

Innføring av systematisk utredning av insomni i allmennpraksis



**Julie Olimstad
Eirik Lappegard
Kristin Gladheim
Aliya Kvatbekova
Georg Andreas Gundersen
Annette Laugerud**

**Kunnskapshåndtering, ledelse og
kvalitetsforbedring
Gruppe K6
Vår 2012**

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Introduksjon	4
Kunnskapsgrunnlaget	5
Bakgrunn	5
Metode og materiale	6
Kritisk vurdering av kunnskapsgrunnlaget	9
Forbedringsarbeidet	10
Dagens praksis	10
Tiltak	10
Kvalitetsindikatorer	10
Prosessindikator	11
Resultatindikator	11
Prosess og organisering	13
Organisering av forbedringsprosjektet	13
PDSA-sirkelen	14
Tidsperspektiv	15
Forventet motstand	15
Varige endringer	16
Diskusjon	17
Referanser	18
Appendiks	20
A - Oversikt anbefalingsgrader og evidenskvalitet	21
B - Søvnutredningsalgoritme	22
C - Søvnloggbok til bruk i søvnutredning	24

Sammendrag

Hovedproblemstilling

Det er i dag ingen diagnostisk retningslinje for utredning av insomni i allmennpraksis. Vår hypotese er at insomniutredning i Norge er suboptimal. Gjennom samtaler med Harald Reiso, allmennpraktiker med erfaring fra kvalitetsforbedringsarbeid og Arne Fetveit, avdeling for allmennmedisin på Universitet i Oslo, har vi fått støtte for dette synet. I denne oppgaven har vi designet et forbedringsprosjekt for å optimalisere diagnostiseringen av insomni i allmennpraksis.

Kunnskapsgrunnlag

Vi valgte en søkestrategi etter PICO-modellen og fikk relevante treff i øvre del av kunnskapspyramiden. Som en generell kunnskapsbase har vi i hovedsak valgt to artikler fra American Academy of Sleep Medicine, en clinical guideline og en systematisk oversikt. Det diagnostiske utredningsalgoritmen vi bruker i prosjektet er utarbeidet fra en algoritme fra nasjonal retningslinje for insomni i Spania. Vår søvndagbok er hentet fra nasjonalt kompetansesenter for søvnforstyrrelser. Litteraturen indikerer at tiltaket vil ha effekt.

Tiltak/ kvalitetsindikatorer

Forbedringsprosjektet skal gjøres ved å innføre en standardisert algoritme som allmennlegene følger ved utredningen av pasienter med insomni. Søvndagbok vil være første steg i denne algoritmen. Vi har tatt utgangspunkt i to indikatorer. Prosessindikatoren måler antall diagnoseskjemaer som brukes av allmennlegene sammenlignet med antall pasienter med diagnosen insomni. Resultatindikatoren vil være et spørreskjema som utdeles allmennlegene ved prosjektets start og slutt. Denne skal blandt annet kartlegge om legene mener diagnostikken er blitt bedre og konkretisert.

Ledelse/ Organisering

Forbedringsprosjektet innføres i et tenkt fastlegefelleskap i Oslo. Vår gruppe fungerer som en imaginær fastlege som leder og organiserer tiltaket på legekontorer. Denne legen startet prosjektet ved informasjon og utdeling av skjemaer på et lunsjmøte. Han følger opp tiltaket ved nye møter, samt et evalueringsmøte etter 12 måneder.

Konklusjon

Etter en helhetsvurdering av problemets omfang, effekt av tiltaket, utfordringer ved gjennomføring og ressursbruk, konkluderer vi med at tiltaket bør gjennomføres.

Introduksjon

Søvnproblemer er svært vanlig. Hver tredje voksne person klager over søvnvansker i perioder. 95% av alle mennesker vil i løpet av livet oppleve perioder med redusert søvnkvalitet. Insomni er den vanligste søvnforstyrrelsen, kronisk insomni forekommer hos om lag 10% av den voksne befolkning. Insomni kjennetegnes av søvnløshet og deles gjerne i forbigående, akutt eller kronisk avhengig av varighet. Den deles også i primær og sekundær insomni. Den sekundære formen foreligger dersom søvnløsheten er forårsaket av kjent bakenforliggende årsak.

Konsekvensene av dårlig søvnkvalitet er dyptgripende både for individet og for samfunnet. For individet går søvnløsheten utover arbeid, sosial omgang og familieliv i tillegg til å være assosiert med en rekke sykdommer. For samfunnet tapes mange årsverk i trøtte og ineffektive arbeidstakere og insomni-relatert sykefravær. Det går utover den enkelte arbeidsgiver og forbruker velferdsstatens ressurser.

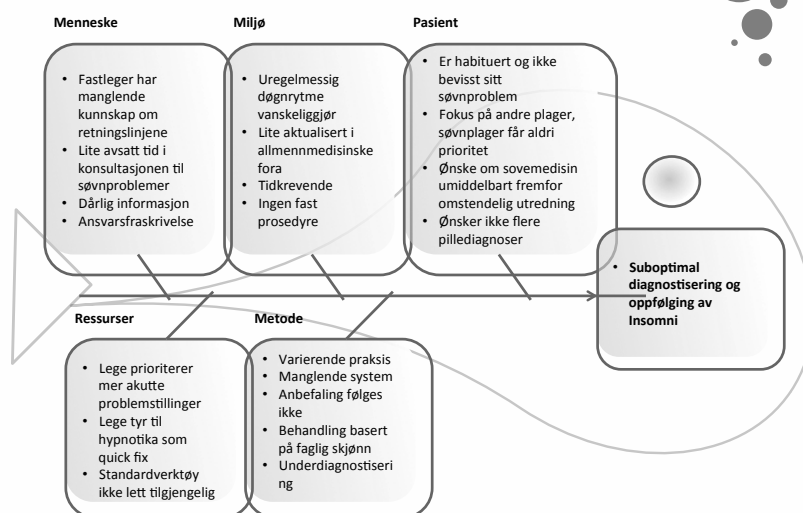
Oppdaterte behandlingsalternativer for insomni finnes i de siste retningslinjene utgitt av American Academy of Sleep Medicine (AASM) i 2005. Det er holdepunkter for effekt av både medikamentell og ikke-medikamentell behandling.

Vår hypotese er at insomniutredning i allmennpraksis i Norge i dag er suboptimal. En systematisk algoritme for diagnostisering og oppfølging av insomni som er i tråd med de internasjonale retningslinjene, vil forbedre kvaliteten av denne praksisen. I denne oppgaven ønsker vi å designe et forbedringsprosjekt der endepunktet er å heve kvaliteten på insomniutredning i et fastlegefelleskap.

