

**SÖMN OCH HÄLSA –**  
**2-5 år efter KBT-inriktad sömnskola**

**Författare**

Bo Beckman  
AB Previa  
Honnörsgatan 16  
352 36 Växjö  
[bo.beckman@previa.se](mailto:bo.beckman@previa.se)

**Handledare**

Med. dr Sara Holmberg, Växjö Hälsoforum

Projektarbete vid Företagsläkarkursen Väst 2010/2011  
Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|     |                                   |    |
|-----|-----------------------------------|----|
| 1   | Sammanfattning                    | 1  |
| 2   | Inledning                         | 2  |
| 2.1 | Syfte                             | 3  |
| 3   | Undersökt grupp                   | 3  |
| 4   | Metod                             | 4  |
| 5   | Resultat                          | 5  |
| 5.1 | Upplevda effekter                 | 5  |
| 5.2 | Självskattning insomni enligt ISI | 6  |
| 5.3 | Sömnrelaterad ohälsa              | 7  |
| 5.4 | Stress                            | 7  |
| 5.5 | Hälsoskattning                    | 8  |
| 5.6 | Arbetsituation                    | 9  |
| 6   | Diskussion                        | 10 |
| 6.1 | Slutsatser                        | 11 |
| 6.2 | Rekommendationer                  | 12 |
| 7   | Litteraturreferenser              | 13 |

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Sömnstörning är vanligt förekommande och kliniskt signifikant insomni är nära associerad med flera vanliga folksjukdomar och kan påverka arbetsförmågan negativt. På senare år har psykologiska metoder fått ökad användning och det finns god vetenskaplig evidens för positiv effekt upp till ett år efter genomförd behandling.

**Syfte:** Kartläggningen avsåg att beskriva sömn- och arbetssituationen för ett antal individer som för 2-5 år sedan behandlats med KBT-inriktad sömnskola samt jämföra aktuell förekomst av sömnrelaterad ohälsa i behandlingsgruppen med en kontrollgrupp.

**Undersökt grupp:** Studiebasen bestod av 29 deltagare som behandlats med KBT-inriktad sömnskola. 20 av dessa besvarade enkäten. 42 tjänstemän vid två olika Arbetsförmedlingskontor utgjorde kontrollgrupp. Alla dessa besvarade sin enkät.

**Metod:** Sömnskoledeltagarna erbjöds att besvara en enkät där de på sjugradig Likertska fick skatta kort- och långsiktiga effekter av tidigare genomförd sömnskola, och ange om de fortfarande tillämpade tekniker de lärt under behandlingen. I enkäten ingick också en självskattning av aktuell insomni grad enligt ISI (Insomnia Severity Index). Man fick skatta aktuell hälsosituation och stressbelastning samt ange eventuella aktuella kontroller eller behandling för hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom, perifer kärlsjukdom, diabetes eller depression. Dessutom ingick frågor om arbetssituation vid tiden för behandling respektive hösten 2010. En motsvarande enkät besvarades av kontrollgruppen men i deras enkät utelämnades frågor om erfarenheter av sömnskola liksom arbetssituation men var i övrigt identisk med sömnskolegruppens enkät.

**Viktigaste resultat och slutsatser:** Cirka hälften av sömnskoledeltagarna rapporterade upplevd kvarstående positiv effekt och ungefär lika många tillämpade fortfarande tekniker de lärt sig flera år efter genomgången sömnskola vilket kan antyda långtidseffekt hos några deltagare men denna kartläggning brister i vetenskapligt hänseende och tillåter alltså inga säkra slutsatser. Några år efter behandlingen var prevalensen signifikant insomni dubblerad i sömnskolegruppen jämfört med kontrollgruppen, vilket ändå inte utesluter kvarvarande positiv behandlingseffekt. Sömnrelaterad ohälsa var dubbelt så vanlig såväl bland sömnskoledeltagarna i relation till kontrollgruppen som bland de personer i hela materialet med signifikant insomni jämfört med dem utan. Behandlingsgruppens arbetssituation var hösten 2010 väsentligen oförändrad jämfört med tiden för sömnskolan men sömnskoledeltagarna liksom alla med signifikant insomni hade fler sjukdagar senaste året.

## INLEDNING

Förekomsten av sömnbesvär har i Statistiska centralbyråns undersökningar använts som en omvänd indikator på ”folkhälsan” (1). Exempel på sömnrelaterad ohälsa är värkproblematik, stresstillstånd, depression, fetma, diabetes, hypertoni och hjärt-/kärlsjukdom. Omkring 30 % av svenska kvinnor och 20 % av männen anger att de har sömnproblem och cirka tio procent har uppskattats ha så uttalade besvär att de uppfyller kriterierna för kronisk insomni (2). Andelen av befolkningen i yrkesaktiv ålder (25–64 år) som uppgav sömnbesvär fördubblades under perioden 1981–2002 (2). Sömnproblem, är således mycket vanligt och ett ökande ohälsoproblem i Sverige (2,3). Livsstilsfaktorer, psykosocial belastning och pressade arbetsförhållanden kan inverka och i sin tur påverka arbetsförmågan negativt och dessutom medföra ökad risk för olyckor (4).

