

# **Inställning hos äldre kring behandling av sömnstörning**

En intervjustudie

Carina Hertz, Vårdcentralen Ryd,  
[carina.hertz@kronoberg.se](mailto:carina.hertz@kronoberg.se)

Handledare: Birgitta Gunnarsson, docent, arbetsterapeut

Sara Holmberg, docent, specialist i allmänmedicin

# Innehåll

Bakgrund .....	2
Syfte .....	4
Material och metod.....	5
Kontext och urval.....	5
Metoder .....	5
Etik.....	6
Tidsplan.....	7
Finansiering.....	7
Referenser .....	8
Bilagor.....	10

# Bakgrund

Sömnpromblem är väldigt vanligt i Sverige och det ökar med åldern. En prevalensstudie från 2008 visar att 24 procent av den vuxna befolkningen har sömnbesvär (definierat som ”svårt att somna mer än tre gånger i veckan” eller ”vaknar under natten mer än tre gånger i veckan”) (1). Nio procent av 70–84-åringarna hade diagnosen insomni (1). Med åldern ändras sömnens kvalitet; sömnen blir ytligare, mer fragmenterad och djupsömnen minskar (2). Sömnpromblem är associerat med ökad mortalitet och morbiditet. Starkaste evidens finns för psykiatrisk sjukdom, men det ökar också risken för bl.a. hjärt-kärlsjukdom, diabetes, påverkan på kognition samt ökad fallrisk (3, 4).

Sömnstörning kan behandlas farmakologiskt eller icke-farmakologiskt. Sömnstörning är generellt underbehandlat och icke-farmakologiska behandlingsmetoder används i för liten utsträckning (4). Av icke-farmakologiska behandlingsmetoder är kognitiv beteendeterapi (KBT) den mest studerade behandlingen (5). KBT som behandling innefattar bl.a. sömnhygieniska råd, avslappningsövningar, stimuluskontroll (träning i att associera sovrummet till sömn) och sömnrestriktion. KBT är mer effektiv och har mer långvarig effekt jämfört med farmakologisk behandling (5). En meta-analys visar att effekten av KBT för behandling av sömn verkar vara motsvarande psykologisk behandling för andra psykiatriska sjukdomar som t.ex. depression och social fobi (6).

Det finns många olika läkemedel som används vid sömnstörning, men bensodiazepinliknande läkemedel (även kallade Z-preparat) är en de vanligaste behandlingarna globalt (7). Trots att de endast rekommenderas för kortvarigt bruk, får många patienter behandling under lång tid. Effekten vid långtidsbehandling är dock osäker (1). Studier tyder på ökad risk för kognitiv och psykomotorisk påverkan, fall och frakturer samt trafikolyckor vid användning av Z-preparat (7, 8). American Geriatric Society avråder från användning av Z-preparat till äldre pga. ovanstående risker (9).

I Sverige rekommenderas icke-farmakologisk behandling i första hand vid sömnstörning (10, 11). Om läkemedel ska användas till de mest sköra äldre bör det vara kortvarigt, och de rekommenderade läkemedel är Melatonin, Mirtazapin, Zolpidem eller Oxazepam, de två sistnämnda endast för kortvarigt/intermittent bruk pga. tolerans- och beroenderisk (12).

De senaste 25 åren har äldres läkemedelsanvändning ökat kraftigt, vilket är en konsekvens av tillgång till nya läkemedel och möjlighet att behandla fler sjukdomar. Samtidigt har äldre ökad känslighet för läkemedel och polyfarmaci ger därmed ökad risk för biverkningar och interaktioner (13). Risken för sjukhusinläggning orsakad av läkemedelsbiverkan är minst fyra gånger högre hos äldre. Av läkemedelsorsakad konfusion stod sömnmediciner för ca sju procent av fallen.

År 2022 hämtade 145/1000 svenskar över 65 år ut recept på ett Z-preparat. I Region Kronoberg var siffran 173/1000, vilket var högst i landet (14). Trots behandlingsrekommendationerna är alltså läkemedelsbehandling av sömnstörning väldigt vanligt, särskilt i Kronoberg.

