

Erfaringer med søvnprogrammet Sov godt

Hege Pettersen Sandtrø

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør
hege.sandtro@r-bup.no

Turid Skjerve Leksbø

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør

Hege Ottesen Haugen

Oslohjelpe, Bydel Østensjø

Inger Silje Eidsvåg

Oslohjelpe, Bydel Østensjø

Astrid Halle Isfeldt

Ullern helsestasjon

Bente Wiborg

Ullern helsestasjon

Silje Marie Haga

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør

Hege Therese Størksen

VID vitenskapelige høgskole

Marte Lie Kleppe

Østensjø helsestasjon

Filip Drozd

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør

Et veiledet nettbasert program kan være nyttig for helsestasjoner å ta i bruk når barn har søvnvansker.

Om lag 20 % av barn i alderen 0–4 år strever med søvn (Hysing et al., 2016; Steinsbekk et al., 2013). Søvnvansker hos barn er forbundet med en rekke fysiologiske, kognitive og emosjonelle utfordringer (Chaput et al., 2017), og det påvirker også foreldrenes søvn og helse (Sadeh et al., 2010). Foreldre kan søke hjelp i primærhelsetjenesten, men mange opplever at de ikke får den hjelpen de trenger (Fisher et al., 2011). Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) har derfor utviklet Sov godt, et veiledet nettbasert program for søvnvansker hos barn. Sov godt ble høsten 2021 testet ut på åtte familier i helsestasjonstjenesten og psykisk helseteam i to bydeler i Oslo, i samarbeid med RBUP. Målet med denne teksten er å presentere Sov godt og de erfaringer vi har gjort oss under utprøvingen.

Barns søvnvansker og utfordringer i tjenestene

Søvnvansker defineres som «gjentatte problemer med innsovning, søvnvarighet, konsolidering eller kvalitet, som oppstår til tross for alderstilpasset tid og mulighet for søvn, og resulterer i funksjonssvikt på dagen for barnet og/eller familien». Definisjonen benyttes fra barn er seks måneder gamle (Mindell et al., 2006). Før seksmånedersalderen er søvnutfordringer knyttet til fysiologisk umodenhet og barnets begrensede evne til å regulere seg (Bathory & Tomopoulos, 2017) og skal ikke behandles.

Det er forventet at psykologer og helsesykepleiere som arbeider med barn og familier, skal kunne kartlegge barns søvn, samt gi kunnskap, veiledning og behandling ved søvnvansker. Dessverre er denne tematikken i liten grad dekket i utdanningene, og det er funnet at helsepersonell mangler kunnskap om barn og søvn (Honaker & Meltzer, 2016; Zhou et al., 2020). Samtidig er det lite støtte å finne i relevante retningslinjer og faglige veiledere når det gjelder hvordan søvnvansker kan forebygges og behandles (Helsedirektoratet, 2014, 2017; Sosial- og helsedirektoratet, 2007). For foreldre finnes det mange ulike informasjonskilder som tilbyr motstridende råd og veiledning om småbarns søvn, noe som kan oppleves forvirrende.

I *Sov godt* får foreldre, psykologer og helsesykepleiere et verktøy som muliggjør tydelig, trygg og forskningsbasert hjelp. Forskning viser at de mest effektive tiltakene for barns søvnvansker er ekstinksjon (Morgenthaler et al., 2006). Ekstinksjon betyr avlæring av betingede responser ved at for eksempel foreldre i forbindelse med legging holder tilbake belønning og ikke responderer med oppmerksomhet, mat eller liknende. Den betingede responsen vil da gradvis avta, og barnet venner seg til å finne søvnen selv. Foreldre og helsepersonell er etter vår erfaring ofte skeptiske til ekstinksjon fordi det å gi umiddelbar respons til barnet anses som viktig for å etablere en trygg tilknytning.

Denne oppfatningen gjør det vanskelig å hjelpe familiene og øker risikoen for at søvnvansker forblir ubehandlet og vedvarer (Sadeh et al., 2010).

Sov godt

Sov godt er et veiledet nettbasert program for barn med søvnvansker i alderen seks måneder til tre år til bruk i helsestasjonstjenesten og lavterskelklinikker. Programmet består av to plattformer – en for foreldre og en for helsepersonell. Sistnevnte har oversikt over informasjonen familiene legger inn i programmet, tildeler ulike moduler og gir tilpasset veiledning. Under vår utprøving ble programmet brukt som et supplement til ordinær behandling. Etter en første innledende kartleggingsamtale hos psykolog eller helsesykepleier fikk familier hvor barnet hadde en definert søvnvanske, tilbud om å delta i programmet.

