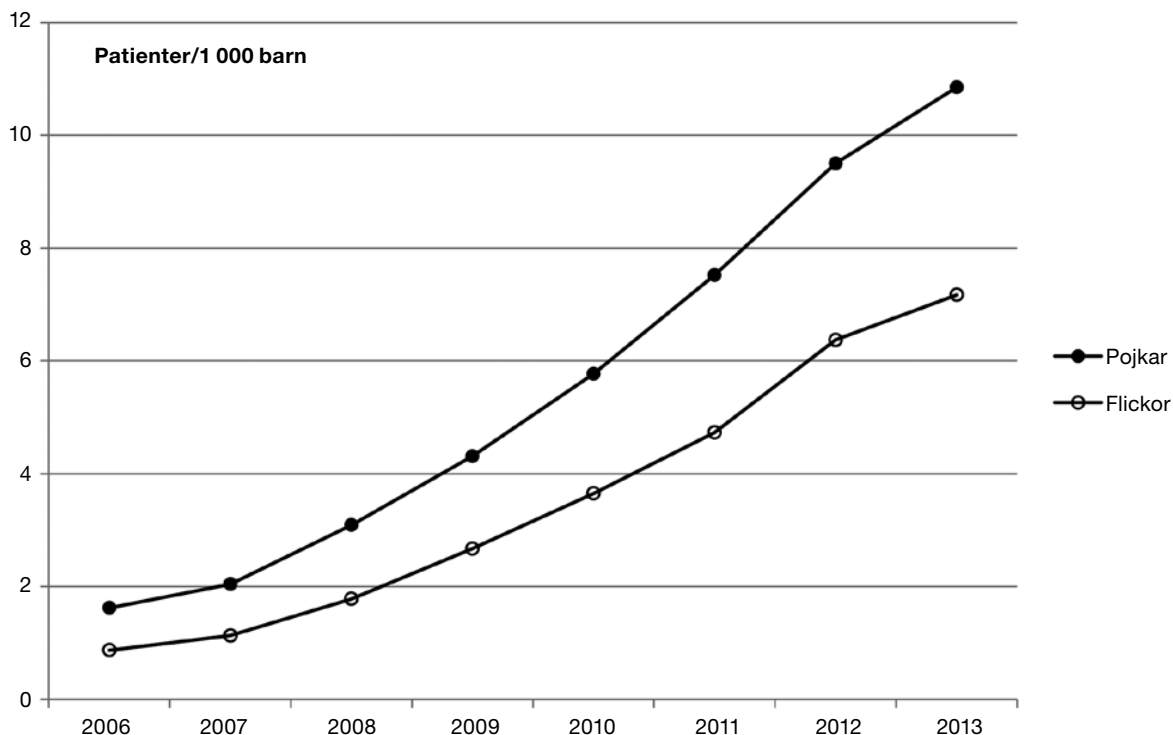
När varken KBT eller SSRI-behandling fungerar vid ångest- eller tvångssyndrom är det viktigt att bedöma om det föreligger samsjuklighet med till exempel AST, adhd eller depression och i så fall anpassa behandlingen därefter.

Melatonin

Melatonin är godkänt i form av depottablett Circadin för kortvarig behandling av primär insomni till patienter > 55 års ålder. Säkerhet och effekt för Circadin för barn i åldern 0–18 år har inte fastställts. I monografin för depotberedningen gjorde Läkemedelsverket 2008 bedömningen för vuxna > 55 år:

”Circadin är ett nytt läkemedel med modest effekt hos patienter 55 år och äldre med diagnosen primär insomni. Med en god säkerhetsprofil avseende såväl biverkningar som beroende och utsättningsreaktioner är det dock ett värdefullt alternativ till andra sömnmedel”.

Figur 2. Användning av melatonin till barn i Sverige. Antal pojkar/flickor (5–19 år) per 1 000 invånare som fått recept på melatonin.



(Källa: Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel>).

Vetenskaplig dokumentation för barn

Den vetenskapliga dokumentationen för behandling av barn med melatonin baseras huvudsakligen på kortverkande melatonin. Det finns studier på melatonins effekter vid sömnstörningar hos olika grupper av barn, som kan ge visst stöd för användning (se bakgrundsdocumentet "Är melatonin en effektiv behandling vid sömnstörningar hos barn?"), men ingen vetenskaplig evidens. Systematiska översikter saknas eller visar osäker effekt vad gäller melatonin för sömnproblem till i övrigt friska barn, barn med adhd och barn med funktionsnedsättning. Fler studier med kort-, och framför allt långtidsbehandling, behövs för barn och ungdomar.

