

Et to-dagers vedlikeholdskurs for psykologspesialister økte søvnkunnskap og opplevd behandlingsmestring for søvnlidelser

ØYVIND STEINSVÅG¹, STÅLE PALLESEN^{1,2}, ANE WILHELMSEN-LANGELAND^{3,4}

¹Institutt for samfunnspsykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen | ²Nasjonalt senter for søvnmedisin, Haukeland Universitetssykehus | ³Divisjon Psykisk Helsevern, Haukeland Universitetssykehus | ⁴Høgskulen på Vestlandet, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

NY VITENSKAP

FAGFELLE-
VURDERT
ARTIKKEL

Introduksjon

Studier fra Norge viser at omtrent 15-25 % av den voksne befolkningen rapporterer insomni-symptomer (1), mens forsinket søvnfaselidelse har blitt rapportert hos mellom 3,3 – 5,7 % hos henholdsvis norske unge voksne og ungdom (2, 3). Insomni innebærer vansker med innsovning, nattlige oppvåkninger og/eller tidlig morgenoppvåkning, samt symptomer på søvnmangel på dagtid (4). Forsinket søvnfaselidelse innebærer i likhet med insomni, vansker med innsovning, men også vansker med å stå opp, dersom personen legger seg på samfunnsvennlige tider. Når personen med forsinket søvnfaselidelse legger seg på selvvalgte tider, kan de vanligvis sove godt og nok (5). Dårlig søvnkvalitet og forkortet søvn kan både være konsekvenser av og årsaker til psykiske og somatiske lidelser. Historisk har søvnvansker blitt betraktet som symptomer på psykiske lidelser (6). Flere nyere studier tyder imidlertid på at årsaks retningen også kan være motsatt. Søvnforstyrrelser har for eksempel vist seg å kunne predikere utvikling og forverring av lidelser som depresjon, bipolar lidelse, angstlidelser, posttraumatisk stresslidelse, psykoseutvikling og schizofreni (7). Søvnforstyrrelser øker også risikoen for flere somatiske helseplager som eksempelvis hjerte- og karsykdommer (8) og type-2 diabetes (9). I tillegg vil nedsatt konsentrasjonsevne og kognitiv funksjon grunnet søvnvansker kunne ha stor innvirkning på eksempelvis skole- og arbeidsprestasjoner (10). Søvnlidelsen insomni, synes å ha en vel så stor innvirkning på nedsatt arbeidsevne og uførhet som depresjon (11). I lys av dette, er det svært viktig at

psykologer har kunnskap om søvn og kan diagnostisere og tilby hjelpsom behandling for mennesker med søvnlidelser. Slik synes det imidlertid ikke å være.

Resultater fra norske undersøkelser viser at over halvparten av pasientene i primærhelsetjenesten (12) og psykisk helsevern (13) har søvnvansker. Likevel ble det i 2002, 2005, og 2008 kun stilt insomni-diagnose for 0,08 % av pasientene innen et utvalg pasienter (n = 42,507) i psykisk helsevern i Norge (13). Når søvnvansker blir behandlet, blir ofte medikamentell behandling benyttet (14), til tross for at kognitiv atferdsterapi mot insomni (CBTi) har vist seg å ha bedre og mer langvarig effekt (15), og i større grad er ønsket av pasienter (16). Ifølge både norske og europeiske retningslinjer (the European Insomnia Guidelines) bør CBTi være førstevalget ved behandling av kronisk insomni (4, 17), men denne behandlingen er i liten grad tilgjengelig i norske klinikker og blant norske psykologer. Eksempelvis kan det se ut til at insomnibehandling sammen med depresjonsbehandling til personer med komorbid depresjon og insomni er mer effektiv enn depresjonsbehandling alene for å redusere symptomene på begge lidelsene (18). Sentrale behandlingskomponenter i CBTi er stimuluskontroll og søvnrestriksjon (19). I tillegg består CBTi blant annet av psykoedukasjon om gode søvnvaner og søvnhygiene, avspenningsteknikker og kognitiv restrukturering (20). Behandling av den mest utbredte døgnrytmelidelsen; forsinket søvn-våkenhetsfaselidelse gjøres med lysbehandling på gradvis fremskyndede

tidspunkter, unngåelse av lys på ugunstige tidspunkt, eventuelt i kombinasjon med melatonin 12 timer etter lyseeksponering (21). Prinsippene for behandling av disse to vanlige søvnforstyrrelsene er relativt enkle og kan administreres av blant annet psykologer.

