

Månedssbladet Rationel Farmakoterapi

Nr. 1 - Februar 2023



Søvnproblemer hos børn og unge

Sundhedsstyrelsen,
Enhed for Evidensbaseret Medicin
Henriette Edemann Callesen,
PhD, Konsulent

Simon Tarp, Chefkonsulent
Anja Ussing, Metodekonsulent
Henning Keinke Andersen, Metodekonsulent
Camilla Krogh, PhD, overlæge

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling,
Aarhus Universitetshospital
Anne Vissing, Afdelingslæge, PhD

Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg
og Frederiksberg Hospital
Christina Gade, MD, PhD MSci

Institut for Kommunikation og Handicap,
Specialrådgivning for VISO, Århus
Inge Tornbjerg Pedersen, børnefysioterapeut

Børne-Ungæafdelingen NOH, Hillerød
Jette Dettmann Nielsen, Overlæge

Psykiatrisk Center København, Bispebjerg-
Gentofte

Lone Baandrup, Chef-læge, ph.d., dr.med

Afdeling for Børn og Unge, Hørlev og
Gentofte Hospital, klinisk lektor ved
Københavns Universitet

Nanette Mol Debes, Overlæge, PhD

Dansk Center for Søvnmedicin, Afdeling for
Hjerne- og Nervesygdomme, Rigshospitalet
Poul Jennum, Professor, overlæge, dr.med

Klinisk Farmakologisk Afdeling, Aarhus
Universitetshospital
Torben Laursen, Overlæge, lektor, PhD,
dr.med

Klinik for Spæd- og Småbørnspsykiatri,
Aarhus Universitetshospital
Trine Knattrup, Specialsygeplejerske

Familielægerne, Frederiksberg
Pernille Vieth, Praktiserende læge

Søvnproblemer er hyppigt forekommende og ses isoleret såvel som følgetilstand til anden sygdom [1, 2]. Behandlingen består primært af råd om god søvnhygiejne og ikke-farmakologiske tiltag fx en tyngdedyne. Ved utilstrækkelig effekt og ved udtalte søvnproblemer med påvirket dagtidfunktion kan behandling med melatonin overvejes. Brug af melatonin er aldrig førstevalg, og man skal generelt være tilbageholdende med brug af lægemidler til søvnproblemer hos børn og unge [3,8]. Benzodiazepiner, benzodiazepinlignende lægemidler og sederende antihistaminer har ikke en plads i behandlingen af søvnproblemer hos børn og unge i almen praksis. Inden for det seneste årti er der sket en markant stigning i forbruget af melatonin til børn og unge. Ordinationer i almen praksis udgør en betydelig del af forbruget heraf også en del første-gangsordinationer [4].

Formålet med artiklen er at give et overblik over hvordan læger i almen praksis bedst håndterer søvnproblemer hos børn og unge. Artiklen beskriver også samarbejdet mellem almen praksis og speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og pædiatri, herunder hospitalsregi samt privatpraktiserende speciallæger.

Hvad er søvnproblemer hos børn og unge?

Problemer med søvn kan have store negative konsekvenser for børn og unges sundhed, trivsel og udvikling [1, 2, 5]. Søvnproblemer blandt børn og unge er almindelige, men forekommer især hos personer med psykiske lidelser som ADHD og autisme, og som følgetilstande til neurologiske lidelser og andre sygdomme [1, 2, 6, 7]. Søvnproblemer defineres som gentagne vanskeligheder med indsovning, gennemsovning, søvnens varighed eller kvalitet til trods for sikring af aldersrelevante rammer til opnåelse af søvn. Problemerne med søvnen skal være relateret til nedsat funktion i dagtid og være til stede i mindst tre dage om ugen i mindst tre måneder [8].

