

Søvnvansker og arbeidsevne: et klinisk eksempel



ILLUSTRASJON: ALPHAVECTOR / SHUTTERSTOCK / NTB

Søvnmangel henger sammen med svekket arbeidsevne. Gjennom et klinisk eksempel illustrerer jeg hvordan arbeidspsykologiske metoder kan kombineres med behandling.

TEKST

Ane Wilhelmsen-Langeland

PUBLISERT 30. september 2022

Arbeidspsykologi handler om psykologiske faktorerets betydning for arbeidsrelaterte problemstillinger. Innen arbeidspsykologi har en tradisjonelt studert relasjonen mellom mennesker og arbeidsliv med tanke på hva som fremmer mestring, arbeidsglede og motivasjon, hva som skaper et godt arbeidsmiljø, hvordan en reduserer stress, belastninger og skader, og hvilke egenskaper som matcher ulike yrker. I 2011 stod omtrent 600 000 nordmenn i arbeidsfør alder utenfor arbeidslivet og mottok helse relaterte stønader (Øverland et al., 2011), og tall fra NAV viser at så mange som 36.8 % av de nye uføretrygdede i 2014, hadde en psykisk lidelse (NAV, 2017). Det er god dokumentasjon på at sykefravær er høyere blant personer med psykiske lidelser enn i resten av befolkningen, og denne gruppen representerer flere tapte årsværk enn noen annen diagnosegruppe (Mykletun et al., 2009). Samtidig er søvnproblemer et kjernesymptom innen depresjon og angstlidelser (Pallesen et al., 2007). I en norsk studie blant den generelle befolkningen fant man i 2014 at omtrent 15.5 % rapporterer

om søvnproblemer (Pallesen et al., 2014). Det antas at omtrent 50–80 % av personer med en psykisk lidelse også har søvnforstyrrelser, og at omtrent halvparten av dem som har insomni, har en komorbid psykisk lidelse (Fetveit & Bjorvatn, 2007).

At mennesker kommer tilbake i arbeid, er viktig samfunnsøkonomisk, men også for individet, fordi arbeid er gunstig for den psykiske helsen. Det gir blant annet struktur på dagen, opplevelse av mening i livet, tilhørighet, sosial støtte, opplevelse av kompetanse og autonomi og økt selvbilde (Nordt et al., 2007; Ryan & Deci, 2000). Kjente viktige faktorer for å trives på jobben er blant annet et balansert samspill mellom krav, kontroll og støtte og anerkjennelse på jobben (Berge & Falkum, 2013; Karasek & Theorell, 1990). Lagerveld et al. (2012) har blant annet vist at kognitiv terapi med arbeidsfokus (W-CBT) korter ned antall dager med fravær fra jobben betraktelig sammenlignet med ordinær kognitiv terapi (CBT). I en systematisk oversiktsartikkel fant forfatterne at ikke-forstyrret søvn var positivt assosiert med å returnere til arbeid etter arbeidsrelatert utbrenthet (Kärkkäinen et al., 2017).

I denne artikkelen blir det presentert et behandlingsforløp der klienten var henvist til tiltaket «Raskere tilbake lettere psykiske lidelser» via fastlege og NAV hos Institutt for Psykologisk Rådgivning i Bergen. Dette tiltaket har senere blitt erstattet av «Arbeidsrettet behandling for angst og depresjon» og «HelseIArbeid», som nå ligger under helseforetakene. Klienten hadde søvnproblemer som hovedårsak til sykemeldingen fra arbeidet sitt, men hadde også forhøyede symptomer på angst og depresjon. Formålet med denne artikkelen er å belyse og diskutere hvordan kliniske arbeidspsykologiske metoder kan benyttes i praksis, kombinert med dokumentert psykologisk og atferdsmessig behandling for insomni.

Insomni regnes i denne sammenhengen som en «lettere psykisk lidelse». Artikkelen er ikke ment å være en kasusstudie, men en presentasjon av egen praksiserfaring innen klinisk arbeidspsykologi.

