

Sömnpblem hos barn och ungdom

Information för sjukvårdspersonal

OM DOKUMENTET

Dokumentet orienterar om sömn och sömnpblem hos barn och ungdom. Skriften är alltså inte ett vårdprogram.

Informationen kommer att uppdateras och vidareutvecklas. Synpunkter och förslag på kompletteringar av innehållet mottages därför tacksamt via e-post

hans.smedje@akademiska.se.

Informationen baseras på min egen kliniska erfarenhet och forskning, och på litteratur om sömnområdet. Följande böcker är viktiga referenser och rekommenderas för fördjupning:

A Clinical Guide to Pediatric sleep. Diagnosis and Management of Sleep Problems. Jodi A. Mindell & Judith Owens (2003). ISBN 0-7817-4012-6.

A Clinical Guide to Sleep Disorders in Children and Adolescents. Gregory Stores (2001) ISBN: 0521 65398 3 paperback.

Sleep Disturbances in Children and Adolescents with Disorders of Development: its Significance and Management. Edited by Gregory Stores and Luci Wiggs (2001). ISBN 1 898683 24 7.

The International Classification of Sleep Disorders Revised. Diagnostic and coding manual. American Academy of Sleep Medicine (2001). ISBN: 0-9657220-1-5.

Pediatric Sleep Medicine. Stephen H. Sheldon, Jean-Paul Spire, Howard B. Levy (1992). ISBN 0-7216-3374-9.

Hans Smedje, överläkare
Neuropsykiatriska utredningsenheten ("sömn")
Barn- och Ungdomspsykiatriska kliniken
Akademiska Sjukhuset
SE-751 85 Uppsala
Tel 018-6112581

Tidpunkt för senaste uppdatering: 2004-02-10.

INNEHÅLL

Om dokumentet

Introduktion

Grundläggande om sömn

Det är viktigt att uppmärksamma sömnproblem hos barn och ungdom

Så utvecklas sömnen och sömnbehovet

Risikfaktorer för sömnproblem

Undersökning

Screeningfrågor (se även appendix 1)

Sömndagbok (se även appendix 2)

Fördjupad bedömning av sömn och sömnproblem

(1) Detaljerad sömnanamnes

(2) Medicinsk bedömning

(3) Social bedömning

(4) Psykiatrisk och utvecklingsmässig bedömning

(5) Polysomnografi och andra specialundersökningar

Sömnhygien

Allmänna riktlinjer

Sömnhygien och vanliga sömnsvårigheter i olika åldersperioder

Specifika sömnstörningar och sömnproblem

Sömnlöshet, dygnsrytm, sömnhygien

Motvilja eller vägran gå till sängs

Rädsla försvårar insomning/sömn

Har svårt somna

Vaknar under natten

Problematiske dygnsrytm (svårt somna/vakna vid önskvärd tidpunkt)

Sover för lite, oregelbundna sömnvanor/bristande sömnhygien

Snarkning, andningssvårigheter under sömn

Kraftig snarkning, andningssvårigheter eller andningsuppehåll

Besvärande fenomen i samband med sömn (parasomnier)

Sömngång, nattskräck, omtöcknat uppvaknande, mardömmar

Oro, obehag eller ”sprattel” i benen

Gnisslar tänder, sängvätning, talar i sömnen, rytmiska rörelser

Andra besvärande fenomen i samband med sömn

Besvärande sömnighet och andra symptom

Allmänt om bakgrund och handläggning vid besvärande sömnighet

Specifika tillstånd med onormal sömnighet

Appendix 1 (screening formulär)

Appendix 2 (sömndagbok)

INTRODUKTION

Grundläggande om sömn

Forskningen och den gåtfulla sömnen

De senaste 50 åren har forskningen om sömn gjort stora framsteg, men mycket är ännu en gåta. Grundforskning, tillämpad forskning, och inte minst tvärvetenskaplig samverkan mellan olika discipliner kommer säkert att få fram nya spännande resultat under kommande år.

Klart är dock att sömn är ett övergående tillstånd med minskad mottaglighet för sinnesintryck från omvärlden. Forskarna är eniga om att sömnen hjälper hjärnan och kroppen att sköta vissa reparations- och uppbyggnadsprocesser. Detta är särskilt viktigt under barndomen som ju karakteriseras av intensiv utveckling av kropp och psyke. Kanske är det därför barn behöver mycket mera sömn än vuxna. Vid fem års ålder har ett barn tillbringat mera tid i sömn än i vakenhet. Sömn har alltså betydelse för tillväxt och reparation av kropp och hjärna. Minne och koncentrationsförmåga har också klara samband med sömnen.

Tidigare fanns uppfattningen att hjärnan har ett särskilt sömncentrum. Numera vet man dock att sömnfunktionen inte har sitt säte i någon enskild del av hjärnan eller kroppen. Sömn karakteriseras istället av en aktiv samverkan mellan olika delar av nervsystemet och kroppen.

Sammantaget, barn och ungdomar behöver sömn för att må fysiskt och psykiskt bra, växa och bygga upp immunförsvaret. Utsövda barn har lättare att lära sig saker, de klarar samvaron med kamrater bättre, och har säkert också bättre livskvalitet än barn som lider av sömnbrist.

Sömnens arkitektur

I sömnlaboratorier utförs så kallad polysomnografi med hjälp av EEG (mäter hjärnans aktivitet), EMG (mäter muskelaktivitet) och EOG (mäter ögonrörelser). Polysomnografiska registreringar indelar sömnen i två principiellt olika tillstånd; stadium I-IV-sömn och REM-sömn.

Stadium I-IV sömn

Stadium I är den ytligaste sömnen när den sovande är som mest lättväckt och mottaglig för intryck från omvärlden. Under stadium II blir EEG långsammare, musklerna slappnar av och hjärtat slår långsammare. Parallellt med insomningen sjunker kroppstemperaturen något. Efter de ytliga sömnstadierna I och II följer sömnstadierna III och IV som kallas djupsömn, alternativt deltasömn. Under djupsömn är hjärnans EEG-vågor långsamma, musklerna är mycket avslappnade och EOG visar få ögonrörelser. Barn har mycket djupsömn och är då svårväckta. Under djupsömn utsöndras tillväxthormon.

REM-sömn

REM-sömn (Rapid Eye Movements) kallas också paradoxal sömn eftersom hjärnan och ögonen är mycket aktiva, men den viljestyrda muskulaturen är nära nog förlamad (atonisk). Vi drömmer under REM-sömn, men på grund av muskelatoni omsätts inte drömmarna i motorisk aktivitet. Under REM-fasen är andningen oregelbunden. Andningssvårigheter under sömn, till exempel vid kraftig snarkning, är ofta uttalade under REM-sömn.

Sömncyklerna

Sekvenser av stadium I-IV och REM-sömn återkommer i cykler under natten. Korta nattliga uppvaknanden är också vanliga. Vid dessa uppvaknanden är det vanligt att små barn vill ha föräldrakontakt för att kunna somna om. Detta blir ofta grundvalen för sömnproblem hos små barn, och en vanlig orsak till att de väcker sina föräldrar som därigenom får för lite sömn. Bäst är förstås om barn kan somna om av sig själva efter ett kort nattligt uppvaknande.

Under de första timmarna av natten har barn särskilt mycket djupsömn. Sömngång och nattskräck inträffar under djupsömn. Dessa sömnstörningar förekommer därför vanligen under första delen av natten. Senare under natten ökar andelen REM-sömn. Mardrömmar, som är relaterade till REM-sömn inträffar därför oftare under senare delen av natten.

Regleringen av sömn-vakenhet

De ljuskänsliga suprachiasmatiska kärnorna i hjärnans hypothalamus, den biologiska klockan, styr vår dygnsrytm till ett dygn som är ungefär 24 timmar. Under den mörka delen av dygnet sjunker kroppstemperaturen och halten av mörkerhormonet melatonin är ökad. På morgonsidan minskar melatoninhalten medan halten av hormonet kortisol ökar och kroppstemperaturen stiger. Även andra av kroppens hormoner har en dygnsrytmik. Ny forskning om den komplicerade dygnsrytmen visar att den biologiska klockan påverkas av våra gener och att personlighetsdrag som morgontrötthet delvis kan vara ärftliga. Dygnsrytmen påverkas emellertid inte bara av biologiska faktorer utan också av våra vanor; till exempel av mat- och motionsvanor. En annan faktor som reglerar sömnen är förstås också hur länge vi har varit vakna. En förutsättning för sömn är ju att man har varit vaken tillräckligt länge. De flesta får svårt att somna till natten om de har tagit en sen tupplur. Föräldrar som vill få sitt barn att somna behöver ta hänsyn till detta, och till barnets ”sömnighetsrytm”. Tidpunkten för sängdags behöver sammanfalla med att barnet är på väg att bli sömningt. Andra förutsättningar för sömn brukar vara säkerhet och trygghet, och naturligtvis lugn och ro i sovrummet.

Det är viktigt att uppmärksamma sömnproblem hos barn och ungdom

Sömnproblem hos barn och ungdom är vanliga, ofta långvariga, kan ha allvarliga konsekvenser, och kan medföra lidande för drabbade barn. Omkring 25% av alla barn har betydande sömnproblem under någon period av uppväxten. Ett par procent av alla barn har lider av allvarlig sömnstörning, till exempel snarkning med obstruktivt sömnapné syndrom, eller narkolepsi. Detta är två exempel på sömnstörningar med genomgripande inverkan på barns eller ungdomars livskvalitet och funktionsnivå.

Tillfredsställt sömnbehov är en förutsättning för optimal funktion och utveckling. Sömnproblem är förknippade med försämrade inlärningsförmåga, beteendesvärigheter och sociala samspelsproblem. Grava sömnstörningar kan hämma tillväxten och försämra hälsan. Sömnproblem och sömnbrist hos barn kan också medföra ökad olycksbenägenhet. Barns sömnproblem kan även vara en allvarlig stressfaktor för familj och föräldrar. Föräldrar som ofta blir väckta under natten kan bli svårt utmattade.

Sömnproblem och sömnbrist försämrar samtidigt psykiska eller kroppsliga hälsoproblem. Detta bör beaktas i all vård av barn och ungdomar.

Sömnrubbingar i barn och ungdomsåren kan ofta förebyggas eller behandlas. Bra sömnvanor kan minska risken för vissa typer av sömnstörningar. Information, till exempel inom ramen för föräldrautbildningar, om vilka olika typer av sömnproblem som kan drabba barn kan öka föräldrars möjlighet att tidigt söka hjälp. De flesta sömnproblem kan alltså behandlas. Ofta genom beteendemodifikation (förändrade sömnvanor), men även medicinska behandlingar används.

Så utvecklas sömnen och sömnbehovet

Många föräldrar undrar hur mycket sömn deras barn behöver. Det viktigaste svaret brukar vara ”tillräckligt för att vara utvilad”. Under mitt avhandlingsarbete frågade jag föräldrar till sexåringar om de hade en uppfattning om hur mycket sömn deras barn behövde. De flesta föräldrar hade en ganska klar uppfattning om sitt barns sömnbehov, liksom om barnens reaktionsmönster när de hade sovit för lite. Sexåringar blev ofta irriterade, lite ledsna eller överaktiva vid sömnbrist.

Nedan beskrivs utvecklingen av barns sömn och sömnbehov. Det hela utgår från statistiska genomsnitt och man bör därför ha i bakhuvudet att individuella variationer är vanliga.

Foster och prematura barn

Regelbunden växling mellan aktivitet och vila, en begynnande dygnsrytm, börjar visa sig i vecka 28-32. Kring vecka 30 utvecklas en tidig form av REM-sömn, och några veckor senare uppträder en tidig form av stadium I-IV-sömn.

Vid födelsen

Fullgångna nyfödda sover 16-20 timmar per dygn i perioder som vanligen är 3-4 timmar långa. Nyfödda har inte ännu utvecklat sin dygnsrytm, och REM-sömn dominerar sömnarkitekturen. Inom en månad efter födelsen påbörjas anpassningen till en 24 timmars dygnsrytm. Denna anpassning är baserad på både ljus-mörker och sociala stimuli; främst matningen.

Spädbarn

Sex månader gamla spädbarn sover vanligen 14-16 timmar per dygn. Vid nio månaders ålder kan många ”sova genom natten” (ca 00-05). Under första året minskar andelen REM-sömn, och stadium I-IV-sömn ökar. Vid slutet av första året sover barn 13-15 timmar per dygn.

1-3 år

Djupsömnens andel av sömnen fortsätter att öka. Att ha mycket djupsömn är en del av den normala utvecklingen, men kan predisponera vissa barn för parasomnier som sömngång. Den sammanlagda sömntiden under ett dygn är vanligen 12-13 timmar. Vid ett års ålder sover de flesta barn två gånger under dagen, medan de flesta treåringar klarar sig med en tupplur per dag.

3-6 år

Den totala sömntiden är 10-12 timmar. Stadium I-IV sömn dominerar och barnet är svärvt under djupsömn. De flesta femåringar har slutat ta tupplurar.