Udredning i almen praksis

Ved den første kontakt bør man optage en søvnanamnese, hvor der spørges ind til døgnrytme, sengetid, opvågning, totale søvntid, kvaliteten af søvnen, varigheden af søvnproblemet og om funktionsniveauet i hjemmet, daginstitutionen eller skolen er påvirket. Er barnet/den unge for eksempel plaget af søvnighed i løbet af dagen, eller er der symptomer på manglende søvn (irritabilitet, koncentrations- og indlæringsproblemer). Man bør afklare, om søvnen er udfordret af faktorer som fx mørkeræd, sengevædning, mareridt, snorlen, vejtrækningspauser, tænderskæren, uro i ekstremiteterne eller søvngænger. Derudover spørges der ind til omstændighederne for søvnen, såsom sengeritualer, eventuelle konflikter og brug af medier ved og før sengetid [2, 10]. Brug af anden medicin skal kortlægges, ligesom unge skal spørges om brug af tobak, alkohol, euforiserende stoffer og andre stimulanser (koffeinholdige mad- og drikkevarer). Ved forekomst af psykisk og somatisk komorbiditet, og sociale problemstillinger, bør udredning og evt. behandling iværksættes [8]. I **faktaboks 1** kan du se eksempler på problemstillinger, som kan overvejes ved udredning af søvnproblemer.

For at kunne vurdere omfanget af søvnproblemerne registreres søvnmønsteret af forældrene eller den unge ved brug af en søvndagbog i mindst 14 dage [3,8]. Søvndagbogen består af et skema, der giver et overblik over sengetid, indsovning og opvågningstid, antal opvågninger og den totale sovetid (se eksempel på søvndagbog på bagsiden). Ved den efterfølgende vurdering af søvndagbogen tages der bl.a. stilling til om barnet/den unge opfylder søvnbehovet i forhold til alder.

En god søvnanamnese og registrering af søvnmønsteret via søvndagbog kan varetages af den almen praktiserende læge. Hvis man i forbindelse med udredningen mistænker, at søvnproblemerne skyldes en underliggende sygdom, bør man henvise til videre udredning hos en relevant speciallæge.

Behandling af børn og unge med søvnforstyrrelser uden kendt årsag kan varetages i almen praksis eventuelt i samarbejde med en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller pædiatri [8].

I nogle tilfælde skal der henvises til pædiatrien eller børne- og ungdomspsykiatrien

Skyldes søvnproblemerne en underliggende somatisk tilstand, som fx en neurologisk lidelse, udviklingsforstyrrelse eller syndrom, varetages behandlingen af en speciallæge i pædiatri med specialviden inden for området. Speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri varetager behandlingen af søvnproblemer i relation til psykiske lidelser som fx ADHD eller autisme. Hvis der er mistanke om en alvorlig søvnsygdom (fx narkolepsi, parasomni, natlige anfald, søvnapnø), bør der henvises til en søvnmedicinsk afdeling. Unge over 18 år behandles ved en tilsvarende speciallæge inden for området.

Søvnhygiejniske tiltag som førstevalg

Søvnhygiejniske tiltag er førstevalget ved behandling af søvnproblemer hos børn og unge og består af en samlet indsats med rådgivning af forældrene/den unge med henblik på at opnå gode søvnvaner [11] (**faktaboks 2**). Familierne skal afprøve søvnhygiejniske tiltag i mindst fire uger og bør være indstillet på, at det tager tid at indføre nye sovevaner, ligesom nye vaner kan være en kilde til konflikter [2, 8]. Rådgivning i søvnhygiejniske tiltag kan nogle steder varetages i almen praksis, eventuelt i samarbejde med den kommunale sundhedsplejerske e.l. Det er vigtigt, at hele familien deltager i de nye vaner (fx søskende, støtte fra forældrene)

Der findes ikke-farmakologiske behandlingsmuligheder

Hvis søvnhygiejniske tiltag ikke har haft tilstrækkelig effekt, skal man overveje ikke-farmakologisk behandling som fx kognitiv adfærdsterapi, fysisk aktivitet/træning, afspændingsøvelser, mindfulness, lysterapi, akupunktur eller afprøvning af tyngdeprodukter såsom en kugle/kædedyne [8]. Der kan være variation på tværs af landet i forhold til hvilke ikke-farmakologiske behandlingsmuligheder, der er tilgængelige i primærsektoren. Nogle af de angivne behandlingsmuligheder kan være forbundet med egenbetaling for familierne.

