

Beste behandling er ikke tilgjengelig

Rundt 15 prosent av befolkningen sliter med søvnen, og to tredeler av disse bruker sovemedisiner. - Dette er et område hvor psykologene virkelig har forsømt seg, sier direktør ved Folkehelseinstituttets divisjon for psykisk helse, Arne Holte.

TEKST:

Arne Olav L. Hageberg

PUBLISERT 10. april 2007



PÅVIRKER FOLKEHELSE: Mange opplever en alvorlig forringet livskvalitet som følge av søvnproblemer.

Foto: Mikael Andersson/Mira/Samfoto

En undersøkelse som Statistisk sentralbyrå publiserte i fjor, viste at en av sju i Norge sliter med søvnen. Bare et fåtall av disse får behandling, og de som får det, blir stort sett tilbudt sovemedisiner, til tross for at det finnes psykologisk basert behandling med dokumentert bedre effekt.

««I utbredelse er insomni det klart største psykiske problemet i Norge»»

Arne Holte

Forbruket av sovemedisiner her til lands har gått opp med 57 prosent siden 1995. Tall fra Reseptregisteret viser at det i 2005 ble skrevet ut rene sovemedisiner til 7,8 prosent av totalbefolkningen, noe som tilsvarer 360 931 brukere. Tar vi derimot hensyn til at en stor del av befolkningen er under 20 år, og derfor stort sett ikke inngår i gruppen som får resepter på sovemedisiner, blir bildet enda tydeligere: 10,4 prosent av Norges voksne befolkning (over 20 år) brukte sovemedisiner i 2005.

Det er en kjent sak at sovemedisiner gir en dagen-derpå-effekt, og noen av dem kan også være vanedannende. Omsetningstallene for 2005 er på 64 millioner doser sovemedisiner, til en samlet verdi av ca. 120 millioner kroner.

Enorme summer

Postdoktor ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Bergen, Børge Sivertsen, kan fortelle at det finnes en rekke nye studier rundt de samfunnsmessige implikasjonene av søvnproblemer. En amerikansk studie anslår bare de rent medisinske kostnadene av insomni til å ligge rundt 13 milliarder dollar årlig (ca. 80 milliarder norske kroner). Andre har gjort estimerer på kostnader etter ulykker og tapt produksjon som følge av insomni, og kommet frem til at dette i USA beløper seg til nær 100 milliarder dollar (ca. 630 milliarder norske kroner), altså nærmere 8 prosent av landets bruttonasjonalprodukt (BNP). Til sammenligning er et norsk statsbudsjett på rundt 600 milliarder kroner. En studie fra Australia estimerer kostnader av skader som kan settes i sammenheng med søvnsykdommer generelt, til to prosent av BNP.

– Tilsvarende studier er ikke gjort i Norge, men det er ingen grunn til å tro at det skal være noe annerledes her, understreker Sivertsen.

Best uten piller

– Det finnes ikke et fullgodt behandlingstilbud. Det er for få spesialiserte sentre, og kunnskapene om behandling er lave både blant psykologer og leger. Tall fra USA viser

at kun 15 prosent av de som kunne trenge behandling, får det. Og av disse igjen får de aller fleste medikamentell behandling – som er vel og bra ved akutt insomni, men som ikke er å foretrekke når problemene varer utover 14 dager, sier Børge Sivertsen.

I fjor var han med å publisere en studie som sammenlignet effekten av kognitiv atferdsterapi med sovemedisinen Zopiklon brukt på eldre personer med kroniske søvnvansker. De som fikk psykologisk behandling, hadde signifikant bedre effekt, med høyere søvneffektivitet, mindre våkentid i løpet av natta og mer tid i dyp søvn. Zopiklon var ikke mer effektivt enn placebobehandling, og førte faktisk til en nedgang i dyp søvn.

– Sovemedisiner bør bare vurderes ved akutte søvnproblemer, konkluderer Sivertsen, og forteller at 80 til 90 prosent av de som heller får kognitiv atferdsbehandling, opplever en klar bedring i løpet av to til tre uker.

Psykisk forkjølelse

– Dette er et område hvor psykologene virkelig har forsømt seg, sier direktør ved Folkehelseinstituttets divisjon for psykisk helse, Arne Holte.

– Dersom vi kaller depresjon for psykisk helses influensa, er søvnproblemer forkjølelse. Mange somatiske sykdommer begynner med forkjølelse, og slik er det også med søvnproblemer og psykiske sykdommer. I utbredelse er insomni det klart største psykiske problemet i Norge. Med tanke på dette er det nokså forunderlig at grunnutdanningene ikke tar opp søvnproblemer som en viktig del av pensum. Heller ikke spesialiseringen i klinisk psykologi tar opp dette emnet, noe som er ganske oppsiktsvekkende, i og med at det finnes veldokumenterte og enkle behandlingsmetoder tilgjengelig, sier Holte. Han har selv arbeidet mye med søvn og søvnproblemer, og utviklet blant annet for en del år siden *Professor Holtes innsøvningsteknikk*, en selvhjelpsmetode for innsøvning, som ble distribuert av Norsk Psykologforening.

Lover bedring

Spesialrådgiver i Norsk Psykologforenings utdanningsavdeling, Tove Blikrud, innrømmer overfor Tidsskriftet at foreningen verken har spesifisert behandling av søvnproblemer som et læringmål eller oppfordrer foreleserne til å ta det opp i undervisningen.