I programmet gjennomførte foreldrene først en kartleggingsmodul, før de fikk psykoedukasjon, som består av fire moduler (*Søvn hos små barn*, *Din leggerutine*, *Barnegråt* og *Oppmerksomt nærvær*). Disse modulene utførte familien hjemme. Deretter fikk foreldrene velge mellom fire ulike behandlingsmoduler (Din søvnplan, Din søvnplan med tilstedeværelse, Din søvnplan for samsøving, Nedtrapping av nattamning) i samråd med psykolog eller helsesykepleier. Avslutningsvis fikk de en modul for forebygging av senere søvnvansker. I ettertid er det også utviklet to nye behandlingsmoduler: *Fastsatte oppvekkinger* og *Utsatt leggetid*.

Utprøvingen

Programmet *Sov godt* ble gjort kjent gjennom sosiale medier, informasjonsmateriell og direkte samtaler på helsestasjonen. Familiene som ønsket det, meldte seg på. Blant familiene som deltok, ble fire fulgt opp av psykolog og fire av helsesykepleier. Før utprøvingen fikk psykologene og helsesykepleierne undervisning om søvn og opplæring i programmet av RBUP. Opplæringen fokuserte på hvordan veilede på nett, velge behandlingsmodul og gi støtte til familien underveis.

Fagpersonene og RBUP hadde et møte i løpet av implementeringen for å evaluere utprøvingen. Under utprøvingen kunne fagpersonene kontakte RBUP hvis de hadde spørsmål eller hadde behov forråd og veiledning.

Psykologene og helsesykepleierne noterte antall kontakter med foreldrene utenom programmet (telefon, SMS eller ekstra konsultasjoner). Det ble registrert to til elleve kontaktpunkter utenom programmet, der tidsbruken per familie varierte fra 0,5 og 8,5 timer. Det var forventet at foreldrene ville bruke cirka seks uker fra oppstart til slutt (to uker med kartlegging og psykoedukasjon, to uker med behandling og to uker med etterregistrering), men tidsbruken varierte mye avhengig av familiens progresjon.

Fagpersonenes erfaringer

Det har vært en betydelig økning i bruk av digital helsehjelp de siste årene. Dette gir mangfoldige hjelpetiltak. Samtidig utfordrer og endrer teknologien yrkesutøvelsen vår og oppfatningene av hva forebyggende og behandlende helsehjelp er, og hva som er virksomt i hjelpen vi tilbyr (Betin, 2022). I Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse påpekes det et behov for forskning og utvikling av internettbaserte tjenester (Regjeringen.no, 2019). Det er derfor viktig å innhente de erfaringer helsepersonell får ved å jobbe med digitale programmer, spesielt med tanke på videreutvikling og implementering i tjenestene.

Etter utprøvingen fylte de involverte fagpersonene ut et skjema med åpne spørsmål om styrker, svakheter, muligheter og begrensninger (SWOT) med *Sov godt*, samt en åpen rubrikk for ytterlige kommentarer. Da en sammenliknet besvarelsene til psykologene og helsesykepleierne, fant en at de overordnet sett hadde ganske like erfaringer med *Sov godt* og hvordan det var å jobbe med familiene. Det som skilte erfaringene deres, hadde sammenheng med rollen til fagpersonene og hvilke muligheter de hadde til å jobbe med disse familiene i sin praksis, noe vi vil utdype i det følgende.

... helsepersonell mangler kunnskap om barn og søvn

Struktur og kvalitetssikring

Sov godt gjorde psykologene og helsesykepleierne oppmerksomme på hvor viktig det var med grundig kartlegging av barnets søvnvanser. Programmet strukturerte og kvalitetssikret arbeidet, noe som gjorde at fagpersonene mente de jobbet mer i tråd med kunnskapsbasert praksis. Programmet bidro til større trygghet og en standardisering av veiledningen, som er en fordel med digitale programmer sammenliknet med ordinær helsehjelp. Ikke minst ga programmet foreldre en trygghet, da de fikk samme kunnskapsgrunnlag som psykolog/helsesykepleier, og det var lettere å enes om forståelsen av søvnproblemet. Dette synes å være spesielt viktig i et fagfelt med mye usikkerhet om hva som er best for barnet. Samtidig erfarte psykologene og helsesykepleierne at de «etablerte sannhetene» rundt barn og søvn er ganske fastlåste, og at foreldrene trengte tid for å akseptere ny kunnskap og nyttiggjøre seg

den. Dette kan forstås som at det ofte ikke er noen raske løsninger på barns søvnvansker, selv med digitale verktøy som Sov godt.