En studie fra 2007 undersøkte kunnskapen om søvn hos medlemmer fra Norsk Psykologforening (NPF) ($n = 969$) ved bruk av Dartmouth Sleep Knowledge Survey (DSKS) (22). Deltakerne ble testet én gang og hadde en gjennomsnittsskåre på 11,0 (spennvidde 3-23) av 24 som høyest mulig skåre, altså 45,8 % riktige svar. Innen profesjonsutdanningene i psykologi, foreligger stor variasjon når det gjelder fokus på søvn. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Universitetet i Bergen (UiB), Universitetet i Oslo (UiO) og Universitetet i Tromsø (UiT) melder at søvnkunnskap og søvnbehandling er integrert i emner der det er relevant, men at tematikken ikke utgjør et eget emne.

Det har i mange år blitt holdt årlige korte kurs via Nasjonalt senter for søvnmedisin/Universitetet i Bergen om søvn for leger, psykologer og annet helsepersonell. En studie utført av Wilson, Pallesen og Bjorvatn (23) undersøkte søvnkunnskap hos de som hadde deltatt på dette kurset. Studien bestod av totalt 488 deltakere og var fordelt på tre utvalg (fastleger og psykiatere, sykehusleger og psykologer). Kunnskap ble kartlagt før og etter kurset ved bruk av DSKS. Alle gruppene viste en signifikant økning av kunnskap om søvn etter kurset. Gjennomsnittsskårer før kurset for gruppene var mellom 12,8 og 13,5 og gjennomsnittsskårer etter kurset var fra 17,2 til 17,6. For alle gruppene tilsvarte endringene stor effektstørrelse (Cohen's d fra 1.11 til 1.51). Sigbjørnsen, Ellingsen og Bjorvatn (24) undersøkte totalt 556 personer (hovedsakelig leger) som deltok på søvnkurs/undervisning i regi av Universitetet i Bergen og Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer (nå Nasjonalt senter for søvnmedisin, SOVno). Deltakere ble delt inn i utvalg basert på hvilke søvnkurs de hadde deltatt på. To av utvalgene, fastleger og sykehusleger, deltok på henholdsvis to- og tre-dagers kurs om søvn. Kunnskap ble målt ved bruk av Bergen Sleep Knowledge Questionnaire (BSKQ) der 25 poeng var høyest mulig skåre, og deltakere ble målt før og etter kurset. BSKQ er ment å dekke basale kunnskaper leger bør ha om søvn (24). Begge utvalgenes gjennomsnittsskåre økte med stor effektstørrelse (Cohen's d) på henholdsvis 1,64 og 1,66. Det ble funnet at lavere alder, utdanning fra Norge, og det å ikke være spesialist

var forbundet med signifikant høyere score for kunnskapsnivå før kurs (24).

Studien vi presenterer her, har til hensikt å undersøke kunnskapsnivå om søvn blant norske psykologspesialister, i tillegg til mestringsforventning og opplevd trygghet, knyttet til søvnkunnskap og søvnbehandling. Deltakerne tok en test før og etter et to-dagers søvnkurs i regi av Norsk Psykologforening (NPF) og er gjort ved bruk av en norsk versjon av Graduate Psychology Students' Knowledge, Attitudes, and Practice scale (GradPsyKAPS; 25). Testen er utviklet for australske psykologistudenter og er altså tilpasset psykologer. Dette er den første studien som bruker GradPsyKAPS for å undersøke om et todagers kurs kan påvirke kunnskapsnivået og mestringsforventningen om søvn og søvnbehandling blant psykologspesialister i Norge.

Metode

Utvalg

Utvalget bestod av 29 medlemmer i NPF som hadde meldt seg på et todagers fritt vedlikeholds kurs om søvn. Kurset ble arrangert i Bergen i juni 2023 og var fulltegnet. Det var 30 påmeldte, hvorav 29 møtte. Av de 29 svarte 27 på undersøkelsen på begge måletidspunktene (før og etter kurset). Av de 27 var 59,3 % menn ($n = 16$), og 40,7 % kvinner ($n = 11$).

Gjennomsnittsalderen var 58,4 ($SD = 7,6$, spennvidde 46-71) år. Alle deltakerne var psykologspesialister.

Søvnforstyrrelser
har for eksempel vist
seg å kunne predikere
utvikling og forverring
av lidelser som depresjon,
bipolar lidelse, angstlidelse,
posttraumatisk stresslidelse,
psykoseutvikling og
schizofreni.

