

Videnskabelig Leder

Muligheder og udfordringer ved behandling af kronisk insomni

Marie Kim Wium-Andersen^{1, 2}

1) Psykiatrisk Center Ballerup, Region Hovedstadens Psykiatri, 2) Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Københavns Universitetshospital – Frederiksberg og Bispebjerg Hospitaler

Ugeskr Læger 2024;186:V10240729. doi: 10.61409/V10240729

Akut insomni er en hyppig reaktion på stress, nytilkommen fysisk eller psykisk sygdom eller ændrede livsomstændigheder og går ofte over af sig selv eller ved kortvarig behandling med sovemedicin. Kronisk insomni er derimod en udbredt selvstændig lidelse karakteriseret ved langvarigt vedvarende søvnbesvær trods mulighed for søvn. Ud over vågenhed og heraf følgende frustration om natten medfører kronisk insomni også daglige gener som træthed, følelsesmæssig labilitet, koncentrationsbesvær og reduceret livskvalitet. Desuden er kronisk insomni forbundet med øget risiko for alvorlige tilstande som kardiovaskulær sygdom, hypertension, depression og angst [1, 2]. Kronisk insomni bidrager derfor væsentligt til den samlede sygdomsbyrde, både i form af kontakt til primærsektoren og på grund af de afledte følgesygdomme.

I artiklen af *Kelstrup et al* [3] i dette nummer af Ugeskrift for Læger beskrives terapiformen kognitiv adfærdsterapi for kronisk insomni (CBTi), som er førstevalgsbehandling ved kronisk insomni. Artiklen gennemgår grundigt de enkelte delkomponenter i behandlingen, som har vist sig at være et særdeles effektivt redskab i behandling af kronisk insomni. Som det fremgår af artiklen, er behandling med CBTi særdeles velundersøgt, og behandlingen har vist god effekt – både på insomnisymptomer og på evt. ledsagende symptomer.

Desværre er behandlingen fortsat ikke særlig udbredt, hvilket der kan være flere årsager til. En årsag kan være manglende kendskab til både kronisk insomni og CBTi blandt patienter og læger. Mange patienter og læger opfatter ikke kronisk insomni som en sygdom, men måske nærmere som en slags personlighedstræk, og derfor søger mange patienter måske slet ikke læge. Ifølge Region Sjællands Sundhedsprofildata fra 2021 har kun ca. hver fjerde borger med selvrapporterede søvnproblemer modtaget information om, hvordan de kan få hjælp til deres problemer [4]. Desuden opfattes kronisk insomni hyppigt som en sekundær tilstand til andre lidelser som f.eks. depression, og mange tror fejlagtigt, at insomnien forsvinder, når den primære lidelse behandles.

Når patienter henvender sig med klager over kronisk insomni, vil de fleste blive mødt med enten søvnhygiejneråd eller tilbud om sederende medicin. Selv om brugen af benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler har været faldende i de seneste år, er brugen af sederende præparater som melatonin og lavdosis quetiapin markant øget [5]. Det kan skyldes, at sederende medicin eller søvnhygiejneråd er den eneste alternative behandlingsmulighed, idet CBTi ikke er særlig udbredt i Danmark. Der er relativt få læger og psykologer, der udfører CBTi både i Danmark og internationalt, så for de fleste patienter med kronisk insomni er CBTi slet ikke en mulighed.

For at løse dette problem har der været foreslået en såkaldt stepped care-model. Modellen, der sigter mod at matche behandlingsniveauet med patientens behov og sværhedsgraden af søvnproblemer, består af flere trin, hvor behandlingsintensiteten gradvist øges, hvis de lettere indsatser er insufficiante. I de første trin vil patienterne blive tilbudt psykoedukation om kronisk insomni og selvhjælpsstrategier, mens de senere trin ofte vil inkludere telefonisk eller online støtte fra en terapeut. Patienter med svær kronisk insomni eller manglende effekt af de tidligere trin tilbydes kortere eller længere forløb med CBTi.

Endelig, som beskrevet i artiklen af *Kelstrup et al*, er CBTi kun tilgængelig i meget begrænset omfang i det offentlige sundhedssystem, og behandling af kronisk insomni er ikke dækket af den offentlige sygesikring. Det betyder, at patienter selv må finansiere behandlingen hos private behandlere, hvilket skaber ulighed i adgangen til behandling for patienter med kronisk insomni.

CBTi giver således mulighed for effektiv og evidensbaseret behandling, som kan forbedre livskvaliteten for patienter med kronisk insomni. Der er dog stadig betydelige samfundsmæssige udfordringer med implementeringen, hvilket gør det nødvendigt at forbedre adgangen til og udbredelsen af behandlingen. Det er på tide, at CBTi bliver tilgængelig for alle, der har brug for den.

Korrespondance Marie Kim Wiium-Andersen. E-mail: marie.kim.wiium-andersen@regionh.dk

Interessekonflikter Der er interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

REFERENCER

1. Benz F, Meneo D, Baglioni C, Hertenstein E. Insomnia symptoms as risk factor for somatic disorders: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e13984. <https://doi.org/10.1111/jsr.13984>
2. Hertenstein E, Benz F, Schneider CL, Baglioni C. Insomnia – a risk factor for mental disorders. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e13930. <https://doi.org/10.1111/jsr.13930>
3. Jochumsen EB, Kelstrup AM. Kognitiv adfærdsterapi til kronisk insomni. *Ugeskr Læger.*

2024;186:V06240390

4. Poulsen HS, Eiriksson SD, Christiansen ASJ, Wingstrand A. Sundhedsprofil 2021 for Region Sjælland og kommuner – »hvordan har du det?«, 2022. https://app-rsjdxcms-prod-001.azurewebsites.net/media/ze1eei5l/062333_resj_mat_sundhedsprofil_2021_tilnettetapril2022.pdf (10. okt 2024)
5. Rosenqvist TW, Osler M, Wium-Andersen MK, Wium-Andersen IK. Sedative drug-use in Denmark, 2000-2019: a nationwide drug utilization study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2023;58(10):1453-1502. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02409-5>