Ikke-forstyrret søvn var positivt assosiert med å returnere til arbeid etter arbeidsrelatert utbrenthet

Søvnmangel og arbeidsevne

Søvnen vår reguleres i et samspill mellom to biologiske faktorer, nemlig vårt oppsparte søvnbehov og vår døgnrytme (Borbély et al., 1981). Vaner og atferd kan overstyre de to biologiske faktorene for søvnregulering (Bjorvatn & Pallesen, 2009). Arbeid er for mange utgangspunktet for strukturen på dagen og døgnrytmen. Jobben gjør at du kommer deg opp om morgenen, selv om du kanskje har sovet for lite eller føler deg søvnig.

Ofte er det arbeid som gir deg motivasjon til å stå opp, og du kommer da i gang med dagen. Samtidig forutsetter de fleste jobber en viss grad av konsentrasjon og oppvakthet. Når en arbeidstaker sover for lite eller forstyrret, vil det bli vanskeligere å utøve arbeidet sitt. Det er mange negative konsekvenser av å sove for lite og å være søvnig. De fleste av oss blir irriterte, får problemer med å konsentrere oss og kan bli

emosjonelt labile når vi ikke har fått nok søvn (Bjorvatn & Pallesen, 2009; Wilhelmsen-Langeland, 2016). Å komme på jobb tydelig trøtt og søvndeprivert kan også ha uheldige konsekvenser på jobben når det gjelder hvordan andre oppfatter oss, da ansiktet også blir preget av søvnmangel (Sundelin et al., 2013).

Arbeidsrettede tiltak og insomnibehandling

De kliniske arbeidsrettede tiltakene jeg presenterer her, er basert på protokollen til Lagerveld et al.: *Tilbakeføring til arbeid ved tilstedeværelse av psykologiske problemer* (2012). I tiltaket «Raskere tilbake lettere psykiske lidelser» var rammene maksimalt 15 behandlingstimer over en periode på 18 uker, der målet var full tilbakeføring (ikke lenger sykemeldt) til arbeid innen fristen. Kasuset i denne artikkelen er ikke basert på en enkeltperson, men en kombinasjon av mange ulike klienter jeg har hatt i behandling. Kasuset er videre konstruert av pedagogiske hensyn. Taushetsplikt vurderes derfor å være ivaretatt, da det ikke er én enkeltperson som beskrives, og hvis noe er gjenkjennbart, er det helt tilfeldig og kan ikke knyttes til en bestemt person.

Insomni

Insomni er en subjektiv diagnose som stilles ut fra klinisk intervju inkludert søvnhistorie, relevante spørreskjema (for eksempel Bergen Insomni Skala (BIS), Epworth Sleepiness Scale (ESS), søvndagbok og medisinsk undersøkelse som utelukker andre årsaker til søvnevanskene (Riemann et al., 2017). En person som har nok tid i sengen til å få nok søvn, lider trolig av insomni dersom hun har problemer med lang innsovning, nattlige oppvåkninger og/eller våkner tidligere enn hun ønsker, og i tillegg opplever å være trett og lite uthvilt og har liten evne til å ta igjen tapt søvn på dagtid. Den best dokumenterte behandlingen er kognitiv atferdsterapi for insomni (CBTi; Riemann et al., 2017).

Kasus – insomni

Inger er 45 år og har hatt insomni i 15 år. Hun har brukt Zopiklone de siste 10 årene fast hver kveld. Inger er trett, men ikke søvnig. Inger jobber som bioingeniør ved et universitetssykehus. Når hun er på farten, går det ganske greit på jobb, men når hun for eksempel skal sitte og lese rapporter, mister hun fort konsentrasjonen. Inger legger seg i 2130-tiden og står opp 0700 når hun skal på jobb. Helgene er ganske like, selv om hun kan ligge noe lenger og slumre om morgenen. Hun opplever å være noe nedstemt til tider, men mest fordi hun er så sliten at hun ikke har initiativ til å gjøre noe. Fastlegen har utredet Inger for blodmangler, og det er ingen medisinske funn som kan forklare symptomene hennes. Søvnvanskene til Inger gjør henne irritabel, hun orker ikke gå ut og spise med mannen slik de pleide, og hun avslår mange sosiale treff. Dette gjør at hun føler seg enda verre og gir næring til de negative selvevalueringene hennes. Inger ser på det å komme tilbake til full jobb som en viktig prioritet, da hun legger mye av sin identitet og verdi i å være i arbeid.