Faktaboks 1

Problemstillinger der kan overvejes ved udredning af søvnproblemer hos børn og unge i almen praksis

Somatiske tilstande

- Overvægt
- Smerter
- Allergi
- Polypper i luftveje
- Astma
- Eksem
- Refluks

Primær søvnsygdom

- Søvnapnø
- Centrale hypersomnier – herunder narkolepsi, parasomnier og andre natlige anfald

Psykiatriske tilstande

- Depression
- Angst
- ADHD
- Autisme

Sociale forhold

- Belastninger i familien
- Problematikker i skolen
- Problematikker i forhold til sociale relationer i omgangskredsen
- Andre belastende omstændigheder, herunder eksamensperiode

Behandling med melatonin

Hvis søvnhygiejniske tiltag og ikke-farmakologisk behandling er afprøvet, og der fortsat er påvirket dagfunktion, kan man overveje behandling med melatonin til følgende grupper:

- Børn og unge fra 5 år med længerevarende søvnproblemer uden kendt årsag (Off-label) [8]
- Børn og unge fra 2 år med længerevarende søvnproblemer på grund af anden sygdom (Off-label, fraset Smith Magenis syndrom) [8]
- Børn og unge med ADHD og søvnproblemer fra 6 år [12]
- Børn og unge med autisme og søvnproblemer fra 2 år [13]

Melatonin reducerer tiden til indsovning med 15 til 28 minutter og øger den totale søvnlængde med 20 til 50 minutter. Den nuværende evidens viser, at behandling med melatonin sandsynligvis ikke medfører alvorlige bivirkninger. Brug af melatonin er dog forbundet med en række ikke-alvorlige bivirkninger herunder hovedpine, kvalme/opkast, træthed/døsighed, ændring i humør/kognition og gastrointestinale problemer. Bivirkningerne og effekten efter langvarig brug er utilstrækkelig belyst. Det ser dog ikke ud til, at melatonin har indflydelse på pubertetsudviklingen efter 2-4 års behandling med forbehold for, at evidensen er af lav kvalitet [8, 12, 13].

Faktaboks 2

Søvnhygiejniske tiltag bør indeholde vejledning inden for følgende tre områder:

1. Rutiner og søvnrytme-regulerende tiltag

- Fast sengetid og fast tid at stå op på, også i weekender og ferier.
- Regelmæssige måltider i løbet af dagen, men undgå store mængder fedtrig og energirig kost før sengetid.
- Tilstræb at den unge/barnet er fysisk aktivt i løbet af dagen, dog ikke lige før sengetid
- Sluk for fjernsyn/computer/tablet/mobiltelefon senest en time før sengetid, og sørg for at den unge/barnet ikke har adgang til elektronik i løbet af natten.
- Undgå koffeinholdige drikke som fx kaffe og cola sidst på dagen.
- Indfør faste forudsigelige rutiner før sengetid i forhold til aftensmad, varmt bad, toiletbesøg, nattøj, tandbørstning, godnathistorie/sang/rolig musik.
- Undgå at barnet/den unge ligger vågen i sengen for længe.
- Undgå sen eller lang eftermiddagslur.

2. De fysiske rammer om sovemiljøet

- Sengen skal holdes ren og ryddelig.
- Der bør ikke være forstyrrende elementer i soverummet.
- Man bør tilstræbe et stille sovemiljø uden forstyrrelser udefra.
- Luft ud og sørg for, at soveværelset er veltempereret. Den optimale værelsestemperatur ved søvn er for de fleste 18-21 grader.
- Værelset, hvor barnet/den unge sover, bør være mørkt eller med dæmpet belysning, opsæt evt. mørklægningsgardiner og evt. en vågelampe med rødtligt skær.

3. Følelsesmæssig regulering og forældre-støttende tiltag

- Overgang fra vågen tilstand til søvn er et skifte, så stop ikke barnet/den unges aktivitet for brat inden sengetid, giv en varsling, så overgangen lettes og konflikter undgås.
- Forældre skal lære deres barns træthedssignaler at kende og tilpasse sengetiden herefter. Udnyt den naturlige træthed så barnet/den unge ikke bliver overtræt, og derved har svært ved at falde til ro.
- Sengen skal forbindes med søvn og ikke leg eller straf. Undgå at bede barnet om at gå i seng som en straf.
- Sørg for at barnet/den unge har mulighed for at få talt dagens problemer og oplevelser igennem i dagtiden, så psykiske spændinger undgås op mod sengetid.
- Der bør være ro omkring sengetiderne, sørg for en rolig periode på omkring en time inden sengetid

Behandling med melatonin til børn og unge, som ikke er diagnosticeret med autisme, ADHD eller Smith-Magenis syndrom, er off-label. Ved behandling med melatonin skal barnet/den unge/forældrene informeres om, at behandlingen er uden for godkendt indikation, og indikationen derfor ikke kan genfindes i indlægssedlen. Der er ikke generisk substitution mellem de forskellige melatoninpræparater, og der er stor variation i pris, derfor bør det billigste præparat som udgangspunkt bruges (tabel 1). Melatonin kan i mange lande købes uden recept. Man bør fraråde familierne at anskaffe det på egen hånd.