Vi sammenfattet våre erfaringer fra søvnutredning slik vi opplevde den i klinisk allmennpraksis og laget et fiskebeinsdiagram for å lettere identifisere angrepspunkter for prosjektet. Vi fokuserer på behovet for et standardisert utredningsverktøy for å minske variasjonen i utredning av søvnforstyrrelser. Første steg i prosessen er få oversikt over gjeldende kunnskap på dette feltet.

Insomniutredning i dag - utfordringer

Konseptuelt fiskebeinsdiagram



Gruppe 6, 2012

Kunnskapsgrunnlaget

Bakgrunn

Undersøkelser fra en rekke land viser at nærmere en tredjedel av befolkningen rapporterer ukentlige søvnvansker, og rundt halvparten av pasientene i primærhelsetjenesten opplever søvnvansker. Rundt en tredel av befolkningen klager over dårlig søvn i perioder (2, 3).

I 2005 utga American Academy of Sleep Medicine (AASM) den andre utgaven av den mest omfattende diagnosemanualen for søvn sykdommer, International Classification of Sleep Disorders 2 (ICSD-2). Her deles søvnforstyrrelser i seks hovedkategorier (1).

Hovedkategorier av søvnforstyrrelser

- Insomni
- Søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser (f.eks. obstruktivt søvnapné-syndrom, OSAS)
- Hypersomni av sentralnervøs årsak (f.eks. narkolepsi)
- Døgnrytmeforstyrrelser (f.eks. forsinket søvnfase-syndrom)
- Parasomni (f.eks. søvngjengeri)
- Søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser (f.eks. rastløse bein)

Av de ovennevnte diagnosegruppene er insomni den vanligste. Rundt 10 % av voksne amerikanere oppfyller diagnostiske kriterier for kronisk insomni, dvs. søvnvansker ofte eller hver natt over lengre tid (2, 3), og av disse har 40 % en underliggende psykiatrisk lidelse (9). Vi antar at prevalensen i Norge er tilnærmet lik. Til tross for den høye prevalensen viser studier at tilstanden lenge forblir udiagnostisert.

Det finnes flere ulike typer av insomni, og tilstanden defineres ved subjektiv opplevelse av dårlig søvn, og kjennetegnes av problemer med innsovning, vanskeligheter med å opprettholde søvn/uroelig nattesøvn samt opplevelse av ikke å være uthvilt etter søvn. Diagnosen krever at søvnvanskene medfører nedsatt funksjon på dagtid (5).

Konsekvenser

Det er dokumentert at insomni har en rekke negative konsekvenser, både individuelt og samfunnsmessig. Flere nyere studier har vist at søvnvansker utgjør en risikofaktor for blant annet hjerte- og karlidelser, overvekt, diabetes, psykiske lidelser (depresjon, angst, misbruk), i tillegg til redusert livskvalitet, redusert kognitiv funksjon, redusert immunforsvar, hukommelses- og mestringsproblemer dersom søvnvanskene forblir ubehandlet (9). Nyere norsk forskning dokumenterer at insomni er en sterk uavhengig risikofaktor for økt sykefravær og uføretrygd. De totale omkostninger ved insomni i USA, inkludert behandling, nedsatt produktivitet og søvnrelaterte ulykker overstiger 100 milliarder dollar årlig (3,5). Også forbruket av helsetjenester generelt er langt høyere blant ubehandlede pasienter med insomni, noe som utgjør en betydelig samfunnsøkonomisk utfordring.

De store omkostningene ved søvnforstyrrelser gjør det svært viktig å diagnostisere tidlig. De ulike hovedkategoriene søvnforstyrrelser har til dels svært forskjellige symptomer og krever ulik tilnærming.

Søvnforstyrrelser bør utredes før behandling

Kunnskapsmengden innen klinisk søvnmedisin øker sterkt, men utredningskapasiteten for søvnlidelser er fortsatt utilstrekkelig. Flere studier viser at mange er plaget med dårlig søvnkvalitet og/eller trøtthet og uopplagthet på dagtid, men lette grader av slike plager kan også være en del av normal variasjon. Diagnosen må likevel være avklart gjennom en grundig anamnese og adekvat utredning før spesifikk behandling mot søvnlidelse iverksettes (8).

Utfordrende diagnostisering

Det er en generell enighet om at økt oppmerksomhet og bedre kompetanse hos behandlere er nødvendig for å identifisere og behandle søvnforstyrrelser riktig og raskt. Det kan være utfordrende for klinikere å skille mellom ulike søvnsykdommer, da samme symptom kan være til stede ved flere søvnsykdommer. Likevel kan man komme svært langt diagnostisk med en grundig og målrettet anamnese (2). Nedsatt evne til innsovning og sammenhengende søvn påvirkes av en rekke faktorer, både somatiske og psykiske. For å kunne behandle søvnforstyrrelser kreves det god kjennskap til pasientens sykehistorie, særlig bør det utspørres om søvnvaner, psykososiale forhold og medisinbruk. En direkte utspørring om søvnfunksjon er viktig, siden mer enn halvparten av pasienter med kronisk insomni aldri selv nevner problemet til legen (6).

Det finnes mange ulike generelle utredningsskjemaer for å kartlegge søvnmønstre, slike som søvndagbok, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Global Sleep Assessment Questionnaire og søvnskjema basert på Karolinska Sleep Questionnaire. De fleste av disse dekker ulike aspekter av søvn, og kan fungere som et nyttig redskap i utredning av søvnproblemer. Både søvndagbok og strukturerte spørreskjemaer ligger fritt tilgjengelig på hjemmesidene til Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer (14).

Søvnproblemer forekommer også sekundært til en rekke medisinske tilstander og medikamentbruk, noe som alltid bør vurderes hos pasienter som klager over dårlig søvn.

Metode og materiale

Bakgrunn for valg av oppgave

Vi tror det finnes et forbedringspotensiale i dagens praksis for utredning av søvnproblemer. Vi får støtte fra ledende norske søvnforskere i at en utfylt søvndagbok er mer verdifull i søvnutredningen enn en vanlig anamnese (7).

Søkestrategi, informasjonskilder og databaser

Som nevnt tidligere er insomni den vanligste type søvnlidelse man møter i allmennpraksis. I vår oppgave ønsker vi derfor å legge hovedvekt på primær utredning av denne søvnforstyrrelsen i allmennpraksis.