Kognitiv atferdsterapi for insomni (CBTi)*

1. Begrens tiden du tilbringer i sengen til den tiden du faktisk sover, men minimum 5 timer (utregnet fra minst en ukes søvndagbok), dvs. _____ timer og _____ minutter.
2. Ta utgangspunkt i når du må stå opp for å nå jobb eller skole / ønsker å stå opp, og bestem deg for tidspunktet du skal stå opp hver morgen (også i helgene):
 - a. Stå opp klokken: _____
 - b. Legg deg klokken: _____
3. Legg deg når du er søvning nok til at du tror at du kan sovne, men ikke før angitt klokkeslett i pkt. 2b.
4. Får du ikke sove i løpet av kort tid (15–30 minutter), stå opp og gjør noe annet (rolig, gjerne kjedelig aktivitet uten mye lys) til du igjen blir søvning. Dette gjelder også ved oppvåkninger om natten. Gjentas så ofte som nødvendig natten gjennom.
5. Sengen og soverommet brukes kun til søvn (og ev. sex). Ikke les, spis, drikk, se på nettbrett/mobil eller tv/pc i sengen.
6. Ikke sov på dagen (dette forstyrrer døgnrytmen og fjerner oppspart søvnbehov til natten).
7. Når din søvneffektivitet (tid sovet/på tid i sengen x 100) er ≥ 85 %, kan du legge deg 15 minutter tidligere neste uke. Slik fortsetter du til du føler deg uthvilt på dagtid.

*Se Bjorvatn, B. (2007). *Bedre søvn. En håndbok for deg som sover dårlig* (1. utg.). Fagbokforlaget.

Veien tilbake i arbeid

I den første timen forklarer jeg Inger søvnregulering psykoedukativt, gir henne instruksjoner i å fylle ut søvndagbok og spørreskjemaene BIS og ESS. Vi lager også en liste over psykologiske problemer og temaer som har med arbeidssituasjonen å gjøre. Inger får også et arbeidsfokuset rasjonale med informasjon om hvordan psykiske lidelser kan påvirke arbeidsdeltakelse. Jeg presenterer en forventning om at hun vil starte i 20 % arbeid innen kort tid. Hun får med seg et skjema for å kartlegge arbeidssituasjonen, der hun blant annet skal svare på hvordan hun opplever sitt team på jobben, om hun opplever å ha stor arbeidsmengde, og om hun opplever å ha mulighet til å endre på sin arbeidssituasjon.

I andre time har jeg fått en bedre oversikt over arbeidsbetingelsene og søvnvanskene hennes. Søvndagboken viser at hun ligger i sengen i 9,5 timer (tid i sengen = TIS) og sover i 4 timer og 45 minutter (tid sovet = TS) i gjennomsnitt per natt. Hennes søvneffektivitet (SE) er på 50 % (TS 285 min/TIS 570 min x 100 = 50 %). Hun får instruksjoner om å følge CBTi (se tekstboks). Jeg ber henne ta utgangspunkt i når hun må opp for å nå jobb, som er klokken 0700. Hun skal da legge seg 0200.

«Klienten hadde søvnproblemer som hovedårsak til sykemeldingen»

Jeg forklarer Inger hvordan det å ligge våken i sengen og tenke på jobben sin har ført til at hjernen assosierer sengen med «et sted der jeg ligger våken og stresser». Ved å ligge mye i sengen og holde på de faste rutinene for søvn (som jo er det som ofte anbefales), har Inger opprettholdt og forsterket denne assosiasjonen. Det vi nå skal gjøre, er å bryte den. Etter en uke regner jeg ut total tid i sengen, total tid sovet og søvneffektivitet. Hun har TIS på 5 timer og 15 minutter i gjennomsnitt (hun klarte ikke alltid å følge instruksjonene til punkt og prikke), og har TS på 4 timer. SE er 76 % prosent, og hun fortsetter med søvnrestriksjon i tidsrommet 0200–0700. Inger sover altså mindre enn før, og jeg forsikrer henne om at dette er helt normalt på dette stadiet i behandlingen. Jeg legger vekt på at hun allerede sover mye mer effektivt, noe som er første målet for CBTi-behandlingen.