Det finns stor diskrepans mellan behandlingsrekommendationer och vad som görs i praktiken. Några intervjustudier från andra länder belyser detta. En studie från USA visar att både patienter och läkare till stor del betraktar sömnproblem som en normal del av åldrandet, stressorsakade eller som symptom på annan sjukdom, vilket ger en motvillighet mot sömnmedel hos både läkare och patienter. Trots det fortsätter både förskrivning och efterfrågan från patienter, vilket Moloney kallar ”motvillig medikalisering” (15). Allmänläkares syn på lämplig behandling av sömnstörning stämmer inte alltid överens med patientens önskemål. En studie från Australien visade att allmänläkares uppfattning att patienter förväntar sig att få recept på sömnmedicin utgör ett stort hinder för att välja andra behandlingar (16). Vidare, KBT används sällan p.g.a. dålig tillgänglighet och okunskap om behandlingen, och allmänläkares uppfattning att sömnhygieniska råd är otillräckliga bidrar också till förskrivning av sömnmedel (16, 17). Allmänläkare fokuserar i första hand på att hitta bakomliggande orsaker till sömnsvårigheterna (tex. depression), i kontrast till patienterna, som främst efterfrågar behandling för själva sömnen, oavsett orsak (18). Det finns alltså ett fåtal studier som tar upp både patienters och läkares syn på behandling av sömnstörning, men ingen av dessa är genomförd i en skandinavisk kontext, eller fokuserar på äldre, och detta område behövs utforskas mer.

I min vardag som allmänläkare i Ryd möter jag många äldre som har använt Z-preparat för sömnen dagligen under lång tid. Polyfarmaci är vanligt och risken för biverkningar av läkemedel är stor hos dessa patienter. När patienterna tar upp sömnsvårigheter är intresset för icke-farmakologiska behandlingar generellt sett lågt. Argument, som negativa effekter av läkemedel eller risk för beroendeutveckling, verkar inte förändra inställningen hos de flesta äldre, trots att de flesta vill minska ner antalet dagliga läkemedel. För att kunna välja en icke-farmakologisk behandling krävs

att allmänläkare kan motivera patienten till behandlingen, vilket kommer vara svårt om läkarens syn på behandlingsalternativen skiljer sig kraftigt från patienters.

## **Syfte**

Syftet med denna studie är att få en djupare förståelse för äldres syn på sömn samt inställning till olika behandlingar för sömnsvårigheter. Målet är att bättre kunna hjälpa äldre patienter med sömnsvårigheter i primärvården.

## Material och metod

Studien har en kvalitativ design (19) med semi-strukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod, och där data analyseras med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (20, 21).

## Kontext och urval

Patienter rekryteras från Vårdcentralen Ryds äldremottagning. Det är en mottagning hos undersköterska eller sjuksköterska, där äldre med flera sjukdomar och läkemedel erbjuds enklare hälsokontroll, guidning för att få rätt vård och stöd, samt fast vårdkontakt för ökad trygghet.

Inklusionskriterier är ålder 65 år eller äldre, har eller har haft behandling för sömnstörning senaste året eller har sökt vårdcentralen med önskemål om behandling för sömnstörning senaste året.

Exklusionskriterier är icke-svensktalande, demenssjukdom eller annan kognitiv svikt, samt sömnstörning som har bedömts bero på annan medicinsk åkomma.

Patienter rekryteras konsekutivt från äldremottagningen under sex månaders tid. De patienter som uppfyller inklusions- samt exklusionskriterierna, erhåller kort muntlig information samt skriftlig information från undersköterska eller sjuksköterska om studien, och vid intresse att delta samlas kontaktuppgifter in. Planen är att genomföra 8-10 intervjuer. Studiedeltagare kommer väljas ut med så god variation som möjligt avseende kön, ålder, sjukdomshistoria, civilstånd och boendesituation. Skriftligt informerat samtycke inhämtas vid intervjun.

