



# ENKEL KARTLEGGING AV SØVNVANSKER

Navn:  Fødselsdato:  Dato for utfylling av skjemaet:

Fylles ut av pasient, gjerne med primærkontakt (før 1. kons.)

Har du problemer med innsøvnig?

☐ nei ☐ litt ☐ veldig

Har du problemer med urolig nattesøvn eller hyppige oppvåkninger?

☐ nei ☐ litt ☐ veldig

Har du problemer med tidlig morgenoppvåkning (siste oppvåkning)?

☐ nei ☐ litt ☐ veldig

Har du problemer med å holde deg våken på dagtid?

☐ nei ☐ litt ☐ veldig

Går søvnproblemet utover funksjonen din på dagtid?

☐ nei ☐ litt ☐ veldig

Når legger du deg vanligvis? Kl.

Når våkner du opp om morgnen? Kl.

Er du ute i daglys? ☐ daglig ☐ av og til ☐ sjelden

Har du samme søvnmønster i helgene? ☐ ja ☐ nei

Tar du deg en «shoretid» i løpet av dagen? ☐ ja ☐ nei

Hender det at du sovner på upassende steder/tider? ☐ ja ☐ nei

Hvor mye søvn får du vanligvis i løpet av natten?

Braker du sovemedisiner? ☐ ja ☐ nei

Angi type og dose:

Mosjonerer du? ☐ ja ☐ nei Når på dagen?

Kaffe/te/cola/energidrikk per dag:  Ener. kl. 17:

Skjermaktivitet (TV, PC, mobilf.) siste time før sovetid? ☐ ja ☐ nei ☐ av og til

Hvor lenge har du hatt søvnproblemer?

Størst måltid siste 2 t før sovetid? ☐ ja ☐ nei ☐ av og til

Hva tror du selv er årsaken til søvnproblemene?

Vår dato

Vår referanse

Deres dato

Deres referanse

Til deg med søvnproblemer

**Kartlegging av søvnforstyrrelser – for deg som har et søvnproblem**

Mange med psykiske plager har også søvnproblemer. Behandling av en søvnforstyrrelse kan ofte bidra til bedring av de psykiske plagene. Derfor behandler vi søvnproblemer ved poliklinikkene i DPS Aust-Agder med den mest effektive behandlingen for dette, hovedsakelig uten medisiner.

Før best mulig behandling av en søvnforstyrrelse, er det nødvendig med en god kartlegging av søvnrytmen og søvnvanene. Du kan begynne på kartleggingen av dette (og også lære mye om søvn) allerede før første time i poliklinikken: Vi anbefaler smarttelefon-appen (for både IOS og Android) «Insomnia Coach» (se lenke under «Vedlegg»). Du kan også (istedenfor å bruke app'en) fylle ut de vedlagte kartleggingsskjemaene og gjerne også den vedlagte «søvndagboka» for hver av de siste 1 – 3 ukene før første time. Dette bør gjøres omtrentlig og ikke overdrevent nøyaktig. Om du heller vil begynne utfyllingen etter at du er begynt i behandling hos oss, kan du da få veiledning i dette.

**Ta med deg alle arkene (eller smarttelefonen med «Insomnia Coach») til første time i poliklinikken.**

Med vennlig hilsen

DPS Aust-Agder  
Poliklinikkene

Vedlegg:

- Kartleggingsskjema
- «Insomnia Severity Index»
- Søvndagbok (1 ark per uke)
- Om behandling av søvnproblemer: <http://sovno.no/sovnproblemer-hvordan-skal-de-behandles>
- «Insomnia Coach» for IOS: <https://itunes.apple.com/no/app/sleep-diary/id1333684925?l=nb&mt=8>;  
for Android: <https://play.google.com/store/apps/details?id=info.bdslab.android.sleep.demo.full>).

**Postadresse**  
Sørlandet sykehus HF  
DPS Aust-Agder, Poliklinikk  
Postboks 783, Stoa  
4809 Arendal**Besøksadresse****Telefon**  
+47 95 19 31 00  
**Telefaks**  
  
**Bankkonto**  
1503.27.07383**Administrasjonsadresse**  
Sørlandet sykehus HF  
Postboks 416  
4604 Kristiansand  
**Telefon**  
03738**Foretaksregisteret**  
NO 983 975 240 MVA  
**Hjemmeside**  
[www.sshf.no](http://www.sshf.no)  
**e-post**  
[postmottak@sshf.no](mailto:postmottak@sshf.no)

ENKEL KARTLEGGING AV SØVNVANSKER – fylles ut av pasient

Navn: Fødselsdate: Date for utfylling av skjemaet:

Har du problemer med innsovning?  
☐ nei ☐ litt ☐ veldig

Har du problemer med urolig søvnrytme eller hyppige oppvåkninger?  
☐ nei ☐ litt ☐ veldig

Har du problemer med tidlig morgneoppvåkning (siste oppvåkning)?  
☐ nei ☐ litt ☐ veldig

Har du problemer med å holde deg våken på dagtid?  
☐ nei ☐ litt ☐ veldig

Går søvnproblemet utover funksjonen din på dagtid?  
☐ nei ☐ litt ☐ veldig

Når legger du deg vanligvis? Kl.

