

Hvem skal behandle søvnproblemer?

12. september 2016 kom Sundhedsstyrelsen med en rapport Sygdomsbyrden i Danmark – Risikofaktorer, hvor søvnproblemer var den næst dyreste risikofaktor efter rygning. Og for nylig bragte Ugeskrift for Læger artiklen ”Dårlig søvn er en trussel mod helbredet”. Artiklen tog afsæt i en rapport fra Vidensråd for Forebyggelse med titlen ”Søvn og sundhed - 2015”. Forfatterne til både rapporten og artiklen beskriver meget koncist de problematikker, der er forbundet med dårlig søvn. Meget overskueligt bliver de helbredsmæssige konsekvenser af langvarige søvnproblemer samt sammenhæng mellem stress, miljø, livsstil og søvnproblemer præsenteret. Endelig gives der forslag til behandling delt i medicinsk eller psykologisk søvnbehandling. Psykologisk søvnbehandling har vist sig at være lige så effektiv som medicinsk søvnbehandling, men der mangler kvalificerede behandlere til at udføre den psykologiske søvnbehandling.

Det er med andre ord aktuelt at drøfte, hvad der kan gøres i praksis ved søvnproblemerne i det danske sundhedsvæsen. Med dette indlæg vil vi gerne nuancere debatten ved at drøfte begrebet psykologisk søvnbehandling og beskrive, hvordan undersøgelse og behandling finder sted i ScanSleep, der er en privatejet søvnklinik. Endelig vil vi forsøge at vise en vej til, hvordan ovennævnte byrde kan løftes i en 'Stepped Care'-tilgang i et ressourceknap sundhedsvæsen.

Søvnproblemer er et medicinsk ansvar, som varetages af egen læge. Praksis er mange steder, at lægen vurderer, om der kan være tale om søvnapnø, der i så fald henvises til en speciallæge i ØNH, eller om det er et 'mentalt' søvnproblem, der forsøges afhjulpnet med søvnhygiejneråd eller korttidsbehandlet med medicin – hypnotica, antihistamin, SSRI, melatonin mv. Er der ikke effekt af behandlingen, henvises der ofte til en psykolog. Proceduren er den samme for de 2 millioner danskere, der er dækket af en sundhedsforsikring, de tilbydes behandling i selskabets psykolognetværk.

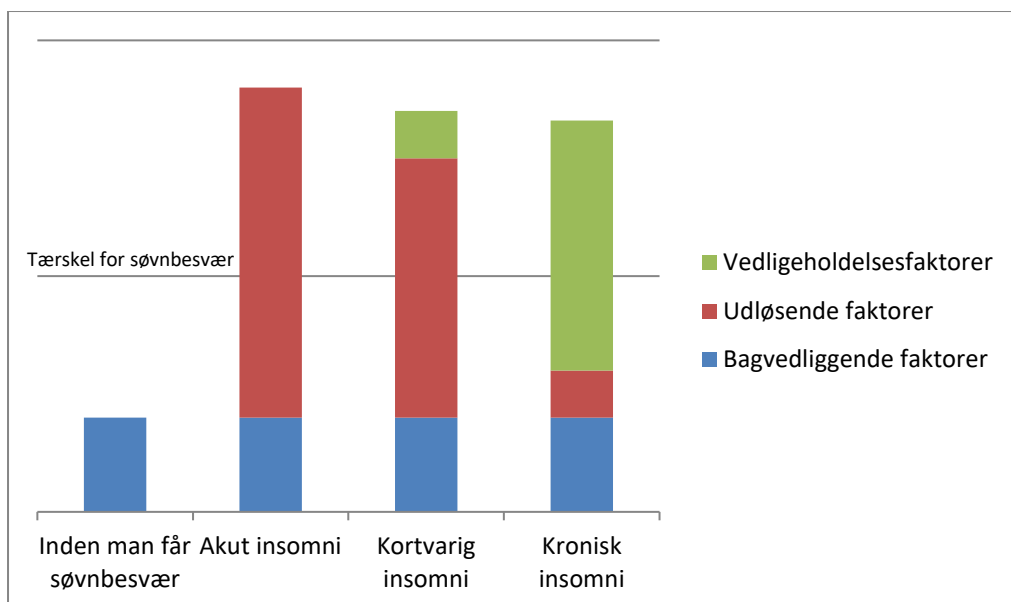
Problemet er, at behandlingen ofte ikke har den ønskede effekt, hvilket kan hænge sammen med, at der er mere end 80 diagnoser på søvnområdet, og at diagnosticering og behandling af søvnproblemer ikke er en del af uddannelsen til ØNH-læge eller psykolog. Der er god grund til at drøfte begge patientgrupper, for der er mange tilfælde, hvor en ØNH-læge har konstateret, at en patient ikke har søvnapnø, men patienten stadig ikke er blevet hjulpet af med sit problem. I dette debatindlæg vil vi koncentrere os om den sidste – gruppen med mentale søvnforstyrrelser – den gruppe, der i ovennævnte artikel bliver anbefalet psykologisk søvnbehandling.

