

Anne-Marie Eriksson

KBT vid insomni

För unga vuxna med psykisk ohälsa

CBT at insomnia

Among young adults with psychiatric disorders

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendearbetad terapi
90 högskolepoäng

Datum/termin: 2016-12-20, termin 6
Handledare: Torsten Norlander
Examinator: Anders Hammarberg

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka om KBT-behandling gav goda effekter i avseende på förbättrad sömn samt att fördjupa analyserna genom att göra jämförelser mellan de som initialt bedömts att ha sömnproblem och de som bedömts att inte ha sådana problem. Deltagarna i studien var 57 patienter, 17 män och 40 kvinnor. Samtliga har deltagit i ett treårigt utvecklingsprojektprojekt, Psykiatrisk Mottagning Unga Vuxna i Arvika. Vid ett första bedömningsamtal framgick att 36 patienter bedömdes ha särskilda problem med sömnen medan 21 inte hade det. Data i studien analyserades med hjälp av en mixed design med mätningar före och efter behandling. De mätinstrument om psykiatriska variabler som användes var om sömnkvalitet, depression (MADRS), symtom (GAF-S), funktion (GAF-F), livskvalitet (GQL), upplevda psykiska besvär (PGD), alkoholmissbruk (AUDIT) och missbruk av andra droger (DUDIT). KBT-behandlingen ledde till signifikanta förbättringar gällande mätningar av sömnkvalitet, depression, symtom, funktion, livskvalitet och upplevda psykiska besvär. Resultatet av MADRS gav ett medelvärde på måttlig depression för samtliga patienter vid baslinjen och ingen till mycket lätt depression vid uppföljningen. De med sömnproblem hade emellertid sämre värden på MADRS både vid baslinjen och vid uppföljningen. Inga förändringar kunde registreras avseende alkoholmissbruk eller missbruk av andra droger. Vad gäller könsaspekten framkom heller inga skillnader på något av mätinstrumenten vare sig vid baslinjen eller vid uppföljningen. Resultatet i studien visade att utvecklingsprojektet har varit en framgångsrik och viktig satsning gällande förbättrad sömn för unga vuxna patienter med KBT-behandling.

Nyckelord: KBT, kognitiv beteendeterapi, unga vuxna, insomni.

Abstract

The aim of this study was to examine whether CBT treatment gave good effects in terms of improved sleep and to deepen the analysis by making comparisons between those who initially were rated to have sleep problems and those rated not to have such problems. Participants in the study were 57 patients, 17 men and 40 women. All participated in a three-year development project at the Psychiatric Clinic in Arvika concerning young adults. In a first assessment interviews showed that, 36 patients had special problems with sleep, while 21 did not have such problems. The data in the study was analyzed using a mixed design with measurements before and after treatment. The instruments used were designed to assess the following psychiatric variables: sleep quality, depression (MADRS), symptoms (GAF-S) function (GAF-F), quality of life (GQL), perceived psychological disorders (PGD), alcohol abuse (AUDIT) and abuse by other drugs (DUDIT). CBT treatment led to significant improvements in measurements of sleep quality, depression, symptoms, function, quality of life and perceived psychological disorders. The result of the MADRS gave a mean of moderate depression for all patients at baseline and no or mild depression levels at follow-up. Those with sleep problems, however, had worse values of MADRS both at baseline and at follow-up. No change was recorded relating to alcohol abuse or abuse of other drugs. As for the gender aspect, there were no differences in any of the instruments either at baseline or at follow-up. The results of the study showed that the development project has been a successful and important initiative regarding improved sleep for young adults using cognitive behavioral therapy.

Keywords: CBT, cognitive behavioral therapy, young adults, insomnia

Förord

Den ökade psykiska ohälsan bland unga vuxna och den negativa utvecklingen är ett område som har engagerat mig mycket de senaste åren. Det faktum att många får hjälp alldeles för sent eller ingen hjälp alls och faktorer som bidrar till att många är obenägna att söka hjälp är att psykiatri har uppfattats som otillgänglig. Det har varit viktiga drivkrafter till att jag har varit med och initierat, genomfört och haft rollen som projektledare vid Psykiatrisk Mottagning Unga Vuxna i Arvika. Man såg tidigt att en stor andel unga vuxna som sökte sig till verksamheten hade sömnsvårigheter. Eftersom det var ett projekt så ville man samla in och sammanställa data med före-och eftermätningar för att kunna redovisa resultat. Vid genomgången av resultatet såg man att sömnen var en av de mätbara faktorerna som ”stack ut” mest och som jag fann mest intressant att göra en studie om.

Ett varmt tack vill jag rikta till alla deltagare i studien, alla medarbetare i projektet och mina arbetsgivare som har gjort det möjligt för mig att genomföra studien. Tack även till de två Samordningsförbunden Arvika-Eda och BÅDESÅ som varit medfinansiärer till projektet tillsammans med Landstinget. Ytterligare ett tack till nära och kära som stått ut med mig under arbetets gång. Ett särskilt tack vill jag ge till projekthandledare Maria Unenge Hallerbäck och leanhandledare Monika Berneflo. Jag vill också rikta ett tack till min handledare professor Torsten Norlander som har gett en god handledning samt ett gott stöd och inspiration under arbetets gång.

Inledning

Psykisk ohälsa är ett av de största folkhälsoproblemen både i Sverige och internationellt. Det är också den vanligaste orsaken till att personer i arbetsför ålder står utanför arbetsmarknaden (Socialstyrelsen, 2013). Under senare år har man särskilt uppmärksammat den negativa utvecklingen bland unga. Risken att drabbas av psykisk ohälsa är särskilt stor hos unga som ska etablera sig i vuxenlivet och det försämrar deras möjligheter att etablera sig i samhället. Psykisk ohälsa bland unga drabbar dem mitt i en viktig utvecklingsperiod där deras identitet formas. Risken är stor att den sociala och känslomässiga utvecklingen störs på ett långvarigt sätt. Ungas psykiska ohälsa är idag en viktig folkhälsopolitisk fråga. Självmord är ett område som särskilt har uppmärksamrats. Statistik som påvisar att unga kvinnor i högre grad rapporterar psykisk ohälsa samtidigt som det bland unga män är vanligare med fullbordade självmord (MUCF, 2015). Det har gjorts flera nationella initiativ till att samla in kunskap inom området men det har gjorts få insatser till att motverka och minska den psykiska ohälsan hos unga.

Folkhälsans utveckling följs upp av Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten som redovisas i årliga rapporter. Enligt Socialstyrelsens rapport (2010) är det viktigt att personer med depressions- och ångestsyndrom upptäcks i ett tidigt skede och därmed kan diagnos ställas och effektiv behandling sättas in. Detta ger i förlängningen mindre lidande för den enskilde och mindre produktionsförluster för samhället. Depressions- och ångestsyndrom är allvarliga sjukdomstillstånd som kan innebära att personen får stora svårigheter att klara vardagslivet med försämrad livskvalitet som följd.

