

A photograph of two young women with long hair, seen from behind, standing in a lush vineyard. They are looking at a bunch of dark grapes hanging from a vine. The scene is filled with green leaves and branches, with sunlight filtering through. The overall mood is peaceful and natural.

Barnsliga sammanslagning

– forskning om
barns och ungdomars
uppväxt och livsvillkor

Eva K. Clausson & Bo Nilsson (red)

Barnsliga sammenhang

– forskning om barns
och ungdomars uppväxt
och livsvillkor

Eva K. Clausson och Bo Nilsson
(Redaktörer)

Kristianstad University Press

© Respektive författare, 2019

ISBN: 978-91-87973-43-7

Omslagsfoto: Clara Garmy

Målning på omslagets baksida: Ann-Christin Sollerhed

Innehåll

Introduktion	7
Rörelse, motorik och fysisk aktivitet bland förskolebarn.....	11
Barns rapportering om sina olyckor	23
Vardagen för familjer med förskolebarn och skolbarn med förälder iväg på militära insatser	41
Fysisk aktivitet bland barn och ungdomar med Downs syndrom.....	61
Inbjudan till samspel.....	77
Existentiell hälsa hos barn och ungdomar – smärta, stress och läkemedelsanvändning	95
Sömn, medievanor och livsstil hos barn och ungdomar	103
Författarpresentationer.....	115

Introduktion

Eva K. Clausson och Bo Nilsson

Barnsliga sammanhang, vår forskningsmiljös första antologi, publicerades i maj 2017 och innehöll kapitel relaterade till barns och ungdomars hälsa, välbefinnande och delaktighet. När vi nu ger ut vår andra antologi sammanfaller tidpunkten med att Barnkonventionen den 1 januari 2020 blir svensk lag. FN:s konvention om barnets rättigheter är ett rättsligt bindande internationellt avtal som bland annat slår fast att barn är individer med egna rättigheter. De 54 artiklarna är alla lika viktiga men det finns fyra grundläggande principer som alltid ska beaktas när det handlar om frågor som rör barn:

- Alla barn har samma rättigheter och lika värde (Artikel 2)
- Alla beslut som rör barn ska beakta barnets bästa (Artikel 3)
- Alla barns rätt till liv och utveckling (Artikel 6)
- Alla barns rätt att uttrycka sin mening och bli respekterade (Artikel 12)

I forskningsmiljön Children's and Young People's Health in Social Context, CYPHiSCO vid Högskolan Kristianstad förenas forskare i sitt intresse för barns, och ungdomars psykiska och fysiska hälsa, välbefinnande och delaktighet. Forskningen som presenteras i denna antologi har framför allt sin utgångspunkt i

- Artikel 13 ... *barns rätt till yttrandefrihet*
- Artikel 18 ... *erkännandet av principen att båda föräldrarna har gemensamt ansvar för barnets uppfostran och utveckling ... ge lämpligt stöd till föräldrar och vårdnadshavare då de fullgör sitt ansvar för barnets uppfostran*
- Artikel 19 ... *skydd mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp*
- Artikel 23 ... *rätt till ett fullvärdigt liv hos barn med funktionsnedsättning*
- Artikel 24 ... *barns rätt till bästa möjliga hälsa*
- Artikel 31 *att uppmuntra barnets möjligheter till kulturell och konstnärlig verksamhet samt till rekreations- och fritidsverksamhet anpassad till barnets ålder.*

I boken möts olika vetenskapliga ämnen med sina perspektiv: hälsovetenskap, omvårdnad, folkhälsovetenskap, idrottsvetenskap, psykologi, utbildningsvetenskap, pedagogik och socialt arbete. CYPHiSCO:s medlemmar tillhör två av Högskolan Kristianstads fakulteter, Fakulteten för Hälsovetenskap och Fakulteten för Lärarutbildning. Till miljön är även knutet externa medlemmar från Musikhögskolan i Malmö vid Lunds Universitet, forskargruppen CHILD vid Hälsohögskolan i Jönköping samt från Centrum för forskning om barns och ungdomars hälsa vid Karlstad Universitet. Inom miljön bedrivs både forskning om faktorer som har samband med hälsa och tillämpad forskning.

I denna andra antologi har vi samlat några aktuella forskningsprojekt inom forskningsmiljön som är planerade, pågående eller nyligen avslutade samt teoretiska och praktiska exempel. Antologin visar miljöns bredd från de allra yngsta barnen och deras föräldrar till ungdomar inklusive barn och unga med olika funktionsnedsättningar. Vi får ta del av forskning om existentiell hälsa hos barn och ungdomar, sömn och medievanor, rörelse, motorik och fysisk aktivitet bland förskolebarn, barns rapportering om olyckor, barn i militära familjer, fysisk aktivitet hos barn med Downs syndrom samt möjligheter till estetiska uttryck.

I det första kapitlet beskriver Ann-Christin Sollerhed den motoriska utvecklingen hos förskolebarn i åldrarna 1–6 år som lägger grunden för andra mer komplexa rörelser som ska läras i skolåldern och senare i livet. I Sverige är 84–95 % av barnen, beroende på ålder, inskrivna i förskolan. Svenska barn rör sig mindre och är mer stillasittande än andra barn i internationella jämförelser. Många av barnen vistas större delen av sin vakna tid i förskolan vilket gör den till en viktig arena för etablering av rörelsemönster och andra hälsobeteenden. Hemmet har dock huvudansvaret för barnets utveckling, men förskolans betydelse ska inte underskattas.

I kapitel 2 beskrivs ett pågående forskningsprojekt av Gerth Hedov och Ann-Christin Sollerhed med syfte att undersöka fysisk aktivitetsgrad bland barn och ungdomar med Downs syndrom i åldrarna åtta till arton år i Sverige via information från deras föräldrar. Barn och ungdomar med Downs syndrom behöver precis som alla andra barn fysisk aktivitet för att må bra.

I kapitel 3 beskriver Ann-Margreth E. Olsson och Erika Hansson vad det kan innebära för barnfamiljer att ha en familjemedlem anställd inom Försvarsmakten som är iväg på internationella och nationella militära insatser med upprepade frånvaroperioder från familjen och ibland långvariga sådana. I kapitlet uppmärksammas även förskola, skola och andra vuxna i barnens nätverk och hur de kan underlätta familjernas vardag och vara viktiga stödpersoner för barnen.

I kapitel 4 har Camilla Siotis Ekberg och Ann-Margreth E. Olsson sammanställt barns berättelser om erfarenheter av olyckor. Barnens syn på sina olyckor kan vara betydelsefullt vid bedömningar av konsekvenserna (både fysiska och psykiska) av olyckor som rapporteras av barn i olika åldrar. Sammanfattningsvis var de yngre barnen de som var mest fokuserade på olyckor. De såg händelser som mer allvarliga och smärtsamma än de äldre barnen.

Kapitel 5, Inbjudan till samspel, kretsar kring hur den estetiska dimensionen kan ge möjlighet att uttrycka sig och kommunicera på flera sätt, vilket vidgar individens handlingsutrymme och påverkar individens hälsa och välbefinnande positivt. Bo Nilsson presenterar i sitt kapitel olika begrepp relaterade till lek, skapande och estetiska verksamheter. Musikaliska aktiviteter av olika slag får en viktig roll i kapitlet. Med utgångspunkt i konkreta verksamheter diskuterar Bo hur ökad förståelse kring lek och skapande kan användas för att förstå och utforma musikaliska och estetiska aktiviteter i en utvecklande, demokratisk riktning, något som också kan påverka hälsa och välbefinnande och få stärka individen i ett delaktighetsperspektiv.

Kapitel 6 involverar forskarna Pernilla Garmy, Eva K. Clausson, Erika Hansson, Ann-Christin Sollerhed och Eva-Lena Einberg. Ungdomars existentiella hälsa är i fokus i forskningsprojektet ”Stress, smärta och läkemedelsanvändning hos ungdomar”. Det handlar om hur barn och ungdomar resonerar kring vilka strategier de använder och vilka strategier de önskar att de skulle använda för att lindra och hantera stress och smärta. Det är av stor betydelse att tillsammans med barn och ungdomar utforska hälsofrämjande faktorer och strategier som ökar välmående och främjar hälsa för att minska onödig läkemedelsanvändning.

I kapitel 7 sammanfattar Pernilla Garmy, Gita Hedin, Annika Norell-Clarke, Ann-Christin Sollerhed, Eva K. Clausson, Erika Hansson flera studier om sömn, medievanor och livsstil hos barn och ungdomar. Kapitlet belyser de komplexa onda cirklar som kan skapas av sömnsvårigheter och sömnbrist tillsammans med andra problem. Till exempel kan sömnsvårigheter på kvällen leda till att tiden fördrivs med sociala medier, spel eller film vilket i sin tur kan göra att man stannar uppe längre än tänkt och får svårare att somna. Psykisk ohälsa kan göra det svårare att somna och sova gott. Bristfällig sömn kan i sin tur leda till starkare känslor och svårigheter att hantera motgångar i livet, vilket i sig kan resultera i sämre psykisk hälsa. Motion under dagtid kan förbättra sömnen men motivationen för att träna kan vara lägre efter en natt med dålig sömn. Kapitlet sätter också ljuset på angelägna frågor att studera vidare.

Vi hoppas att denna andra antologi ska leda till fortsatt och ökat intresse för vår forskning om hälsa och välbefinnande relaterat till barn och ungdomar, samt bidra till diskussioner i alla sammanhang som involverar barn och deras mående. En god hälsa för hela befolkningen inkluderar i hög grad barn och ungdomar som är vår framtid!

Kristianstad, 3 december 2019

Eva K. Clausson och Bo Nilsson
Redaktörer

Rörelse, motorik och fysisk aktivitet bland förskolebarn

Ann-Christin Sollerhed

Daglig fysisk aktivitet kan vara avgörande för barns hälsa och välbefinnande. Under barndomen utvecklas såväl vävnader som förmågor, attityder och vanor som ska följa med resten av livet. Barn har ett medfött rörelsebehov, men nya intressanta stillasittande aktiviteter som surfplattor och mobiltelefoner upptar alltmer moderna barns tid och de rör sig mindre än någonsin. Trots att vi numera vet mer om effekterna av fysisk aktivitet, fysisk inaktivitet och stillasittande så rör sig en stor andel av befolkningen i Sverige alldeles för lite och för sällan. Detta gäller även de allra yngsta. I fyraårsåldern är barn normalt väldigt aktiva, dock visar nyligen gjorda studier att 75 % fyraåringar i Sverige sitter, ligger eller halvligger mer än hälften av sin vakna tid (Berglind et al., 2017). Svenska barn rör sig mindre och är mer stillasittande än andra barn i internationella jämförelser (Tremblay et al., 2011). De sitter stilla i stor utsträckning, ofta mer än åtta timmar per dag och många barn har övervikt. Vad har hänt? Vad kan detta bero på? Vad kan vi göra för att få barnen mer aktiva? Detta kapitel har fokus på förskolebarn i åldrarna 1–6 år. Under dessa år är den grundläggande motoriska utvecklingen som mest intensiv och barnet tillägnar sig, förhoppningsvis, rörelsemönster som ligger till grund för alla andra mer komplexa rörelser som ska läras i skolåldern och senare i livet. I Sverige är 84–95 % av barnen, beroende på ålder, inskrivna i förskolan (SKL, 2018). Många av barnen vistas större delen av sin vakna tid i förskolan, vilket gör den till en viktig arena för etablering av rörelsemönster och andra hälsobeteenden. Hemmet har dock huvudansvaret för barnets utveckling, men förskolans betydelse ska inte underskattas.

Utveckling av grundläggande rörelseförmåga och motorik

Det nyfödda barnet har vissa medfödda rörelser, så kallade fylogenetiska rörelser. Exempel på sådana rörelser är gripa, åla, krypa, kasta, gå. Ett nyfött barn har redan fylogenetiska gångrörelser och håller man barnet så att fötterna kommer i kontakt med underlaget gör barnet tydliga

gångrörelser. Bebisen kan dock inte gå iväg på egen hand, eftersom den inte har tillräckligt med hållningsmuskulatur och postural balans. Den kan inte heller styra sina rörelser medvetet. Vid ungefär ett års ålder kan barnet stå lull, det vill säga stå och hålla balansen på egen hand utan att hålla i sig. Bålstyrkan och balansförmågan har utvecklats så det är nu möjligt att hålla balansen i stående position. Rent fysikaliskt är barnet en stående pendel som svajar. En stående pendel svajar i olika hastighet beroende på dess längd. En kort pendel svajar snabbt och en lång långsamt. När barnet står lull ska svajet kontrolleras och balansen hållas, en mycket svår uppgift. En individs balansförmåga är kort uttryckt hur bra individen kan kontrollera kroppens tyngdpunkt, som i sin tur påverkas av jordens gravitationskraft. I en stående position är fötterna stödytan och kroppen är pendeln som svajar. Den posturala balansen innebär att ha kontroll på svajet så att pendelns tyngdpunkt inte hamnar utanför stödytan. När barnet står lull första gången är fötterna små och kroppslängden kort, pendeln svajar som snabbast på minsta stödytan. När uppgiften är som svårast är barnet nybörjare, det har aldrig stått lull tidigare, vilket väcker beundran. Kanske en av livets svåraste uppgifter! När barnet växer och blir längre blir det lättare att kontrollera svajet, pendeln går långsammare. Barn älskar balansutmaningar och hittar ofta själv på nya sätt att träna. Ibland kan de vuxna i omgivningen förmana och förhindra barnens balansäventyr. Det kan ibland vara befogat, men barnet måste få pröva nya "svaj" och utmana sig själv och sin balans. Önskvärt är istället att vuxna, pedagogerna i förskolan och föräldrarna i hemmet, hjälper barnen att hitta på nya roliga balansövningar och finns med och stöttar om det behövs i början.

Balans ingår i stabilitetsförmågan som ingår i Fundamental Movement Skills (FMS), ett begrepp som står för grundläggande motorisk förmåga. FMS delas in i tre kategorier: stabilitetsförmåga, lokomotoriska färdigheter och objektstyrning (Ozmun and Gallahue, 2016). Stabilitetsförmågan tränas upp med allehanda balansövningar, de lokomotoriska färdigheterna har med navigering och förflyttning att göra och tränas genom att gå, springa, rulla, rotera och göra riktningförändringar. Objektstyrning som involverar hantering av föremål tränas genom att kasta, fånga och sparka iväg och ta emot föremål.