Når våkner du opp om morgnes? Kl.

Er du ute i daglys? ☐ daglig ☐ av og til ☐ sjelden

Har du samme søvnmonster i helgene? ☐ ja ☐ nei

Tar du deg en «shuteblond» i løpet av dagen? ☐ ja ☐ nei

Hender det at du sovner på uopasende steder/tider? ☐ ja ☐ nei

Hvor mye søvn får du vanligvis i løpet av natten?

Braker du sovemedisiner? ☐ ja ☐ nei

Aap type og dose:

Mojjonerer du? ☐ ja ☐ nei Når på dagen?

Kaffe/te/cola/energisdruk per dag: Ener kl. 17:

Skjermaktivitet (TV, PC, mobilE) siste time før sov tid? ☐ ja ☐ nei ☐ av og til

Hvor lenge har du hatt søvnproblemer?

Større måltid siste 2 r før sov tid? ☐ ja ☐ nei ☐ av og til

Hva tror du selv er årsaken til søvnproblemmene?

Insomnia Severity Index

Navn: Date:

1. Vær vennlig å angi hvor store vansker du har med søvnen nå for tiden (de siste 2 ukene)?

	Ingen	Milde	Moderate	Alvorlige	Veldige
a. Vansker med å sovne inn:	0	1	2	3	4
b. Vansker med å holde meg sovende	0	1	2	3	4
c. Vansker med at jeg våkner for tidlig	0	1	2	3	4

2. Hvor fornøyd/misfornøyd er du med ditt nåværende søvnmonster?

Veldig fornøyd	Fornøyd	Nøytral	Misfornøyd	Veldig misfornøyd
0	1	2	3	4

3. I hvilken grad mener du at ditt søvnproblem forstyrrer din daglige fungering (for eksempel tretthet på dagtid, evne til å fungere på arbeid/daglige gjøremål, konsentrasjon, hukommelse, humør, etc.)?

Forstyrrer ikke i det hele tatt	Litt	Noe	Mye	Forstyrrer i veldig stor grad
0	1	2	3	4

4. Hvor synlig tror du det er for andre at du har søvnproblemer som svekker din livskvalitet?

Ikke synlig i det hele tatt	Litt	Noe	Mye	Synlig i veldig stor grad
0	1	2	3	4

5. Hvor bekymret/plaget er du over ditt nåværende søvnproblem?

Ikke bekymret i det hele tatt	Litt	Noe	Mye	Bekymret i veldig stor grad
0	1	2	3	4

Morris CME (1990). Insomnia: Psychological assessment and management. New York: The Guilford Press. 73 north and 50th Parkway

Navn: Søvnloggbok uke:

Eksempel (Tir 14.08 - Ons 15.08):  
Date (husk å notere dato hver dag):

Tir-Ons  
15.08.12

Son-Man  
Man-Tir  
Tir-Ons  
Ons-Tor  
Tor-Fre  
Fre-Lør  
Lør-Søn

Fyller ut om morgenen angående natten som har vært:

1. Sovemedisin (navn og styrke) og/eller alkohol (type, mengde)	Innovene 7,5 mg							
2. Jeg gikk til sengs kl.	22:30							
3. Jeg sto av lyst kl.	23:00							
4. Etter at lyst var slått av, varnet jeg innom (ca. antall minutter)	45 min							
5. Antall oppvåkninger i løpet av natten (for siste oppvåkning)	3							
6. Varighet av hver oppvåkning (ca. antall minutter)	15, 30, 80 min							
7. Jeg våknet opp siste gang (for jeg stod opp til ny dag kl.)	06:15							
8. Jeg stod opp kl.	06:40							
9. Siste søvn søvn totalt sett var: 1= veldig lett, 2= lett, 3= middels, 4= dyp, 5= veldig dyp	1							

Fyller ut om kvelden angående dagen som har vært:

10. Jeg har i løpet av dagen fungert: 1= veldig bra, 2= bra, 3= verken eller, 4= dårlig, 5= veldig dårlig	4							
11. Jeg blander på dagtid fra kl. - til kl. (Ett skillest for alle blander)	16-18:30, 18:25-19:30							

Navn: Søvnloggbok uke:

Eksempel (Tir 14.08 - Ons 15.08):  
Date (husk å notere dato hver dag):

