

Søvnskole i Allmenn-psykiatrisk poliklinikk ved Bjørgvin DPS

Da jeg jobbet ved Bjørgvin DPS i 2016 i forbindelse med praksis jeg trengte for å bli psykologspesialist, oppdaget jeg hvor lite fokus det var på søvnbehandling i psykisk helsevern. Pasienter med søvnvansker var det nok av, men rutiner for å hjelpe dem med mer søvn, bedre søvn eller bedre døgnrytme var helt fraværende eller svært lite systematisk. Mange gikk på sovemedisiner av ulik art som det ikke var noe plan for å seponere. Denne erfaringen ga meg idéen om å starte en søvnskole på Bjørgvin DPS, for å forsøke å fylle «det sorte hullet» innen psykisk helsevern.



Foto: Privat

Ane Wilhelmsen-Langeland

Ph.d.

Somnolog

Psykologspesialist ved Bjørgvin Distriktpsikiatriske Senter (DPS), Allmennpsykiatrisk poliklinikk og Helse i Hardanger

Det er få pasienter innen psykisk helsevern som ikke har noen vansker knyttet til søvn, og søvnforstyrrelser er vanlige tilleggstilstander ved psykiske lidelser [1]. Søvnvansker og døgnrytme-forstyrrelser behandles ofte medikamentelt i psykisk helsevern, selv om det finnes godt dokumenterte ikke-medikamentelle behandlinger for vanlige søvnlidelser som insomni og døgnrytme-forstyrrelser. Det er et stort behov for mer kunnskap om hvordan søvn kan behandles mer effektivt i psykisk helsevern. Studier har vist at søvnrettet behandling gir reduksjon også i komorbid psykiatrisk lidelse. Kronoterapi (å gi behandling med optimal timing i relasjon til døgnrytmen i organismen) har vist seg å i noen tilfeller være svært avgjørende innen psykiatrisk behandling [2-5]. Det anslås at vel 15 % av befolkningen har et alvorlig og langvarig søvnproblem [6], omtrent 50-80 % av pasienter med psykisk lidelse har søvnforstyrrelser, og minst halvparten av dem med søvnforstyrrelser har en psykisk lidelse [7]. Til tross for en så omfattende prevalens av søvnlidelser blant pasienter med psykiske helseplager, stilles søvnlidelersdiagnoser som F51.0 insomni, eller F51.4 forstyrrelse av søvn-våkenhetsrytmen (forsinket søvn-våkenhetsfaselidelse) så sjeldent som hos 0.08 % av pasientene [8]. Dette er trolig fordi behandlerne ikke har kunnskap nok til å vite om søvnplagene er en egen lidelse eller en del av den

psykiske lidelsen [9]. Likevel mottar mange pasienter i psykiatrisk behandling og på distriktpsikiatriske senter (DPS) i Norge hypnotika [8] eller annen søvndyssende medisin (som for eksempel Seroquel) som behandling for søvnvansker.

Transdiagnostisk behandling for søvnvansker

Behandling for søvnvansker i en populasjon med psykiske lidelser kan med fordel gjøres transdiagnostisk, ved at man behandler søvnvanskene på tvers av de ulike psykiske lidelsene [10, 11]. Det er for eksempel tydelige indikasjoner på at prosesser ved søvnregulering bidrar til å opprettholde prosesser ved psykisk lidelse og symptomer på psykisk lidelse, for eksempel ved at forstyrret søvn gir dårligere regulering av emosjoner og humør på dagtid [12]. Vi vet at dårlig eller forstyrret søvn har stor betydning for fungering, reaksjonsevne, kognisjon, humør, energi, motivasjon, følelser, prestasjoner på skole og jobb, sosialt og for symptomer på angst og depresjon [13-15]. Insomni øker også risikoen for å falle ut av arbeidslivet og å motta trygdeytelser [16]. Vi ser i klinisk praksis at pasientpopulasjonen på DPS ofte har store vansker med grunnleggende struktur i hverdagen når det gjelder søvn, måltider og aktivitet, som er hele grunnlaget for vår psykofysiologiske regulering, fungering og energiomsetning. Hvor grundig den enkelte behandler