6-12 år

Barn i dessa åldrar sover vanligen 9-11 timmar per dygn. Tupplurar och sömnhet under dagen är ovanligt. När barnet blir äldre uppkommer ofta en skillnad mellan sömnen under skolveckan och sömnen under helger och lov. Äldre barn tenderar att gå till sängs senare under lediga dagar än under skoldagar och många vaknar senare på helgdagar än på skoldagar. I tonåren ökar ofta skillnaden mellan skoldagar och lediga dagar ytterligare. Ibland leder detta till problem med dygnsrytmen. Att somna sent fredag och lördag kväll och att sova länge på lördags- och söndagsmorgnar kan göra det svårt att somna på söndag kväll. För många blir det sedan svårigheter att vakna på måndagsmorgonen.

Tonår

De flesta behöver 8-9 timmars sömn, men många sover för lite. Många tonåringar har också oregelbundna tider för sömn och vakenhet; insomnings- och uppstigningsproblem under skoldagar, sen insomning och sen uppstigning under helger. Problem med dygnsrytmen är vanliga och kan bero av endera, eller flera av följande faktorer i samverkan; sociala vanor, bristande sömnhygien, biologiska faktorer eller psykisk problematik.

Risikfaktorer för sömnproblem

Utvecklingsrelaterade faktorer kan disponera för sömnstörningar

Under spädbarnsåret har barnet stor andel yttlig sömn och instabil dygnsrytm. Barnet är lättväckt, och vaknar ofta.

Under småbarnsåren har många barn svårt att komma till ro och många nattuppvaknanden. Ibland sammanhänger detta med mindre lyckade sömnvanor (se sömnassociationer). Många forskare anser att barn som tidigt blivit vana vid att somna på egen hand löper mindre risk att drabbas av sådana sömnsvarigheter (se kapitlet om sömnhygien).

Stora andel djupsömn hos två-tioåriga barn är normalt, men kan disponera för sömnstörningar som sömngång och nattskräck.

I åldrarna ca två-tio år har många barn stora halsmandlar och körtlar bakom näsan. Dessa vävnader gör ibland övre luftvägarna trånga och kan ge upphov till andningssvarigheter och snarkning under sömn. Barnets medfödda anatomi, övervikt, och andra faktorer, kan också orsaka andningssvarigheter under sömn.

I tonåren kan sociala vanor, biologiska förändringar och ökad benägenhet för depressioner leda till sömnproblem och dygnsrytmstörningar.

Kroppslig sjukdom och smärta

Flera typer av kroppsliga sjukdomar kan medföra sömnsvarigheter. Sömnbrist kan sedan försämra barnets livskvalitet och allmänna motståndskraft. Överkänslighet mot komjolk, astma, kliande eksem och öroninflammationer är exempel på relativt vanliga tillstånd som kan försämra sömnen. Även mindre vanliga sjukdomstillstånd som epilepsi, diabetes och barnreumatism kan kompliceras av sömnproblem. Föräldrar till barn med hälsoproblem och sömnsvarigheter bör ta upp problemen med sin läkare eller annan vårdpersonal.

Mentala handikapp

Barn och ungdomar med utvecklingsstörningar eller autism har ofta sömnproblem.

Det finns vanligen tre principella bakgrundsfaktorer till sömnsvårigheter hos barn med mentala handikapp:

1. Barnets beteendeproblem och inlärningssvårigheter kan försvåra inläringen av lämpliga sömnvanor och sömnhygien.
2. Avvikande hjärnfunktioner kan försvåra sömn-vakenhetsregleringen. Oregelbunden dygnsrytm kan leda till att barnet sover under dagen, och får svårt att sova nattetid.
3. Kroppsliga hälsoproblem är vanliga hos barn med mentala handikapp och kan bidra till störd sömn. Kramper hos autistiska barn, andningssvårigheter hos barn med Downs syndrom, och gastroesofageal reflux hos barn med grav utvecklingsstörning utgör exempel.

Sömnproblem hos barn med mentala handikapp kan öka vårdtyngden och stressen på föräldrarna. Trots att bakgrunden till sömnproblem hos barn med mentala handikapp är komplicerad, så kan enkla åtgärder ibland vara till stor nytta. Det är viktigt att stödja barnets föräldrar så att de orkar genomföra sömnhygieniska förändringar.

Psykiatriska problem

De flesta typer av psykiskt betonade problem hos barn kan vara förenade med sömnproblem. Särskilt ångeststörningar och depressioner leder till sömnsvårigheter som ökar barnets lidande. Även överaktivitet och koncentrationsstörningar är ofta förenade med sömnproblem. Varje bedömning av sömnstörningar hos barn och ungdom ska innefatta en bedömning av barnets psykiska förutsättningar och välbefinnande. Ett formulär; SDQ-Sve, för en första screening av psykiska svårigheter hos 3-16-åriga barn och ungdomar återfinns på www.sdqinfo.com. Se under rubriken "questionnaires"-- Swedish

Social oro och missbruk

Bra sömn förutsätter lugn och trygghet, liksom adekvat gränssättning och vettiga vanor. Att man verkligen stänger av TV och dator, och går till sängs vid lämplig tidpunkt. Barn och ungdomar som lever i otrygga hemsituationer, och som har föräldrar som inte orkar ta sitt vuxenansvar, får ofta problem med sömnen. Mobbing och andra intrång på personlig integritet är andra exempel på omständigheter som ofta medför sömnsvårigheter.

Missbruk hos tonåringar kompliceras ofta av sömnstörningar. Ofta beror detta på en kombination av sociala, psykiatriska och toxiska effekter.

UNDERSÖKNING

Screeningfrågor

Se nästa sida, och separat version för utskrift i appendix. Formuläret kan fyllas i av förälder, gärna i samråd med barnet/ungdomen, eller när så är lämpligt av ungdomar själva. Frågorna kan även utgöra grund för klinisk intervju. Följande områden tas upp:

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

Dessutom ingår en öppen fråga om vad familjen anser vara viktigast att få hjälp med.

Screeningformuläret är utformat på grundval av min kliniska erfarenhet, och litteraturstudier. Det är inte validerat eller reliabilitetstestat, och kan inte ensamt vara grund för diagnoser.

Från formuläret i den löpande texten kan man ”klicka sig fram” till de avsnitt som orienterar om respektive sömnproblem.

Tänk på att många barn och ungdomar har flera samtidiga sömnrelaterade problem.

Sömndagbok

Vid utredning av sömnproblem, och vid utvärdering av behandlingseffekter är sömndagbok ofta till stor nytta. Det kan gälla insomningssvårigheter, bristande sömnhygien, nattliga uppvaknanden och, inte minst vid misstanke om dygnsrytmstörning. Sömndagbok som fyllts i under 2-3 veckor underlättar bedömningen. Efter screeningformuläret finns exempel på en sömndagbok. Sömndagboken återfinns även i appendix.

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

Barnets namn och ålder:

Dagens datum:

Frågorna används vid klinisk intervju, eller kan fyllas i av förälder och/eller barnet, ungdomen. Det går bra att specificera problemen genom att göra understrykningar i frågorna eller genom kommentarer längst ner på sidan.

SÖMNLÖSHET, DYGNSTRYTM, SÖMNHYGIE	JA	NEJ	För information klicka här
Ofta motvilja eller vägran gå till sängs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Rädsla stör insomning/sömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Har svårt att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Vaknar under natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Har problem med dygnsrytmen (svårt somna/vakna vid önskvärda tidpunkter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Sover för lite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Oregelbundna sömnvanor/bristande sömnhygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0

SNARKNING ELLER ANDNINGSBESVÅR UNDER SÖMN	JA	NEJ	
Kraftig snarkning, andningssvårigheter eller andningsuppehåll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0

BESVÄRANDE FENOMEN I SAMBAND MED SÖMN (PARASOMNIER)	JA	NEJ	
Går i sömnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Plötslig skräckattack under sömn, skriker, är otröstlig och svår få kontakt med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Vaknar till under natten, men är omtöcknad och svår få kontakt med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Har mardrömmar (vaknar av skrämmande dröm, illa berörd, behov av tröst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Oro, obehag eller "sprattel" i benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Gnisslar tänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Kissar i sängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Talar i sömnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Ritmiska rörelser vid insomning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Andra besvärande händelser under sömn (vänligen specificera nedan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0

BESVÄRANDE SÖMNIGHET OCH ANDRA SYMPTOM	JA	NEJ	
Svårt att vakna på morgonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Sömnig under dagarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Tupplurar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Sömnattacker dagtid, kan somna mitt i en aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Livliga eller skrämmande drömsyner vid insomning eller uppvaknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Förlamningskänsla vid insomning eller uppvaknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Plötslig muskelsvaghet under dagarna, t ex vid skratt eller sinnesrörelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0

ÖNSKEMÅL OM HJÄLP FRÅN SJUKVÅRDEN	JA	NEJ	
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.

.....
.....
.....
.....

Formuläret besvarades av:

Sömndagbok

Vid utredning och behandling av sömnproblem är det värdefullt att registrera sömnen dag för dag med hjälp av dagbok. Det brukar vara bäst att fylla i sömndagboken påföljande dag på morgonen.

Barnets namn och ålder:

	Läggtid: kl.	Tid det tog att somna (min)	Nattsömnens längd (tim, min)	Vaknade på morgonen (kl)	Kommentarer, ex nattliga uppvaknanden, tupplurar, mardröm, sjukdom
Sö/Må					
Må/Ti					
Ti/On					
On/To					
To/Fre					
Fre/Lö					
Lö/Sö					
Sö/Må					
Må/Ti					
Ti/On					
On/To					
To/Fre					
Fre/Lö					
Lö/Sö					
Sö/Må					
Må/Ti					
Ti/On					
On/To					
To/Fre					
Fre/Lö					
Lö/Sö					

Sömndagboken fylldes i av (var vänlig specificera):

.....

Fördjupad bedömning av sömn och sömnproblem

Oftast är det föräldrar som uppmärksammar och söker hjälp för barnets sömnproblem. Det händer dock ofta att barn och ungdomar upplever sömnsvårigheter som föräldrarna inte känner till. Barnet bör därför ges möjlighet att själv berätta om sin situation och sömn.

Förälder är dock alltså vanligen den viktigaste informatören, och det är viktigt att från början ta upp en bra anamnes (sjukdomshistoria). Utredningen anpassas sedan till det enskilda fallet. Undersökning och utredning kan omfatta följande moment:

- (1) detaljerad sömnanamnes, ofta som komplement till screeningfrågorna och sömndagbok under 2-3 veckor;
- (2) medicinsk anamnes och somatisk undersökning;
- (3) social anamnes
- (4) psykiatrisk och utvecklingsmässig bedömning.
- (5) polysomnografi eller andra specialiserade undersökningar

En grundläggande bedömning (se punkt 1-4) leder ibland till beslut om kompletterande undersökningar (se punkt 5); till exempel utvidgad barnpsykiatrisk eller medicinsk utredning, eller polysomnografi (neurofysiologisk undersökning i sömnlaboratorium eller kliniskt neurofysiologiskt laboratorium).

(1) Detaljerad sömnanamnes

Kompletterar screeningfrågorna.

Det är viktigt att tänka på att olika typer av sömnproblem ofta överlappar varandra, och att de kan ha varierande orsaker. Differentialdiagnostik är viktig, även om den kan vara besvärlig och tidsödande.

Problembeskrivning

- detaljbeskrivning av problemet
- problemets debut och utveckling
- när är problemen störst-minst
- medicinska eller psykologiska faktorer som utlöst eller underhåller sömnproblemet
- sociala omständigheter som påverkar problemet (ex. bättre under helgdagar än under skoldagar; blir väckt av yngre syskon etc.)
- sömnproblemets effekt på barnets funktionsnivå och välbefinnande
- sömnproblemets konsekvenser för föräldrarna

Kartläggning av barnets sömn--vakenhetsmönster en typisk vecka

- kvällsaktivitet (lek, konflikter, TV, dator, träning etc)
- nattningsrutiner (tidpunkt och med vilken regelbundenhet barnet går till sängs, vem/vilka – som ansvarar för ”nattningen”)
- när somnar barnet
- störande episoder/symptom vid insomningen och under natten (ex snarkning, oro eller ”sprattel” i benen)

- nattliga uppvaknanden (och barnets och föräldrarnas beteende då)
- tider för uppvaknande och uppstigning
- vaknar spontant eller väcks, svårväckt
- aktivitet och födointag under dagarna
- tupplurar och sömnighet under dagen
- har barnet regelbunden eller oregelbunden dygnsrytm
- är barnet uttalad morgonmänniska (morgonpig-g-kvällstrött)
- är barnet uttalad kvällsmänniska (morgontrött-kvällspigg)
- sömnassociationer (behöver förälder vara närvarande för att barnet ska somna/sova, behöver barnet äta eller dricka för att kunna sova/somna om)

Sömndagbok ger ofta bra och tillförlitlig kompletterande information om sömnvakenhetsmönstret.

