



# Studie av sömnvanor/störningar som faktor vid psykiatriska problem hos ungdomar mellan 13-17 år.

Anna-Britta Backhans

## **Sammanfattning**

Allt fler rapporter visar att sömnrubbingar och sömnbrist ökar inom alla åldersgrupper i samhället, och att den största ökningen återfinns bland barn och ungdomar. Sömnbrist inverkar negativt på barns och ungdomars utveckling och kan öka risken för psykisk ohälsa. Det kan därför anses alarmerande att förskrivningen av sömnmedel och antidepressiva mediciner ökar inom gruppen.

24h samhället är här för att stanna och skapar nya problem genom att uppmuntra till nya vanor och förändringar av sociala mönster. Den förändringen verkar i större utsträckning påverka barn och ungdomar än de äldre.

Syftet med studien är att kartlägga förekomsten av sömnbesvär hos ungdomar som söker till Barn- och ungdomspsykiatri i Danderyd, och att undersöka i hur stor utsträckning vården uppmärksammar problemet.

En av författaren genomförd enkätundersökning pekar på att sömnproblemen är väl utbredda bland de ungdomar som söker till Barn och Ungdomspsykiatri. I genomsnitt uppger respondenterna att de upplever sju olika typer av sömnstörningar, medan bara två av ungdomarna inte upplever några sömnproblem alls.

En jämförande journalsökning av nybesök utfördes som tyder på att sömnstörningar sällan bedöms som så allvarliga att de kräver åtgärder.

Författaren drar slutsatsen att det växande problemet med sömnstörningar inte uppmärksammas inom barn och ungdomspsykiatrisk vård i den utsträckning som är nödvändigt. Vidare att psykiatri är i behov av att utveckla sin kompetens att kartlägga och bedöma svårighetsgraden av sömnproblem, samt att diagnosticera och erbjuda evidensbaserad behandling.

Nyckelord: Ungdomar, Sömnstörningar, Sömnvanor, 24-timmars samhället.

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	2
Inledning .....	5
Bakgrund.....	6
Sömnen och vikten av god sömn.....	7
Dygnsritm.....	7
Sömncykler och sömnstadier.....	8
Vilka sömnsvårigheter finns? .....	9
Insomni.....	9
Primär insomni .....	9
Sekundär insomni.....	10
Komorbid insomni.....	10
Tidiga sömnstörningar och psykiska problem .....	10
Riskfaktorer för sömnproblem hos ungdomar .....	11
24-timmarssamhället .....	12
Hypotes .....	13
Syfte .....	14
Frågeställning.....	14
Metod .....	14
Urval/undersökningsgrupp .....	15
Instrument .....	15
Enkät .....	15
Journalgranskning .....	16
Procedur .....	16
Etiska överväganden .....	16
Resultat .....	17
Bortfall .....	17
Enkäten .....	17
Journalsökning .....	20

Med egna ord.....	21
Modellen .....	22
Diskussion.....	23
Resultatet av enkätundersökningen .....	23
Resultatet av journalsökningen.....	24
Modellen .....	24
Allmän diskussion .....	26
Det generella behovet av god sömn.....	26
Relationen mellan sömnproblem och psykiska problem.....	26
24h samhället och dess effekter på ungdomars sömnvanor .....	27
Nuläget inom BUP .....	28
Konklusion .....	31
Tillkännagivanden.....	32
Referenslista.....	33
Bilaga 1: Enkäten .....	35
Bilaga 2: Brevet till föräldrarna.....	36
Bilaga 3: Påminnelsebrev .....	37

## Inledning

Insomnia är ett mycket vanligt tillstånd och ca 90 % av befolkningen drabbas under någon period i livet. De flesta kommer igenom sina sömnsvårigheter på egen hand, långvariga sömnsvårigheter är ovanligare men rapporteras ändå vara 4-7 % av allmänbefolkningen vilket gör insomni till den vanligaste sömnstörningen (Jansson, 2006).

Som nyanställd på Barn- och ungdoms psykiatriska mottagning (BUP) Danderyd reflekterade jag ganska snart över att de flesta unga patienter jag träffade besvärades av sömnsvårigheter, och överraskades över hur omfattande problemen verkade vara. De sökte inte för sömnstörningar i första hand, utan för depression, ångest eller andra problem. Sömnstörningar ingår visserligen som ett av symtomkriterierna vid depression och ångesttillstånd, men snart ställde jag mig frågan: när är sömnstörningen av den svårighetsgrad trots samsjuklighet att den bör hanteras som ett eget problem med specifik behandling, och i så fall vad händer om jag som behandlare inte uppmärksammar sömnproblemen?

Som anställd på BUP ingår i vår baskompetens att vi ska ha kunskap om *Salutogenes* vilket innebär att vi förväntas ha kompetens om faktorer som bidrar till att bibehålla och främja hälsa och motverka patologiska processer.

## Bakgrund

Sömnp Problemen ökar i alla åldersgrupper och den allra största ökningen har skett inom ungdomsgruppen och unga vuxna. I åldersgruppen 16-24 år uppgav 27 % av kvinnorna och 19 % av männen i Sverige att de haft besvär med sömnen under de senaste två veckorna (SOU, 2006:77).

Från statistiska centralbyråns (SCB) redovisas statistik som förstärker bilden. I början av 80-talet uppgav knappt 8 procent i åldrarna 16-24 att de hade sömnbesvär. År 2007 hade andelen ökat till en fjärdedel och bland unga kvinnor var det nära 30 procent som sa sig ha problem med sömnen (Nordgren, 2010).

SCB:s undersökning av barns levnadsförhållanden 2007/2008 visar att en tredjedel av barn och unga har svårt att somna minst en gång i veckan och att mer än var femte sover dåligt minst en gång i veckan (SCB, 2008).

Svenska sömnforskare uppmanar att barn och ungdomars sömnproblem måste tas på större allvar då forskningen varnar för att sömnbrist hos unga ökar risken för psykisk ohälsa i vuxen ålder. Förekomsten av sömnstörningar inverkar negativt på barns utveckling och leder till försämringar av neurokognitiva funktioner och därmed allmän hälsa. Man betonar att i vården, vårdutbildningar och multidisciplinär forskning i större utsträckning bör uppmärksamma barn och ungdomars sömn (Smedje, Allik, & Larsson, 2008).

Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar möter ungdomar där sömnsvårigheter och psykisk ohälsa ökar allra mest. Det finns forskning om KBT-behandling vid olika former av sömnstörningar, dock i mycket liten omfattning när det gäller behandling av barn och ungdomar. Det går inte att med säkerhet säga att den behandling som passar vuxna passar ungdomar (Oetzel & Scherer, 2003).

Vid Barn och ungdomspsykiatri (BUP) i Stockholm saknas studier som belyser hur stort antalet ungdomar med sömnproblem är samt tydliga riktlinjer och föreskrifter om hur sömnstörningar hos barn och ungdomar bör uppmärksammas eller behandlas. Enligt patientstatistik på antalet nyinkomna ärenden i åldern mellan 13-17 år under året 2009 inom hela barn och ungdomspsykiatriens upptagningsområde i Stockholm så har 176 av 3765 som har fått diagnosen sömnstörning (Barn och ungdoms psykiatri, Stockholms läns landsting, 2010).

## Sömnen och vikten av god sömn

Sömnen är ett övergående tillstånd av förändrat medvetande och avsevärt sänkt mottaglighet för signaler från omvärlden (Åkerstedt, 2001). Sönmönster och sömnbehov påverkas av flera faktorer såsom förmågan att somna, att vidmakthålla sömnen, av sociokulturella vanor, individuella variationer och av en jämviktsfaktor och dygnsrytm (Smedje, Allik, & Larsson, 2008).

Hjärnan vänder sig inåt och förändringar av aktiveringsnivån under sömn kan avläsas. Vid registrering av hjärnaktivitet under sömn påvisar aktiveringsmönstret en profil med långsammare och mer regelbundna svängningar. Under sömn sjunker ämnesomsättningen och blodflödet till hjärnan, men även blodtryck, puls, kroppstemperatur, muskelspänning och andningsfrekvens (Söderström, 2009).

Det krävs en fysiologisk mätning för att mäta sömn. Detta sker genom att mäta hjärnvågor (EEG), muskelspänning (EMG) och ögonrörelser (EOG) (Åkerstedt, 2001).

Sömn är en viktig period av återhämtning för hjärnan och reparation av kroppen. Under sömn laddas nervcellerna med ny energi, restprodukter som bildats i cellerna efter förbrukad energi städas bort. Sömnen är nödvändig för att kroppen ska kunna bygga upp celler och motverka sjukdom. Under sömnen sänker hjärnan sin aktiveringsnivå, vilar och förser hjärnan med ny energi för att klara kommande dag och är viktig för minnesfunktion och minneslagring. Insöndringen av uppbyggande hormon, t e x tillväxthormon och testosteron, ökar under sömnen (Söderström, 2009).

## Dygnsrytm

Marie Söderström (2009) beskriver vidare att vi är ”programmerade” att vara vakna och aktiva på dagen och att sova eller vila på natten. Från mellanhjärnan styrs dessa dygnsrytmiska mönster vårt fungerande - mentala och fysiologiska - cykler om ganska precis 24 timmar. Två bestämda markörer för vår dygnsrytm är kroppstemperatur och hormonet melatonin. Kroppstemperaturen stiger på morgonen och är som högst mitt på dagen och på eftermiddagen. Sedan sjunker den under kvällen och början av natten, som lägst mitt i natten runt klockan 03 - 04. Under senare delen av natten och tidig morgon stiger kroppstemperaturen återigen. Kroppstemperaturen speglar ämnesomsättningens variationer under dygnet. Omvänt detta mönster går melatoninkurvan över dygnet. Melatonin är vårt sömnhormon som gör oss trötta och hjälper oss att somna och bibehålla sömnen (Söderström, 2009).