Socialstyrelsen har i sin rapport Nationella riktlinjer för vård vid depressions- och ångestsyndrom (2010) rangordnat psykologisk behandling och framförallt KBT, kognitiv beteendeterapi högt vid i princip alla lindriga och medelsvåra depressions- och ångestsyndrom. Huvudskälet till detta är att KBT har god till mycket god effekt på symtom och funktionsnivå på både kort och lång sikt. På många håll saknas det dock fortfarande tillgång på utbildad personal för att kunna ge psykologisk behandling.

Orsakerna till psykisk ohälsa hos unga vuxna kan ha mångskiftande faktorer (MUCF, 2015) så som stress, relationsproblem, individuella förutsättningar, sexuell läggning och identitet, svåra förhållanden under uppväxten, sysselsättning, ekonomiska och sociala förutsättningar. Oftast är det flera faktorer som samvarierar och bidrar till den psykiska ohälsan. Den psykiska

ohälsan kommer till uttryck på olika sätt genom ett utåtagerande beteende eller en inåtvänd problematik. Det är vanligt att unga vuxna drabbas av ångest, oro, sömnbesvär och depression.

Sömn är ett grundläggande mänskligt behov som utgör ungefär en tredjedel av livet. Sömnstörningar är vanligt förekommande i befolkningen i stort. Uppskattningsvis en tredjedel av den vuxna befolkningen uppger sig ha sömnproblem. Sömnen kan vara störd på olika sätt vilket återspeglar sig i det dagliga livet. Sömnstörningar är ett problem i sig och är en viktig faktor när det handlar om hälsa och livskvalitet. Det har visat sig vara en vanlig bidragande faktor till utvecklingen av en rad psykiatriska sjukdomar (Freeman, Sheaves, Goodwin, Yu, Harrison, Emsley, Bostock, Foster, Wadecar, Hinds, & Espie, 2015). Det är ett område som det har forskats om de senaste decennierna. Flera studier har gjorts om sambandet mellan sömnsvårigheter och psykisk ohälsa (Kuhsnir, Marom, Mazar, Sadeh & Hermesh, 2014) och (Wong, Yuet Ying Lau, Ho Yin Wan, Fai Cheung, Hui, & Shui Ying, 2013). Psykiatriska diagnoser står för de vanligaste bakomliggande orsakerna för patienter med sömnstörningar framförallt vid ångest och depressionstillstånd. Sömnstörningar finns med som ett av huvudkriterierna för flertalet av diagnoserna (Benca, & Peterson, 2008) Det uppstår en förändring i sömnmönstret som är ett vanligt första varningstecken vid psykisk ohälsa. Stress och ångestnivån ökar och humöret påverkas. Sömnstörning föregår ofta en depressiv episod.

Den vanligaste typen av sömnstörning och där psykologiska faktorer antas ha störst betydelse är s.k. insomni, *engelska insomnia* (Öst, 2013). Det innebär svårigheter för individen att få tillräckligt med sömn på grund av insomningssvårigheter och täta uppvaknanden. En känsla av att inte bli utsövd som skapar ett lidande och ger negativa återverkningar på hälsan och funktionen dagtid. Man skiljer på primär och sekundär insomni. Vid primär insomni ska sömnsvårigheterna inte enbart förekomma i samband med annan sjukdom, skada, medicin eller drog. Det är dock svårt att avgöra när sömnproblemen är primära eller sekundära. Orsakssambanden kan gå i båda riktningarna. Sömnsvårigheter kan uppstå i samband med en stressfylld livshändelse och sedan fortleva av egen kraft. Sömnen kan beskrivas som en slags motsats till stress. Under stress sker en aktivering av våra fysiologiska och psykologiska resurser. När vi sover sker en omfattande deaktivering både fysiologiskt och psykologiskt. Detta är viktigt för att vi ska kunna återhämta oss och samla nya krafter (Öst, 2013). Försämrad sömn ger ökad stress. En individ kan utsättas för skadligt mycket stress om inte återhämtningen blir tillräcklig.

När vi sover reparerar vi kroppen och hjärnan. Återhämtningen sker genom en reglering i immun och hormonsystemet (Norlander, Johansson, & Bood, 2005).

KBT, kognitiv beteendeterapi, är en terapiinriktning med fokus på att ändra människors beteenden. Beteenden brukar delas in i tre kategorier (Öst, 2013): (a) motoriska som består av handlingar, (b) fysiologiska som betecknas som kroppsliga reaktioner och (c) kognitiva som vanligtvis beskrivs som tankar, känslor och intryck. KBT har visat sig vara en effektiv icke farmakologisk behandling för insomni (Manber, Bernert, Suh, Nowakowski, Siebern, & Ong, 2011). Det finns starkt stöd för att KBT ger likvärdiga resultat på kort sikt som medicinering och dessutom mer varaktiga positiva resultat. Det finns ännu ingen standardiserad KBT-behandling för insomni. De behandlingskomponenter som vanligtvis förekommer är psykoedukation om sömn, sömnhygien, sömnrestriktion, avslappningsövningar, kognitiv omstrukturering och återfallsprevention (Manber, et al., 2011). Behandlingen omfattar både beteendemässiga och kognitiva interventioner och sker både enskilt, i grupp eller via internet.

De flesta ångesttillstånd leder till en försämrad sömn. I en studie hade man studerat utfallet av KBT-behandling för patienter med ångesttillstånd och som vid baslinjen uppgav att de hade sömnsvårigheter. Försämrad sömn påverkar inlärnings och minnesfunktioner som kan bidra till att patienterna har svårare att tillgodogöra sig behandlingen. Resultatet påvisade en sämre effekt av KBT-behandling för de som hade social ångest. Man föreslog i studien att inleda KBT-behandlingen med interventioner inriktade på sömnproblemen för att få en optimal effekt (Zlata, Dowd, Rosenfield, Smits, Otto, Simon, Meuret, Marques, Hofmann & Pollack, 2013).

KBT-behandling för insomni inriktas på att förändra dysfunktionella tankar och beteenden som är förknippade med sömnsvårigheterna. Det har visat sig ge en god effekt och det tycks finnas en större acceptans för KBT-behandling än för medicinering. På många håll saknas tillgång till utbildad personal och resurser för att kunna ge KBT behandling för insomni. (Ho, Chung, Yeung, Ng, Kwan, Yung & Cheng, 2015). Sömnsvårigheter är förknippat med en sämre kognitiv, social och känslomässig funktion. Denna negativa påverkan ökar risken för självmord, ångest depression och missbruk. Det innebär ett stort lidande och en stor kostnad för samhället. Utifrån det förespråkade man i studien att utveckla en modell för att kunna ge KBT behandling på olika vårdnivåer för insomni. Från självhjälp, internetbehandling till individuell behandling och gruppbehandling (Ho, et al., 2015).