Melatonin omsættes primært af CYP1A-enzymet. Samtidig behandling med fluvoxamin, der hæmmer enzymet, bør undgås. Melatonin bør desuden ikke kombineres med tobaksrygning eller alkohol, da det nedsætter effekten. Melatonin kan desuden forstærke den sedative effekt af benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler [14,15]

Startdosis, både hurtigvirkende og depotform, er på 1-3 mg givet ½-1 time inden sengetid (ca. 0,05 mg pr kg legemsvægt). Dosis kan øges med 1 mg om ugen. Maksimal dosis er 5 mg per dag.

Behandling med melatonin af børn og unge med søvnforstyrrelser uden kendt årsag kan varetages af praktiserende læge, men bør ske i samarbejde med en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller pædiatri.

Skyldes søvnproblemerne en underliggende somatisk tilstand eller psykisk lidelse varetages melatoninbehandling af speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri eller pædiatri. I tilfælde, hvor det ikke er muligt, at barnet kan ses af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller pædiatri inden for en rimelig tidshorisont, bør praktiserende læge kontakte relevant rådgivning i regionen.

Tabel 1

Lægemiddel/ varenummer	Styrke (formulering)	Godkendt indikation (aldersgruppe)	Pris pr. enhed (kr.)
CIRCADIN MECASTRIN	2 mg (Depottabletter)	Korttidsbehandling af søvnløshed og nedsat søvnkvalitet (Voksne +55 år)	6
MELATAL	3 mg; 5 mg (Tabletter)	- Kortvarig behandling af jetlag (voksne)	3-4
MELATONIN "AGB"	1 mg; 2 mg; 3 mg; 4 mg; 5 mg (Tabletter)	- Kortvarig behandling af jetlag (voksne) - Behandling af søvnløshed ved ADHD, hvor foranstaltninger til søvnhygiejne er utilstrækkelige (6-17)	5
MELATONIN "ALTERNOVA"	2 mg (Tabletter)	- Kortvarig behandling af jetlag (voksne) - Behandling af søvnløshed ved ADHD, hvor foranstaltninger til søvnhygiejne er utilstrækkelige (6-17)	4
MELATONIN "ORIFARM"	3 mg (Tabletter)	- Kortvarig behandling af jetlag (voksne) - Behandling af søvnløshed ved ADHD, hvor foranstaltninger til søvnhygiejne er utilstrækkelige (6-17)	3-5
MELATONIN "UNIMEDIC PHARMA"	1 mg/ml (Oral opløsning)	- Kortvarig behandling af jetlag (voksne) - Behandling af søvnløshed ved ADHD, hvor foranstaltninger til søvnhygiejne er utilstrækkelige (6-17)	4
SLENYTO	1 mg; 5 mg (Depottabletter)	Behandling af søvnløshed hos børn og unge med autismspektrumforstyrrelser og Smith-Magenis Syndrom, hvor foranstaltninger til søvnhygiejne er utilstrækkelige (2-18)	8; 36

Praktiserende læge kan overtage den fortsatte vedligeholdelsesbehandling af patienter i stabil fase i henhold til den plan speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri eller pædiatri har lagt [3,8].

Behandlingsopfølgning

Behandlingen med melatonin bør som udgangspunkt være så kort som mulig. Effekten skal altid revurderes 14 dage efter opstart og igen tre måneder senere. Ved en god effekt og behov for yderligere behandling, bør effekten og den videre behandlingsplan revurderes halvårligt. Man vurderer effekten og evt. behov for medicinpause ved fornyet brug af søvndagbog [8].

Seponering

Man bør seponere melatonin i de tilfælde, hvor behandlingseffekten er lille, udebliver, eller der er uacceptable bivirkninger. Der bør i forbindelse med pausering eller seponering foretages en vurdering af søvnmønstret ved fornyet brug af søvndagbog. Seponering af melatonin skal ske ved udtrapning [8].