Instrumenter

Det ble samlet inn data om kjønn, alder, og formell opplæring innen søvn under psykologutdanning, spesialisering, utdanning, vedlikehold av psykologspesialitet og doktorgradsutdanning. En norsk versjon av spørreskjemaet GradPsyKAPS ble administrert for å måle kunnskapsnivå, samt endringer i kunnskapsnivå, mestringsforventning og trygghet om behandling før kurset startet dag 1 (pre) og ved endt kurs dag 2 (post). GradPsyKAPS ble oversatt til norsk med tillatelse fra utvikleren Hailey Maeklim og er gjort i samarbeid mellom psykologspesialist og PhD Ane Wilhelmsen-Langeland (som også var kursholder) og professor Ståle Pallesen ved UiB. Pallesen og Wilhelmsen-Langeland oversatte først hver sin versjon til norsk. Deretter ble de to enige om den beste norske oversettelsen. Translatørbyrået Semantix tilbakeoversatte så testen og Pallesen og Wilhelmsen-Langeland undersøkte hver for seg og deretter i felleskap, om det var akseptabel enighet mellom opprinnelig engelsk versjon og den tilbakeoversatte versjonen. I tillegg la

Pallesen og Wilhelmsen-Langeland til et ledd som omhandlet døgnrytmelidelsen forsinket søvnfaselidelse, for å dekke dette i noe større grad enn den opprinnelige testen. GradPsykKAPS er opprinnelig utviklet av et australsk forskningsteam for å vurdere psykologstudenters kunnskapsnivå og kliniske erfaring som gjelder søvn (25). GradPsykKAPS består av 76 ledd, men det er fjernet enkelte ledd om søvnundervisning for å redusere lengden på spørreskjemaet (25). Leddene om mestringsforventning, beredhetsskala og trygghet om behandling ble beholdt. Det er vist god indre konsistens for disse leddene (26). Den norske modifiserte versjonen bestod av 77 ledd totalt. Kunnskapsdelen består av 35 flervalgsspørsmål med 4 eller 5 svaralternativer, der ett er korrekt. Kunnskapsspørsmålene handler generelt om søvn og søvnforstyrrelser, med vekt på insomni. Et eksempel er: *I følge Borbely's to-prosess modell for søvnregulering, vil homeostatisk søvntrykk (også kjent som prosess S): a) Øke under våkenhet og synke ved søvn, b) Øke under høneblunder på dagtid, c) Reguleres av melatonin, d) Synkroniseres med jordens 24-timers rotasjonssyklus* (a er riktig). Kunnskapstesten skåres ved å summere antall rette svar, som gir ett poeng hver. Totalskåren vil derfor variere mellom 0 og 35 poeng, der 35 representerer høyest mulig skåre og 100 % riktige svar.

Mestringsforventning (for eksempel: *Jeg har ferdighetene til å utrede og diagnostisere vanlige søvn- og døgnrytmelidelser*) ble målt ved hjelp av 6 spørsmål (se tabell 1), hvor man ble bedt om å svare langs en syv-punkts skala, der 1 representerte «svært enig» og 7 «svært uenig». Svarene ble senere reversert for at resultatene skulle gi mer intuitiv mening og for at resultatene lettere skulle kunne sammenlignes med Meaklim et al. sine funn. Trygghet om behandling bestod av 6 spørsmål hvor man ble bedt om å svare på en skala fra 1 til 4, med (1) «ikke i det hele tatt»; (2) «litt»; (3) «ganske»; og (4) «veldig» (se tabell 2).

Prosedyre

Deltakere på kurset svarte på testen i starten av kursdag én og på slutten av kursdag to, på sine egne mobiltelefoner, pc'er eller nettbrett i samme rom som kurset ble arrangert. Kursholder hadde laget unike ID-koder (bestående av tallene 1-30). Kodene var forseglet i 30 like konvolutter og fordelt tilfeldig til kursdeltakerne, slik at kursholder ikke visste hvem som fikk hvilken ID-kode. Deltakerne ble bedt om å spare konvolutten med ID-koden eller memorere ID-koden til dag to. Rekkefølgen på spørsmålene i testen ble stokket om mellom dag én og to. Utfyllelsen foregikk digitalt enten via lenke oppgitt i powerpoint eller via QR-kode som deltakere kunne skanne og komme direkte inn på den nettbaserte undersøkelsen. Datainnsamlingen foregikk via SurveyXact som UiB har en databehandlingsavtale med. Etter datainnsamling ble filene lastet ned i Excel og konvertert til SPSS-filer for analyser. Basert på det unike ID-nummeret ble responsene fra kursdag én koplet med