Barn i förskoleålder har egentligen en egen drivkraft att träna sina grundläggande rörelser. Denna drivkraft ska uppmuntras och inte ”deprogrammeras” och förstöras. Barnen ska ges förutsättningar att få öva och träna FMS för att befästa och automatisera så många rörelser som möjligt. En automatiserad färdighet är en rörelse som har övats många gånger så att den till sist kan utföras utan att tänka på hur, det bara flyter på. En automatiserad färdighet som är tillräckligt inövad följer med hela livet ut, vilket är fantastiskt. Den är så etablerad att den finns kemiskt i nervmuskelsystemet, livslång viktig kemi! Acetylkolin är en signalsubstans som finns i synapserna mellan nerver och muskler. System där signalerna överförs av acetylkolin benämns *kolinerga* (Costa et al., 2000). När vi är nybörjare och inte kan en rörelse fungerar inte den kolinerga transporten av nervimpulsen, vilket betyder att det antingen inte blir någon rörelse alls eller att rörelsen blir fel och konstig. Med övning kan vi få det kolinerga systemet att starta och med mycken övning så etableras det kolinerga systemet för den utförda rörelsen. Vi kan då utföra rörelsen utan att tänka på hur och vi kan då säga att den är kemiskt etablerad eller automatiserad. Det är dock så att vi inte bara automatiserar funktionella rörelser, utan även felaktiga och dysfunktionella rörelser kan befästas och vara svåra att bli av med. Det är därför viktigt att vuxna i barnets omgivning såsom föräldrar och förskollärare observerar om barnet gör dysfunktionella rörelser, exempelvis vinklar fötter inåt eller utåt vid gång, springer och slänger med armarna och huvudet vid löpning, onödiga medrörelser med mera och hjälper barnet att korrigera och lära om. Det är inte lätt, har en rörelse automatiserats kräver det mycket ansträngning att ersätta den med en annan snarlik. Fråga elitidrottarna, de kan lägga årtal på att slipa bort en felaktig ansats, ett felaktigt löpsteg med mera. Om barnet automatiserar dysfunktionella rörelser kan det innebära att de inte kan utveckla sin rörelseförmåga i rätt riktning utan de fortsätter med fler felaktiga rörelser och deras rörelsemönster blir klumpigt och fumligt. Dysfunktionella rörelser kan också leda till kroppsliga besvär och smärta senare i livet då bland annat leder belastats fel.

FMS tränas främst i förskoleåldern men fortsätter under de tidiga skolåren då även mer komplexa rörelser etableras. Viktigt att tänka på är att FMS utgör grunden för alla andra rörelser som ska läras in. Balansförmågan är viktigt att träna om och om igen. Utan balans står vi oss slätt,

vi fungerar inte, kan inte hålla oss upprätta. Förutom träning av balansförmågan är det av stor vikt att barnen utvecklar förmågan att förflytta sig funktionellt. Huvudsakligen utvecklas förmågan att gå, springa och hoppa, men även andra sätt att förflytta kroppen som till exempel rörelser i hängande, roterande eller mag- och ryggliggande ska utvecklas. Rotationer vertikalt och horisontellt involverar många muskler och sätter balansförmågan på prov. Rörelser där kroppens mittlinje korsas av armar eller ben är svåra att utföra för små barn och kräver mycken övning. Korsrörelser kan ibland också vara svåra för äldre barn och vuxna att utföra. Korsrörelser är arm – och benrörelser som korsar kroppens mittlinje. Dessa rörelser sätter fart på trafiken i hjärnbalken som förbinder de båda hjärnhalvorna, vilket är positivt för koordination, simultanförmåga och den kognitiva utvecklingen. Förskolebarnen utvecklar och förfinar också sin laterala dominans, det vill säga preferens för exempelvis hand och fotdominans. Objektstyrning, som också ingår i FMS, handlar om att den visuella perceptionen samordnas med hand- eller fotrörelser. Detta kräver en komplicerad uträkning med hjälp av Newtons första lag. Det är fantastiskt att små barn, så unga som 6 månader redan har hum om denna fysikaliska lag och kan räkna ut var ett föremål ska befinna sig vid en viss tidpunkt och förflytta sina händer i rätt ögonblick. Små bebisar har faktiskt hum om flera fysikaliska lagar, förutom föremåls förflyttning också ytors täthet eller genomsläpplighet. När små barn ska träna upp sin objektstyrning är det en fördel att föremålen, exempelvis bollar, är stora och luftfyllda och rör sig ganska långsamt så att barnen hinner med att göra sin komplicerade räkneoperation och flytta händer eller fötter till det rörliga föremålet. Motoriskt lärande pågår hela livet men det är viktigt att FMS utvecklas i fas med hjärnans utveckling (Myer et al., 2015), vilket är optimalt under förskoleåren. Det kan vara mycket mer komplicerat att lära sig FMS i en annan fas av livet och barn som missar tajmingen kan riskera att aldrig hinna ikapp, vilket påverkar deras utveckling och framtid. Det råder ett ömsesidigt förhållande mellan motorisk förmåga och fysisk aktivitet. Motorisk förmåga är en förutsättning för att kunna vara fysiskt aktiv överhuvudtaget. Fysisk aktivitet i sin tur främjar den motoriska förmågan.

Fysisk aktivitet, fysisk inaktivitet och stillasittande bland barn

Fysisk aktivitet särskilt kraftfull aktivitet, så kallad MVPA (Moderate to Vigorous Physical Activity) medför hög puls och svettning och har stor betydelse för barns fysiska utveckling. Intensiteten, hur ansträngande den fysiska aktiviteten är, varierar under barnets vardag. Barns naturliga rörelsesätt är intermitterande, vilket innebär att de rör sig intensivt omväxlande med vila. Långjogging eller annan uthållighetsträning passar inte små barn. Det bästa är att barn är fysiskt aktiva i högintensiva aktiviteter flera gånger dagligen omväxlande med lågintensiva aktiviteter eller kort vila. Det är viktigt att den tid de är stillasittande minimeras. Det är inte tillräckligt att barn endast är lågintensivt fysiskt aktiva under dagen, som att promenera sakta, sitta i sandlådan, gunga. Bara för att gungan svänger så är inte barnet aktivt. De behöver högintensiv aktivitet med jämna mellanrum många gånger under dagen för att rusa systemet. Vid stillasittande är energiomsättningen som lägst, medan energiomsättningen ökar vid fysisk aktivitet i olika grad beroende på i vilken intensitet den fysiska aktiviteten görs. Fysisk aktivitet kan vara lågintensiv och är då inte särskilt ansträngande, medelintensiv är lite mer ansträngande men det går fortfarande att prata samtidigt, medan högintensiv aktivitet är så ansträngande att det är omöjligt att prata samtidigt. Omfattande stillasittande och fysisk inaktivitet är två helt olika riskfaktorer, därför ges dubbla rekommendationer för både barn och vuxna. Fysisk aktivitet är en viktig friskfaktor, men korta stunder av fysisk aktivitet kan inte kompensera för omfattande stillasittande. Störst hälsorisker löper de som både är fysiskt inaktiva och ofta sitter stilla. WHO:s (2019) nya rekommendationer för barn 1–5 år är 180 minuter daglig fysisk aktivitet av olika intensitet, där minst 60 minuter ska vara MVPA, det vill säga ansträngande pulshöjande aktivitet, men ju mer desto bättre! Barnen rekommenderas att inte spendera mer än 60 minuter stillasittande framför en skärm per dag. När barnet är stillasittande rekommenderas läsning tillsammans med vuxen istället för skärmtid. WHO rekommenderar att ettåringar inte spenderar någon tid alls framför en skärm. Barn ska inte heller vara hindrade i rörelser eller vara fastspända i barnvagn, bilbarnstol, matstol, gästol mer än max en timme (WHO, 2019). Påpekas ska att rekommenda-

tionerna om 180 minuter daglig fysisk aktivitet varav 60 är hög-intensiva är minimum och att mängden bör vara högre.

Fysisk aktivitet för förskolebarnen kan vävas in i tre områden: vardagsaktivitet, generell rörelseaktivitet och specifik vuxenledd rörelseundervisning. Detta kan ske både i hemmet och i förskolan. Vardagsaktiviteter innebär allehanda aktiviteter i den vardagliga verksamheten som stimulerar till grovmotorik och fysisk aktivitet, t.ex. förflyttning. Barnen behöver träna sin förmåga att gå och springa och ska inte ständigt åka bil eller vagn. Generella rörelsetillfällen är lek på lekplats eller i naturmiljö. Det är ypperligt om barn får vistas mycket utomhus och allra helst i naturmiljö där de kan öva sig att gå och springa på ojämnt underlag, hänga och klättra i träd, balansera på stenar och stubbar och liknande. Specifik rörelseundervisning är medvetet planerad, vuxenledd och organiserad undervisning. I förskolan kan pedagogerna med fördel använda sig av didaktiska frågor som varför (vad är målet), vad (innehåll), hur (undervisningsform), vem (vilka deltar, vilket kunnande har deltagarna), var (plats eller miljö), när (tid, frekvens, när på dagen). Det är optimalt om varje dag i förskolan innehåller rörelse och fysisk aktivitet inom alla tre områdena, varvat med tid för vila och återhämtning. I hemmet är den vuxenledda aktiviteten inte lika organiserad, men föräldrarna kan visa och inspirera barnet att pröva på nya rörelser samt korrigera så att inte dysfunktionella rörelser nöts in.

Det viktiga är att barnens dag innehåller varierad fysisk aktivitet omväxlat med återhämtning. Studier visar att barns fysiska aktivitet, speciellt pulshöjande aktivitet (MVPA), bör ökas. Exempelvis visades i USA att 85 % av barnens tid i förskolan utgjordes av stillasittande aktiviteter och endast 2 % av tiden ägnades åt MVPA (Pate et al., 2008) och i stort detsamma i Finland (Soini et al., 2014). I en nyligen utförd studie i Sverige nådde bara 25 % av fyraåringar upp till minsta mängd om 60 minuters MVPA om dagen (Berglind et al., 2017) vilket då företrädesvis var utomhus (Raustorp et al., 2012). En mycket låg andel av förskolebarnen i Berglinds studie (2017) var högintensivt aktiva och andelen stillasittande framför en skärm var hög, 75 % av fyraåringarna satt, halvåg eller stod helt stilla mer än hälften av sin vakna tid (Berglind et al., 2017). Inspiration till ökad fysisk aktivitet i barnens

vardag är otroligt viktig, både i hemmet och i förskolan, barndomen går inte i repris.

Det är inte farligt att barn blir röda, varma och andfådda vid rörelse, tvärtom, det är tecken på att deras hjärt- och kärlsystem fungerar bra. Utomhusaktiviteter och miljöns utformning har visats ha stor betydelse för fysisk aktivitetsnivå bland förskolebarn (Hinkley et al., 2008). Lek och rörelse i naturliga miljöer ger mångsidig träning av barns allsidiga rörelseförmåga (Fjørtoft, 2001). Förutom att naturen är en enastående rörelsemiljö, ger naturen ovärderliga upplevelser och erfarenheter. Studier visar att barn spenderar mindre tid utomhus (Karsten, 2005) och förskolan har en viktig uppgift att uppmuntra barn till utevistelse. För förskolor som inte har naturmiljö i närområdet krävs att barngruppen förflyttar sig från förskolans hemmiljö, vilket ställer krav på barnens förmåga att gå längre sträckor eller att annan transport ordnas. Lämna den jämna asfalten så ofta det går och låt barnen träna sig att gå och springa där det är ojämnt. När barnen förflyttar sig i grupp kan gruppen gärna delas så att alla inte måste gå i samma tempo.

Barn ska vara aktiva, men de behöver också tid för vila och återhämtning. Barnets behov av vila under dagen varierar beroende på ålder, men är också individuell. WHO (2019) rekommenderar att barn 1–2 år sover 11–14 timmar per dygn vilket inkluderar en till två sovstunder under dagen. Barn 3–4 år rekommenderas sova 10–13 timmar, vilket inkluderar sovstund under dagen. Detta är allmänna rekommendationer och det är det enskilda barnets behov som styr.

Möjligheter till fysisk aktivitet och utveckling av rörelseförmåga för små barn

Rörelse, spring och lek är egentligen naturliga aktiviteter för barn och man kan fråga sig varför rörelseaktiviteter har minskat så drastiskt. Barns uppväxtvillkor har förändrats på olika sätt och det går förmodligen inte att finna en enda anledning, utan det är flera samverkande faktorer. Barns stillasittande framför en skärm har pekats ut som en stark anledning. Hög exponering av skärmtid är associerat med stillasittande och minskad fysisk aktivitet (Webster et al., 2019)

samt påverkan på hälsan (Tremblay et al., 2011, LeBlanc et al., 2012). WHO:s allmänna rekommendationer (2019) anger att delar av barns skärmtid ska bytas till högintensiv fysiskt aktiv lek, så kallad *energetic play*, och att barn ska ha tillräckligt med sömn av god kvalitet för återhämtning.

Över tid har internetanvändningen krupit ner i åldrarna och numera använder förskolebarnen internet som tonåringar gjorde för några år sedan. Det har visats att vart fjärde spädbarn (0–1 år) i Sverige är uppkopplat på internet dagligen, bland ettåringarna vart tredje barn, bland fyraåringarna använder nästan alla internet varje dag (Svenskarna och internet, 2018). I många länder är skärmanvändning barns och ungdomars huvudsakliga tidsfördriv eller hobby. I England använder en 10-åring minst fem olika skärmar i hemmet under en dag, ofta två eller flera skärmar samtidigt. Enligt American Academy of Child and Adolescent Psychiatry spenderar barn mer tid framför en skärm än den tid de tillbringar i skolan (Sigman, 2012). Barn och ungdomar i alla åldrar använder skärmmedia mer än nånsin och ett stort antal studier visar på en dos-responseeffekt, ju mer tid vid skärmen desto sämre för hälsan. Skärmtiden är starkt förknippad med stillasittande vilket i sig innebär ett ohälsosamt beteende. Sambandet mellan skärmtid och hälsorisker verkar dock inte enbart gå att hänföra till det stillasittande beteendet. Skärmtidens ohälsorisker ökar oberoende av om individen rutinmässigt är högintensivt fysiskt aktiv, exempelvis visade en studie bland 10-åriga barn i Europa att risken för övervikt och fetma till följd av omfattande skärmtid inte helt eliminerades av att barnen stundtals var fysiskt aktiva. Det har också visats att det diastoliska blodtrycket hos barn ökade vid stillasittande skärmtid, vilket det inte gjorde vid stillasittande läsning (Carson et al., 2017, Carson and Janssen, 2011).

Barns höga skärmtid är ett mycket svårt dilemma att hantera för beslutsfattare och pedagoger i förskola och skola. I förskolans läroplaner som infördes 2019 anges en ökad digitalisering vilket ter sig som svårlöst utifrån en samlad forskning kring skärmtid för små barn. Barns skärmtid i hemmen är redan hög, vilket innebär hälsorisker. Om skärmtiden utökas ytterligare i förskolan blir barnens totala skärmtid ännu högre. Samtidigt ska fysiskt aktiv tid ökas i förskolan enligt den nya

läroplanen, vilket ter sig som svårt att genomföra om digitalisering och skärmtid också ska öka.

Upplevelsen av rörelseglädje är starkt associerad med motorisk förmåga. När barn känner att de har god förmåga och kan utföra allehanda rörelser känner de glädje i att röra sig. God motorisk förmåga är en förutsättning för fysisk aktivitet och en hög fysisk aktivitetsnivå främjar i sin tur den motoriska förmågan, i ett ömsesidigt förhållande. Samband mellan barnets motoriska förmåga och upplevelsen av egen kompetens har också betydelse för barnets självbild och självförtroende. Barnets grundläggande motoriska förmåga utvecklas under förskoleåldern och fortsätter under skoltiden med mer komplexa rörelser. Inläring av rörelser kräver tid och återkommande övning oavsett i vilken ålder barnen befinner sig. Ett problem i både förskola och skola är att tiden för rörelser är snålt tilltagen, vilket gör att barnen inte hinner öva rörelserna tillräckligt för att automatisera dem. Människan har spegelneuroner som används vid inläring. Det är specialiserade nervceller som avger nervimpulser när barnet själv gör en rörelse, men även när barnet ser rörelser utföras av någon annan, vilket sedan underlättar när barnet imiterar andras rörelser. Vikten av rörliga och motoriskt kunniga personer i barnets närhet kan inte nog poängteras, barnen imiterar och det är viktigt att de har goda förebilder. Spegelneuroner är också aktiva när barnet socialiserar empatisk förmåga och social interaktion. Barnen observerar och imiterar känslouttryck och sociala förmågor.