På senare tid har studier visat att terapier som innehåller mindfulness och acceptans-baserade metoder varit framgångsrika för behandling av insomni (Ong, Ulmer & Manber, 2012). Mindfulness-behandling innehåller till stor del olika övningar i att inta en mer icke dömande, accepterande attityd till sina upplevelser, tankar, känslor och sensationer som dyker upp i medvetandet. Det handlar om att observera det som händer utan att döma det som bra eller dåligt, sant eller falskt, friskt eller sjukt, viktigt eller oviktigt. Acceptans innebär att uppleva händelserna just som de är utan att försöka förändra eller gå i försvar. Mindfulness och acceptans övas och lärs in dagtid för att sedan kunna praktiseras nattetid vilket ökar förutsättningarna för en bättre sömn (Lundh, 2012). Mindfulness eller medveten närvaro som är det svenska begreppet innebär att uppmärksamheten medvetet och opartiskt riktas mot nuet vilket leder till ett accepterande av verkligheten som den är. Att fokusera på andningen är en stor hjälp för att öka en medveten närvaro. Uppmärksamheten riktas mot andningen som fungerar som en ankarkätting för att hålla fast i nuet när tankarna drar iväg. Det handlar om att öva på att observera utan att reagera och döma, öva på att ta varje ögonblick som det kommer (Jon Kabat-Zinn, 2006). I en studie har man kunnat visa på positiva resultat genom en kombinerad KBT och mindfulness-behandling för insomni (Ong, Shapiro & Manber, 2008).

Stockholms stadsmissions genomförde (2013) en enkätundersökning om psykisk ohälsa bland 1000 slumpvis utvalda unga 18-25 år spridda över hela Sverige. I den redovisades att 24 procent, var fjärde ung uppgav att de mådde psykiskt dåligt. Minst 44 procent, nästan varannan ung som uppgav att de mådde psykiskt dåligt sökte inte hjälp. Det åldersmässiga urvalet 18-25 år grundade man på att flertalet forskningsrapporter inom området kommit fram till att ökningen av oro och ångest är högst bland unga vuxna. Det största hindret för en ung person att söka professionell hjälp om han eller hon mår psykiskt dåligt är att man inte tror sig må tillräckligt dåligt för att få hjälp. I en annan studie (Rickwood, Deane & Wilson) påvisar man all den kunskap som finns om det motstånd som föreligger hos unga att söka hjälp för psykisk ohälsa. Unga män är minst benägna att söka hjälp vilket är oroande eftersom självmord är mer än dubbelt så vanligt bland män. Vilja att söka hjälp tycks minska i takt med att självmordsrisken ökar. Ofta handlar det om en kombination av depression, ångest, droger och utanförskap. Oviljan att söka hjälp och tendensen att hålla smärtan för sig själv innebär en stor utmaning för vården att utveckla arbetsmetoder för tidiga insatser. Att ge behandlingen tidigt till unga kan vara livsavgörande eftersom förekomsten av psykisk ohälsa är hög i det skedet i livet. Hälften av all

livslång psykisk ohälsa debuterar vid 14-års ålder och tre fjärdedelar vid 24-års ålder. Det betyder att samtidigt som unga vuxna har det största behovet av hjälp för psykisk ohälsa så är de minst benägna att söka hjälp (Rickwood, Deane & Wilson).

Projektet Psykiatrisk Mottagning Unga Vuxna Arvika startades i september 2012 som ett treårigt utvecklingsprojekt. Unikt med projektet var att personalen själva initierade, planerade och genomförde förändringsarbetet. Landstinget i Värmland och Samordningsförbunden där Arvika, Eda och Årjängs kommuner ingår, har samfinansierat projektet. Målgruppen var från starten unga vuxna 18-29 år med psykisk ohälsa i de tre kommunerna. Åldersgränsen sänktes under projekttiden till 18-25 år. Projektet genomfördes som ett LEAN projekt vilket innebar fokus på att patienten ska få en bra väg genom vården. Anledningen till att projektet startade var att personalen i projektgruppen länge haft tankar och idéer om hur man kunde arbeta på ett bättre sätt med hjälp till målgruppen unga vuxna. Man såg att antalet unga patienter med psykisk ohälsa ökade. Psykiatrin uppfattades som otillgänglig. Utifrån patientens fokus var det krångligt att söka och få hjälp när man som ung mådde psykiskt dåligt. Det var svårt att hitta rätt i systemet och man kunde lätt hamna ”mellan stolarna”. Man ansåg att psykiatrin hittills hade varit mindre framgångsrik att nå och hjälpa dessa patienter. En viktig drivkraft var att man tyckte det var angeläget och såg förbättringsmöjligheter. Det fanns en överenskommelse mellan Division Psykiatri och Division Allmänmedicin som krävde att den unga vuxna skulle uppfylla särskilda kriterier för att få vård inom specialist psykiatrin. Det var svårt att sätta en absolut gräns mellan allmänmedicin och psykiatrin eftersom diagnoserna i sig inte alltid var avgörande för var patienten borde behandlas. Detta ledde till att unga vuxna med psykisk ohälsa/sjukdom inte alltid fick adekvat hjälp. Det övergripande syftet med projektet var att öka tillgängligheten, förbättra samverkan och öka vårdutbudet för unga vuxna. Man ville fånga upp de unga tidigt för att motverka en negativ spiral med livslång psykisk ohälsa, utanförskap eller suicid. Man ville även förbättra samverkan med andra aktörer som den unge vuxne hade kontakt med samt utöka vårdutbudet och bättre anpassa det till behovet. Projektet var indelat i fyra faser:

- Fas 1 – Kartläggning och marknadsföring.
- Fas 2 – Tillgänglighet.
- Fas 3 – Utökat utbud av insatser.
- Fas 4 – Implementering och spridning.

Under den första fasen gjordes en intresseanalys och marknadsföring av projektet samt en kartläggning för att få veta mer om behoven av psykiatrisk vård bland unga. Man ville veta anledningen till att de sökte kontakt och vad de behövde hjälp med. Man genomförde en noggrann kartläggning på samtliga som sökte. Detta för att få en så bra överblick som möjligt över den psykiatriska problematiken, hur behovet av insatser såg ut i gruppen och vilka kontakter de hade med andra myndigheter. Tillgängligheten ökade genom att det blev enklare och gick snabbare att söka hjälp, remisstvänet togs bort. Den unge kunde söka själv genom att komma på drop in eller ringa och boka en tid direkt. Målet var att erbjuda alla en tid inom en vecka. Under projekttiden strävade man efter att hela tiden anpassa vårdutbudet efter hur behovet såg ut. Det man konstaterade tidigt var att många angav att de hade sömnsvårigheter vilket påverkade hela livssituationen negativt.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka om KBT-behandling vid en psykiatrisk mottagning gav goda effekter i avseende på förbättrad sömn samt att fördjupa analyserna genom att göra jämförelser mellan de som initialt bedömts att ha sömnproblem och de som bedömts att inte ha sådana problem.

Frågeställningar

- (a) Gav KBT-behandling förbättrade resultat för sömnstatus, depression, symtom, funktion, livskvalitet, upplevda psykiska besvär och missbruk för unga vuxna patienter som deltog i ett utvecklingsprojekt vid den psykiatriska mottagningen i Arvika?
- (b) Fanns det skillnader vad gäller resultaten från KBT-behandlingen för de som vid baslinjen bedömts att ha sömnproblem och för de som bedömts att inte ha sådana problem?
- (c) Förelåg det könsskillnader i avseende på sömnkvalitet och behandlingsresultat?

