

# Regionala HTA-rådet Uppsala/Örebroregionen



**Gradvis utsläckande med eller utan föräldrars närvaro som  
behandlingsmetod av sömnproblem hos barn i förskoleåldern**

**HTA-rapport 2016:01**

**HTA-grupp:**

Ann-Britt Zakrisson, Med Dr, distriktssköterska<sup>1,2</sup>

Louise Olsson, docent, överläkare<sup>1,3</sup>

Emelie Condén, Med Dr, sjuksköterska<sup>4</sup>

Mia Svantesson-Sandberg, Med Dr, leg sjuksköterska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HTA-enheten CAMTÖ, Region Örebro län

<sup>2</sup>Universitetssjukvårdens Forsknings Centrum (UFC)

<sup>3</sup>Landstinget Sörmland

<sup>4</sup>Landstinget Västmanland

**Kliniskt sakkunniga:**

Ana Guerra Andersson, överläkare Barnmott, Karlskoga lasarett

Kerstin Neander, Fil Dr., socionom, UFC, Region Örebro län

Daniel Nebeski, barnpsykolog, Barnhälsovården Region Örebro län

HTA-enheten CAMTÖ

Irène Pettersson

Box 1324

701 85 Örebro

019-602 3492

[irene.petterson@regionorebrolan.se](mailto:irene.petterson@regionorebrolan.se)

2016-02-29

Rapport 2016:01

## Innehåll

Sammanfattning.....	4
Summary in English.....	4
Bakgrund .....	5
Behandlingsmetoder vid sömnproblem .....	6
Problemformulering.....	7
Syfte .....	7
PICO.....	7
Metod.....	7
Resultat .....	9
Diskussion.....	12
Etiska överväganden .....	13
Slutsats .....	14
Identifierade kunskapsluckor .....	14
Referenser.....	15
Bilaga 1 .....	Artikelmatris

## Sammanfattning

Sömnpromblem hos små barn rapporterade av föräldrarna är vanligt förekommande. Det gäller både svårigheter kring själva sänggåendet och nattliga uppvakningar där barnet inte kan somna om på egen hand. Inom vården handläggs detta första hand genom råd kring sömnhygien såsom det föreskrivs i "Rikshandboken för barnhälsovård" (1) samt att utesluta somatisk, psykisk eller social orsak till sömnpromblem.

Om föräldrar trots detta fortsätter att rapportera svårigheter vid sänggåendet eller nattliga uppvakningar kan en sömnmetod som gradvis utsläckande eller utsläckande med föräldrars närvaro vara en möjlighet. Detta innebär att protester efter läggning ignoreras under successivt längre tidsperioder och att barnet tränas i att invänta sömnen på egen hand.

I denna systematiska sammanställning av litteraturen kring gradvis utsläckande och utsläckande med föräldrars närvaro påträffades ett begränsat antal studier som påvisade att metoden har positiv effekt på sömnpromblem hos barn i det korta perspektivet. Endast en studie avseende långtidseffekter påträffades som inte påvisade några negativa psykologiska effekter på sikt. Ingen av studierna är genomförda i en nutida europeisk eller nordisk kontext. Sammantaget bedömdes att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.

Slutsatsen är att det finns ett visst stöd för att gradvis utsläckande och utsläckande med föräldrars närvaro har effekt på barns sömnpromblem men att det behövs mer forskning kring detta. En viktig observation i studierna var att depression hos barnens mödrar förbättrades i takt med att barnens sömnpromblem klingade av. Positiva läggrutiner noterades också vara en framgångsrik metod. Dock behövs mer god metodologisk forskning för att kunna påvisa dessa effekter av sömnmetoden.

## Summary in English

Sleeping problems in pre-school children are frequently reported by their parents. This includes both difficulties at bedtime (tantrums) and difficulties during the night, i.e. the child is cannot get back to sleep again of his or her own accord. Many families turn to health care for help and in these situations, any somatic, psychological or social factor potentially causing the reported sleeping problems must be identified. General advice on sleeping issues among children is also provided by the "National guidelines for pediatric care in Sweden" (1).

In case the sleeping problems remain unsolved, a psychological method as graduated extinction is another option. This involves ignoring the protests of the child during gradually longer time periods leaving the child to fall asleep by itself.

We conducted a systematic review of the literature on the effects of graduated extinction and found some, but insufficient, scientific support for a positive short-term effect on sleeping problems in pre-school children. Only one study involved a longer follow-up period but no negative psychological effects were reported.

In conclusion, there is a demand for further evaluation of the effects of graduated extinction, in comparison to other methods such as positive routines at bed-time. Secondary effects of sleeping problems in young children, such as maternal depression, underline the importance of this issue.

## Bakgrund

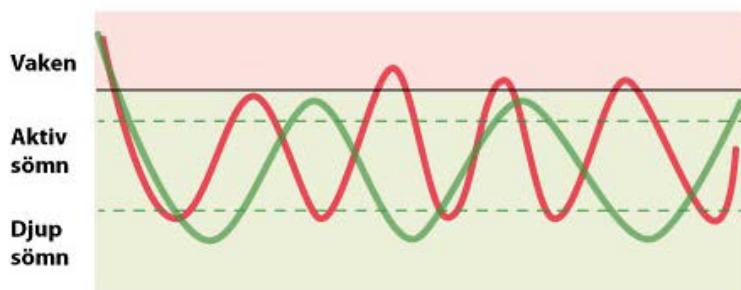
Sömnpromblem hos barn som rapporterats av föräldrar, har beskrivits som motstånd att lägga sig, som vredesutbrott, att det tar lång tid att somna samt flera uppvaknanden på natten. Sömnpromblem har också beskrivits som att barnet somnar i föräldrarnas säng och måste bli ammade till sömns (1).

Uppskattningsvis 20%-30 % av alla barn rapporteras ha svåra sömnpromblem under någon period i uppväxten (2), inräknat både somatiska och icke somatiska orsaker. I dagens sjukvård upplevs det dock alltmer vanligt förekommande att föräldrar söker hjälp för sina barn på grund av sömnpromblem. I de flesta fall är barnen helt friska och vanligtvis mellan 0 – 3 år. I vilken utsträckning sömnprombemen i denna grupp har tilltagit eller om toleransen för störd nattro bland småbarnsföräldrar har minskat är oklart. Frågeställningen handläggs i första hand av sjuksköterskor inom BVC. När inget tycks fungera söker dock föräldrarna eller hänvisas till barnläkare med önskemål om medicinering.

Sammanfattningsvis förefaller sömnpromblem bland små barn vara ett tilltagande problem i klinisk vardag, även om det saknas aktuella prevalensstudier för svenska förhållanden. Oavsett är det av största vikt att sjukvårdens rekommendationer för handläggning av den problematik som av föräldrarna beskrivs som sömnpromblem hos små barn är korrekta. I den mån sömnmotoder ska rekommenderas till föräldrarna så bör de vara väl genomlysta och evidensbaserade.