Individtilpasset søvnbehandling

Den digitale kartleggingen var grundigere enn det psykologer og helsesykepleiere var vant til, og kunne være vanskelig å tolke. Samtidig ga alle opplysningene en bedre oversikt over søvnproblemet enn før, og det ble mulig å ha en mer individuell tilnærming. Fagpersonenes erfaringer var at «oppskrifter» sjelden fungerer eller ønskes av foreldrene. Når de kunne tilpasse søvnbehandlingen til hver familie, opplevde foreldrene seg sett og hørt. Konsultasjonene med Sov godt ble mer nyttige og effektive siden foreldrene hadde utført kartleggings- og psykoedukasjonsmodulene hjemme. Dermed ble søvnveiledningen mer «to the point».

... foreldrene trengte tid for å akseptere ny kunnskap og nyttiggjøre seg den

Allianse

At programmet er veiledet, ga psykologene og helsesykepleierne mulighet til å etablere en allianse med personlig kontakt underveis, ansikt til ansikt. Dette anså begge profesjonene som viktig for å gi nødvendig hjelp og støtte, og det var en klar fordel sammenliknet med heldigitale selvhjelpsprogram. Samtidig vil det å få en allianse til programmet kunne ha en effekt på endringsarbeidet (Betin, 2022). Programmet i seg selv blir en ekstra trygghet og støtte når hjelper ikke er tilgjengelig. Med tanke på at mange foreldre brukte tid på å få til endringer, og at noen hadde behov for mye støtte underveis, må det selv med digitale verktøy jobbes med å opprettholde en god arbeidsallianse med felles forståelse, oppgaver og mål.

Repetisjon og vedlikehold

En klar fordel med Sov godt var at programmodulene kunne gjennomgås flere ganger, særlig når noe opplevdes spesielt vanskelig eller nyttig for foreldrene. Søvnplanen var også tilgjengelig gjennom behandlingsforløpet, og familien hadde tilgang til Sov godt etter behandling og kunne vedlikeholde endringene og forebygge senere søvnvansker. Dette kan forhindre at søvnvanskene gjenoppstår og skaper et nytt behandlingsbehov, da gjentagende søvnveiledninger er en kjent utfordring i tjenestene.

Tilgjengelighet

Med Sov godt hadde foreldrene tilgang til støtte og hjelp døgnet rundt. Samtidig kunne de kommunisere med sin veileder innenfor arbeidstiden. Dette ble sett på som positivt. Imidlertid krevde programmet egen innlogging for å kunne se, svare på og gi beskjeder, noe psykologer og helsesykepleiere opplevde som utfordrende. Fagpersonene skulle ha ønsket at Sov godt var kompatibelt med journalsystemet deres. Videre syntes de det var krevende å planlegge oppfølgingen, da foreldrene hadde ulike behov for hjelp og det var opp til foreldrene å ta kontakt. I en hektisk hverdag var det vanskelig å finne tid til foreldre som trengte mye og rask hjelp. Det gjaldt mest for helsesykepleierne, som syntes å ha mindre fleksibilitet i sin arbeidshverdag. Vanskene med å ha en tett oppfølging av familiene bidro også til at ulike utfordringer ikke ble fanget opp tidlig, spesielt der foreldre var lite endringsklare og av forskjellige grunner ikke gjennomførte søvnplanen som avtalt uten å gi beskjed. Utfordringen med å følge opp familien kan skyldes at det var få som deltok i utprøvingen. Med flere familier til behandling vil det være nødvendig med en mer rutinemessig oppfølging. Erfaringene viste

at det uansett er viktig å avtale når og hvordan kontakt mellom foreldre og hjelper skal foregå, samt at psykolog og helsesykepleier har en egen plan for innlogging og sjekk av beskjeder.

Tid

Fagpersonene rapporterte at det var krevende å gi foreldrene nok tid til å være i sin egen prosess og samtidig bli utfordret til å endre søvnvanene. Dessuten tok det tid for foreldrene å fullføre kartleggingen og gå gjennom psykoedukasjonen. Støtte og oppmuntring underveis ble derfor viktig. Variasjonen i tidsbruken for å gjennomføre Sov godt kan handle om foreldrenes motivasjon, da de ikke kommer seg videre i programmet før kartleggingen og psykoedukasjonen er utført. Det ble derfor fremhevet som nødvendig å bruke tid på å veilede og motivere foreldre underveis i passende tempo.