Metod

Deltagare

Deltagarna i studien var 57 patienter, 17 män och 40 kvinnor som haft kontakt på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Deras medelålder var 21.84 år ($SD = 3.00$, $spridning = 18.00 - 29.00$). Samtliga har varit deltagare i ett treårigt utvecklingsprojektprojekt, psykiatrisk

mottagning unga vuxna i Arvika. Under behandlingstiden genomförde patienterna i genomsnitt 10.05 besök ($SD = 6.65$) vid mottagningen. Deras diagnoser var främst inom området depression och ångest, men hela registret av typiska psykiatriska diagnoser förekom såsom panikångest, social fobi, OCD, bipolär sjukdom, ADHD och Asperger. Vanligt förekommande var att de uppfyllde kriterier för flera psykiatriska diagnoser samtidigt som social fobi och depression. Flertalet hade blivit mobbade och hade upplevt kriser och tidigare trauman. Vid ett första bedömningsamtal skattades patienternas sömnkvalitet och det framgick då att 21 (37 %) bedömdes att inte ha särskilda problem med sömnen medan 36 (63 %) skattades att ha sådana problem.

Design

Totalt var det en kohort på 569 patienter som deltog i utvecklingsprojektet vid psykiatrisk mottagning för unga vuxna i Arvika. Utifrån vad som framkom vid bedömningsamtalen, vårdplanerna och behandlingskonferenser tog man ställning till vilken behandling patienterna skulle erbjudas. I denna delstudie var inklusionskriterierna att alla patienter i kohorten som fått KBT-behandling skulle ingå samt att de dessutom skulle ha fullständiga in- och utdata på före och efter behandling. Av patienterna uppfyllde 57 individer dessa krav. Övriga 206 patienter som var färdigbehandlade men som det vid mättillfället saknades fullständig in- och utdata på exkluderades i studien. Data i delstudien analyserades med hjälp av en mixed design med mätningar före och efter behandling som Within Subject Factor och med Sömnproblem (Nej, Ja) som Between Subject Factor. På grund av statistiska skäl fick materialet i avseende på den oberoende variabeln Kön analyseras separat. Majoriteten av patienterna hade flera diagnoser. De patienter som fick KBT behandlades av personal med lägst grundläggande terapeutisk utbildning motsvarande steg ett i KBT. De kunde få psykoedukation, manualbaserad diagnosspecifik KBT-behandling, diagnosöverskridande terapi alternativt i kombination med mindfulness beroende på problematik.

Genomförande

Patienterna sökte sig till mottagningen genom att ringa och boka tid, skicka en egen vårdbegäran, komma på drop in eller via remiss från annan vårdgivare. De flesta har sökt själva på olika sätt. Alla som sökte sig till mottagningen togs emot och fick en tid för bedömningsamtal

oavsett frågeställning. Det gjordes ingen bedömning innan besöket. Patienten bokades in till en personal som ingick i bedömningsteamet. Patient och personal fyllde i skattningar vid första besöket. Patienten fick beskriva sina problem och vad hen ville ha hjälp med. Man hade utarbetat en checklista med ytterligare uppgifter om patienterna som personalen använde vid bedömningssamtalet. Syftet var att få en likvärdig bedömning på samtliga patienter oavsett vilken person i bedömningsteamet de träffade. En första vårdplan upprättades tillsammans med patienten och ett uppföljande samtal bokades in. Därefter togs ärendet upp på mottagningens behandlingskonferens där man tog ställning till fortsatt behandling och fördelade ärenden. Behandlingen påbörjades direkt, det fanns inga väntelistor. På mottagningen fanns psykoterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, arbetsterapeut, läkare, kurator, socialpedagog och mentalskötare.

Vid behandlingens avslut följdes vårdplanen upp tillsammans med patienten och samma skattningsformulär som vid första besöket fylldes i av patient och personal. Ett uppföljningsformulär användes och fylldes i av personal vid behandlingens avslut med uppgifter om vilka olika insatser patienterna hade fått. Samtliga patienter som deltog i projektet fick ett eget kodnummer. Alla uppgifter samlades in och fördes därefter in i Excel. SPSS användes för databearbetning.

Instrument/Skattningar

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Instrumentet är ett bedömningsinstrument för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion som patienterna har fyllt i före och efter behandling (Bergman, 1994; Bergman & Källmén, 2002). Syftet med AUDIT är att hälso- och sjukvårdspersonal samt socialtjänstpersonal snabbt och enkelt ska kunna identifiera personer med riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion. AUDIT består av ett frågeformulär med tio frågor, avsedda att mäta tre domäner: (a) konsumtion (tre frågor om mängd och frekvens), (b) beroende (tre frågor) och (c) alkoholrelaterade skador (fyra frågor om problem eller skador orsakade av alkoholkonsumtionen). Poängen summeras och maxpoäng är 40. För män indikerar 8 poäng och för kvinnor 6 poäng ett riskfyllt drickande.

Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT). DUDIT är ett instrument (Bergman, Wennberg, Källmén, 2012) som används för att identifiera personer med drogrelaterade problem. Instrumentet DUDIT är utvecklat för att kunna vara utgångspunkt för ett fördjupat samtal om personens förhållningssätt till droger samt vilken grad av motivation till förändring som personen

har. DUDIT kan vara av värde för att identifiera dem som har problem med drogmisbruk eller beroende och för att kunna utesluta de som inte har sådana problem. DUDIT består av 11 frågor. Poängen summeras och maxpoäng är 44. För män indikerar 6 poäng eller fler sannolikt drogrelaterade problem och för kvinnor är motsvarande 2 poäng eller fler sannolikt drogrelaterade problem.

Global Funktionsskattningsskala (GAF). GAF (American Psychiatric Association, 2011) är ett generellt mått på psykisk hälsa och funktionsförmåga, symtomförekomst och allmän funktion och i vilken utsträckning psykiska symtom påverkar patientens dagliga liv. Används för att mäta behandlingseffekter. Kan liknas vid en feberkurva som mäter psykiska symtom och social/yrkesmässig funktionsförmåga. GAF-skalan finns i DSM 1V (American Psychiatric Association, 2011). Skalan går från 0 till 100 där hundra motsvarar fullständigt frisk. Skattningen gjordes av behandlaren vid varje besök.