Vi diskuterer kartleggingen av arbeidssituasjonen og hva det har ført til for Inger. Blant annet har Inger kommet frem til at hun må be om tilrettelegging på jobben i starten, der hun slipper å sitte og lese rapporter, men heller kan gjøre mer aktivt og praktisk arbeid som er mindre monotont og passivt. Vi jobber med en problemanalyse der vi kartlegger hvilke områder på jobben hun synes er mest interessante, hva som motiverte henne for arbeid før hun ble sykemeldt, og om hun opplever at hun passer til jobben hun har.

Vi setter opp en tilbakeføring til arbeid-plan med datoer for når Inger skal begynne i 20 % arbeid, 40 %, deretter 60 %, 80 % og til slutt når vi planlegger full tilbakeføring til arbeid. Denne tilbakeføringsplanen, sammen med en behandlingsplan blir sendt til fastlegen hennes etter tredje time. Nå har vi en plan som hun skal forsøke å følge. Den er ikke hugget i stein, og vi evaluerer naturligvis planen underveis. Dette snakker vi om i timene.

Etter tre uker med CBTi har Inger tro på denne behandlingen fordi hun merker at hun sover mer sammenhengende, og det å legge seg er nå noe hun gleder seg til heller enn å grue seg til enda en søvnløs natt. Vi begynner å trappe ned på Zopiklone i samarbeid med fastlegen. Det er lurt å vente med nedtrapping av sovemedisiner til klienten opplever effekt av CBTi. Dersom man trapper ned for tidlig, vil eventuelle dårlige netter attribueres til nedtrappingen av medisiner (Bjorvatn, 2012; Wilhelmsen-Langeland, 2020), mens når klienten erfarer at CBTi hjelper, er det lettere å sette i gang nedtrapping.

I femte time har Inger 85 % søvneffektivitet. Hun får nå legge seg 15 minutter tidligere per uke og skal legge seg 0130 og stå opp 0700. Hun opplever at det å sove mer sammenhengende og ikke ha så mye våken tid i sengen fungerer godt. Inger er imidlertid mer og mer søvnløs og klarer ikke helt å følge instruksjonene i CBTi-behandlingen. Vi snakker om at dette egentlig er bra, da det betyr at kroppen hennes

begynner å reagere mer normalt på søvnmangel over tid. Når Inger hører at dette er et godt tegn, blir hun beroliget.

Vi evaluerer opptrappingen til mer arbeid. Hun har for eksempel fått tilbakemelding på at de ønsker at hun holder en presentasjon om et arbeid hun har jobbet mye med. Dette gruet Inger seg veldig til, og hun var redd for å virke uopplagt og distansert på grunn av søvnevanskene. Inger løste frykten for å virke uopplagt ved å ta seg en 15 minutters spasertur i frisk luft før presentasjonen. Dette fungerte bra, og hun følte seg klar i hodet. Hun fikk gode tilbakemeldinger og opplevde mestring. Inger kjente etter denne erfaringen at hun var på vei tilbake til sitt gamle jeg.

Etter 10 konsultasjoner sov Inger 6 timer og 45 minutter i gjennomsnitt hver natt. Hun hadde da noen kortere netter som hun hadde lært seg å ikke fokusere så mye på, men også noen netter der hun sov 7 timer, noe som ikke hadde skjedd på 15 år. Inger opplevde at hun kunne ta dette videre selv, og hun var fornøyd med å fungere på dagtid og i jobben. Inger var på dette tidspunktet i 80 % arbeid med en plan om å starte fullt arbeid innen to uker.