Foreldresamarbeid

I Sov godt var det kun én av foreldrene som fikk tilgang til programmet. Psykologene og helsesykepleierne ønsket at begge foreldrene hadde tilgang. Det ville ha bedret foreldresamarbeidet rundt barnets søvn, sikret at begge fikk lik kunnskap og dermed en felles forståelse og motivasjon for endring. Det er spesielt viktig dersom foreldrene kjenner på ambivalens og motstand. Fagpersonene etterlyste en større vekt på motivasjon i programmet, siden det er av stor betydning for gjennomføringen av søvnplanen.

Fordeler og ulemper i møte med ulike fagpersoner

Psykologer i førstelinjen og helsesykepleiere har ulike tradisjoner i arbeid med familiene, men begge faggrupper skal primært jobbe forebyggende og vil i søvnfeltet ha overlappende funksjoner. Så å si alle familier følger helsestasjonsprogrammet, og en helsesykepleier skal følge opp barnets utvikling og omsorgssituasjon. Skal helsesykepleier hjelpe en familie med et barn med søvnvansker, må de avdekke dette og gi veiledning i en konsultasjon hvor en rekke andre temaer også skal følges opp. Vårt inntrykk er at søvnvansker hos barn er noe psykologer avdekker i møte med familiene, men sjelden noe familier blir henvist eller selv ber om hjelp for. Psykologen jobber på en annen måte enn helsesykepleiere, der forståelse for familiens helhetlige situasjon får mer plass i konsultasjonen. De er mer prosessorientert og kan trolig gi tematikk knyttet til søvnvansker plass i timene. Tiden de ulike profesjonene har til rådighet, vil derfor påvirke hvordan de jobber med allianse, forstår søvnproblemet og gir veiledning.

En forutsetning for alt endringsarbeid er nettopp at en får etablert en allianse mellom hjelper og foreldre, noe også utprøvingen viste. Vår erfaring er at de ulike profesjonene har ulik kunnskap om betydningen av allianse, om hva den inneholder, og hvordan en skal etablere og vedlikeholde den gjennom veiledningsprosessen. Satt på spissen har helsesykepleier mest erfaring i å gi råd/veiledning om søvn, mens psykologer innehar en spisskompetanse på alliansearbeidet og å få til endring der hvor problemene er sammensatte og komplekse. Et relevant spørsmål er hvem av profesjonene som skal bruke Sov godt når begge har mulighet til å hjelpe samme familie.

Som tidligere nevnt kan foreldrene oppleve at det er krevende å gjennomføre programmet, og de kan vegre seg for å prøve ut eller følge de rådene og tiltakene som programmet legger opp til. Som hjelper kan en kjenne på frustrasjon når foreldre ikke gjør som avtalt eller ønsket. I dette utfordres alliansen, og en risikerer å miste foreldrene på veien. Det fører i sin tur til at barnets søvnvansker ikke avhjelpes, eller at de vedvarer. Psykologer er trent til å håndtere slik motstand. I møte med motstand/ambivalens fra foreldrene vil en psykolog trolig lene seg mer tilbake og rulle med motstanden – stoppe opp og utforske. Dette kan ta tid og kreve en terapeutisk tilnærming som er vanskeligere for helsesykepleiere å møte fordi de verken har nok tid eller handlingskompetanse. Dessuten skal en

helsesykepleier ha et mer generelt fokus i sine konsultasjoner, mens en psykolog kan konsentrere seg mer om et problem. De ulike faggruppene har med andre ord ulike forutsetninger for å jobbe med alliansen, å møte foreldrenes motstand og å overkomme de utfordringene som kan oppstå i samarbeidet med foreldrene.

De ulike faggruppene har [...] ulike forutsetninger for å jobbe med alliansen

Uavhengig av dette er det viktigste for familiene at de møter fagpersoner som jobber i tråd med kunnskapsbasert praksis, og som kan etablere og opprettholde en allianse slik at familiene kjenner seg trygge, ivaretatt og blir i stand til å gjøre endringer. Det er dette Sov godt er ment å hjelpe med.

Oppsummering

Behandling av søvnvansker er rettet mot de faktorene som skaper uro eller hemmer barnets evne til å roe seg selv, da det er en forutsetning for at søvn skal inntre og vedlikeholdes. Fokus er på foreldrene, slik at de etablerer gode rutiner, justerer forventningene sine til barnets søvn eller endrer egne tanker, følelser og adferd som opprettholder søvnvanskene. I dette arbeidet må hjelper ha et familieperspektiv og jobbe med endringer på flere områder. Jo mer komplekse problemene er, jo mer utfordrende blir arbeidet. Vår erfaring etter utprøvingen er at fagpersonen må ha en grundig forståelse av søvnproblemet. Å bruke et veiledet nettbasert tiltak gir ingen rask vei til målet, men det bidrar til grundig kartlegging og gir veiledningen en struktur og kvalitetssikring som øker sjansen for å lykkes med å få barnet til å sove bedre. I tillegg er alliansen mellom foreldre og fagpersoner et kontinuerlig arbeid, som i alle konsultasjoner.