Vi gjorde et systematisk søk etter PICO-metoden for å søke opp internasjonalt anerkjente søvnutredningsalgoritmer for diagnostisering av søvnforstyrrelser.:

- *Populasjon:* Voksne pasienter med søvnevansker i primærhelsetjenesten

- *Intervensjon*: Systematisk bruk av et universelt søvnutrednings skjema/søvn dagbok
- *Kontroll*: Ikke systematisk utredning/diagnostikk
- *Utfall*: Bedre diagnostisering

Vi gjorde et systematisk søk i McMaster Plus via Helsebiblioteket. Vi brukte følgende søkestrenger:

- sleep disorders
- sleep disorders AND clinical assessment
- insomnia in adults
- insomnia AND clinical assessment
- sleep log OR sleep diary

Vi bestemte oss for å avgrense populasjon til voksne individer (19-65 år) som henvender seg til sin fastlege på grunn av søvnevansker. Vi ser ikke på barn/ungdommer, gravide, akutt syke samt sykehjemspasienter. Vi valgte å legge hovedvekt i oppgaven på utredning av kronisk insomni. Oppgaven omfatter ikke videre diagnostisering av andre spesifikke typer av søvnforstyrrelser, som parasomnier, hypersomnier, døgnrytmeforstyrrelser og OSAS.

Målet var å finne systematiske oversikter og meta-analyser som handlet om primær utredning av søvnforstyrrelser i den aktuelle pasientgruppen. Dette ga noen relevante treff øverst i kunnskapspyramiden. Vi valgte å ta utgangspunkt i et par artikler i UpToDate og BestPractice (12,13). I referanselisten til disse artiklene fant vi flere aktuelle publikasjoner og kliniske retningslinjer (6, 27).

Vi gjorde også direkte søk i The Cochrane Library etter relevante systematiske oversikter og meta-analyser, og søkte i Evidence Based Medicine etter kvalitetsvurderte studier. Også her avgrenset vi søket til vår avgrensede populasjon og inkluderte artikler fra de siste 10 år. Artiklenes relevans ble vurdert ut fra tittel og abstrakt. I tillegg supplerte vi med artikler og anbefalte nettsider funnet ved direkte søk i NEL, Tidsskriftet for Den Norske Legeforening, American Academy of Sleep Medicine (AASM), National Health Service (NHS) i Spania og Nasjonalt Kompetansesenter for søvnsykdommer. Til slutt sto vi igjen med et utvalg publikasjoner, der vi har fokusert mest på den kliniske retningslinjen fra American Academy of Sleep Medicine (10,11,18).

Vi tok også kontakt med ledende norske eksperter på søvnforstyrrelser, dr. Harald Reiso og dr. Arne Fetveit. De bekreftet på at det er en diskrepans mellom dagens allmennpraksis i Norge og beste praksis når det gjelder søvnutredning.

Anbefalt praksis

For å ha et sammenligningsgrunnlag med dagens praksis prøvde vi først å finne bestemte nasjonale retningslinjer for utredning av søvnevansker i primærhelsetjenesten. Det er enighet om behovet for bedre diagnostisering, men i Norge mangler en klar diagnostisk algoritme for utredning av den voksne pasientgruppen med søvnlidelser.

I litteratursøket vårt fant vi et bredt utvalg av diagnostiske algoritmer og kliniske

retningslinjer. Algoritmen vi presenterer i denne oppgaven er den vi vurderte som mest overførbart og hensiktsmessig i norsk allmennpraksis. Den er tenkt å være det primære utredningsverktøyet ved søvnproblematikk og anbefales i amerikanske og europeiske retningslinjer (11, 17). Algoritmen er utarbeidet av nasjonale helsemyndigheter i Spania (National Health Service, NHS) (17).

Søvnutredningsalgoritmen

Algoritmen er et initialt verktøy for å diagnostisere insomni hos en pasient med søvnproblemer. Den er en del av en grundig anamnese med vekt på søvnvaner og risikofaktorer for søvnforstyrrelser. I anbefalingene i retningslinjene fremkommer også at søvndagbok bør inngå som et viktig supplement i den generelle utredningen (10, 11,17,18).

I en søvndagbok registreres tidspunktet man legger seg, innsovningstid, total sovetid, antall oppvåkninger, bruk av sovemidler, tidspunkt for oppvåkning, selvopplevd søvnkvalitet og symptomer på søvnmangel gjennom dagen.

En viktig fordel med søvndagbok er at den gir klinikerer mulighet til direkte å involvere pasienten, som fører denne hver dag over to uker. Søvndagbok gir i tillegg mulighet til å kartlegge natt-til-natt variasjon i pasientens søvnmønster, og kan brukes som en indikator på behandlingseffekt (16) (Appendiks C).

I vårt tiltak er bruk av søvndagbok en essensiell del av søvnutredningen. Vi har valgt en søvndagbok tilpasset norske forhold og utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer ved Haukeland sykehus (14).

De amerikanske kliniske retningslinjene samsvarer med de spanske. En artikkel i *Journal of Clinical Sleep Medicine* fra 2008 presenterer en clinical guideline for diagnostisering og behandling av kronisk insomni hos voksne (11). I denne sammenfattes evidens- og konsensusbaserte anbefalinger fra American Academy of Sleep Medicine (AASM) for utredning av tilstanden. Anbefalingene i disse retningslinjene kan oppsummeres slik:

- Insomni er primært diagnostisert ved klinisk evaluering gjennom en nøyaktig og detaljert anamnese med vekt på søvnvaner, legemiddelbruk, misbruk av andre stoffer og komorbide medisinske eller psykiske tilstander. *(Standard)*
- Søvnanamnese bør inkludere spesifikke symptomer på insomni, søvnvåkenhetsmønsteret, andre søvnassosierte plager og konsekvenser på daglig funksjon. *(Consensus)*
- Hjelpemidler ved utredning av insomni, som i tillegg brukes for å utelukke differensialdiagnoser, omfatter ulike standardiserte spørreskjemaer, søvnskjemaer (sleep-logs), symptom-sjekklistor, psykologiske screening tester og utspørring av sengepartneren. *(Guideline)*

En spesialistutredning bør inneholde:

- et generelt medisinsk/psykiatrisk spørreskjema for å påvise komorbide tilstander.

- The Epworth Sleepiness Scale-skjema eller lignende for å identifisere søvnige/uopplagte pasienter og tilstander oppstått som en komplikasjon av søvnmangel.
- To-ukers søvnskjema/søvnloggbok for å kartlegge generelle søvn-våkenhetstider og dag-til-dag variasjoner. *(Consensus)*
- Data fra en søvnloggbok bør innhentes før og under behandlingsforløpet, samt i tilfeller av residiverende episoder. *(Consensus)*
- Supplerende midler som kan være til hjelp ved primær utredning og oppfølging av pasienter med kronisk insomni omfatter subjektive mål som pasientens egen opplevelse av sin søvnkvalitet, psykologiske tester, funksjonsnivå på dagtid og livskvalitet. *(Consensus)*

Ikke alle deler av denne anbefalingen kan gjennomføres i allmennpraksis. Det er per i dag ikke anbefalt av helsemyndighetene å screene alle nye pasienter som henvender seg til sin fastlege for søvnevansker. En prospektiv studie utført på ett allmenlegekontor i USA evaluerte bruk av tre ulike skjemaer som screeningsverktøy for utredning av søvnevansker av alle nye pasienter (18). Studien viste at slik bruk av skjemaene som screeningsmetode klarte å påvise ulike søvnforstyrrelser hos i gjennomsnitt 25 % av pasientene der søvn ikke var hovedproblemet for henvendelse. Studien viste at bruk av søvnskjemaer for screening av søvnevansker i allmennpraksis er en effektiv og relativt enkel metode for å identifisere pasienter som er i risiko for utvikle betydelige søvnforstyrrelser. Det viktig å merke seg at studien ble utført på kun ett allmenlegesenter med et begrenset antall pasienter. Det er behov for flere og større studier for å styrke funnene (18).