## Metoder

Semi-strukturerade intervjuer på 30–60 minuter genomförs individuellt på vårdcentralen. Intervjun kommer att ha fokus på synen på sömn, erfarenheter av att ta upp sömnsvårigheter vid läkarbesök samt erfarenheter och inställning till behandling av sömnsvårigheter. Intervjuer genomförs med hjälp av en intervjuguide med frågor (bilaga 1), och inleds med att inhämta bakgrundinformation. Deltagarna uppmantras berätta fritt och fördjupa sig inom ramen för ämnet. Då både intervjuarens perspektiv och studiedeltagares sätt att uttrycka sig skulle kunna skilja sig beroende på intervjuarens profession, kommer hälften av intervjuerna att genomföras av ansvarig för projektet och resterande av en av handledarna. Intervjuerna genomförs face to face, ljudinspelat och transkriberas sedan ordagrant av ansvarig för projektet. Beskrivning av studiegruppen baseras på ålder och kön som

inhämtas med kontaktuppgifter, samt sjukdomshistoria, civilstånd och boendesituation som inhämtas vid intervjun.

Data analyseras med kvalitativ innehållsanalys (21, 22). Varje intervju läses noggrant igenom flera gånger. Meningsbärande enheter som svarar på syftet, plockas därefter ut från texten. De meningsbärande enheterna kondenseras och kodas. När alla intervjuer är kodade delas koderna in i subkategorier och sedan kategorier. När rapporten skrivs kommer detta exemplifieras med data och citat från studien.

Kodning och kategorisering görs inledningsvis av författaren. Handledarna läser sedan en intervju vardera och därefter diskuteras kodningen tillsammans. Analysprocessen sker i en upprepad process mellan författare och handledare till konsensus har uppnåtts. I kvalitativ analys är förståelsen viktig, och det är en styrka med flera som genomför analysen. Dessutom bidrar författare och handledare med olika perspektiv, då författaren och en av handledarna är allmänläkare till profession, och en av handledarna är arbetsterapeut. Vidare, har författaren kunskap om patientgruppen och god lokalkännedom, medan handledarna har kunskap och erfarenhet av forskning med kvalitativ metod.

## **Etik**

Skriftligt samtycke till deltagande kommer inhämtas i samband med intervjun och deltagarna kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Eftersom studiedeltagarna till stor del är äldre, sköra patienter med många läkemedel, finns dock alltid en liten risk för kognitiv påverkan och att frivilligheten potentiellt kan påverkas. Till viss del motverkas detta av att personalen på äldremottagningen har god kännedom om patienterna sedan tidigare. Då studiedeltagarna hämtas ur det egna patientunderlaget finns också en liten risk att patienterna hamnar i en beroendeställning, varför författaren inte genomför intervjuer med sina egna patienter. Noggrann information innan, samtycke till deltagande, samt möjlighet att avbryta kan också motverka detta.

Data kommer att behandlas konfidentiellt. Varje studiedeltagare kommer tilldelas ett nummer (studiedeltagare 1 osv) och data om deltagaren (ålder, kön, samsjuklighet, civilstånd, boendesituation) sparas i en låst datafil, som endast författaren har tillgång till. Transkriberade intervjuer kommer namnges med studiedeltagarens nummer.

Denna studie handlar om ett område som är relativt outforskat och kan därmed potentiellt generera ny kunskap. Då studien förhoppningsvis kan ge ökad förståelse för våra patienter med sömnsvårigheter, kan det ge direkt nytta till patienterna på äldremottagningen i Ryd, för personal och äldre patienter i primärvården men förhoppningsvis även för äldre patienter i andra sammanhang.

Innan projektets start kommer råd från lokala forskningsetiska rådet i Kronoberg att inhämtas.

## **Tidsplan**

Rekrytering av studiedeltagare beräknas pågå i upp till 6 månader med start under andra halvan av år 2024. Intervjuer och transkribering kommer göras fortlöpande. Analys påbörjas efter intervjuerna är avslutade, och analys samt sammanställning av rapport sker under första halvan av år 2025, inom ramen för vetenskapligt arbete för ST-läkare.

## **Finansiering**

Finansiering sker inom ramen för kursen medicinsk vetenskap.