Hormonet insöndras när det är mörkt. Frisättningen stängs av när dagsljus når ögats näthinna. Melatoninnivåerna börjar öka under kvällen för att sjunka under sennatten och på morgonen. Detta påverkar oss så att vi blir fysiologiskt aktiva när dygnsrytmen stiger och tröttare under kvällen och natten när dygnsrytmen faller. Vi blir piggare av ljus och med ljuset hjälp kan vi justera vår dygnsrytm så att den senareläggs eller tidigareläggs. Mycket ljus direkt på morgonen gör oss piggare på dagen och tröttare på kvällen. Ljust på kvällen gör att vi kan bibehålla vakenheten längre och bli tröttare senare. Mörkret hjälper oss att bli trötta och att behålla sömnen (Söderström, 2009)

### Sömncykler och sömnstadier

Sömnen är inte *ett* tillstånd utan flera. Sömnen är indelad i sömncykler som är ca 1 -1 ½ timme långa. Sammanlagt sover vi ca 4 – 6 sömncykler per natt innehållande fem olika stadier av sömn. Stadium 1: Kallas ”övergångssömn”, från vaket tillstånd till sömn. Stadium 2: Kallas ”bassömn” och omfattar ca 50 % av den totala tiden sömn. Stadium 3: Är ”djupsömn”. Stadium 4: Kallas också ”djupsömn”. Djupsömmönstret är ännu mer utbrett i stadium 4 (Söderström, 2009). Under denna djupa sömn är vi mycket svårväckta och känner oss tröga om vi väcks. Parallellt med djupsömnen börjar en intensiv insöndring av tillväxthormon. Troligen är det under den djupa sömnen som centrala nervsystemet gör den mesta återhämtningen. Vi rör oss knappast alls under detta sömnstadium. Totalt brukar djupsömnen uppgå till 10-15 procent av den totala sömnen (Åkerstedt, 2001).

REM-sömn: Denna sömn kallas också (drömsömn), vi drömmer som mest intensivt under detta stadium. REM är förkortningen för Rapid Eye Movement, vilket betyder, snabba ögonrörelser. Under REM-sömn är vi mer fysiologiskt uppvarvade, vi får en ökning av andningsfrekvens, hjärtfrekvens och blodtryck. Däremot faller muskelspänningen och våra positionsmuskler är avkopplade så att vi inte skulle kunna resa på oss. Under drömsömn blir vi ”kallblodiga” vilket innebär att vi plötsligt förlorar förmågan att reglera kroppstemperaturen. Efter 5-20 min av drömmande börjar ögonrörelserna försvinna och muskelspänningen ökar (Söderström, 2009).

Åkerstedt och Kecklund (2005) beskriver att undersökningar av den subjektiva bedömningen av ”god sömn” visar att en ”god natt sömn” är lång, obruten och innehåller stora mängder djupsömn. Vad som då är subjektivt ”dålig sömn” är när den innehåller minst 20 procent vakenhet eller fem uppvaknanden (subjektivt bedömda) (Åkerstedt & Kecklund, 2005).



Störd sömn eller för lite sömn kan bidra till att personer kan bli sjuka och drabbas av infektionssjukdomar, eftersom produktionen av antikroppar minskar och immunförsvaret kan försvagas. Störd sömn ökar även risken för diabetes typ II då insulinets blodsockerreglering påverkas. Likaså kan sömnbrist leda till hjärt- och kärl sjukdom (Wallskär & Åkerstedt, 2008).

### **Vilka sömnsvårigheter finns?**

Det finns flera olika slags sömnproblem och det är viktigt att skilja på någon enstaka dålig natts sömn och långvariga problem. Det är centralt att se orsakerna till de bakomliggande faktorerna (Linton, 2002). Dessa orsaker kan vara utvecklingsrelaterade, och bero på kroppslig sjukdom och smärta, mentala handikapp, psykiatriska problem social oro och missbruk (Smedje H. , 2004).

### **Insomni**

Inom psykiatrin kallas sömnlöshet för insomni, och beskrivs som bestående av tre kännetecken (1) subjektiva sömnbesvär (2) negativa dagtidsymtom och (3) obehag eller funktionsbegränsning i någon del i det dagliga livet. Sömnproblemen kan handla om svårigheter att somna på kvällen samt flera och varaktiga uppvaknanden under natten (Jansson, 2006).

### **Primär insomni**

Primär insomni definieras som det specifika syndrom som utmärks av sömnlöshet och som inte är en direkt följd av någon annan psykisk störning, missbruk eller medicinering. Primär insomni tillhör gruppen dysinsomnier i DSM- IV.

Långvariga sömnbesvär kännetecknas av sömnproblem som varat under minst en månad, att tröttheten (sömnstörningen) orsakar ett tydligt lidande eller försämrad funktion inom viktiga områden (American Psychiatric Association, 2002).

I denna grupp finns också primär hypersomni, vilket innebär onormal sömnighet, narkolepsi som karaktäriseras av hastigt och okontrollerat insomnande, andningsrelaterad sömnstörning, störd dygnsrytm och dyssomni utan närmare specifikation. Utöver dessa finns de så kallade parasomninerna, som innefattar mardrömmar, nattdräck och sömngång (American Psychiatric Association, 2002).

## **Sekundär insomni**

Sekundär insomni definieras som sömnstörningar som är relaterade till annan psykisk störning eller sjukdom. Sömnproblemen bedöms ha samband med någon annan axel I eller axel II-störning t ex egentlig depression, generaliserat ångesttillstånd, maladaptiv stressreaktion med ångestkänslor, men av en sådan svårighetsgrad att det motiverar separat klinisk utredning (American Psychiatric Association, 2002).

## **Komorbid insomni**

Vid diagnostisering av sekundär insomni har man traditionellt sett insomni som kausalt orsakad av det primära sjukdomstillståndet. Behandlingen har ofta fokuserat på det primära sjukdomstillståndet, det finns många forskare som hävdar att det finns anledning att även behandla insomni, då sekundär insomni är delvis oberoende och således inte alltid svarar på behandling av det primära sjukdomstillståndet (Jonsson, 2010) .

Stepanski och Rybasczyn (2006) menar att benämningen komorbid insomni idag används oftare. Skälet därtill är svårigheten att reda ut vilken sömnproblematik som är primär och vilken som är sekundär. Författarna lyfter fram benämningen komorbid insomni när insomni förekommer tillsammans med andra psykiatriska störningar där ingen av diagnoserna betraktas som primär respektive sekundär. De föreslår vidare att komorbid insomni kan ses som en del av ett hyper-arousal/stress syndrom snarare än ett tillstånd som är sekundärt till ett annat tillstånd. Insomni kan missuppfattas som relaterad till depression då stora fysiologiska och psykologiska förändringar som sker till följd av stressande livshändelser ökar risken för att utveckla båda tillstånden. Stepanskis och Rybasczyns modell kan ge förståelse för den höga korrelationen mellan dessa tillstånd, utan att behöva tänka att den ena är orsakad av den andra. Stressperspektivet gör komorbiditeten mellan insomni å ena sidan och tillstånd som depression, ångest, smärttillstånd och kardiovaskulära tillstånd begripligt (Stepanski & Rybarczyk, 2006).

## **Tidiga sömnstörningar och psykiska problem**

En nyligen presenterad studie gjord i Finland, Koskenvou, et al. (2009) visade ett tydligt samband mellan motgångar i barndomen och sömnkvalitet i vuxen ålder. De fann att risken för dålig sömnkvalitet har ökat särskilt bland dem som i sin uppväxt upplevt rädsla för en familjemedlem och haft allvarliga konflikter. Dessutom visade kombinationen av dålig barn-förälder relation och flera hotfulla och skräckfyllda upplevelser ha stark inverkan på sömnkvaliteten (Koskenvou, Hublin, Partinen, Paunio, & Koskenvou, 2009).

Resultaten understryker relationen tidiga livserfarenheter och omständigheter och livsförlopp, hälsa och välbefinnande. Deras slutsats är att det är viktigt att uppmärksamma och vidta åtgärder vid tidig barndom när barn upplever svåra motgångar och allvarliga konflikter (Koskenvou, Hublin, Partinen, Paunio, & Koskenvou, 2009).

En annan studie från USA (Wagner, 2010) visar att tonåringar som skickas i säng av sina föräldrar löper mindre risk att drabbas av depression och självmordstankar. Data samlades in bland 15 659 tonåringar i USA mellan åren 1994-96. För att undersöka sambandet mellan föräldrars läggtider för sina barn, mängden sömn och depression. Av dessa bedömdes 7 % lida av depression och 13 % uppgav att de under de senaste 12 månaderna hade haft allvarliga självmordstankar. Faktorerna som visade sig ha samband med depression och självmordstankar var senare läggtider, upplevelse av sömnbrist, kortare sömn och upplevelse av bristande omtanke från föräldrar. Den ansvarige forskaren professor James Gangwisch Columbia Medical Center konstaterar att otillräcklig sömn är en riskfaktor för depression. Utifrån detta anser han att man kan betrakta behandling av sömnproblem som en preventiv depressionshandling (Wagner, 2010).

### **Riskfaktorer för sömnproblem hos ungdomar**

Enligt sömnforskare Torbjörn Åkerstedt, professor vid Stressforskningsinstitutet, Åkerstedt (2010) är försenad sömnfas ett av de vanligaste sömnproblemen bland ungdomarna. De flesta ungdomarna sover en halvtimme till en timme för lite. Ungdomar behöver 8-9 timmars sömn för att må psykiskt och fysiskt bra, för att växa och bygga upp immunförsvaret. Under tonåren och en bit upp i 20 årsåldern finns en inbyggd biologisk tendens att vilja gå senare till sängs då hormonella förändringar i puberteten är det som påverkar dygnsrytm. Genom att stanna uppe sent på nätterna och utsätta sig för ljus, rubbar de på så vis den biologiska klockans inställning. Många ungdomar sover långt in på förmiddagen och får då inte de ljusimpulser på morgonen som reglerar den biologiska klockan (Åkerstedt, 2010). Sömnforskaren H. Smedje (2004) beskriver att vid puberteten inträder en biologiskt bestämd tendens till försenad sömnfas där ungdomen kommer sent i säng eller har svårt att komma upp. Genom att tonåringen väljer att ”sova ikapp” under helger finns det en risk att den biologiskt grundade förändringen förstärks. Den som sover långt in på förmiddagen på söndagen får istället svårt med insomningen och somnar sent på kvällen får därmed svårt att vakna på måndagsmorgonen. Under puberteten infinner sig också risk för dagsömnighet, vilken försvåras av för dålig nattsömn.