Tidigare försök att komma tillrätta med problemet

- om man sökt hjälp tidigare
- erfarenheter av tidigare försök att hantera problemet

Sovrumsmiljö och sömnhygien

- är sovrummet lugn och tyst, lagom tempererad, mörk (många barn behöver ibland svag nattlampa, annars är mörker – som ökar melatonininsöndringen – att föredra) se vidare under rubrik sömnhygien

Ärftlighet och andra familjemedlemmars sömnproblem

- andra familjemedlemmar som har/ har haft liknande symptom
- misstanke om ärftlighet (narkolepsi, sömngång, sömngång är exempel på tillstånd som ofta har ärftliga inslag)

(2) Medicinsk anamnes och somatisk undersökning

Den somatiska bedömningen och undersökningen anpassas efter det enskilda fallet.

Följande är några exempel på faktorer som bör beaktas: handikapp, kronisk sjukdom, allvarlig olyckshändelse, kramper, allergi, astma, eksem, gastroesofageal reflux, födoämnesintolerans, tillstånd som påverkar andningen under sömn.

(3) Social anamnes

Anpassas också efter det enskilda fallet. Följande är några aspekter som alltid brukar beaktas i barn- och ungdomsvård: familjesituation och social situation, föräldrars hälsa och yrke/utbildning; separerade föräldrar, växelvis boende, umgängesaspekter, föräldrars omsorgsförmåga, barnets relationer till föräldrarna och andra närstående, skolsituation, relationer till kamrater och fritidsaktiviteter.

(4) Psykologisk/psykiatrisk och utvecklingsmässig bedömning

Anpassas efter det enskilda fallet. Det är dock alltid viktigt att identifiera eller bedöma:

- ångest, depression
- neuropsykiatriskt tillstånd
- tvångssymptom

- ätstörning
- andra psykiatriska symptom
- om barnet upplevt psykiska påfrestningar eller trauman
- tecken på avvikande eller försenad utveckling
- barnets psykiska läggning (envis, ängslig, samvetsgrann, harmonisk etc.)

Ett formulär för en första screening av beteendeproblem och stress hos 3-16-åringar kan hämtas via www.sdqinfo.com; questionnaires- Sweden-SDQ-Sve

(5) Polysomnografi och andra specialiserade undersökningar

Den inledande bedömningen kan i vissa fall påvisa behov av ytterligare utredning.

Exempel på remissorsaker och remissvägar

- vid misstanke om obstruktivt sömnapné syndrom (andningssvårigheter) remitteras till ÖNH-specialist eller barnläkare
- vid misstanke om somatisk sjukdom remitteras till barnläkare
- vid social frågeställning kan kontakt med socialtjänst vara aktuell
- vid barnpsykiatrisk frågeställning remitteras till BUP eller barnpsykolog
- vid komplicerad, oklar sömnstörning remitteras till lämplig instans, exempel:

Barn i åldrarna 0-3 år kan remitteras till "Special-BVC" vid barnhälsovården, Akademiska barnsjukhuset i Uppsala.

Barn över tre år, samt ungdomar kan remitteras till Dr Hans Smedje vid neuropsykiatriska utredningsenheten ("sömn"), BUP-kliniken, Akademiska Sjukhuset i Uppsala. Denna enhet samverkar med Akademiska sjukhusets sömnutredningsavdelning.

I södra Sverige har Dr Lars Palm och psykolog Harald Hellsten en specialiserad sömnmottagning för barn vid Malmö universitetssjukhus.

Undersökning i sömnlaboratorium

Vid sömnlaboratorier utförs så kallad polysomnografi. Vid denna undersökning registreras patientens EEG (elektroencefalogram), EMG (elektromyogram), EOG (elektrooculogram), samt ibland även andra variabler, under sömn. Sömnregistrering med polysomnografi utförs vid Akademiska sjukhusets sömnutredningsavdelning. Likartade undersökningar utförs också vid vissa neurofysiologiska laboratorier. Det är viktigt att påpeka att de flesta sömnutredningar kan utföras utan sömnregistrering eller annan neurofysiologisk metod. Vissa tillstånd aktualiserar dock sådan utredning.

Indikationer för undersökning vid sömnlaboratorium

- Oklar orsak till onormal dagsömnighet; till exempel vid narkolepsifrågeställning.
- Eventuellt vid oklara symptom under sömn (till exempel för att differentiera mellan parasomni och epilepsi), eller vid oklar bakgrund till långvarig sömnlöshetsproblematik.
- Eventuellt vid misstanke om sömnrelaterade andningssvårigheter. I dessa fall bör patienten först bedömas av ÖNH-specialist eller barnläkare.

SÖMNHYGIEN

Allmänna riktlinjer

Se även A clinical guide to sleep disorders in children and adolescents. Gregory Stores (2001).

Sovrumsmiljö som befrämjar sömn

Bekväm säng i välkänd miljö
Rätt temperatur
Mörklagt, lugnt och tyst rum
Inte associerat med negativa upplevelser (ex bestraffning)

Uppmuntra bra sömnvanor

Regelbundna rutiner kring sängdags
Regelbundna tider för sängdags och uppstigning
Gå till sängs när man är sömnig
Gå igenom problem, bekymmer och planering i god tid innan sängdags
Somna på egen hand, utan förälders sällskap
Regelbunden fysisk aktivitet, frisk luft och ljus under dagarna

Undvik

Att ha TV eller dator i sovrummet
Uppspelthet eller upprördhet innan sängdags
Träning eller annan kraftig fysisk aktivitet sent på kvällen
Koffeinhaltiga drycker efter kl 16 (ex kaffe, cola, choklad)
Rökning, alkohol och droger (tonåringar)
Stora måltider (men även att gå till sängs hungrig) och mycket dryck sen kväll
För mycket, eller sena tupplurar
Att ligga vaken i sängen

Sömnhygien och vanliga sömnsvårigheter i olika åldersperioder

Se även: A clinical guide to pediatric sleep. Diagnosis and management of sleep problems. Jodi A. Mindell & Judith Owens (2003).

En viktig grundval för förståelsen av barns sömn är att känna till att sömnmönstret vanligen formas genom ett samspel mellan biologi (biologisk klocka etc.) och inläring (rutiner som påverkar sömn-vakenhet).

Nyföddhetsperioden (0-2 månader)

Nyfödda sover 16-20 timmar sömn per dygn. Sönnen är oregelbunden de första veckorna; 2-3 timmar sömn följs av 1-3 timmar vakenhet. Barnets sömn-vakenhetsrytm påverkas mera av hunger/mättnad än av biologisk klocka.

Dygnsrytm, med ökad vakenhet under dagarna och mera sömn nattetid, börjar stabiliseras vid 2-4 månader. Det kan vara värdefullt att dämpa ljuset nattetid och att underlätta för barnet att vara aktivt dagarna.

Det är ofta lämpligt att låta barnet sova i särskild barnsäng. Att sova i förälders säng kan medföra olycksrisk. Omgivningen i sovrummet bör vara oförändrad från insomningen till morgonen. Rökning i barnets rum eller närhet är skadligt. Barnvårdscentraler och information på www.barn.halland.net/somn.htm kan ge ytterligare information.

Undersökningar talar för att rygg- eller sidoläge under sömn minskar risken för SIDS (plötslig spädbarnsdöd).

Det är viktigt att föräldrar får möjlighet att sova och vila under denna period. Sömnbrist ökar risken för post-partum depression hos mammor.

Det är viktigt att tänka på att uttalade sömnproblem under nyföddhetsperioden kan ha medicinska orsaker; t ex gastroesofageal reflux, födoämnesintolerans och infektioner.

Spädbarnet (2-12 månader)

Barnet sover vanligen 9-12 timmar under natten, och 2-5 timmar under dagen.

Under denna period lär sig barn att ”sova genom natten”; från ca midnatt till 05.00. Cirka 75% av alla barn klarar detta vid 9 månader. Samspelet med mamma/vårdgivare spelar stor roll för sönmönstret. Anknypningsproblem medför ofta sömnproblem. För att illustrera att sömnområdet är komplicerat kan dock även nämnas att vissa forskare noterat att fin anknypning och bra samspel mellan mor och barn kan göra barnet mindre benäget att avbryta umgänget med mamman vid sängdags.

När barnets motorik utvecklas ställs nya krav på anpassning av sovrutiner och gränssättning. Barnets psykologiska utveckling kan från cirka sex månaders ålder leda till separationsångest; motstånd mot att gå till sängs och nattliga uppvaknanden. Under spädbarnsperioden utvecklas ofta ”sömnassociationer”. Sömnassociationer är vanor som blivit nödvändiga för barnets insomning; att ha kroppskontakt med förälder, vaggas, matas etc. Sömnassociationer kan bli problematiska om de är en förutsättning för att barnet ska kunna somna om efter korta nattliga uppvaknanden.

Nattliga uppvaknanden förekommer 4-6 ggr per natt på grund av den normala variationen i sömndjup. Många barn (ca 20-30%) ”signalerar” till föräldrarna att de vaknat, andra är tillfreds med att somna om på egen hand. Barn som är vana vid att somna på egen hand, utan nära kontakt med sin förälder, är mindre benägna att ”signalera” vid korta uppvaknanden. Övergångsobjekt (nalle, filt etc.) kan underlätta för barnet att somna/somna om på egen hand. Vissa spädbarn reagerar positivt på mammans använda klädesplagg med hennes kroppslukt (ex hopknuten T-shirt). Frekventa nattmål bör undvikas om de inte behövs av näringsmässiga skäl. De flesta barn klarar sig utan nattmål efter 6 månaders ålder. Många nattmål leder till fler uppvaknanden, och kan bli till en mycket ansträngande ”sömnassociation”. Barnvårdscentraler kan ge föräldrar råd om uppfödning, hälsa och sömn.

Man bör minnas att sömnproblem hos spädbarn kan ha både medicinska och psykologiska orsaker.

Det är viktigt att etablera en regelbunden, behaglig nattningsrutin från cirka 3 månaders ålder; till exempel matning, bad, sång, saga, massage, vaggning. Barnet bör helst läggas till sängs medan det ännu är vaket. Föräldrar bör vara beredda på att även barn som tidigare sovit bra kan få sömnsvårigheter. Detta kan ha medicinska eller psykologiska orsaker, men kan också

bero på barnets helt normala utveckling. Mera utvecklade motorik gör till exempel att barnet får större möjlighet att hävda sin egen vilja.

Ett tema som diskuterats fram och tillbaka under årens lopp är om barn och förälder ska sova tillsammans eller var för sig. Frågeställningen har inget självklart svar. Det är ett naturligt beteende att sova tillsammans, men mycket små barn kan riskera att komma i kläm under natten. Att sova med barnet leder ofta till en besvärlig sömnassociation som kan störa barnets sömn, och som kan medföra att många föräldrar blir allvarligt uttröttade. Det bör dock nämnas att många barn sover med föräldrarna under en del av barndomen, och att de sedan utan några problem upphör med detta beteende. Vårdpersonal bör försöka ha en öppen attityd när föräldrar vill diskutera frågan om att sova tillsammans med barnet. Det är också angeläget att tänka på att ett barns behov av att sova med förälder kan vara ökat om barnet upplever ångest, till exempel efter en påfrestande upplevelse. Resonemangen ovan gäller även barn som är äldre än 1 år.

1-3 år

Barn i denna ålder sover 12-13 timmar per dygn. Många övergår från två dagliga tupplurar till en tupplur vid 18 månader. Tupplurar alltför nära sängdags kan störa insomning till natten.

Den motoriska, kognitiva och språkliga utveckling är snabb och ställer ständigt nya krav på anpassning av sömnrutinerna. Utveckling mot större självständighet medför ofta ökat motstånd mot att gå till sängs. Separationsångest kan förekomma. Problematiska sömnassociationer och gränssättningsproblem är vanliga i denna period. Även medicinska problem som öroninflammationer kan orsaka sömnsvårigheter.

3-5 år

Sömnbehovet är vanligen 11-12 timmar per dygn, och vid 5 år har de flesta slutat ta tupplurar.

Att barnet får ett mera utvecklat språk är förstås positivt, men den förbättrade språkförmågan ger även barnet möjligheter att argumentera mot att gå till sängs. Ökad språkförståelse ger dock föräldrarna möjligheter att komma överens med barnet om lämpliga sömnvanor. Förstärkning, belöningar och förklarande resonemang är en viktig del av denna process. Sagoläsning är ofta en viktig del av nattningsrutinen.

Utvecklingen av fantasi och föreställningsförmåga kan medföra besvärande rädslor inför natten

Mardrömmar, sömnassociationer vid insomning/nattliga uppvaknanden är vanliga. Gränssättningsproblem som har samband med TV-tittande eller dataspel vid sängdags blir allt vanligare. Det är viktigt att minnas att obstruktivt sömnapné syndrom och snarkning är relativt vanligt vid denna ålder. Likaså parasomnier med partiella uppvaknanden (nattskräck, sömngång).

Skolbarn (6-12 år)

Barn i dessa åldrar behöver sova 10-11 timmar per dygn.

Tupplurar och dagsömnighet är ovanligt. Sömnighet under dagen bör föranleda bedömning.

Med stigande ålder, när puberteten närmar sig, ökar skillnaden mellan hur barnet sover under skolvecka och under helg. Under denna period visar det sig också ofta om barnet är uttalad "morgonmänniska" eller uttalad "kvällsmänniska".