Insomni är ett samlingsnamn för i huvudsak tre olika problem med sömnen där flera kan förekomma samtidigt: insomningssvårigheter, upprepade nattliga uppvaknanden, tidigt uppvaknande. För att uppfylla diagnoskriterierna enligt diagnossystemet DSM-IV ska besvären dessutom vara kopplade till dagtidspåverkan och ha pågått i minst 4 veckor (5). Vid primär insomni finns ingen känd bakomliggande sjukdom. Sekundär insomni är relaterad till andra hälsoproblem, alltså somatiska eller psykiatriska besvär.

Traditionellt har sömnproblem till största delen behandlats med läkemedel. På senare år har psykologiska metoder, ibland i kombination med läkemedel fått ökad användning. I en aktuell SBU-rapport konstateras att kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett lovande behandlingsalternativ, och det finns belägg för att både KBT och annan beteendeterapi leder till att patienten somnar snabbare och är vaken kortare tid under natten (6). Sådan effekt är belagd upp till 12 månader efter behandlingen.

Åren 2005 och 2008 erbjöd Företagshälsovården, Previa, Växjö, behandling med kognitivt inriktad sömnskola som bedrevs i grupper om 5-9 deltagare under ledning av företagssjuksköterska som förberett sig med inläsning och använde sig av ett lokalt anpassat koncept. Vid några träffar deltog företagsläkare och sjukgymnast som resurspersoner. Ambitionen var att ge deltagarna ökade kunskaper, insikter och färdigheter, alltså verktyg att bemästra sömnproblem mer effektivt. En annan målsättning var att skapa bättre balans i livssituationen och att i förlängningen förebygga ohälsa/sjukdom som kan leda till sjukfrånvaro. En deltagargrupp bestod enbart av Försäkringskassanställda, enstaka deltagare anmälades direkt av arbetsgivare medan övriga deltagare rekryterades via hänvisning från företagsläkare eller sjuksköterska vid Previa. Varje grupp träffades två timmar en gång per vecka i sex veckor och man hade sedan en avslutande uppföljningsträff efter sex månader. Man hade olika teman vid träffarna. Teori varvades med praktiska övningar och hemuppgifter. Deltagarna förde sömndagbok under hela kursen. Alla deltagare fick och läste boken ”Sov bättre” (7).

Många studier har visat positiva effekter av kognitivt inriktad sömnskola vid insomni. Flertalet tidigare utvärderingar av sömnskola har varit prospektiva men med relativt begränsad uppföljningstid, oftast några veckor till månader, några upp till ett år efter behandlingstidens slut (8,9,10).

## Syfte

Att kartlägga och beskriva sömn- och arbetssituationen för en grupp individer som för 2-5 år sedan behandlades med KBT-inriktad sömnskola, samt jämföra aktuell förekomst av sömnrelaterad ohälsa i behandlingsgruppen med en kontrollgrupp.

Frågeställningar:

- Upplever deltagarna att de haft kort- och/eller långsiktiga effekter av sömnskola?
- Skiljer sig deltagarnas aktuella sömnsituation från en kontrollgrupp?
- Tenderar personer med aktuella och/eller tidigare sömnproblem i högre grad än en kontrollgrupp ha sömnrelaterad ohälsa?
- Hur har deltagarnas arbetssituation utvecklats?

## UNDERSÖKT GRUPP

Studiebasen bestod av deltagarna i de gruppbehandlingar med KBT-inriktad sömnskola som Previa, Växjö anordnade 2005 (en grupp om åtta deltagare), 2007 (en grupp om sex deltagare) och 2008 (två grupper om fem respektive tio deltagare). Av ursprungligen 29 deltagare besvarade 20 enkäten efter två utskick. Kontrollgruppen bestod av 27 tjänstemän vid Arbetsförmedlingskontor A och 15 vid Arbetsförmedlingskontor B, alltså sammanlagt 42 personer, som hösten 2010 genomgick hälsoundersökning vid Previa. Samtliga i kontrollgruppen besvarade enkäten vilket också illustreras i Tabell 1 nedan tillsammans med andra gruppkaraktäristika.