Hans Smedje (2004) betonar att även somatiska sjukdomar kan medföra sömnsvårigheter. Med försämringar av livskvalitet och den allmänna motståndskraften. Exempel som bör beaktas är eksem, handikapp, astma, födoämnesintolerans. Sömnproblem är vanligt förekommande hos ungdomar med utvecklingsstörningar, ADHD och autism. Hos barn och ungdomar med mentala handikapp finns tre grundläggande bakgrundsfaktorer. Dessa är, inläringen av lämpliga sömnvanor och sömnhygien kan försvåras hos barn med beteendeproblem och inläringssvårigheter. Avvikande hjärnfunktioner kan försvåra sömn och vakenhetsregleringen. Slutligen, kroppsliga hälsoproblem hos barn med mentala handikapp kan ge sömnproblem, exempel kramper hos autistiska barn.

Många barn och ungdomar lever under svåra och otrygga hemsituationer där föräldrarna inte orkar eller förmår ta sitt vuxenansvar. Levnadsförhållanden under sådana omständigheter leder ofta till problem med sömnen. Mobbning eller kränkningar av den personliga integriteten kan också medföra sömnproblem. Sömnstörningar är vanliga vid missbruk och försvåras ofta av kombinationen av sociala, psykiatriska och toxiska effekter hos tonåringar (Smedje H. , 2004).

### **24-timmarssamhället**

Ungdomars relation till sömn visar på en förändring av ett socialt mönster. Sömnforskare Arne Lowden (2010) berättar att det inte bara är studiestressen som gör att dagens barn och ungdomar är betydligt tröttare än för 20-30 år sedan. Det nya 24-timmarssamhället verkar i större utsträckning påverka barn och unga än de äldre. Att ständigt vara uppkopplad och nåbar kan öka stressen och sena kvällar framför dator, TV och spel kan minska såväl antal sömntimmar som sömnkvalitén. De ungdomar som har sömnbesvär utvecklar detta redan i 10-12 års ålder och sover i genomsnitt 1-1,5 timmar mindre än deras egentliga sömnbehov. En faktor som påverkar ungas trötthet i högre grad än vuxnas är deras oregelbundenhet i sömnen. På vardagar sover de färre timmar än på helgerna då de gärna tar sovmorgon. Vinterhalvåret innebär också att skolungdomar sällan får tillgång till det dagsljus som är så viktigt för att motverka trötthet (Lowden, 2010).

24-timmarssamhället är här för att stanna. Allt snurrar fortare. Produktionen pågår dygnet runt och med teknikens hjälp kan vi uträtta ärenden närhelst vi vill. Vi kan handla, ordna bankärenden och kontakta vänner via mail, bloggar eller facebook. Vi är ständigt nåbara och kan hålla kontakten med omgivningen utan att träffa dem. Mobiltelefonerna är en del av våra 24-timmars utrustning (Söderström, 2009). Många unga upplever det svårt att stänga av sina

mobiler då de vill var tillgängliga dygnet runt. En gång i tiden programmerades vår fysiologiska klocka för den tydliga växlingen mellan ljus och mörker. Idag låter vi oss inte längre begränsas av mörkret, och utvecklingen har gått mycket snabbt. Att ständigt vara aktiv och tillgänglig gör det svårt att sätta gränser. Sömn verkar inte vara så viktigt bland ungdomar men även bland vuxna. Attityden till sömn bland ungdomar går ut på att det inte är särskilt viktigt att sova - endast något man gör som ett absolut måste.

Torkel Klingberg (2007), professor i kognitiv neurovetenskap Karolinska Institutet, menar i sin bok att våra hjärnor idag är översvämmade, där många förändringar i informationssamhället inneburit ett ökat informationsflöde som ökar kraven på vårt arbetsminne. Förändringen har varit snabbare de senaste åren och inget tyder på att takten skulle saktas ned. Kopplingen mellan ökningen av informationsflödet och stress bör uppmärksammas då forskningen visar att höga halter av stresshormoner har negativ påverkan på hjärta, immunförsvar och hjärnan. Man vet att hjärnan till viss del är förmögen till anpassning. Svår och långvarig stress ger höga nivåer av stresshormoner och kan ge negativa verkningar i delar av hjärnan (Klingberg, 2007).

Flera undersökningar visar att vanlig livsstress sällan påverkar sömnen. Dock visar studierna att anspänning och oro inför den kommande sömnen eller inför morgondagen kan vara den viktigaste faktorn till sömnstörningar (Åkerstedt & Kecklund, 2005) .

## Hypotes

Inom barn och ungdomspsykiatrisk vård uppmärksammas inte problemet med sömnstörningar i den utsträckning som är nödvändigt, vare sig det gäller kartläggning, diagnostisering och behandling.

## Syfte

Syftet är att kartlägga förekomsten av sömnbesvär hos ungdomar mellan 13-17 år som söker till Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen i Danderyd, syftet är vidare att testa en tentativ modell mot insamlad data.

## Frågeställning

- Till vilken grad förekommer sömnbesvär hos ungdomar mellan 13-17 år som söker till Barn- och ungdoms psykiatriska mottagning Danderyd?
- På vilket sätt yttrar sig eventuella sömnbesvär?
- Till vilken grad uppmärksammar behandlande läkare och terapeuter sömnbesvär hos ungdomar?
- Passar den teoretiska modellen i ett empiriskt material?

## Metod

Målgruppen för denna studie är ungdomar mellan 13 -17 år som söker till (BUP) Danderyd.

Studien genomfördes som en kartläggning där enkäter skickas till ungdomar mellan 13-17 år som sökt hjälp på BUP Danderyd under perioden 091030-100231. Enkäten innehöll frågor om sömnvanor, sömnproblem och upplevda besvär. Enkäten besvarades anonymt och märktes med ett löpnummer för att möjliggöra en påminnelse.

Journaler granskades för att se om behandlande läkare/terapeut uppmärksammar eventuella sömnproblem, dessa journaler kopplades inte till den enskilda ungdomen då enkäterna är anonyma, men gav information om hur sömnbesvär uppmärksammas på mottagningen. (För att upptäcka en Hawthorne effekt under studieperioden har utdrag från diagnosregistret gjorts där en jämförelse av tidigare diagnostiserade sömnproblem samt behandling av sömnproblem kan göras.)

All data samlades in i en databas för enklare bearbetning med beskrivande statistik.

Redogörelse för diagnostisering och behandling av sömnbesvär ställdes i relation till fynden från enkäten. Fritextdelen i enkäten redovisas under rubriken resultat och diskussion.

Modellen applicerbarhet diskuteras i diskussionsdelen.

## Urval/undersökningsgrupp

Upptagningsområdet för Barn och ungdomspsykiatri i Danderyd omfattar fyra kommuner, Lidingö, Danderyd, Vallentuna och Vaxholm.

Under perioden 091030-100131 sökte och kallades 90 ungdomar till nybesök på BUP Danderyd. Av de 90 som kallades kom 75 till mottagningen. Under perioden mottogs ett akutbesök som bedömdes inte kunna svara på enkäten. De 75 som kom till mottagningen blev därmed urvalsgruppen.

## Instrument

### Enkät

En validerad och väl använd enkät (Bilaga1) skickades ut tillsammans med kallelsen till alla ungdomar mellan 13-17 år som sökt hjälp och blivit kallade till nybesök på Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning i Danderyd. Enkäten innehåller 25 frågor om sömnvanor, sömnproblem och upplevda besvär som besvaras med ja eller nej samt ett utrymme för att med egna ord beskriva vad de önskar hjälp med när det gäller sömnproblem. Enkäten baserades på Hans Smedjes (2004) enkät för screening i klinisk verksamhet. Frågorna grupperades i fyra olika områden:

- Sömlöshet, dygnsrytm, sömnhygien
- Snarkning eller andningsbesvär under sömn
- Besvärande fenomen i samband med sömn (parasomnier)
- Sömnighet och andra besvär (inklusive tecken på narkolepsi)

Till skillnad från den ursprungliga enkäten beslutade författaren att ta bort de frågor som kunnat identifiera respondenten. Tillsammans med enkäten skickades ett brev (Bilaga2) ställt både till målsman och till ungdom där syftet med undersökningen förklarades. I brevet stod bland annat att enkäten skulle besvaras av ungdomen själv, att svaren var anonyma och att undersökningen var en del av ett examensarbete. I brevet framgick också att enkäten också var en del av ett kvalitetssäkringsprojekt på Barn- och ungdomspsykiatriska mottagning Danderyd. I brevet instruerades patienten att ta med sig enkäten vid första besöket på mottagningen och lämna det i en grön låda märkt "sömnstudien" vid receptionen. Vidare skickades ett påminnelsebrev till de som mottagit enkäten men som ännu inte svarat. Till påminnelsebrevet bifogades den ursprungliga enkäten och följebrevet samt ett frankerat svarskuvert med mitt namn och adress.

## **Journalgranskning**

Parallellt med enkätundersökningen genomförde författaren en journalgranskning i programmet Takecare. De datoriserade journalerna granskades genom att analysera textinnehållet under rubrikerna, Sömn respektive Bedömning, för att se om behandlande läkare/behandlare uppmärksammat eventuella sömnproblem. Författaren gick igenom alla journaler för de ungdomar som blivit kallade och som kommit till mottagningen.

## **Procedur**

Assistenterna på BUP mottagningen skickar alltid ut en skriftlig kallelse till alla som får tid för ett första besök till mottagningen. I samband med undersökningen beslutades att till kallelsen bifoga enkäten samt ett följebrev som förklarade enkätens syfte. Under perioden 091001-100131 kallades 90 ungdomar mellan 13-17 år till mottagningen och följaktligen distribuerades 90 stycken enkäter. Av dessa 90 har 22 kallats direkt av behandlare där behandlaren själv har skött distributionen av enkäten och följebrevet.

För att göra det möjligt att påminna de som inte svarat på enkäten skapades ett kodsysteem där varje enkät fick ett unikt fyrsiffrigt nummer. Assistenterna på mottagningen fick en lista med samma nummer där de kunde registrera personnummer på de som kallats för att på det sättet kunna se hur det har fått in en enkät eller inte. Listans syfte var att få kontroll på svarsfrekvensen och att hantera påminnelser. De enkäter som distribuerats direkt av behandlare har också varit kodade.

Författaren har 3-4 gånger i veckan registrerat varje enkät som inkommit mot korresponderande löpnummer. Påminnelser har skickats ut löpande till de som inte har svarat inom 3-4 veckor. Författaren har även löpande följt upp de enkäter som distribuerats direkt från behandlare. Även dessa har fått påminnelser skickats direkt från författaren. Resultatet av alla enkäter skrevs in i Microsoft Excel för vidare bearbetning.