responsene fra kursdag to. Deltakerne fikk tilbakemelding på resultatene på kunnskapstesten umiddelbart etter ferdig utfyllt test både dag én og dag to (antall rette svar). Spørsmålene var ikke obligatoriske, og det var derfor mulig å hoppe over spørsmål ved utfyllelse. Testen var anonym idet den unike ID-koden ikke kunne tilbakeføres til personidentifiserbare opplysninger, og ingen direkte personidentifiserbare opplysninger eller helseopplysninger ble samlet inn. Undersøkelsen er derfor ikke fremlagt for regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Statistikk

Dataene ble analysert ved bruk av SPSS, versjon 28 for Windows. Deskriptive analyser ble gjennomført på alder, kjønn, og formell kunnskap. Paret t-test ble benyttet for å sammenlikne gjennomsnittsskåren på de ulike skalaene mellom dag én og dag to. Grenseverdien for signifikans ble satt til .05 og to-halets tester ble benyttet. For å vurdere hvor store endringene var fra dag én til dag to, ble det supplert med effektstørrelser (Cohen's d). Som et utgangspunkt blir 0.2, 0.5, og 0.8 fortolket som henholdsvis små, middels og store effektstørrelser (27). I de tilfeller der forutsetningene for t-tester var til stede, ble paret t-test gjennomført. Wilcoxon test ble brukt der variablene åpenbart var på ordinalnivå.

Resultater

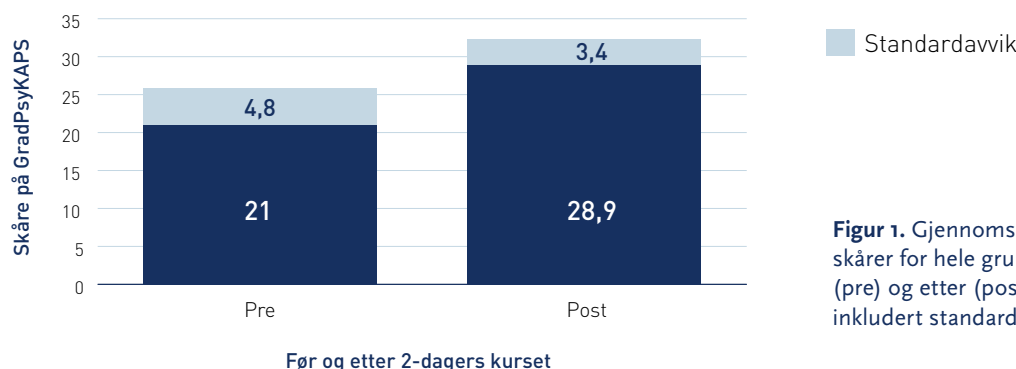
Formell opplæring om søvn

Det ble kartlagt i hvilken grad kursdeltakerne hadde formell opplæring om søvn (antall timer), søvnlidelser eller døgnrytmeforstyrrelse i starten av kurset. Det var store variasjoner knyttet til dette og en del manglende svar. «Vet ikke» ble gitt verdien 0 timer i analysene. Under utdannelsen ($n = 13$) varierte tid avsatt til søvnopplæring mellom 0 til 10 timer ($M = 2.1$, $SD = 3.1$). For psykologer under spesialisering eller under vedlikehold av spesialisering ($n = 18$ svar) varierte det mellom 2 til 32 timer ($M = 11.6$, $SD = 8.1$). For gruppen under doktorgradsutdanning ($n = 4$) var svaret hos alle null timer. For spørsmålet «mens man er psykolog» ($n = 12$) varierte det mellom 0 til 32 timer ($M = 7.8$, $SD = 10.5$).

Kunnskap om søvn

Paret t-tester ble gjennomført for å evaluere hovedeffekten av søvnkursets innvirkning på deltakernes kunnskapsnivå om søvn og søvnbehandling, samt endring i egen mestringsforventning forbundet med søvnbehandling. Det var en statistisk signifikant økning i kunnskap fra dag 1 (pre) ($M = 21.0$, $SD = 4.8$) til dag 2 (post) ($M = 28.9$, $SD = 3.4$), $t(24) = -9.7$, $p < .001$ (se figur 1). I gjennomsnitt var det en økning på 7.9 riktige svar, med 95% konfidensintervall fra 6.2 til 9.7. Cohen's d var 1.93 og indikerte dermed en stor endring.