Barn har generellt svårt att översätta det som de ser på en skärm till det verkliga livet. Barn lär uppgifter bäst genom levande demonstration, vare sig det gäller motorik eller annan social samvaro. Skärmtiden minskar tiden för både fysisk aktivitet och för kommunikation ansikte-mot-ansikte. En minskning av den dagliga användningen av digitala enheter av olika slag, så kallad skärmtid, kan leda till betydande förbättringar av barns hälsa och utveckling. En ökning av skärmtiden och minskning av fysisk aktivitet kan ses som ett riskfyllt experiment. Förhoppningsvis kan barnen istället öka sin motoriska förmåga och fysiska aktivitet för ökat välbefinnande under barndomen.

Referenser

- Berglind, D., Hansson L., Tynelius, P. & Rasmussen, F. (2017). Levels and Patterns of Objectively Measured Physical Activity and Sedentary Time in 4-Year-Old Swedish Children. *Journal of Physical Activity and Health*, 14, 117–122.
- Carson, V. & Janssen, I. (2011). Volume, patterns, and types of sedentary behavior and cardio-metabolic health in children and adolescents: a cross-sectional study. *BMC public health*, 11, 274.
- Carson, V., Lee, E.-Y., Hewitt, L., Jennings, C., Hunter, S., Kuzik, N., Stearns, J. A., Unrau, S. P., Poitras, V. J. & Gray, C. (2017). Systematic review of the relationships between physical activity and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*, 17, 854.
- Costa, M., Brookes, S. J. & Henning, G. W. (2000). Anatomy and physiology of the enteric nervous system. *Gut*, 47, iv15-iv19.
- Fjørtoft, I. (2001). The natural environment as a playground for children: The impact of outdoor play activities in pre-primary school children. *Early childhood education journal*, 29, 111–117.
- Hinkley, T., Crawford, D., Salmon, J., Okely, A. D. & Hesketh, K. (2008). Preschool children and physical activity: a review of correlates. *American journal of preventive medicine*, 34, 435–441. e7.
- Karsten, L. (2005). It all used to be better? Different generations on continuity and change in urban children's daily use of space. *Children's Geographies*, 3, 275–290.
- Leblanc, A. G., Spence, J. C., Carson, V., Connor Gorber, S., Dillman, C., Janssen, I., Kho, M. E., Stearns, J. A., Timmons, B. W. & Tremblay, M. S. (2012). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0–4 years). *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 37, 753–772.
- Myer, G. D., Faigenbaum, A. D., Edwards, N. M., Clark, J. F., Best, T. M. & Sallis, R. E. (2015). Sixty minutes of what? A developing brain perspective for activating children with an

- integrative exercise approach. *Br J Sports Med*, 49, 1510–1516.
- Ozmun, J. C. & Gallahue, D. L. (2016). Motor development. *Adapted Physical Education and Sport E*, 6, 375.
- Pate, R. R., Mciver, K., Dowda, M., Brown, W. H. & Addy, C. (2008). Directly observed physical activity levels in preschool children. *Journal of school health*, 78, 438–444.
- Raustorp, A., Pagels, P., Boldemann, C., Cosco, N., Söderström, M. & Mårtensson, F. (2012). Accelerometer measured level of physical activity indoors and outdoors during preschool time in Sweden and the United States. *Journal of physical activity and health*, 9, 801–808.
- Sigman, A. (2012). Time for a view on screen time. *Archives of disease in childhood*, 97, 935–942.
- Soini, A., Villberg, J., Sääkslahti, A., Gubbels, J., Mehtälä, A., Kettunen, T. & Poskiparta, M. (2014). Directly observed physical activity among 3-year-olds in Finnish childcare. *International journal of early childhood*, 46, 253–269.
- Tremblay, M. S., Leblanc, A. G., Kho, M. E., Saunders, T. J., Larouche, R., Colley, R. C., Goldfield, G. & Gorber, S. C. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 98.
- Webster, E. K., Martin, C. K. & Staiano, A. E. (2019). Fundamental motor skills, screen-time, and physical activity in preschoolers. *Journal of sport and health science*, 8, 114–121.
- SKL. (2018). <https://skl.se/skolakulturfritid/forskolagrundochgymnasieskola/forskolafridshem/forskola/faktaforskola.3292.html>
(hämtad 2019-06-06)

Barns rapportering om sina olyckor

Camilla Siotis Ekberg och Ann-Margreth E. Olsson

Barn och olyckor – vad vi kanske inte vet

När barn råkar ut för händelser som inte riktigt går i idealisk riktning kan detta bli till ett tillfälle för barnet att med stöd av sin omgivning utveckla förmåga till återhämtning även när händelserna leder till smärta och skador (se Barajas & Schechinger, 2018; Masten & Barnes, 2018). Att göra sig illa är oundvikligt i fysisk träning och utveckling av kroppskontroll, särskilt när man förvärvar erfarenheter (Collard, Chinapaw, Van Mechelen och Verhagen, 2009). Smärta är en ofrånkomlig mänsklig erfarenhet som ingår i normal utveckling i livet. Men svårare olyckor kan också bli ett hot för individers framtid, och därför drar olyckor till sig mycket uppmärksamhet, såväl på individ- och familjenivå som på samhällslevelle. En grundförutsättning för barnets vidare utveckling är att barnet överlever och helst klarar sig utan att drabbas av svårare fysiska olyckor och skador. Det är i synnerhet att skapa säkerhet för barn i de yngre åren när kroppen är särskilt sårbar, kroppskontrollen inte fullt utvecklad och barnets erfarenhetsbas liten.

De flesta riskabla situationer som barn är med om, leder med stor sannolikhet inte till olyckor av sådan grad att de kommer till sjukvårdens, eller över huvud taget till vuxenvärldens, kännedom. Olyckor engagerar barn, men det innebär inte nödvändigtvis att de uppfattar allvaret i riskrelaterade händelser eller behovet att involvera föräldrar eller andra vuxna i det inträffade. Barn kan ha flera skäl till att undvika att avslöja vad som inträffat. Barnen kan befara att de fortsättningsvis skulle hindras från att exempelvis använda köksredskap eller bli förbjudna att ägna sig åt roliga men möjligen riskabla aktiviteter. Det är å andra sidan möjligt att barn som när de berättat om olyckshändelser upplevt att de inte blivit lyssnade till, inte känt att de blivit tagna på allvar eller fått den omsorg som de skulle behövt. Det som i barnens perspektiv uppfattas som en avgörande olycka, kan i vuxnas perspektiv verka oansenlig och betydelselös händelse, exempelvis. I denna studie har just barnens perspektiv på olyckor undersökts och vi har frågat efter vad barn kan uppfatta som olyckor i sina unga liv, så att sådana olyckor identifierats och utforskats. Att få kunskap om vad barn identifierar som olyckor och vad

barn berättar om de olyckor de är med om – enligt dem själva, är viktigt för att vi vuxna ska kunna bli bättre på att lyssna och höra vad berörda barn säger till oss. Med kunskap om detta kan vi bli bättre på att tidigt upptäcka olyckor i barns vardag, bedöma konsekvenserna utifrån ett barnperspektiv och öka förutsättningarna för att kunna förebygga barns olyckor, dvs. skapa ökade säkerhet i barns livsmiljöer. I studien har data om olyckor samlats in från barn och deras berättelser om vad de identifierat som olyckshändelser sin vardag. I detta ger deltagande barn oss en inblick i både vad de uppfattar som risker och som olyckor i sina liv, förekomsten av olyckor, vad och hur de berättar om dessa i olika åldrar. Studien handlar således huvudsakligen om händelser som haft en kroppslig konsekvens, inte om emotionella upplevelser som exempelvis psykiska trauman.

Barns utveckling, erfarenheter och deras minne för olyckor

Människans utveckling sker samtidigt på flera olika plan. Särskilt uppenbart blir det när vi ser hur barnen utvecklas socialt och biologiskt – socioekologiskt (Bronfenbrenner, 1979). Barnet växer, hormonella faktorer både förändras och har olika konsekvenser i olika livsfaser och hjärnan har också sin utveckling i ett rent kroppsligt förlopp. Hjärnans utveckling hos den uppväxande unga personen möjliggör kognitiv utveckling som tillsammans med barnets utveckling av språk och kommunikation gör det möjligt för barnet att minnas, tänka, fatta beslut och planera (Vygotskij, 1999). Detta i sin tur påverkar individens möjligheter till och benägenhet för olika handlingar. Samtliga dessa utvecklingsspår – biologi, kognition, språk, kommunikation och beteende, inverkar ömsesidigt på varandra som samspelande kontexter. Dessa spår både skapas i och medskapar sitt sammanhang i en transaktionell process där barnets biologiska arv och livserfarenhet influerar varandra i ett dynamiskt system (Sameroff, 2003). Barns beteende och kompetens ses därvid som en funktion till hur barnets föräldrar reagerar och inte som en inneboende karaktär hos barnet (Ibid).

Barns minne av händelser förändras med tiden, och inte alltid på samma sätt som vuxnas. Detta gäller för både vardagliga och för traumatiska händelser, och över såväl kortare som längre perioder. Mera dramatiska

händelser och händelser med större konsekvenser har större chanser att stanna kvar i en persons minne. I studier av barns minne förknippat med sjukvård, visade det sig att barn har ett gott minne för den centrala informationen i händelsen, medan perifer information går förlorad, men i mindre utsträckning när den har känslomässiga kopplingar, dvs om det lett till påtagliga reaktioner (Peterson & Bell, 1996).

Vid självrapportering av olyckor utgår vi ifrån att de olyckor som personerna tar upp, också har inträffat. Det kan emellertid finnas skäl till försiktighet i användning av denna typ av rapportering. Det visar två studier av Lizette Peterson och hennes medarbetare. I studierna rapporterade barn i 8–13-års åldern samt deras mödrar, om mindre skador och olyckor var 14:e dag under 6 månaders tid (Peterson, Harbeck & Moreno, 1993). Mödrar och barn rapporterade ungefär lika många olyckor men inte alltid samma olyckor. I slutet av undersökningsperioden skulle såväl barnens som mödrarnas minnas skador för hela perioden och rapportera. Vid detta senare tillfälle förekom överrapportering av de allra lindrigaste skadorna. Forskarna tolkade att överrapporteringen av småskador uppkommit med anledning av en allmänt rådande uppfattning hos deltagarna att barn ofta får sådana skador, och att de därför uppgav vad de ansåg vara ett ”rimligt” antal småskador. Att minnet för vardagliga saker ersätts av en generaliserad uppfattning om aktuella fenomen förekomst, är inte oväntat enligt den forskning som ägnat sig åt studier av schema, script och likartade begrepp (Bartlett, 1932; Schank & Abelson, 1977; Neisser, 1998).

Ett schema definieras här som en föreställning hos en person som omfattar de element som är gemensamma för en viss typ av händelse, men som inte har en specifik referens till något enskilt tillfälle då en sådan händelse inträffat. Utifrån scheman kan vi dra slutsatser angående enskilda händelser, även om vi egentligen inte minns dessa som episoder specifikt. Ett exempel på schema för småolyckor hos barn skulle kunna leda till att minnen av vanligt förekommande olyckor inte till enbart uppkommer genom minne av enskilda händelser. Istället samlas erfarenheter av flera händelser till en allmän föreställning om hur en viss typ av olycka går till, som exempelvis att barnet trillar och skrubbar knäet vid lek, och om hur vanliga dessa händelser är. En viktig möjlig-

het är att unga personens föreställningar om olyckor och dess konsekvenser kan skilja sig åt i olika utvecklingsperioder. Även smärtuppfattningen är olika, på så vis att yngre barn upplever starkare smärta än vad exempelvis tonåringar gör (Blankenburg, Meyer, Hirschfeldt m.fl., 2011). Därför är minnet av egna olyckor särskilt intressant att studera i ett utvecklingspsykologiskt perspektiv. Det finns skäl att anta att yngre barn råkar ut för mindre missöden oftare än lite äldre barn, eftersom de är mindre motoriskt utvecklade och har mindre erfarenhet, vilket kan inverka på hur de ser på och minns sina olyckor.

Ett centralt antagande i den aktuella studien var att barns berättelser om minnen av mindre, vardagliga olyckshändelser, torde visa en tydligare koppling till själva händelsen när intervjutillfället ligger nära händelsen i tid än när de berättar vid senare tillfällen långt efter att händelsen inträffat. Vid senare intervjuer kan redogörelserna antas ha en mera schemalikhande karaktär vid de tidigare. Det har visat sig att barns minnen för ovanliga händelser bibehåller mer detaljer än vad de gör för vardagliga händelser (Fivush, Hudson & Nelson, 1984). Därför kan det vara så att berättelser om olyckor av mera allvarligt eller ovanligt slag inte blir schematiserade i samma utsträckning som lindrigare olyckor.

Data från den studie som redovisas här samlades in 2003 av huvudförfattaren till kapitlet. Datamaterialet har inte tidigare publicerats i någon form. Mycket är sig likt men flera saker har förändrats i barns fysiska omgivning och levnadsförhållandena. Det är exempelvis betydligt vanligare med mobiltelefoner (vilket ger möjlighet till större rörlighet på egen hand och risk för olyckor t.ex. beroende på ouppmärksamhet om barnet sysselsätter sig med mobilen under fysisk aktivitet, men också ökad tillgänglighet och att fler olyckor uppmärksammas) och det finns numera exempelvis elsparkcyklar och andra nya aktiviteter, vilka också ger upphov till en annan typ av olyckor. Samtidigt har ett ökat fokus på behovet av skydd och säkerhet vuxit fram, bland annat eftersom trafikmiljön blivit alltmer komplex med nya färdmedel, vilket kan orsaka allvarliga olyckor med bestående men. I det stora hela kan det ändå antas att det över tid finns övergripande likheter i själva förhållningssättet till olyckor, uppvisat genom i ålderseffekter kring detta tema, liksom på barns syn på och rapportering av olyckor. Det är de nämnda fenomenen som stått i fokus för undersökningen som presenteras här.

Studien Barns rapportering om sina olyckor

Studien genomfördes genom triangulering, dvs. genom att flera olika metoder användes för att undersöka hur barn såg på sina olyckor (se Cohen, Manion & Morrison, 2007). Studien syftade till att utforska barnens perspektiv på egenupplevda olyckor. För att barn ska kunna engageras i forskningsintervjuer behöver barnen att få veta och förstå syftet med forskningen, finna denna intressant och bli motiverade till att delta i intervjuerna (Jensen, 2012). I studien förbereddes barnen genom att träffa forskaren vid flera tillfällen. Första gången för att tala om själva studien, dess syfte och genomförande. Senare, efter att barnen och barnens vårdnadshavare givit medgivande, för att tala om, mäta och skriva om barnens olyckor. De deltagande barnen ombads att i intervju-samtal rapportera om olyckor de varit med om i sitt liv, berätta kort om varje olycka samt bedöma och mäta smärtan vid respektive olycka. Intervjuerna genomfördes i barnens skola.