Det er et stort behov for mer kunnskap om hvordan søvn kan behandles mer effektivt i psykisk helsevern. Studier har vist at søvnrettet behandling gir reduksjon også i komorbid psykiatrisk lidelse.

er på å kartlegge «naturlige funksjoner» som søvn, kosthold og bevegelse er svært varierende. Det er store mangler i tilbudet i offentlig psykisk helsevern i Norge når det gjelder behandling av søvnvansker og søvnlidelser enten de representerer hovedproblemene eller er komorbide med annen psykisk lidelse. Det har vi prøvd å gjøre noe med ved Bjørgvin DPS.

Søvnbehandling i gruppe

Søvnskolen på Bjørgvin DPS startet tidlig i 2017 med én insomnigruppe. Dette har utviklet seg til to grupper; en insomnigruppe og en døgnrytmegruppe. Begge gruppene går annenhver mandag henholdsvis klokken 12-1400 og klokken

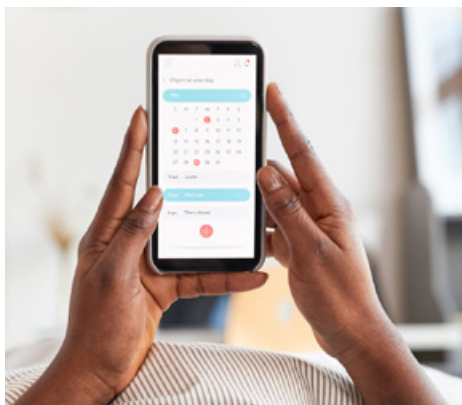
13-1500 (døgnrytmegruppen går så sent på dag som mulig innenfor vanlig arbeidstid!). Gruppene går året rundt og er det som kalles «slow open», eller rullerende, det vil si at vi tar inn nye når som helst og man kan avslutte når som helst. På den måten er vi ikke avhengig av at et visst antall har mulighet til å starte på samme tid. Vi har sett at dette er en organisering som fungerer godt og som er gjennomførbar i klinikken. Da blir det også et overkommelig antall henvisninger til enhver tid. En tilleggseffekt av dette er at de som er nye og skal starte søvnrestriksjon kan få noen oppmuntrende ord fra andre som har gjort det en stund og oppnådd effekt. De kan også tenke på

hverandre der de sitter oppe til klokken to om natten og vite at det er flere som gjør det samme.

Insomnigruppen har fem undervisningstema og døgnrytmegruppen har fire. Vi starter med ca. 45 minutter klasseromsundervisning basert på dagens tema, deretter går vi gjennom hver deltaker sine søvndagbøker og behandling fra gang til gang. Slik sett er søvnskolen et kurs som gir mye kunnskap om søvn til den enkelte, men også en individuell søvnbehandling. Vi anbefaler sterkt alle å bruke appen Sleep diary (se bilde 1), slik at søvnskolelederne ikke får stor belastning med å regne ut søvndagbøker. Slik kommer deltakerne



Bilde 1. Deltagerne blir anbefalt å bruke appen Sleep Diary som søvndagbok.



med utfylte søvndagbøker som allerede er regnet ut via appen (gjennomsnittlig tid brukt i sengen (TIS), tid sovet (TS) og søvneffektivitet (SE)). Fra start til fullført femte tema eller en runde vil det gå 8 uker i insomnigruppen, og i døgnrytmegruppen går det 6 uker fra start til fullført en runde. Siden noen trenger lengre tid enn 6-8 uker for å få bedre søvn, har vi også opprettet oppfølgingsgrupper for insomni og døgnrytmeforstyrrelser som er mer samtalebasert og mindre strukturerte, men også tidsavgrensede.