# Referenser

1. SBU. Behandling av sömnbesvär hos vuxna. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. [www.sbu.se](http://www.sbu.se)
2. Ancoli-Israel, S., Ayalon, L., & Salzman, C. (2008). Sleep in the elderly: normal variations and common sleep disorders. *Harvard review of psychiatry*, 16(5), 279–286.
3. Patel, D., Steinberg, J., & Patel, P. (2018). Insomnia in the Elderly: A Review. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 14(6), 1017–1024.
4. Kamel, N. S., & Gammack, J. K. (2006). Insomnia in the elderly: cause, approach, and treatment. *The American journal of medicine*, 119(6), 463–469.
5. Flaxer, J. M., Heyer, A., & Francois, D. (2021). Evidenced-Based Review and Evaluation of Clinical Significance: Nonpharmacological and Pharmacological Treatment of Insomnia in the Elderly. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 29(6), 585–603.
6. van Straten, A., van der Zweerde, T., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Morin, C. M., & Lancee, J. (2018). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 38, 3–16.
7. Treves, N., Perlman, A., Kolenberg Geron, L., Asaly, A., & Matok, I. (2018). Z-drugs and risk for falls and fractures in older adults-a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 47(2), 201–208.
8. Gunja N. (2013). In the Zzz zone: the effects of Z-drugs on human performance and driving. *Journal of medical toxicology : official journal of the American College of Medical Toxicology*, 9(2), 163–171.
9. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel (2023). American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(7), 2052–2081.
10. Medibas – Sömnlöshet, insomi. [Sömnsvårigheter, insomnia - orsaker, symptom och behandling \(medibas.se\)](https://www.medibas.se/somnloschet-insomi) hämtat 24-03-05
11. Rekommenderade läkemedel, Region Kronoberg  
[Vårdgivarwebben - Rekommenderade läkemedel \(regionkronoberg.se\)](https://www.regionkronoberg.se/vardgivarwebben-rekommenderade-lakemedel), hämtat 24-03-05

12. Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre. 2024. [Läkemedel Gävleborg | Inledning \(infosynk.se\)](#) hämtad 24-03-05
13. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre – kartläggning och förslag till åtgärder. Socialstyrelsen 2014. Artikelnummer: 2014-12-13
14. Socialstyrelsens statistikdatabas. [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_lak/val.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_lak/val.aspx) hämtat 24-03-05
15. Moloney M. E. (2017). 'Sometimes, it's easier to write the prescription': physician and patient accounts of the reluctant medicalisation of sleeplessness. *Sociology of health & illness*, 39(3), 333–348.
16. Dollman, W. B., LeBlanc, V. T., & Roughead, E. E. (2003). Managing insomnia in the elderly - what prevents us using non-drug options?. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 28(6), 485–491.
17. Everitt, H., McDermott, L., Leydon, G., Yules, H., Baldwin, D., & Little, P. (2014). GPs' management strategies for patients with insomnia: a survey and qualitative interview study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 64(619).
18. Davy, Z., Middlemass, J., & Siriwardena, A. N. (2015). Patients' and clinicians' experiences and perceptions of the primary care management of insomnia: qualitative study. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 18(5), 1371–1383.
19. Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur.
20. Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112.
21. Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56, 29–34.

# Bilagor

## Bilaga 1

### Intervjuguide

Intervjun startas med kort muntlig information om studien och ett förtydligande att intervjuaren vid det tillfället har rollen som forskare och inte som vårdgivare. Intervjun inleds med att viss bakgrundsinformation inhämtas, så som sjukdomshistoria, civilstånd och boendesituation. Intervjuguiden består av öppna inledningsfrågor och följdfrågor för att få deltagaren att utveckla svaren.

-Berätta om hur din sömn är.

-Hur skulle du beskriva bra sömn?

-Berätta om när du tog upp dina sömnsvårigheter i vården.

-Kan du beskriva dina förväntningar och önskemål innan du tog upp sömnsvårigheterna?

-Hur tänkte du kring orsaken till sömnsvårigheterna?

-Hur var bemötandet från vårdpersonalen?

-Berätta om du uppfattade skillnader mellan din och läkarens syn på sömnsvårigheterna.

-Berätta om dina erfarenheter av sömntabletter.

-Hur var dina förväntningar innan du började med medicinen?

-Berätta om dina erfarenheter av sömnråd eller andra typer av behandlingar av sömnsvårigheter.

-Hur var dina förväntningar innan du startade behandlingen?

-Hur uppfattar du läkarens syn på behandling av sömnsvårigheter?

-Beskriv eventuella skillnader mellan din och läkarens syn på behandling.

-Finns det något mer som du vill berätta om?

-Vilka tycker du är de tre viktigaste sakerna vi har pratat om idag?

### Följdfrågor

-Kan du berätta mer?

-Hur menar du?

-Kan du ge ett exempel?

-Hur kändes det?