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). MADRS är ett skattningsformulär (Montgomery & Åsberg, 1979; Svanborg & Åsberg, 2001) som mäter depressionssymtom som patienterna har fyllt i före och efter behandling. MADRS mäter sinnesstämningen de tre senaste dagarna. Den innehåller 9 frågor på skalan 0-6. Frågor om sinnesstämning, oroskänslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism och livslust. Maxpoängen på MADRS är 54 poäng och poängen tolkas enligt normerna; 0-12 poäng: Ingen (0-6) eller mycket lätt depression (7-12), 13-19 poäng: Lätt depression, 20-34 poäng: Måttlig depression och slutligen ≥ 35 poäng: Svår depression

Sömnkvalitet. Eftersom 36 (63 %) av de deltagande patienterna hade bedömts att ha dålig sömnkvalitet var det angeläget att särskilt undersöka om denna kunde förbättras. Sömnskalan från MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979) användes i detta syfte. Den sträcker sig från 0 till 6 enligt följande: 0 = Jag sover lugnt och bra och tillräckligt länge för mina behov. Jag har inga särskilda svårigheter att somna. 1 – 2 = Jag har vissa sömnsvårigheter. Ibland har jag svårt att somna eller sover ytligare eller oroligare än vanligt. 3 – 4 = Jag sover minst två timmar mindre per natt än normalt. Jag vaknar ofta under natten, även om jag inte blir störd. 5 – 6 = Jag sover mycket dåligt, inte mer än 2–3 timmar per natt.

Global Quality Of Life Scale (GQL). GQL är ett instrument för självskattning som mäter livskvalitet utvecklad av Ivarson (2011). Instrumentet utgörs av en VAS-skala där ett kryss

markeras på en 10 cm ograderad linje någonstans mellan två ändpunkter ("bästa tänkbara livssituation = 0" till "sämsta tänkbar livssituation" = 10) som besvarar frågan "Hur tycker du att ditt liv är just nu?".

Perceived Global Distress Scale (PGD). PGD är en självskattning av upplevda psykiska symtom och besvär (Ivarsson, 2011). Patienterna markerar med ett kryss på en 10 cm ograderad linje (VAS-skala med ändpunkterna: "inte alls besvärad av psykiska problem" = 0) till "mina psykiska problem besvärar mig extremt mycket" = 10. Den fråga som skall besvaras är: "Hur besvärad har du varit av dina psykiska problem under den senaste månaden?".

Etiska överväganden

Då studien genomfördes inom ramen för en psykoterapiutbildning genomfördes ingen granskning av regional etisk kommitté dessutom handlade det om ordinarie verksamhet som verksamhetsledningen ville ha utvärderad. Det krävdes därför inget godkännande från patienterna. Förfarandet godkändes av verksamhetschefen (se bilaga 1). Alla patientuppgifter avidentifierades från början och inga sekretessuppgifter har röjts.

Resultat

Kontroll för multikollinearitet och konceptualitet

Genomförda korrelationer (Pearson's r , 5 % nivå) mellan de åtta beroendevariablerna mätt före behandlingarna visade på signifikanta korrelationer mellan MADRAS, GAF-Symtom, GAF-Funktion, Livskvalitet Psykiatriska besvär och Sömnkvalitet (r från -0.36 till 0.76) men inte med AUDIT och DUDIT som dock korrelerade sinsemellan ($r = 0.27$) se Tabell 1.

Tabell 1 här

AUDIT och DUDIT

Analys genomförde med hjälp av en två-vägs mixed ANOVA med Behandling (Före, Efter), Sömnproblem (Nej, Ja) som oberoende variabler och med AUDIT som beroendevariabel visade inga signifikanta effekter för vare sig Behandling, Sömnproblem eller för interaktion Behandling x Sömnproblem ($ps > 0.05$). En motsvarande två-vägs mixed ANOVA visade heller

inga signifikanta effekter för DUDIT ($p > 0.05$). Statistik med hjälp av en-vägs ANOVA kunde heller inte visa några könsskillnader för AUDIT och DUDIT ($p > 0.05$). För medelvärden och standardavvikelser se Tabell 2.

Övriga beroendevariabler

En två-vägs mixed Pillai's MANOVA genomfördes med Behandling (Före, Efter) och Sömnproblem (Nej, Ja) som oberoende variabler och med MADRS, GAF-Symtom, GAF-Funktion, GQL, PGD och Sömnkvalitet som beroendevariabler. Analysen visade signifikanta effekter för Behandling ($p < 0.001$, $Eta^2 = 0.78$, $power > 0.99$), Sömnproblem ($p < 0.001$, $Eta^2 = 0.38$, $power = 0.98$) och en interaktion Behandling x Sömnproblem ($p < 0.047$, $Eta^2 = 0.22$, $power = 0.75$). Vad gäller Behandling visade univariata F-test signifikanta effekter för *samtliga* beroendevariabler ($ps < 0.001$) och deskriptiv statistik visade att den givna behandlingen gett förbättrade värden på samtliga ingående instrument. Univariata F-tester visade signifikanta effekter för Sömnproblem i avseende på MADRS ($p = 0.018$), GQL ($p = 0.006$) och Sömnkvalitet ($p < 0.001$) där deskriptiv analys visade att de med sömnproblem hade sämre värden både vid baslinjen och vid uppföljningen. Vad gäller interaktionen för Behandling x Sömnproblem visade univariata F-tester en signifikant effekt för GQL ($p = 0.023$) och ett uppföljningstest (Independent Sample *t*-test, 5 % nivå) visade att det fanns en signifikant skillnad vid baslinjen där de med sömnproblem hade högre värden men vid uppföljningen förelåg ingen skillnad mellan grupperna.

På grund av den ojämna fördelningen i avseende på kön var det nödvändigt att analysera denna separat med ytterligare en två-vägs mixed Pillai's MANOVA enligt ovan men med denna gång Kön (Man, Kvinna) som Between-Subject-Factor. Analysen visade inga signifikanta skillnader för kön ($p < 0.755$, $Eta^2 = 0.065$, $power > 0.21$). För medelvärden och standardavvikelser se Tabell 2.

Tabell 2 här

Diskussion

Den här studien hade som syfte att undersöka om KBT-behandling gav goda effekter avseende förbättrad sömn för unga vuxna patienter som deltog i ett utvecklingsprojekt vid en psykiatrisk mottagning i Arvika. För att fördjupa analyserna gjordes jämförelser mellan de som initialt bedömts att ha sömnproblem och de som bedömts att inte ha sådana problem. Studien hade tre frågeställningar, nämligen: (a) Gav KBT-behandling förbättrade resultat för sömnstatus, depression, symtom, funktion, livskvalitet, upplevda psykiska besvär och missbruk för unga vuxna patienter som deltog i ett utvecklingsprojekt vid den psykiatriska mottagningen i Arvika? (b) Fanns det skillnader vad gäller resultaten från KBT-behandling för de som vid baslinjen bedömts att ha sömnproblem och för de som bedömts att inte ha sådana problem? (c) Förelåg det könsskillnader i avseende på sömnkvalitet och behandlingsresultat?

Beträffande den första frågeställningen visade resultaten att KBT-behandling ledde till förbättringar med avseende på sömnkvalitet, depression (MADRS), symtom (GAF-S), funktion (GAF-F), livskvalitet (GQL) och upplevda psykiska besvär (PGD). Däremot kunde inga förändringar registreras vad gäller alkoholmissbruk (AUDIT) eller missbruk av andra droger (DUDIT).