Användning

Föreskrivningen av melatonin till barn ökar i Sverige. Under 2013 fick 1 % av alla barn mellan 5 och 19 års ålder recept på melatonin. Större delen av den kliniska erfarenheten gällande melatonin till barn rör kortverkande melatonin, som inte är godkänt i Sverige utan har föreskrivits på licens eller apoteksberetts.

Verkningsmekanismer

Melatoninets effekt medieras via åtminstone två typer av receptorer: MT1 och MT2. Enligt en hypotes medför bindning till MT1-receptorer en direkt rogivande effekt, vilket är det som eftersträvas när melatonin ges nära sänggåendet. Enligt en annan hypotes kan bindning till MT2-receptorer under sensitiva perioder, det vill säga i gryningen eller när det börjar mörkna, istället ge en påverkan på dygnsrytmen så att insomnandet inträffar tidigare på kvällen.

Säkerhetsaspekter

Observera att melatonin inte har studerats tillräckligt i kliniska studier för barn. Det gäller även för patienter med njursvikt eller vid autoimmuna sjukdomar i alla åldrar. Effekt av exogen melatonin har inte heller studerats vid leversvikt. Förhöjda endogena halter av melatonin har rapporterats vid leversvikt varför melatonin inte rekommenderas. Då framför allt långtidseffekter inte är kända är det mycket viktigt att utvärdera effekt och om behov kvarstår (se avsnitt nedan om uppföljning).

”Melatoninets effekt medieras via minst två typer av receptorer”

Biverkningar

Risk för akut toxicitet förefaller vara låg, även vid höga doser av melatonin. Rapporterade biverkningar från studier är få och inte av allvarlig art. *Effekterna av långtidsanvändning är dock inte kända.*

Man har diskuterat potentiella risker utifrån biologiska effekter av melatonin, till exempel immunologisk reglering, påverkan på kramptröskeln och på pubertetsutveckling. I de studier som gjorts har man inte rapporterat sådana biverkningar, men underlaget är inte tillräckligt för att utesluta ovanliga biverkningar.

Biverkningsrapportering är särskilt viktigt för preparat där säkerhetsprofilen är ofullständigt känd, som för melatonin. Biverkningsrapportering kan göras på www.lakemedelsverket.se/rapportera.

Sömnstörningar där melatonin kan övervägas

Melatonin kan övervägas under vissa omständigheter vid insomni och dygnsrytmstörningar.

- Melatonin kan användas vid behandling av sömnstörning hos barn med adhd och AST, baserat på viss evidens och klinisk erfarenhet.
- Vid sömnproblem hos barn med andra psykiska besvär och samtidig sömnstörning (till exempel depression, ångest och OCD), där sedvanliga sömnhygieniska åtgärder är genomförda och där adekvat läkemedelsbehandling av grundtillståndet inte förbättrar sömnproblemet, kan melatonin övervägas trots att evidens saknas.
- Vid sömnstörningar hos barn utan annan psykisk störning saknas evidens för behandling med melatonin. När sömnhygieniska och psykosociala åtgärder inte har effekt kan melatonin ändå övervägas vid svår sömnstörning med funktionsproblem. Behandlingen bör följas upp noggrant.

Insättning/dosering utifrån studier/klinisk erfarenhet

Melatonin rekommenderas inte till barn < 2 år.

Insomni

Biotillgängligheten skiljer sig mellan individer varför dosering ska individualiseras. Den lägsta effektiva dosen bör eftersträvas.

Dosering: Ges till natten 30(–60) minuter före önskad sovtid.

Initialdos:

- 2–4 års ålder: 0,5–1 mg
- över 4 års ålder: 1–5 mg

De flesta studier använder doser kring 1–5 mg, som är det vanligaste dosintervallet oavsett ålder hos barnet. Enstaka patienter kan behöva upp till 10–12 mg, men detta är ovanligt. Högsta dos i studier har legat på 10–12 mg.

Uppföljning av behandlingen

Melatonins långtidseffekter är ofullständigt kända, framför allt för längre tids behandling. Det är känt att den symtomatiska behandlingen i vissa fall pågår under flera år. Det är därför av stor vikt att behandlingseffekten, liksom eventuella biverkningar, utvärderas strukturerat och detaljerat för varje individ som behandlas. Utvärdering bör göras så objektivt som möjligt, exempelvis bör barnet/tonåringen eller föräldrarna föra sömndagbok under två veckor före och efter insättning. *Om behandlingen inte har effekt bör den sättas ut.* Det är önskvärt att verktyg för denna utvärdering utarbetas, men utvärdering av behandlingseffekten bör ske i förskrivarens egen regi tills sådant verktyg finns.