### Sömnfysiologi

Sömn djupet under en sovperiod varierar hos både barn och vuxna (Figur 1) (1). Natliga uppvaknanden betraktas ofta av föräldrar som sömnpromblem, trots att det ingår i det normala sömnmönstret hos både vuxna och barn (3). Bristfällig kunskap hos föräldrarna om vad som är ett normalt sömnmönster kan således vara en bidragande orsak till att man söker hjälp.



**Figur 1.** Ytlig och djup sömn hos **barn** och **vuxna** (1).

Ett nyfött barn sover 16 – 18 timmar per dygn. När barnet är omkring 3 månader kan mer jämna sömnperioder som kan börja liknas vid en dag- och nattrytm ha tillkommit. Vid 4-6 månaders ålder sover barnet ofta ett längre pass om ca 5-6 timmar nattetid. Vid 6-12 månaders ålder sover barnet oftast 14-16 timmar per dygn, med ett längre sömnpass på natten. När barnet är mellan 1-2 år är sover han eller hon vanligtvis 13-14 timmar per dygn. De flesta barn går från att sova två gånger på dagen till att sova en gång mellan ett och två års ålder. Vid 2-6 års ålder sover barnet omkring 12-13 timmar per dygn (1).

### Somatiska och psykiska orsaker till sömnpromblem

Somatiska orsaker till sömnpromblem hos barn kan till exempel vara klåda, bronkit eller misshandel och måste ovillkorligen uteslutas först. Snarkningar och specifika problem som nattskräck och mardrömmar kan vara andra orsaker. Det är också viktigt att prata om hur föräldrarna mår och hur man har det i familjen (1).

## Behandlingsmetoder vid sömnproblem

Aktuella råd finns idag samlade i Rikshandboken Barnhälsovården (BHV) (1). Det rör sig om föräldrasamtal för att främja en god sömn, införa rutiner, uppföljande kontakter, somatisk undersökning eller riktat föräldrastöd i grupp med tema barns sömn. Senare kan även individuellt stöd med eventuell remiss för behandling hos annan vårdgivare ges. Där finns även till en del vetenskaplig information om barn och sömn. Det finns även bra beskrivet i andra faktaböcker (4). Det saknas dock evidensbaserade strategier för hur föräldrarna kan agera när barnet är friskt och ändå inte kan sova som förväntat.

### Farmakologisk behandling

Generellt avråds ifrån läkemedelsbehandling av sömnproblem hos friska barn.

Inom gruppen av neuroleptikaderivat återfinns ett flertal preparat med lugnande effekt. Endast ett av dessa (alimemazin) är godkänt för sömnrubbingar hos barn i åldern 2-5 år medan likartade preparat (prometazin, hydroxyzin och propiomazin) förefaller att användas i oklar omfattning på ett bristfälligt underlag mot sömnstörningar hos barn ändå (5). Det finns risk för att dessa preparat påverkar barnen påföljande dag (t ex kvarstående dåsighet) och det råder osäkerhet kring omfattningen av biverkningar hos barn av dessa preparat. Sammanfattningsvis rekommenderas att endast specialister inom barnpsykiatri och barnneurologi använder sig av dessa preparat och då i mycket speciella fall (5).

Bensodiazepiner används inte längre för behandling av sömnstörningar hos vuxna och bör inte heller användas hos barn.

Ytterligare ett alternativ som tillkommit inom senare år är behandling med melatonin. I Sverige finns godkänd indikation endast för behandling hos personer äldre än 55 år men substansen går att förskriva på individuell licens. För barn i skolålder och ungdomar har melatonin utvärderats i flera randomiserade studier medan det saknas studier för spädbarn och förskolebarn av både effekt och säkerhet (6).

### Sömnmetoder

Följande sömnmetoder beskrivs i den vetenskapliga litteraturen hos små barn med sömnproblem:

#### Tydliga läggrutiner

Syftet är att skapa lugna aktiviteter innan läggning, som att plocka bort leksaker i slutet på dagen, sätta på pyjamas, borsta tänderna, läsa en saga, och säga god natt. Detta bör upprepas på samma sätt varje kväll.

#### Omedelbar utsläckning

På engelska betecknas denna metod som "total extinction" (eng utsläckning) och i psykologiska termer kan den beskrivas som direkt eller omedelbar utsläckning. Barnet får skrika tills det somnar men föräldrarna kontrollerar att barnet inte är sjukt eller mår dåligt på annat sätt. Denna metod medför oftast en oacceptabel stress och ogillas därför vanligtvis av föräldrar.

#### Gradvis utsläckning

Denna metod anges på engelska som "graduated extinction" och i psykologiska termer kan den beskrivas som gradvis eller successiv utsläckning. Tanken är att barnet ska vänja sig vid att somna på egen hand. Barnet får gråta 5-10-20 minuter och föräldern går in och lugnar i en liten stund med dessa intervaller tills barnet somnat. Tidsintervallen ökas successivt. På svenska anges tillvägagångssättet även som "5-minutersmetoden".

#### Gradvis utsläckning med föräldrars närvaro

Detta är en variant av gradvis utsläckning och innebär att föräldern första tiden ligger hos barnet tills det somnat, sedan sitter bredvid sängen och till sist sitter utanför dörren. Detta syftar sedan till att barnet ska lära sig att somna på egen hand.

## Problemformulering

Tillräckligt med sömn av god kvalitet är avgörande för människans fysiska och psykiska hälsa och utveckling, det gäller framför allt växande barn men även deras föräldrar. I aktuella riktlinjer för barnhälsovården saknas evidensbaserade metoder som sjukvården kan rekommendera föräldrar när somatiska, psykiska eller andra orsaker till sömnproblem hos deras små barn utesluts. Detta kan bidra till en ökad efterfrågan på medicinering eller användandet av icke-utvärderade metoder. Det är därför angeläget att det finns ett kunskapsunderlag som ger barnläkare, BVC-sköterskor och, inte minst, föräldrarna verktyg att hantera upplevda sömnproblem hos sina barn.

## Syfte

Syftet var att i en systematisk kunskapsöversikt granska och sammanställa effekter av behandling av sömnproblem med de sömnmetoderna gradvis utsläckande och gradvis utsläckande med föräldrars närvaro hos friska barn i 0-6års ålder.

Vilka effekter har metoden gradvis utsläckande respektive gradvis utsläckande med föräldrars närvaro jämfört med tydliga lägggrutiner eller sedvanlig behandling för friska barn 0-6 år med rapporterade sömnproblem?

En närmare beskrivning av forskningsfrågan formulerades i nedanstående PICO:

## PICO

Population Friska barn 0-6 år som har rapporterade sömnproblem.

Intervention Gradvis utsläckande eller gradvis utsläckande med föräldrars närvaro.

Control Ingen använd sömnmetod.

Outcome Sömnrelaterade utfallsmått, ej specifikt definierade.

## Metod

Inklusionskriterier för den systematiska kunskapsöversikten var RCT eller annan studiedesign med kontrollgrupp, friska barn åldern 0-6 år samt studier av sömnmetoderna gradvis utsläckande och gradvis utsläckande med föräldrars närvaro. Omedelbar utsläckning (total extinction) bedömdes som olämpligt ur etisk synvinkel och har inte studerats vidare i detta projekt.