Kritisk vurdering av kunnskapsgrunnlaget

Problemstillingen i vår oppgave er av slik karakter at det er vanskelig å måle effekten av tiltaket kvantitativt. Etter gjennomgang av oppdatert kunnskap får vi inntrykk av at internasjonale helsemyndigheters anbefalinger for utredning av insomni, inkludert diagnostisk algoritme og søvnloggbok, støtter seg på konsensusbasert grad 3 evidens. Dette tilsvarer evidens basert på anbefalinger fra anerkjente forskningsgrupper, basert på klinisk erfaring og deskriptive studier (Appendiks A).

En review-artikkel basert på to meta-analyser og 48 kliniske studier konkluderte med at 70-80% av pasienter med søvnforstyrrelser hadde nytte av ikke-medikamentell intervensjon (26).

Neste steg er å se hva som kan løfte norsk søvnutredningspraksis mot beste praksis.

Forbedringsarbeidet

Dagens praksis

Søvnforstyrrelser i allmennpraksis kartlegges i dag med en kort anamnese i en vanlig konsultasjon. Verktøy som søvndagbok eller andre kartleggings skjemaer brukes ikke systematisk. Dette blir bekreftet av dr. Harald Reiso, fastlege, og dr. Arne Fetveit, førsteamanuensis ved avdeling for allmennmedisin, Universitet i Oslo, en av de ledende i Norge på søvnforskning. I tillegg viser studier at bare 25 % av de med kronisk insomni tar det opp spontant hos fastlegen.

Tiltak

Vi vil innføre en standardisert algoritme som et verktøy i diagnostiseringen av insomni. Etter råd fra en allmennlege med bred erfaring innen kvalitetsforbedring, dr. Harald Reiso, ble vi enige om å fokusere på at a måtte være enkelt, oversiktlig og lett anvendelig (19). Av aktuelle utredningsalgoritmer med god evidens, har vi ut fra disse kriterier valgt en algoritme utviklet av nasjonale helsemyndigheter i Spania (20, Appendiks B). Vi har oversatt den til norsk og tilpasset den til norske forhold. Alle endringer basert på kunnskapsgrunnlaget. Et sentralt element i deres anbefalinger er bruk av søvndagbok. Vi har valgt å implementere en søvndagbok utviklet av en av landets fremste søvneksperter, dr. Bjørn Bjorvatn ved Haukeland Universitetssykehus (Appendiks C). Tiltaket innebærer at allmennlegen benytter slutten av første konsultasjon, da søvnproblemet kommer opp, til innføring i bruk av søvndagbok. Søvndagboken deles ut og pasienten fyller ut skjemaet gjennom en periode på 2 uker. Med bakgrunn i informasjonen fra anamnesen, søvndagboken og eventuelle supplerende undersøkelser, følges algoritmen videre for å komme nærmere en endelig diagnose.

Kostnadene ved innføring av tiltaket og videre anvendelse av skjemaet er svært lave. Det er organisatorisk og praktisk enkelt å gjennomføre og det har som hensikt å forenkle og forbedre diagnostikken innenfor et forsømt område. Selve innføringen vil være lite tidkrevende, se "prosess, ledelse og organisering". Vi konkluderer med at tiltaket er gjennomførbart.

Tiltaket vurderes også å være svært relevant. Søvnvansker er utbredt og konsekvensene av dårlig søvnkvalitet er dyptgripende både for individet og for samfunnet. Vi ser at dagens diagnostisering er mangelfull og tilfeldig, og at internasjonalt anbefalte utredningsrutiner benyttes i liten grad. Det er grunn til å tro at prevalens, sykdomsmekanismer og effekter av en systematisk utredning er sammenlignbart mellom de vestlige landene, og vi mener derfor at et skjema utviklet i Spania også har relevans i den norske populasjonen.

Kvalitetsindikatorer

For at forbedringstiltaket skal gjennomføres og eventuelt videreføres må man kontrollere om effekten er som ønsket. Det er vanskelig å måle direkte at kvaliteten på søvndiagnostikken blir bedre. Derfor bruker man kvalitetsindikatorer som pekepinn på hvordan prosjektet utvikler seg. Indikatorene blir gjerne delt inn etter hva og hvordan den måler. Vi har valgt å bruke en prosessindikator og en resultatindikator (21). Prosessindikatoren beskriver utviklingen underveis i prosjektet, mens

resultatindikatoren forteller om målsetningene for prosjektet blir oppfylt. En tredje type indikator, strukturindikator har vi valgt å ikke benytte oss av i dette forbedringsprosjektet. En strukturindikator gir en pekepinn på hvordan ressursbruken endres i henhold til fasiliteter, teknologi, tilgjengelig utstyr og kompetanse. Vi vurderer prosjektet vårt til å ha begrenset effekt på slike ressurser og mener det er tilstrekkelig å bruke prosess- og resultatindikator.

Prosessindikator

Vi ønsker å måle om prosjektet gjennomføres slik det er tenkt. Det er av interesse om vår diagnostiske algoritme og søvndagbok blir brukt. For å undersøke dette kartlegger vi antallet pasienter som får diagnosen søvnforstyrrelse. I sykdomsklassifiseringen ICPC-2 har søvnforstyrrelser kode P06. Antallet diagnostiserte pasienter sammenlignes med antall diagnosekjemaer som brukes av allmennlegene. Hvert skjema vil bli nummerert og legene skal ikke lage egne kopier. For å være sikker på å fange opp alle med søvnforstyrrelser, kan man i tillegg til å bruke diagnosekodene inkludere alle som har fått resept på hypnotika.

Det settes en rekke krav til kvalitetsindikatorer (22). Vi har vurdert prosessindikatoren opp mot disse kravene (Tabell 1).