Under pågående behandling, särskilt om behandlingseffekten är osäker, bör även utsättningsförsök göras regelbundet, till exempel en gång om året. Om möjligt bör utsättningsförsök göras under årets ljusa tid.

”Det är viktigt att effekt och eventuella biverkningar utvärderas strukturerat”

Förskrivning av melatonin

Melatonin är godkänt i form av depottablett Circadin (2 mg) med indikationen behandling av insomni hos personer äldre än 55 år (ingår inte i läkemedelsförmånen). Depottabletter ska inte delas, krossas eller tuggas.

Till barn och ungdomar är kortverkande melatonin att föredra men inga godkända alternativ finns. Melatonin kan dock fås som:

- Kapslar i styrkor från 0,5 till 5 mg efter *individuell licensansökan*, se www.lakemedelsverket.se/licens
- Apoteksberedning; oral lösning (1 mg/mL)

Deltagarlista

Expertmötesdeltagarnas jävsdeklarationer har före mötet gått igenom och godkänts av Läkemedelsverket. Jävsdeklarationerna finns tillgängliga på förfrågan till Läkemedelsverket (registrator@mpa.se).

Specialist i psykiatri, klinisk utredare Bengt Andréé
Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

Överläkare, med.dr. Kerstin Arnsvik Malmberg
Barnneuropsykiatri, Barn- och ungdomspsykiatri
Box 17914
118 95 Stockholm

Barnhälsovårdsöverläkare, med.dr. Margareta Blennow
Södersjukhuset
Barnhälsovårdsenheten, Sjukhusbacken 10
118 83 Stockholm

Barnsjuksköterska, doktorand Pernilla Garmy
Högskolan i Kristianstad, Elmetorpsvägen 15
231 39 Kristianstad

Projektledare, läkare, med.dr. Ninna Gullberg
Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

Professor Bruno Hägglöf
Umeå universitet
901 87 Umeå

Docent Tord Ivarsson
Regioncentrum för Barn och Ungdoms Psykiatriska hälsa,
Universitetssjukhuset Nord-Norge, BUP
Postbox 43
9038 Tromsø

Chefsöverläkare Lars Joelsson
BUP-kliniken, NU-sjukvården, Regionens hus
462 80 Vänersborg

Ämnesansvarig farmakoterapi, läkare Bror Jonzon
Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

Överläkare, med.dr. Najah Khalifa
Akademiska sjukhuset
Barnneuropsykiatri
751 85 Uppsala

Sjuksköterska, farmaceut, med.dr. Elin Kimland
Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

Klinisk farmakolog, docent Jenny Kindblom
Göteborgs universitet
Klinisk farmakologi
411 25 Göteborg

Överläkare, docent Jan-Olov Larsson
Karolinska Institutet, Funktionen för verksamhetsutvärdering
Barn- och ungdomspsykiatri
171 77 Stockholm

Professor em., barnläkare Tord Lindberg
Kaprifolium AB
Per Ols väg 5
276 36 Borrbj

Klinisk farmakolog, barnläkare, med.dr. Synnöve Lindemalm
Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska vägen
171 64 Solna

Assistent Elisabeth Lind-Hammar
Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

Överläkare, docent Agneta Markström
Akademiska sjukhuset
Sömn- och andningscentrum
751 85 Uppsala

Överläkare Cecilia Månsson
Barn- och ungdomspsykiatri, Solna
Råsundavägen 101
169 57 Solna

Läkare, med.dr. Birgitta Norstedt Wikner
Socialstyrelsen
106 30 Stockholm

Professor, senior expert Viveca Odland
Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

Barnpsykiater, med.dr. Gunilla Olsson
Uppsala universitet
Box 256
751 05 Uppsala

Psykolog, psykoterapeut Antonia Reuter
Närhälsan (Central barn- och mödrahälsovård)
Västra götalandregionen
Regionens hus
462 80 Vänersborg

Överläkare, med.dr. Hans Smedje
Sömnheten
Aleris Fysiologlab.
Box 471 34
100 74 Stockholm

Specialist i allmänmedicin (SFAM) Robert Svartholm
Läkemedelskommittén Norrbotten
Öppenvården Boden, Robertviksgatan 7
971 89 Luleå

Specialist i allmänmedicin (SFAM), docent
Margareta Söderström
Öppenvården Skåne
291 89 Kristianstad

Professor, barnpsykiatri Anne-Liis von Knorring
Uppsala universitet
Box 256
751 05 Uppsala

Överläkare, med.dr. Katarina Wide
Astrid Lindgrens Barnsjukhus Karolinska vägen
171 64 Solna

Professor Torbjörn Åkerstedt
Karolinska Institutet
Solnavägen 1
171 77 Solna