GradPsyKAPS



Figur 1. Gjennomsnittlige skårer for hele gruppen før (pre) og etter (post) kurset, inkludert standardavvik.

Mestringsforventning

For mestringsforventning var det en signifikant økning fra pretest ($M = 13.2$, $SD = 8.3$) til posttest ($M = 28.4$, $SD = 5.4$), $t(24) = 7.6$, $p < .001$, se Tabell 1). Gjennomsnittet økte med 15.2, med konfidensintervall fra 11.1 til 19.4. Cohen's d var 1.52 og indikerte en stor effekt. Paret t -test for trygghet vedrørende behandling viste en signifikant økning pretest ($M = 9.0$, $SD = 2.1$) til posttest ($M = 14.9$, $SD = 3.1$), $t(22) = 7.7$, $p < .001$, se tabell 2). Gjennomsnittet økte med 5.9, med konfidensintervall fra 4.3 til 7.5. Cohen's d var 1.60 og indikerte en stor effekt.

Diskusjon

Resultatene i denne studien viser en betydelig økning i både kunnskap og mestringsforventning hos deltakerne, fra før til etter søvnkurset. Antall riktige svar var ved kursstart i gjennomsnitt 21.0 poeng (60.0 %), og økte til et gjennomsnitt på 28.9 poeng (82.6 %) ved kursets slutt. Mestringsforventning økte i gjennomsnitt med 15.2 poeng fra 13.2 til 28.4, av 42 mulige poeng. Trygghet om behandling økte i gjennomsnitt med 5.9 poeng fra 9.0 poeng til 14.9, av 24 mulige. Det er plausibelt at økning i mestringsforventning og trygghet om behandling øker sannsynligheten for at kunnskapen anvendes i behandling, og kommer pasienter til gode.

Tabell 1. Opplevd mestringsevne vedrørende søvn, søvnlidelser og døgnrytmeforstyrrelser ($n = 25$)

VARIABELNAVN	GJ.SNITT (SD)		EFFEKT AV TID	
	PRE	POST	T-VERDI	P-VERDI
1. Per i dag, føler jeg meg komfortabel med å bruke vanlige søvnrelaterte måleinstrumenter for å kartlegge søvnlidelser	2.4 (1.5)	4.8 (2.0)	$t_{24} = 4.7$	$p < .001$
2. Per i dag, føler jeg meg komfortabel med å bruke evidensbasert intervensjoner for å behandle søvnlidelser	2.2 (1.1)	4.4 (1.7)	$t_{24} = 5.8$	$p < .001$
3. Jeg har ferdigheter til å utrede og diagnostisere vanlige søvn- og døgnrytmeforstyrrelser	2.4 (1.2)	5.2 (1.8)	$t_{24} = 7.8$	$p < .001$
4. Jeg kjenner de vanligste søvnforstyrrelser som opptrer i forbindelse med mentale lidelser	2.3 (1.5)	4.5 (1.7)	$t_{24} = 4.6$	$p < .001$
5. Dersom det kreves vet jeg hvor jeg skal gå for å få ytterligere opplæring i søvn, søvn sykdommer og døgnrytmeforstyrrelser	1.4 (0.9)	4.2 (1.5)	$t_{24} = 8.2$	$p < .001$
6. Jeg vet mer om søvn og døgnrytmer enn de fleste andre psykologer	1.4 (0.9)	5.3 (1.6)	$t_{24} = 7.1$	$p < .001$

*Spørsmålene ble besvart på en 7-punkts Likert skala (1= Svært uenig til 7= Svært enig).

Internasjonale studier av psykologistudenter og medisinstudenter tyder på at et kunnskapsnivå på omtrent 60 % rette svar er vanlig (26). Dette indikerer at utvalget i vår studie ved kursstart hadde et kunnskapsnivå om søvn tilsvarende det som er vanlig for internasjonale studenter. I tillegg fant vi en økning i søvnkunnskap etter et todagers kurs tilsvarende det man har funnet i tidligere norske studier, primært for leger, og med tilsvarende, men noe høyere effektstørrelse.