**Tabell 1.**

*Jämförelsedata mellan studie-och kontrollgrupp*

|                                      | Deltagare<br>sömnskola | Kontrollgrupp |
|--------------------------------------|------------------------|---------------|
| Svarsfördelning enkät (antal)        | 20/29                  | 42/42         |
| Könsfördelning Kvinnor/män (%)       | 70/30                  | 67/33         |
| Medianålder (år)                     | 58                     | 47            |
| Universitets-/högskoleutbildning (%) | 35                     | 74            |
| Gymnasieutbildning (%)               | 60                     | 24            |
| Grundskola (%)                       | 5                      | 2             |

Vid tiden för sömnskolan arbetade 45 % av deltagarna i behandlingsgruppen aktivt som kontorstjänstemän, 20 % aktivt i sjukvården, 15 % var helt eller delvis sjukskrivna, och övriga arbetade t ex som tekniker och i säkerhetsarbete. 67 % arbetade dagtid och 33 % hade skiftarbete. 60 % var heltidsarbetande.

## METOD

29 personer som 2005-2008 behandlades med KBT-inriktad sömnskola inkluderades och erbjöds att besvara en enkät om sina upplevelser av behandlingen. Deltagarna fick skatta kort- och långsiktiga effekter av sömnskola på en 7-gradig Likertskala, och ange om de fortfarande tillämpar tekniker de lärt under sömnskolan.

I enkäten ingick också en självskattning av insomni-grad enligt ISI (Insomnia Severity Index), ett verktyg med god reliabilitet och validitet (14). ISI-formuläret innefattar totalt sju frågor av vilka de tre första avhandlar insomningsproblem, sömnavbrott, tidigt uppvaknande. Den fjärde frågan undersöker hur nöjd/missnöjd individen är med sitt nuvarande sömnmönster. Fråga 5 undersöker i vilken utsträckning sömnproblemen påverkar det dagliga fungerandet. Fråga 6 undersöker i vilken utsträckning individen tror att sömnproblem är märkbara för andra i bemärkelsen att de inverkar på dennes livskvalitet. Den sjunde och sista frågan efterfrågar hur oroad individen är rörande de nuvarande sömnproblemen.

Varje sådan delfråga besvarades på en femgradig Likertskala (från 0 = Inte alls, till 4 = I högsta grad) och summerades för varje person, alltså maximalt 28 poäng.

Vid ISI 0-7 poäng föreligger ingen insomni, vid 8-14 poäng lätt grad av insomni, vid 15-21 poäng måttlig grad av insomni, vid 22-28 poäng svår insomni.

Kliniskt signifikant insomni föreligger vid ISI score  $\geq 15$ .

Man fick vidare skatta aktuell hälsoupplevelse och stressbelastning samt ange eventuella aktuella kontroller/behandling för efterfrågade sömnrelaterade tillstånd (12,13,14) nämligen hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom, perifer kärlsjukdom, diabetes eller depression.

Dessutom ingick frågor om arbetssituationen vid tiden för sömnskolebehandling respektive hösten 2010.

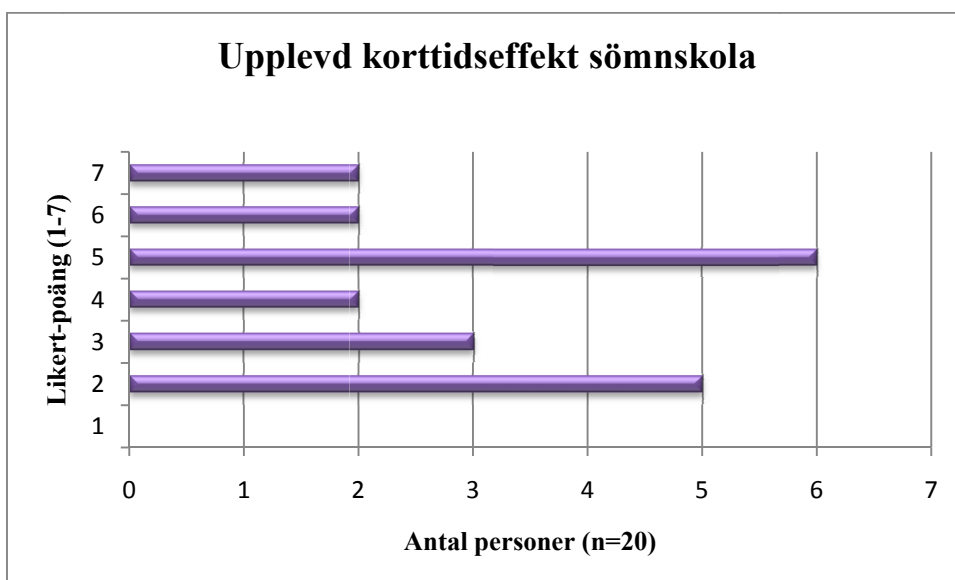
En motsvarande enkät skickades till en kontrollgrupp, från två olika arbetsförmedlingskontor, som genomgick hälsokontroll vid FHV Previa, Växjö hösten 2010. I enkäten till kontrollgruppen utelämnades frågor om erfarenheter av sömnskola, tidigare och aktuell sysselsättning men var i övrigt identisk med sömnskolegruppens enkät.