I skolan har barn lärt sig att vuxna ofta ställer frågor som det finns ett rätt svar på. I mötet med forskningens intervjuare i skolan, fanns risk för att de deltagande barnen skulle bli upptagna av att lista ut vad intervjuaren var ute efter, snarare än berätta vad de tänkte på och ville säga (se Johansson, 2013). För att undvika detta, förklarade intervjuaren för barnen, att i dessa intervjuer ville den vuxne lyssna till vad barnen kom ihåg om olyckor som de varit med om. Här fanns inga ”rätta” svar. För att initiera aktuellt ämne för barnen, gav intervjuaren inledningsvis ett orienterande exempel:

Först beskriver du vad som hänt, t.ex. välte med cykeln, eller stukade fotleden på gymnastiken, eller snubblade i trappan hemma, eller blev brännskadad på foten, eller påkörd av en buss, eller pappa körde i diket för att undvika en älg, osv.
Efter det talar du om var olyckan hände.
Sedan beskriver du om olyckan var liten, mitt i mellan, eller stor, och vilken skada du eventuellt fick.
Därefter när olyckan hände.
Sist berättar du hur länge du var skadad eller hade ont.
(Utdrag ur enkät ”Dina olycksfall”)

Intervjutekniken hade karaktären av kognitiv intervju, där intervjupersonen stöds till att tänka högt och redogöra för händelser steg för steg

(jmf Willson & Miller, 2014). Det stödande exemplet används som ett verbalt samtalsverktyg för att inspirera och lotsa intervjupersonen att berätta om händelseförloppet. Genom denna introduktion avgränsades datainsamlingen till att omfatta till händelser där någon form av plötslig, oavsiktlig händelse skett som barnet känt fysisk smärta av och/eller inneburit fysisk skada. Att intervjuaren tar initiativ till att prata om dessa teman, förmedlar också att denne vet att sådana saker sker barn och att detta är teman som barnet kan prata med intervjuaren om – att denne är förberedd för att ta emot det som kan komma av barnets upplevelser (Jensen, 2012).

De upprepade mötena mellan barn och intervjuare innebar att intervjuaren kunde följa upp hur barnen upplevde att delta i intervjuerna och tillfråga varje barn om de ville fortsätta vara med i intervjuerna. Ett barn, en 8-åring, valde att inte fortsätta sitt deltagande.

Datainsamlingen skedde i enlighet med då gällande etiska riktlinjer. Skriftlig information gavs till vårdnadshavare, deltagande barn och skolor. Skriftligt medgivande undertecknades av respektive barns vårdnadshavare. Förvaring av och behandling av insamlad data har i analys- och publiceringsfas skett i enlighet med dagens etiska regler (Vetenskapsrådet, 2017). Sammanlagt deltog 95 barn i årskurs 2 (31 barn), i årskurs 4 (31 barn) och i årskurs 6 (33 barn) dvs. i åldrarna 8–13 år. Årskurs förkortas fortsättningsvis ÅK.

Intervjuer med barn

Vid studiens början genomfördes en strukturerad individuell intervju med respektive barn om samtliga olyckor barnet då kom ihåg att barnet varit med om. Motsvarande intervju utfördes sedan i samband med att barnen rapporterade olyckor under studiens gång (se nedan). Även tillbud där barnet uppfattat att det funnits risk för att en allvarlig olycka skulle kunna ha inträffat togs upp i den första intervjun, t.ex. gällande en trafiksituation eller cykelincident. Intervjuguiden omfattade:

- Vad som hänt, var och hur samt andra omständigheter kring olyckan.
- Hur barnet ser på olyckan kognitivt och känslomässigt.

- Om barnet anser att hon/han kan eller ska göra någonting för att minska riskerna för att råka ut för liknande olyckor i framtiden.
- Hur pass ont olyckan gjort då den inträffade.

För att skatta hur pass ont olyckan gjort användes en smärtskala. På denna skattade barnet numeriskt smärtan vid sin olycka i förhållande till en typsituation, ett ”ankare”. Skattning av smärta med magnitud estimation har tidigare visat sig vara en reliabel metod som givit goda resultat jämfört med andra metoder för att få barn att skatta smärta (Woodforde & Merskey, 1972). Vidare skattades vid första tillfället ”typolyckor” på smärtskalan. Dessa typolyckor var exempel på olyckor som barnen fick presenterade av intervjuaren.

Tillvägagångssätt

En grundintervju på mellan 10 och 20 minuter som videofilmats med varje barn. Barnet har då gått från sin klass till ett avskilt rum.

a) Intervjuaren började med att kort förklara vad testsessionen skulle innehålla och gick ut på. I samband med denna genomgång demonstredes intervjuaren för barnet en smärtlinjal graderad mellan 0 och 10. Linjalen är ett smärtskattningsinstrument kallad Visuellt Analog Skala (VAS) (Scott & Huskinson, 1976). Intervjuaren läste upp 10 olika beskrivningar av olyckor som andra barn råkat ut för (autentiska olyckor hämtade från en tidigare undersökning). Dessa olycksexempel lästes upp ett och ett, och barnet fick ta ställning till varje enskild olycka innan nästa lästes upp. Barnet skattade en smärtlinjal hur allvarlig han/hon tycker att den beskrivna olyckan varit. Intervjuaren tittade på den graderade skalan på baksidan av linjalen och förde in barnets skattning i ett protokoll. Efter att samtliga olyckor av barnet bedömts för sin allvarlighet bad intervjuaren barnet att titta över sina skattningar. Intervjuaren visade då barnet protokollet, där bedömningen var inprickade i blått på en 10-stegs tallinje. Barnet fick en röd penna och uppmuntrades att markera om det funnits bedömningar som han/hon velat göra om. Efter bedömning av de 10 olyckornas allvarlighet upprepades samma procedur med uppläsning, skattning på smärtlinjal och eventuell korri-

gering av skattningarna på protokollet men denna gång med instruktionen att barnet skulle bedöma hur smärtsam den beskrivna olyckan varit.

b) Barnet tillfrågades om han/hon varit med om någon olycka som liknat någon av de beskrivna olyckorna. Barnen tillfrågades även om de varit med om någon annan typ av olycka som de tänkte på. Barnets svar noterades av intervjuaren i ett protokoll. Händelse, plats, allvar och smärta skattades med smärtlinjalen, tid och skadans varaktighet.

c) Intervjuaren fyllde slutligen i en enkät om hur barnet uppfattade sin egen olycksbenägenhet, dvs. om barnet förväntade sig att vara med om någon olycka den närmaste veckan eller året, samt om barnet tyckte sig råka ut för fler eller färre olyckor än andra barn.

Intervjuaren kom en gång i veckan under åtta veckor i sträck (med en veckas uppehåll för ett lov) till de deltagande klasserna och frågade barnen i klassrummet, om något barn tyckte sig ha varit med om någon olycka sedan senaste intervjutillfället. De barn som uppgav detta fick, om barnet ville, individuellt följa med intervjuaren till en videofilmad intervju om olyckan eller olyckorna som barnet ville rapportera om. Om något barn inte ville dra uppmärksamheten till att ha råkat ut för en olycka, kunde detta ta enskild kontakt med intervjuaren. Samma uppgifter som tidigare, se ovan, samlades in angående den aktuella olyckan och allvar/smärta-skattningar gjordes.

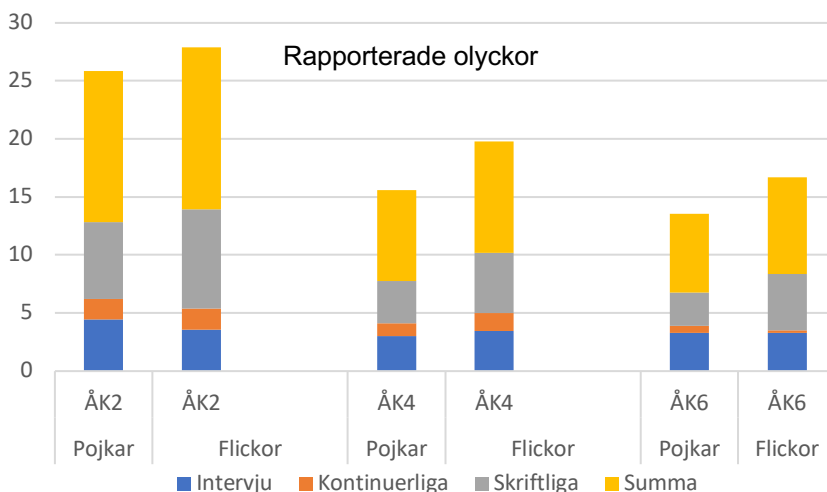
Tre till fyra månader efter den första intervjun erbjöds barnen göra en skriftlig rapport om sina olyckor. Barnen instruerades att skriva ner alla olyckor de mindes, både sådana som de rapporterat i någon av undersökningens tidigare faser och sådana som de inte rapporterat. Händelse, skada allvar, smärta och tidpunkt rapporterades av barnen.

Kunskap om barnens syn på sina olyckor kan vara betydelsefullt vid bedömningar av konsekvenserna (både fysiska och psykiska) av olyckor som rapporteras av barn i olika åldrar. Exempelvis i termer av vilka faktorer förblir relevanta och vilka faktorer bleknar bort över tid. Slutligen undersöktes också barns bedömningar av sina olyckor när det gäller hur smärtsamma dessa upplevelser var, samt hur allvarliga barnen bedömer dessa. Eftersom barnen haft möjlighet (och anmodats) att rapportera varje olycka vid två separata tillfällen, undersöktes också

stabiliteten i dessa bedömningar. Vidare fick barnen skatta andras olyckor, för att ge ett perspektiv på hur de resonerade vid sina skattningar av dessa faktorer och hur mycket deras uppfattning om sina egna olyckor och andras beskrivna olyckor skiljde sig åt.

Hur framkommer barns syn på sina olyckor genom deras rapporter?

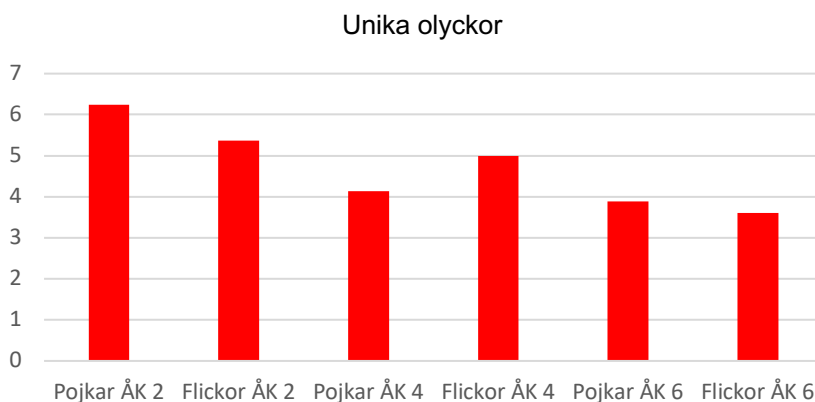
Det är logiskt att anta att ju längre vi lever, desto fler olyckor är vi med om. Detta avspeglar sig inte i hur barn minns och rapporterar om sina olyckor i studien. Figur 1 visar ett diagram över hur många olyckor barn i respektive årskurs rapporterade om – uppdelat på de olika tillfällena och sätt att rapportera om olyckor som erbjöds i studien; första intervjun (Intervju); vid de under åtta veckor uppföljande rapporteringstillfällena av inträffade olyckor (Kontinuerliga) samt olyckor rapporterade skriftligt (Skriftliga). I beräkningen kan tas att de skriftligt rapporterade olyckorna kan antas innefatta de båda första kategorierna av olycksrapporter, eftersom barnen hade instruktioner att uppge samtliga de olyckor de kunde komma ihåg – oavsett om de rapporterat dessa tidigare eller inte.



Figur 1. Antal rapporterade olyckor i intervjuer inklusive under åtta veckors uppföljning av nya olyckor (s.k. kontinuerliga) och i skriftliga rapporter över samtliga olyckor barnen erinrade sig samt summan av gjorda olycksrapporter.

Som synes i Figur 1 var det de yngsta barnen, 8-åringarna, som var mest engagerade i sina olyckor och gärna berättade om dessa. Vid grundintervjun berättade de om särskilt många. Att notera är att de yngsta rapporterade fler olyckor skriftligt än de båda äldre grupperna trots att det kan antas vara en större ansträngning för en 8-åring att uttrycka sig skriftligt än för en 10- respektive 12-åring.

De som rapporterade allra flest olyckor i grundintervjun var pojkar i ÅK 2 och i de skriftliga rapporterna var det flickor i ÅK 2 som rapporterar flest – följda av pojkar i ÅK 2. I varje årskurs rapporterade flickorna mer än pojkarna i den skriftliga rapporten, vilket kan avspegla att flickorna upplevde det som lättare och snabbare att skriva än vad pojkarna gjorde, men det kan också handla om andra avgörande skäl. Detta har inte undersökts i studien.



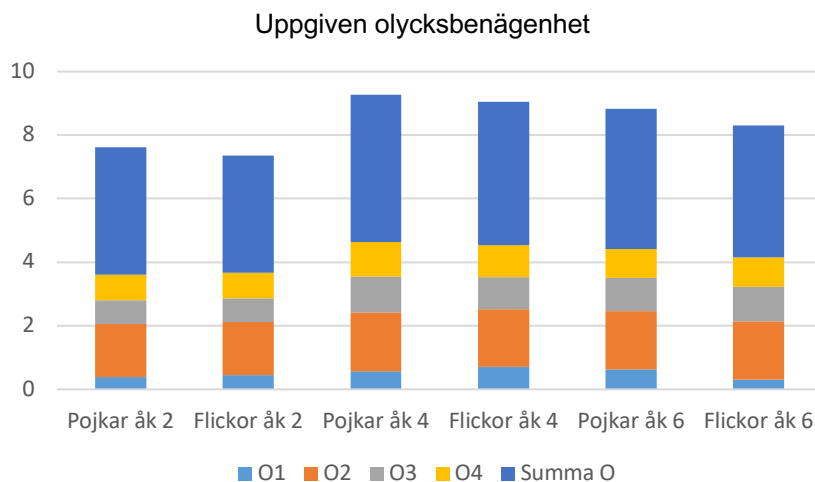
Figur 2. Rapporterade unika olyckor i grundintervju och kontinuerliga rapporter uppdelat på kön och ålder. Varje olycka är här rapporterad vid bara ett tillfälle.

De unika olyckorna är de som kommer fram i grundintervjun och i de åtta veckornas kontinuerliga rapporter (Figur 2). Dessa benämns här som unika till skillnad från de skriftligt rapporterade som troligen huvudsakligen bestod av upprepningar av olyckor som redan rapporterats i de båda tidigare faserna. I Figur 2 kan noteras en tydlig utveckling där pojkar och flickor följs åt inom årskurserna. Barnen rapporterar fler olyckor i de yngre åldrarna och färre ju äldre de blir, se den äldsta ålderskategorin jämfört med barnen i årskurs 4 som hamnar mittemellan.