Resultatindikator

Våre målsetninger for tiltaket er blant annet å bedre, konkretisere og forenkle diagnostikken for søvnforstyrrelser. For å måle om dette er oppnådd trenger vi en resultatindikator. Bedret diagnostikk er det vanskelig å få noen konkrete tall på. Den baserer seg på legenes subjektive erfaringer med tiltaket. Vi har likvel valgt å bruke dette som vår resultatindikator. Vi mener legenes erfaringer forteller oss best om prosjektet var vellykket. Ved prosjektets slutt vil legene få utdelt et spørreskjema. Her vil vi kartlegge om legene mener diagnostikken er blitt enklere og mer konkret. Andre spørsmål som er naturlig å stille er blant annet: Virker pasientene fornøyd med diagnostikken? Hva er erfaringene med bruk av søvndagbok? Brukes søvndagbok hyppigere enn tidligere? Mener du bruk av hypnotika har gått ned ved bruk av diagnostisk algoritme? For å kunne ha et bedre sammenligningsgrunnlag vil et tilsvarende spørreskjema utdeles ved prosjektets oppstart.

Vi har vurdert resultatindikatoren opp mot de krav som stilles for en indikator (Tabell 1).

Kriterer	Prosessindikator	Resultatindikator
Relevant	Måler i hvor stor grad tiltaket blir tatt i bruk. ++	Indikatoren er etter vår mening den som best gjenspeiler de målsetninger som er satt. ++
Gyldig	Direkte sammenheng mellom bedret diagnostikk og økt bruk av diagnostiske algoritmer. ++	Vi vurderer at det er god nok sammenheng mellom bedret diagnostikk og allmenlegenes subjektive opplevelse av bedret diagnostikk. +
Målbar	Konkrete tall oppnås. +++	Ikke målbart tall, men likevel en gradering av opplevd bedring av diagnostikk. +
Tilgjengelig	Data er godt tilgjengelig gjennom journalsystemet og gjenværende nummererte skjemaer. +++	Legene må avsette 20 min evaluering før og etter prosjektet. God tilgjengelighet. +++
Pålitelig	Allmennlegene kan ta i bruk egne skjemaer samt at vi ikke fanger opp alle med søvnforstyrrelse. Antageligvis liten feilmargin. +	En risiko for at legens forutinntatte oppfatninger av diagnostiske algoritmer påvirker resultatet av prosjektet båd i pos og neg forstand. +
Påvirkbar	Se pålitelighet. +	Se pålitelighet. +

Tabell 1: Vurdering av kvalitetsindikatorer

Prosess og organisering

Organisering av forbedringsprosjektet

Vi går inn i prosjektet som en fastlege i et tenkt fastlegefelleskap i Oslo. Denne fastlegen vil fungere som prosjektleder og ønsker å innføre et tiltak for alle fastlegene i praksisen.

Forutsetningene for at tiltaket skal fungere og at det er gjennomførbart i primærhelsetjenesten, er at det er enkelt, tidseffektivt og at det er integrert i de daglige rutineene. Legene må ha en formening om at de har et problem og ha tro på at fremlagt løsning vil hjelpe dem. Videre må påkrevde ressurser for å gjennomføre tiltaket stå i forhold til målsetning. Valg av kvalitetsforbedringstiltak er også avgjørende for måloppnåelse, se tabell under. Vi har diskutert dette med dr. Harald Reiso, som har bred erfaring innen kvalitetsforbedring i allmennpraksis (19). Med bakgrunn i litteraturen, egen erfaring og formidlet erfaring, har vi landet på å innføre en utredningsalgoritme, inkludert en søvndagbok. Vi vil vektlegge kunnskapsformidling og utdanning, forenkling av en vanskelig diagnostisk prosess ved hjelp av sjekklister og støtteverktøy, mulighet for å redusere arbeidsbelastning og fordelen med standardisering av prosesser og journaler (Tabell 2). Vi mener dette er et tiltak med et godt skjæringspunkt mellom effekt og gjennomførbarhet.

Meget effektive tiltak	Moderat effektive tiltak	Mindre effektive tiltak
Teknologiske barrierer	Redusere arbeidsbelastning	Dobbeltkontroll
Prosessforenkling, fjerning av unødig prosesstrinn	Forbedring av IT-systemer	Advarsler og merking
Standardisering av utstyr, prosesser og journaler	Redusere forstyrrelser	Nye retningslinjer
Brukertesting av nytt utstyr før anskaffelse	Sjekklister og andre støtteverktøy	Undervisning
Massivt engasjement for pasientsikkerhet i ledelsen	Eliminere produkter med navn som kan forveksles	Ytterligere observasjoner/analyser
Endringer i enhetens fysiske utforming	Bekreftelse av muntlige beskjeder – tilbakelesing til avsender	
	Styrket dokumentasjon av prosedyrer	
	Redundante systemer	

Tabell 2: Rangering av kvalitetsforbedringstiltak etter effekt (23). Våre utvalgte tiltak visualiseres med fet skrift.

PDSA-sirkelen

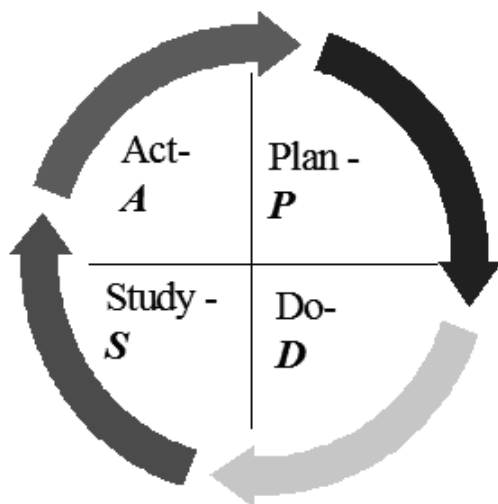
Som et praktisk verktøy i prosessen har vi valgt å bruke Langley og Nolans modell for kvalitetsforbedring (24). Sentralt i denne modellen er PDSA-sirkelen, se figur under. Modellen gir struktur til en trinnvis prosess samtidig som den åpner for en syklisk tilnærming som kan være gunstig i arbeidet med kvalitetsforbedring. PDSA står for:

P - Plan. Avklare situasjonen, fastsette mål, planlegge gjennomføring, sørge for nok ressurser til gjennomføringen.

D - Do. Iverksette planlagte tiltak.

S - Study. Samle inn og analysere resultatene i forhold til målene.

A - Act. Oppsummering og refleksjon rundt de tiltakene man har innført. Avvik korrigeres og eventuelle gode løsninger implementeres.



Figur 1: Verktøy for kvalitetsforbedring; PDSA.

Med utgangspunkt i denne modellen har vi skissert vår plan for kvalitetsforbedring for allmennleger i en gruppepraksis. Vi anser oss selv som prosjektledere og ansvarlige for trinnene i sirkelen, mens de andre fastlegene i gruppepraksisen er aktivt deltakende i de ulike leddene.

Plan

Prosjektleder planlegger gjennomføring av prosjektet, innhenting av kunnskap og dokumentasjon, utskriving av algoritmer og nummererte søvndagbøker. Prosjektleder presenterer kunnskapsgrunnlag, undersøker motivasjon for endring og skisserer praktisk gjennomføring på oppsatt lunsjmøte ("1.møte"). Etterpå holdes en åpen diskusjon med kolleger for å komme til felles forståelse.