Resultatet av analyserna för AUDIT visade inga signifikanta effekter för vare sig behandling, sömnproblem eller för interaktion behandling och sömnproblem. En motsvarande två-vägs analys visade heller inga signifikanta effekter för DUDIT. Det kan bero på att deltagarna som ingick i studien helt enkelt inte hade några missbruksproblem. Maxpoängen på AUDIT är 40, 8 poäng för män och 6 poäng för kvinnor indikerar ett riskfyllt drickande. Medelvärdet i studien för AUDIT låg under dessa värden både vid baslinjen och vid uppföljningen både för männen och för kvinnorna. Samma sak gäller för DUDIT där maxpoängen är 44, 6 poäng för män och 2 poäng för kvinnor indikerar en sannolik drogrelaterad problematik. Båda instrumenten mäter hur det har varit senaste året vilket kan innebära att det inte fanns något pågående missbruk under själva behandlingsperioden. En annan faktor kan vara att man inte påbörjade KBT-behandling för de som hade ett pågående missbruk utan valde att inledningsvis inrikta behandlingen på motiverande samtal för missbruket.

Sömnkvaliteten förbättras genom KBT-behandling både för de som vid baslinjen bedömts att ha sömnproblem och de som bedömts att inte ha sådana problem. Vad gäller frågeställningen om det fanns skillnader hur patienter med sömnproblem respektive patienter utan sådana problem

responderade på KBT-behandlingen framkom att de med sömnproblem hade sämre värden vid baslinjen för MADRS och sömnkvalitet men också vid uppföljningen. Men trots det fick de en förbättring. Resultaten av MADRS gav vid baslinjen ett medelvärde på 23,63 poäng för de som bedömts ha sömnproblem vilket visade att de hade en måttlig depression och 16,12 poäng för de som bedömts inte ha sådana problem vilket visade en lindrig depression. Vid uppföljningen gav resultatet av MADRS ett medelvärde som visade ingen eller mycket lätt depression för båda grupperna, 9,56 för de med sömnproblem respektive 7,38 för de utan. De som bedömts ha sömnproblem hade närmast sig gruppen utan sådana problem resultatmässigt vid uppföljningen för graden av depressionssymtom. Gällande sömnkvalitet för de som bedömts ha sömnproblem visade medelvärde vid baslinjen att de sov minst två timmar mindre än vanligt och vaknade ofta under natten. För de som bedömts att inte ha sådana problem visade medelvärdet vid baslinjen att de hade vissa sömnsvårigheter och sov ytligare än vanligt. Vid uppföljningen visade medelvärdet för båda grupperna att de sov lugnt, bra och tillräckligt länge för sina behov och inte hade särskilda svårigheter att somna. Patienterna i båda grupperna hade återhämtat sig från sin depression och de hade fått en bättre sömnkvalitet. Slutsatserna av dessa resultat är att man kan se ett tydligt samband mellan depression och sömnproblem vilket stämmer in på tidigare studie (Benca, & Peterson, 2008).

Lite förvånande var det kanske att de med sömnproblem inte hade sämre värden jämfört med de utan sömnproblem vad gäller resultat för de andra mätinstrumenten det vill säga GAF-S, funktion, GAF-F, GQL, PGD, AUDIT och DUDIT. Vad gäller GQL visade det sig att det fanns en signifikant skillnad vid baslinjen där de med sömnproblem hade högre värden men vid uppföljningen förelåg ingen skillnad mellan grupperna. Resultatet i den här studien visade således att båda grupperna hade fått en signifikant förbättring gällande upplevd livskvalitet och upplevd psykisk hälsa. Att de med sömnproblem upplevde att de hade en sämre livskvalitet innan KBT-behandlingen tyder på ett samband mellan sämre sömnstatus och en upplevd försämrad livskvalitet.

Vad gäller könsaspekten framkom inga skillnader i något avseende mellan de unga männen och de unga kvinnorna. Det fanns inga sådana skillnader registrerat på något av de många mätinstrumenten vare sig vid baslinjen eller vid uppföljningen. Det fanns heller inga skillnader mellan män och kvinnor vad gäller AUDIT och DUDIT. De båda könen skiljde sig inte heller i avseende på sömnkvalitet. Detta var något överraskande, man förväntade att kvinnorna

skulle rapportera något sämre värden gällande sömnstatus. I en tidigare studie (Li, Wing, & Fong, 2002) där man sett på skillnader mellan könen vid insomni har man kunnat se kvinnorna hade 1,6 gånger högre risk för insomni och att risken ökade med åldern. Skillnaden var dock inte lika stor i de yngre åldersgrupperna. Den påvisade även psykisk ohälsa som den högsta riskfaktorn för båda könen. En anledning till att inga skillnader registrerades i den här studien kan bero på att det är fler kvinnor som rapporterar psykisk ohälsa men att det inte föreligger någon större skillnad mellan grupperna gällande grad av psykisk ohälsa och sömnproblem. Det kan också bero på att deltagarna i den här studien har varit i den yngre åldersgruppen där skillnaden inte är lika stor. Det var positivt att man genom projektet lyckades nå de unga männen i större utsträckning än tidigare. Speciellt med tanke på att andelen självmord är vanligare i den gruppen. Andelen män låg på en nivå mellan 40 % och 45 % under projektiden. Traditionellt har man legat på en nivå på cirka 30 % män i psykiatrin. Anledningen kan delvis bero på den ökade tillgängligheten. Det var enklare och det gick snabbare när de väl sökte hjälp. Man hade en teori att männen hade en tendens att ge upp om de blev avvisade eller fick vänta för länge på hjälp.

Inför starten av projektet hade man räknat med att en del patienter skulle uppge att de hade sömnsvårigheter. Något överraskande var att andelen visade sig vara så hög. En stor del av de patienter som ingått i studien bedömdes ha sömnsvårigheter. Detta var i linje med vad som visats i tidigare studier gällande sambandet mellan sömnsvårigheter och psykisk ohälsa (Kuhsnir, Marom, Mazar, Sadeh & Hermesh, 2014; Wong, et al., 2013). Det framkom tidigt i projektet att många av patienterna upplevde sömnen som ett problem. Detta ledde till att man ville inrikta sig på effektiv behandling för sömnproblem. KBT-behandlingen som patienterna fick vid mottagningen var individanpassad. Den innehöll de behandlingskomponenter som vanligtvis brukar förekomma som psykoedukation om sömn, sömnhygien, sömnrestriktion, mindfulness och strategier för att hantera dysfunktionella tankar och beteenden. Det visade sig att patienternas diagnoser var främst inom området depression och ångest samt att det var vanligt förekommande att de uppfyllde kriterier för flera psykiatriska diagnoser samtidigt. I den aktuella studien fanns ett tydligt samband mellan psykisk ohälsa och sömnstatus. Den visade även ett tydligt samband mellan en förbättring av sömnstatus och andra psykiatriska variabler. Trots att patienterna inte erhöll någon specifikt utarbetad manualbaserad KBT-behandling för insomni så gav behandlingen ett positivt resultat. Det stämmer väl in på vad tidigare studier (Manber, Bernert, Suh, Nowakowski, Siebern, & Ong, 2011) visat, nämligen att KBT-behandling är en effektiv

behandling vid insomni. KBT-behandling har gett likvärdiga resultat som medicinering och med mer varaktiga positiva resultat, utan de biverkningar som medicinerna kan ge. Dessutom har kombinationen KBT-behandling och mindfulness varit framgångsrik. Detta stämmer väl in på de resultat som den här studien visat. KBT-behandlingen har gett ett gott resultat gällande förbättrad sömn. Intressant är att man i den här studien visat ett positivt resultat gällande förbättrad sömn både för de patienter som initialt bedömts ha sömnproblem och de som bedömts att inte ha sådana problem.