Sökning utfördes med informationsspecialist 150526 och tidigare (utan begränsning) i databaserna Cochrane, Pubmed, Cinahl och PsychInfo.

Sökord som användes var: *sleep* OR *sleep disorders* OR *sleep hygiene* OR *Napping* OR *NREM sleep* OR *REM sleep* OR *sleep treatment* OR *hypersomnia* OR *insomnia* OR *hyperinsomnia* OR *Kleine Levin Syndrome* OR *narcolepsy* OR *parasomnias* OR *sleepwalking* OR *sleep deprivation* AND *extinction* OR *intervention* OR *early childhood intervention* OR *sleep intervention*.

I PubMed kunde inte *extinction* och *intervention* slås ihop, då blev det inga träffar, där fick sökning ske med de sökorden tillagda var för sig. Filter som användes var engelska, infant: birth-23 månader, Preeschool child 2-5 år.

Följande exkluderades; samtliga artiklar som hade annat fokus eller var skrivna på annat språk än engelska, studier utan kontrollgrupp, abstract till kongresser, ledare eller andra kommentarer, icke-

systematiska litteraturstudier, studieprotokoll, dubletter och guidelines samt studier som enbart berörde omedelbar utsläckning (total extinction).

Totalt påträffades 706 tillgängliga artiklar varefter urval genom titlar och abstracts ledde till 20 kvarvarande artiklar (Figur 2). Manuell sökning utfördes genom att gå igenom artiklarnas referenslistor och tre ytterligare artiklar hittades, varav en exkluderades efter läsning i fulltext då den saknade kontrollgrupp (n=2).

Första urvalet (titlar) utfördes av två personer (ABZ och EC), andra urvalet (abstracts) utfördes av två personer (ABZ och LO). Tredje urvalet, fulltextläsning av 22 artiklar (7-28), utfördes av tre personer (ABZ, EC och LO). Efter diskussion nåddes enighet om att exkludera 15 av dessa varpå sju artiklar, fem RCT och två systematiska kunskapsöversikter (SÖ), kvarstod för kvalitetsgranskning (15-17, 23, 24, 26, 27) (Figur 2).

Kvalitetsgranskning genomfördes av tre personer var för sig (ABZ, EC och LO) med stöd av SBUs mall för randomiserade studier (n=5) och AMSTAR för systematiska kunskapsöversikter (n=2). Vid oenighet i bedömningen förekom diskussion tills enighet uppnåddes. Diskussionen berörde i huvudsak de två systematiska kunskapsöversikterna. I dessa redovisades ett flertal olika behandlingsmetoder kring sömnproblem hos små barn och det förutsågs svårigheter att sammanställa resultatet med övriga originalarbeten. Det beslutades därför att i stället inhämta de originalartiklar som specifikt berörde gradvis utsläckande och gradvis utsläckande med föräldrars närvaro ur de två systematiska översikterna. Detta medförde ytterligare sex artiklar som kvalitetsgranskades på samma sätt (29-34), varav fem exkluderas på grund av låg metodologisk kvalitet (17, 24, 31, 33, 34).

Slutligen kunde således sex originalarbeten, alla RCT studier av medelhög till hög kvalitet, identifieras som lämpliga för extraktion av data (15, 16, 26, 29, 30, 32) (Figur 2, Tabell 1, Bilaga 1).

#### **Extraktion av data**

Studierna visade sig vara mycket heterogena vilket försvårade extraktionen av data på ett avsevärt sätt. Utfallsmåtten kring sömnproblem varierade påtagligt och även hur de presenterades skiljde sig åt. Data extraherades av tre personer (AZ, LO och EC) som enades om följande utfallsmått utifrån vad som fanns tillgängligt i artiklarna:

- antal (humör)-utbrott vid läggning
- tid till insomning
- antal uppvaknande nattetid
- andel barn med sömnproblem, jämförelse vid olika tidpunkter

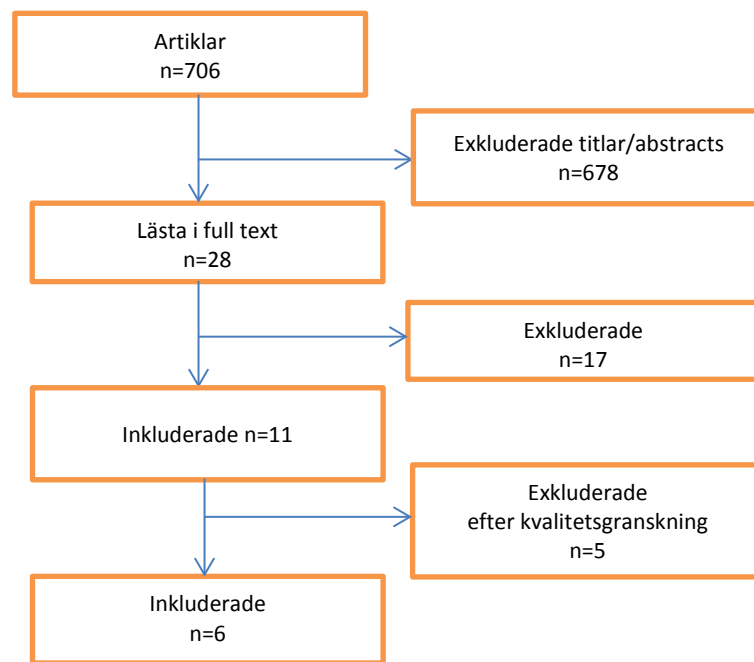
#### **Analys och syntes av data**

Utgångspunkten för denna kunskapsöversikt var att statistiker engagerats för sammanställning och syntetisering av data i en metaanalys. På grund av de mycket varierande utfallsmåtten i de studier som påträffats bedömdes detta dock omöjligt. I stället beslutades att redovisa resultaten i en narrativ syntes och i en grafisk illustration (Tabell 2).



## Resultat

Rapporten innehåller sex studier av medelhög till hög kvalitet (Tabell 1) (15, 16, 26, 29, 30, 32).



**Figur 2.** Flödesschema över inklusion.

Fyra av de sex studierna var genomförda av samma forskargrupp (Tabell 2, Bilaga 1) (15, 16, 26, 30) och tre av dessa fyra studier berör samma patientpopulation men resultaten är redovisade efter olika lång uppföljningstid (15, 16, 26). De studier som ingår i rapporten visar ett visst stöd för att metoderna gradvis utsläckande och gradvis utsläckande med föräldrars närvaro kan ha en kortvarig effekt och upp till ett år, det vill säga att barnen somnar lättare och har färre uppvaknanden nattetid (Tabell 2).

En studie visade att det inte var någon skillnad på sömnproblem mellan grupperna (intervention visavi kontroll) efter vare sig två eller fem år. I båda grupperna uppvisades lägre andel med sömnproblem än vid interventionens början. Inga negativa emotionella effekter av metoden hos barnen kunde påvisas (16, 26).