Gruppene ledes per i dag av psykologspesialist og somnolog (undertegnede) samt psykiatrisk sykepleier med lang erfaring innen psykisk helsevern og gruppebehandling, men det jobbes med å rekruttere flere psykologer inn i søvnteamet og til å lede gruppene. Deltakere er i utgangspunktet pasienter ved Bjørgvin DPS, hovedsakelig fra poliklinikken. Dette innbefatter også eMeistring og korttids-teamet. Det kan i tillegg henvises fra døgnavdelingene, rehabilitering og psyko-sepoliklinikken. Vi mottar også sekundærhenvisninger fra andre DPS innen regionen og tar inn pasienter ved ledig kapasitet. Deltakere henvises fra sin hovedbehandler til søvnteamet ved Bjørgvin DPS (eller til Bjørgvin DPS Allmennpsykiatrisk poliklinikk ved eksterne henvisninger). Noen fastleger har også begynt å henvise pasienter spesifikt til søvnskolen ved Bjørgvin DPS. Henvisningene kommer i slike tilfeller rett til søvnteamet via inntaksteamet som vurderer henvisningen og vurderer rett til

helsehjelp basert på prioriteringsveilederen i spesialisthelsetjenesten.

Forundersøkelse

Pasienten blir kalt inn til individuell forsamtale der det informeres om søvnskolen. Søvn kartlegges ved klinisk intervju og det instrueres i å fylle ut søvndagbok før oppstart i søvnskolen. På forhånd, har pasienten fylt ut spørreskjema knyttet til

søvn (Epworth Sleepiness Scale (ESS), Dysfunctional beliefs about sleep (DBAS-16), Becks Anxiety Inventory (BAI) og Becks Depression Inventory (BDI-II)). Spørreskjema kan fylles ut på papir eller via den digitale portalen checkware. I forvernsamtalen gjøres det en diagnostisk vurdering av søvnlidelse og det avgjøres om pasienten skal begynne i insomnigruppen eller i døgnrytmegruppen avhengig av hva slags søvnproblem pasienten har eller hvilken behandlingstilnærming som vurderes å kunne hjelpe pasienten best. Noen pasienter har verken insomni eller døgnrytmeforstyrrelse og trenger mer individualisert behandling enn det som tilbys i gruppene, og ved ledig kapasitet blir disse fulgt opp individuelt eller dette gis i tillegg til søvnskole.

Motivasjon, valgfrihet og atferdsending

I søvnskolen vektlegges det at hver enkelt må gjøre jobben selv for at det skal skje endringer i søvnen. Vi tar utgangspunkt i





prinsipper fra Motiverende intervju (MI) [17] når det gjelder å hjelpe andre til å endre uønsket atferd. Gruppelederne er tydelige på at alle råd og anbefalinger som gis er frivillige. Vi vektlegger at endring av atferd tar tid. Vi anbefaler også å starte med noen få endringer om gangen.

Behandling av insomni

Beste behandlingsalternativ er kognitiv atferdsterapi for insomni (CBTi) [18], med søvnrestriksjon og stimuluskontroll som hovedintervensjonene. Nyere forskning har også indikert at mørketerapi, eller det å blokkere ut blått lys i bølgelengder under 530 nm med for eksempel orange briller (bb-briller), har vist å kunne opprettholde

melatoninproduksjon sammenlignbart med mørke og kan ha en forsterkende effekt i behandlingen av insomni [19].

Behandling av døgnrytmeforstyrrelsen forsinket søvn-våkenhetsfaselidelse (DSWPD)

Behandling for denne lidelsen er det ikke like klar konsensus for som for behandling av insomni, men retningslinjer sier at lys administrert like etter nadir for kroppstemperatur og eventuelt melatonin (forskjøvet med 12 timer i forhold til lys) er det best dokumenterte behandlingsalternativet [20]. En ny meta-analyse viser at det å unngå lys før nadir (bunnpunkt) for kroppstemperatur synes å ha en tilleggseffekt

til lyseksponering etter nadir [21]. En slik behandling er ikke en kur, da pasienten vil falle tilbake til forsinket døgnrytme dersom lysbehandling på riktig timet tidspunkt opphører [22] og behandlingen må opprettholdes over tid.