Præparatanmeldelse: Wegovy (semaglutid) IRF's samlede vurdering

Sundhedsstyrelsen (Indsætter for Rationel Farmakoterapi, IRF) vurderer, at prisen for Wegovy (semaglutid) er for høj, også selvom data tyder på, at Wegovy hos de fleste giver et klinisk relevant vægttab hos mennesker med overvægt, når det gives som supplement til kostomlægning og fysisk aktivitet. I den forbindelse bør en potentiel månedlig udgift for patienten på mere end 2.000 kr. også ses i lyset af, at vægttabet generelt kun kan forventes fastholdt, så længe behandlingen med Wegovy pågår. På samfundsniveau er der således tale om en stor blivende udgift, hvis en stor gruppe mennesker med svær overvægt skal have præparatet. Der forventes i løbet af 2023 at komme data vedrørende effekt på hjertekar-sygdom, hvilket kan ændre på vurderingen. Selvom kliniske studier med Wegovy til vægttab har vist bedre effekt end både placebo og liraglutid, og tilsyneladende en mere fordelagtig bivirkningsprofil end orlistat og bupropion-naltrexon, så finder Sundhedsstyrelsen (IRF) fortsat, at farmakologisk behandling generelt skal have en mindre rolle i behandlingen af overvægt.

Behandling af overvægt med Wegovy skal derfor ikke være førstevalg, men kan efter konkret lægefaglig vurdering supplere ikke-farmakologiske tiltag, fx hvis vægttab forventes at give væsentlig forbedring af patientens helbred og livskvalitet, eller hvor vægttab er påkrævet for, at patienten kan få tilbudt anden nødvendig behandling f.eks. en operation. Data fra kliniske studier indikerer, at Wegovy aktuelt er det mest effektive lægemiddel på markedet i godkendt til behandling af vægttab. De fleste, der behandles, får bivirkninger fra mave-tarm-kanalen. Bivirkningsprofilen tyder på at være sammenlignelig med liraglutid, men kan være mere fordelagtig end ved behandling med orlistat og bupropion-naltrexon. Wegovy er godkendt som tillægsbehandling til ændret livsstil i form af kaloriereduceret kost og øget fysisk aktivitet. De markante vægttab er set, når Wegovy er kombineret med kaloriereduceret kost (500 kcal underskud dagligt) og fysisk aktivitet (150 min. ugentligt). Data viser samtidig, at personer ikke fastholder deres vægttab, når behandlingen med Wegovy ophører.

Læs baggrunden for IRF's samlede vurdering på www.sst.dk/da/viden/Laegemidler/Rationel-Farmakoterapi/Anmeldelser-af-nye-laegemidler/Praeparatanmeldelser/Wegovy

Kampagnefilm kan skabe refleksion om medicinforbrug i befolkningen

I foråret kommer Sundhedsstyrelsen, i regi af IRF, med en borgerrettet kampagnefilm, der skal sætte fokus på medicinforbrug. Håbet er, at filmen kan bidrage til at få nedbragt overforbrug af medicin. Filmen bliver vist på sociale medier med et budskab om, at ikke al medicin skal tages hele livet. Der bliver opfordret til refleksion og at tale med den behandlende læge, hvis man er i tvivl.

Hvis du modtager henvendelser på baggrund af kampagnefilmen, kan du i mødet med patienten tage udgangspunkt i PREPAIR skemaet: Hvordan har du det med din medicin? Skemaet kan du finde i forrige udgivelse af Rationel Farmakoterapi (nr. 7, 2022) og på vores hjemmeside www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Rationel-farmakoterapi-7-2022. Skemaet er udviklet af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus.

Vi har lavet en kampagnefilm, fordi der i befolkningen kan være urealistiske forventninger til lægemidlers virkning og effekt, samt manglende bevidsthed om langtidseffekter ved brug af lægemidler. Med kampagnefilmen håber vi på, at vi kan skubbe til borgenes refleksion over eget medicinforbrug og øget medansvar for egen behandling.

Filmen er første initiativ i en række med fokus på nedbringelse af overforbrug af medicin.