För att få ett perspektiv på den kognitiva förståelsen av olyckor ställdes i studien också frågan om hur pass olycksbenägen barnet tyckte sig vara jämfört med dels andra barn i sin klass och dels andra barn i sin ålder ”i hela landet”. De frågorna kunde besvaras i tre grader med ”Ingen” alternativt ”Mera sällan”, eller ”En” alternativt ”Lika ofta”, eller ”Flera” alternativt ”Oftare”.

Frågorna såg ut på följande vis:

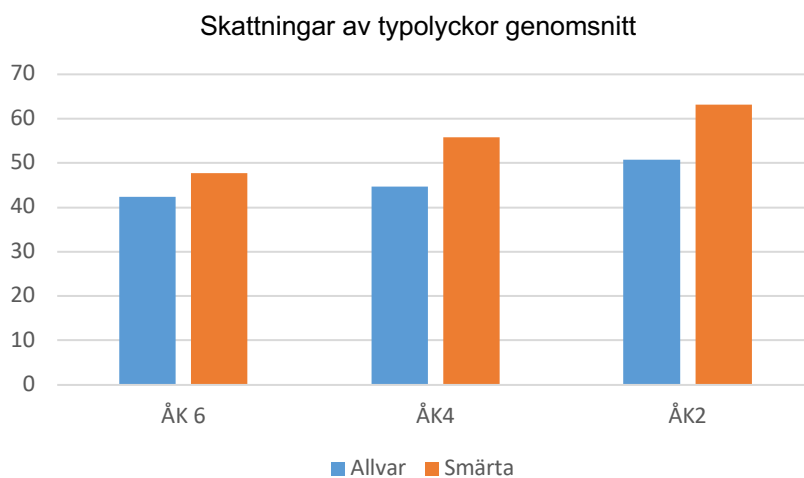
- O1. Tror du att du kommer att råka ut för någon olycka under den kommande veckan, och i så fall en eller flera?
- O2. Tror du att du kommer att råka ut för någon olycka under det närmaste året, och i så fall en eller flera?
- O3. Tror du att du råkar ut för fler eller färre olyckor än de andra barnen i din klass?
- O4. Tror du att du råkar ut för fler eller färre olyckor än barn i andra skolor?



Figur 3. Svar på frågor om egen olycksbenägenhet. O1 – olycka under kommande vecka; O2 – olycka under kommande året; O3- fler olyckor än andra i klassen; O4 – fler olyckor än andra barn i andra skolor samt summa av skattad olycksbenägenhet.

På samtliga frågor svarar barnen i ÅK 4 och 6 relativt lika, medan just de barn som rapporterar många olyckor, ÅK 2, svarar att de inte är särskilt olycksbenägna och inte har lika stor chans att råka ut för någon olycka den närmaste tiden som de äldre (Figur 4). Kort sagt går skattningarna när det gäller vad de yngsta har att vänta sig, stick i stäv med utfallet av deras subjektiva rapportering. Detta kan tolkas som att resultaten visar på en skillnad i realism och förmåga till skattning av sannolika händelser, och också att skillnaden mellan barnen i ÅK 2 och de båda högre årskurserna är större än mellan ÅK 4 och ÅK 6.

Ett annat sätt att undersöka hur barnet ser på olyckor var att be dem skatta att smärta och allvar för andras, beskrivna olyckor. Som synes i Figur 4 ligger ÅK 2-barnens skattningar för både smärta och allvar för 10 olyckor av olika karaktär över de äldre barnens – både för allvarlighet och smärta. Samtliga åldersgrupper skattade smärta som högre än allvaret i samma olyckor. De yngsta barnen skattade smärta särskilt högt.



Figur 4. Medelvärden för skattningar på en 10-gradig skala av hur allvarliga respektive smärtsamma 10 typolyckor var (alltså olyckor som någon annan råkat ut för).

Sammanfattningsvis tyder resultatet på att de yngre barnen är jämförelsevis mest fokuserade på olyckor. De ser händelser som mer allvarliga

och smärtsamma än de äldre barnen. De rapporterade flera olyckor i samtliga använda sätt att rapportera, de visade stor villighet att berätta om olika olyckor och även att göra sig besvär med att skriva ner och redogöra för olyckorna. Samtidigt verkade de yngsta kunna se ljus på sina möjligheter att i framtiden kunna undvika sådant som de ser som olyckor. Det kan uppfattas som orealistiskt och som ett psykologiskt försvar mot rädsla för skada och smärta.

Utveckling av kognitiva förmågor som realism och arbetsminne

En aspekt när det gäller barnens bedömningar om sin olycksbenägenhet, är deras förmåga att göra realistiska eller konsekventa bedömningar som gäller dem själva överhuvudtaget. En tidigare studie om barns bedömning av sina egna förmågor om hur bra de var i olika skolämnen, visat att barn i början av skolåren brukar förvänta sig att det ska gå bra i fortsättningen och att de är duktiga på området – även om de får feedback på att de inte klarat en uppgift (Muenksa, Wigfeld och Eccles, 2018). Här talas om en ”skyddande optimism”. Med stigande ålder blir deras bedömningar av sina förmågor mer realistiska. I en studie av Lapan (2018) ges också exempel på denna typ av utveckling av realism i bedömningar, då barn i 5-, 8- och 10-årsåldern fick förutsäga vilka chanser de hade att vinna över en annan person i antingen en välbekant uppgift eller en ny obekant uppgift och om personen de skulle tävla mot var expert eller nybörjare. 5-åringarna förutsåg att de skulle vinna under alla omständigheter. 8-åringarna förutsåg att de skulle ha en god chans mot en expert i båda typerna av uppgift, medan 10-åringarna hade gott hopp enbart om uppgiften var ny för båda. Både 8- och 10-åringarna ansåg sig ha bättre chans mot en nybörjare än mot en expert – således i motsats till 5-åringarna. Man kan således se att möjligheten av negativa utfall blir mer erkända med ökande ålder under denna livsperiod och att bedömningar går mot större realism.

En förutsättning för att kunna överblicka sina upplevelser av olyckor (vilket i barnen i ÅK 2:s fall innebär att de känner att de råkat ut för väldigt många olyckor, även i vardagen vid de veckovisa rapporterna) och att dra slutsatser om vad detta borde innebära för risken att råka ut

för olyckor i framtiden har att göra med arbetsminnets kapacitet. Arbetsminnet är vår förmåga att hålla information i medvetandet, ta fram information ur långtidsminnet och att bearbeta och kombinera information från dessa olika källor så att nya slutsatser kan dras. Ett exempel kan vara om du får veta att du ska addera 2 och 7. Då måste du minnas dessa siffror, du måste komma ihåg från tidigare inlärd fakta vad ”addera” innebär också måste du utföra själva operationen för att få ditt svar. I början av livet växer arbetsminnets kapacitet till (se exempelvis Klingberg, 2011), vilket har många konsekvenser för vår förmåga att förstå saker. I fallet med olyckorna måste man hålla i minnet både vad man har brukat rapportera, en bedömning av hur vanligt olyckor är i ens tillvaro och så dra slutsatser om vad detta innebär för framtiden eller i jämförelse med andra barn. Detta är helt enkelt en ganska kraftig belastning på arbetsminnets kapacitet. Äldre barn kan klara denna kognitiva uppgift bättre än yngre.

I perioden under de första skolåren, går barnet mot att vara alltmer självständig och ansvara mer för sig själv. För att göra detta på ett säkert sätt är det förstås utmärkt att de blir mer realistiska i att skatta sina förutsättningar och förmågor exempelvis i att bedöma ”hinner jag springa över gatan innan bilen når fram?”. Under perioden växer både de kognitiva förmågorna i att uppfatta, hålla information och bearbeta den (arbetsminneskapacitet). Erfarenheter bildar bas för handlingsmönster och självkänsla som gör att barnen orkar med att uppfatta att de kan vara utsatta för risk för att skadas (vilket är väsentligt för att barnen ska vara försiktig) och kan reglera sitt beteende, göra avvägningar på ett rimligt säkert sätt. Intressant är att denna utveckling inte går linjärt mot bättre bedömningar och säkrare beteenden i puberteten. Det är hos unga i 15-årsåldern som antalet vårdtygn låg som högst under perioden 2002–2005 i Sverige (Räddningsverket, 2007). Olika möjligheter till aktiviteter och kanske också ökande styrka och snabbhet kan föra med sig risker som inte fullt kompenseras av mer erfarenhet och större kognitiv mognad.

Slutsatser av barnens rapportering om sina olyckor och framtida forskning

Barnen i ÅK 4 och 6 förhåller sig mer lika till olyckor och vad som är olyckor än till de uppfattningar som barnen i ÅK 2 ger uttryck för. Sammanfattningsvis är de yngre barnen de som är mest fokuserade på olyckor. De ser händelser som mer allvarliga och smärtsamma än de äldre barnen. De rapporterar flera olyckor i samtliga rapportvillkor, och är mycket villiga att berätta om olika olyckor och även att göra sig besväret att skriva ner sådana.

Som nämnts ovan, barnen i ÅK 2 i studien, verkar som grupp se orealistiskt ljus på sina möjligheter att undvika sådant som de ser som olyckor i framtiden. Detta kan uppfattas som ett psykologiskt försvar mot rädsla för skada och smärta.

Det skulle vara betydelsefullt att upprepa studien för att undersöka dels om slutsatserna från 2003 står sig, men också för att se vilka förändringar som den nya teknologin kan ha fört med sig i vilka olyckor barn upplever. Vi hyser förhoppningar om att framöver göra en analys av den narrativa delen i de videofilmade intervjuerna, barnens egna berättelser om olyckor, och komplettera detta kapitelns resultat med ett mera kvalitativt uttryck för barnens egna perspektiv.

Författarnas tack

Ett stort tack riktas till docent Valdimar Briem som varit behjälpligt vid både designen av denna empiriska studie och i den initiala diskussionen av resultatet.

Referenser

- Barajas, M. S. & Schechinger, H. (2018). Children and youth: Resilience after motor vehicle accidents. *International Journal of Child & Adolescent Health*, 11.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering*. Oxford, England: University Press.
- Blankenburg, M; Meyer, D; Hirschfeldt, G; Kraemer, N, Hechler, T; Aksu, F; Krumova, E. K; Magerl, W; MAIER, C & Zernikow, B. (2011). Developmental and sex differences in somatosensory perception—a systematic comparison of 7- versus 14-year-olds using quantitative sensory testing. *Pain*, 152, 2625–263.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design*, London, Harvard University Press.
- Cohen, L, Manion, L & Morrison, K. (2007). Research methods in education, 6th ed. London: Routledge, Francis & Taylor.
Nedladdad 190816 <http://gtu.ge/Agro-Lib/RESEARCH%20METHOD%20COHEN%20ok.pdf>
- Collard, D. C. M., Chinapaw, M. J. M., Van Mechelen, W. & Verhagen, E. A. L. M. (2009). Design of the iPlay Study: Systematic development of a physical activity injury prevention programme for primary school children. *Sports Medicine*, 39, 889–901.
- Fivush, R., Hudson, J., & Nelson, K. (1984). Children's Long-Term Memory for a Novel Event: An Exploratory Study. *Merrill-Palmer Quarterly*, 30(3), 303–316.
- Jensen, T. K. (2012). Intervjuer med barn og unge i spesielt vanskelig livssituasjoner – kan vi snakke med barn om alt? In: Backe-Hansen, E. & Frones, I. (eds.) *Metoder og Perspektiver i Barne- og Ungdomsforskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johansson, B. (2013). Forskning om barn – intervju. In: Johansson, B. & Karlsson, M. (eds.) *Att involvera barn i forskning och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Lapan, C. (2018). When peer performance matters: Effects of expertise and trait information on children's self-evaluations in

- a social comparison setting. *Information & Learning*, 2018. AAI10239807.
- Masten, A. S. & Barnes, A. J. (2018). Resilience in Children: Developmental Perspectives. *Children*, 5, 98. Muenksa, K., Wigfield, A., & Eccles, J. S. (2018). I can do this! The development and calibration of children's expectations for success and competence beliefs. *Developmental Review*, Volume 48, Pages 24–39.
- Neisser, U. (1998). Stories, selves, and schemata: A review of ecological findings. In M. A. Conway, S. E. Gathercole, & C. Cornoldi (Eds.): *Theories of Memory*.
- Peterson, L & Bell, M. (1996). Children's memory for traumatic injury. *Child Development*, 67 (6), 3045–3070.
- Peterson, L., Moreno, A., & Harbeck Weber, C. (1993). “And then it started bleeding”: Children's and mothers' perceptions and recollections of daily injury events. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22 (3), 345–354.
- Räddningsverket. (2007). Olycksfall bland barn och unga. Nedladdat 190819: <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/23274.pdf>
- Sameroff, A. J. M., Michael J. (2003). A Quarter-Century of the Transactional Model: How Have Things Changed?. *Zero to Three* 24, 14–22.
- Schank, R.C., & Abelson, R. P. (1977). *Scripts, plans, goals and understanding: An inquiry into human knowledge structures*. Hillsdale: NJ: Lawrence Erlbaum.
- Scott, J; & Huskisson, E. C. (1976). Graphic representation of pain. *Pain* 1976, (2) 175–184
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningsred*, Stockholm, Vetenskapsrådet.
- Vygotskij, L. S. (1999). *Tänkande och Språk*, Göteborg, Daidalos.
- Willson, S. & Miller, K. (2014). Data Collection. In: Willson, S., Chepp, V., Padilla, J. L. & Miller, K. (eds.) *Cognitive interviewing Methodology*. John Wiley & Sons.
- Woolforde, J. M; & Merskey, H. (1972). Some relationships between subjective measures of pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 16 (3), 173–178

Vardagen för familjer med förskolebarn och skolbarn med förälder iväg på militära insatser

Ann-Margreth E. Olsson och Erika Hansson

I detta kapitel beskrivs barnfamiljer som har familjemedlem anställd inom Försvarsmakten iväg på internationella och nationella militära insatser, vilket innebär upprepade frånvaroperioder från familjen och ibland långvariga sådana. Syftet med kapitlet är dels att berätta om vad detta kan innebära för berörda familjer, dels uppmärksamma förskola, skola och andra vuxna i barnens nätverk om att de kan underlätta familjernas vardag och kan vara viktiga stödpersoner för barn i samband med förälders insatsdeltagande.

När en förälder är anställd inom den svenska Försvarsmakten, ingår det i dennes arbete att då och då tjänstgöra utomlands genomförande internationell militär insats, i vardagslag kallad mission eller utlandsmission. I anställningen ingår, såväl inom armén, marinen som flygvapnet, att genomföra militära uppdrag och operationer i Sverige eller utomlands. Dessa kan ingå, men behöver inte nödvändigtvis ingå, i vad som benämns ”internationell militär insats”. För de senare finns särskild lagstiftning som inkluderar anhörigas rätt till stöd vid insatsdeltagande (se Lag 2010:449) om Försvarsmaktens personal vid internationella militära insatser). Samtliga försvarsanställda förväntas också regelbundet delta i övningar och utbildningar på olika orter i Sverige och omvärlden. Sammantaget innebär anställningen i Försvarsmakten att familjen förväntas kunna klara långa perioder utan den försvarsanställda familjemedlemmens direkta medverkan på hemmaplan. Såväl i internationell forskning som i den studie som detta kapitel är baserat på, se faktaruta om studien, visar forskningen att barn påverkas av förälders militära yrkesarbete och de villkor som gäller vid försvarsanställning (NATO RTG HFM-258, 2019). Berörda förskolebarn och skolbarn är varse om att insatser utomlands innebär att föräldern kan vara i områden med krig och terror. Barnen hyser dock stor tilltro både till den egna försvarsanställda förälderns och dennes omgivnings kapacitet plus att de hoppas på att föräldern är mycket i den trygga campen/hamnen/basen som de förväntar sig erbjuda mer säkerhet och mindre utsatthet

(Olsson, 2019b). Än mer avgörande för barnen, är hur den hemmavarande föräldern mår, orkar och klarar av hemmafronten och hur stödet till familjerna fungerar.