## **Etiska överväganden**

Studien genomfördes i enlighet med yrkesetiska principer. I samråd med enhetschefen på BUP Danderyd beslutades att genomföra studien som en kvalitetssäkringsstudie i enlighet med de etiska föreskrifterna. I det medföljande brevet till deltagarna och deras föräldrar stod utförlig information om frivilligt deltagande och att det var en kvalitetssäkringsstudie där all data avidentifierats och kodats.



## Resultat

Av de totalt 90 ungdomar som kallades till mottagningen uteblev 15 stycken. Sjuttiofem kom på besök och av dessa hade 39 ungdomar svarat på enkäten. Svarsfrekvensen hamnar på 52 %. Svarsfrekvensen är något högre hos de som fått enkäten från receptionen i samband med kallelse jämfört med den grupp som blivit kallade direkt från respektive behandlare.

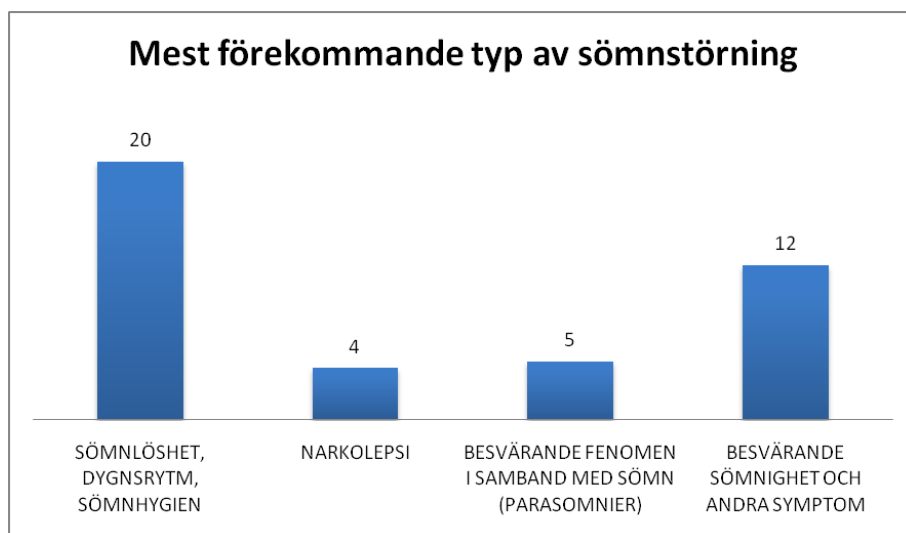
	Antal kallade till besök	Kom inte till mottagningen	Kom till mottagningen	Antal enkätsvar	Svarsfrekvens
Enkät direkt	68	13	55	30	54,5%
Enkät via behandlare	22	2	20	9	45,0%
Totalt	90	15	75	39	52,0%

## Bortfall

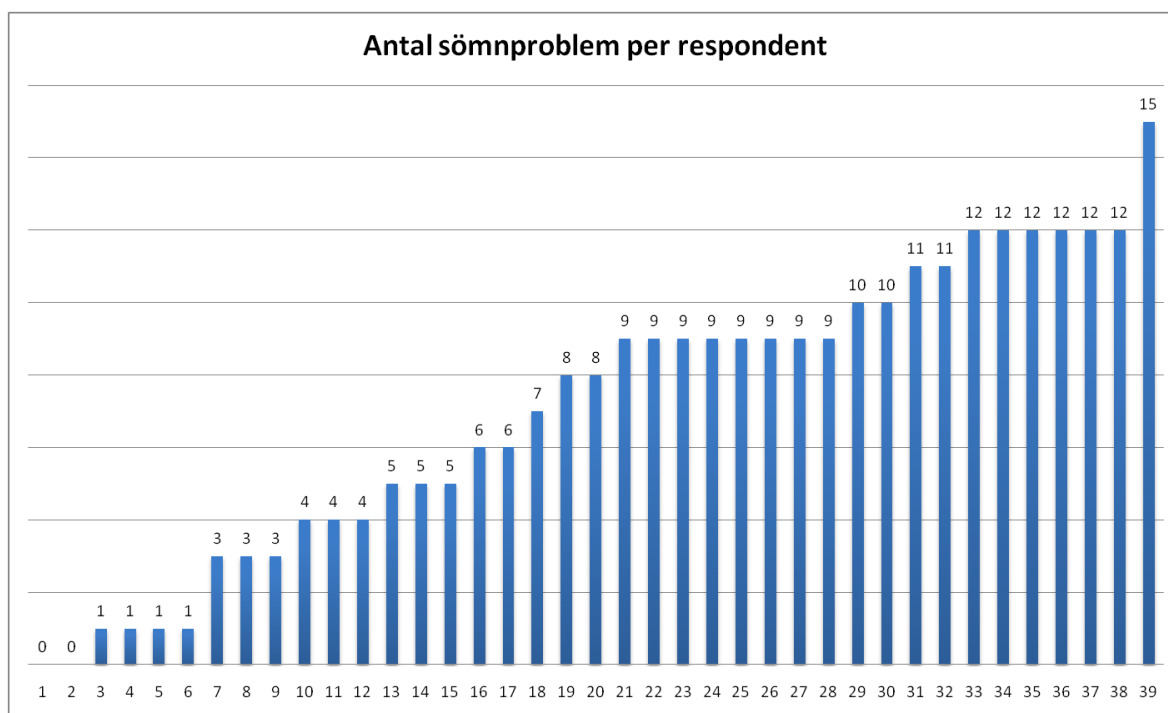
De 15 ungdomar som av olika anledningar inte kom till mottagningen har inte räknats med i denna undersökning – ej heller som bortfall - då det inte går att jämföra resultatet av enkäten med journalsökningen för de personerna. Ett svar inkom där man avböjde att svara på enkäten och det valde författaren att tolka som inte svar.

## Enkäten

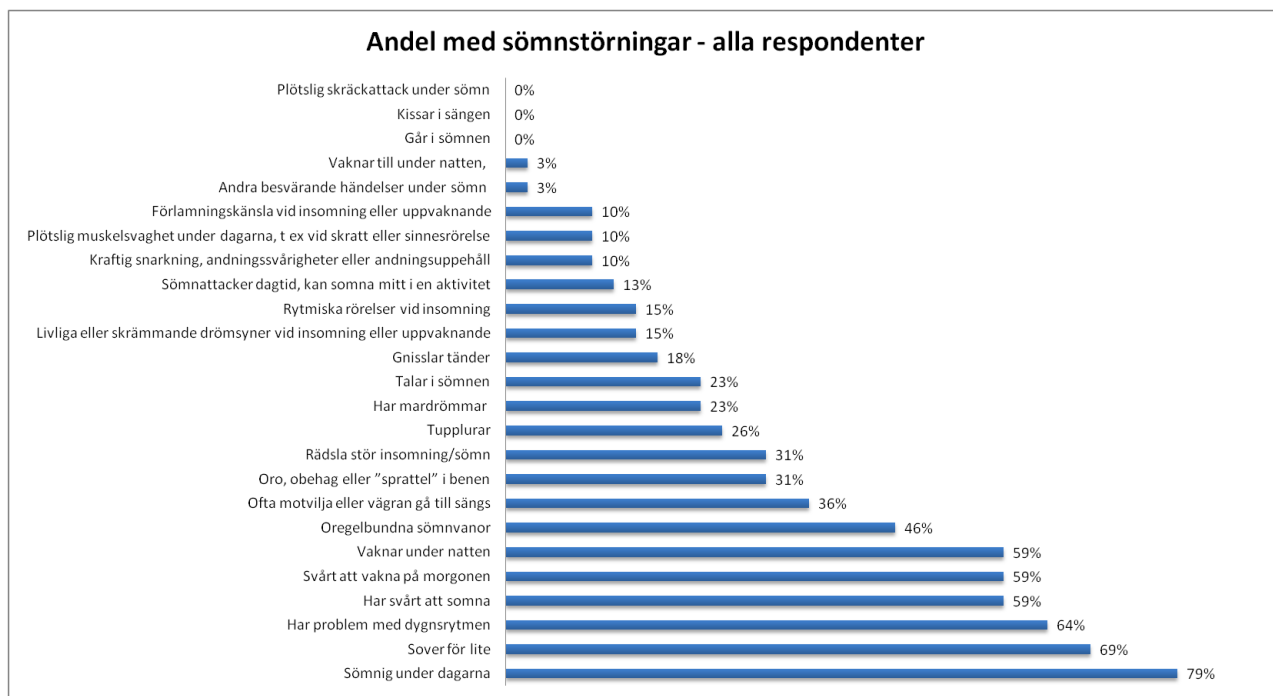
Enkäten innehåller tjugofem frågor om sömnproblem som kartlägger självupplevda och självskattade sömnstörningar inom såväl insomnier, narkolepsi som parasomnier. Vanligast förekommande är sömnstörningar av typ insomnier (sömlöshet, dygnsrytm och sömnhygien) där de sju frågorna inom denna kategori i genomsnitt besvarats jakande av 20 av de 39 respondenterna.



Av de 39 som svarat på enkäten upplever alla utom två personer någon form av sömnstörning. I genomsnitt har respondenterna svarat att de upplever sju olika sömnstörningar, och 50 % av de tillfrågade upplever mellan åtta och femton olika sömnstörningar. Åtta av ungdomarna upplever 9 sömnproblem.