Gjennomsnittsalder for utvalget vårt var 58.4 år, med et alderspenn fra 46 til 71 år. Dette tilsier at det kan ha gått fra 16 til 41 år siden enkelte av kursdeltakerene ble uteksaminerte psykologer og ferdig med spesialisering. Det er rimelig å anta at fokuset på søvn under psykologiutdanningen har endret seg over tid. Det er i forbindelse med denne studien innhentet informasjon om undervisning om søvn ved de fire profesjonsstudiene i Norge. Av dette kan det se ut til at psykologistudiet ved NTNU, UiB og UiT har et noe større søvnfokus enn UiO. Det er også usikkert om det har vært en endring i kunnskapsgrunnlag siden studien i 2007 (22). Det vil dermed kunne foreligge individuelle forskjeller blant psykologspesialister. Den tidligere nevnte undersøkelsen fra 2007 indikerer likevel at kunnskapsnivået for psykologer som gruppe kan forventes å ha vært enda lavere enn kunnskapsnivået i vårt utvalg før kursdeltakelse.

Klinisk nytteverdi

Denne studien viser, i tråd med tidligere lignende forskning, at kunnskap om søvn kan økes etter korte og komprimerte kurs om søvn, holdt av eksperter innen søvnfeltet. Både forskning og forfatterens erfaring tilsier at norske psykologer kan for lite om søvn til å kunne diagnostisere og tilby kunnskapsbasert behandling for søvnlidelser. Alle psykologspesialister i Norge må oppnå et visst antall vedlikeholdspoeng hvert femte år for å beholde sin spesialitet, noe som gir en gylden anledning til å lære opp norske psykologspesialister innen søvn. Det at psykologspesialistene også opplevde betydelig økt mestringsforventing knyttet til å kunne behandle søvnlidelser, gir en indikasjon på at ikke bare kunnskapen er økt, men også troen på å kunne få det til i praksis. Dette vil kunne bety at psykologspesialistene kan gå rett ut i sine praksiser og diagnostisere og behandle søvnlidelser etter dette kurset. For å etterprøve dette, burde imidlertid fremtidige studier også undersøke om dette faktisk er tilfelle. Da kan man teste både om kunnskapen om søvn vedvarer over tid, samt undersøke om pasienter som har mottatt behandling hos psykologer som har gått på søvnkurs,

har mindre søvnvansker enn pasienter til psykologer som ikke har gått på søvnkurs.

Styrker og svakheter ved studien

Søvnkurset var basert på kursholders erfaring og ekspertise. Det var spesifiserte læringsmål og læringsutbyttebeskrivelser i forbindelse med kurset og deltakernes responser indikerer at målsetning og læringsutbyttet i stor grad ble møtt. Egenskaper ved eksempelvis kursholder kan ha påvirket resultatet. Kursholder er en erfaren søvneksperter med PhD innen feltet og bred klinisk erfaring (>15 år), samt sertifisert somnolog av European Sleep Research Society (ESRS). En erfaren kursholder med både forskerkompetanse og lang klinisk erfaring muliggjør en annen dynamikk enn det et standardisert kurs holdt av en

ikke-ekspert muligens kan. Det bør derfor undersøkes om andre kursholdere som ikke har like lang erfaring

innen søvnfeltet, kan holde dette kurset med samme økning i kunnskapsnivå for kursdeltakere. Det er dermed en svakhet med studien at vi ikke vet hvor mye av resultatene som kan forklares av kursholders egenskaper og ekspertstatus innen søvn i psykologmiljøet i Norge.

Utvalget i studien var relativt lite, og alle deltagerne var psykologspesialister.

Tidligere forskning hovedsakelig blant leger, viste at det å ikke være spesialist,

var assosiert med større kunnskap om søvn før søvnkurs (24). Dermed kan det tenkes at yngre

psykologer har større kunnskap om søvn i utgangspunktet enn psykologspesialister, og at funnene ikke er generaliserbare til yngre psykologer. Samtidig vet vi at profesjonsutdanningene i psykologi ikke har søvn som egne emner i sine utdanninger, så dette bør undersøkes videre. Vi vil imidlertid tro at kurset ville økt de fleste psykologers kunnskap om søvn, samt at det kunne vært egnet for andre yrkesgrupper som leger, sykepleiere og vernepleiere.

Den digitale løsningen av GradPsychKAPS sikret ikke at alle spørsmål ble besvart, siden spørsmålene ikke var obligatoriske. Dette førte til noen få manglende verdier der spørreskjema-delen som tappet informasjon om formell erfaring hadde lavere svarprosent (44-66 %). Resultatene fra denne delen må dermed anses som mer usikre, og er derfor mindre vektlagt i resultatdelen.