Hvem kan ha nytte av søvnskolen ved Bjørgvin DPS?

Når det skal skrives søvndagbøker i opptil 8 uker, registreres daglig i en app og følge klasseromsundervisning i gruppe, kan man tenke seg at dette er svært krevende for personer med psykiske lidelser. Man kan tenke seg at det er de friskeste på et DPS som kan delta her og få utbytte av søvnskolen. Søvnskole er helt klart noe



I forvernsamtalen gjøres det en diagnostisk vurdering av søvnlidelse og det avgjøres om pasienten skal begynne i insomni gruppen eller i døgnrytmegruppen avhengig av hva slags søvnproblem pasienten har eller hvilken behandlingstilnærming som vurderes å kunne hjelpe pasienten best.

og egen behandling og gir større følelse av kontroll over symptomer.

Forskning på søvn i psykisk helsevern (SIP)

Basert på våre erfaringer fra søvnskolen ved Bjørgvin DPS, har vi utviklet et forskningsprosjekt med tre delprosjekter. Vi håper å kunne presentere resultater fra disse forskningsprosjektene i tidsskriftet SØVN når de er gjennomført. Her kommer en kort presentasjon av de ulike prosjektene.

Prosjekt 1. Randomisert kontrollert studie (RCT): Insomni med 80 deltakere, 40 i hver gruppe. Intervensjonsgruppe: 8 ukers søvnskole kombinert med vanlig behandling ved DPS. Kontrollgruppen får «treatment as usual» ved DPS mens de venter på søvnskoledeltakelse.

Primære forskningsspørsmål:

Hvilken effekt har søvnbehandling på søvn og psykiatiske symptomer hos personer med insomni og komorbid psykisk lidelse?

Sekundære forskningsspørsmål:

a) Vil bruk av bb-briller kunne forsterke effekten av behandlingen for insomni?

b) Hvilken effekt har søvnbehandling på hjerte-rate-variabilitet (HRV) og på ulike psykiatiske og nevropsykiatiske mål?

Prosjekt 2. Randomisert kontrollert studie (RCT): DSWPD med 70 deltakere, 35 i hver gruppe.

Intervensjonsgruppe: 6 ukers søvnskole kombinert med vanlig behandling ved DPS. Kontrollgruppen får «treatment as usual» ved DPS mens de venter på søvnskoledeltakelse.

Primære forskningsspørsmål:

Hvilken effekt har søvnbehandling på søvn og vanlige psykiatiske symptomer hos personer med DSWPD og komorbid psykisk lidelse?

Sekundære forskningsspørsmål:

a) Vil bruk av bb-briller kunne forsterke effekten av behandlingen for DSWPD?

b) Hvilken effekt har søvnbehandling på HRV, melatoninutskillelse og på ulike psykiatiske og nevropsykiatiske mål?

Prosjekt 3. Tverrsnitts- observasjonsstudier med 215 deltakere.

Primære forskningsspørsmål:

Hvordan skiller pasienter med søvnlidelse komorbid med psykisk lidelse (n=150) seg fra friske kontrollerte (n=65) på søvnmål, psykiatiske symptomer, rus, emosjonsregulering (selvrapport og HRV), personlighet, nevropsykologiske tester og evennivå?