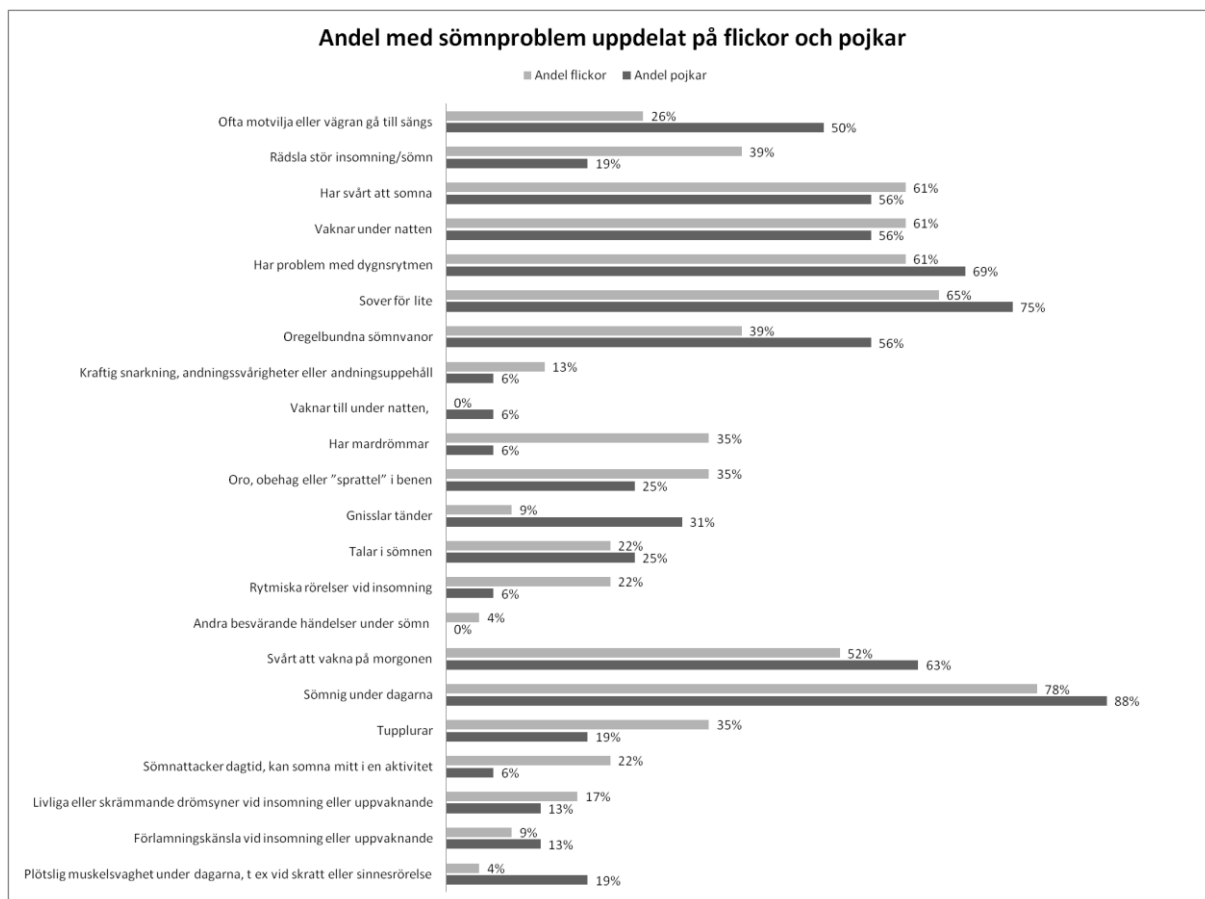


Mest förekommande av alla upplevda sömnproblem är sömnhet under dagarna där 32 av 39 ungdomar (79 %) svarat jakande. Tjugofem respondenter svarar att de sover för lite (69 %), och 25 ungdomar har problem med sin dygnsrytm (64 %). En av tre ungdomar upplever oro, obehag eller sprattel i benen, eller upplever att rädsla styr insomning. Ingen av de tillfrågade har problem med plötsliga skräckattacker under sömn, sängvätning eller sömngång.



Resultatet visar på vissa skillnader mellan pojkar och flickor där pojkar oftare visar motvilja mot att gå till sängs, har mer oregelbundna sömnvanor, gnisslar tänder och kan uppleva plötslig muskelsvaghet under dagtid.

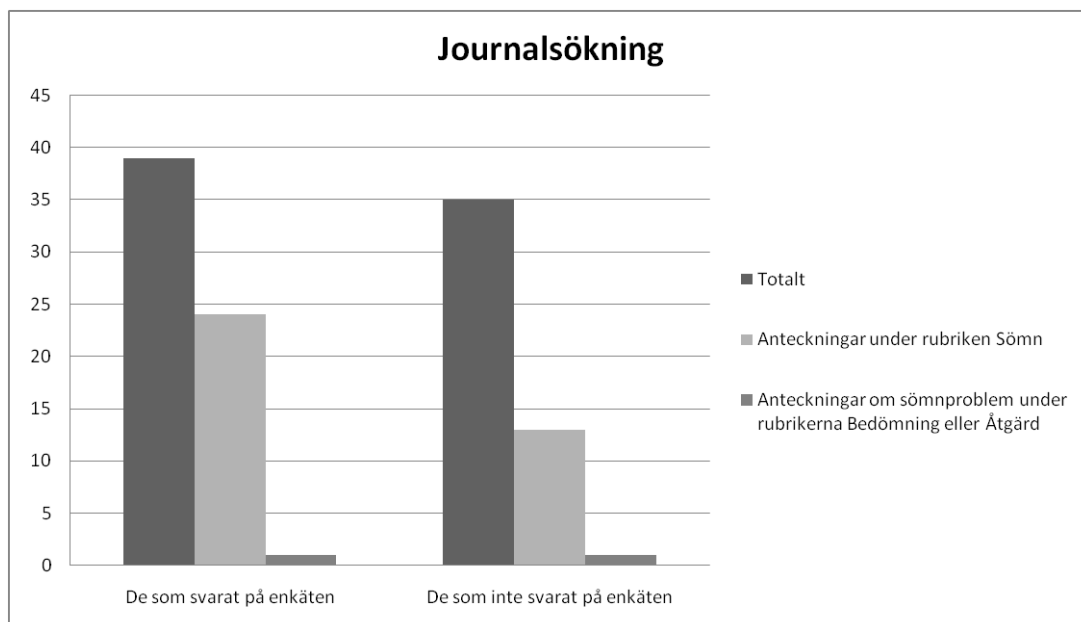
Flickor upplever i högre grad än pojkar att rädsla styr insomning, lider i större utsträckning av mardrömmar, känner av ritmiska rörelser vid insomning, tar oftare tupplurar och lider mer av sömnattacker under dagtid.



## Journalsökning

En sökning i journalsystemet för samma period som enkätundersökningen genomfördes, visade att behandlare har dokumenterat något under rubriken "Sömn" för 24 av de 39 ungdomar som svarat på enkäten. För samma grupp hittades en journal som innehöll texter om sömnproblem som dokumenterats under rubrikerna "Bedömning" eller "Åtgärd".

Motsvarande sökning av de 35 ungdomar som inte svarat på enkäten visar att behandlare i 13 av fallen har dokumenterat något under rubriken "Sömn". I den gruppen återfinns också en journal med något dokumenterat om sömnproblem under rubrikerna "Bedömning eller Åtgärd".



### Med egna ord

Nedan följer några citat från enkätens fritextdel där respondenterna fick svara på frågan vad som känns viktigast att få hjälp med. Pojkar och flickor förkortas med F och P.

En 16 årig pojke skrev att: ”Att kunna somna in och sova utan uppvaknanden under natten”(P 16 år). Detta uttryck för störd nattsömn återkom hos flera. En 15 årig flicka skrev: ”Att kunna somna och inte vakna mitt i natten och få panik av drömmar och få för mig saker innan jag somnar” (F 15 år). En del ungdomar kompenserade sin sömnbrist på dagtid: ”Sover ibland efter skoldagen ca 2 ½ timme” (F 14 år). En flicka uttryckte på vilket sätt hon önskade hjälp: ”Sömnproblem, kommunikationsproblem få in bra rutiner så jag orkar gå till skolan” (F 16 år).

Ett sätt att undvika den jobbiga situationen som många upplevde vid sänggående visas i detta citat: ”Sitter mycket framför datorn. Får ofta ångestattacker på kvällen när jag skall somna” (P 17 år). En flicka beskriver sin situation så här: ”Jag är väldigt stressad och lider av ångest det kan ibland få mig att somna senare än jag egentligen kan. När detta sker tar det längre tid för min kropp att slappna av, vilket gör det direkt svårare att somna” (F 17år).

## Modellen

Modellen ska ses som ett sätt att beskriva problematiken i författarens hypotes ställt mot tjugofyratimmarsamhället. Enkätsvaren, resultatet från journalsökningen, såväl som ungdomarnas egna berättelser är i mångt samstämmigt med modellen.



## Diskussion

### Resultatet av enkätundersökningen

Syftet med föreliggande uppsats har varit att kartlägga förekomsten av sömnbesvär hos ungdomar mellan 13-17 år som sökt till Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning i Danderyd. Resultatet av enkätundersökningen tyder på att så är fallet. Endast 2 av 39 respondenter svarar att de inte har några sömnsvårigheter. I genomsnitt svarar ungdomarna ja på 7 frågor om sömnstörningar, över hälften av dem uppger att de lider av 8 till 15 sömnstörningar, vilket talar för att det finns anledning att kartlägga svårighetsgraden av individens sömnproblem för bedömning av eventuell diagnos. Författaren vill framhålla att det dock krävs en klinisk bedömning och kartläggning av sömnproblemen i det enskilda fallet för att kunna konstatera diagnosen primär insomni eller sekundär insomni. Trots det vågar författaren påstå att hypotesen stämmer, att sömnproblem är utbrett bland ungdomar som söker till barn och ungdomspsykiatri i Danderyd och att problemet med sömnstörningar inte uppmärksammas i den utsträckning som är nödvändigt vare sig det gäller kartläggning, diagnostisering och behandling.

Det finns inga liknande studier gjorda att jämföra med vad gäller förekomsten av sömnstörningar bland ungdomar som söker till BUP. Utdrag av patientstatistik över antalet nytillkomna ärenden under året 2009 med registrerade diagnoser sömnstörningar från alla enheter inom BUP verksamheten i Stockholm, visade att antalet nytillkomna kontakter var 4737 och 175 av dem registrerades med diagnos sömnstörning. Utifrån resultaten av studien kan man misstänka att behandlare missar att registrera de olika diagnoser som finns gällande sömnstörningar i den omfattningen som stämmer med verkligheten.

Enkätbortfallet kan förklaras med att motivationen att svara på enkäten var låg hos ungdomen, eller att de lever i dysfunktionella familjer och saknar stöd med att fylla i enkäten i hemmiljö samt att komma ihåg att ta med sig enkäten till nybesöket. Författaren anser att ett bortfall på 48 % inte är oväntat stort och att journalsökningen erbjuder en möjlighet att jämföra de två grupperna med varandra för att upptäcka skillnader i de två grupperna. Studien är trots det empiriska anslaget en relativt begränsad undersökning både i tid och i omfattning. Författaren anser att det behövs en bredare undersökning som täcker in flera mottagningar och områden inom ungdomspsykiatri, men också en bredare studie av så kallade ”friska barn” inom skolan för att utröna förekomsten av sömnstörningar hos de som inte sökt sig till BUP.