En annen begrensning ved denne undersøkelsen er at det ikke er lagt opp til innsamling av oppfølgingsdata fra deltakerne i ettertid. Det er dermed ikke mulig å si noe om hvorvidt effekten av kurset opprettholdes over tid. Ikke minst ville det ha vært av

Denne studien viser,
i tråd med tidligere
lignende forskning, at
kunnskap om søvn kan økes
etter korte og komprimerte
kurs om søvn, holdt
av eksperter innen
søvnfeltet.

Tabell 2. Trygghet vedrørende behandling (n=23)

SØVNLIDELSER	TIDSPUNKT	IKKE I DET HELE TATT	LITT	GANSKE	VELDIG	WILCOXON (Z-VERDI OG P)
1. Insomni	Pre	7	11	4	1	Z = -3.48, p < .001
	Post	0	3	15	5	
2. Døgnrytmelidelser	Pre	15	7	1	0	Z = -4.12, p < .001
	post	0	5	17	1	
3. Hypersomnier	pre	20	2	1	0	Z = -3.42, p < .001
	Post	7	13	2	1	
4. Parasomnier	Pre	18	5	0	0	Z = -3.82, p < .001
	Post	2	14	6	1	
5. Obstruktiv søvnapnè	Pre	20	3	0	0	Z = -2.72, p < .01
	Post	11	7	4	1	
6. Komorbide søvnlidelser ved psykiske lidelser	Pre	4	11	8	0	Z = -3.60, p < .001
	Post	0	3	15	4	

*Spørsmålene ble besvart på en 7-punkts Likert skala (1= Svært uenig til 7= Svært enig).

interesse å undersøke om kursdeltakelsen resulterte i endret klinisk praksis. En annen begrensning ved studien er at deltakerne utelukkende bestod av psykologspesialister og resultatene kan ikke nødvendigvis generaliseres til ikke-spesialister eller andre yrkesgrupper som behandler søvnlidelser.

Konklusjon

Denne studien viser at det er mulig å oppnå en betydelig økning i kunnskapsnivå, mestringsforventning og trygghet om behandling hos norske psykologspesialister, etter gjennomføring av et relativt kort kurs på to dager om søvn, holdt av én psykologspesialist. Dette kan argumenteres å være svært kostnadseffektivt. Mer kunnskap om søvn kan bidra positivt

til psykologers opplevde mestring som behandler, bedre livskvaliteten til pasientene samt redusere de samfunnsmessige kostnadene av søvnlidelser. Dette vil også kunne ha mulig effekt for andre psykiske lidelser og somatiske helseplager. Det er sannsynligvis samfunnsøkonomisk lønnsomt å øke søvnkunnskapen til psykologer og psykologspesialister, og i større grad diagnostisere og behandle søvnvansker. Det anbefales videre studier for å kartlegge kunnskapsnivået om søvnlidelser for psykologer i Norge generelt, da det er få studier som har undersøkt dette. Videre kan vi anbefale at universitetene i større grad prioriterer søvnundervisning og vurdere å inkludere dette eller lignende kurs i sine obligatoriske opplæringsmoduler for psykologer.

REFERANSER:

