

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
e-post
postmottak@sshf.no

ENKEL KARTLEGGING AV SØVNVANSKER – fylles ut av pasient

Navn: Fødselsdato: Date for utfylling av skjemaet:

Har du problemer med innsovning?

☐nei ☐litt ☐veldig

Har du problemer med usolid søvn 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 «stareblund» 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?

Bruker du sovemedisiner? ☐ja ☐nei

Angi type og dose:

Mojjonerer du? ☐ja ☐nei Når på dagen?

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

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

Hvor lenge har du hatt søvnproblemer?

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

Hva tror du selv er årsaken til søvnproblemene?

Insomnia Severity Index

Navn: Dato:

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

Moore CW. (1995). Insomnia: Psychological assessment and management. New York: The Guilford Press. 73 north and 55th Parkway

Navn: Søvnloggbok uke:

Eksempel (Tir 14.08 - Ons 15.08)	Tir-Ons	Son-Man	Man-Tir	Tir-Ons	Ons-Tor	Tor-Fre	Fre-Lør	Lør-Son
Dato (husk å notere dato hver dag):	15.08.12							

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 lyset kl.	23:00							
4. Etter at lyset 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 uten total rett var: 1=velddig lett, 2=lett, 3=modellen, 4=dypt, 5=velddig dypt	1							

Fyller ut om kvelden angående dagen som har vært:

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

Navn: Søvnloggbok uke:

Eksempel (Tir 14.08 - Ons 15.08)	Tir-Ons	Son-Man	Man-Tir	Tir-Ons	Ons-Tor	Tor-Fre	Fre-Lør	Lør-Son
Dato (husk å notere dato hver dag):	15.08.12							

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 lyset kl.	23:00							
4. Etter at lyset 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 uten total rett var: 1=velddig lett, 2=lett, 3=modellen, 4=dypt, 5=velddig dypt	1							

Fyller ut om kvelden angående dagen som har vært:

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

Søvndagbok

Enkle kartleggingsskjemaer

2. 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 morgnen? Kl.

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

Har du samme søvnmønster i helgene? ☐ ja ☐ nei

Tar du deg en «shoretend» 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, mobilff.) 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?



Sovndagbok

Enkle kartleggingsskjemaer

2. Kartlegging

2. Kartlegging