Do

Søvnutredningsskjemaet og egne nummererte søvndagbøker deles ut til alle og tas i bruk som avtalt på lunsjmøte. Tiltaket settes i verk umiddelbart etter møtet.

Study

I forbindelse med oppsatte evalueringsmøter etter 3, 6 og 12 mnd innhentes prosessindikatoren (bruker fastlegene søvnskjemaet og søvndagbøkene?) og resultatindikatoren (mener fastlegene at diagnostikken blir bedre og enklere?).

Act

På oppsatte evalueringsmøter etter 3, 6 og 12 mnd. Åpen diskusjon rundt innføringen av algoritmen og søvndagboken. Utveksle erfaringer. Er dette nyttig? Er det behov for endringer? Skal tiltaket videreføres?

Ved ønske om endringer underveis i prosessen, startes en ny runde i PDSA-hjulet.

Tidsperspektiv

Vi planlegger følgende tidsbruk til innføring og gjennomføring av prosjektet:

- 1. møte: 20min lunsjmøte. Innføring og igangsetting av prosjektet.
- 2. møte: Etter 1 mnd. 10 min lunsjmøte. Oppklaring av eventuelle misforståelser.
- Senere evalueringsmøter: Etter 3, 6 og 12 mnd. 15 min lunsjmøte.

Forventet motstand

I enhver endringsprosess i en organisasjon må man være forberedt på å møte motstand mot endring, blant både ansatte og ledere. Selv om utøvere av medisin opererer i et landskap der faktagrunnlaget hele tiden endres, og således er vant til endringer, har alle mennesker en iboende motstand mot forandring (25). Vi har diskutert aktuell problemstilling med dr. Andreas Tandberg, allmennpraktiker på Bekkestua legesenter og dr. Harald Reiso og har kommet fram til at vi kan forvente følgende motstand:

- Fastleger er selvstendig næringsdrivende og står dermed helt fritt til å velge bort tiltaket. Vi vil derfor fokusere på motivasjon og på at dette er et redskap som vil virke tidsbesparende, kvalitetshevende og forenklende.
- Fastleger kan sitte med oppfatningen om at rigide algoritmer ikke alltid er overførbare på enkeltpasienter, og at en slik algoritme vil gå på bekostning av behandlerkjønnet. Vår algoritme er generelt utformet og vi mener det er handlingsrom for den enkelte lege selv innenfor disse rammene.
- Mange vil hevde at søvnskjemaet krever mer tid per konsultasjon. Vi hevder at det man eventuelt bruker av ekstra tid på 1. og 2. konsultasjon, får man igjen på antall konsultasjoner og tid per konsultasjon senere i pasientoppfølgingen. Problemet identifiseres tidlig i forløpet og risiko for feilbehandling reduseres. En strukturert utredning med søvndagbok vil være mer tidseffektiv enn vanlig anamnese.
- Noen vil kanskje ha tanker om at det er både enklere og raskere å skrive ut farmaka. Ved å ta i bruk algoritmen og søvndagboken, reduseres antall tilfeller av medikamentmisbruk og toleranseutvikling. Man øker muligheten for mer spesifikk behandling med mindre bivirkninger.
- Fastlegene kan også argumentere med at pasientene ikke ønsker å bruke ressurser på å fylle ut søvndagboken. Dette er spesielt aktuelt hos pasienter som tidligere har fått utskrevet sovemedisiner. Ved å følge våre anbefalinger blir pasienten involvert, informert og ansvarliggjort for sin egen situasjon. Man gir da den motiverte pasient et konkret valg hvor han aktiv kan medvirke til

bedring. Dette fører videre til bedre etterlevelse og bedre og mer langvarige behandlingsresultater.

Varige endringer

Dersom kvalitetsarbeidet lykkes, er det viktig at endringene forblir varige. Som prosjektleder vil vi legge til rette ved å sikre at utredningsalgoritmen og søvndagboken gjøres lett tilgjengelig også i fremtiden. Utover dette vil det være opp til hver enkelt fastlege å avgjøre om de ønsker å benytte algoritmen og søvndagboken videre.

En mulig videreføring og utvidelse av kvalitetsforbedringprosjektet vil kunne være å kontakte kommuneoverlegen for diskusjon om mulig innføring av rutine for alle fastleger i bydelen.

Hvis man lykkes med prosjektet kan man også øke motivasjonen for nye forbedringsprosjekter. Dette kan utnyttes til å skape kultur for kvalitetsforbedring i fastlegefelleskapet.

Diskusjon

Dagens utredning av søvnproblemer i allmennpraksis er suboptimal. Dette synet deles av dr. Harald Reiso, fastlege og dr. Arne Fetveit, avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo. De understreker vanskelighetene med å innhente nok informasjon om søvnproblemets natur gjennom en 15 til 20 minutters konsultasjon uten bruk av søvndagbok.

I vurderingen av hvorvidt tiltaket vårt skal gjennomføres, må vi ta hensyn til både pasientens og fastlegens ressurser. Pasienten må bruke 14 dager på å fylle ut søvndagboken, og vil komme senere igang med sin eventuelle medikamentelle behandling. Dette problemet kan løses ved at søvndagboken kan utleveres ved timebestilling. Da vil ikke pasienten miste tid, da utfyllingen uansett foregår i påvente av konsultasjon. Økonomisk sett vil innføring av tiltaket ikke medføre behov for noen investeringer. Legen må påregne å bruke en ekstra konsultasjon innledningsvis i utredningen, men vil sannsynligvis over tid spare konsultasjoner når pasientens søvnproblemer bedres.

Det er allmenn enighet om at medikamentell behandling av søvnforstyrrelser kun skal skje på riktig indikasjon. Likevel kan det tenkes at det er lett å ty til reseptblokken når både lege og pasient ønsker en snarlig løsning på et problem som oppfattes overveldende og tidkrevende. Utfylling av søvndagbok vil bidra til at tilstander som ikke skal ha medikamentell behandling enklere vil kunne identifiseres.

Vi ønsket en vurdering av utfordringer ved gjennomføring av tiltaket og tok kontakt med dr. Andreas Tandberg ved Bekkestua Legesenter. Han var positiv til å bruke algoritmen som en del av sin utredning, men la til at rigide systemer sjelden lar seg gjennomføre i praksis. Han mente likevel at søvndagboken kunne være et konkret verktøy i møte med en diffus problemstilling. Dr. Reiso påpeker også at varigheten av perioden mellom hver evaluering må kanskje nedjusteres for å beholde momentet og interessen i prosjektet blant de involverte legene. Å kunne instruere i utfylling av søvndagbok er et alternativ til å skrive ut et medikament umiddelbart, spesielt i møte med den motiverte pasient. Den utfylte søvndagboken danner videre grunnlag for en samtale om normalvariasjon av søvnbehov. Dette informerer og justerer pasientenes forventninger til søvnens lengde og kvalitet. Dette varierer med alder og mellom individer.