Med ökad utveckling kommer ökad medvetenhet om verkliga problem och faror i tillvaron. En svensk undersökning från 1980-talet visade att ångest och oro var särskilt vanligt hos nio-åringar. Rädslor visar sig ofta i anslutning till sömn, och barnet behöver då stöd och förståelse.

Kamratrelationer, skolarbete och fritidsaktiviteter blir allt viktigare under denna åldersperiod och problem eller överkrav på dessa områden kan orsaka stress. TV, internet och dataspel stjälar ofta tid som borde ägnats åt "nedvarvning" och sömn.

Bristande sömnhygien (som ofta sammanhänger med TV, internet och dataspel), för lite sömn, sömngång, nattskräck, tandgnissel och snarkning förekommer relativt ofta under denna utvecklingsperiod.

Skolbarn kan vara mottagliga för saklig information, t ex från lärare eller skolhälsovård, om den hälsobefrämjande effekten av bra livsstilsvanor, inklusive sömnhygien.

Tonåringen

Sömnbehovet anses vara 8-9 timmar, men många sover för lite.

Vid puberteten inträder en biologiskt betingad tendens till försenad sömnfas (sent i säng, sen uppstigning). Denna biologiskt grundade förändring förstärks ibland av att tonåringen "sover i kapp" under helger. Att ha sovit till framåt middagstid på söndagen medför ofta insomningsproblem på söndag kväll, och problem att vakna måndag morgon.

Under puberteten inträffar också ofta en biologiskt betingad ökad tendens till dagsömnighet. Denna tendens ökar ofta på grund av för lite nattsömn.

Skolarbete, fritidsaktiviteter och kamratliv, liksom internet, TV och dator inkräktar ofta på sömnen. Många tonåringar har kronisk sömnbrist, med risk för skolsvårigheter, olyckor och psykiska eller fysiska problem som följer.

Depressioner blir vanligare i tonåren och de som drabbas har ofta sömnbesvär som en del av sin depression.

Droger, tobak, alkohol och koffeinhaltiga drycker är välkända "sömnförstörare".

Sammantaget kan sägas att många tonåringar har bristfällig sömnhygien och sover för lite. Insomningssvårigheter, och dygnsrytmstörningar kan ha sociala och/eller biologiska orsaker, eller kan vara resultat av depression. Narkolepsi och menstruationsassocierad hypersomni är exempel på ovanliga sömnstörningar som kan debutera i tonåren.

Tidigt ingripande när tonåringar visar tecken på sömnproblem eller "skoltrötthet" är angeläget. Tillgång till ungdomsmottagningar är en viktig resurs för att motverka allvarliga problem i tonåren.

SPECIFIKA SÖMNSTÖRNINGAR OCH SÖMNPROBLEM

Jag har valt att beskriva sömnstörningarna inom ramen för fyra huvudrubriker

- sömnlöshet, dygnsrytm, sömnhygien
- snarkning, andningssvårigheter under sömn
- besvärande fenomen i samband med sömn (parasomnier)
- sömnhet och relaterade symptom (inklusive tecken på narkolepsi)

De flesta beskrivningar nedan utgår från korta sammanfattningar av sömndiagnoser i International Classification of Sleep Disorders (ICSD) eller Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV).

Vissa sömnstörningar och handläggningsförslag har även omnämnts ovan.

Det är viktigt att påminna om att sömnområdet är stort, och att denna information är långt ifrån komplett. Tänk också på att ett barn kan lida av mer än ett sömnrelaterat problem.

Sömnlöshet, dygnsrytm, sömnhygien

Motvilja eller vägran gå till sängs

Barn med uttalad vägran att gå till sängs somnar för sent och får för lite sömn.

Detta är ett vanligt problem i barnåren som ofta benämns ”limit-setting sleep disorder” på engelska. Begreppet åsyftar i huvudsak att barnets förälder inte förmår sätta tillräckligt tydliga gränser. Det blir en orolig maktkamp kring sänggåendet istället för nödvändig lugn och ro. I avsnittet nedan beskrivs dock även andra aspekter som nyanserar bilden av detta bekymmer.

Motvilja eller vägran att gå till sängs är ibland förenat med nattliga uppvaknanden eller andra sömnproblem, och med beteendeproblem under dagarna. Barnets svårigheter under dagarna kan vara uttryck för generell beteendeproblematik, och/eller vara resultatet av sömnbrist. Livliga och envisa barn, men också barn som är konstitutionella ”kvällsugglor” är ofta predisponerade för problemet. Bakomliggande sömnstörningar, till exempel mardrömmar, kan också leda till att barnet känner motvilja mot att gå till sängs. Trångboddhet, och att ha äldre syskon som lägger sig senare, är exempel på andra omständigheter som ökar risken för detta bekymmer.

Föräldrar till barn med detta problem har ibland generellt nedsatt förmåga att sätta gränser för barnet, och sömnproblemet blir sedan en extra stressfaktor i familjen.

Att tänka på vid utredning

Utvecklingsbedömning; utvecklingsförsenade barn har ofta svårt att lära in sovrutiner.

Familjebedömning; för att avgöra om föräldrarna har adekvat omsorgs- och gränssättningsförmåga.

Beteendescreeening; vid exempelvis ADHD och trotssyndrom förekommer ofta vägran att gå till sängs och insomningsmotstånd.

Identifiering av andra sömnrelaterade svårigheter som predisponerar för problemet; exempelvis mörkrädsla, dygnsrytmrubbning eller mardrömmar (se även differentialdiagnoser).

Differentialdiagnoser

Olämpliga sömnvanor, till exempel sena tupplurar, leder ofta till försvårat insomnande.

Oregelbundna sömnvanor, till exempel tonåringen som vaknar sent på söndag morgon och får svårt att somna på söndagskvällen.

Försenad sömnfas (se nedan).

Rädslor med ångest.

Andra sömnproblem, särskilt om de medför subjektivt lidande för barnet, kan leda till insomningsmotstånd. Exempel på sådana sömnproblem kan vara sömnrelaterade andningssvårigheter eller mardrömmar.

Svårighet att sova efter stressande eller traumatiska livsupplevelser.

"Växtvärk", oro eller "sprattel" i benen

Olika typer av medicineringar, till exempel centralstimulantia vid ADHD.

Åtgärder

Det är mycket värdefullt att komma till rätta med barnets motstånd mot att gå till sängs eftersom det bland annat kan underlätta åtgärdande av nattuppvaknanden.

- Bestäm tidpunkt när barnet ska ligga i sängen för att sova. Tidpunkten ska sammanfalla med barnets naturliga sömnhetsrytm. Ibland finns behov av att rucka tidpunkterna för barnets tupplurar för att barnet ska vara sömngt till kvällen. Undvik förändringar av sovtider under helger och ledigheter.
- Inför regelbundna rutiner för nedvarvning och nattning. Nedvarvningen börjar 1-2 timmar innan sängdags och syftar bland annat till att sänka kroppstemperaturen som ju blir förhöjd vid intensiv lek eller annan aktivitet. Nattningsrutin med tandborstning, pyjamas, sagoläsning passar ofta bra cirka 30 minuter före sängdags.
- Det är ofta bra med nalle, filt eller liknande.
- Håll på rutinerna, var uthållig, och var beredd på temporära bakslag.
- Ignorera barnets protester, men undvik varje form av bestraffning.
- Barnet ska läggas när det är sömngt, men innan det har somnat.

- Vid gråt/protester; se till barnet vid korta besök i sovrummet, men undvik att ta upp barnet från sängen.
- Led barnet tillbaka till sängen, vänligt men bestämt.
- Använd positiv förstärkning (lämplig belöning vid uppnått mål).

Remiss

Vid komplicerade problem, till exempel vid misstanke om barnpsykiatrisk problematik eller föräldrasvikt, kan remiss till BUP, socialtjänst, eller vuxenpsykiatri vara aktuell.

Kognitiv eller beteendeorienterad terapi kan ofta hjälpa, men tillgången på specialister som behärskar dessa tekniker är begränsad.

Rädsla försvårar insomning/sömn

Detta är ett vanligt problem, kanske särskilt i perioden 2-6 år, men problemet förekommer i alla åldrar. Rädslorna är ofta övergående och utvecklingsrelaterade. Rädslan kan gälla monster, tjuvar, naturkatastrofer, och vid högre ålder, misslyckanden, döden och andra existentiella frågor. Det är viktigt att differentiera ”normala” rädslor mot ångestsyndrom, mardrömmar, och realångest (att barnet verkligen råkat ut för en svår händelse eller befinner sig i en svår livssituation). Känsliga barn, ångestbenägenhet hos förälder och familjekonflikter ökar risken för problemet.

Min erfarenhet är att rädslor, ofta i form av funderingar över livet och döden ganska ofta förekommer hos barn i åtta-tioårsåldern. När barn upplever sådana bekymmer behöver de förstås lämpligt avvägt stöd från sina föräldrar eller andra vuxna.

Rädsla inför natten och sömnen kan visa sig som gråt, klängighet, och en vilja att ha sällskap under natten. Många barn som är rädda inför natten är ovilliga att gå till sängs. Rädslan brukar minska om barnet får sova i samma rum som förälder/syskon.

Rädslor inför natten är ibland förenade med rädslor under dagarna och/eller psykosomatiska symptom.

Att tänka på vid utredning

Det kan vara värdefullt att göra en utvecklingsbedömning för att avgöra om barnets rädslor är typiska för utvecklingsnivån.

Familjesituationen bör bedömas för att skapa en bild av hur barnets rädsla bemöts. Föräldrar med egen ångestproblematik kan behöva eget stöd eller behandling. Man bör givetvis också bedöma om det finns allvarliga stressmoment i barnets tillvaro.

Beteendebedömning bör göras för att avgöra om det finns generell barnpsykiatrisk problematik.

Bakomliggande sömnstörningar ska uteslutas.

Differentialdiagnoser

Ovilja eller vägran att gå till sängs

Mardrömmar

Fobier och ångestsyndrom, till exempel i form av uttalad separationsångest

Psykiska traumata.

Bakomliggande sömnstörningar

Åtgärder

- Lämplig avvägning mellan att stödja, trösta och att tona ner problemet
- Undvik att förstärka problemet genom att ge det alltför stor uppmärksamhet
- Låt barnet beskriva sin rädsla; förklara, och lär ut kreativa anpassningsstrategier (ex: ”stick stygga spöke för du finns inte!” – Ur barnbok om Alfons Åberg)
- Övergångsobjekt (till exempel nalle eller filt)
- Svag nattlampa
- Lämna sovrumsdörren öppen
- Avslappning och lugn nedvarvnings- och nattningsrutin, utan oroande TV-program.
- Kom överens med barnet om att titta till det med jämna mellanrum
- Utveckla belöningssystem som stimulerar barnet att bli kvar i sängen/sova.

Remiss

Om problemet inte förbättras efter enkla interventioner eller om undersökning talar för bakomliggande problematik hänvisas till barnpsykolog, BUP eller annan lämplig specialistinstans.

Har svårt att somna

Här beskrivs främst diagnoserna psykofysiologisk insomni (ICSD) och primär insomni (DSM IV).

Det bör dock noteras att insomningssvårigheter också kan vara aktuella vid ovilja eller vägran att gå till sängs; rädslor stör insomning/sömn, nattuppvaknande, dygnsrytmstörning, för lite sömn, oregelbundna sömnvanor (se respektive rubrik).

Insomni (insomningssvårigheter) kan ha ärftliga inslag. Omfattande insomni leder till försämrat välbefinnande och försämrade skolprestationer. Äldre individer med insomningssvårigheter använder ofta koffein (finns i bland annat kaffe och cola-drycker) för

att bli piggare under dagarna. Koffeinet, särskilt om det intas efter klockan 16, kan i sig försvåra insomnandet och blir då del av en ond cirkel. Nikotin kan spela samma negativa roll.

Psykofysiologisk insomni (ICSD)

Anses bero på svårighet att slappna av, och på ett inlärt mönster av vanor och tankar som försvårar insomning; den egna sängen blir förknippad med sömnlöshet, den drabbade oroar sig för att inte kunna somna. Resultatet blir en ond cirkel som ökar svårigheten att somna. Sömnbrist försämrar funktionsförmågan under dagarna. Diagnosen psykofysiologisk insomni anses vara vanligt förekommande bland vuxna. Besvären debuterar troligen ofta i barndomen.

Primär insomni (DSM IV)

- A. Svårighet att initiera eller vidmakthålla, eller icke-vederkvickande, sömn.
- B. Sömnstörningen (eller medföljande dagtrötthet) orsakar signifikant lidande eller funktionsinskränkning
- C. Sömnproblemet utgör inte del av annan sömnstörning (ex narkolepsi)
- D. Sömnproblemet utgör inte en följd av psykiatrisk störning
- E. Sömnproblemet orsakas inte av medicinering, drogmissbruk eller kroppslig sjukdom

Att tänka på vid utredning

Medicinsk bedömning för att utesluta kroppsliga orsaker.

Kartläggning av eventuell psykiatrisk problematik. Detta är viktigt eftersom insomni är vanligt vid ångest, depression och andra psykiatriska tillstånd. Insomni är också vanligt vid stress.