## Resultatet av journalsökningen

Vid journalgranskningen framgick att av de 74 ungdomar som kommit till mottagningen hade 37 behandlare vid nybesöket journalfört anteckningar under rubriken Sömn, endast i två fall hade man vid nybesöket skrivit något om sömn under rubrikerna Bedömning eller rubriken Åtgärd. Vid journalgranskning av alla de 39 ungdomar som svarat på enkäten kunde författaren utläsa att 24 har fått något dokumenterat under rubriken sömn. I de övriga 15 fallen hade behandlaren inte skrivit något under rubriken Sömn.

Av de 35 som inte svarat på enkäten kunde man se vid journalgranskningen att behandlaren i 9 fall dokumenterat något under rubriken Sömn och att de hade sömnsvårigheter, och i 4 fall stod det skrivet under rubriken Sömn att de inte hade sömnsvårigheter. Av de övriga 22 fanns det ingenting skrivet under rubriken om sömn.

I beskrivningen av bortfallet kan man därmed ana att flera av dem som inte svarat på enkäten ändå har sömnstörningar.

Resultatet av journalsökningen ska ställas mot resultatet av enkätundersökningen, där det förra skulle tyda på att sömnstörningar inte är utbredda hos de ungdomar som söker till BUP, medan enkätundersökningen å andra sidan tyder på att sömnproblem är väl utbredda bland ungdomarna som söker hjälp.

## Modellen

Modellen växte fram under arbetet som en ambition hos författaren att dels sammanställa och beskriva hur sömnstörningar hör samman med övriga sårbarheter som finns hos ungdomar som söker hjälp inom psykiatri, dels att användas som en hjälp för en behandlare genom att beskriva var patienten befinner sig och var i sammanhanget en insats skulle kunna göra som mest nytta. Ur modellen är det möjligt att identifiera samband, orsaker och konsekvenser, och därmed åskådliggöra bästa möjliga utgångspunkt för behandlarens intervention.

Vidare kan modellen användas för att påvisa att vem som helst kan drabbas av sömnstörningar och vilka följder det kan få för det allmänna välbefinnandet. I tjugofyratimmarsamhället uppstår de nya sociala vanor som innebär en ökad risk för att hamna i en ond cirkel som i värsta fall kan innebära en ökad efterfrågan på psykiatrins tjänster.

De som söker till ungdomspsykiatri gör det mot bakgrund av sårbarheter som upplevs för tunga att bära, till exempel familjekonflikter, mobbning, depression, ångest och orealistiska



krav från omgivningen. Men författaren vill understryka att alla ungdomar – även de som inte söker till psykiatri - har sårbarheter som bygger på helt naturliga biologiska och psykosociala förändringar som hör utvecklingen till. Hjärnan är extra känslig under tillväxt och mognad, och puberteten för med sig stora hormonförändringar som i sig ökar risken för att hamna i en ond cirkel som leder till sömnstörningar.

Sårbarheter, till exempel depression, ökar risken för störda sömnvanor. Ibland uppträder det som svårigheter att somna på kvällen, i andra fall som svårigheter att vakna upp på morgonen. Oförmågan att stänga av sin egen oro, svårigheter att varva ner, oro över det som hänt och oro för dagen som kommer är några av de största orsakerna till oregelbunden sömn. 24-timmarssamhället leder till nya sociala vanor som i sin tur leder till rubbningar i sömnmönster och motsvarande störningar under vakenperioden, och författaren vill framhäva att även positiva händelser som till exempel dataspel och Facebook kan motverka förmågan att varva ned.

Oregelbunden sömn kan leda till sömnbrist som kan få oönskade konsekvenser för det växande barnet, då kroppen behöver en lång och ostörd sömn för att behandla både fysiska och psykiska processer. Ungdomar behöver mellan 8-9 timmars ostörd sömn per dygn för att inte riskera att drabbas av trötthet, koncentrationssvårigheter, och problem vid inläring.

Sömnbrist kan leda till beteendeförändringar där ungdomar till exempel allt oftare hamnar i konflikt med sin omgivning, struntar i läxorna för att det är svårt att koncentrera sig, slutar att gå till idrottsklubben eller andra föreningar, och i övrigt agerar som om de drabbats av jetlag. En flicka på 14 år säger i undersökningen ”Sover ibland efter skoldagen ca 2 ½ timme”.

Beteendeförändringar kan leda till att negativa tankar etableras och cementeras, där ungdomen utvecklar en låg förväntan på sig själv och sin förmåga. Man ”känner inte igen sig själv”, och påverkas av känslor som nedstämdhet, oro, ångest och stress. En 17-årig flicka i undersökningen skriver ”Jag är väldigt stressad och lider av ångest det kan ibland få mig att somna senare än jag egentligen kan. När detta sker tar det längre tid för min kropp att slappna av, vilket gör det direkt svårare att somna”.

Sömnstörningen är nu ett faktum, och ungdomen upplever ett tydligt lidande med stora svårigheter att somna, täta uppvaknanden under natten, och en konstant känsla av att inte vara utsövd. Från det läget finns en betydande risk att utveckla depression eller ångest som är för svår att hantera utan professionell hjälp.

## Allmän diskussion

### Det generella behovet av god sömn

Sömnen utgör en stor del av människors liv och en bra sömn är ett grundläggande mänskligt behov. De flesta upplever någon gång i livet sömnbesvär, till exempel i samband med perioder av stress, personliga problem eller förändringar i sömnvanorna. Är sömnproblemen kortvariga är de oftast inget att oroa sig för, den goda sömnen återkommer när livet återgår till det normala. Det finns mycket man kan göra själv för att komma tillrätta med sömnproblemen. Det gäller även för de ungdomar som söker till BUP.

Det är dock dags att ta itu med sömnen när sömnstörningarna blir långvariga och påverkar dagen efter. Ofta är det oron för morgondagen som orsakar problem med sömnen. Får vi inte sova klarar vi inte av att utföra vanliga sysslor som kräver uppmärksamhet, tankeverksamhet eller beslutsfattande. Andra effekter av sömnbrist är till exempel humörsvängningar, sämre inlärningsförmåga och ökad infektionsrisk.

### Relationen mellan sömnproblem och psykiska problem

En mångfald av studier påvisar att sömnstörningar i unga år leder till psykisk ohälsa i mogen ålder. I författarens modell beskrivs hur oregelbundna sömnvanor kan leda till sömnbrist, som i sin tur leder till beteendeförändringar som kan vara svåra att bryta. Negativa tankar och emotioner kan leda till allvarliga sömnstörningar som i många fall innebär att ungdomen utvecklar sårbarheter som kan definieras som psykisk ohälsa.

I enkätundersökningen som presenteras i denna uppsats framkommer att hälften av de ungdomar som sökt sig till ungdomspsykiatrien upplever åtta eller fler symptom på sömnstörningar utöver de sårbarheter som de sökt hjälp för. Även om författaren är medveten om att en klinisk bedömning bör göras i varje enskilt fall, talar resultatet av enkäten för att många av de ungdomar som passerar ungdomspsykiatrien löper en risk att utveckla mer befästa psykiatriska problem.

Vikten av att uppmärksamma sömnproblem hos ungdomar framkommer i en holländsk studie som undersökt huruvida vissa typer av sömnrubbingar under uppväxten är sammankopplade med senare psykisk ohälsa. Resultatet visade att de som under uppväxten sov mindre än andra skattade mera symptom av ångest, depression och aggressivitet när de var vuxna. Författarna drar slutsatsen att kort sömn sannolikt är en riskfaktor för senare psykisk ohälsa i motsats till mardrömmar och lång sömn (Gregory, Van der Ende, Willis, & Verhulst, 2008).

Barndomen karaktäriseras av intensiv utveckling av kropp och psyke. Det är viktigt att inom barn- och ungdomspsykiatri tar barn och ungdomar på allvar och erbjuder insatser som är avgörande för att de i framtiden ska få åtnjuta ett liv med god hälsa. Sömnrubbingarna i barn och ungdomsåren kan ofta förebyggas och behandlas. Forskningen säger att tidiga åtgärder vid sömnproblem minskar risk för återinsjuknande senare i livet.

Den vanligast förekommande anledningen att sömnstörningar debuterar är kombinationen av förhöjda fysiologiska stressnivåer och oro för att inte kunna somna kommande natt. Det är viktigt att bryta den onda cirkeln så att inte tillståndet bildar en ny och högre permanent basnivå, i kontrast till homeostas där alla biologiska reaktioner återgår till den ursprungliga vilonivån (Åkerstedt, 2/2004).

För oss som arbetar med barn och ungdomar är det viktigt att veta vad som McEwen & Russell (2005) beskriver att ungas upplevelse av stress inte är den samma som den vuxnes. Det tar ca 20 år för ett barn att utveckla vuxenmogna upplevelser. Vad som barnet uppfattar som trygghet och hot, liv och död, tid och rum samt egen och andras integritet skiljer sig från vuxnas. Skillnaden är stor mellan vad barn upplever som stressigt, hotfullt, skadligt eller skrämmande jämfört med vuxna. I tonåren uppvisar barn ofta stressreaktion i form av depressivitet, asocialitet och ofullgången strävan efter självständighet. Den unges upplevelse av yttre stressfaktor tycks vara beroende av dess innehåll och intensitet snarare än vilken faktor det rör sig om (McEwen & Russell, 2005).

#### **24h samhället och dess effekter på ungdomars sömnvanor**

Förändrade samhällsförhållanden påverkar ungdomars uppväxtvillkor och får direkt återverkningar på hälsan vad gäller sömn, matvanor och fysisk aktivitet. Författaren konstaterar att ungdomars sömnvanor har rejält förändrats de sista årtiondena bland annat genom ny teknik och datorns inträde i hemmen. Ungdomar och sömn visar på en förändring av sociala mönster som behöver förstås och uppmärksammas.

Klingberg (2007) menar i sin bok att våra hjärnor idag är översvämmade. Känslan av att vara okoncentrerad är relaterad till skillnaden mellan kraven och vår kapacitet.