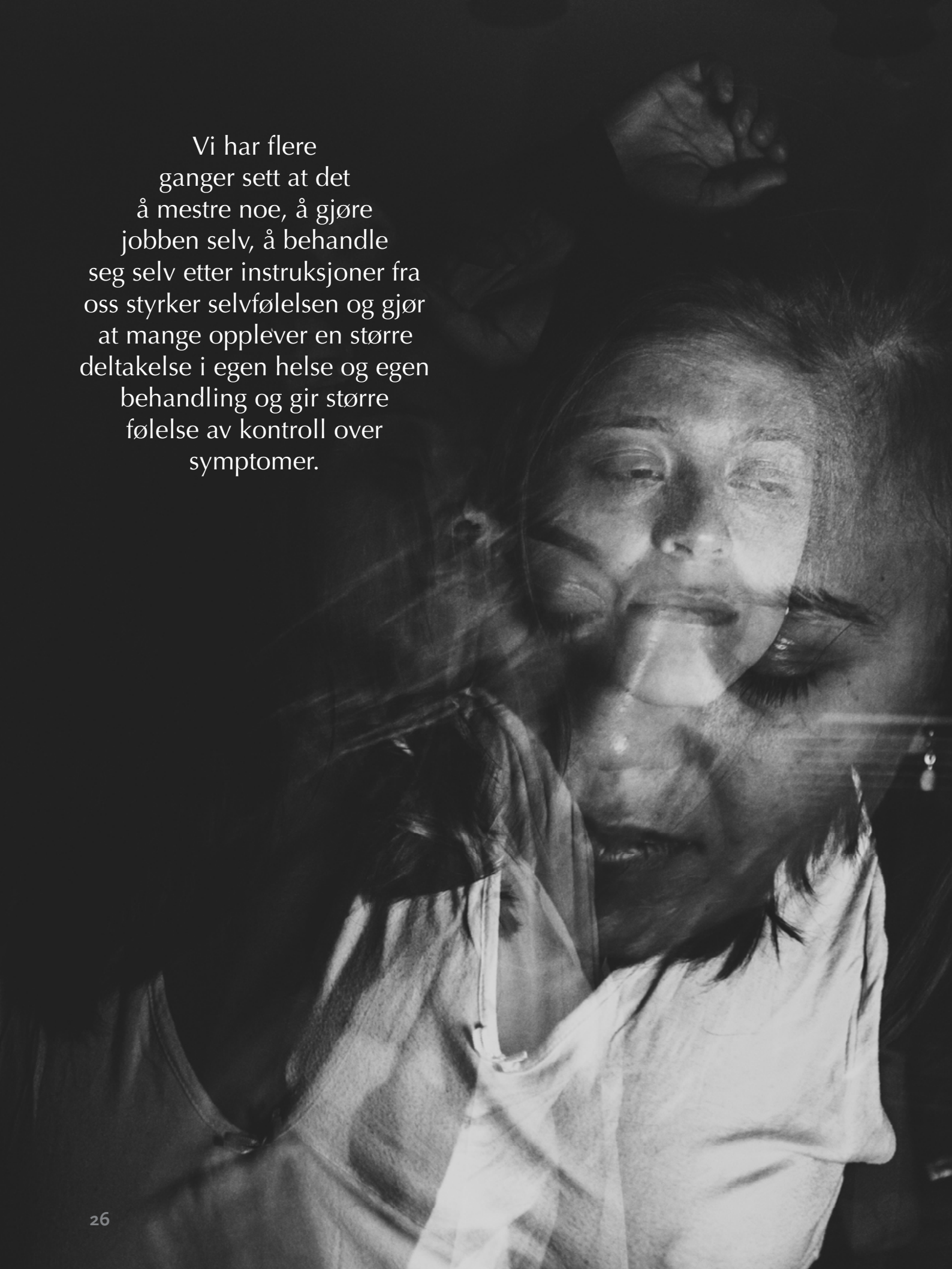
Sekundære forskningsspørsmål:

Er det forskjeller mellom dem med psykisk lidelse og insomni og dem med psykisk lidelse og DSWPD på de nevnte områdene?

Hva kan denne forskningen føre til?

Når prosjektet er gjennomført, vil vi ha en stor mengde ny kunnskap som kan brukes for å skreddersy, men også effektivisere behandling for personer med psykisk lidelse komorbid med søvnlidelse på DPS. Forskingen vil formidles nasjonalt og internasjonalt. Det kan bli aktuelt å manualisere behandlingen og lære opp flere behandlere ved DPS til å lede søvnskolegrupper basert på dette prosjektet. På sikt vil det kanskje være mulig å finne ut hvem som kan ha nytte av kun gruppebasert søvnrettet behandling dersom søvnen synes å ha ført til den psykiske lidelsen. På den måten kan prosjektet potensielt bidra til å effektivisere behandlingen på Bjørgvin DPS, men også på andre DPS både regionalt og nasjonalt.