Utredning i sömnlaboratorium kan vara aktuell om bakomliggande sömnstörning misstänks, eller om bakgrunden är oklar.

Differentialdiagnoser

Övergående insomni efter stressupplevelse

Restless legs/PLM

Obstruktivt sömnapné syndrom, snarkning, andningsstörning under sömn

Dygnsrytmstörning, särskilt med försenad sömnfas

Bristande sömnhygien

Psykiatrisk eller medicinsk problematik

Åtgärder

- Sömnhygien (se ovan)
- Kognitiv-beteendeterapeutisk behandling som kan innefatta identifiering av kontraproduktiva tankar; till exempel ”jag kommer inte att kunna somna”, avslappningsteknik, sömnrestriktion (att senarelägga sänggåendet, så att patienten är sömnig och kan somna utan besvär; bibehålla regelbunden uppstigningstid, och att sedan gradvis

tidigarelägga tidpunkten för sängsdags), förändring av tankar och vanor som vidmakthåller insomni (till exempel oro, olämpligt TV-tittande, datoranvändning).

- **Medicinering**

Undviks vanligen i barn och ungdomsåldrarna. Kortvarig behandling kan dock ibland vara nödvändig för att bryta ond cirkel. Melatonin har under senare år presenterats som ett farmakologiskt alternativ. Detta licenspreparats långtidsverkningar är dock ofullständigt kända och behandlingsförsök bör föregås av utredning och beteendebaserade behandlingsförsök. Eventuell behandling med melatonin eller andra farmaka ska alltid följas upp, och ska vara kombinerat med beteendemodifikation och sömnhygienråd.

Remiss

Långvarig insomni med lidande och funktionsnedsättning bör bedömas av sömnspecialist och kan vara ett skäl för utredning vid sömnlaboratorium. Vid misstanke om bakomliggande problematik är det angeläget att remittera till barn- och ungdomspsykiatri eller till annan lämplig instans.

Vaknar under natten

Kortvariga nattliga uppvaknanden är normalt. Många barn, särskilt fram till cirka sju års ålder, kan dock få svårt att somna om utan föräldrakontakt. Ofta beror detta på så kallade sömnassociationer.

Problematiske sömnassociationer

Ett typiskt exempel på sömnassociation är ett litet barn som somnar i nära sällskap av sin förälder och som vid kort nattligt uppvaknande noterar att sovsituationen har förändrats; mamma eller pappa finns inte längre intill. Detta leder till oro med svårighet att somna om utan förnyad föräldrakontakt. Associationen - förutsättningen för sömn - har alltså i ett sådant fall blivit nära föräldrakontakt. ICSD uttrycker detta på engelska; "Sleep-Onset Association Disorder occurs when sleep onset is impaired by the absence of a certain object or set of circumstance". Det huvudsakliga problemet är alltså sömnlöshet som uppträder om vissa villkor inte är uppfyllda (till exempel att bli matad, vara nära förälder, titta på TV etc.).

Vid problematiske sömnassociationer är nattliga uppvaknanden som "signaleras" till föräldrarna ett typiskt symptom. Barnet vill alltså känna närhet till sin förälder vid nattligt uppvaknande. Vissa barn, särskilt de som är lite äldre, kan dock ligga vakna nattetid utan att söka kontakt med förälder. Detta kan förstås ha andra orsaker än problematiske sömnassociationer.

Frekventa nattliga uppvaknanden kan medföra symptom på sömnbrist under dagarna. Irritabilitet, ledsenhet och överaktivitet är vanliga tecken på sömnbrist hos små barn. Även föräldrar drabbas av barnens nattliga uppvaknanden. I besvärliga fall upplever mammor och pappor svår sömnbrist och frustration. Denna stress kan vara allvarlig; den ökar risken för depression hos föräldrarna och kan leda till äktenskapliga problem. Det finns extremfall när sådan stress bidragit till barnmisshandel.

Problematiske sömnassociationer har ofta sin grund i helt naturliga omständigheter. Att somna i förälders närhet och amning, kan faktiskt vara grunden för problematiske sömnassociationer. Bröstuppfödning är självklart hälsobefrämjande och svensk barnhälsovård

tillhandahåller bra information om hur amningen bör bedrivas på ett sätt som blir optimalt för både barn och mor.

Normal utveckling; till exempel normal separationsångest och att lära sig gå (exempelvis till föräldrarnas säng) kan bidra till att problematiska sömnassociationer vidmakthålls.

Medicinska problem; exempelvis kolik, komjölksintolerans och öroninflammationer kan leda till mer eller mindre tillfälliga sömnproblem. Dessa sömnsvårigheter kan sedan i förlängningen medföra problematiska sömnassociationer

Förändringar och stress; att börja dagis, flytta, att få ett syskon är andra vanliga riskfaktorer.

Aktivt, ”svårt” temperament som ibland förebådar annan problematik, till exempel ADHD, medför ökad risk för frekventa nattliga uppvaknanden.

Bristande anknytning mellan mor och barn kan utgöra grund för utveckling av problematiska sömnassociationer. Det bör dock upprepas att vissa forskare även noterat att mycket bra anknytning, som i sig förstås är önskvärd, faktiskt kan leda till att barnet blir mindre benäget att skiljas från föräldern under natten.

Ångest- eller depressionsproblematik hos förälder/moder kan också öka risken för problematiska sömnassociationer.

Att tänka på vid utredning

Medicinsk bedömning för att utesluta till exempel öroninflammation och födoämnesintolerans.

Bedömning av familjesituationen och föräldrarnas hälsa; till exempel av om mamma lider av depression.

Bedömning av barnets beteende och utveckling; ”svårt” temperament (hög aktivitetsnivå, lättfrustrerad) förebådar alltså ibland ADHD eller annan problematik, men kan också vara resultat av den sömnbrist de nattliga uppvaknandena medför.

Uteslutande av bakomliggande sömnrubbingar.

Om nattuppvaknanden är förenade med vägran att gå till sängs så är det ofta värdefullt att först komma till rätta med motståndet att gå till sängs (se ovan).

Differentialdiagnoser (till problematiska sömnassociationer)

Medicinska problem

Bakomliggande sömnstörningar, t ex andningsstörning

Bristande sömnhygien

Störande miljöfaktorer; t ex buller som stör sömnen (miljöbetingad sömnstörning)

Exempel på åtgärder vid nattliga uppvaknanden och problematiska sömnassociationer

Se även A clinical guide to pediatric sleep. Diagnosis and management of sleep problems. Jodi A. Mindell & Judith Owens (2003).

Det är viktigt att hitta en strategi som passar det individuella barnet och dess familj. Natliga uppvaknanden förekommer ofta tillsammans med ovilja eller vägran gå till sängs. Det är ofta lämpligt starta behandlingen med att först försöka komma till rätta med denna ovilja. Se ovan

- Utarbeta lämpligt sömnschema
- Bestäm lämplig total sömntid och tidpunkt för läggdags. Tidpunkten ska sammanfalla med barnets naturliga sömnighetsrytm; detta kan kräva att tidpunkter för tupplurar under dagen ruckas.
- Undvik förändringar av sovtider under helger och ledigheter.
- Inför en regelbunden nedvarvnings- och nattningsrutin; nedvarvningen bör påbörjas 1.5-2 timmar innan sängdags; det brukar passa bra med nattningsrutin, pyjamas, sagoläsning, sång, cirka 30 minuter före sängdags.
- Ha till förfogande lämpligt övergångsobjekt (nalle, filt etc).
- Låt barnet lägga sig att somna på egen hand; till sängs sömnig, men ej sovande.
- Upprätthåll regelbundna rutiner, var uthållig, ha beredskap för temporära bakslag.
- Sträva efter att låta barnet somna in, och att under natten somna om, på egen hand.

Gradvis utsläckning (på engelska "graduated extinction")

Här följer en kortfattad beskrivning av ett tillvägagångssätt som ofta används vid problematiska sömnassociationer. Beskrivningen av denna metod bör läsas i sammanhang med den övriga texten om natliga uppvaknanden.

När denna metod används läggs barnet i sin säng sömnigt, men ännu inte sovande. När barnet gråter/protesterar tas det ej upp ur sängen. Efter en viss tid (till att börja med efter några minuter) tittas barnet till av förälder som stoppar om och försäkrar att allt är bra. Tiden innan barnet på detta sätt får föräldrakontakt ökas gradvis med några minuter för varje natt. Samma procedur tillämpas vid barnets natliga uppvaknanden. Efter någon vecka kan ofta barnet somna själv, och "somna om" efter natligt uppvaknande. Målet är alltså att "avbeta" den problematiska sömnassociationen, och att lära barnet somna själv.

Metoden "gradvis utsläckning" är acceptabel för många föräldrar och har visats vara effektiv. När barnet är sjukt eller upplever annan stress bör föräldern ha ökad uppsikt över barnet. När saker och ting senare återgår till det normala återupptar föräldern metoden.

Gradvis utsläckning kan även modifieras på andra sätt, men målet är alltså att barnet lär sig somna på egen hand. Metodens framgång beror i hög grad på om man kan hitta ett tillvägagångssätt som passar det aktuella barnet och dess familj.

Övrigt

Med äldre barn fungerar ofta förklaringar och belöningsmetoder; till exempel "mamma och pappa finns alltid här, även om de sover i egen säng, och när barn blir större är det bra att kunna sova själv".

Ibland är sömnassociationen inriktad på mamma. En framkomlig väg kan då vara att låta pappa ”natta”.

Avslutningsvis, för många familjer upphör barnets vana att komma till föräldrarna nattetid naturligt, utan särskilda tekniker. Detta perspektiv är dock sällan aktuellt för de föräldrar som söker hjälp på grund av barnets nattuppvaknanden.

Remiss

Till barnläkare, barnpsykolog, BUP vid komplicerad problematik, eller när man inte lyckas komma till rätta med svåra problem. Familjeproblem eller misstanke om bakomliggande sömnstörning eller medicinsk problematik kan också utgöra grund för lämplig hänvisning.

Problematiske dygnsrytm (svårt somna/vakna vid önskvärda tidpunkter)

Vår sociala gemenskap (och vår biologi) gör att de flesta av oss förlägger sömn och vakenhet till ungefär samma tidpunkt. De som lider av dygnsrytmstörningar har svårt att anpassa sömnen till dessa gemensamma tider. Störd dygnsrytm medför därför ofta både sömnlöshet och onormal sömnighet. Jag har valt att beskriva dessa rubbningar under rubriken sömnlöshet.

ICSD beskriver fyra olika typer av dygnsrytmstörningar; oregelbunden; för tidig sömnfas, icke-24 timmars sömn-vakenhetsstörning, och försenad sömnfas. Försenad sömnfas som är den vanligaste typen av dygnsrytmstörning får mesta utrymme i denna framställning.

Oregelbundet sömn-vakenhetsmönster

Karakteriseras av tidsmässigt oregelbundna sömn- och vakenhetsepisoder av varierande längder. Tillståndet är sällsynt i den allmänna befolkningen, men troligen inte ovanligt bland svårt handikappade människor med hjärnsador.

Dygnsrytmstörning med tidigarelagd sömnfas

Karakteriseras av att sömnen inträffar för tidigt i förhållande till den önskade tidpunkten, och resulterar i svår kvällströtthet, tidig insomning, och tidigare uppvaknande än önskvärt.

Icke-24 timmars sömn-vakenhetsstörning

Karakteriseras av ett stabilt mönster med 1-2 timmars senareläggning av insomning och uppvaknande varje dygn. Tillståndet är ovanligt i den allmänna befolkningen, men drabbar troligen många blinda människor.

Oregelbundet sömn-vakenhetsmönster och icke-24 timmars sömn-vakenhetsstörning är sällsynta och förekommer vanligen vid neurologiska och mentala handikapp, till exempel hos blinda eller gravt utvecklingsstörda barn. Handläggningen av detta tillstånd kräver att man på lämpligt sätt förstärker naturliga ”tidgivare” (tider för uppstigning, sängdags, aktiviteter, måltider etc.). Behandlingens grundprinciper bygger på att etablera god sömnhygien. Melatonin kan vara ett värdefullt komplement i vissa fall. För tidig sömnfas (advanced sleep phase syndrome) är också relativt sällsynt och tas inte upp vidare.

Dygnsrytmstörning med försenad sömnfas

Karakteriseras av att sömnen är försenad i förhållande till önskvärd tidpunkt. Detta resulterar i insomningssvårighet och svårighet att vakna vid önskvärd tidpunkt. I DSM IV anges också att

tillståndet orsakar lidande eller försämrad funktion i vardagslivet, och att problemet inte beror på annan sömnstörning, psykisk eller kroppslig sjukdom.

Dygnsrhythmsstörning med försenad sömnfas debuterar ofta i puberteten och sammanfaller med fysiologiska förändringar och ändrade sociala vanor. Skoltrötthet och psykiatriska problem; till exempel depression, liksom troligen ärftlighet, är riskfaktorer. Omkring fem procent av alla tonåringar drabbas. Det finns också data som talar för ökad risk för asocial livsstil hos ungdomar med denna sömnrubbning. Det är givetvis ibland svårt att avgöra om sociala problem är primära eller om de uppstår sekundärt till sömnrubbningen.