Tandberg så potensiale for å spare tid ved at søvndagboken gis ut umiddelbart ved timebestilling. Søvndagboken måtte være enkel å fylle ut. Sekretærene kan stå for instruksjon i korrekt utfylling. Dette vil vi inkludere i tiltaket ved eventuell implementering.

En hovedutfordring for prosjektet er at det ikke foreligger studier som direkte måler effekten av vårt tiltak. Det kan være mange årsaker til at det er gjort lite på dette feltet. En av de kan være at søvnforstyrrelser ikke er et prioritert forskningsområde med høy status. Det er lite attraktivt for legemiddelindustrien å forske frem gode alternativer til bruk av hypnotika. Det finnes likevel studier som indikerer at denne type tiltak vil ha

effekt. En annen problemstilling er at vi måtte oversette den spanske algoritmen for å tilpasse den norske forhold. Vi baserte endringene på kunnskapsgrunnlaget og vurderte at fordelene med forandringene oppveide ulempene ved å endre originalen. Etter en helhetsvurdering av problemets omfang, effekt av tiltaket, utfordringer ved gjennomføring og ressursbruk, konkluderer vi med at tiltaket bør gjennomføres.

Referanser

1. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders. 2. utg. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
2. Øyane N, Hoven AM vd, Fetveit A, Pallesen S, Bjorvatn B. Symptommønstre ved kroniske søvnsykdommer, Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129:2011-4
3. Bjorvatn B, Sivertsen B, Øyane N, Nordhus I N, Pallesen S. Insomni, Tidsskr Nor Legeforen 2009;129:1766-8
4. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. Sleep Med Rev 2002; 6: 97-111
5. Norsk Elektronisk Legehåndbok
6. National Heart, Lung and Blood Institute Working Group on Insomnia. Insomnia: assessment and management in primary care. Am Fam Physician 1999; 59:3029-38.
7. Fetveit A, Bjorvatn B. Søvnforstyrrelser hos eldre. Tidsskr Nor Legeforen 2009;129:2004
8. Sand T. Søvnlidelser må utredes før behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124:2877
9. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 48, nummer 2 2011, side 176-178
10. Bloom HG, Ahmed I, Alessi CA, et al. Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. J Am Geriatr Soc. 2009 May; 57(5):761-89. (Systematic Review)
11. Schutte-Rodin S; Broch L; Buysse D; Dorsey C; Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. J Clin Sleep Med 2008;4(5):487-504.
12. Diagnostic evaluation of insomnia (Uptodate)
13. Overview of insomnia (Uptodate)
14. Nasjonalt kompetansesenter for søvnsjukdommar (SOVno) ved Haukeland sjukehus
15. Søvn dagbok
<http://haukeland.no/omoss/avdelinger/sovno/Sider/sporreskjema.aspx>
16. Insomnia: Assessment and Management in Primary Care. Am Fam Physician. 1999 Jun 1; 59(11):3029-3038
17. NHS (Clinical practice guidelines for the management of patients with insomnia in primary care)
<http://www.guiasalud.es/egpc/traduccion/ingles/insomnio/completa/apartado06/diagnostico.html>
18. Senthilvel E; Auckley D; Dasarathy J. Evaluation of sleep disorders in the primary care setting: history taking compared to questionnaires. 2011;7(1):41-48
19. Personlig kontakt: Harald Reiso, lege, spesialist i allmenntillegmedisin. Spesialkompetanse på kvalitetsforbedring i allmenntillegpraksis. Aktiv i Forskergruppen i Aust-Agder.
20. NHS (Clinical practice guidelines for the management of patients with insomnia in primary care):
<http://www.guiasalud.es/egpc/traduccion/ingles/insomnio/completa/apartado06/diagnostico.html>

21. Holm H A, Frøen J F, Hjortdahl P et al.: KLoK profesjonsutøvelse: Kunnskapshåndtering, Ledelse og Kvalitetsforbedring. Veileder for studentenes kliniske KLoK-læring i 10., 11. og 12. semester. Universitetet i Oslo 2008.
22. Rygh LH, Mørland B. Jakten på de gode kvalitetsindikatorene. TidsskrNorLægeforen 2006;126;2822-5
23. URL: <http://www.pasientsikkerhet.no/arsaksanalyse-av-uonskede-hendelser>
24. Langlely, Nolan, Nolan, Norman, Provost. The Improvement Guide. New York; Jossey Bass; 1996.
25. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag, Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS; 2007.
26. Morin CM, Non-pharmalogical treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review, Sleep; 1999
27. NIH State-of-the-Science Conference on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. 2005 Jun 13-15;22(2):1-30

Appendiks

- A.** Oversiktstabell - anbefalingsgrader og evidenskvalitet
- B.** Søvnutredningsalgoritme
- C.** Søvndagbok til bruk i søvnutredningen

A - Oversikt anbefalingsgrader og evidenskvalitet

Anbefalingsnivå	Beskrivelse
Standard	En generelt akseptert strategi som reflekterer høy grad av klinisk sikkerhet. Tilsvarende Grad 1 Evidens.
Guideline	En strategi med moderat grad av klinisk sikkerhet. Tilsvarende Grad 2 Evidens eller konsensusbasert Grad 3 Evidens.
Option	En strategi med usikker klinisk sikkerhet. En ufullstendig, ikke-entydig, eller motstridende evidens eller motstridende ekspert uttalelser.

Grad av evidens	Beskrivelse
Grad I	Evidens basert på minst 1 RCT
Grad II	Evidens basert på minst 1: <ul style="list-style-type: none"> • dobbel-blindet kontrollert studie uten randomisering eller • kohort eller kasus-kontroll analytisk studie eller • multiple tidsserie-studier
Grad III	Evidens basert på anbefalinger fra anerkjente eksperter/grupper, basert på klinisk erfaring, deskriptive studier.

Styrken på evidens	Beskrivelse
A	God evidens for å støtte bruk av aktuelle råd/anbefalinger; klinikere bør alltid gjøre dette.
B	Moderat evidens for å følge rådene; klinikere bør hovedsakelig gjøre dette
C	Svak evidens for å følge rådene; klinikere kan følge de aktuelle rådene eller kan la være å gjøre dette
D	Moderat evidens mot følging av rådene; klinikere bør oftest ikke gjøre det.
E	God evidens mot følging av rådene; klinikere bør aldri gjøre det.

Appendiks A: AASM Levels of Recommendations

B - Søvnutredningsalgoritme

Algoritmen er tilpasset norske forhold med utgangspunkt i den nasjonale kliniske retningslinje i Spania (20). Alle endringer er basert på og i tråd med oppgavens kunnskapsgrunnlag.