Upplevda behandlingseffekter har relaterats till aktuell sömn-, arbets- och hälsosituation. Behandlingsgruppen och kontrollgruppen har jämförts beträffande grad och omfattning av aktuell sömnproblematik, och efterfrågad sömnrelaterad ohälsa. Samband mellan tidigare eller aktuell sömnproblematik och nuvarande ohälsa/arbetssituation har undersökts.

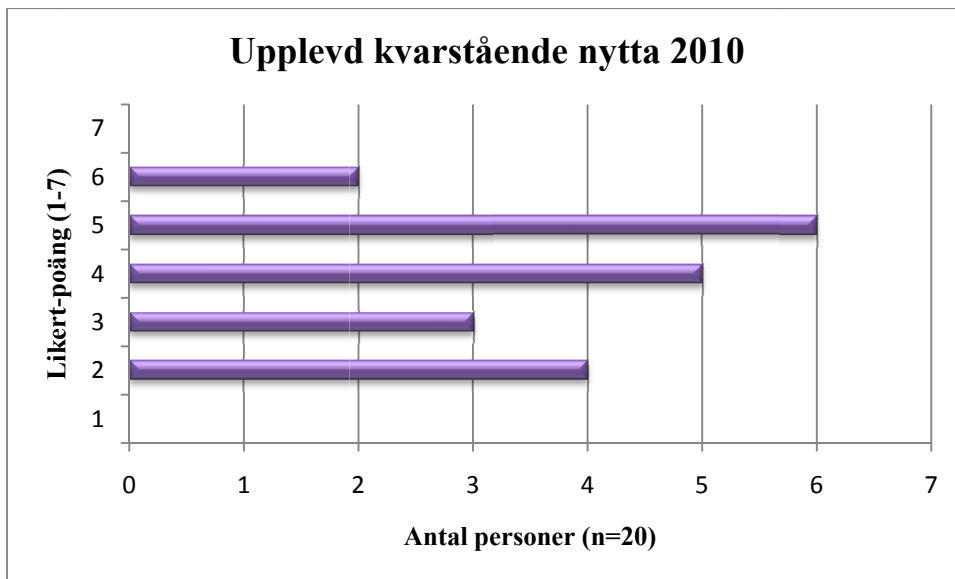
# RESULTAT

## Upplevda effekter

På frågan ”*Upplever du att sömnskolan minskade dina dåvarande sömnsvärigheter allra första månaderna efter sömnskolan?*” fick sömskoledeltagarna på en 7-gradig Likertskala, där 7 poäng motsvarade ”Stämmer utomordentligt bra” och 1 poäng motsvarade ”Inte alls” retroaktivt skatta korttidseffekten. Hälften av deltagarna rapporterade att sömnproblemen minskade första månaderna efter sömnskolan (skattningspoäng 5-7 på Likertskalan) vilket illustreras i Figur 1 nedan), medan 8/20 (40%) på fråga ”*Utifrån din aktuella sömnsituation, hur värderar du kvarstående nytta av sömnskolan?*” på motsvarande Likert-skala, där 7 poäng motsvarade ”utomordentligt god effekt och 1 poäng ”inget värde alls”, svarade att de upplevde kvarstående nytta 2-5 år efteråt (Figur 2).



**Figur 1.** Svarsfördelning avseende egenskattad behandlingseffekt av sömnskola första månaderna efter genomgången sömnskola. 5-7 poäng bedöms som positivt utfall.



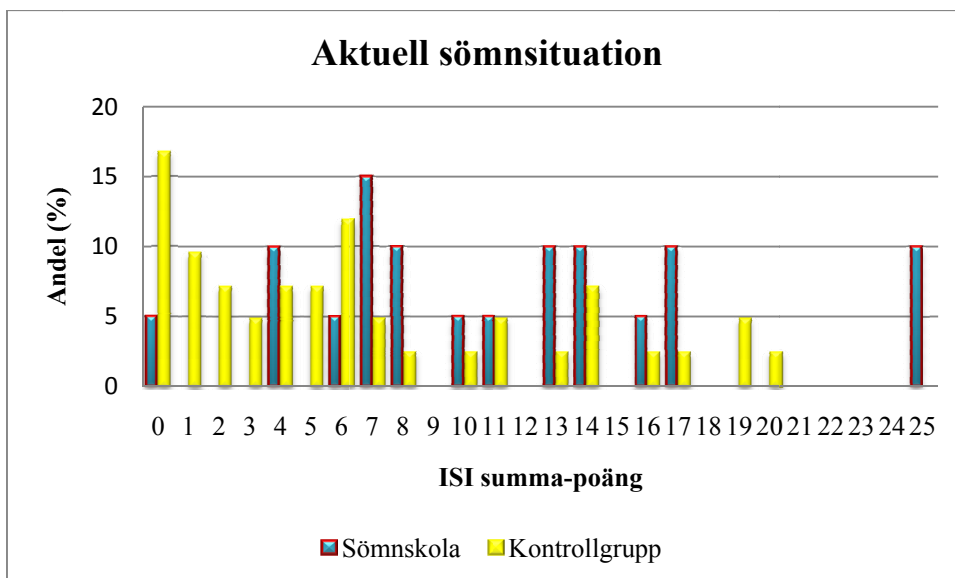
**Figur 2.** Svartsfördelning avseende egenskattad behandlingseffekt 2-5 år efter genomgången sömnskola. 5-7 poäng bedöms som positivt utfall.