Hos dem som står utenfor arbeidslivet i Norge på grunn av psykiske lidelser, antar en at minst halvparten og kanskje så mye som 80 % har en søvnlidelse samtidig. Det er dessverre sånn at psykologer i Norge forholder seg mye til det som skjer i terapirommet, og lite til arbeidet til klientene, som de ofte skal tilbake til etter behandlingen. Måltrettet søvnbehandling vil i de fleste tilfeller ha god effekt på søvnen, og i tillegg vil dette redusere symptomer på psykiske lidelser, som igjen kan gjøre det lettere å komme tilbake i arbeid og rett og slett å *fungere* bedre.

Merknad: Denne teksten er opprinnelig skrevet som spesialistoppgave for spesialiteten klinisk psykologi med fordypningsområde klinisk arbeidspsykologi i 2017 og nylig omarbeidet til artikkelformat.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 10, 2022, side 923-927

TEKST

Ane Wilhelmsen-Langeland

KONTAKT: wilhelmsen-langeland@ipr.no

+ Vis referanser

Berge, T. & Falkum, E. (2013). Se mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse. Gyldendal Akademisk.

Bjorvatn, B. (2007). Bedre søvn. En håndbok for deg som sover dårlig (1. utg.). Fagbokforlaget.

Bjorvatn, B. (2012). Søvn sykdommer: Moderne utredning og behandling. Bergen: Fagbokforlaget.

Bjorvatn, B. & Pallesen, S. (2009). A practical approach to circadian rhythm sleep disorders. Sleep Medicine Reviews, 13(1), 47-60. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2008.04.009>

- Borbély, A. A., Baumann, F., Brandeis, D., Strauch, I. & Lehmann, D. (1981). Sleep deprivation: effect on sleep stages and EEG power density in man. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 51(5), 483-495. [https://doi.org/10.1016/0013-4694\(81\)90225-X](https://doi.org/10.1016/0013-4694(81)90225-X)
- Fetveit, A. & Bjorvatn, B. (2007). Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(4), 394-402.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Kärkkäinen, R., Saaranen, T., Hiltunen, S., Ryyänen, O. P. & Räsänen, K. (2017). Systematic review: Factors associated with return to work in burnout. *Occupational Medicine*, 67(6), 461-468. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx093>
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L. & Shaufeli, W. B. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: A comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 220-234. <https://doi.org/10.1037/a0027049>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Folkehelseinstituttet.
- NAV. (2017). Diagnoser uføretrygd. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd>
- Nordt, C., Müller, B., Rössler, W. & Lauber, C. (2007). Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Social Science & Medicine*, 65(7), 1420-1429. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.024>
- Pallesen, S., Nordhus, I., Sivertsen, B., Omvik, S., & Bjorvatn, B. (2007). Psykologers kunnskaper om søvn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(4), 365-371.
- Pallesen, S., Sivertsen, B., Nordhus, I. H. & Bjorvatn, B. (2014). A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep Medicine*, 15(2), 173-179. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.10.009>
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Goncalves, M., Hertenstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, Ch., Parrino, L., Paunio, Pevermagie, D., Verbraecken, J., Weß, H.-G., Wichniak, A., Zavalko, I., Arnarsdottir, E.S., Deleanu, O.-C., Strazisar, B., Zoetmulder, M., & Spiegelhalter, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*. 26(6), 675-700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/110003-066X.55.1.68>
- Sundelin, T., Lekander, M., Kecklund, G., Van Someren, E. J., Olsson, A. & Axelsson, J. (2013). Cues of fatigue: effects of sleep deprivation on facial appearance. *Sleep*, 36(9), 1355-1360. <https://doi.org/10.5665/sleep.2964>
- Wilhelmsen-Langeland, A. (2018, 28. november). Dette bør du vite om søvn. *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2016/05/dette-bor-du-vite-omsovn/>
- Wilhelmsen-Langeland, A. (2020). *Våkne opp! Om søvnens psykologi*. Gyldendal Akademisk.
- Øverland, S., Knutsen, A. K. & Mykletun, A. (2011). Psykiske lidelser og arbeidsuførhet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(8), 739-744.