Veien videre

Utprøvingen viste at barns søvnvansker er et betydelig strev, og at foreldrene trengte mer tid og tettere oppfølging enn antatt. Samtidig har den ført til konkrete endringer i programmet som kan være til nytte. Blant annet er anbefalingen i programmet nå endret slik at psykologer og helsesykepleiere aktivt skal styre mer av kontakten. Dessuten er kartleggingsmodulen blitt mindre omfattende. Det gjør det lettere for foreldre å fylle ut kartleggingen og for fagpersoner å tolke den. Begge foreldrene bør fremover kunne logge seg inn i Sov godt med tanke på de tilbakemeldinger som er gitt rundt foreldremotivasjon. Det er utarbeidet en veileder for tjenesten der det blir løftet frem hvor viktigheten av alliansearbeidet er, og med informasjon om hvordan gi veiledning og hjelp i takt med foreldrene. Et godt samarbeid mellom psykologer og helsesykepleiere og klare retningslinjer for hvem som skal gjøre hva og når er viktig for at Sov godt skal brukes av begge profesjoner. Programmet er klart for bruk i tjenestene fra høsten 2023 (www.rbup.no/kurs/545020) med en følgeevaluering av programmet og det planlegges en fremtidig effektstudie.

Rettelse 04.01.24: I første avsnitt ble Regionalt kunnskapssenter for barn og unge rettet til Regionsenter for barn og unges psykiske helse.

Rettelse 19.01.24: I referanselisten ble artikkelnavn i Morgenthaler et al. rettet fra «Complex sleep apnea syndrome: is it a unique clinical syndrome» til «Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An american academy of sleep medicine report».

Referanser

- Bathory, E. & Tomopoulos, S. (2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47, 29–42. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>
- Betin, K. (2022). *Trygge digitale terapeuter – en guide til digital psykoterapi*. Gyldendal Akademisk.
- Chaput, J.-P., Gray, C., Poitras, V., Carson, V., Gruber, R., Birken, C., McLean, J. E., Aubert, S., Sampson, M. & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*, 17, 91–107. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12889-017-4850-2>
- Fisher, J., Rowe, H., Hiscock, H., Jordan, B., Bayer, J., Colahan, A. & Amery, V. (2011). *Understanding and responding to unsettled infant behaviour. A discussion paper for the Australian Research Alliance for Children and Youth*. https://www.aracy.org.au/publications-resources/command/download_file/id/158/filename/Understanding_and_responding_to_unsettled_infant_behaviour.pdf
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien – Nasjonal faglig retningslinje (fullversjon).pdf
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom - Helsedirektoratet
- Honaker, S. & Meltzer, L. (2016). Sleep in pediatric primary care: A review of the literature. *Sleep Medicine Reviews*, 25, 31–39. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.01.004>
- Hysing, M., Sivertsen, B., Garthus-Niegel, S. & Eberhard-Gran, M. (2016). Pediatric sleep problems and social-emotional problems. A population-based study. *Infant Behavior and Development*, 42, 111–118. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.12.005>
- Mindell, J., Emslie, G., Blumer, J., Genel, M., Glaze, D., Ivanenko, A., Johnson, K., Rosen, C., Steinberg, F, Roth, T. & Banas, B. (2006). Pharmacologic management of insomnia in children and adolescents: consensus statement. *Pediatrics*, 117, 1223–1232. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1693>
- Morgenthaler, T. I., Owens, J. A., Alessi, C., Boehlecke, B., Brown, T., Coleman, J., Friedman, L., Kapur, V. K., Lee-Chiong, T., Pancer, J., & Swick, T. J. (2006). Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29(10), 1277–1281. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.10.1277>
- Regjeringen.no. (2019). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)*.
- Sadeh, A., Tikotzky, L. & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 89–96. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.05.003>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*.
- Steinsbekk, S., Berg-Nielsen, T. & Wichstrøm, S. (2013). Sleep Disorders in Preschoolers: Prevalence and Comorbidity with Psychiatric Symptoms. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34, 633–641. <https://doi.org/http://doi.org/10.1097/01.DBP.0000437636.33306.49>
- Zhou, E., Mazzenga, M., Gordillo, M., Meltzer, L. & Long, K. (2020). Sleep Education and Training among Practicing Clinical Psychologists in the United States and Canada. *Behavioral Sleep Medicine*, 19(6), 744–753. <https://doi.org/10.1080/15402002.2020.1860990>