11/20 (55%) tillämpade hösten 2010 fortfarande någon av de tekniker de lärt under sömnskolan. Flera av dessa deltagare angav i kommentarsfältet framförallt olika avslappningsövningar.

### Självskattning insomni enligt ISI

I Figur 3 nedan visas deltagarnas respektive kontrollpersonernas insomnigrad. Kliniskt signifikant insomni ( $\geq 15$  poäng) hade, hösten 2010, 5/20 (25%) i sömngruppen och 5/42 (12%) i kontrollgruppen. Ingen insomni (0-7/28 poäng) rapporterades av 7/20 (35%) i sömnskolegruppen och 29/42 (69%) i kontrollgruppen. Högst insomniskattning (25/28 poäng) noterades av två personer, båda i sömnskolegruppen.





Figur 3. Egenskattad insomni enl ISI senaste 2 veckorna

## Sömnrelaterad ohälsa

Någon form av sömnrelaterad ohälsa, alltså hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom, perifer kärlsjukdom, diabetes eller depression förekom hos 8/20 (40 %) av sömnskoledeltagarna och 8/42 (19 %) i kontrollgruppen. Av alla som uppfyllde kriterierna för klinisk insomni hade 4/10 (40 %) någon form av sömnrelaterad ohälsa, medan motsvarande andel för dem som inte uppfyllde insomni-kriterier (12 individer varav tre hade två diagnoser samtidigt) var 12/52 (23,1 %). (Tabell 2).

Tabell 2.

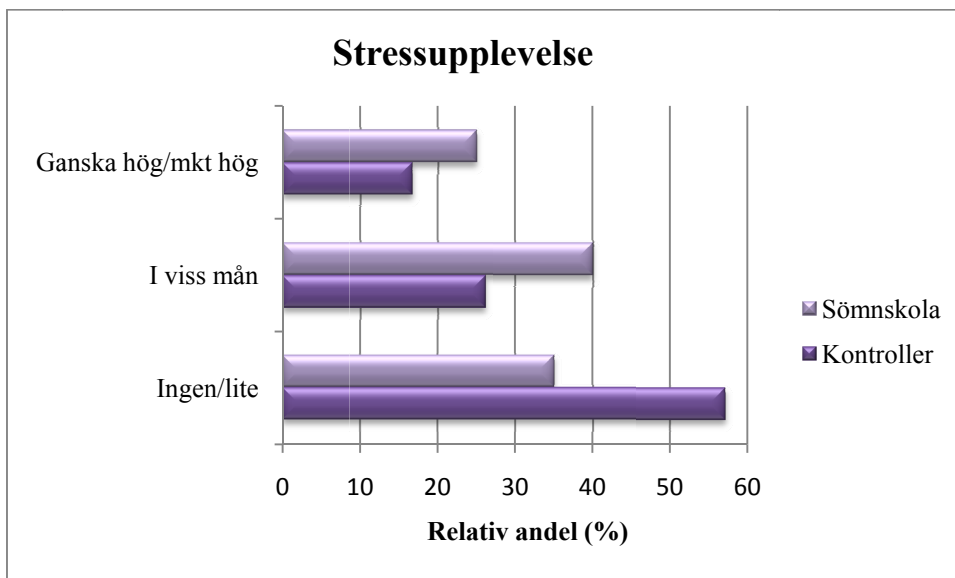
I tabellen anges antal individer med sjukdom relaterat till insomnigrad, (n= individer med angiven ISI-poäng, totalt 62 personer).