Den militära kontexten

Sveriges militära medverkan internationella militära insatser handlar oftast om fredsbevarande insatser för FN, NATO eller EU. Det svenska bidraget kan vara större truppinsatser, som det handlat om i Afghanistan och nu i Mali, eller bestå av mindre styrkebidrag eller observatörinsatser. För närvarande bidrar Sverige med personal till pågående internationella militära insatser i Afghanistan, Centralafrikanska Republiken, Irak, Jemen, Mali, Pakistan, Kongo, Kosovo, Mellanöstern, Somalia, Sydkorea, Sydsudan och Västsahara (Försvarsmakten, 2019). Av sekretess-, skydd- och säkerhetsskäl kan hemmavarande anhöriga inte alltid hållas underrättade om var den försvarsanställda familjemedlemmen befinner sig, gör eller deltar i. Inte sällan kräver också den militära karriären flera flyttningar till nya placeringsorter. Många försvarsanställda väljer att under långa perioder långpendla, men ibland flyttar hela familjen till den nya placeringsorten. Också i nybildade parrelationer kan partners välja att flytta till orten där regementet/flottiljen/basen är förlagt. Upprepade flyttningar kan påverka den icke-försvarsanställda partnerns möjligheter till egen yrkeskarriär. På den nya orten riskerar bristen på eget starkt lokalt nätverk, att öka känslan av ensamhet och övergivenhet hos hemmavarande partner när den försvarsanställda familjemedlemmen är borta långa perioder (Olsson, 2018a). Inte minst när familjen utökas med barn, kan avståndet till släkt och vänner, som kunnat innebära avlösning och stöd i samband med den försvarsanställdes frånvaro, öka familjernas påfrestningar (Olsson, 2019b).

I många länder, såsom USA, Kanada och Storbritannien, med större militära system men med betydligt mindre välutbyggt välfärdssystem än i Sverige och övriga nordiska länder, innebär försvarsanställningen att också den anställdes familj omfattas av den försvarsanställdes sociala stöd och sjukvårdsförmåner innebärande tillgång till exempelvis bostad, förskola och skola (Kasearu och Olsson, 2019). De nordiska ländernas välutbyggda välfärdssystem, gör att motsvarande förmåner

inte behöver erbjudas eller kopplas till försvarsanställningen. Däremot ska enligt lagstiftning (2010) svenska Försvarsmakten erbjuda familje- och anhörigstöd i syfte att stärka familjesystemen och även ge stöd om familjesystemet hamnar i obalans ifall de egna resurserna skulle börja svikta (Olsson, 2019a). T.ex. erbjuds förebyggande relationsutbildning för par, familjesamtal, rådgivande föräldrasamtal, barn- och familjeläger. Dock, detta stöd riktar sig enligt lagen (2010) endast till anhöriga i samband med och efter den försvarsanställdes deltagande i internationella militära insatser. Inom vissa lokala regementen, flottiljer och förband finns särskilda anhörigsamordnare som anhöriga kan vända sig till oavsett var den försvarsanställda befinner sig (Olsson, 2019a). Försvarsmakten har avtal med flera militärt orienterade idéburna organisationer, bl.a. Invidzonen, ett nätverk där anhöriga hjälper anhöriga (Invidzonen, 2018) och Svenska Soldathemsförbundet som bland annat erbjuder parrelationskurser och vid behov förmedlar kontakter till professionellt specialiserat stöd (Soldathemsförbundet, 2018).

Förmissionen

Utlandsinsatserna av längre karaktär förbereds med utbildningar och övningar, den s.k. förmissionen, på olika håll i Sverige. Förmissionen kan kräva nästan lika lång tid som själva insatsen/utlandsmissionen, och var väl så påfrestande både för den försvarsanställda och dennes anhöriga, inte minst berörda barn, samtidigt som det innebär en viktig förberedelsestid inför den försvarsanställda familjemedlemmens fränvaro och familjens samspel såväl under insatsens genomförande som efter insatsdeltagande (DeVoe och Ross, 2012, Paley et al., 2013). Under förmissionen kan oftast den försvarsanställda familjemedlemmen veckopendla, men hen kommer hem trött och ofta stressad över att inte räkna till, varken när det gäller egna eller familjens förberedelser inför utlandsmissionen. Påfrestningarna för den försvarsanställda familjemedlemmen ökar också av att behöva förklara, och ofta också försvara, sitt beslut att delta i insats i krigs- och terrorområden i fjärran land (Olsson, 2018b). Ju närmare avfärd desto svårare får vanligen den försvarsanställda att klara av att växla mellan den militära kontexten och helhjärtat engagera sig i sin privata kontext, i hem- och familjeliv (Olsson, 2018a). Detta märker de anhöriga och talar om att den försvarsanställda familjemedlemmen allt mer verkar försvinna som in i sin egen

”bubbla”, som de uttrycker det. Samtidigt kan familjemedlemmarna känna stress över allt som de hoppas på att de ska hinna med att göra tillsammans före avfärden. Bara helgerna finns till buds. Dessa blir färre och färre. Avfärden och avskedet närmar sig. Den försvarsanställda blir alltmer inkaplad i sin egen ”bubbla”, inställd på det som komma skall. För de anhöriga börjar det kännas som den försvarsanställda familjemedlemmen redan är någon annanstans, som att hen redan åkt iväg. Till slut känner de anhöriga: ”– Måtte hen snart komma iväg så att det här blir överstökad. Hen är ändå inte här...” (Olsson, 2018c). Att en av de viktigaste personerna i ens liv ”försvinner” kan väcka ångest. Samtidigt inser de hemmavarande familjemedlemmarna att det inte finns någon återvändo.

Den trygga basen

Vi reagerar med fruktan i vissa situationer, inte därför att situationerna i sig medför smärta eller fara, utan på grund av risken för att förlora en för oss viktig person som vi knutit an till, som blivit vår s.k. anknytningsperson (Bowlby, 2010). Notera att det räcker med en antydning eller tanke om att anknytningspersonen är på väg ifrån oss för att utlösa fruktan och ångest. Som när den försvarsanställda familjemedlemmen råkar nämna något om att hen funderar på att delta i internationell militär insats – det kan räcka för att utlösa ångest och rädsla hos den eller dem som den försvarsanställda är anknytningsperson för (barn och/eller annan anhörig). Reaktionerna kan bli starka, väcka vrede, stark och intensiv. Reaktionerna syftar, paradoxalt nog, till att avstyra att anknytningspersonen ska försvinna. I mötet med ilska och vrede kan anknytningspersonen få svårt att tolka in detta budskap. Risken är att reaktionerna upplevs som avvisande snarare än längtan och beroende som det här handlar om. Detta kan vara värdefullt för hela familjer att känna till inför separationer och för den försvarsanställda familjemedlemmen att påminna sig om, särskilt när och om anhöriga reagerar med avvisande ilska och vrede inför insatsen och avfärden. Det allra viktigaste att då komma ihåg, är att just då, behöver den anhörige (här: den/de hemmavarande) sin anknytningsperson (här: den försvarsanställda) som allra mest (se Shaver och Mikulincer, 2005). Beteendet är tydligast i barn-
domen men kan märkas och utlösas under hela livscykeln. Biologiskt

sett har reaktionen en skyddsfunktion som också försvarsanställda behöver i soldatuppgifter i insatsen, att det finns en trygg och säker camp/hamn/bas, inklusive dess anknypningsperson (här: befälhavaren), att utgå ifrån och återvända till

I dessa avseenden liknar rollen befälhavarens vid en militärbas varifrån expeditjonsstyrkan ger sig ut och till vilken den kan dra sig tillbaka om den möter motgång. I denna roll ägnas mycken tid åt väntan, men den är inte mindre livsviktig för det. För endast om ledaren för expeditjonsstyrkan är säker på att han har en trygg bas vågar han rycka fram och ta risker (Bowlby, 2010 s.33)

Anknypningspersonen behöver finnas till hands och utgöra en trygg tillflykt, bilda en trygg hamn eller bas, för den person som knutit an till anknypningspersonen (Bowlby, 2010). För att skapa och hålla vid liv den egna känslan av att anknypningspersonen finns kvar även om hen tillfälligt inte är i närheten, gäller det att bygga upp strategier för att skapa och hålla vid liv en känsla av närhet också på distans, här mellan de hemmavarande anhöriga och de försvarsanställda anhöriga iväg hemifrån. Levande kommunikation med utrymme för känslor och olika påminnelser om varandra t.ex. foton, bilder, videoinspelningar, gosedjur eller minnessaker, kan överbrygga avstånd, inge trygghet och tillit till att ”vi ses igen”, ge känsla av närhet också på distans (Hedegaard Heiselberg, 2018, Pistole, 2010).

Hemmet är vanligtvis barnens trygga hem och bas, men när en av föräldrarna är ute på insats, kan denna bas behöva förstärkas av fler vuxna i barnens nätverk, exempelvis några av dem som finns dagtid i barnens närhet. Viktiga personer på barnens förskolor och skolor behöver bli informerade om att en förälder ska eller är iväg och varför. Inte minst kan personal på förskola och skola behöva assistera barnen när och om barn eller vuxna i barnets omgivning börja ställa svåra frågor till barnet, se exempel nedan. På Försvarsmaktens hemsida finns information till lärare, förskolelärare och andra vuxna om ”När en förälder genomför militär tjänstgöring utomlands” (Försvarsmakten, 2019) till stöd för aktuell personal eller för föräldrar när de informerar personalen.

Det kan vara till stöd för barnet att föräldern kommer till skolan och berättar för barnen om sitt arbete, förklarar och sätter uppdraget i sitt

sammanhang. Men, det kan också riskera att förstärka barns nyfikenhet och intresse, inte alltid åt det håll som vi vuxna hoppas på. En pojke berättar om hur det blev när och efter pappans besök i skolan:

– Det var nästan det enda som de frågade: – Hur många har du dödat? Och de frågar mig också. Det är ju inte det som det går ut på – det går inte ut på att skjuta alla man ser. (Pojke, 9 år)

Den utsatthet som berörda barn kan riskera att uppleva i sin vardag, gör det än angelägnare att informera personal och andra vuxna i barnens omgivning om föräldrarnas uppdrag och frånvaro. Berörda barn kan behöva ökad uppmärksamhet, men ta det försiktigt med frågor om den frånvarande föräldern och hur det går i insatsen. I den studie som detta kapitel baseras på, se faktarutan, säger barn, att om de fick välja, så skulle de vilja ha förskola och skola som en fredad zon utan påminnelser om föräldrarnas frånvaro.

När det gäller hur och om skolkamrater ska informeras bör detta avgöras i varje särskilt fall. Budskapet här är att fråga barnet, samtala om hur ni ska göra och ta hänsyn till barnets önskemål och intresse av att dela med sig av vad som är på gång. Beroende på bostadsort kan också de militära handlingarna uppfattas mer eller mindre dramatiska. Det som uppfattas som sensationellt i orter som saknar regemente och militär kultur, väcker kanske inte alls någon uppmärksamhet i en militärort som till exempel Karlsborg.

När informationen ska ges är också en fråga att fundera över. Barn kan ju börja få funderingar i tidigt skede. Följande berättade en hemmavarande partner i ett samtal med sin försvarsanställda partner om deras gemensamma barn och samarbetet med barnens skola:

– När beslutat var fattat så berättade vi för skolan. De var förvånade [skatt] men redo att ställa upp. Skolan har jättestabil personal och vi trivs superbra. I klassen kommer barnen och vi vuxna verkligen bra överens. Personalen sa, att de skulle ge tillbaka lite och ta hänsyn ifall det behövdes om det var lov eller så. Det har funkat – barnen trivs och det är det viktigaste. De tyckte det var jätteintressant. Verkar som alla har läst igenom informationen från Försvarsmakten och de berättar om barnen. Sonen har då en fri sida i sin pärm, den där de får rita vad de vill eller skriva vad dom vill och då ville han gärna skriva om Afghanistan. Vi har suttit här och tittat lite – vi har haft den

här scrap-boken "Insatsen går till ...". Dottern är inte ett dugg intresserad men sonen är det – flaggor och kartor, det gillar han.
(Hemmavarande partner)

På Försvarmaktens hemsida finns pysselboken "Insatsen går till ...", för barn och föräldrar att läsa tillsammans och arbeta med i förberedelser och genomförande av insats (Høgsted, 2010). Det kan också finnas andra personer i barnets nätverk, som barnet kan vilja anförtro sig hos. Det viktigaste för den vuxne som barnet vänder sig till, är att lyssna och att ställa sig helt till barnets förfogande. Information om den militära insatsen och dess villkor kan kanske som allra mest komma att underlätta samarbetet mellan de vuxna i barnens kontext:

– De uppskattade informationen väldigt mycket för de fick större förståelse för hur det fungerar och detta med leave – för egentligen är det ju så, att när de har semester och är hemma, så ska barnet vara hemma hos föräldrarna och här förklarade min man och hans kollega att leave kan behövas för att koppla av och ta det lugnt. Så det har aldrig varit några problem att ha barnen på dagis eller fritids. Personalen har fått en väldig förståelse för vår situation med leave-er före och efter. Nu har de ju varit borta så länge och då vill de väl ändå ha barnen hemma, men det är så mycket annat som ska fungera och de kan behöva ta det lugnt. (Hemmavarande partner).

I ovanstående exempel förklarade den försvarsanställda pappan för de som var ansvariga i barnens förskola, vad en period av leave innebär. Det är i korthet en kortare ledighet i samband med rätt till hemresa under den militära insatsen (en hemresa per tre månader). Pappan förklarade i syfte att förskolan inte skulle ställa krav på föräldrar hemma på leave, om att ha barnen hemma som om det vore semesterledighet för den försvarsanställda. Självklart är det viktigt att hålla en nära barn- och föräldra-relation vid liv men det är också viktigt för barnen att upprätthålla kontinuitet i sina egna aktiviteter respektive för den försvarsanställda föräldern, att återhämta sig och ordna nödvändiga ärenden hemmavid. Således, informationen till personal behövs både för barns och föräldrars bästa, inte minst för den hemmavarande föräldern då denne kan komma hamna i oväntade situationer där extra uppbackning kan behövas från personalens sida, se nedan exempel. Det är, som framgår i exemplet, heller inte alltid så att hemmavarande förälder arbetar på

samma ort som bostaden och barnens förskola/skola. Detta kan komplicera tillvaron ytterligare, särskilt när de allmänna kommunikationsmedlen inte alltid fungerar som de ska.