**Tabell 1** Metodologisk bedömning av inkluderade studier.

	Selektionsbias	Behandlingsbias	Bedömningsbias	Bortfallsbias	Intressekonflikter
(29) 1989 Adams	●	●	●	●	●
(32) 1999 Reid	●	●	●	●	●
(30) 2002 Hiscock	●	●	●	●	●
(15) 2007 Hiscock	●	●	●	●	●
(16) 2008 Hiscock	●	●	●	●	●
(26) 2012 Price	●	●	●	●	●

● = Hög risk   
● = Medelhög risk   
● = Låg risk

**Korttidseffekter på sömn**

Samtliga inkluderade studier redovisade effekt i form av bättre sömn av sömnmetoderna gradvis utsläckande och gradvis utsläckande med föräldrars närvaro i ett kort perspektiv, mellan sex veckor till fyra månader. En studie (30) visade på effekt efter två månader men inte efter fyra månader.

Tre studier visade effekt i form av bättre sömn hos barnen med en statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna av att använda gradvis utsläckande och gradvis utsläckande med föräldrars närvaro jämfört med ingen sömnmetod alls (15, 29, 32). Tre studier visade ingen signifikant skillnad mellan grupperna avseende förbättrad sömn med sömnmetoderna gradvis utsläckande respektive gradvis utsläckande med föräldrars närvaro jämfört med ingen sömnmetod (16, 26, 30). Föräldrarnas uppmätta stressnivå av de upplevda sömnproblemen hos barnen sjönk vid användning av sömnmetoderna total utsläckande och gradvis utsläckande (32). I studier med gradvis utsläckande och gradvis utsläckande med föräldrars närvaro (15, 16, 26) drogs slutsatsen att de var effektiva metoder, användbara och accepterade av alla inblandade (15). Föräldrarna fick själva välja vilken av de två metoderna de skulle använda. De två varianterna av sömnmetoderna gradvis utsläckande och gradvis utsläckande med föräldrars närvaro beräknades statistiskt hopslaget till en metod som jämfördes med ingen använd sömnmetod. Författarna kunde därav inte avgöra vilken av metoderna som var bäst (15). En uppföljning 24 månader efter interventionen visade ingen skillnad mellan grupperna gällande sömnproblem men det var positiv effekt med bättre sömn för gradvis utsläckande och gradvis utsläckande med föräldrars närvaro jämfört med kontrollgruppen men det var ej statistiskt signifikant (15) (Tabell 2).

**Effekter på lång sikt**

Hiscock 2007 (15) visade effekt av gradvis utsläckande efter 10 och 12 månader. Inga negativa psykologiska effekter av metoderna kunde ses på lång sikt, efter två år och fem år, som till exempel känslomässiga problem, beteendeproblem, aggressivitet, humörsvängningar och relation mellan mor och barn (16, 26). Fem år efter behandling av sömnsvårigheter med gradvis utsläckande och/eller gradvis utsläckande med föräldrars närvaro fanns ingen skillnad mellan grupperna avseende kvarvarande effekter, vare sig positiva eller negativa (26) (Tabell 2).

**Tabell 2.** Sammanställning över inkluderade studier, samtliga RCT av medelhög kvalitet (gråskuggat parti betecknar samma patientkohort)

Författare, årtal	Barnets ålder (mån)	Typ av intervention (er)	N Intervention/ Kontroller (Totalt)	Tidpunkt för utvärdering	Antal utbrott vid sänggående	Tidslängd av utbrott (medelvärde min)	Antal bra läggningar per vecka	Antal bra nätter per vecka	Andel barn utan sömn-problem	Andel barn med sömn-problem
Adams, 1989, USA	18-48	1 Positive Routines 2 Graduated Extinction 3 Kontrollgrupp	12/12/12  (36)	6 veckor	1/1,5/3,5 ▲	10/20/80 ▲				
Reid, 1999, USA	16-48	1 Standard Ignoring 2 Graduated Ignoring 3 Kontrollgrupp	16/17/16  (49)	3 veckor			5,4/4,9/0,6 ▲	3,4/4,9/0,9 ▲		
Hiscock, 2002, Australien	6-12	1 Graduated Extinction 2 Kontrollgrupp	78/78(156) 2mån 76/76 4 mån 75/71	2 mån  4 mån					70 % vs 47 % ▲ 64 % vs 55 % ▲	
Hiscock, 2007, Australien	7	1 Graduated Extinction 2 Kontrollgrupp	174/154  (328)	12 mån						39 % vs 55 % ▲
Hiscock, 2008	24	s.o.	143/129  (272)	24 mån						27 % vs 33 % ▲
Price, 2012	6 år	s.o.	122/103  (225)	60 mån						9 % vs 7 % ▼

▲ Positiv effekt för Gradvis utsläckning jämfört med kontrollgruppen,  $p < 0,05$

▲ Positiv effekt för Gradvis utsläckning jämfört med kontrollgruppen men ej statistiskt signifikant,  $p > 0,05$

▼ Negativ effekt för Gradvis utsläckning jämfört med kontrollgruppen,  $p > 0,05$

## Diskussion

I denna systematiska litteraturöversikt inkluderades sex studier för att sammanställa effekten av gradvis utsläckande respektive gradvis utsläckande med föräldrars närvaro för behandling av rapporterade sömnproblem hos barn i åldern 0-6 år. De studier som ingår i rapporten ger ett visst stöd för att behandlingsmetoderna kan ha en kortvarig effekt upp till ett år. Sömnmetoderna gradvis utsläckande och gradvis utsläckande med föräldrars närvaro användes i kombination med andra stödåtgärder till föräldrarna, som individuell planering av sömnbefrämjande åtgärder. Denna sammansättning gör att det inte går att särskilja vilka åtgärder som egentligen visade effekt i bättre sömn hos barnen. Sammantaget bedöms därför det vetenskapliga kunskapsunderlaget vara otillräckligt.

Det första urvalet av studier kunde möjligen ha gjorts på ett annat sätt, med två personer som oberoende av varandra granskade titlar och sedan jämförde utvalda studier. Det bedömdes dock likvärdigt att göra det tillsammans och diskutera valen på plats. I det första urvalet baserat på titlar kan också en viss andel artiklar ha missats på grund av att titlarna inte var tillräckligt informativa. Vid urval två, baserat på läsning av abstracts och urval tre, baserat på läsning av artiklar i fulltext gjordes dock oberoende bedömningar av minst två personer.

I arbetet med denna litteraturöversikt har SBUs metabok noga följts och de granskningsmallar som rekommenderas (35) har använts vilket ökar den metodologiska kvaliteten. Heterogeniteten i utfallsmåtten bland de tillgängliga studierna medgav dock inte att en meta-analys utfördes. Denna bedömning gjordes i samråd med statistiker.

Elva artiklar (RCT) kvalitetsgranskades varav fem exkluderades på grund av låg metodologisk kvalitet. Endast en artikel bedömdes ha hög kvalitet (32). Resultatet grundar sig således på studier av medelhög till hög kvalitet vilket torde innebära en fördel. Metoderna bör dock ej användas utan utvärdering och är i behov av mer forskning, framför allt med tillägg av barnens psykiska tillstånd utifrån användningen av metoden. Forskningen bör då vara av god metodologisk kvalitet.