Tir-Ons  
15.08.12

Son-Man  
Man-Tir  
Tir-Ons  
Ons-Tor  
Tor-Fre  
Fre-Lør  
Lør-Søn

Fyller ut om morgenen angående natten som har vært:

1. Sovemedisin (navn og styrke) og/eller alkohol (type, mengde)	Innovene 7,5 mg							
2. Jeg gikk til sengs kl.	22:30							
3. Jeg sto av lyst kl.	23:00							
4. Etter at lyst var slått av, varnet jeg innom (ca. antall minutter)	45 min							
5. Antall oppvåkninger i løpet av natten (for siste oppvåkning)	3							
6. Varighet av hver oppvåkning (ca. antall minutter)	15, 30, 80 min							
7. Jeg våknet opp siste gang (for jeg stod opp til ny dag kl.)	06:15							
8. Jeg stod opp kl.	06:40							
9. Siste søvn søvn totalt sett var: 1= veldig lett, 2= lett, 3= middels, 4= dyp, 5= veldig dyp	1							

Fyller ut om kvelden angående dagen som har vært:

10. Jeg har i løpet av dagen fungert: 1= veldig bra, 2= bra, 3= verken eller, 4= dårlig, 5= veldig dårlig	4							
11. Jeg blander på dagtid fra kl. - til kl. (Ett skillest for alle blander)	16-18:30, 18:25-19:30							



**Søvndagbok**

Enkle kartleggingsskjemaer

22. Kartlegging





## ENKEL KARTLEGGING AV SØVNVANSKER

Navn:  Fødselsdato:  Dato for utfylling av skjemaet:

**Fylles ut av pasient, gjerne med primærkontakt (før 1. kons.)**

Har du problemer med innsovning?

☐ nei ☐ litt ☐ veldig

Har du problemer med urolig nattesøvn eller hyppige oppvåkninger?

☐ nei ☐ litt ☐ veldig

Har du problemer med tidlig morgenoppvåkning (siste oppvåkning)?

☐ nei ☐ litt ☐ veldig

Har du problemer med å holde deg våken på dagtid?

☐ nei ☐ litt ☐ veldig

Går søvnproblemet utover funksjonen din på dagtid?

☐ nei ☐ litt ☐ veldig

Når legger du deg vanligvis? Kl.

Når våkner du opp om morgenen? Kl.

Er du ute i dagslys? ☐ daglig ☐ av og til ☐ sjelden

Har du samme søvn mønster i helgene? ☐ ja ☐ nei

Tar du deg en «høneblund» i løpet av dagen? ☐ ja ☐ nei

Hender det at du sovner på upassende steder/tider? ☐ ja ☐ nei

Hvor mye søvn får du vanligvis i løpet av natten?

Bruker du sovemedisiner? ☐ ja ☐ nei

Angi type og dose:

Mosjonerer du? ☐ ja ☐ nei Når på døgnet?

Kaffe/te/cola/energidrikk per dag:  Etter kl. 17:

Skjermaktivitet (TV, PC, mobiltlf.) siste time før sovetid? ☐ ja ☐ nei ☐ av og til

Hvor lenge har du hatt søvnproblemer?

Større måltid siste 2 t før sovetid? ☐ ja ☐ nei ☐ av og til

Hva tror du selv er årsaken til søvnproblemene?

# Insomnia Severity Index

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

1. Hvor væsentlig å angir hvor store vansker du har med å sovne til for tiden (se side 2 i kven?)

	Ingen	Lite	Middels	Aussige	Vedlig
a. Vansker med å sovne inn:	0	1	2	3	4
b. Vansker med å holde seg sovende:	0	1	2	3	4
c. Vansker med å jeg våkne for tidlig:	0	1	2	3	4

2. Hvor trossyrl/middelsyrl er dattet ditt nåværende søvnmønster?

Tidlig/middelsyrl	Fremyrl	Normal	Middelsyrl	Værlig middelsyrl
0	1	2	3	4

3. I hvilken grad mener du at ditt søvnpriblem fordymer din daglige funksjon (for eksempel: evne på daglig, evne på å fungere på arbeidsplassen, gjennomsnitt, helsemessig, humor, etc.)?

Forstyrer ikke i det hele tatt	Lite	Ikke	Mys	Forstyrer i værlig stor grad
0	1	2	3	4

4. Hvor tyrlig for du det enfor andre at du har søvnpriblem som avveier din kvalitett?

Ikke tyrlig i det hele tatt	Lite	Ikke	Mys	Tyrlig i værlig stor grad
0	1	2	3	4

5. Hvor bekymringsfyllet er du over ditt nåværende søvnpriblem?

Ikke bekymringsfyllet i det hele tatt	Lite	Ikke	Mys	Bekymringsfyllet i værlig stor grad
0	1	2	3	4







**Sovndagbok**

Enkle kartleggingsskjemaer



2. Kartlegging