Informationsmängden minskar inte förmågan utan lägger i stället en extra vikt på kraven. Kopplingen mellan ökningen av informationsflödet och stress bör uppmärksammas då forskningen visar att höga halter av stresshormoner har negativ påverkan på hjärta, immunförsvar och hjärnan (Klingberg, 2007).

I denna uppsats enkätundersökning framgår att 69 % av ungdomarna sover för lite, och att 64 % har problem med dygnsrytmen. Det är författarens åsikt att många av de upplevda sömnproblemen har sin början i rubbade sömncykler på grund av att ungdomarna är uppkopplade ständigt, och kommunicerar med varandra under hela dygnet via sociala medier och SMS. Vidare menar författaren av egen erfarenhet att många ungdomar som söker till psykiatri lider av stress uppkommet av höga prestationskrav. Och eftersom den höga arousal-nivå som en effekt av stress menligt påverkar förmågan att somna in, hamnar ungdomen snabbt i en ond cirkel.

Samhället utvecklas i en mycket snabbare takt än vad vi hinner anpassa våra kroppar och hjärnor till. Det kan leda till att fler människor kan komma att lida av sömnlöshet i framtiden. Kanske en av epidemiska proportioner. Skulle detta vara ett faktum är det av stor vikt att vi inom Barn- och ungdomspsykiatri är förberedda och vet att förhålla oss till det ökade behovet av hjälp. Om inte Barn och ungdomspsykiatri kan erbjuda hjälp kan man ställa sig frågan, vem ska då göra det.

Det är också viktigt att skolor undervisar barn och ungdomar om sovmått och dygnsrytmvanor och värdet av att minimera ljus på kvällarna och mycket ljus på dagtid för att minimera sömnproblem.

### **Nuläget inom BUP**

Många som arbetar inom barn- och ungdomspsykiatri vet att de flesta typer av psykiskt betongade problem hos barn och ungdomar kan vara förenade med sömnproblem. Lidandet av sömnstörningar kan bli särskilt stort vid ångeststörningar och depressioner men också för ungdomar med neuropsykiatriska problem. Genom att vi ibland missar att uppmärksamma sömnproblem kan det ha återverkningar på behandlingsresultatet vi måste påminna oss om att sömnstörningar har en diagnos och att det är vårt ansvar att ställa den. Författarens modell kan utgöra startpunkten i en diskussion om hur BUP kan se på sambanden mellan sömnstörningar och psykisk ohälsa, och i vilka faser det finns möjlighet för intervention.

Nyligen presenterades i ett reportage i Dagens Eko, Hanberger (2010) att sömnmedel och lugnande medel ökar kraftigt bland barn. Enligt Apotekets statistik har försäljningen ökat med 54,7 procent mellan de senaste tre åren. I reportaget säger drogexpert överläkare Kaj Knudsen på Sahlgrenska sjukhuset att riskerna för självmord ökar bland unga som använder lugnande medel.

På Dagens Ekos hemsida sammanfattar Kaj Knudsen vidare att ”Många ungdomar mår inte bra. Om man då har sömntabletter och även antidepressiva läkemedel som kan vara väldigt farliga vid en överdos ser vi att det leder till fler självmordsförsök med läkemedel. Det är alltså inte så att vi har fler ungdomar som har tunga psykiatriska diagnoser utan det här har att göra med de levnadsförhållanden som barn och unga lever under” (Hanberger, 2010).

Inom BUP verksamheten råder det oklarhet över hur vi ska behandla ungdomar med sömnproblem då det saknas riktlinjer. Författarens undersökning visar att sömnproblem är mer utbrett – utifrån ungdomarnas egna upplevelser – än vad som fångas upp inom verksamheten. Om vi ska ta vår baskompetens på allvar måste vi därför utveckla och förtydliga våra färdigheter inom området. Författaren menar att det saknas väldefinierade riktlinjer för vad BUP verksamheten ska erbjuda när det gäller sömnproblem ett av de mest basala behoven som skall tillgodoses.

Sömnstörningar kan påverka behandlingen av ångesttillstånd och depressioner, och kan i sig självt vara grundorsaken till psykiska problem hos ungdomar. Därför anser författaren att det är imperativt att barn och ungdomspsykiatrin utvecklar sin kompetens för såväl diagnostisering som behandling av sömnproblem hos barn och ungdomar.

I Rutter´s Child and Adolescents Psychiatry, Harvey et al. (2008) uppmärksammar man insomningsproblem som ett stort problem bland barn och ungdomar. I boken beskrivs två teoretiska perspektiv som är användbara vid förståelsen vid insomni. En vaksamhet – undvikande modell där sömn och vaksamhet representerar varandras motsatser. För att kunna sova är det viktigt att vända bort sin vaksamhet och lyhördhet för hot från den yttre miljön. Förlusten av vaksamhet och lyhördhet vid sömn medför att behovet att säkra platser och tider begränsas. Individer med hög grad av ångest och vaksamhet och upplevda hot har ofta svårt att somna, och en ständigt hög nivå av oro och vaksamhet baserat på upplevda hot kan leda till kroniska sömnsvårigheter. Barn som tidigt i livet utsätts för hot och anpassat sig därefter, har utvecklat ett ältande tänkande vid sänggående, vilket naturligtvis ökar vaksamheten och ger störningar vid insomningen. Lika problematiskt kan det bli när oroliga ungdomar undviker att gå och lägga sig (eller går upp ur sängen igen) för att slippa det plågsamma sänggåendet. De väljer att studera, titta på tv, eller umgås via internet eller mobiltelefoner. Beteendemönster som ofta leder till att ungdomar somnar väldigt sent under vardagkvällar och får för lite sömn genom att de måste upp tidigt och gå till skolan (Harvey & Dahl, 2008).

Hos ungdomar som lider av ångest kan dessa båda mönster av vaksamhet och undvikande leda till extremt problematiska sömnvanor. Vad som kan vidmakthålla problemet är att sovrummet och dess miljö betingar till stress som medför upprätthållande av sömnstörningen (Harvey & Dahl, 2008).

Det är angeläget utveckla kunskapen om kartläggning och behandling av insomni hos behandlare inom psykiatri. Det är viktigt att förstå vilka olika typer av sömnproblem som kan drabba barn och ungdomar. Vi behöver diagnostiska hjälpmedel och verktyg för att kunna bedöma graden av sömnstörningar och därmed veta när vi ska eller behöver behandla. Likaså är differentialdiagnostisering viktig även om det kan både vara komplicerat och ta tid. Tonåringar har ofta en förskjuten dygnsrytm där de i stor utsträckning vänder på dygnet. Författaren vill uppmärksamma denna pubertetströtthet som riskfaktor för sömnstörning vid exponering av de nya vanor och beteende som uppstått som en följd av 24 timmarssamhället. Här gäller det att ta reda på de bakomliggande orsakerna och samtidigt försöka se vad som kan motivera tonåringen till en förändring.

Barn och ungdomspsykiatri bör kunna erbjuda evidensbaserad behandling. Kognitiv beteendeterapi har i många studier visat sig vara en bra metod att hjälpa personer med sömnproblem, och gruppbehandling är ett effektivt alternativ. Behandlingstiden kan vara relativt kort, och behandlingseffekterna består, eller förbättras, över tid. I Rutter's Child and Adolescents Psychiatry, 5 th Edition, Harvey et al. (2008) betonar man konsekvent de beteendemässiga principer och beteendemässiga strategier för sömnproblem, eftersom det har ett stort pragmatiskt värde för att förstå och genomföra dessa inom många områden av klinisk praxis. Genom kognitiv och beteendearterad behandling kan man få ungdomar att både öka och förbättra sin sömn. Det finns få risker - och potentiellt många fördelar (Harvey & Dahl, 2008).

## Konklusion

Informationstekniken gör det möjligt att kommunicera via sociala medier och SMS varsomhelst och närsomhelst och många ungdomar lockas att hålla sig konstant uppdaterade. 24-timmarssamhället har kommit för att stanna, oavsett vi vill det eller inte, med tillgänglighet dygnet runt.

Samtidigt ser vi en kraftig ökning av barn och ungdomars stress och psykiska ohälsa, vi får ta del av allt fler larmrapporter om sömnstörningar som ett utbrett fenomen, och förskrivningen av sömnmediciner ökar i samhället.

Ungdomars relation till sömn visar på en förändring av sociala beteenden som behöver uppmärksammas. Brist på sömn orsakar utmattning, depression, sänkt förmåga till inläring, minskad kreativitet, sämre korttidsminne, och sämre förmåga till överblick över livssituationen.



De negativa tankar som utvecklas ökar risken för allvarliga sömnstörningar som också kan leda till sårbarheter som i sin tur kan leda till psykisk ohälsa. Resultatet av min undersökning visare att sömnproblem är väl utbrett bland ungdomar som sökt till psykiatrin, och oavsett om

sömnproblemen utgör ett hinder för en effektiv behandling eller om sömnstörningarna är den utlösande faktorn, måste Barn och Ungdomspsykiatri ta ungdomars sömnproblem på allvar.

Författaren menar att det torde vara av stort intresse att utveckla framgångsrika behandlingsmetoder specifikt för ungdomar som lider av sömnproblem för att förhindra en ogynnsam hälsoutveckling bland barn och ungdomar.

### **Tillkännagivanden**

Jag vill tacka min familj, framför allt min man Lars som gjort det möjligt att skriva denna uppsats, som envist uppmuntrat och trott på mig - utan dig har det inte gått!

Britta och Gustav, under dessa tre år har ni utvecklats till de ljuvligaste ungdomar.

Tack mamma för alla dina nyfikna och stödjande telefonsamtal.

Ett särskilt stort Tack till min vän och handledare Johanna Ulfvarson som läst, granskat och kommenterat och som dessutom lyckats förmedla att det går att skriva en uppsats!

Tillsammans med dig ser jag nya utmaningar.

Avslutningsvis vill jag tacka sekreterarna på BUP Danderyd, Ann Ekman och Lina Lundström för all administrativ hjälp, enhetschef Henrik Svanström som varsamt stöttat mig och överläkare och vän Beata Vereby som inspirerat och väglett mig.



## Referenslista

American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim Press.

Barn och ungdoms psykiatri, Stockholms läns landsting. (den 29 mars 2010). *Patientstatistik ur Pastill*. Danderyd, Stockholms län, Sverige: Stockholms läns landsting.