Motstånd mot att gå till sängs, att vara ”kvällsuggla”, att ”sova ikapp” under helgen är typiska drag vid försenad sömnfas. Sönnen inträder efter midnatt, tonåringen har svårt att somna tidigare och har svårt att komma upp på morgonen. När tonåringen väl har somnat brukar sönnen vara normal. Dagsömnighet och tupplurar är vanligt.

Att tänka på vid utredning

Sömndagbok är ett viktigt redskap för att ställa diagnosen.

Aktigraf; datoriserad rörelsedetektor i format av armbandsur, kan ge en objektiv bild av patientens sömn-vakenhetsmönster.

Andra sömnstörningar ska ha uteslutits.

Vid dygnsrhythmsstörning fungerar sönnen väl om patienten får följa sina preferenser.

Psykiatrisk, social och utvecklingsmässig bedömning är viktig.

Det finns ofta läggning för att vara kvällsmänniska och uttalat morgontrött.

Missbruk eller inlärningssvårigheter behöver kartläggas.

Differentialdiagnoser

Psykofysiologisk insomni

Narkolepsi eller annan sömnstörning med dagsömnighet (ex ”sprattelben”, sömnapné)

Miljöbetingad sömnstörning

Skolsvårigheter eller skolfobi

Psykiatrisk problematik

Åtgärder

- De grundläggande behandlingsprinciperna bygger på sömnhygieniska principer och beteendeförändring. För att förändra sömnrytmen krävs bra samarbete mellan patient och behandlare. Patienten behöver saklig, icke-moraliserande information om problemet. Motivation till förändring är en förutsättning för framgångsrik behandling. Behandlingen är ofta svår; problemen kan ha funnits länge; patienten har kanske kommit efter i skolan, och det finns ofta samtidig psykisk problematik. Många patienter behöver hjälp med dessa problem samtidigt eller innan sömnrubbningen kan behandlas.

- Sömnhygien är alltså grunden för behandlingen. Det är också viktigt att den som har dygnsrytmstörning med försenad sömnfas motionerar och vistas i ljus under dagarna. Och att han eller hon undviker att tillbringa lång tid i halvmörker vid dator eller TV. Behandling med ljusterapi kan någon gång vara till hjälp. Tillgången på ljusbehandling är dock begränsad, ofta svår genomförd med barn och ungdom och troligen verkningslös om sömnvanor/sömnhygien inte förändras parallellt.

- Chronoterapi

Se även A clinical guide to sleep disorders in children and adolescents. Gregory Stores (2001.)

Om förseningen är mindre än 3 timmar:

1. Under 1-2 dagar får patienten gå till sängs, och stiga upp enligt önskemål.
2. Uppstigningstiden tidigareläggs sedan med 15 minuter per dag; tid för sängdags ändras ej.
3. Uppstigning/sönmönster under helg ska i detta skede vara samma som under skolvecka.
4. När önskvärd uppstigningstid, vardag som helg, etablerats tidigareläggs tidpunkten för sängdags med 15 minuter per dag.
5. När patienten somnar och vaknar vid en tidpunkt som är socialt lämplig och som inte medför sömnbrist gäller det att behålla detta sönmönster. Detta är ofta en krävande uppgift där uppföljningar/stöd är nödvändigt.

Om förseningen är mer än 3-4 timmar:

1. Identifiera tidpunkt när patienten vanligen kan somna
2. Senarelägg insomnings- och uppstigningstid 2-3 timmar/dygn (runt klockan) tills sönmönstret normaliserats
3. Bibehåll sedan detta sönmönster

- Farmakologisk behandling med melatonin:

1-5 mg melatonin 1-2 timmar innan önskad insomning kan ibland användas som *tillägg till beteendeförändrande och stödjande behandling*. Melatoninets långtidseffekter är emellertid otillräckligt kända och en restriktiv hållning är påkallad. Förskrivning av preparatet förutsätter licens från läkemedelsverket. Vid behandling inforrdar läkemedelsverket rapporter om behandlingseffekt och eventuella biverkningar var sjätte månad. Formen för dessa rapporter är inte ännu fastslagen. Melatoninbehandling utan samtidig beteendeförändring riskerar att bli ineffektiv. Lägsta effektiva dos bör användas. Behandlingen bör om möjligt vara kortvarig.

Sover för lite, oregelbundna sömnvanor/bristande sömnhygien

Det kan givetvis finnas många orsaker till att en individ får för lite sömn, exempelvis insomningssvårigheter och dygnsrytmrubbning. Screeningformuläret och sömnanamnes ger

viktig information om orsaker. I nedanstående avsnitt beskrivs endast miljöbetingad sömnstörning, och bristande sömnhygien.

Miljöorsakad sömnstörning (Environmental Sleep Disorder)

Sömnstörning som beror på störande miljöfaktorer (ex buller eller ljus) som orsakar sömnlöshet eller onormal sömnighet under dagarna.

Bristande sömnhygien (Inadequate Sleep Hygiene)

Sömnstörning som beror på levnads- och sömnvanor som är oförenliga med upprätthållande av bra sömnkvalitet och full vakenhet under dagarna.

Otillräcklig sömn på grund av bristande sömnhygien är en vanlig orsak till sömnbrist och dagsömnighet. Bristande sömnhygien har ofta samband med kvällsvanor som förhöjer vakenhetsgraden och förhindrar insomning. Det kan vara fysisk eller psykisk aktivitet som höjer vakenhetsnivå och kroppstemperatur. Även TV-tittande, datoranvändning, och intag av koffein (kaffe, cola-drycker, choklad) och nikotin liksom läsläsning sent på kvällen är vanliga bovar i dramat. Att ta tupplurar under dagen, att ”nattsudda” och att ligga till sängs utan att sova ingår ofta.

Orsakerna till bristande sömnhygien är ofta komplicerade. Bakomliggande orsaker kan vara andra sömnrubningar, social, psykisk eller somatisk problematik.

Symptomen och tecknen på bristfällig sömnhygien kan alltså vara mångfacetterade: dagsömnighet eller insomningssvårigheter; tupplurar; oregelbundna tider för uppstigning och sängdags; lång vakentid i sängen; alkohol, nikotin eller koffeinintag som stör insomning; fysisk aktivitet för nära sängdags; användande av sängen för annat än att sova (ex TV, läsa läxor, äta); obekvämsäng; felaktig sovmiljö (ex för varmt, ljust, bullrigt); koncentrationskrävande arbete innan sängdags; planering av kommande aktiviteter, och grubbla över den gångna dagens aktiviteter.

Diagnosen otillräcklig sömnhygien bör inte ställas om andra sömnstörningar, fysiska eller psykiska störningar förklarar besvären.

Sömnbristen som uppkommer vid bristfällig sömnhygien är ofta associerad med försämrat stämningsläge; trötthet, psykosomatiska symptom; försämrat minne och koncentrationsförmåga; överaktivitet, impulsivitet, och koffeinanvändning. Som ofta på sömnmedicinens område är det svårt att veta vad som är ”hönan och ägget”. Att förbättra sömnhygien är dock vanligtvis en bra investering.

Att tänka på vid utredning

Medicinsk, psykiatrisk och social kartläggning

Uteslutande av andra sömnstörningar

Sömndagbok, och om möjligt sömnregistrering med aktigraf

Differentialdiagnoser

Insomningssvårigheter (psykofysiologisk insomni)

Restless legs (RLS) och Periodiska benrörelser (PLM).

Obstruktivt sömnapné syndrom

Narkolepsi

Dygnsrytmstörning

Problematiska sömnassociationer

Miljöbetingad sömnstörning

Psykiatriska och somatiska störningar

Åtgärder

Utredning och information är en viktig del av behandlingen. Se för övrigt kapitel om sömnhygien.

Remiss

Vid misstänkt bakomliggande sömnstörning, psykosocial eller medicinsk problematik remitteras patienten till vederbörlig specialist eller instans. Skolhälsovård kan spela en viktig roll vid dessa tillstånd.

Snarkning, andningssvårigheter under sömn

Här beskrivs framförallt så kallat obstruktivt sömnapné syndrom.
Se även Akademiska sjukhusets vårdprogram om detta tillstånd hos vuxna.

Tillstånd med snarkning och andningssvårigheter:

Obstruktivt sömnapné syndrom

Karakteriseras av upprepade episoder av obstruktion i övre luftvägar under sömn. Obstruktionen leder till hypopné (minskat luftflöde) eller apné (andningsuppehåll). Dessa episoder är vanligen associerade med sänkt syrgasmättnad i blodet.

Centralt sömnapné syndrom

Karakteriseras av upphörd eller minskad andningsdrive under sömn vilket leder till uteblivna andningsrörelser.

Primär snarkning

Karakteriseras av högljudda andningsljud från de övre andningsvägarna, men utan apnéepisoder eller hypoventilation.

I detta avsnitt beskrivs alltså främst andningssvårigheter vars huvudorsak är ökat motstånd i övre andningsvägar; obstruktivt sömnapné syndrom. Sömnrelaterade andningssvårigheter orsakade av central apné eller lungsjukdom nämns endast som differentialdiagnoser. Diagnostik och behandling av sömnrelaterade andningsstörningar som drabbar omkring 2% av barnpopulationen är mycket angelägen. Forskningen om orsaker, diagnostik, följder och behandling av obstruktivt sömnapné syndrom är tämligen intensiv och kommer förmodligen att ge nya kunskaper under de närmaste åren.

Obstruktivt sömnapné syndrom försämrar sömnkvaliteten och leder till olika symptom på sömnbrist. Hos barn noteras detta ofta som beteendeproblem, och i grava fall som tillväxthämning. Det är vanligen närstående som noterar de nattliga andningsbesvären. Kraftiga snarkljud (dock inte alltid); avvikande andningsrörelser, ovanlig sovställning, svettningar nattetid, morgonhuvudvärk och torrhet i munnen vid uppvaknande är vanliga symptom. Under dagen finns ibland munandning; kronisk nästäppa; sväljningssvårigheter på grund av tonsillhypertrofi; frekventa övre luftvägsinfektioner; huvudvärk; aptitlöshet. Andra symptom är onormal sömnighet med morgontrötthet; insomningsbenägenhet och ökat behov av tupplurar. Dessutom finns ofta kognitiv, känslomässig eller beteendemässig påverkan med stämningsförändringar; utagerande beteende och irritabilitet; koncentrations- och minnesvårigheter. Symptom som påminner om ADHD, samt skolsvårigheter och inlärningsproblem är också vanligt.

Nattliga andningssvårigheter kan troligen också leda till sängvätning, ökad benägenhet för parasomnier; särskilt nattskräck och sömngång, ökad krampbenägenhet hos barn med epilepsi, och till andra sömnproblem (till exempel insomningsvårigheter och nattliga uppvaknanden). Hos vuxna finns klarlagda samband mellan utveckling av hjärtsjukdom och sömnapné. Man bör anta att obehandlad svår sömnapné ökar risken för tidig utveckling av hjärtsjukdom och andra sjukdomar även hos barn. För vuxna finns fastslaget samband mellan olycksbenägenhet i trafiken och obstruktivt sömnapné syndrom. Studier av sambandet mellan sömnapné och olyckor i barn och ungdomsåren saknas ännu.

Riskfaktorer för obstruktivt sömnapné syndrom

Se även A clinical guide to sleep disorders in children and adolescents. Gregory Stores (2001).

- Förstorade tonsiller och adenoid
- Övervikt
- Tillstånd som reducerar utrymmet i de övre luftvägarna; anatomiska avvikelser i mjuka gommen, högt gomtak, stor tunga, mikro- eller retrognati (liten haka), slemstagnation, infektioner, craniofaciala syndrom.
- Utvecklingsstörningar; mest välkänt Downs syndrom, men även t ex mucopolysaccaridoser, skör X-kromosom, Prader-Willi
- Andra neurologiska tillstånd, t ex cerebral pares och neuromuskulära sjukdomar.
- Andra avvikelser som achondroplasi och sickle-cellanemi.
- Allmänna faktorer; sederande medicin, alkohol, aktiv och passiv rökning, samt allergier.

Att tänka på vid utredning

Somatisk undersökning är givetvis angelägen. I första hand bedömes om riskfaktorer (se ovan) föreligger. Vid misstanke om obstruktivt sömnapné syndrom remitteras till ÖNH-specialist eller barnläkare.

Psykiatrisk och utvecklingsmässig bedömning, inklusive kartläggning av skolsvårigheter.

Hereditär kartläggning; troligen finns det ibland ärftlig benägenhet för obstruktivt sömnapné syndrom.

Misstänkt andningstörning kan vara indikation för polysomnografi vid sömnutredningsavdelning, lungklinik eller neurofysiologiskt laboratorium. Vid dessa undersökningar registreras bland annat luftflöde, andningsrörelser, och syrgastension i blod. ÖNH-specialist bör vanligen bedöma om denna undersökning är indicerad.

Differentialdiagnoser till obstruktivt sömnapné syndrom

Onormal dagsömnighet med annan bakgrund.