Liste over endringer:

- Lagt til boks med påminnelse om bruk av søvndagbok. Lagt opp til ny time for bedre tid til utredning. Dette kan selvsagt vurderes for hvert enkelt tilfelle, men det anbefales å ha informasjon fra søvndagbok før utredning.
- Lagt til flere konkrete stikkord for hvert steg i algoritmen.
- Liten endring under akutt insomni der vi har valgt å legge mindre vekt på diagnosen tilpasningsforstyrrelse (F43.2) da man ikke bruker dette diagnosesystemet i allmennpraksis (diagnosekoden er overført fra DSM IV).
- Liten forenkling under vurdering av mental lidelse.
- Utvidet innholdet i omgivelsesrelatert søvnforstyrrelse. Om pasienten svarer ja på dette skal en uansett fortsette utredningen for annen sekundær årsak til insomni.

Utredning av søvnproblemer

Nedsatt funksjonsevne i våken tilstand?

Nei

Søvnen er en normalvariant

Ja

Instruer i søvndagbok
Sett opp ny time etter 2 uker

Varighet under 1 måned

Varighet over 1 måned

Følge av en stressreaksjon?

Årsaker kan være

- Dødsfall blant venner/ familie
- Skilsmisse
- Flytting/tap av sosialt nettverk
- Annen krise

Ja

Akutt sekundær insomni eller

Tilpasningsforstyrrelse (F43.2)

Nei

Akutt primær insomni

Omgivelsesrelatert?

- Forstyrrende omgivelser
- Koffein / nikotin
- Spør om søvnhygiene

Ja

Ja / nei

Vurder medisinsk årsak

- Tungpusthet? Smerte?

Ja

Nei

Medikamentbivirkning?

- Betablokkere, bronkodilatorer, SSRI

Ja

Nei

Vurder mentale lidelser

- Depresjon, Angst

Ja

Nei

Søvnrytmeforstyrrelser?

- Vaktskiftarbeid?
- Jetlag?

Ja

Circadian søvnrytmeforstyrrelse

Nei

Pusteproblemer under søvn?

- Spør pårørende

Ja

Søvnapne

Nei

Mareritt, nattskrek, søvngjengeri, restless legs?

Ja

Parasomni

Nei til alt

Kronisk primær insomni

Sekundær insomni

C - Søvndagbok til bruk i søvnutredning

Kartlegg søvnen din med søvndagbok

Hvordan sover du?

Utfylling av søvndagbok i en til to uker er en god og enkel måte å kartlegge søvnen din på. I moderne behandling av søvnproblemer benyttes slike dagbøker som hjelp til å stille diagnose, og også til å følge respons på behandling.

Instruksjoner til bruk av søvndagbok:

De to første spørsmålene fylles ut om kvelden før sengetid, mens de andre spørsmålene besvares om morgenen rett etter at du har stått opp. Søvndagboken fylles ut hver dag.

Det er vanskelig å vite nøyaktig hvor lang tid det tar å sovne inn, og hvor lenge man er våken om natten. Når dagboken likevel inneholder slike spørsmål er det fordi man ønsker at du prøver å gi et anslag på disse tidene (ikke se på klokken). Hvis det har skjedd noe spesielt om nettene, notér ned hva det var (sykdom, telefonoppringing o.l.).

Her følger litt hjelp til å fylle ut hvert enkelt spørsmål. Et eksempel på utfylling er også gitt i selve dagboken.

1. *Kvalitet på dagen:* Bruk skalaen i søvndagboken til å angi hvordan du fungerte i løpet av dagen.
2. *Blund:* Alle søvnperioder utenom nattesøvnen noteres, også om blundene var ufrivillige. Hvis du for eksempel sovnet foran fjernsynet i 10 minutter, ønsker vi at du noterer dette.
3. *Hjelp til å sove:* Ta med alle former for sovemidler, også de uten resept. Alkohol-inntak spesielt brukt som sovemiddel noteres også.
4. *Sengetid:* Dette er tiden du går til sengs og faktisk skrur av lysene. Hvis du legger deg kl. 22.45, men skrur av lysene først kl. 23.15, skal begge tidspunktene noteres.
5. *Innsøvningstid:* Gi ditt beste anslag over hvor lang tid du tok på å sovne etter at du hadde skrudd av lyset.
6. *Antall oppvåkninger:* Dette er antall nattlige oppvåkninger som du husker.
7. *Varigheten av oppvåkningene:* Angi så godt du kan hvor lenge du var våken i hver av de nattlige oppvåkningene. Hvis dette er umulig, angi cirka hvor lenge du tror du var våken totalt sett i løpet av natten. Ta ikke med tiden det tok fra du våknet til du stod opp, siden det går fram av de neste spørsmålene.
8. *Våkenhet om morgenen:* Her noteres tidspunktet du våknet opp om morgenen uten å få sove igjen. Hvis du våknet kl. 04.00 og ikke sovnet etterpå, noteres dette tidspunktet. Hvis du imidlertid våknet 04.00, men sov en kort periode (f.eks. fra 06.00 til 06.20), noteres 06.20.
9. *Tidspunkt du stod opp:* Her noteres det tidspunktet du stod opp for godt den morgenen.
10. *Søvnkvalitet:* Bruk skalaen i søvndagboken til å angi hvordan du opplevde kvaliteten på nattesøvnen.

SØVNDAGBOK

© Bjørn Bjorvatn

Navn: Spørsmål 1 og 2 fylles ut før sengetid, resten av skjemaet fylles ut om morgenen. Husk å notere dato.

	Eksempel	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
01.01.10								
1. Hvordan har du fungert på dagtid? 1 = veldig bra, 2 = bra, 3 = middels, 4 = dårlig, 5 = veldig dårlig	4							
2. Har du tatt en eller flere blunder i løpet av dagen? Notér tidspunktene for alle blundene.	16-16.30 og 18.15-18.30							
3. Har du tatt sovemedisin og/eller alkohol som hjelp til å sove? Notér medikament og dose, samt evt alkoholinntak	5 mg Imovane 1 glass rødvin							
4. Når gikk du til sengs? Når skrudde du av lyset?	22.30 23.00							
5. Hvor lang tid tok det fra lyset var skrudd av til du sovnet?	45 min							
6. Hvor mange ganger våknet du i løpet av natten?	3							
7. Hvor lange var oppvåkingsperiodene (oppgi antall minutter for hver oppvåkning)?	15, 30, 80							
8. Når våknet du opp om morgenen uten å få sove igjen? Notér tidspunktet for din endelige oppvåkning.	06.15							
9. Når stod du opp?	06.40							
10. Hvordan var siste natts søvn totalt sett: 1 = veldig lett, 2 = lett, 3 = middels, 4 = dyp, 5 = veldig dyp.	1							