pasientene selv må velge og ønske selv. Samtidig har vi erfaring med at personer som er innlagt i døgnavdelinger i psykisk helsevern (frivillig), som nylig har vært innom psykiatrisk akuttmottak (PAM), som står i livskriser, som har psykoselidelser, bipolaritet, mennesker med svært alvorlige traumelidelser og alkoholavhengighet, kan ha stor nytte av søvnskolen. Vi forventer det samme av alle som deltar, og har erfaring med at også moderat og alvorlig psykisk syke mennesker kan ha nytte av søvnskole. Vi har flere ganger sett at det å mestre noe, å gjøre jobben selv, å behandle seg selv etter instruksjoner fra oss styrker selvfølelsen og gjør at mange opplever en større deltakelse i egen helse



Vi har flere
ganger sett at det
å mestre noe, å gjøre
jobben selv, å behandle
seg selv etter instruksjoner fra
oss styrker selvfølelsen og gjør
at mange opplever en større
deltakelse i egen helse og egen
behandling og gir større
følelse av kontroll over
symptomer.

Finansiering

Undertegnede mottok 100.000 NOK fra Nasjonal Kompetansetjeneste for søvn-sykdommer til søvnrelatert forskning i Helse Vest for 2020. For disse midlene er det kjøpt inn nødvendig utstyr for å kunne gjennomføre datainnsamlingen. For øvrig finansieres forskningen av de eksisterende stillingene de involverte har uten eksterne forskningsmidler (det er søkt om midler uten å få tilslag).

Organisering

Søvnteamet ved Bjørgvin DPS er det eneste søvnteamet i Helse Vest innen psykisk helsevern for voksne i spesialisthelsetjenesten. Vi får derfor sekundærhenvisninger fra andre DPS og fra avdeling for rusmedisin (AFR), samt at vi har hatt undervisning om søvn ved andre DPS og ved AFR med svært positive

tilbakemeldinger. Søvnteamet består av undertegnede som leder, psykiatrisk sykepleier Veronika Alice Vågenes med lang erfaring med gruppebehandling og innen psykisk helsevern, lege og PhD Nils Magerøy som jobber på døgnavdelingene, og Einar Bredeli, psykolog med kompetanse og erfaring innen søvnforskning. Det er kun undertegnede og psykiatrisk sykepleier Vågenes som driver gruppene, mens ukentlige søvnteam-møter brukes til organisering og til å diskutere kliniske problemstillinger. Søvnskolen driftes til sammen på omtrent 0,55 årsverk eller 0,75 årsverk hvis man regner med den planlagte forskningen. I 2020 hadde søvnskolen nærmere 60 pasienter gjennom behandlingen. Søvnteamet er takknemlige for at klinikkdirektør Fredrik Hiis Bergh og seksjonsleder ved Allmennpsykiatrisk poliklinikk Rune Løvold, ser nytteverdien

i å ha et søvnteam og en søvnskole ved Bjørgvin DPS og vi ser at det kommer mange pasienter til gode.

Dagens utfordringer

Psykologer som driver med søvnforskning havner ofte i akademiske stillinger. Det er ikke så rart, da forskning i klinikk innen psykisk helsevern er mindre vanlig enn forskning i somatiske klinikker, og forskningsfordypning er vanskelig å kombinere med kliniske stillinger. Det er derfor en stor og viktig jobb å gjøre innenfor dette feltet og jeg utfordrer først og fremst psykologer, men også annet helsepersonell som forstår søvnens betydning for psykisk helse og uhelse til å kombinere forskning med klinikk. Videre vil jeg utfordre ledere i psykisk helsevern til å gi rom for stillinger der behandling og forskning kan kombineres.