Det fanns vissa brister i den aktuella studien. Det var svårt att få in före- och eftermätningar på samtliga. Det blev ett stort bortfall på patienter som det saknades fullständiga data på. En anledning var att ansvaret för insamling av data före och efter behandling var fördelad på all personal vilket innebar ett omfattande administrativt arbete. På grund av att det inte var fastställt vad som skulle undersökas vidare innan projektet startades så ville man samla in så mycket data som möjligt under projekttiden för att få ett så stort underlag som möjligt. Detta resulterade till att det blev en stor mängd data att samla in och administrera. Trots denna ambition så saknades en skattning av patienternas ångestnivå före och efter behandling vilket skulle ha varit intressant att redovisa i denna studie. Det visade sig att flertalet av de patienter som var färdigbehandlade och mådde bättre inte var så angelägna att komma på ett uppföljande sista besök och fylla i skattningar. Man skickade då skattningsformulären med post och frisvar med förhoppning att få in data. Det kom inte in svar från alla. En bidragande orsak var att en del patienter saknade en egen adress. Unga vuxna i den åldersgruppen är också mer rörliga och flyttar oftare än vuxna av olika anledningar. Man märkte att det var svårare att nå de unga vuxna med drogproblem. Det förekom oftare att de med drogproblem uteblev från ett första besök. Vanligt var att någon annan i personens omgivning ansåg att den unge vuxna behövde hjälp men att de inte själva var motiverade just då. Vidare var det inte tillräckligt med KBT-terapeuter under projekttiden i förhållande till behovet. Man hade behövt kunna erbjuda fler patienter som ingick i projektet KBT-behandling. Detta stämmer in på vad Socialstyrelsen redovisat i sin rapport (2010) om riktlinjer för vård vid depressions- och ångestsyndrom. Trots att KBT-behandling rangordnas högt vid depressions- och ångestsyndrom så saknas det utbildade terapeuter på många håll i landet.

Trots dessa brister måste ändå satsningen beskrivas som en stor och viktig framgång. En satsning inriktad på att hjälpa unga vuxna med psykisk ohälsa i ett tidigt skede. Den ökade

psykiska ohälsan har omtalats och uppmärksammats på många sätt. Det har dock varit mycket ”prat och lite verkstad”. Eftersom flertalet av de psykiatriska diagnoserna debuterar i tonåren eller tidig vuxenålder och att många får hjälp alldeles för sent eller ingen hjälp alls. Därför har det varit angeläget med den här satsningen för unga vuxna med psykisk ohälsa. En viktig framgångsfaktor till resultatet kan vara just det att man genom projektet har fångat upp och gett KBT-behandling till unga vuxna vilket ökade förutsättningarna till att få ett bra utfall av behandlingen.

I England har man uppmärksammat behovet av evidensbaserad behandling för depressions- och ångesttillstånd. Samma problematik hade man uppmärksammat i Sverige enligt Socialstyrelsens rapport (2010). Trots nationella riktlinjer om att psykologisk behandling var förstahandsval förmådde man där liksom i Sverige inte att erbjuda det till alla på grund av att det saknades tillräckligt med utbildad personal. Redan år 2004 hade de nationella riktlinjerna presenterats vilka rekommenderade psykoterapi, framförallt KBT som förstahandsval vid ett flertal tillstånd, men följsamheten inom hälso- och sjukvården var dålig. Endast 5 % av engelsmännen som led av ångest och depression kunde erbjudas evidensbaserad psykologisk behandling. Trots att det visade sig att patienterna valde evidensbaserad psykologisk behandling framför evidensbaserad läkemedelsbehandling. Ett av de största hindren var tillgången på personal som kunde ge psykoterapeutisk behandling. Enligt studien (Clark, 2011) har man i Storbritannien mellan 2008 och 2011 utbildat och anställt 3 600 nya terapeuter som kan erbjuda psykologisk behandling som är rekommenderade enligt the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Man hade som mål att utbilda ytterligare 2 400 terapeuter mellan 2011 och 2014 så att åtminstone 15 % av gruppen med depressions- och ångestsyndrom får ta del av det. I en första fas hade man som mål att ge 900 000 personer behandling. För att kunna genomföra den satsningen tryckte man hårt på de ekonomiska argumenten. Nästa steg i programmet var att utveckla internetbaserad KBT-behandling för att öka möjligheten att nå ut till betydligt fler med evidensbaserade psykoterapeutiska insatser. Socialstyrelsen (2013) poängterade vikten av att identifiera, diagnostisera och ge adekvat behandling för psykiska ohälsan tidigt hos unga. Man vill därför öka tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling framförallt KBT. Det tydliga budskapet är att andelen unga vuxna med psykisk ohälsa ökar. Det är vanligt med depressions- och ångestsjukdomar. Den psykiska ohälsan innebär inte bara ett lidande för den drabbade utan kan även innebära allvarliga konsekvenser på sikt. Det kan

leda till svårigheter att tillgodogöra sig på skolarbetet, etablera sig på arbetsmarknaden, knyta relationer och bilda familj. Det finns all anledning att ta detta på allvar särskilt med tanke på att det annars kan leda till en försämring och en långvarig psykisk ohälsa, självmordsförsök eller i värsta fall självmord.

Sammanfattningsvis ger denna studie en förhoppning om framtida satsningar på fler verksamheter inriktade på att fånga upp och hjälpa unga vuxna med psykisk ohälsa i ett tidigt skede. Vidare att man fortsättningsvis utvecklar effektiva behandlingar för unga vuxna med sömnproblem på olika vårdnivåer. Framtida studier behövs gällande KBT-behandling för unga vuxna med insomni liksom studier om KBT-behandling för insomni på olika vårdnivåer med behandlingstekniker som självhjälp, internetbehandling och olika varianter av individ- och gruppbehandlingar. Allt detta för att kunna ge evidensbaserad behandling till så många som möjligt. Sist men inte minst handlar det om att utbilda fler KBT-terapeuter som kan erbjuda evidensbaserad psykologisk behandling.