I ScanSleep har patienterne typisk prøvet mangt og meget, når de kommer – søvnråd, motion, alternativ behandling, hypnose, mindfulness, søvnapps, ny seng samt behandling med ovennævnte medikamenter og selvmedicinering med alkohol – alt sammen uden den ønskede varige effekt på søvnproblemet. Vi møder mange patienter, der har været til psykolog både 10 og 20 gange: 'fint at komme til psykolog, men det hjalp ikke på mine søvnproblemer'.

Lad os se på, hvad der går galt.

Frit ud fra en anerkendt insomni model, Spielman 1986, vil vi prøve at illustrere, hvordan kronisk insomni udvikles:

Figur 1: Spielman's model, 1986



Beskrivelse af søjlerne:

'Inden man får søvnbesvær': De bagvedliggende faktorer er den biologiske forudsætning for at kunne sove. Og vi har en forskellig tærskel for, hvor meget der skal til, for at vi ikke kan sove, dvs. når op over 'tærsklen for søvnbesvær'.

'Akut insomni': Der sker en indre eller ydre påvirkning, så vi ikke kan sove – stress, krise, psykisk sygdom.

'Kortvarig insomni': Tilstanden bliver langvarig, og vi forholder os til, at vi ikke kan sove (grønne felt). Vi reagerer følelsesmæssigt, tankemæssigt og adfærdsmæssigt.

'Kronisk insomni': Det udløsende problem er ofte håndteret – sygemelding, udskiftning af partner, adaptation – så det i sig selv ikke er nok til at overskride 'tærsklen', men søvnproblemet varer ved, fordi søvnlidelsen vedligeholder sig selv.

En psykolog vil typisk behandle de udløsende faktorer (det røde område) – stress, personlighed, relationer, værdier, målsætning, evt. barndom – hvor en søvnspecialist vil behandle uhensigtsmæssige tanker, følelser og adfærd vedr. søvnen.

Modellen forudsætter at de bagvedliggende faktorer er konstant, hvilket i en del tilfælde ikke er tilfældet, idet der kan være komorbiditet af fysiologiske søvnlidelser eller andre medicinske tilstande, som skal udredes, før man sætter behandling i gang af de mentale søvnforstyrrelser.

Som det fremgår af modellen, har psykologisk behandling sin berettigelse ved akut og kortvarig insomni, men vil være virkningsløs på søvnproblemet ved kronisk insomni. Her er det de vedligeholdende faktorer, der skal behandles, ikke de udløsende.

Vi anbefaler, at man i drøftelsen af behandlingen af kronisk insomni erstatter betegnelsen 'psykologisk søvnbehandling' med 'adfærdsmedicinsk søvnbehandling', idet det understreger det medicinske ansvar, fremhæver den store adfærdsmæssige komponent i behandlingen og adskiller behandlingen fra almenpsykologisk behandling. Adfærdsmedicinsk behandling anvendes som bekendt bredt i sundhedsvæsenet, fx ryghold, vægttab, motion i forbindelse med depression mv.