1. Bjorvatn B, Waage S, Saxvig IW. Do people use methods or tricks to fall asleep? A comparison between people with and without chronic insomnia. *Journal of Sleep Research*. 2023;32(2):e13763.
2. Saxvig IW, Pallesen S, Wilhelmsen-Langeland A, Molde H, Bjorvatn B. Prevalence and correlates of delayed sleep phase in high school students. *Sleep Medicine*. 2012;13(2):193-9.
3. Sivertsen B, Harvey AG, Gradisar M, Pallesen S, Hysing M. Delayed sleep-wake phase disorder in young adults: prevalence and correlates from a national survey of Norwegian university students. *Sleep Medicine*. 2021;77:184-91.
4. Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res*. 2023;32(6):e14035.
5. Meyer N, Harvey AG, Lockley SW, Dijk D-J. Circadian rhythms and disorders of the timing of sleep. *The Lancet*. 2022;400(10357):1061-78.
6. Harvey AG. Insomnia: symptom or diagnosis? *Clin Psychol Rev*. 2001;21(7):1037-59.
7. Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, Kienzler C, Spiegelhalder K, Johann A, et al. Insomnia as a predictor of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*. 2019;43:96-105.
8. Gottlieb DJ, Redline S, Nieto FJ, Baldwin CM, Newman AB, Resnick HE, Punjabi NM. Association of usual sleep duration with hypertension: the Sleep Heart Health Study. *Sleep*. 2006;29(8):1009-14.
9. Gottlieb DJ, Punjabi NM, Newman AB, Resnick HE, Redline S, Baldwin CM, Nieto FJ. Association of sleep time with diabetes mellitus and impaired glucose tolerance. *Archives of internal medicine*. 2005;165(8):863-7.
10. Henderson AA, Horan KA. A meta-analysis of sleep and work performance: An examination of moderators and mediators. *Journal of Organizational Behavior*. 2021;42(1):1-19.
11. Overland S, Glozier N, Sivertsen B, Stewart R, Neckelmann D, Krokstad S, Mykletun A. A comparison of insomnia and depression as predictors of disability pension: the HUNT Study. *Sleep*. 2008;31(6):875-80.
12. Bjorvatn B, Meland E, Flo E, Mildestvedt T. High prevalence of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioner. *Family practice*. 2016;34(1):cmw107.
13. Kallestad H, Hansen B, Langsrud K, Ruud T, Morken G, Stiles TC, Gräwe RW. Differences between patients' and clinicians' report of sleep disturbance: a field study in mental health care in Norway. *BMC psychiatry*. 2011;11:1-8.
14. Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B, Pallesen S. Sleep problems in general practice: a national survey of assessment and treatment routines of general practitioners in Norway. *J Sleep Res*. 2010;19:36-41.
15. Van Straten A, van der Zweerde T, Kleiboer A, Cuijpers P, Morin CM, Lancee J. Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: a meta-analysis. *Sleep medicine reviews*. 2018;38:3-16.
16. Omvik S, Pallesen S, Bjorvatn B, Sivertsen B, Havik OE, Nordhus IH. Patient characteristics and predictors of sleep medication use. *Int Clin Psychopharmacol*. 2010;25(2):91-100.
17. Bjorvatn B, Kallestad H, Hrubos-Strøm H, Abeler K, Sivertsen B, Waage S, et al. Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av kronisk insomni hos voksne. *SØVN*. 2025;17(1):22-31.
18. Blom K, Jernelöv S, Kraepelien M, Bergdahl MO, Jungmarker K, Ankartjärn L, et al. Internet treatment addressing either insomnia or depression, for patients with both diagnoses: a randomized trial. *Sleep*. 2015;38(2):267-77.
19. Espie CA. Standard CBT-I Protocol for the Treatment of Insomnia Disorder. *Cognitive-Behavioural Therapy For Insomnia (CBT-I) Across The Life Span* 2022. p. 17-41.
20. Perlis ML, Posner D, Riemann D, Bastien CH, Teel J, Thase M. Insomnia. *The Lancet*. 2022;400(10357):1047-60.
21. Bjorvatn B, Kallestad H, Langsrud K, Vedaa Ø, Pallesen S, Waage S, et al. Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av døgnrytmelidelser. 2023.
22. Pallesen S, Nordhus I, Sivertsen B, Omvik S, Bjorvatn B. Psykologers kunnskaper om søvn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2007;44(4):365-71.
23. Wilson T, Pallesen S, Bjorvatn B. Kartlegging av søvnkunnskaper hos leger, psykologer og annet helsepersonell ved hjelp av darthmouth sleep knowledge survey. *Søvn*. 2017;9:6.
24. Sigbjørnsen I, Ellingsen K, Bjorvatn B. En studie av leger og medisinstudenters kunnskapsnivå om søvnmedisin ved bruk av Bergen Sleep Knowledge Questionnaire. *Søvn*. 2023(2):11-9.
25. Meaklim H, Rehm IC, Junge MF, Monfries M, Kennedy GA, Bucks RS, et al. Development of a Novel Behavioral Sleep Medicine Education Workshop Designed to Increase Trainee Psychologists' Knowledge and Skills in Insomnia Management. *Behavioral Sleep Medicine*. 2023;21(6):1-15.
26. Meaklim H, Rehm IC, Junge MF, Monfries M, Kennedy GA, Bucks RS, et al. Evaluation of a Sleep Education Workshop for Trainee Psychologists Designed to Increase Knowledge and Practical Skills in Sleep and Insomnia Management: A Pilot Study. 2022.
27. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.