Referenser

- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. (Svensk översättning: J Herlofson & M. Landqvist). Danderyd: Pilgrim Press.
- Benca, R. M., & Peterson, M. J. (2008). Insomnia and depression. *Sleep medicine*, 9, 3-9.
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience, University of Oxford, *International review of psychiatry*, 23, 318-327.
- Freeman, D, Sheaves, B, Goodwin, G, M, Yu, L-M, Harrison, P, J, Emsley, R, Bostock, S, Foster, R, G, Wadecar, V, Hinds, C, & Espie, C, A. (2015). Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia n the mental health of university students. Oxford: BioMed Central.
- Ho, F. Y. Y., Chung, K. F., Yeung, W. F., Ng, T. H., Kwan, K. S., Yung, K. P., & Cheng, S. K. (2015). Self-help cognitive-behavioral therapy for insomnia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 19, 17-28.
- Ivarsson, B. (2011). Tools for Outcome-informed management of mental illness. Psychometric Properties of instruments of the Swedish clinical multicenter Quality Star cohort. Karlstad: Karlstad University Studies.
- Kabat-Zinn, J. (2006). *Vart du än går är du där. Medveten närvaro i vardagen*. Stockholm; Natur och kultur.
- Kuhsnir, J, Marom, S, Mazar, M, Sadeh, A & Hermesh, H (2014). The link between social anxiety disorder, treatment outcome, and sleep difficulties among patients receiving cognitive behavioral group therapy. Tel-Aviv: Elsevier.
- Li, R.H.Y., Wing Y.K., Ho S.C, Fong S.Y.Y. (2002). Gender differences in insomnia—a study in the Hong Kong Chinese population. *Journal of Psychosomatic Research* 53, 601-609.
- Lundh, L-G (2005). The role of acceptance and mindfulness in treatment of insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19, 29-38.
- Manber, R, Bernert, R, A, Suh, S, Nowakowski, S, Siebern, A, T & Ong, J, C (2011). CBT for Insomnia in patients with high and low depressive symptom severity: Adherence and clinical outcome. *Journal of clinical sleep medicine*.
- Montgomery, S. A. & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-289.

- MUCF (Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor). (2015). När livet känns fel. Ungas upplevelser kring psykisk ohälsa. Stockholm: MUCF.
- Norlander, T., Johansson, Å., & Bood, S. Å. (2005). The affective personality: its relation to quality of sleep and well-being. *Social Behavior and Personality*, 33, 709-722.
- Ong, J. C., Shapiro, S. L. & Manber, R. (2008). Combining mindfulness meditation with cognitive behavioral therapy for insomnia; *A treatment-development study*. Rockville: Elsevier.
- Ong, J. C., Ulmer, C. S., & Manber, R. (2012). Improving sleep with mindfulness and acceptance: a metacognitive model of insomnia. *Behavior Research and Therapy*, 50, 651-660.
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187, 35-39.
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depressioner och ångestsyndrom*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, 64, 203–216.
- Wong, M. L., Lau, E. Y. Y., Wan, J. H. Y., Cheung, S. F., Hui, C. H., & Mok, D. S. Y. (2013). The interplay between sleep and mood in predicting academic functioning, physical health and psychological health: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 271-277.
- Zalta, A. K., Dowd, S., Rosenfield, D., Smits, J. A. J., Otto, M. W., Simon, M. N., Meuret, A. E., Marques, L., Hofmann, S. G., & Polack, M. H. (2013). Sleep quality predicts treatment Outcome in CBT for social anxiety disorder. *Depression and Anxiety* 30, 1114-1120.
- Öst L-G. (Red). (2013). *KBT inom psykiatrin*. Stockholm; Natur och kultur.

Tabell 1. Korrelationer (Pearsons' r) mellan beroendevariablernas testvärden före behandling.

	AUDIT	DUDIT	MADRS	GAF-S	GAF-F	GQL	PGD	Sömn
AUDIT	1.00							
DUDIT	0.27*	1.00						
MADRS	0.02	-0.04	1.00					
GAF-S	-0.01	-0.02	-0.63**	1.00				
GAF-F	0.09	-0.14	-0.64**	0.76**	1.00			
GQL	-0.11	-0.03	0.46**	-0.36**	-0.43**	1.00		
PGD	-0.0	-0.12	0.37**	-0.22*	-0.27*	0.32*	1.00	
Sömn	0.21	-0.15	0.60**	-0.36**	-0.33*	0.29*	0.12	1.00

* Signifikanta korrelationer $p < 0.05$

** Signifikanta korrelationer $p < 0.01$

Tabell 2. Medelvärden (M) och standardavvikelser (SD) i avseende på beroendevariablerna före (1) respektive efter (2) behandling fördelat på de som skattades vid baslinjen att inte ha uttalade sömnproblem (Nej) respektive de som skattades att ha sådana (Ja) samt för alla deltagare (Alla).

	Nej ($n = 21$)		Ja ($n = 36$)		Alla ($N = 57$)	
	M	SD	M	SD	M	SD
AUDIT1	3.71	4.72	6.42	5.77	5.42	5.52
AUDIT2	3.62	3.20	5.56	5.63	4.84	4.94
DUDIT1	1.38	4.39	1.67	6.29	1.56	5.62
DUDIT2	0.86	1.88	1.72	5.32	1.40	4.37
MADRS1	16.12	8.98	23.63	9.52	20.86	9.94
MADRS2	7.38	7.17	9.56	7.97	8.75	7.69
GAF-S1	59.76	5.72	56.75	6.97	57.86	6.65
GAF-S2	72.48	9.60	71.31	8.44	71.74	8.82
GAF-F1	65.14	7.00	60.67	7.08	62.33	7.32
GAF-F2	75.48	7.68	74.31	7.90	74.74	7.77
GQL1	4.55	1.69	6.21	1.68	5.60	1.85
GQL2	2.57	1.21	2.82	1.84	2.73	1.63
PGD1	6.77	1.64	7.46	1.72	7.21	1.71
PGD2	2.03	1.69	2.79	2.21	2.88	2.20
Sömnkvalitet1	1.19	1.03	3.14	1.48	2.42	1.63
Sömnkvalitet2	0.48	0.68	1.23	1.24	0.94	1.12

Notera: För GAF, GQL och PGD är högre värden = bättre (högre välbefinnande) resultat, medan för AUDIT, DUDIT, MADRS och sömnkvalitet är lägre värden = bättre (färre problem) resultat.



Intyg

Härmed ger jag mitt godkännande till att Anne-Marie Eriksson 19571119-6286 får ta del av patientuppgifter till en uppsats.

Anne-Marie går psykoterapiprogrammet vid Högskolan Evidens i Göteborg och uppsatsen är inom ramen för utbildningen.

Uppsatsen kommer att innehålla uppgifter och resultat från avidentifierade patientdata som är sammanställda från projektet psykiatrisk mottagning unga vuxna i Arvika.

Eventuellt kommer den även att innehålla en studie på en planerad gruppbehandling om goda levnadsvanor inom verksamheten unga vuxna, under förutsättning att patienterna ger sitt samtycke.

Uppsatsen skrivs på ett sådant sätt att inga sekretessuppgifter kommer att röjas.

Datum

2015-12-10.....

Underskrift verksamhetschef

Annika Dahlgren, TF verksamhetschef