|                                 | Hypertoni | Ischem.hjärtsjd | Perif. kärlsjd | Diabetes | Depression |
|---------------------------------|-----------|-----------------|----------------|----------|------------|
| Sömnskola ISI $\geq$ 15 (n= 5)  | 2         | 0               | 0              | 0        | 1          |
| Sömnskola ISI $\leq$ 14 (n=15)  | 4         | 0               | 0              | 2        | 1          |
| Kontrollgr ISI $\geq$ 15 (n=5)  | 0         | 1               | 0              | 0        | 0          |
| Kontrollgr ISI $\leq$ 14 (n=37) | 6         | 1               | 1              | 0        | 0          |
| Totalt (n=62)                   | 12        | 2               | 1              | 2        | 2          |

## Stress

Två till fem år efter genomgången sömnskola upplevde 7/20 (35%) av sömnskoledeltagarna ingen eller ganska lite stress definierat som ett tillstånd med spänning, rastlöshet nervositet, oro eller sömnproblem pga tankar på problem. 5/20 (25%)

upplevde ganska hög grad eller mycket hög grad av sådan stress medan övriga 8/20 (40%) i viss mån kände sådan stress. I kontrollgruppen var motsvarande siffror 24/42 (57%) ”lite eller ganska lite”, 7/42 (17%) ”mycket eller ganska mycket” och 11/42 (26%) ”i viss mån”. Detta illustreras i figur 4 nedan i relation till gruppernas storlek.



**Figur 4.** Aktuell egenskattad stress i kontrollgrupp (n=20) respektive sömnskolegrupp (n=42).

Bland samtliga som hade någon sömnrelaterad ohälsodiagnos skattades stressbelastningen högre än bland dem utan (Tabell 3).

**Tabell 3.**

*Grad av stress relaterad till sömnrelaterad ohälsa*

|                       | Ej stress | Stress  |
|-----------------------|-----------|---------|
| Ingen diagnos (n= 46) | 38 (83%)  | 8 (17%) |
| Någon diagnos(n=16)   | 12 (75%)  | 4(25%)  |

## Hälsoskattning

På en Likertskala 1-7 där 1 motsvarar ”mycket dålig” och 7 ”alldeles utmärkt angav

endast 6/20 (30%) av sömnskoledeltagarna hög självskattad hälsa (6-7 på Likertskalan) jämfört med 21/41 (50%) i kontrollgruppen. En deltagare i kontrollgruppen besvarade inte frågan. Kliniskt relevant insomni var relaterad till låg självskattad hälsa och Tabell 4 visar att signifikant insomni är relaterad till dålig hälsoupplevelse.

#### Tabell 4

*Hälsoskattning relaterad till insomnigrad. Hög självskattad hälsa definierad som 6-7 på sjugradig Likertskala.*

|                    | ”Lägre”<br>självskattad<br>hälsa | Hög<br>självskattad<br>hälsa |
|--------------------|----------------------------------|------------------------------|
| ISI 0-14 p (n=52)  | 25 (48,1 %)                      | 27(51,9 %)                   |
| ISI ≥ 15 p (n= 10) | 10 (100 %)                       | —                            |

#### Arbetsituation

Vid tiden för sömnskola arbetade nio av 20 deltagare i kontorsarbete, fyra hade anställning i sjukvården, fyra var helt eller delvis sjukskrivna och övriga arbetade som tekniker eller i säkerhetsarbete. En person svarade inte på fråga om anställning. Fem personer arbetade skift, övriga dagtid.

Jämfört med tidpunkten för sömnskolan hade hösten 2010 fyra av 20 deltagare blivit folkpensionärer (Tabell 5) En kontorsarbetare som var helt sjukskriven i samband med sömnskolan och en sjukvårdsarbetande som var partiellt sjukskriven arbetade heltid hösten 2010 och en av skiftarbetarna och tre av dagtidsarbetarna hade gått i pension. Övriga arbetade kvar med oförändrad arbetstidsförläggning . En deltagare som vid tiden för sömnskolan tjänstgjorde 25 % arbetade hösten 2010 heltid och en som arbetade heltid hade minskat till 75%. I övrigt var tjänstgöringsgraden oförändrad hos de deltagare som fortfarande var förvärvsarbetande .

#### Tabell 5.

*Arbetsituationens utveckling över tiden*

|                       | Tiden för<br>sömnskola | Hösten<br>2010 |
|-----------------------|------------------------|----------------|
| Heltidsarbete         | 12                     | 10             |
| Deltidsarbete         | 8                      | 6              |
| Folkpension           | 0                      | 4              |
| Dagtidsarbete         | 15                     | 12             |
| Skiftarbete           | 5                      | 4              |
| Helt sjukskriven      | 2                      | 1              |
| Partiellt sjukskriven | 2                      | 1              |

Sömnskoledeltagarna redovisade fler sjukdagar än kontrollgruppen (Tabell 6) och bland samtliga personer med signifikant insomni redovisades fler sjukdagar än bland dem utan eller med mindre uttalade sömnproblem (Tabell 7).

