

De fleste søvnlidelser kan behandles effektivt.
Likevel lider 10–15 % av alvorlige og langvarige søvnproblemer

Søvnens mysterier

Søvnen er svært viktig for god helse. Alle som har opplevd en natt med dårlig søvn, vet hvordan det kan påvirke humør, konsentrasjon og yteevne neste dag. Tidsskriftet vil i dette og de neste to numrene dekke ulike aspekter ved fenomenet – fra basale søvnreguleringsmekanismer til utredning og behandling av de viktigste søvnsykdommene. Søvnsykdommer deles inn i seks hovedkategorier: insomni, søvnrelaterte pusteforstyrrelser (søvnapné m.fl.), døgnrytmeforstyrrelser, narkolepsi/andre hypersomnier, søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser (rastløse bein m.fl.) og parasomnier. Lidelsene har til dels svært forskjellige symptomer og krever forskjellig tilnærming. Flere kliniske spesialiteter er involvert i utredning og behandling – allmennmedisin, nevrologi, lunge-medisin, øre-nese-hals-sykdommer og psykiatri. Kompetansen og interessen for søvn er økende blant leger og annet helsepersonell, men fremdeles tror mange at søvnproblemer kun er et symptom på en annen lidelse og at de forsviner hvis grunnlidelsen behandles. Flere studier peker imidlertid på at spesifikk søvnbehandling er viktig selv ved komorbide lidelser, og at behandling av søvnproblemene også vil kunne bedre grunnlidelsen (1). I temaserien er det lagt hovedvekt på de primære søvnlidelsene, men problemstillingen rundt komorbide lidelser tas også opp.

Obstruktiv søvnapné har fått mye oppmerksomhet de siste årene. Dette er en lidelse som rammer minst 2–4 % av den voksne befolkning og som gir plager både for individet, sengepartnere og samfunnet. Søvnapné er assosiert med økt søvnighet, og risikoen for trafikkuulykker er seksdoblet (2). Behandlingen er kontroversiell (3). Best dokumentert effekt har bruk av pustemaske, men mange synes en slik maske er ubehagelig å sove med. I Norge er et stort antall blitt operert, noe som har vært kritisert pga. blant annet manglende dokumentert effekt. Det er store forskjeller i behandlingstilbudet mellom ulike land, også mellom de skandinaviske landene. Søvnapné er den lidelsen innen søvnfeltet som det forskes mest på. Et søk i PubMed for 2000–08 viser at rundt en firedel av alle artikler om søvn omhandler apné. Fra 1980–88 til 2000–08 var det en femdobling i antall artikler. Til sammenlikning er det i samme tidsrom en dobling av antall artikler om hypertensjon, men det ble publisert ti ganger så mange artikler om hypertensjon som om søvnapné i årene 2000–08. Søvnmedisin er fremdeles et lite utforsket fagfelt.

Den vanligste søvnlidelsen er insomni. Rundt en tredel av befolkningen klager over dårlig søvn i perioder, mens 10 % har kronisk insomni, dvs. søvnvansker ofte eller hver natt over lengre tid (4). Behandlingen har stort sett vært farmakologisk, til tross for at flere studier dokumenterer at ikke-medikamentell intervensjon har bedre og mer varig effekt (5). Interessant nok foretrekker pasientene det siste (6), men de færreste har fått tilbud om slik kognitiv atferdsterapi. Bruken av sovemidler viser en urovekkende økning i Norge. Ifølge reseptregisteret hentet mer enn 396 000 personer ut resept på et sovemiddel i 2008. Til kortvarig bruk kan hypnotika være til god nytte, problemene oppstår ved bruk over lengre tid. Det er likevel viktig å understreke at forekomsten av kronisk insomni er langt høyere enn antallet som bruker sovemidler regelmessig. Dette kan tyde på at mange ikke får behandling for sine søvnplager.

Søvnproblemer ses i alle aldre. Det er store kjønnsforskjeller – ved insomni dominerer kvinner, mens det er flest menn som lider av søvnapné. Ved kronisk insomni synes pasientene ofte at de sover

elendig, mens objektive registreringer kan vise tilnærmet normal søvn. Ved søvnapné ses av og til det motsatte – noen pasienter synes de sover brukbart, mens søvnregistreringen avdekker svært overfladisk søvn med gjentatte kortvarige oppvåkninger. Ved enkelte parasomnier, f.eks. søvnjengeri, trenger ikke pasienten være klar over hva som skjer om natten. Dette viser hvor viktig det er å bruke både validerte subjektive mål på søvn samt objektive registreringer. Kompartmentopplysninger kan av og til være nødvendig.

Symptombildet ved de ulike søvnlidelsene varierer, men de fleste gir tretthet, søvnighet, konsentrasjonsvansker og humørsvingninger. Søvnapné er forbundet med økt forekomst av hjerte- og karsykdom (3). I tillegg til plager for individet har søvnlidelser samfunnsmessige konsekvenser – søvnproblemer og søvnighet er vanlige årsaker til trafikk- og arbeidsulykker. Det er rapportert at rundt 50 % av lastebilulykkene skyldes tretthet, og i 18 % av tilfellene innrømmet sjåføren at han hadde sovnet bak rattet (2). I en studie med anestesileger rapporterte over 80 % om tretthetsrelaterte feil på jobben (7). Tretthet og uheldige arbeidstidsordninger med lite søvn har fått skylden for store katastrofer, som den ved kjernekraftverket i Tsjernobyl i 1986 og grunnstøtingen til oljetankeren *Exxon Valdez* i 1989 (8). Norske studier dokumenterer at insomni og søvnapné er risikofaktorer for økt sykefravær og uføretrygging, selv etter korrigering for en rekke konfunderende faktorer (5, 9).

Vi håper at en temaserie om søvn vil øke interessen for feltet, stimulere til mer søvnforskning, gi pasientene bedre utredning og behandling – og at leseren ikke selv faller i søvn under lesingen.

Bjørn Bjorvatn
bjorn.bjorvatn@isf.uib.no

Bjørn Bjorvatn (f. 1963) er leder for Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer, Haukeland universitetssykehus, og professor ved Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen. Han arbeider også ved Bergen søvnsenter og som fastlege ved Fjellsiden legesenter.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren jobber ved et privat søvnsenter og har holdt foredrag for ulike legemiddelfirmaer.

Litteratur

- Manber R, Edinger JD, Gress JL et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep* 2008; 31: 489–95.
- Philip P, Åkerstedt T. Transport and industrial safety, how are they affected by sleepiness and sleep restriction? *Sleep Med Rev* 2006; 10: 347–56.
- Akre H, Øverland B, Skatvedt O. Respirasjonsforstyrrelser under søvn. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 1762–5.
- Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002; 6: 97–111.
- Bjorvatn B, Sivertsen B, Øyane N et al. Insomni. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 1766–8.
- Morin CM, Colecchi C, Stone J et al. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 1999; 281: 991–9.
- Baldwin DC jr., Daugherty SR. Sleep deprivation and fatigue in residency training: results of a national survey of first- and second-year residents. *Sleep* 2004; 27: 217–23.
- Åkerstedt T. Work hours, sleepiness and accidents. Introduction and summary. *J Sleep Res* 1995; 4 [suppl 2]: 1–3.
- Sivertsen B, Øverland S, Glozier N et al. The effect of OSAS on sick leave and work disability. *Eur Respir J* 2008; 32: 1497–503.