Habilitetserklæringer, supplerende figurer og referencer kan ses på irf.dk

Udgivet af:
Sundhedsstyrelsen
Indsætter for Rationel Farmakoterapi
Islands Brygge 67
DK-2300 København S

Tlf: 72 22 74 00
Mandag - fredag
9.30-15.00
E-mail: irf@sst.dk
www.sst.dk

Redaktør:
Solveig Forberg
Redaktionskomité:
Britta Tendal Jeppesen
(ansvarshavende)

Bjarne Ørskov Lindhardt
Gitte Krogh Madsen
Birgitte Klindt Poulsen

Sats og layout:
Sundhedsstyrelsen
Tryk: Stibo Complete
Design: Sundhedsstyrelsen
ISSN 2245 9936

Referencer

1. Lægemiddelstyrelsen. Melatonin: Bivirkninger hos børn og unge - et litteraturstudie, 2016
laegemiddelstyrelsen.dk/da/udgivelser/2016/melatonin-bivirkninger-hos-boern-og-unge-et-litteraturstudie/
2. Agersted ABA, Pagsberg AK. Søvnforstyrrelser hos børn og unge. Ugeskr Læger 2021;183:V11200826
3. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser, VEJ nr 9733, 2019
www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9733 (14. sep 2022)
4. Sundhedsdatastyrelsen. Sovemedicin til børn og unge. 2021
www.esundhed.dk/Emner/Laegemidler/Sovemedicin-til-boern-og-unge (14. sep 2022)
5. Combs D, Goodwin JL, Quan SF, Morgan WJ, Shetty S., Parthasarathy S. Insomnia, Health-Related Quality of Life and Health Outcomes in Children: A Seven Year Longitudinal Cohort. Sci. Rep 2016;6: 27921
6. Blackmer AB, Feinstein JA. Management of Sleep Disorders in Children With Neurodevelopmental Disorders: A Review. Pharmacotherapy 2016; 36:84-98
7. Martens MA, Seyfer DL, Andridge RR, Coury DL. Use and Effectiveness of Sleep Medications by Parent Report in Individuals with Williams Syndrome. J. Dev. Behav. Pediatr 2017; 38:765-771
8. Sundhedsstyrelsen: National kliniske anbefalinger for brug af melatonin til børn og unge med søvnforstyrrelser, 2022.
app.magicapp.org/#/guideline/5982
9. Bliddal M, Kildegaard H, Rasmussen L, Ernst M, Jennum PJ, Mogensen SH, Pottegård A, Wesselhoeft R. Melatonin use among children, adolescents, and young adults: a Danish nationwide drug utilization study. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2022; 1-9
10. Dansk Neurologisk Selskab. Undersøgelse af søvnforstyrrelser 2022
neuro.dk/wordpress/nmbv/undersogelse-af-sovnforstyrrelser (14. sep 2022)
11. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, 2019
www.sst.dk/da/udgivelser/2011/vejledning-om-forebyggende-sundhedsydelse-til-boern-og-unge
12. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge, 2021
app.magicapp.org/#/guideline/4512
13. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af autismespektrumforstyrrelser hos børn og unge, 2021
app.magicapp.org/#/guideline/3992
14. Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA). Produktresumé Slenyto, 2020.
www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/slenyto-epar-product-information_da.pdf (14. sep 2022)
15. Lægemiddelstyrelsen. Produktresumé Melatonin "AGB", 2020.
produktresume.dk/AppBuilder/search?utf8=&&id=&type=&q=Melatonin+AGB&button=S%C3%B8g (14. sep 2022)



SUNDHEDSSTYRELSEN
Rationel farmakoterapi

IRF's Stormøde 2023

7. juni i København

Udskældt eller rationelt?
Beroligende lægemidler til angst- og urosymptomer
hos voksne og melatonin til børn og unge



Søvnskema for børn

Udfyldes af forældrene hver morgen:

Dato	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Mandag																									
Tirsdag																									
Onsdag																									
Torsdag																									
Fredag																									
Lørdag																									
Søndag																									

Angiv for hvert døgn tidspunkt for følgende:

O	Lagt / gået i seng
↓	Lyset slukket / lagt sig til at sove
↑	Stået op af sengen
I-	Faldet i søvn / sover igen efter opvågning
-I	Vågnet / vækket om morgenen
—	Flig søvn
X	Vågen om natten
D	Drømme / mareridt
S	Sovngænger
T	Tisset i sengen
M	Medicin

Navn:

CPR-nr.:

Har søvnen i denne uge adskilt sig fra andre uger? Ja Nej

Hvis ja, hvordan?