Andningsstörning av annan bakgrund; ex central sömnapné, astma.

Primär snarkning (mildare form av snarkning utan annan respirationspåverkan)

Andra orsaker till avvikande andningsmönster under sömn.

Åtgärder

Kirurgi (vanligen adenotonsillektomi) och/eller i svåra fall CPAP.

Behandling av bidragande medicinska faktorer; t ex fetma, astma, infektioner.

Korrektion av sovposition.

Sammanfattningsvis: Behandlingen och uppföljningen av obstruktivt sömnapné syndrom är en viktig angelägenhet för i första hand ÖNH-specialister, lungläkare och barnläkare. Det är dock viktigt att annan sjukvårdspersonal har god kännedom om tillståndet.

Besvärande fenomen i samband med sömn (parasomnier)

Sömngång, nattskräck, omtöcknat uppvaknande, och mardröm

Sömngång, nattskräck och omtöcknat uppvaknande orsakas av ”arousal” (aktiveringsimpuls) under djupsömn och kallas *partiella uppvaknanden* (på engelska ”*partial arousals*”). Som namnet partiellt uppvaknade antyder leder dessa sömnstörningar inte till att patienten blir klarvaken. Mardrömmar, som vanligen inträffar under REM-sömn, resulterar ofta i ett fullständigt uppvaknande.

Sömngång

Utgörs av en serie komplexa beteenden som startar under djupsömn (deltasömn) och som resulterar i sömngång. Inträffar i typiska fall under djupsömn under första delen av natten..

Vid sömngång gör barnet ofta bisarra saker medan det är omedvetet om omgivningen. Självbevaringsdrift saknas under attack och det finns alltså viss skaderisk. Sömngång är vanligast mellan 4 till ca 12 års ålder, några procent har frekventa besvär

Nattskräck (plötslig skräckattack under sömn, skriker, är otröstlig och svårkontaktad)

Karakteriseras vanligen av ett plötsligt skrik, tecken på intensiv skräck; barnet verkar ”besatt”. Under attacken är barnet vanligen okontaktbart, försök att väcka kan förvärra nattskräcken. Efteråt finns vanligen amnesi (minnesförlust) för händelsen. Nattskräck, liksom andra partiella uppvaknanden, uppträder oftast under djupsömn under första delen av natten. Tillståndet kan emellertid även förekomma vid andra tidpunkter, till exempel under tupplurar, och en bättre benämning på nattskräck är egentligen sömnskräck. Några procent av alla barn har nattskräck. Problemet brukar upphöra i puberteten. Nattskräck förekommer troligen hos omkring en procent av alla vuxna.

Omtöcknat uppvaknande (vaknar till under natten, men är omtöcknad och svårkontaktad)

Omtöcknat uppvaknande orsakas liksom sömngång och nattskräck av ”arousal” (väckimpuls) under djupsömn. Omtöcknade uppvaknanden är vanliga bland barn som är yngre än 5 år; men betydligt mindre vanligt under senare del av barndomen. Denna sömnstörning liknar sömngång och nattskräck, men symptomen är mildare.

Mardrömmar (vaknar av skrämmande dröm, illa berörd, behov av tröst)

Mardrömmar är skrämmande drömmar som vanligen väcker den sovande under REM-sömn. Enstaka mardrömmar är mycket vanliga hos barn. Frekventa mardrömmar är betydligt mindre vanligt och kan ha samband med psykisk eller medicinsk problematik.

Sammanfattande om skillnader och likheter mellan partiella uppvaknanden och mardröm:

Sömngång, nattskräck och omtöcknade uppvaknanden (partiella uppvaknanden) har alltså många gemensamma drag och uppträder under djupsömn, vanligen under första delen av natten. Nattskräck skiljer sig från sömngång och omtöcknade uppvaknanden genom den intensiva skräcken. Patienter med partiella uppvaknanden är svåra att få kontakt med under attack, och de söker inte tröst. Mardrömmar inträffar vanligen senare under natten, under REM-sömn och brukar leda till att barnet vaknar helt och söker tröst.

Predisponerande faktorer och associerade symptom

Det finns ärftlighet för *sömngång och nattskräck*, som också är vanligare bland individer med Tourettes syndrom eller migrän. Andningssvårigheter under sömn, t ex vid körtel bakom näsan kan möjligen öka risken för tillstånden. Attacker kan utlösas av stress, oro, traumatiska upplevelser, feber, sjukdom, sömnbrist, oregelbundna sömnvanor och orolig sovrumsmiljö. Även en så banal orsak som att bli kissnödig under natten kan utlösa nattskräck hos predisponerade barn.

Sömngång och nattskräck upplevs ofta generande och besvärande. Många barn undviker att ”sova borta”. Föräldrar upplever ofta symptomen som stressande och mycket oroande, särskilt innan man fått korrekt diagnos.

Stress och traumatiska upplevelser, ångesttillstånd, sjukdom, sömnbrist och vissa mediciner kan predisponera för, och utlösa *mardrömmar*. Barn som besväras av mardrömmar kan även ha rädslor, ångest under dagarna. Mardrömmar kan också leda till rädsla och motvillighet att gå till sängs.

Att tänka på vid utredning

Medicinska problem (särskilt epilepsi, se nedan), och andra sömnstörningar (t ex sömnapné) bör övervägas.

Hereditet; nattskräck och sömngång kan vara ärftligt.

Psykiatrisk och social bedömning är viktig. Omfattningen av bedömningen får anpassas efter det enskilda fallet.

Sömndagbok kan vara ett hjälpmedel för att kartlägga sömnbrist.

Videofilmning av attack kan i enstaka fall underlätta diagnostik och handläggning.

Sömregistrering är sällan indicerad, men blir aktuell om tillståndet är svårt att skilja från epilepsi, eller från den ovanliga sömnstörningen REM-sleep behaviour disorder

Om barnet har intensiva och återkommande mardrömmar bör bakgrunden utredas.

Psykologisk och social bedömning bör göras om barnet har uttalade besvär.

Eventuell medicinsk problematik beaktas.

Differentialdiagnoser

Epilepsi är en ovanlig men viktig differentialdiagnos till dessa tillstånd. Nedan beskrivs i stora drag skillnader mellan partiella uppvaknanden, mardröm och nattlig epilepsi (se Stores 2001)

Skillnader mellan partiella uppvaknanden (sömngång, nattskräck, omtöcknade uppvaknanden), mardröm och nattlig epilepsi

	Partiellt uppvaknande	mardröm	epilepsi
Tidpunkt	första del av natt	senare	varierande
Sömnstadium	djupsömn	REM-sömn	varierande
Beteende	dramatiskt	tröstbehov	varierande
Medvetande	omtöcknad	klar efter dröm	varierande
Skaderisk	måttlig	låg	låg
Minne	vanligen ej	ja	varierande
Hereditet	ofta	nej	varierande
Förekomst	vanligt	vanligt	ovanligt

Exempel på åtgärder vid sömngång och nattskräck

- Noggrann information till föräldrarna, om tillståndens bakgrund och vanlighet.
- Säkerhetsaspekter (ta undan saker barnet kan falla över, grind vid trappa, sätt bjällra på dörrhandtag etc.)
- Sömnhygien; lugn avstressad nattningsrutin, regelbunden, tillräcklig sömn, lugn sovrumsmiljö, undvika dryck som gör barnet kissnödigt under natten.
- Undvik att väcka barnet under attack; tala inte om episoden dagen efter.
- Handlägg eventuell psykologisk, social eller medicinsk problematik.
- Farmakologisk behandling kan övervägas i enstaka svåra fall. Bör genomföras av specialist på området.
- Schemalagd väckning. Barn med frekventa attacker vid bestämda tidpunkter kan väckas cirka 30 minuter innan förväntad attack. Härigenom påbörjas ny sömncykel och det partiella uppvaknandet i anslutning till djupsömnen kan undvikas. Behandlingen genomförs ofta under flera veckor. Det finns positiva rapporter om behandlingsresultatet av denna metod.

Exempel på åtgärder vid mardrömmar

- Eliminera stressfaktorer.
- Lugn och ro vid sängdags; undvik oroande eller dramatiska upplevelser, till exempel via TV.
- Se till att barnet får tillräckligt med sömn eftersom sömnbrist ökar benägenheten för mardrömmar.
- Förälder bör återförsäkra barnet om att ”det var bara en dröm”.
- Gosedjur, nattlampa och positiva suggestioner, uppmuntran.
- Kognitiva tekniker och avslappning kan vara av värde vid mardrömsproblematik.
- Barn och ungdomar med intensiva, långvariga och frekventa mardrömmar bör remitteras till barnpsykiatri eller barnpsykolog.

Prognos

Nattskräck och sömngång brukar upphöra när barnet närmar sig puberteten.

Mardrömmar som har sin grund i traumatiska upplevelser kan vara del av PTSD (post-traumatiskt stress syndrom), och kan vara långvariga.

Remiss

Till vederbörlig specialist/instans vid misstanke om bakomliggande medicinsk, psykiatrisk eller social problematik.

Intensiv, frekvent och långvarig problematik bör aktualisera remiss.

”Oro eller sprattel i benen” (Restless Legs Syndrome och Periodic Limb Movement Disorder)

Dessa tillstånd hänförs i ICSD-systemet till dyssomnierna eftersom de försvårar insomning och vidmakthållande av sömnen, och resulterar i dagsömnighet. Jag har här valt att presentera tillstånden under rubriken ”besvärande fenomen under sömn” (parasomni)

Oro eller ”sprattel” i benen beskrivs troligen ofta som ”växtvärk” hos barn. Begreppet ”växtvärk” är dock ett oklart begrepp, och i detta avsnitt beskrivs endast Restless Legs Syndrome (RLS) och Periodic Limb Movement Disorder (PLM). Dessa två sömnstörningar är vanliga bland vuxna, men förekommer med all säkerhet även ofta hos barn. Kunskapen om dessa tillstånd hos barn är ännu begränsad.

Restless Legs Syndrome (RLS)

Obehagliga sensationer i benen (och ibland även i armarna), vanligen i anslutning till insomningen orsakar ett starkt behov att få röra benen och försvårar insomning. Att få röra sig minskar obehaget. Symptomet finns troligen hos 5-15% hos vuxna i den allmänna befolkningen. Det är oklart hur vanligt RLS är bland barn; troligen är förekomsten betydande.

Periodic Limb Movement Disorder (PLM)

Repetitiva och stereotypa rörelser i ben och armar som förekommer i anslutning till sömn. Denna sömnstörning är troligen mindre vanlig hos barn än hos vuxna. PLM, liksom RLS orsakar sömnlöshet och dålig sömnkvalité. RLS och PLM kan förekomma hos samma individ. Den exakta förekomsten av PLM hos barn och ungdomar är alltså okänd, men många forskare anser att problemen är betydligt vanligare än man tidigare trott. Barn med ADHD har troligen klart ökad risk för dessa tillstånd.

RLS och PLM har troligen en ärftlig komponent, men järnbrist, neurologiska sjukdomar (ex polyneuropati), medicinska sjukdomar; t ex diabetes, och farmaka; till exempel SSRI (Cipramil, Fontex, Zolofit etc.) kan också orsaka besvär av denna typ. Både RLS och PLM anses ha samband med dopaminomsättningen. Järnbrist, olika farmaka, obstruktivt sömnapné syndrom, samt ADHD är riskfaktorer för båda tillstånden.

Att tänka på vid utredning

Identifiering av problemet bygger på uppgifter om ryckiga, upprepade rörelser i ben och även ibland i armar, och/eller tillsammans med obehagliga sensationer i dessa kroppsdelar. Detta beskrivs ofta som ”växtvärk” hos barn.

Polysomnografi inkluderande elektromyografi från benen kan ibland krävas för att fastställa diagnosen PLM.

Psykiatrisk och medicinsk bedömning, samt identifiering av eventuella farmakologiska biverkningar är viktigt.

Differentialdiagnoser

Plötsligt ”ryck” och rytmiska rörelser vid insomning

Epilepsi-ekvivalenter; myokloniska kramper

Andningsstörningar

Ångesttillstånd med insomningsproblem och orolig sömn.

Perifera neuropatier och muskelsjukdomar

Exempel på behandlingsåtgärder

Järnsubstitution vid järnbrist

I svåra fall kan farmaka som vid behandling av motsvarande tillstånd hos vuxna bli aktuellt.

Vanligen bör dock behandlingen bygga på god sömnhygien och identifiering av förvärrande faktorer, till exempel obstruktivt sömnapné syndrom, eller biverkningar av farmaka.

Gnisslar tänder, sängvätning, talar i sömnen, rytmiska rörelser vid insomning

Beskrivningarna av dessa sömnstörningar är kortfattade här.

Gnisslar tänder under sömn (bruxism)

Bruxism är vanligt; cirka 5% av alla vuxna gnisslar tänder i sådan utsträckning att det utgör ett problem. Barn besväras troligen lika ofta som vuxna. Svår bruxism orsakar smärtor och tandskador. Vid uttalade besvär bör stressfaktorer kartläggas, och patienten bör remitteras till tandläkare. Epilepsi, och möjligen obstruktivt sömnapné syndrom kan i vissa fall ha bruxism som delsymptom.