Av de sex studier som rapporten baseras på kommer fyra stycken från samma forskargrupp (15, 16, 26, 30) och tre arbeten utgörs av samma patientkohort som kartlagts med tilltagande uppföljningstid (15, 16, 26). Denna forskargrupp fanns i Australien och dominerar forskningsfältet kring gradvis utsläckande och gradvis utsläckande med föräldrars närvaro. Det kan vara svårt att överföra kunskapen till svenska förhållanden, då förhållningssättet till barn kulturellt skiljer sig och att även tiden spelar roll för förhållningssättet till barn. Exempelvis kan attityden till att låta barn skrika ha förändrats genom att anknytningsteorier har fått ett genomslag hos föräldrar. Det betyder att lyhördhet och känslomässig tillgänglighet poängteras (36). Likaså visar studierna i föreliggande rapport att pappornas roll är mycket otydlig, vilket kan betyda att studierna är gjorda i en kontext som troligen inte stämmer med Sverige 2015. Ingen av de inkluderade studierna är utförd i en europeisk eller nordisk kontext. De två övriga studierna var av äldre datum (1989 och 1998) och utförda i USA.

I två av studierna var de inkluderade grupperna mycket små (29, 32) men trots detta inkluderades patienter till tre behandlingsalternativ. Det kan ha bidragit till en statistisk osäkerhet. Ett annat observandum är att sömnproblem ej var klart definierat i studierna, det var ofta oklart om det handlade om att barnen var vakna men inte skrek, grät eller påkallade uppmärksamhet eller om det rörde sig om andra behov nämndes inte. Deltagarna i studien togs med om föräldrarna hade rapporterat sömnproblem vilket kan ha berott på föräldrars realistiska förväntningar på barnens sömn.

Resultatet av de inkluderade studierna pekar emellertid åt samma håll, både gradvis utsläckande och gradvis utsläckande med föräldrars närvaro har en positiv effekt på de rapporterade sömnproblemen

(Tabell 2), vilket talar för att det rör sig om en reell effekt. På lång sikt såg det dock ut som att sömnproblemen hade klingat av (26), kanske som ett naturligt förlopp. Endast en studie fokuserade på negativa effekter av gradvis utsläckande med eller utan föräldrars närvaro men något sådant kunde inte påträffas efter vare sig två eller fem år (16, 26). Till negativa effekter inkluderades känslomässiga problem, beteendeproblem, humörsvängningar, aggressivitet och relationen mellan mor och barn. Dessa utfall var rapporterade av föräldrarna via enkäter.

Vid genomgången av litteraturen noterades två "bifynd" kring tydliga rutiner vid läggdags och mödradepression som bedöms värdefulla att uppmärksamma. Tydliga rutiner vid läggdags var ingen "metod" som specifikt var avsedd att studeras i denna rapport. I den litteratur som studerats framkom dock en god effekt på barnens sömnproblem (29, 32). I gruppen med tydliga rutiner vid läggning tog det kortare tid för barnen att lägga sig utan utbrott. Tydliga rutiner hade gynnsam effekt på hela familjen, som att kunna tillbringa mer värdefull tid tillsammans samt att det blev mindre konflikter mellan barn och föräldrar (29). Det framkom att det inte fanns någon skillnad mellan grupperna där tydliga läggrutiner använts i både interventionsgruppen och kontrollgruppen. Det kan betyda att det kanske var de tydliga rutinerna vid läggning som hade störst effekt. Det vore värdefullt att studera vidare.

Vidare noterades att intervention för att få barnen att sova hade en god effekt på depressiva symtom hos mödrarna (15, 16, 30, 32). Detta visar på den vidare betydelsen av sömnproblem hos små barn och också vilka hälsovinster som kan uppnås i flera led om de kan avhjälpas i så stor utsträckning som möjligt.

## Etiska överväganden

Det finns olika orsaker till sömnproblem (1) och att rekommendera omedelbar utsläckning som enskild metod är svårt att försvara etiskt, då den verkar strida mot barnets grundläggande behov av närhet och hjälp att reglera sina känslor(37).

I de ingående studierna om gradvis utsläckning verkar forskarna dock haft ett etiskt förhållningssätt genom helhetssyn på familjen, vilket visade sig genom att gradvis utsläckande och gradvis utsläckande med föräldrars närvaro alltid användes i kombination med andra stödåtgärder, såsom individuell planering av sömnbefrämjande åtgärder tillsammans med förälder (15, 16, 29, 30). Långtidsuppföljning visade inte några negativa emotionella effekter av gradvis utsläckande och gradvis utsläckande med föräldrars närvaro (26), men nota bene, det var i kombination av andra stödåtgärder. Det är angeläget att väga fördelar mot nackdelar med metoden genom etisk analys i varje enskilt fall och att det är viktigt att ta reda på vems behovet av hjälp är; barnets, förälderns eller andra berörda?

Först och främst är det viktigt att analysera om intressekonflikter föreligger, främst huruvida barnets och föräldrarnas behov strider mot varandra. I studierna är det föräldrarna som rapporterat effekterna såsom färre vredesutbrott hos barnet, att bli väckt färre gånger och att mödrars välmående avseende depression förbättrats. Detta kan tolkas som att föräldern är huvudaktören och inte en tredje part. Förhållandet mellan förälder och barn är dock transaktionellt, det vill säga hur den ena mår påverkar den andra, vilket kan tolkas som att båda är huvudaktörer.

En intressekonflikt mellan barnets och föräldrars behov kan vara att barnets behov är å ena sidan att processa intryck och det som föräldern upplever som sömnproblem kanske är ett normalt sönmönster. Barnet kan också vara stressad och vill därför inte bli lämnad. Barnet behöver närhet, människan är skapt för att sova i ihop för att efterlikna flockens trygghet (38). Förälderns behov å andra sidan kan vara att bli utsövd och få en känsla av kontroll, där den konkreta metoden gradvis utsläckande kan ge trygghet för slitna och trötta föräldrar utan socialt nätverk i en kaotisk situation. I den situationen kanske föräldern har svårt att tillgodose barnets behov av närhet och inte är tillgänglig för råd om tydliga läggrutiner, utan behöver främst hjälp att bryta en ond cirkel. Då bör riskerna med gradvis utsläckande att skada barnet

emotionellt på lång sikt vägas mot riskerna av sömnlöshet för föräldrar, som också kan drabba barnet, i värsta fall misshandel.

Den motsatta intressekonflikten kan vara att gradvis utsläckande kan uppfylla barnets implicita behov av att själv lära sig att komma till ro (32) och somna på egen hand för att bli självständig (30), men också som hjälp att reglera hög aktivitetsnivå orsakat av stress/rädsla. För föräldern kan metoden i stället upplevas som stressfylld, att det är svårt att stå ut med att barnet gråter, att det går emot föräldrainsikten. I Reid et. als studie (32), utgjordes bortfallet av föräldrar som inte stod ut med gråtandet.