**Tabell 6.***Sjukskrivningsredovisning för perioden hösten 2009 – hösten 2010.*

|                     | 0<br>sjukdagar | 1-7<br>sjukdagar | 8-14<br>sjukdagar | 15-30<br>sjukdagar | ≥31<br>sjukdagar | Ej svar |
|---------------------|----------------|------------------|-------------------|--------------------|------------------|---------|
| Sömnskola (n=20)    | 4 (20%)        | 8 (40%)          | 3 (15%)           | 3 (15%)            | 1 (5%)           | 1 (5%)  |
| Kontrollgr. (n= 42) | 17 (41%)       | 22 (52%)         | 2 (5%)            | -                  | 1 (2%)           |         |

**Tabell 7.***Sjukdagar relaterat till insomnigrad. (Saknas uppgift för en person med insomnipoäng ≥15)*

|                   | 0-7<br>sjukdagar | ≥ 8<br>sjukdagar |
|-------------------|------------------|------------------|
| ISI 0-14 p (n=52) | 86,5 % (45)      | 13,5 % (7)       |
| ISI ≥ 15 p (n= 9) | 66,7 % (6)       | 33,3 % (3)       |

## DISKUSSION

Hälften av sömnskoledeltagarna bedömde retrospektivt att deras sömnproblem minskade första månaderna efter behandlingen och trots att denna kartläggning alltså visade att deltagarna i KBT-inriktad sömnskola några år efter genomförd behandling, på gruppnivå hade sömnproblem i högre omfattning än aktuella kontrollgruppen, rapporterade 8/20 (40%) kvarstående egenskattad positiv effekt i form av minskade sömnsvårigheter. Detta antyder alltså möjlig positiv långtidseffekt i undersökt grupp, men andra omständigheter såsom förändringar av livsomständigheter och/eller medicinska insatser kan ha bidragit. Någon systematisk journalföring eller utgångsstatus företogs tyvärr inte inför behandlingen. Ansvarig företagssköterska har i efterhand grovt skattat att deltagarnas sömnproblem före påbörjad sömnskola varierade från lätta till svåra. Ett visst värde visas av det faktum att många av deltagarna flera år efter behandlingen fortfarande tillämpade tekniker de lärt sig.

Prevalensen av kliniskt signifikant insomni hösten 2010, var dubbelt så stor i den behandlade gruppen jämfört med kontrollgruppen och förekomst av sömnrelaterad ohälsa var också dubbelt så stor i behandlingsgruppen. Studien har begränsningar vad gäller urval, bias och confounding mm varför statistisk signifikans är svår att visa men skillnaden indikerar att gruppen vid tiden för kartläggningen trots genomgången sömnskola hade mer uttalade sömnproblem än kontrollgruppen. Detta faktum utesluter inte positiv kvarstående behandlingseffekt utan en tolkning kan vara att gruppen som tidigare efterfrågat och genomgått sömnskolebehandling i utgångsläget haft ännu mer omfattande sömnproblematik

Sömnrelaterad ohälsa kan, i vid och primär bemärkelse, omfatta många tillstånd t ex

värk, olika psykiska besvär, restless legs, sömnapné syndrom mm.

I denna studie fokuserades på några sekundära tillstånd som anses överrepresenterade vid sömnrubbning, nämligen hypertoni, angina pectoris, perifer kärlsjukdom, diabetes och depression. Någon form av sådan ohälsa förekom drygt dubbelt så ofta i sömnskolegruppen som i kontrollgruppen.

Bland samtliga undersökta personer med aktuell kliniskt signifikant insomni var prevalensen sömnrelaterad ohälsa, förhöjd med en faktor 2 jämfört med dem som inte uppfyllde insomnikriterier, vilket talar för men ej bevisar en korrelation.

Sömnskoleledtagarna skattade sin allmänna hälsa lägre än kontrollgruppen. Upplevelse av stressbelastning var också vanligare i sömnskolegruppen.

Med reservation för vanskligheten att övertolka utfall i ett begränsat studiematerial kan man konstatera att resultatet överensstämmer med erfarenheten att sömnrubbning är associerad med flera vanliga folksjukdomar (15).

Sömnskoleledtagarna hade senaste året fler sjukdagar än kontrollgruppen och detta gällde även alla undersökta personer med signifikant insomni. Detta är också i linje med tidigare erfarenhet.

Någon tydlig förändringstrend beträffande sömnskoleledtagarnas arbetssituation under och 2-5 år efter behandling kunde däremot inte utläsas i denna kartläggning. En tänkbar förklaring är att tidsperioden är för kort för att kunna visa skillnad och en annan faktor kan vara att studerade gruppen är liten.

Av ursprungligen 29 sömnskoleledtagare besvarade 20 enkäten, alltså en svarsprocent om 69%, vilket får anses tillfredsställande med tanke på att behandlingen genomfördes för flera år sedan.