REFERANSER

1. Benca, R.M., et al., *Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis*. Arch Gen Psychiatry, 1992. 49(8): p. 651-68; discussion 669-70.
2. Dallaspesza, S., M. Suzuki, and F. Benedetti, *Chronobiological Therapy for Mood Disorders*. Curr Psychiatry Rep, 2015. 17(12): p. 95.
3. Harvey, A.G., *Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: seeking synchrony, harmony, and regulation*. Am J Psychiatry, 2008. 165(7): p. 820-9.
4. Henriksen, T.E., et al., *Blue-blocking glasses as additive treatment for mania: a randomized placebo-controlled trial*. Bipolar Disord, 2016. 18(3): p. 221-32.
5. Wirz-Justice, A. and M. Terman, *Commentary on «Blue-blocking glasses as additive treatment for mania: a randomized placebo-controlled trial»*. Bipolar Disord, 2016. 18(4): p. 383-4.
6. Pallesen, S., et al., *A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population*. Sleep Med, 2014. 15(2): p. 173-9.
7. Ford, D.E. and D.B. Kamerow, *Epidemiologic Study of Sleep Disturbances and Psychiatric Disorders: An Opportunity for Prevention?* JAMA, 1989. 262(11): p. 1479-1484.
8. Kallestad, H., et al., *Differences between patients' and clinicians' report of sleep disturbance: a field study in mental health care in Norway*. BMC Psychiatry, 2011. 11: p. 186.
9. Pallesen, S., et al., *Psykologers kunnskaper om søvn*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 2007. 44(4): p. 365-371.
10. Harvey, A.G., *A transdiagnostic approach to treating sleep disturbance in psychiatric disorders*. Cogn Behav Ther, 2009. 38 Suppl 1: p. 35-42.
11. Harvey, A.G., et al., *A transdiagnostic sleep and circadian treatment to improve severe mental illness outcomes in a community setting: study protocol for a randomized controlled trial*. Trials, 2016. 17(1): p. 606.
12. Harvey, A.G., et al., *Sleep disturbance as transdiagnostic: consideration of neurobiological mechanisms*. Clin Psychol Rev, 2011. 31(2): p. 225-35.
13. Czeisler, C.A. and J.J. Gooley, *Sleep and circadian rhythms in humans*. Cold Springs Harbour Symposia on Quantitative Biology, 2007. 72: p. 579-97.
14. Sundelin, T., et al., *Cues of fatigue: effects of sleep deprivation on facial appearance*. Sleep, 2013. 36(9): p. 1355-1360.
15. Van Dongen, H.P., et al., *The cumulative cost of additional wakefulness: dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation*. Sleep, 2003. 26(2): p. 117-26.
16. Sivertsen, B., et al., *Does insomnia predict sick leave? The Hordaland Health Study*. Journal of Psychosomatic Research, 2009. 66(1): p. 67-74.
17. Miller, W.R. and S. Rollnick, *Meeting in the middle: motivational interviewing and self-determination theory*. Int J Behav Nutr Phys Act, 2012. 9: p. 25.
18. Riemann, D., et al., *European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia*. J Sleep Res, 2017.
19. Shechter, A., et al., *Blocking nocturnal blue light for insomnia: A randomized controlled trial*. J Psychiatr Res, 2018. 96: p. 196-202.
20. Auger, R.R., et al., *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Intrinsic Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders: Advanced Sleep-Wake Phase Disorder (ASWPD), Delayed Sleep-Wake Phase Disorder (DSWPD), Non-24-Hour Sleep-Wake Rhythm Disorder (N24SWD), and Irregular Sleep-Wake Rhythm Disorder (ISWRD). An Update for 2015: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline*. J Clin Sleep Med, 2015. 11(10): p. 1199-236.
21. Faulkner, S.M., et al., *Light therapies to improve sleep in intrinsic circadian rhythm sleep disorders and neuro-psychiatric illness: A systematic review and meta-analysis*. Sleep Med Rev, 2019. 46: p. 108-123.
22. Saxvig, I.W., et al., *A randomized controlled trial with bright light and melatonin for delayed sleep phase disorder. Effects on subjective and objective sleep*. Chronobiology International, 2014. 31(1): p. 72-86.