Relationsetikens fokus är omsorgen och relationen till människor. Omsorgen kan innebära att vårdaren först lyhört försöker fånga upp om föräldern ser sitt barns behov och orkar ta emot det. Nästa utmaning för vårdaren är att se föräldrarnas behov och vara beredd att ta emot det. Samspel och acceptans är viktigt och här kan i det individuella fallet vårdaren och föräldern tillsammans komma fram till om gradvis utsläckande är gott eller inte.

## Slutsats

De studier som ingår i denna systematiska översikt ger ett visst stöd för att behandlingsmetoderna gradvis utsläckande och gradvis utsläckande med föräldrars närvaro kan ha en kortvarig effekt upp till ett år på rapporterade sömnproblem hos små barn. Sammantaget bedöms det vetenskapliga kunskapsunderlaget vara otillräckligt vilket innebär att metoderna ej bör rekommenderas i rutinsjukvården.

Vårdpersonal som rekommenderar strategier att främja sömn bör väga riskerna mot nyttan med gradvis utsläckande och gradvis utsläckande med föräldrars närvaro i det enskilda fallet. Gradvis utsläckande bör inte vara en förstahands rekommendation, utan först bör en helhetsbedömning av situationen göras där en individuell planering, stöd till föräldrar och tydliga lägg rutiner, samt somatiska och psykologiska orsaker bör prövas. Förebyggande arbete genom föräldrautbildning om normalt sömnmönster, stöd och uppmuntran till föräldrar och vikten av tydliga lägg rutiner bör i första hand utvecklas vidare.

## Identifierade kunskapsluckor

Det har inte påträffats någon sammanställning kring prevalensen av barns sömnproblem i populationen som är följt över tid men ca 20%-30% av barnen uppges ha sömnproblem i någon form (1, 2). Det är således oklart om det blivit ett vanligare fenomen eller om det kommit att uppfattas så. Likaså förefaller det saknas information över frekvensen sömnproblem som sökorsak på BVC och hur det varierar över landet och vid olika enheter. Pappornas roll vid sömnproblem, innebörden av goda lägg rutiner och effekten på mödradepression uppfattas som viktiga områden att uppmärksamma för framtiden. Det förefaller också saknas kvalitativa studier som skulle kunna ge värdefull information om problemets natur och kan komplettera de kvantitativa studierna.

## Referenser

1. Rikshandboken BHV. Barns sömn [homepage on the Internet]. Uppsala: 2015 [cited 2015 16 November]. Available from: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Vanliga-foraldrasfragor/Barns-somn/>.
2. Symon B, Bammann M, Crichton G, Lowings C, Tucsok J. Reducing postnatal depression, anxiety and stress using an infant sleep intervention. *BMJ Open* 2012;2(5). DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001662
3. Blunden SL, Thompson KR, Dawson D. Behavioural sleep treatments and night time crying in infants: challenging the status quo. *Sleep Med Rev* 2011;15(5):327-34. DOI: 10.1016/j.smrv.2010.11.002
4. Bergström M. Lyhört föräldraskap: Bonnier Fakta; 2013.
5. Lindemalm S WB. Noggrann anamnes lönar sig vid sömnstörningar hos barn. *Läkemedel avråds som förstahandsbehandling. Läkartidningen* 2016;113:32-5.
6. Läkemedelsverket. Sömnstörningar hos barn – kunskapsdokument [homepage on the Internet]. Stockholm: Läkemedelsverket; 2015 [cited 2015 16 November]. Available from: [https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Somnstorningar\\_hos\\_barn\\_kunskapsdokument\\_webb.pdf](https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Somnstorningar_hos_barn_kunskapsdokument_webb.pdf)
7. Durand VM, Mindell JA. Behavioral treatment of multiple childhood sleep disorders. Effects on child and family. *Behav Modif* 1990;14(1):37-49.
8. Eckerberg B. Treatment of sleep problems in families with small children: is written information enough? *Acta Paediatr* 2002;91(8):952-9.
9. Eckerberg B. Treatment of sleep problems in families with young children: effects of treatment on family well-being. *Acta Paediatr* 2004;93(1):126-34.
10. France KG. Behavior characteristics and security in sleep-disturbed infants treated with extinction. *J Pediatr Psychol* 1992;17(4):467-75.
11. France KG, Blampied NM, Wilkinson P. Treatment of infant sleep disturbance by trimeprazine in combination with extinction. *J Dev Behav Pediatr* 1991;12(5):308-14.
12. France KG, Hudson SM. Behavior management of infant sleep disturbance. *J Appl Behav Anal* 1990;23(1):91-8. DOI: 10.1901/jaba.1990.23-91
13. Friman PC, Hoff KE, Schnoes C, Freeman KA, Woods DW, Blum N. The bedtime pass: an approach to bedtime crying and leaving the room. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153(10):1027-9.
14. Halal CS, Nunes ML. Education in children's sleep hygiene: which approaches are effective? A systematic review. *J Pediatr (Rio J)* 2014;90(5):449-56. DOI: 10.1016/j.jped.2014.05.001
15. Hiscock H, Bayer J, Gold L, Hampton A, Ukoumunne OC, Wake M. Improving infant sleep and maternal mental health: a cluster randomised trial. *Arch Dis Child* 2007;92(11):952-8. DOI: 10.1136/adc.2006.099812
16. Hiscock H, Bayer JK, Hampton A, Ukoumunne OC, Wake M. Long-term mother and child mental health effects of a population-based infant sleep intervention: cluster-randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2008;122(3):e621-7. DOI: 10.1542/peds.2007-3783
17. Lam P, Hiscock H, Wake M. Outcomes of infant sleep problems: a longitudinal study of sleep, behavior, and maternal well-being. *Pediatrics* 2003;111(3):e203-7.
18. Loutzenhiser L HJ, Beatch J. Parental perceptions of the effectiveness of graduated extinction in reducing infant night-wakings. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2014;32(3):282-91. DOI: 10.1080/02646838.2014.910864
19. Middlemiss W GD, Goldberg WA, Nathans L. Asynchrony of mother-infant hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity following extinction of infant crying responses induced during the transition to sleep. *Earlu Human Development* 2012;88:227-32.