Samtliga kontrollpersoner, 42 arbetsförmedlingsanställda, som hösten 2010 hälsoundersöktes vid Previa-mottagningarna i Växjö respektive Älmhult besvarade enkäten.

Medianåldern i behandlingsgruppen var 11 år högre än kontrollgruppen, vilket kan ha förstärkt skillnaderna vid jämförelserna mellan grupperna. Såväl sömnproblem som sömnrelaterad ohälsa tenderar öka med åldern (2). Möjligen kan skillnad i utbildningsnivå också inverka på utfallet.

## **Slutsatser**

Beträffande effekt av KBT-inriktad sömnskola flera år efter behandling saknas etablerad kunskap och denna begränsade kartläggning tillåter inte några mer generella slutsatser men antyder, trots att behandlingsgruppens aktuella sömnsituation är sämre än kontrollgruppens, att det flera år efter sådan behandling kan finnas kvarstående positiva effekter åtminstone hos vissa individer. Resultatet av undersökningen ligger i övrigt i linje med vedertagen erfarenhet nämligen att sömnproblem är relaterade till ökad ohälsa och negativ hälsoupplevelse, stress och ökad sjukfrånvaro.

## **Rekommendationer**

För att säkrare utvärdera långsiktig nytta av KBT-inriktad sömnskola, eventuellt behov av upprepad behandling och selektion av lämpliga patienter behövs prospektiva longitudinella studier där man klassificerar sömnrubbningen som primär eller sekundär och under flera år följer jämförbar grupp med återkommande monitorering av art och grad av insomni, jämför med andra behandlingsformer inkluderande livsstilspåverkan och arbetsanpassning samt relaterar till förändringar av social situation och medicinskt tillstånd.

Studier av olika patientgrupper kan tänkas klarlägga om det finns undergrupper som svarar bättre eller sämre på behandlingen. Det kan också vara intressant att pröva olika upplägg av sömnskola och studera betydelsen av gruppledares formella utbildning och personliga egenskaper samt jämföra resultat med interaktiv behandling via internet.

## LITTERATURREFERENSER

1. Socialstyrelsen. Lägesrapport 2010. Folkhälsa, Hälso- och sjukvård, Individ- och familjeomsorg, Stöd och service till personer med funktionsnedsättning, Vård och omsorg om äldre. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-14/Documents/2010-3-21%20L%C3%A4gesrapport%202010.pdf>. Swedish.
2. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2001 och 2009. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se). Swedish.
3. Westerlund H, Alexanderson K, Åkerstedt T, Magnusson-Hanson L, Theorell T, Kivimäki M. Work-Related Sleep Disturbances and Sickness Absence in the Swedish Working Population, 1993–1999. *Sleep*. 2008; 31(8):1169-1177.
4. Metlaine A, Leger D, Choudat D. Review article: Socioeconomic impact of insomnia in working populations. *Ind Health*. 2005;43(1):11-19
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision. 4:e uppl. Washington DC: American psychiatric publishing; 2000.
6. SBU. Behandling av sömnbesvär hos vuxna. En systematisk litteraturöversikt med slutsatser och sammanfattning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering(SBU); 2010. SBU-rapport nr 199. Swedish.
7. Linton S, Sov bättre, Forma publishing group, ICA bokförlag. Swedish
8. Edinger J, Wohlgemuth W, Radtke R, Marsh G, Quillian R. Cognitive Behavioral Therapy for Treatment of Chronic Primary Insomnia *JAMA*. 2001;285(14):1856-1864.
9. Espie C, Inglis S, Tessier S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behaviour Research and Therapy* Volume 39, Issue 1, January 2001, Pages 45-60.
10. Morin C, Vallières A, Guay B, Ivers H, Savard J Mérette C et al. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009 May 20;301(19):2005-15.
11. Bastien C, Vallières A, Morin C. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med*. 2001 Jul;2(4):297-307
12. Mallon L, Broman JE, Hetta J. High incidence of diabetes in men with sleep complaints or short sleep duration: a 12-year follow-up study of a middle-aged population. *Diabetes Care*. 2005 Nov;28(11):2762-7.
13. Mallon L, Broman JE, Hetta J. Sleep complaints predict coronary artery disease mortality in males: a 12 year follow-up study of a middle-aged Swedish population. *J Intern Med*. 2002 Mar;251(3):207-16.
14. Mallon L, Broman JE, Hetta J. Relationship between insomnia, depression, and mortality: a 12-year follow-up of older adults in the community. *Int Psychogeriatr*. 2000 Sep;12(3):295-306.

15. Siebern A, Manber R. Insomnia and Its Effective Non-pharmacologic Treatment. Med Clin North Am. 2010 May;94(3):581-91