– Jag hade förberett fröknarna och berättat att sonen har sovit lite risigt två veckor. Då sa de: – Vi ska krama om honom lite extra. Igår när jag var borta och jag skulle till Göteborg i jobbet, då kändes det lite konstigt att sonen skulle vara kvar ensam här i vår nuvarande hemkommun. Jag berättade för fröknarna och frågade: – Hur länge har ni öppet? Jag visste ju inte om jag skulle bli försenad eller så. Men då sa en av fröknarna: – Det är inga problem, vi är här, har du behov så säg till. Om du skulle bli försenad, då kan grabben följa med mig hem. Han tycker nog att leka med min son så det är inga problem. Säg till om du behöver börja tidigt, då öppnar vi upp. Inga problem. (Hemmavarande partner, kvinna)

Transitioner – Känslomässig och praktisk berg- och dalbanefärd

De olika militära grenarna (armén, marinen och flygvapnet) inom Försvarsmakten har olika upplägg när det gäller på hur ofta, hur länge, var och vad det är som den försvarsanställda tjänstgör i för sammanhang och vad för uppdrag. Inom armén är den försvarsanställda vid internationell militär insats vanligtvis borta under sex månaders tid med rätt till två perioder av leave med rätt till hemresor (å cirka två veckor). Inom t.ex. marinen är det annorlunda där sjöveckor följs av fridygn, en inarbetad ledighet efter att ha varit iväg under dygnets alla timmar. Liksom vid leave innebär fridygn inte semester utan istället återhämtning, se nedan.

Den tillvänjning och de strategier som familjemedlemmarna förhoppningsvis börjat bygga upp i den försvarsanställdes familjemedlemmens frånvaro, kanske inkluderar nya rutiner och vanor som avbryts eller riskeras när hen återvänder. Barnen undrar: – Ska vi nu tillbaka till de gamla rutinerna eller kommer hen anpassa sig till vår nya tillvaro? Hen ska ju snart iväg igen. Samtidigt underlättar föräldrarnas återkommande hemmaperioder för barnen. Här ges möjlighet att förstärka anknytningen mellan förälder och barn genom att erbjuda avlösning för den hemmavarande föräldern vilket även kan bidra till förstärkning av de

vuxnas relationer. Å andra sidan innebär täta rotationer också fler avsked- och separationstillfällen. Livet blir som en känslomässig berg- och dalbaneresor som återkommer i cykler (Logan, 1987, Pincus et al., 2001). Avgörande för barnens välbefinnande blir att den hemmavarande föräldern får behålla sin hälsa och lyckas hantera hemsituationen (Andres och Moelker, 2011, Chandra et al., 2009, Huebner och Mancini, 2010). Detta motiverar att såväl det egna nätverket sluter upp som att Försvarsmakten är redo att komplettera med stödinsatser (Olsson, 2019a) men också att föräldrar samarbetar och att den försvarsanställda föräldern söker utveckla ett levande föräldraskap också på distans (Olsson, 2019b).

Dessa täta förflyttningar och medföljande förändringar kan kännas som att leva i en spiral av händelser som ger kumulativa effekter på hur familjen fortsättningsvis förmår att hantera sin situation (Paley et al., 2013). Stabilisering hinner aldrig riktigt uppstå utan avlöses av nya förberedelser och omställningar utan att familjerna hinner stabilisera sin tillvaro, inte ens för en tid. Detta karaktäriserar än mer, om möjligt, tillvaron för familjer där de vuxna, eller en av dem, tjänstgör med mycket korta rotationstider. Det kan handla om att den försvarsanställda familjemedlemmen är iväg två veckor, hemma två veckor, iväg två veckor, hemma två veckor, eller ett visst antal månader som t.ex. tremånadscyklar. Tillvaron och familjesamvaron stabiliseras aldrig eller som en partner med make inom marinen sammanfattar tillståndet i denna barnfamilj:

– Alltså vi har aldrig något normaltillstånd. Antingen är han iväg och jag är ensam med barnen, eller är han hemma och borde kunna ta över därhemma, men så blir det ju inte, för han har så mycket att ta igen och göra och så går han in i sin bubbla igen, helgen före han ska iväg, och så är han iväg igen. Och så fortsätter det tills vi har semester och det är heller ingen normal tillvaro. (Hemmavarande partner)

De kortare rotationstiderna gör att livet verkar gå i spirallikande cykler av att (1) avsluta och släppa taget om det som varit, (2) få in vad som i transitionsteori kallas för neutral zon med omställningstid och förberedelse för det nya och (3) fortsätta in i den nya början (Bridges, 2009b, 2009a).

För det militära systemet handlar hemma-perioden om att den försvarsanställda familjemedlemmen ska återhämta sig och komma tillbaka med förnyade krafter. I engelska och amerikanska sammanhang kallas perioderna därför Rest and Recuperation (R&R) (Parsloe et al., 2014, Jones et al., 2013), vila och återhämtning. Om detta behövs och hur detta kan gå till, ser naturligtvis olika ut för enskilda försvarsanställda och insatser, men också vad som är möjligt utifrån andra roller i livet hemma. Den ensamstående kan sova och vila ut, kanske hemma hos sina egna föräldrar. Föräldrar öser gärna sina omsorger om sonen eller dottern, tacksamma för att barnet är hemma igen. Den nyligen hemkomna försvarsanställda behöver kanske isolera sig, åtminstone några dagar för att klara övergången från insatsens tillvaro till hemlandets, men därefter kan det handla om att vilja ta igen allt som missats under tiden hemifrån. De jagar runt mellan fritidsintressen och kompisar, släkten och ärenden som behöver uträtta. Andra vill ta det lugnt, leva livet som vanlig och göra det som spontant känns bra, inte ha planer, känna sig fri. Andra säger att de har svårt att koppla av, känner sig otåliga och bara vill tillbaka, iväg igen.

För hemkommen försvarsanställd med barn och egen familj väntar något annat. Hos hemmavarande partners kan finnas förväntningar och förhoppningar om ensamma mys- och utekvällar samt avlösning när det gäller barnen, hem och trädgård och allt annat som kan vänta därhemma. Och har nu förskolan förstått att den försvarsanställda inte är hemma på semester, utan fortsatt är i tjänst? Nedan en hemmavarande partner samtalande med en annan:

– Jo, jag förstår helt och fullt vad du menar, när du säger det där om när de kommer hem. De behöver sitt liv, det behöver dom. För de behöver sin återhämtningstid, för de har jobbat många timmar i sträck i spänning. Men det är ju fortfarande så, att det gör ju även vi som anhöriga hemma. Det finns saker man kan reagera på: Vi får ingen leave eller några fridugn. Det är till och med så att vissa dagis anser ju att om den ena föräldern är hemma eller är hemma från en tjänstgöring och då ska ta igen sig, det är tanken, då resonerar de så att en förälder är hemma – då får barnet inte vara på dagis. Så det finns inte så stor förståelse där, men heller inte för oss anhöriga som också behöver återhämta oss: – När fasingen ska jag återhämta mig? När är det min tur? (Hemmavarande partner, kvinna)

Med tanke på hur viktigt det blir att den hemmavarande föräldern lyckas hantera situationen hemmavid, plus att den försvarsanställda längtar efter sin familj, ligger det i dennes eget intresse att förstärka tillvaron därhemma genom att vardagsrutiner underlättas (t.ex. köp av hushållsnära tjänster), tillgång till avlösning (t.ex. barnvakt för egen tid för hemmavarande vuxna) och ökat samarbete inom det egna nätverket.

– Ombord finns ledig tid men han kan inte ordna något på distans. Allt väntar tills han återvänder hem. När han är inte är på sjön har han så kallade fridygn vilket är inarbetad arbetstid. Numera arbetar han under större delen av året två veckor på sjön och är två veckor hemma enligt ett rullande schema. Veckorna han är hemma har han fridygn och vi delar ansvaret för familjen. Men så blir det inte i praktiken. (Hemmavarande partner)

Observera i citatet, att medan den försvarsanställda är ute till havs, är hen onåbar. Det är de villkor som gäller vid insatser och under uppdrag. Endast den tjänstgörande militäranställda kan ta initiativet till direktkommunikation med dem därhemma, det vill säga familjen får vänta tills hen ringer. Indirekt kommunikation som till exempel e-post och andra sociala medier kan användas, dock alltid med försiktighet för att värna om säkerheten både för anhöriga på hemmaplan och för soldaterna (Invidzonen, 2018a). Barnen kan fundera på att om all den säkerheten behövs kring soldaterna också kan innebära att familjen befinner sig i riskzonen. Det som gör det så speciellt med militära sammanhang och de upprepade insats- och uppdragscyklerna, är att den frånvarande familjemedlemmen kan befinna sig i krig- och terrorområden eller andra riskfyllda sammanhang. Dessutom präglas arbetet av hemlighetsmakeri. Mycket behöver vara sekretessbelagt av säkerhets- och skydds-skäl – också med omtanke om de försvarsanställdas anhöriga. Det som också gör den militära anställningen annorlunda är att inom Försvarsmakten skiljer sig stödet till familjerna beroende på om den försvarsanställda är ute på internationella militär insats (se Lag om Försvarsmaktens personal vid internationella militära insatser, 2010) eller inte. Lagen gäller endast stöd i samband med internationella militär insats. Rätt till familjestöd finns således inte när den försvarsanställda är iväg för att genomföra andra uppdrag eller militära operationer.

Hur den försvarsanställda lyckas med att röra sig mellan hemmet och insatstillvaron, till och från uppdrag och olika operationer, tillbaka in i

sin familjs tillvaro för kortare eller längre återhämtningar, handlar både om dennes och de hemmavarande vuxnas förmåga till samspel och anpassning i relation till varandra. Inför stundande hemkomst är de hemmavarande anhöriga på plats, förväntansfulla och redo till återförening. Det händer att de hemmavarande har frågat familjemedlemmar på insats, om hur de vill ha sina hemkomster, men ännu förmår de inte tänka sig in hur det kan bli att komma hem. De är, ska och behöver vara koncentrerade på avslutningen av den militära insatsen. Det är heller inte säkert att den försvarsanställda anländer hem vid den tidpunkt som planerats. Mycket kan hända in i det sista. Planer kan ändras utan att detta kan förklaras för dem därhemma. Det är del av den osäkerhet och otrygghet som anhöriga tvingas lära sig leva med. Inom det militära systemet finns många hemligheter och stora skyddskrav, se nedan. Anhöriga kan endast få del av utvalda bitar av den militära kontexten. Frågorna, se ovan, om den stundande hemkomsten kan ses som del i de hemmavarande familjemedlemmars omställningsarbete till att den försvarsanställda familjemedlemmen snart kommer vara hemma igen. Anhöriga kan fundera på om de ska ta ledigt från arbete, skola och fritidsaktiviteter, eller om livet ska gå vidare därhemma, som vardagen nu kommit att göra, utan några särskilda åthävor. Vid återvändandet behöver den försvarsanställda familjemedlemmen söka ”tona in” i den stämning och anpassa sig till de vanor som nu gäller och utvecklats hemma, annars riskerar föräldrarnas återvändande att upplevas som mer störande än avlastande (Olsson, 2018c).

Hemligheter

När det handlar om mer långvariga insatser tror sig i de allra flesta anhöriga veta i vilket land deras försvarsanställda familjemedlem befinner sig i eller befunnit sig i. Inom alla försvarsgrenar görs dock många insatser som är hemliga. En anhörig inom marinen berättar:

Allt är hemligt. I ubåten var det inte möjligt för någon att få kontakt. När han är ute med nuvarande skepp, finns möjlighet till mailkontakt i båda riktningarna men också nu är alltid allt hemligt. Uppdragen kan vara allt mellan fem dagar till tre veckor. (Hemmavarande partner)

Det kan handla om uppdrag i svenskt vatten men också långt bort hemifrån. Familjerna tvingas leva med de militära hemligheterna och hantera att inte kan följa med eller känna till något om var den frånvarande föräldern befinner sig och vara utan kontakt eller möjligheter till kontakt. När och om den hemmavarande partner har fått vetskap om vilket hemligt område en insats gått till, även när detta är belagd med sekretess så händer det att partners ändå får kännedom om var den försvarsanställda familjemedlemmen befinner sig. I studien finns exempel på att dubbla budskap använts inom familjerna: Den försvarsanställda familjemedlemmen befinner sig på hemlig plats som den hemmavarande partnern är informerad om, medan till resten av familjen och omgivningen uppges ett annat insatsområde. Särskilt för berörda barn kan denna lösning skapa förvirring. Till exempel kan partnern uppfattas som oroad när massmedia skriver om händelser i ett icke-aktuellt område – omvänt inte alls visa oro vid händelser i det uppgivna insatsområdet. Dennes reaktioner blir inte adekvata för omgivningen. Barnen kan undra eller känna på sig att det finns en version som berättas och en annan som de lever i. Hemligheterna blir som en omväg i familjens kommunikation (Smart, 2011).

Olika anhörigstöd vid nationella respektive internationella militära insatser

Efter många år utan tillräckligt stöd och erkännande av att också FA:s familjer deltar och möjliggör att soldaterna kan lämna hem och familj för internationella uppdrag, fattade Riksdagen 2010 beslut om stöd till soldater och veteraner samt deras anhöriga: Lag (2010:449) om Försvarsmaktens personal vid internationella militära insatser. Försvarsmakten organiserar sitt anhörigstöd med lokala anhörigsamordnare som bas, bjuder in till arrangemang som anhörigräffar, publicerar anhöriginformation och erbjuder anhörigstöd genom avtal med idéburna organisationer som har medlemsnytta som främsta drivkraft och som drivs av och för soldater, veteraner och/eller anhöriga. Familjernas självständiga förmåga stärks genom det ekonomiska tillägg som utbetalas för att täcka soldatens omkostnader i Sverige på grund av utlandstjänstgöring som inkluderar särskilt barntillägg (f.n. 4 000 SEK per månad) när soldaten har hemmavarande barn. Har soldaten flera barn utbetalas ytterligare tillägg. Barntillägget är avsett att täcka de kostnadsökningar som

uppstår hemma i och med att en förälder tjänstgör utomlands. I den anhörigstudie som i flera år bedrivits vid Högskolan Kristianstad om försvarsanställda och deras familjer, se faktarutan, har tydligt framkommit att de familjer som inte valt att använda barntillägg till att underlätta tillvaron därhemma, de har ångrat sig (Olsson, 2019). Nu väljer de att köpa hushållsnära tjänster, som också delvis kan finansieras genom rut-avdrag, att ordna med barnvakt för att möjliggöra egen tid för hemmavarande partner och underlätta så barnen kan fortsätta delta i sina fritidsengagemang. Familjernas självständiga förmåga stärks genom detta ekonomiska utlandstillägg och erfarna familjer rekommenderar starkt att använda barntillägget till vad ersättningen är till för, att underlätta för soldatens barn och den hemmavarande föräldern under soldatföräldrarnas frånvaro under insatstiden (Olsson, 2019). Vid kortare rotationstider och när det handlar om nationella insatser, finns inte motsvarande ekonomiska stöd till den hemmavarande familjen även om dessa innebär regelbunden och/eller längre frånvaro från hemmet eller innebär att försvarsanställda familjemedlemmen under längre perioder inte kan nås och befinner sig på hemliga platser (se ovan citat om tjänstgöring på ubåt). Det finns anledning att utforska mer hur familjerna som lever med korta rotationstider hanterar de kontinuerligt upprepade omställningarna som både vuxna och barn förväntas att hantera.