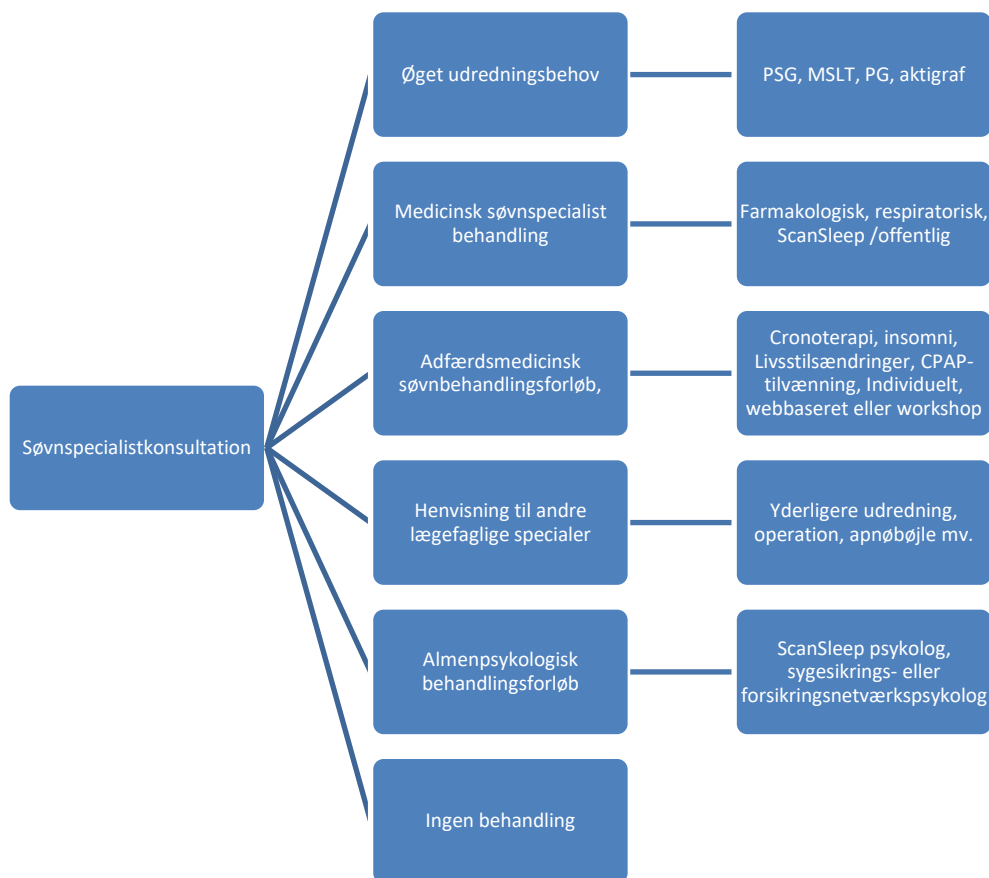
Beskrivelse af arbejdsgangen i ScanSleep:

ScanSleep er en speciallægeklinik, og det er et lægeligt ansvar, at patienten bliver udredt og diagnosticeret korrekt, inden evt. behandling iværksættes. De to søvnspecialister – en medicinsk og en adfærdsmedicinsk – er EU-akkrediterede af ESRS, European Sleep Research Society.

90 % af henvendelserne i ScanSleep vedrører mentale søvnforstyrrelser. Patienten møder på baggrund af henvendelsesårsagen, den ene eller begge søvnspecialister. Møder patienten den adfærdsmedicinske søvnspecialist, foretages en screening for fysiologiske forhold, er denne positiv, udredes der videre af den medicinske søvnspecialist. I nogle tilfælde er det desuden nødvendigt med en søvnundersøgelse, ambulante eller i søvnlabbet (polysomnografi, PSG).

Er den negativ, vurderer søvnspecialisten om det er en basal søvnlidelse, som efterfølgende behandles af en af de specialuddannede søvnterapeuter, typisk med sygeplejerskebaggrund, eller om det er en sammensat problematik, der kræver, at der er brug for psykologkompetencer i tillæg til søvnkompetencer.

Kernen er en søvnspecialistkonsultation:



Behandling:

Behandlingen er kognitiv adfærdsterapi ved insomni (KAT-I eller CBT-I). Behandlingen foretages i individuelle behandlingsforløb, hvor antallet af behandlinger varierer efter patientens behov. Patienter med sværere affektiv lidelse eller belastningsreaktion behandles af søvnspecialist med psykologbaggrund og udgør 1/3 af patienterne. Der tages hensyn til den komorbide lidelse, men fokus er på søvnforstyrrelsen. Patienten kan være i parallel behandlingsforløb hos en psykolog eller i psykiatrien.

Patienter med basale søvnproblemer udgør 2/3. Disse behandles af specialuddannede søvnterapeuter på sygeplejerskeniveau.

Nedenstående data stammer fra en selekteret population på 139 insomnipatienter, der har været i behandling i 2015 og 2016, og som har udfyldt et spørgeskema (Insomnia Severity Index, ISI) før og efter behandling.