20. Minde K, Faucon A, Falkner S. Sleep problems in toddlers: effects of treatment on their daytime behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33(8):1114-21. DOI: 10.1097/00004583-199410000-00007
21. Mindell JA. Empirically supported treatments in pediatric psychology: bedtime refusal and night wakings in young children. *J Pediatr Psychol* 1999;24(6):465-81.
22. Mindell JA, Durand VM. Treatment of childhood sleep disorders: generalization across disorders and effects on family members. *J Pediatr Psychol* 1993;18(6):731-50.
23. Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep* 2006;29(10):1263-76.
24. Moore BA, Friman PC, Fruzzetti AE, MacAleese K. Brief report: evaluating the Bedtime Pass Program for child resistance to bedtime--a randomized, controlled trial. *J Pediatr Psychol* 2007;32(3):283-7. DOI: 10.1093/jpepsy/jsl025
25. Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C, Boehlecke B, Brown TM, Coleman J, Jr., et al. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep* 2006;29(10):1277-81.
26. Price AM, Wake M, Ukoumunne OC, Hiscock H. Five-year follow-up of harms and benefits of behavioral infant sleep intervention: randomized trial. *Pediatrics* 2012;130(4):643-51. DOI: 10.1542/peds.2011-3467
27. Ramchandani P, Webb VV, Stores G. A systematic review of treatment of settling problems and night waking in young children. *West J Med* 2000;173(1):33-8.
28. Stremler R HE, Lee K, MacMillan S, Mill C, Ongcangco L, Willan A. A behavioural-educational intervention to promote maternal and infant sleep: A pilot randomized controlled trial. *SLEEP* 2006;29(12):1609-15.
29. Adams LA, Rickert VI. Reducing bedtime tantrums: comparison between positive routines and graduated extinction. *Pediatrics* 1989;84(5):756-61.
30. Hiscock H, Wake M. Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *BMJ* 2002;324(7345):1062-5.
31. Pritchard AA AP. Management of sleep problems in preschool children: Effect of a behavioural programme on sleep routines, maternal depression and perceived control. *Early Child Development and Care* 1988;34:227-40.
32. Reid MJ, Walter AL, O'Leary SG. Treatment of young children's bedtime refusal and nighttime wakings: a comparison of "standard" and graduated ignoring procedures. *J Abnorm Child Psychol* 1999;27(1):5-16.
33. Rickert VI, Johnson CM. Reducing nocturnal awakening and crying episodes in infants and young children: a comparison between scheduled awakenings and systematic ignoring. *Pediatrics* 1988;81(2):203-12.
34. Weir IK, Dinnick S. Behaviour modification in the treatment of sleep problems occurring in young children: a controlled trial using health visitors as therapists. *Child Care Health Dev* 1988;14(5):355-67.
35. Statens beredning för utvärdering (SBU). Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU); 2012.
36. Belanger ME, Bernier A, Simard V, Bordeleau S, Carrier J. Attachment and sleep among toddlers: disentangling attachment security and dependency. *Monogr Soc Res Child Dev* 2015;80(1):125-40. DOI: 10.1111/mono.12148
37. Bowlby J. Attachment and loss: Vol 1; Attachment. New York: Basic Books; 1969/1982.
38. Mileva-Seitz VR, Luijk MP, van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Jaddoe VW, Hofman A, et al. Association between infant nighttime-sleep location and attachment security: no easy verdict. *Infant Ment Health J* 2016;37(1):5-16. DOI: 10.1002/imhj.21547



Förf, tidskrift, årtal	Design Population	Intervention	Kontroll	Utfallsmått	Resultat	Studiekvalitet Klinisk relevans Kommentar
Adams L Pediatrics 1989  USA  #29	<b>RCT</b> Barn i åldrar M=29 mån (18m – 48m) Annonserades om deltagande i den lokala tidningen. Inklusion: skulle ha problem vid läggning. (n=36)	Dagbok över läggning (alla). Positiva läggrutiner 1 (n=12) Grad. Extinction 2, lät barnet gråta i 10 min (n=12) intervaller som gradvis fasades ut	Dagbok. Informa tion om att detta växer bort (n=12)	Vilken tid de la barnet, hur lång tid det tog till barnet sommnade, antal ggr barnet kom ur sängen.	Ingen skillnad mellan grp vid baseline <b>Baseline – 6v;</b> <b>Läggtid (min):</b> <b>Antal:</b> I-grp 1: 155 - 5      5.2 – 1.2 I-grp 2: 130 – 20      4.2 – 1.5 K-grp: 80 – 80      3.7 – 3.5  <b>3v</b> I-grp 1: 20      1.2 I-grp 2: 15      1.2 K-grp: 80      3.5  <b>6v</b> I-grp 1: 10      1.2 I-grp 2: 15      1.2 K-grp: 70      3.0  Både positiva rutiner och grad extinction har god effekt på sömnproblem men gruppen med positiva rutiner tog kortare tid till att barnen la sig utan krångel. Positiva rutiner hade positiv effekt på hela familjen	<b>Medelhög kval</b>

Förf, tidskrift, årtal	Design Population	Intervention	Kontroll	Utfallsmått	Resultat	Studiekvalitet Klinisk relevans Kommentar
Reid J Journal of Abnormal Child psychology 1999  USA  #32	<b>RCT</b> Barn 16-48 mån inkluderades via lokalpressen, mödragrupper och pediatrika mott. Dagbok fördes av alla som bedömdes via telefon varje dag. Positiva läggrutiner. (n=49)	Extinction 1 (n=16)  Grad ext 2 10-15 min intervaller (n=17)	Väntelis tan (n=16)	Bra läggsituationer (0problem) Bra nätter (ingen vaken tid)	<b>Bortfall:</b> I-grp 1: 2 I-grp 2: 4 K-grp: 0  Goda läggtider <b>Baseline 1v 2v 3v 2mån</b> m, (SD) <b>I-grp 1:</b> 0.64 3.83 4.83 5.36 5.00 (1.21) (2.37) (2.25) (1.91) (2.94) <b>I-grp 2:</b> 0.23 3.69 4.92 4.92 6.47 (0.60) (2.39) (2.72) (2.69) (1.05) <b>K-grp:</b> 0.38 0.81 0.25 0.62 (0.72) (1.47) (0.58) (1.63)  Goda nätter <b>Baseline 1v 2v 3v 2mån</b> m, (SD) <b>I-grp 1:</b> 0.71 2.29 2.86 3.43 4.46 (1.14) (2.05) (2.21) (2.41) (3.02) <b>I-grp 2:</b> 1.00 2.55 5.27 4.91 6.38 (1.26) (2.02) (2.41) (2.39) (1.04) <b>K-grp:</b> 0.88 0.88 1.12 0.88 (1.63) (1.67) (1.67) (1.45)  Effekten av ext. och grad. ext. fungerar bra. Bra att låta föräldrar välja vilken.	Låg risk för Bias <b>Hög kvalitet</b>  Compliance till beh. var hög hos föräldrarna.  Stressen sjönk.

Förf, tidskrift, årtal	Design Population	Intervention	Kontroll	Utfallsmått	Resultat	Studiekvalitet Klinisk relevans Kommentar																								
Hiscock H BMJ 2002  Australien  #30	<b>RCT</b> Barn 6-12 mån med sömnproblem rapporterat av föräldrar. Dagbok över tid skrevs av alla (n=156)	Föräldrarna fick välja metod, antingen grad ext. eller ext. med föräldrars närvaro. Majoritet valde grad ext. självvalt tidsintervall.  (n=78)	Usual care  (n=78)	Uppvakningar/natt Antal barn:  Somnat med vuxen	<b>Baseline:</b> Uppvakningar/natt: (antal barn)  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td><b>0-1</b></td> <td><b>2</b></td> <td><b>3</b></td> <td><b>&gt;4</b></td> </tr> <tr> <td><b>I-grp:</b></td> <td>17</td> <td>27</td> <td>21</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td><b>K-grp:</b></td> <td>21</td> <td>24</td> <td>17</td> <td>15</td> </tr> </table> Somnat med vuxen: (antal barn) <b>I-grp</b> 45 <b>K-grp</b> 38  Sömnproblem förbättrats efter: (%) <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td><b>2 mån</b></td> <td><b>4mån</b></td> </tr> <tr> <td><b>I-grp</b></td> <td>70%</td> <td>64%</td> </tr> <tr> <td><b>K-grp</b></td> <td>47%</td> <td>55%</td> </tr> </table>		<b>0-1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>&gt;4</b>	<b>I-grp:</b>	17	27	21	13	<b>K-grp:</b>	21	24	17	15		<b>2 mån</b>	<b>4mån</b>	<b>I-grp</b>	70%	64%	<b>K-grp</b>	47%	55%	<b>Medelhög kval</b>  Depressioner hos mödrar sjönk.
	<b>0-1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>&gt;4</b>																										
<b>I-grp:</b>	17	27	21	13																										
<b>K-grp:</b>	21	24	17	15																										
	<b>2 mån</b>	<b>4mån</b>																												
<b>I-grp</b>	70%	64%																												
<b>K-grp</b>	47%	55%																												