Sängvätning (enures)

Förekomsten av enures är omkring 30% hos fyraåringar, 10% hos sexåringar, 5% hos tioåringar, 3% hos tolvåringar, och 1-3% hos 18-åringar. Primär enures orsakar 70-90% av fallen, och sekundär enures orsakar 10-30%. Vid primär enures finns ofta ärftlighet. Sängvätning hos barn som nått den ålder då de förväntas vara torra är ett besvärligt symptom, och det är viktigt att dessa patienter erbjuds bedömning hos kunnig läkare.

Vid utredning av enures ska obstruktivt sömnapné syndrom uteslutas.

ADHD kan ha samband med primär enures.

Vid sekundär enures är kartläggning av stressfaktorer, liksom av medicinska och psykiatriska problem givetvis alltid angeläget.

Behandling och utredning av sängvätning beskrivs inte närmare i detta dokument. Sängvätning handläggs vanligen i första hand av barnläkare.

Talar i sömnen

Att tala i sömnen är mycket vanligt. Möjligen kan det ibland finnas ett samband med stress eller snarkning.

Rytmiska rörelser vid insomning

Stereotypa, repetitiva rörelser som engagerar stora muskler, vanligen i huvud- och nackregionen. Rörelserna uppträder i typiska fall strax före insomning och fortsätter under ytlig sömn. Någon typ av rytmiska rörelser återfinns hos så många som 2/3 av alla 9 månaders spädbarn. Vid 18 månader har mindre än hälften av alla barn rytmiska rörelser, och vid 4 års ålder har färre än 10% fenomenet. Rytmiska rörelser som engagerar kroppen (body rolling) är vanligare under första året, medan huvudrullningar (headbanging) är vanligare hos något äldre barn. Extrema former av rytmiska rörelser hos barn, eller när fenomenet förekommer hos äldre individer, kan ha samband med hjärndysfunktion eller stress.

Andra besvärande fenomen i samband med sömn

Här nämns några av de övriga parasomnier som nämns i ICSD (international classification of sleep disorders)

”Sömnryck” (Sleep Starts)

Plötsliga korta kontraktioner av benen; ibland också engagerande armar och huvud som inträffar vid insomning. Dessa fenomen är mycket vanliga. Uttalade ”sömnryck”, som är sällsynt, kan orsaka insomningsproblem. Extrema former kan ha samband med stress eller hjärndysfunktion..

Sömnparalys (Sleep Paralysis)

Övergående period med oförmåga att röra viljestyrd muskulatur. Sömnparalys inträffar antingen vid insomningsfasen (hypnagog form), eller vid uppvaknanden under natten eller på morgonen (hypnopomp form). Omkring 50% av allmänna befolkningen upplever någon enstaka episod av sömnparalys under sin livstid. Kroniska former av sömnparalys är däremot ovanliga. Familjär form av sömnparalys, utan sömnattacker eller kataplexi, förekommer, men är extremt ovanligt. Vid narkolepsi förekommer sömnparalys i 20-40% av fallen.

Sömnparalys kan vara mycket skrämmande för den som drabbas. Utredning och information är angelägen.

Skrämmande hypnagoga hallucinationer (Terrifying hypnagogic hallucinations)

Skrämmande drömmupplevelser vid insomning; liknar drömmar som förekommer under sömn. Symptomet kan vara del av narkolepsisjukdomen, eller kan ha samband med utsättning av mediciner som hämmar REM-sömn. Fenomenet är inte vanligt och patienter som besväras bör erbjudas specialistbedömning.

Nattliga benkramper (Nocturnal Leg Cramps)

Smärtsamma spänningar i vad eller fot under sömn.

REM Sleep Behaviour Disorder

Förlust av normal muskelatoni i samband med REM-sömn leder till utagerande beteende under REM-fasen; drömmar omsätts i motorisk aktivitet.. Vid misstanke om denna ovanliga sömnstörning remitteras till sömnspecialist och/eller neurolog.

Sleep-Related Abnormal Swallowing Syndrome

Sväljning av saliv resulterar i hosta och kvävningsskänsla. Medför uppvaknanden, störd sömn.

Besvärande sömnhet och andra symptom

Under denna rubrik i screeningformuläret ingår först tre allmänna frågor om sömnhet; svårt att vakna på morgonen, sömnhet under dagarna och tupplurar. Därefter följer fyra specifika frågor om symptom som kan förekomma vid narkolepsisjukdomen; sömnnattacker, skrämmande drömmar vid insomning eller uppvaknande, förlamningskänsla vid insomning/uppvaknande och plötslig muskelsvaghet vid sinnesrörelse.

Allmänt om bakgrund och handläggning vid besvärande sömnhet

Bakgrunden till svårighet att vakna på morgonen, dagsömnhet och tupplurar är komplex. Om dessa problem föreligger bör givetvis övriga aspekter av sömnen bedömas. Besvärande dagsömnhet (på engelska "excessive daytime sleepiness") kan orsakas av:

- sömnstörningar
- olämplig sömnhygien och störande miljöfaktorer till följd av sociala missförhållanden
- medicinska tillstånd
- psykiatriska tillstånd

Att tänka på vid utredning

Se även *A clinical guide to sleep disorders in children and adolescents. Gregory Stores (2001) och Pediatric sleep medicine. Stephen H. Sheldon, Jean-Paul Spire, Howard B. Levy (1992).*

Uttalad dagsömnhet bör alltid uppmärksammas. Symptomet kan vara tecken på allvarlig bakomliggande sömnstörning, medicinsk-, psykiatrisk eller social problematik. Dagsömnhet av oklar orsak är en indikation för utredning i sömnlaboratorium.

Symptomet orsakar ofta funktionsnedsättning med t ex ökad olycksrisk, försämrad social samspelsförmåga och skolsvårigheter.

Identifiering av sömnhet hos barn kan vara svår. Dagsömnhet hos barn är ofta "maskerad". Mitt avhandlingsarbete visade att föräldrar till sex-åriga barn noterade att irritabilitet, ledsenhet eller överaktivitet var vanliga tecken på sömnbrist. Det är viktigt att försöka avgöra om problemet verkligen är "sömnhet", eller om barnet lider av trötthet/svaghet, bristande motivation, depression, eller önskan att undfly konfliktfylld situation.

Vid fastställd onormal sömnhet bedöms hur barnets funktionsnivå påverkas.

Kartläggning av den onormala sömnheten

- Består sömnheten i ett behov av onormalt lång sömn under natten?
- Har barnet sömnnattacker (kan somna mitt i en aktivitet)?
- Är sömnheten kontinuerlig eller intermittent (ex. förekommer endast vissa veckor under året, eller är associerad med menstruationscykel).

- Får barnet tillräckligt med sömn för sin ålder? Se ovan. Uppskatta i samråd med förälder och barnet/ungdomen själv det individuella sömnbehovet och i vilken mån det tillfredsställs. Sömndagbok är ett bra hjälpmedel.
- Finns det sömnstörningar eller oregelbunden dygnsrytm? Screening formuläret och sömndagbok kan vara hjälpmedel för att avgöra detta.

Standardiserad mätning, och kvantifiering av sömnhighet är en komplicerad procedur som genomförs i laboratoriemiljö. Under polysomnografisk registrering vid sömn-utredningsenheten på Akademiska sjukhuset utförs MSLT (Multiple Sleep Latency Test).

Samtliga symptom som tas upp i de tre första delarna av screeningformuläret; sömnlöshet, dygnsrytm, sömnhygien; snarkning eller andningssvårigheter under sömn och besvärade fenomen under sömn kan orsaka besvärade dagsömnhighet.

Specifika tillstånd med onormal sömnhighet

Periodisk hypersomni

Periodvis återkommande svår dagsömnhighet med veckors eller månaders mellanrum. En viktig, dock ovanlig typ av periodisk hypersomni är Kleine-Levins syndrom. Detta syndrom drabbar främst pojkar i tonåren. Utöver hypersomni (ökat sömnbehov) förekommer förändrat stämningsläge, hyperfagi (överätande) och sexuellt utagerande beteende. Vid misstanke om denna allvarliga sjukdomsbild remitteras till sömnspecialist eller neurolog.

Posttraumatisk hypersomni

Onormal sömnhighet efter trauma; vanligen CNS-trauma.

Menstruationsassocierad sömnstörning

Insomni eller hypersomni med tidsmässig relation till menstruationscykeln

Psykiatrisk problematik med sömnstörning eller onormal sömnhighet

Förekommer vid psykotiska och affektiva sjukdomar, samt vid alkoholism och andra typer av missbruk.

Idiopatisk hypersomni

Rubbning med onormalt sömnbehov där bakgrunden är oklar.

Medicinska tillstånd som ofta orsakar sömnstörning eller onormal sömnhighet

Sömnrelaterad epilepsi och sömnrelaterad migrän är två exempel på medicinska tillstånd som kan orsaka sömnrelaterade problem.

Narkolepsi

Narkolepsi är en kronisk neurologisk sjukdom där rubbning av REM-sömnen utgör ett framträdande drag. Typiska symptom (i många fall av narkolepsi finns dock inte alla symtomen)är:

- dagsömnhighet med imperativa sömnattacker

- kataplexi (plötslig muskelsvaghet vid sinnesrörelse)
- sömnparalys
- hypnagoga hallucinationer.

Narkolepsi förekommer hos cirka 0,05% av befolkningen; debuten sker ofta i barndom/tonår. Tillståndet förblir ofta odiagnosticerat under många år, och de genomgripande symptomen missförstås ofta med lidande och funktionsnedsättning som följd. Narkolepsi har ofta en ärftlig komponent.

Vid misstanke om narkolepsi remitteras till barnneurolog eller sömnspecialist. Diagnosen ställs genom neurofysiologisk sömnregistrering med s.k. MSLT (Multiple Sleep Latency Test). I typiska fall visar MSLT förkortad insomningstid med REM-insomnande.

Behandling och uppföljning av narkolepsi är vanligen en specialistangelägenhet.

SÖMNPROBLEM HOS BARN OCH UNGDOM

För screening H. Smedje 2007

Barnets namn och ålder:

Dagens datum:

Frågor för klinisk intervju, eller som enkät för förälder och/eller barn/ungdomar. Kryssa för hur väl varje påstående stämmer.

SÖMNLÖSHET, DYGNSTRYTM, SÖMNHYGIEN

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta
Motvilja eller vägran gå till sängs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rädsla stör insomning/sömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har svårt att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaknar under natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har problem med dygnsrytmen (svårt somna/vakna vid önskvärda tidpunkter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sover för lite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oregelbundna sömnvanor/bristande sömnhygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SNARKNING ELLER ANDNINGSBESVÄR UNDER SÖMN

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta
Kraftig snarkning, andningssvårigheter eller andningsuppehåll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BESVÄRANDE FENOMEN I SAMBAND MED SÖMN (PARASOMNIER)

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta
Går i sömnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plötslig skräckattack under sömn, skriker, är otröstlig och svår få kontakt med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaknar till under natten, men är omtöcknad och svår få kontakt med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har mardrömmar (vaknar av skrämmande dröm, illa berörd, behov av tröst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oro, obehag eller "sprattel" i benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gnisslar tänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kissar i sängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talar i sömnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritmiska rörelser vid insomning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra besvärande händelser under sömn (vänligen specificera nedan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BESVÄRANDE SÖMNIQHET OCH ANDRA SYMPTOM

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta
Svårt att vakna på morgonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnig under dagarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tupplurar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnattacker dagtid, kan somna mitt i en aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livliga eller skrämmande drömsyner vid insomning eller uppvaknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förlammningskänsla vid insomning eller uppvaknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plötslig muskelsvaghet under dagarna, t ex vid skratt eller sinnesrörelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Var vänlig beskriv de sömnproblem som känns viktigast att få hjälp med:

.....
.....

- Om barnet/ungdomen går hos annan vårdgivare (t ex läkare, psykolog), beskriv hos vem/vilka och för vad:

.....
.....

- Får barnet/ungdomen mediciner eller annan behandling, vänligen beskriv:

.....
.....
.....

Formuläret besvarades av:

Sömndagbok

Vid utredning och behandling av sömnproblem är det värdefullt att registrera sömnen dag för dag med hjälp av dagbok. Det brukar vara bäst att fylla i sömndagboken påföljande dag på morgonen.

Barnets namn och ålder:

	Läggtid: kl.	Tid det tog att somna (min)	Nattsömnens längd (tim, min)	Vaknade på morgonen (kl)	Kommentarer, ex nattliga uppvaknanden, tupplurar, mardröm, sjukdom
Sö/Må					
Må/Ti					
Ti/On					
On/To					
To/Fre					
Fre/Lö					
Lö/Sö					
Sö/Må					
Må/Ti					
Ti/On					
On/To					
To/Fre					
Fre/Lö					
Lö/Sö					
Sö/Må					
Må/Ti					
Ti/On					
On/To					
To/Fre					
Fre/Lö					
Lö/Sö					

Sömndagboken fylldes i av (var vänlig specificera):

.....