Opdeling i komorbiditet eller ej er foretaget på baggrund af følgende: Søvn diagnoser stillet af ScanSleeps medicinske søvnspecialist, andre diagnoser er primært oplyst af patient i anamnesen, dog kan belastningsreaktion og angst derudover være bedømt af Cand. Psych., aut., og depression kan være bedømt efter BDI test (Becks Depression Inventory).

60 % havde basal insomni, resten komorbiditet. Af dem med komorbiditet havde ca. 18 % en af de to store søvnforstyrrelser, RLS og søvnapnø, ca. 68 % komorbiditet med affektiv lidelse eller belastningsreaktion i mange tilfælde nært forbundet med søvnlidelsen, 14% andre diagnoser, inkl. mere sjældne søvnforstyrrelser, fx døgnrytmeforstyrrelse, narkolepsi og parasomni. (tabel 1)

Tabel 1.

Anden diagnose		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Søvnapnø	2	1,4	3,6	3,6
	Depression	8	5,8	14,3	17,9
	Angst	6	4,3	10,7	28,6
	Belastningsreaktion	21	15,1	37,5	66,1
	RLS	8	5,8	14,3	80,4
	Angst & Depression	3	2,2	5,4	85,7
	Andet	8	5,8	14,3	100,0
	Total	56	40,3	100,0	
Missing	88	83	59,7		
Total	139	100,0			

Behandlingseffekt:

ISI er et vidt udbredt og valideret spørgeskema (Bastien et al., 2001), der inddeler insomnipatienter i fire grupper: 0-7 indikerer at personen sandsynligvis ikke har signifikant søvnbesvær
 8-14 er under grænseværdien for søvnforstyrrelser, men indikerer, at personen har visse problemer med søvnen
 15-21 Indikerer en middelsvær søvnforstyrrelse, som er klinisk signifikant
 22-28 indikerer svær og klinisk signifikante søvnbesvær.
 Det vigtigste skæringspunkt er 14 point, som anses for at skelne mellem signifikante og ikke-signifikante søvnproblemer.

Både de, der har komorbiditet, og de med basal søvnforstyrrelse starter gennemsnitligt i den højeste gruppe: Alvorlig signifikant søvnforstyrrelse (ISI > 21), og ender efter behandlingen gennemsnitligt i de to laveste grupper: 'Ingen signifikant søvnforstyrrelse' (ISI ≤ 7) eller 'Ingen signifikant søvnforstyrrelse, men visse problemer med søvnen' (ISI til og med 14). (Tabel 2)

Tabel 2

			Statistics	
Comorbiditet 1 = ja, 2 = nej			Samlet ISI score ved start	Samlet ISI score ved slut
Ja	N	Valid	56	56
		Missing	0	0
	Mean		22,38	10,54
	Median		22,50	10,00
	Minimum		12	3
	Maximum		28	24
	Percentiles	25	20,25	6,00
		50	22,50	10,00
		75	25,00	13,00
Nej	N	Valid	83	83
		Missing	0	0
	Mean		21,33	6,73
	Median		21,00	6,00
	Minimum		13	1
	Maximum		28	17
	Percentiles	25	19,00	4,00
		50	21,00	6,00
		75	24,00	8,00

Ser vi på fordelingen:

80% af den komorbide gruppe og 95% af gruppen med basale søvnforstyrrelser bliver hjulpet ud af problemerne til ikke signifikant søvnforstyrrelse. 35% af patienter emd komorbide og 66% af patienter uden komorbiditet scorede ≤ 7 i ISI ved endt behandling. Der blev anvendt 27% flere konsultationer for at behandle den komorbide gruppe.

Som nævnt blev 66% af patienterne behandlet af søvnterapeuter med sygeplejerskebaggrund, resten af søvnspecialist med psykologbaggrund. Der var ikke signifikant forskel på behandlingseffekt, om det var søvnterapeuter eller søvnspecialist med psykologbaggrund, der behandlede.

Konkluderende viser ovenstående, at søvnproblemer kan behandles effektivt i en stratificeret tilgang, på baggrund af en søvnspecialistudredning.

Med andre ord behøver det ikke at være en psykolog, der forestår behandlingen, hvis blot der er stillet en diagnose, så det personale, der behandler lidelsen, via uddannelse og erfaring har den fornødne kompetence til at behandle patienten.