Gregory, A. M., Van der Ende, J., Willis, T. A., & Verhulst, F. C. (04 2008). Parent-Reported Sleep Problems During Development and Self-reported Anxiety/Depression, Attention Problems, and Aggressive Behavior later in Life. *American Medical Association*, ss. 330-342.

Hanberger, J. (den 03 05 2010). *Allt fler unga äter sömnmedel*. Hämtat från [www.sverigesradio.se](http://www.sverigesradio.se): <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=3668487> den 03 05 2010

Harvey, A. G., & Dahl, R. E. (2008). Sleep disorders. i D. B. M. Rutter, *Rutter's Child and Adolescents, 5 th edition* (ss. 894-904). Blackwell Publishing, ISBN:978-1-4051-4549-7.

Harvey, A. G., & Dahl, R. E. (2008). Sleep disorders. i M. Rutter, D. Bishop, S. Scott, J. Stevansson, E. Taylor, & A. Thapar, *Rutter's Child and adolescent Psychiatry, 5 th edition* (ss. 894-904). Blackwell Publishing, ISBN:978-1-4051-4549-7.

Jansson, M. (den 01 03 2006). *Insomnia- Psykologiska mekanismer och KBT-behandling*. Hämtat från Webbsokraten . den 04 03 2010

Jonsson, B. (2010). *Ungdomar med sömnproblem*. Stockholm: Svenska institutet för Kognitiv psykoterapi.

Klingberg, T. (2007). *Den översvämmade hjärnan. En bok om arbetsminne, IQ och den stigande informationsfloden*. Stockholm: Natur och Kultur.

Koskenvuo, K., Hublin, C., Partinen, M., Paunio, T., & Koskenvuo, M. (2009). *Childhood adversities and quality of sleep in adulthood: A population-based study of 26.000 Finns*. Finland: Department of Public Health, University of Helsinki.

Linton, S. J. (2002). *Sov bättre*. Västerås: ICA bokförlag.

Lowden, A. (2010). Varför blir unga så trötta i skolan. *Temadag om stress och trötthet*. (ss. 1-25). Stockholm: [www.stressforskning.su.se](http://www.stressforskning.su.se).

McEwen, B. S., & Russell, R. D. (2005). Utveckling av stressresponens hos den växande individen från nyföddhetsperiod till pubertet. i R. Ekman, & B. Arnetz, *Stress, individen, samhället, organisationen, molekylerna* (ss. 93-101). Stockholm: Liber AB.

- Nordgren, M. (den 15 02 2010). Majas sömnproblem. Läkaren: Sök hjälp vid långvariga problem". *Dagens Nyheter* , ss. 18-19.
- Oetzel, K., & Scherer, D. (2003). Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. i K. Oetzel, & D. Scherer, *Therapeutic Engagement With Adolescents in Psychotherapy* (ss. 215-225).
- SCB, S. C. (2008). *Undersökningar av barns levnadsförhållanden (Barn-ULF), psykosomatiska besvär 2007/08*. Örebro: SCB, Statistiska centralbyrån.
- Smedje, H. (den 21 03 2004). Sömn hos barn och ungdomar. Hämtat från [www.somnhjalpen.se](http://www.somnhjalpen.se).
- Smedje, H. (den 10 02 2004). *Sömproblem hos barn och ungdom, information för sjukvårdspersonal*. Hämtat från [www.akademiska.se](http://www.akademiska.se): [www.akademiska.se/templates/page\\_\\_\\_27620.aspx](http://www.akademiska.se/templates/page___27620.aspx) den 02 03 2010
- Smedje, H., Allik, H., & Larsson, J.-O. (den 21 10 2008). Barns sömnproblem måste tas på allvar. *Läkartidningen, nr 43* , s. 5.
- SOU, S. o. (2006:77). *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa: analyser och förslag till åtgärder*.
- Stepanski, E., & Rybarczyk, B. (2006). Emerging research on the treatment and etiology of secondary or comorbid insomnia. *Sleep Medicine Review, 10* , ss. 7-18.
- Söderström, M. (2009). *Sömn, sov bättre med kognitiv beteendeterapi*. Falun: Viva.
- Söderström, M. (2009). *Vila. Om den sköna konsten att varva ned*. Stockholm: Bokförlaget Bonnier Existens 2009.
- Wagner, K. (den 1 januari 2010). *ErukAlert*. Hämtat från [www.eurekaalert.org/pub\\_release/2010-01/aaos-ebm122809.php](http://www.eurekaalert.org/pub_release/2010-01/aaos-ebm122809.php) den 4 januari 2010
- Wallskär, H., & Åkerstedt, T. (2008). Sömnbrist ett hälsohot. i H. W. Torbjörn Åkerstedt, *Goda sömnboken. Hur du får bättre sömn* (ss. 18-19). Nacka: Brombergs bokförlag.
- Åkerstedt, T. (2/2004). Ge sömnen tid. *Forskning och framsteg* .
- Åkerstedt, T. (2010). Stress och störd sömn. *Temadag om stress och trötthet*. (ss. 1-48). Stockholm: [www.stressforskning.su.se](http://www.stressforskning.su.se).
- Åkerstedt, T. (2001). *Sömnens betydelse för hälsa och arbete, fakta och goda råd*. Järvsö: Bauer Bok.
- Åkerstedt, T., & Kecklund, G. (2005). Stress och sömn. i E. Rolf, & B. Arnetz, *Stress, individen, samhället, organisationen, molekylerna* (s. 235). Stockholm: Liber AB.

## Bilaga 1: Enkäten

### **SÖMNPROBLEM HOS BARN OCH UNGDOM** För screening i klinisk verksamhet, H. Smedje 2004

Ålder: \_\_\_\_\_ Kön: flicka  pojke  Dagens datum: \_\_\_\_\_

Det går bra att specificera problemen genom att göra understrykningar i frågorna eller genom kommentarer längst ner på sidan.

<b>SÖMNLÖSHET, DYGNSTRYTM, SÖMNHYGIE</b>	<b>JA</b>	<b>NEJ</b>
Ofta motvilja eller vägran gå till sängs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rädsla stör insomning/sömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har svårt att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaknar under natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har problem med dygnsrytmen (svårt somna/vakna vid önskvärda tidpunkter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sover för lite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oregelbundna sömnvanor/bristande sömnhygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SNARKNING ELLER ANDNINGSBESVÄR UNDER SÖMN</b>	<b>JA</b>	<b>NEJ</b>
Kraftig snarkning, andningssvårigheter eller andningsuppehåll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>BESVÄRANDE FENOMEN I SAMBAND MED SÖMN (PARASOMNIER)</b>	<b>JA</b>	<b>NEJ</b>
Går i sömnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plötslig skräckattack under sömn, skriker, är otröstlig och svår få kontakt med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaknar till under natten, men är omtöcknad och svår få kontakt med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har mardrömmar (vaknar av skrämmande dröm, illa berörd, behov av tröst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oro, obehag eller "sprattel" i benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gnisslar tänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kissar i sängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talar i sömnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rytmsiska rörelser vid insomning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra besvärande händelser under sömn (vänligen specificera nedan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>BESVÄRANDE SÖMNIGHET OCH ANDRA SYMPTOM</b>	<b>JA</b>	<b>NEJ</b>
Svårt att vakna på morgonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnig under dagarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tupplurar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnattacker dagtid, kan somna mitt i en aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livliga eller skrämmande drömsyner vid insomning eller uppvaknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förlamningskänsla vid insomning eller uppvaknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plötslig muskelsvagheter under dagarna, t ex vid skratt eller sinnesrörelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ÖNSKEMÅL OM HJÄLP FRÅN SJUKVÅRDEN</b>	<b>JA</b>	<b>NEJ</b>
Finns det sömnproblem som ni önskar få hjälp med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Var vänlig beskriv de sömnproblem som känns viktigast att få hjälp med. Ta gärna upp övriga kommentarer.

---

---

## Bilaga 2: Brevet till föräldrarna



Barn- och ungdomspsykiatri

2009-09-20

### **Till målsman och ungdom mellan 13-17 år**

Tonåringar och unga är den åldersgrupp i vårt samhälle där sömnproblemen nu ökar snabbast. En femtedel av svenskarna i åldersgruppen 16-24 år har besvär med sömnen.

Vi på Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen i Danderyd tycker det är mycket angeläget att förstå hur stort behovet är. Därför genomför vi nu en undersökning för att kvalitetssäkra verksamheten. Vi behöver din hjälp med att uppmuntra ditt barn att medverka i studien som riktar sig till ungdomar mellan 13-17 år. Deltagandet är frivilligt och påverkar på inget sätt vården i övrigt. Vi vill undersöka ungdomars egen upplevelse av sina sömnvanor.

Det medföljande frågeformuläret skall fyllas i av ungdomen själv och tas med vid besöket på BUP. Frågeformuläret läggs i en låda som är placerad i receptionen.

Skulle man ha glömt frågeformuläret går det fråga efter ett nytt som då fylls i på plats och därefter läggs i lådan vid receptionen.

Undersökningen pågår under perioden 090921-100131.

De som deltar är anonyma och är skyddade av sekretesslagen. Numreringen är till för kontroll och uppgifterna kommer att avidentifieras.

Resultaten av undersökningen kommer att sammanställas i ett examensarbete vid Umeå universitet. Ansvarig för undersökningen och författare till examensarbetet är Anna-Britta Backhans, socionom och medarbetare på BUP mottagningen Danderyd. Hon går en steg II utbildning i Kognitiv psykoterapi vid Umeå universitet. Examensarbetet beräknas vara klart juni 2010 och kan beställas av Anna-Britta Backhans.

Stort tack på förhand!

Enhetschef

Socionom

Henrik Swanström

Anna-Britta Backhans

08-514 521 00

08-514 521 22

Adress: BUP Danderyd, Vendevägen 90, 3tr, 182 32 Danderyd

## Bilaga 3: Påminnelsebrev



Barn- och ungdomspsykiatri

2009-09-20

### Påminnelse

#### Till målsman och ungdom mellan 13-17 år

Detta är en påminnelse om en enkät om ungdomars sömnvanor som tidigare skickades ut i samband med nybesöket (se medföljande brev och enkät).

Om ni har svarat vänligen ignorera detta brev.

Enhetschef

Socionom

Henrik Swanström

Anna-Britta Backhans

08-514 521 00

08-514 521 22