– Dette ikke er godt nok, sier hun selv. – Foreleserne har kunnet dra det inn selv, men det har ikke vært organisert fra vår side. Men det kan jeg love at vi skal gjøre noe med fra i dag.

Ståle Pallesen ved Nasjonalt Kompetansesenter for søvn sykdommer forteller at de ikke vet hvor de skal henvise pasienter som ringer for eksempel fra det sentrale østlandsområdet. Arne Holte er enig med ham i at behandlingstilbudet ikke er tilfredsstillende.

– Det finnes en rekke klinikker og sentre, men de er gjerne ikke innrettet mot behandling av insomni. De har ofte mye avansert utstyr, som det kan virke som om noen

er veldig fascinert av, og er mest opptatt av sjeldne lidelser som narkolepsi.

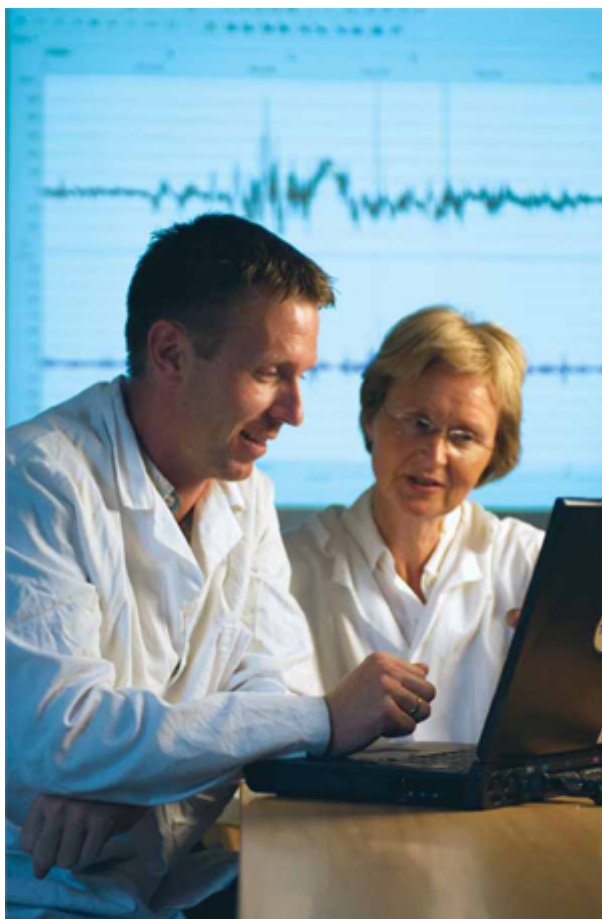
– *Mener du at dette er et naturlig område å gå inn på for psykologer?*

– Ja. Dette er et område der det finnes ikke-medikamentelle behandlingsmetoder med dokumentert effekt. Men som på alle felt trengs det også her kunnskap og ferdigheter. Det er blant annet helt nødvendig at psykologer lærer seg å diagnostisere søvnlidelser, sier Arne Holte.

Legeforeningen på banen

– Som psykologer vet vi at kognitiv atferdsterapi er den beste behandlingen for insomni, sier Børge Sivertsen, og forteller at Legeforeningen allerede er i gang med å arrangere kurs for å lære sine medlemmer denne behandlingsmetoden.

– Her ved Søvnsenteret i Bergen er det nylig blitt gjennomført studier som viser at insomni er en like stor prediktor som depresjon for senere uføretrygd. Søvnproblemer er ikke blitt tatt alvorlig nok. Det er relativt enkelt å behandle disse problemene, men som alt annet må det læres.



SØVNFORSKERE: Børge Sivertsen (til venstre) og Inger Hilde Nordhus er to av psykologene som er tilknyttet Nasjonalt kunnskapssenter for søvnsykdommer.

Foto: Paul-Erik Lillholm, UiB

Mange forbinder søvnforskning og utredning av søvnsykdommer med avansert EEG-registrering og kostbare opphold i søvnlaboratorier. Men som Arne Holte er også Sivertsen opptatt av å understreke at dette ofte ikke er nødvendig.

– Et godt anamnestic intervju kan gjøre mye, og søvndagbok er en fullt tilstrekkelig registreringsmetode ved insomni, understreker Sivertsen.

Studier viser at effekten av kognitiv atferdsbehandling er like god på pasienter som også har andre lidelser, for eksempel kreft eller depresjon.

– *Hva må til for at behandlingstilbudet ved insomni skal bli bedre?*

– Det Legeforeningen gjør, er et kjempegodt tiltak, og Psykologforeningen burde gjøre det samme: tilby kurs i behandling med kognitiv atferdsterapi av insomni.

Psykologforeningen bør sørge for at medlemmene er oppdatert på hva som fungerer for ulike lidelser. Det er viktig at det kommer i stand en videreutdanning i formell regi. Hvis Psykologforeningens medlemmer etterspør dette, vil sikkert kursavdelingen komme på banen. Jeg tror mye er gjort dersom man får til dette, sier Sivertsen.

Dessuten kan man jo starte oppdateringen ved å lese alle de relevante fagartiklene om søvn og søvnproblemer i denne temautgaven av Tidsskrift for Norsk Psykologforening.

LES OGSÅ

-La søvn bli et tema

Ifølge Torkil Berge er grunnprinsippene for psykologisk behandling av søvnproblemer noe de fleste psykologer allerede kjenner godt.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 4, 2007, side 451-454

TEKST:

Arne Olav L. Hageberg, Journalist og nettansvarleg i Psykologtidsskriftet