Förf, tidskrift, årtal	Design Population	Intervention	Kontroll	Utfallsmått	Resultat	Studiekvalitet Klinisk relevans Kommentar
Hiscock H Arch Dis Child 2007 Australien #15	<b>RCT</b>  Mödrar som rapporterat sömnproblem bland sina spädbarn vid 7 månaders ålder rekryterades 2003  Uppföljning vid 10 månader och 12 månader.  (n=328)	Två utb.tillfällen för ssk till mödrarna, didaktiskt lärande, skriftlig info, rollspel, oenighet hos föräldrarna om sömnproblemen. Normalt sömnmönster och de fick ett individuell skriftlig beh-plan ang reducering av nattmatning som kunde ersättas med en docka. Mödrarna fick välja mellan två beteende interventioner: gradvis extinction och gradvis extinction med föräldrars närvaro.  (n=174)	Gjorde som tidigare ? Ej benämnt  (n=154)	7 månader vid baseline. Rapport över hur barnet hade sovit de sista två veckorna med antal uppvaknande vid 10 och 12 mån ålder.  Mödrarna fick fylla i depressionsskala och HRQoL	Vid 10 månader rapporterade I-grp 42% lägre sömnproblem än K-grp. Vid 12 mån I-grp 50% lägre än K-grp. intervention var effektiv, användbar och accepterad av alla inblandade.  <b>Events:</b> 10 mån <b>I-grp</b> = n=92 barn <b>K-grp</b> = n=100 barn  12 mån <b>I-grp</b> : n=64 barn <b>K-grp</b> : n=80 barn	<b>Medelhög risk för bias</b>  Egentligen två olika metoder som slagits ihop till en, man kan inte säga vilken som är bäst.  Hiscock effekten!?

Förf, tidskrift, årtal	Design Population	Intervention	Kontroll	Utfallsmått	Resultat	Studiekvalitet Klinisk relevans Kommentar
Hiscock H, Pediatrics, 2008 Australien #16	<b>RCT</b> Mödrar som rapporterade sömnproblem hos sina spädbarn vid 7 månaders ålder. Uppföljning vid 24 månader ålder. Samma material som studien från 2007 (n=328)	2 strukturerade tränings-sessioner om 2,5 timmar omfattande didaktik, skriftlig information, rollspel, etc Två beteendestrukturerade interventioner lärdes ut "Graduated extinction" där föräldrar reagerar på barnets gråt efter tilltagande långa tidsintervall eller "adult fading" där föräldern sitter med barnet till det somnar och successivt minskar sin närvaro under några veckor.  (n=143)	Usual care, lättare rådgivning vid sömnproblem av ssk.  (n=129)	Skriftligt formulär efter 10, 12 och 24 månader. Maternal depression Edinburgh scale Parent Behavior Checklist Child Behavior Checklist Global Infant Temperament Scale Confidence in the competence of their nurses' advice	27,3 % av mödrar i interventionsgruppen rapporterade sömnproblem bland barnen vid 24 månader jämfört med 32,6 % i kontrollgruppen (p=0.49) ej signifikant skillnad. OR 0.83 (95%CI 0.48, 1.43) <b>Events:</b> <b>I-grp= 39.04</b> <b>K-grp= 40.01</b>  Vid 24 månader var mödrar till barn i interventionsgruppen mindre troligt att det rapporterade depressiva symtom (EPDS > 9 15,4 % vs 26,4 %; p=0.02), det genomsnittliga EPDS score var lägre i interventionsgruppen (5.50 vs 6.72). Även när EPDS >13 så rapporterade en betydligt mindre andel depressiva symtom jämfört med kontrollgruppen (4,2 % vs 13,2 %).  Varken föräldrastil (parental practices) eller barnets mentala hälsa skiljde sig mellan grupperna.  Bara hälften så många av mödrarna i interventionsgruppen hade sömnproblem jämfört med kontrollgruppen vid 10, 12 och 24 månader.	<b>Medelhög risk för bias.</b>  24 månader efter intervention ingen skillnad mellan grupperna gällande sömnproblem.  Beteendeterapi ger en kvarstående positiv effekt på depressiva symtom hos mödrarna. Inga negativa långtids-effekter kunde ses. Påverkade relationen med barnet positivt.

Förf, tidskrift, årtal	Design Population	Intervention	Kontroll	Utfallsmått	Resultat	Studiekvalitet Klinisk relevans Kommentar
Price, Pediatrics, 2012  #26	<b>RCT</b>  barn där föräldrarna rapporterat sömnproblem vid 7 månaders ålder Uppföljning efter 5 år, vid 6 års ålder  Samma material som studien från 2007  (n=328)	Behavioral techniques gavs under 1-3 individuella konsultationer hos sjuksköterska när barnet var 8-10 mån 2 strukturerade träningssessioner om 2,5 timmar omfattande didaktik, skriftlig information, rollspel, etc Två beteende interventioner lärdes ut "Graduated extinction" där föräldrar reagerar på barnets gråt efter tilltagande långa tidsintervall eller "adult fading" där föräldern sitter med barnet till det somnar och successivt minskar sin närvaro under några veckor. (n=122)	Usual care  (n=103)	1. Barnets mental hälsa sömn psykosocial funktion stressreglering  2. Barn-föräldra relation  3. Mental hälsa hos modern och <i>föräldrastil</i>	Ingen skillnad sågs mellan grupperna vad gäller  - Barnets emotionella hälsa - Beteende, - Sömnproblem, I-GRP 9%, K-GRP 6.9% (95%CI 0.8, 3.1) P=0.20  <b>Events:</b> <b>I-grp= 11</b> <b>K-grp= 7.1</b>  - Sömnvanor - Föräldra-barn relation - Psykosocial funktion - Kronisk stress - Föräldra-barn närhet och konflikt - Relationer globalt - Anknytning - Depression, oro eller stress hos förälder - Auktoritär föräldrastil	<b>Medelhög risk för bias</b>  Fem år efter beteendeterapi av sömnsvårigheter kunde inga kvarvarande effekter påvisas, vare sig positiva eller negativa. Beteendeterapi kan användas för att behandla sömnproblem hos spädbarn, och associerad depression hos deras mödrar.