Model for søvnbehandling i Danmark – 'Stepped Care':

Som ovennævnte rapport anfører, er der på søvnbehandlingsområdet ressourcemangel både økonomisk og fagligt. Løsningen, der foreslås, er en 'Stepped Care', hvor de lettere problemer løses ekstensivt – gruppebehandling eller webbaserede løsninger, mens de sværere behandles i individuelle forløb.

En model kunne være:

'Stepped Care'

Søvnspecialistudredning og behandling

- Søvnspecialist med psykolog-/psykiaterbaggrund
- Specialuddannet sygeplejerske eller lign.

Søvnbehandling via internetbaseret program

- Med støtte fra søvnterapeut
- Uden støtte

Basal søvnvejledning hos sundhedspersonel / på virksomheder

- Gruppetiltag og App til søvnstyring og søvnhygiejne
- Foredrag i større grupper
- Generel oplysning

Evt. Skype

ScanSleep
Bedre søvn - bedre liv

Udfordringen er at finde ud af, hvem der skal behandles hvordan, og af hvem. Altså hvem, der har gavn af de mindre intensive løsninger, og at uddanne personale til at forstå udredningen samt behandlingen i de intensive forløb.

Vi foreslår, at patienterne så vidt muligt udredes og behandles i almenpraksis, da det er personalet her, der møder problemerne, og som kender patienterne.

Stepped Care tilgang til behandling af søvnproblemer i almenpraksis

Når lægen har identificeret en patient med søvnproblemer, screenes patienten med det webbaserede screeningsværktøj (ScanSleep Questionnaire, SSQ), som giver en indikation på, om patienten har et behandlingskrævende søvnproblem; art og sværhedsgrad samt forslag til videre handling, nemlig yderligere undersøgelse eller iværksættelse af behandling i en stratificeret tilgang – eller 'Stepped Care'. Programmet er bygget over et valideret spørgeskema udvidet med spørgsmål fra den kliniske praksis i ScanSleep.

Udkomme kan være:

- Intet behandlingskrævende søvnproblem – der gives evt. søvnhygiejne rådgivning hos klinikkens sygeplejerske
- Fysiologisk søvnproblem – der henvises til udredning i egnet søvnambulatorium
- Lettere mental søvnforstyrrelse - dette behandles i klinikkens regi ved hjælp af et internetbaseret behandlingsprogram suppleret med, at patienten kommer til kontrolbesøg/motivering hos klinikkens sygeplejerske
- Alvorligere mental søvnforstyrrelse - dette behandles i individuelt behandlingsforløb hos søvnspecialister

Vores vurdering er, at det bedste behandlingsresultat og den bedste compliance opnås, hvis patienten følges af egen læge herunder klinisygeplejerske. Specielt fordi der ofte vil være komorbiditeter og andre psykosociale forhold, alder mv. at tage i betragtning, når søvnpatienter i almenpraksis skal i behandling.

Der findes i øjeblikket to webbaserede insomnibehandlingsprogrammer på dansk, som begge er validerede i deres udenlandske udgaver. Her benyttes programmerne uden støtte fra terapeut. Svenske studier viser, at behandlingseffekten af webbaserede behandlinger øges væsentligt med regelmæssig kort opfølgning og støtte fra en terapeut, især pga. mindsket frafald.

Uddannelse af personale:

Læger: Fordi den specifikke søvnviden ligger i de webbaserede programmer, behøver der ikke være en lang oplæringsfase, for at den almenpraktiserende læge kan 'sortere' søvnpatienterne. Foruden indføring i programmet skal have en kortere indføring i søvnmedicin samt rationalet bag insomnibehandling.

Sygeplejersker: En sygeplejerske i hvert lægehus skal oplæres i at være superbruger på det program, man vælger at anvende, og hun skal have et kursus i basal insomnibehandling.

Søvnspecialister: Der vil blive brug for et øget antal søvnspecialister til at behandle de viderehenviste patienter fra screeningen, samt til at undervise og supervisere læger og sygeplejersker i almenpraksis. ESRS uddanner og akkrediterer søvnspecialister. Både medicinske (læger) og adfærdsmedicinske (psykologer). Dansk Søvnforening kan forestå og formidle dette.

Forskning: Der skal laves yderligere forskning for at validere screeningsprogram og de dansksprogede behandlingsprogrammer. Fx en afhandling, der viser behandlingsresultater for hhv. en almenpraksis, en hospitalsafdeling samt en søvnspecialistklinik.