- Anhörigstudien om försvarsanställda och deras anhöriga har bedrivits sedan 2012 på Högskolan Kristianstad med godkännande av Regionala etikprövningsnämnden i Lund (Dnr 2012/459).
- Studien syftar till att bidra till att förbättra såväl för tjänstgörande försvarsanställda i relation till sina anhöriga som för hemmavarande anhöriga i samband med insats och därefter. Den syftar också till att för samhälleliga aktörer utveckla kunskaper om kan underlätta att identifiera behov av stöd i familjer med familjemedlem som ska, är eller varit iväg på militära insatser.
- I denna deltagande aktionsforskningsstudie har sammanlagt 111 vuxna, 64 kvinnor och 47 män, deltagit i dialogiska intervjuer samt 25 minderåriga barn.
- Antalet intervjuutifrån var i huvudstudien sammanlagt 235 stycken inklusive ett 50-tal med barn.
- Med utgångspunkter i social konstruktionism (Gergen och Gergen, 2003) med narrativ orientering, har studiens deltagare uppmuntrats till berättande.
- Utifrån uppskattande utforskning, *Appreciative Inquiry* (se t.ex. Cooperrider och Whitney, 2003, Hung et al., 2018) utforskades hur familjerna, de anhöriga, lyckats hantera tillvaron när den försvarsanställda familjemedlemmen är iväg på insatser, vad som fungerat väl och när svårigheter uppstått. om vilket stöd de har behövt, hur de funnit lösningar, vad de uppskattat, saknat och önskat/önskar ska utvecklas och erbjudas i framtiden.
- Studien har samfinansierats med Försvarsmakten och med stöd från Stiftelsen Clas Groschinskys Minnesfond.

Faktaruta 1: Aktuell studie

Referenser

2010. Lag om Försvarsmaktens personal vid internationella militära insatser. *SFS 2010:449*. Sweden: SFS.
- Andres, M. D. & Moelker, R. (2011). There and Back Again: How Parental Experiences Affect Children's Adjustments in the Course of Military Deployments. *Armed Forces & Society*, 37, 418–447. doi: 10.1177/0095327X10390461
- Bowlby, J. (2010). *En Trygg Bas. Kliniska tillämpningar av anknytningsteorin*, Stockholm, Natur & Kultur.
- Bridges, W. (2009a). *Managing Transitions. Making the Most of Changes*, London Boston, Nicholas Breakly Publishing
- Bridges, W. (2009b). *Transitions: Making sense of life's changes. Revised 25th Anniversary Edition*, Cambridges, Da Capo Press.
- Chandra, A., Martin, L. T., Hawkins, S. A. & Richardson, A. (2009). The Impact of Parental deployment on Child Social and Emotional Functioning: Perspectives of School Staff. *Journal of Adolscnt Health*, 46, 218–223. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.10.009
- Cooperrider, D. L. & Whitney, D. (2003). Appreciative Inquiry. In: Gergen, M. & Gergen, K. J. (eds.) *Social Construction A reader*. London: SAGE.
- Devoe, E. R. & Ross, A. (2012). The Parenting Cycle of Deployment. *Military Medicine*, 177, 184–190.
- Försvarsmakten. (2019). *När en förälder genomför militär tjänstgöring utomlands* [Online]. Försvarsmakten. Available: <https://www.forsvarsmakten.se/siteassets/5-information-och-fakta/anhorigstod/infoblad-till-skola.pdf> [Accessed June 3rd 2019].
- Försvarsmakten. (2019). *Personalsiffror* [Online]. Försvarsmakten. Available: <https://www.forsvarsmakten.se/sv/var-verksamhet/internationella-insatser/personalsiffror-internationella-insatserna/> [Accessed June 1st 2019].
- Gergen, K. J. & Gergen, M. (eds.) (2003). *Social Construction. A reader*, London. Thousand Oaks. New Delhi: SAGE Publications.

- Hedegaard Heiselberg, M. (2018). *A Family Mission. An Anthropological Account of Family Life, Parenting and Gender in Danish Families Going Through Military Deployment*. PhD, University of Copenhagen.
- Huebner, A. J. & Mancini, J. A. (2010). Resilience and Vulnerability: the Deployment Experiences of Youth in Military Families. Department of Human Development at Virginia Tech & Department of Child and Family Development at University of Georgia.
- Hung, L., Phinney, A., Chaudhury, H., Rodney, P., Tabamo, J. & Bohl, D. (2018). Appreciative Inquiry: Bridging Research and Practice in a Hospital Setting *International Journal of Qualitative Methods*, 17, 1–10.
- Høgsted, R. (2010). *Insatsen går till ... scrapbok för dig eller er, som har en soldat i familjen som är på internationell insats*, Stockholm, Försvarsmakten.
- Invidzonen. (2018a). *Din säkerhet på hemmaplan. Tips* [Online]. Stockholm: Invidzonen. Available: <https://invidzonen.se/default.aspx?page=249> [Accessed April 2nd 2019].
- Invidzonen. (2018b). *Om Invidzonen* [Online]. Stockholm: Invidzonen. Available: <https://invidzonen.se/Default.aspx?page=57> [Accessed November 9th 2018].
- Jones, N., Fertout, M., Parsloe, L. & Greenberg, N. (2013). An evaluation of the psychological impact of operational rest and recuperation in United Kingdom Armed Forces personnel: a post-intervention survey. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106, 447–455. doi: 10.1177/0141076813491085
- Kasearu, K. & Olsson, A.-M. E. (2019). A Systemic Perspective on Children's Well-being in Military Families in Different Countries. In: NATO (ed.) *HFM RTG 258 Final Report*. Neuilly-sur-Seine Cedex, France: Science and Technology Organization North Atlantic Treaty Organization.
- Lindman, M. (2018). Att åka iväg tillsammans är en investering för livet. *Invidzonen. Ett nätverk för anhöriga*. Invidzonen.
- Logan, K. V. (1987). The Emotional Cycle of Deployment. *Proceedings Magazine*, 113.

- NATO RTG HFM-258. (2019). *Impact of Military Life on Children from Military Families*, STO/NATO.
- Olsson, A.-M. E. (2018a). *Rapport I. Anhörig och Soldat – Soldatens Motiv och Anhörigas Respons på Beslut om Internationell Militär Insats. Oro, saknad och längtan*, Kristianstad, Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan, Kristianstad University Press.
- Olsson, A.-M. E. (2018b). *Rapport II. Kommunikation, Dialog och Responser i familjer med soldat i Internationell Militär Insats*, Kristianstad, Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan Kristianstad University Press.
- Olsson, A.-M. E. (2018c). *Rapport III. Internationell militär insats ur familjeperspektiv – Insatscykler med växlande responser*, Kristianstad, Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan, Kristianstad University.
- Olsson, A.-M. E. (2019a). *Rapport IV Det sociala och dialogiska anhörigstödet vid genomförande av militära insatser i den utvidgade familjens perspektiv inklusive soldaten som familjemedlem*, Kristianstad, Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan, Kristianstad University Press.
- Olsson, A.-M. E. (2019b). *Rapport V. Barns röster. Om förälders deltagande i internationella militära insatser – i barnens perspektiv*, Kristianstad, Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan, Kristianstad University Press.
- Paley, B., Lester, P. & Mogil, C. (2013). Family Systems and Ecological Perspectives on The Impact of Deployment on Military Families. *Clinical Child Family Psychology Review*, 16, 245–265.
- Parsloe, L., Jones, N., Fertout, M., Luzon, O. & Greenberg, N. (2014). Rest and recuperation in the UK Armed Forces. *Occupational Medicine*, 64, 616–621.
- Pincus, S. H., House, R., Christenson, J. & Adler, L. E. (2001). The Emotional Cycle of Deployment: A Military Family Perspective. *U.S. Army Medical Department Journal*, Apr-Jun.
- Pistole, M. C. (2010). Long-Distance Romantic Couples: an Attachment Theoretical Perspective *Journal of Marital and*

Family Therapy, 36, 115–125. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00169.x

Shaver, P. R. & Mikulincer, M. (2005). Attachment theory and research: Resurrection of the psychodynamic approach to personality. *Journal of Research in Personality*, 39, 22–45. doi: 10.1016/j.jrp.2004.09.002

SMART, C. 2011. Families, Secrets and Memories. *Sociology*, 45, 539–553. doi: 10.1177/0038038511406585

Fysisk aktivitet bland barn och ungdomar med Downs syndrom

Ann-Christin Sollerhed, Gerth Hedov

Att röra sig är bra på många sätt! Under barndomen utvecklas allt från vävnader till attityder och det är därför av stor vikt att barnet rör sig. Tyvärr har andelen barn och ungdomar som rör sig minskat dramatiskt på senare år och barnen väljer i allt högre grad stillasittande aktiviteter. Detta kapitel handlar om fysisk aktivitet hos barn och ungdomar med Downs syndrom, som precis som alla andra barn behöver fysisk aktivitet för att må bra.

Fysisk aktivitet bland barn och ungdomar

Begreppet fysisk aktivitet definieras som all rörelse som produceras av skelettmuskulaturen och som resulterar i en substantiell ökning av energiomsättningen (Caspersen et al., 1985). Fysisk aktivitet omfattar alla former av kroppsövningar, det behöver inte vara specifika idrottsrörelser utan omfattar alla vardagsrörelser också. Intensiteten i fysisk aktivitet kan variera från låg till hög. Kopplingen till energiomsättningen är central, är intensiteten hög är också energiomsättningen hög. Under senare år har en verkligt låg intensitet identifierats, så kallad NEAT (Non-Exercise Activity Thermogenesis) (Levine, 2004), så låg att den egentligen inte räknas som en fysisk aktivitet, men där energiomsättningen dock är lite högre än vid stillasittande. Stillasittande jämförs med muskelinaktivitet, vilket innebär att energiomsättningen är ungefär lika låg som under sömn. Barnets totala energiomsättning varierar mycket beroende på vilka aktiviteter barnet gör och hur mycket barnet sitter stilla. De totala effekterna av fysisk aktivitet är beroende av aktivitetens intensitet (hur ansträngande aktiviteten är), dess varaktighet (hur länge den pågår), dess frekvens (hur ofta den görs), vilken typ av aktivitet det är, individens ålder och genetiska faktorer. Efter hand som barnet växer ökar deras förmåga att hålla på med fysisk aktivitet av ut hållighetskaraktär utan pauser. Daglig fysisk aktivitet är avgörande för barns hälsa och välbefinnande, särskilt mer kraftfull fysisk aktivitet som leder till hög puls och svettning, (Carson et al., 2017). Det är inte tillräcklig fysisk aktivitet att ett barn rör sig med låg intensitet under en

hel dag. Det krävs mer kraftfull aktivitet, minst 60 minuters pulshöjande aktivitet per dag. För att kunna vara fysiskt aktiv krävs en grundläggande motorik (Hardy et al., 2010). En hög fysisk aktivitetsnivå främjar den motoriska förmågan och en god motorisk förmåga främjar fysisk aktivitet (Holfelder and Schott, 2014, Barnett et al., 2016) i ett ömsesidigt förhållande. Grundläggande motorisk förmåga från barndomen ligger till grund för lärande av mer komplexa rörelsemönster senare i livet och har betydelse för barnets självförtroende. Om barnet känner sig osäkert och är rädd för att det inte ska klara av att göra rörelser och undviker dem, kan den motoriska förmågan påverkas till det sämre och den fysiska aktiviteten minskar, det blir en negativ spiral.

Andelen fysiskt inaktiva bland barn och unga ökar generellt, men andelen fysiskt inaktiva har visats vara ännu högre bland barn med Downs syndrom (Umb-Carlsson and Sonnander, 2006). Fysisk aktivitet främjar fysisk status, som är viktig för barns hälsosamma fysiska och mentala utveckling (Strong et al., 2005a, Hallal et al., 2006). Motorik och fysisk aktivitet i barndomen är också viktigt ur en socialiseringsaspekt då beteendemönster från barn- och ungdomstid ofta följer med in i vuxenlivet. Syreupptagningsförmåga, i dagligt tal kondition, kan också spåras till barn- och ungdomstid även om det är en färskvara som ständigt måste underhållas (Janz et al., 2000). WHO med flera hälsoorganisationer rekommenderar att barn är fysiskt aktiva minst 60 minuter per dag i högintensiv fysisk aktivitet som ger hög puls och flås. Andelen barn som inte når rekommenderad daglig fysisk aktivitet ökar (Strong et al., 2005b) och är högre bland barn med Downs syndrom än bland andra barn (58 % respektive 15–25 %) (Shields et al., 2011, Shields et al., 2009). Barn med Downs syndrom har visats delta i mindre utsträckning i idrottsaktiviteter, speciellt när det gäller högintensiv idrott (Whitt-Glover et al., 2006). Det är mycket viktigt för dessa barn att hitta någon idrott eller fysisk aktivitet som passar dem, vilket ibland kan vara svårt.

Svårigheter att utöva idrott och fysisk aktivitet för barn med Downs syndrom

Barn med Downs syndrom har ofta sämre motorisk förmåga inte bara i förhållande till normalutvecklade barn utan också i förhållande till

andra barn med intellektuell funktionsnedsättning, som exempelvis barn med autism (Jobling, 1998). Exempel på rörelser där en sämre motorik gör sig påmind är rörelser med riktningförändringar, snabba rörelser, komplexa rörelsemönster och rörelser där armar eller ben ska korsa kroppens mittlinje. Rörelser som har flera moment och sekvenser är svåra att utföra eftersom barnen och ungdomarna med Downs syndrom har svårt att planera flera rörelser i följd. Från tidig barndom har de också en kraftigt försenad utveckling av den statiska balansen (Galli et al., 2008). Under tonåren utvecklas den statiska balansen liksom den dynamiska balansen hos det normalutvecklade barnet och ett skifte från visuell till multimodal kontroll sker i särskilt hög grad (Villarroya et al., 2012), vilket är mycket viktigt under idrottsutövning. Balansen utvecklas också hos barnen med Downs syndrom i tonåren, men mer begränsat och gapet till de andra barnen ökar.

Balansen har stor betydelse för förmågan att hålla sig upprätt och är essentiell för alla funktionella aktiviteter både i vardagen och i idrottsutövande (Cherng et al., 2003). En god balans är en grundförutsättning för de flesta rörelser, och en bristfällig balans gör att många rörelser direkt blir för svåra att utföra. Barnen med Downs syndrom känner av sin dåliga balans och känner sig osäkra och är rädda att ramla så de inskränker naturligt rörelserna och spänner sig. Deras långsamma rörelsemönster, långa reaktionstid och svårigheter att kontrollera balans och fin- och grovmotoriska rörelser försvårar den motoriska träningen mycket, vilket i sin tur medför att motoriken stagnerar utvecklingsmässigt och de andra barnen drar ifrån stort i motorisk förmåga. Även vanlig förflyttning som gång och löpning kan vara problematiskt att utföra. Hastigheten att förflytta sig i gång eller löpning är låg liksom konditionen, vilket gör att en hel del idrotter faller bort som rörelsealternativ. Svårigheterna att planera rörelsesekvenser, särskilt gäller detta då de måste hantera externa händelser som att föremål eller personer flyttar sig, gör att det är svårt att idrotta tillsammans med andra. Alla lagbollsspel bygger på hantering av oförutsedda händelser, att hålla koll på var bollen är, hålla koll på var med- och motspelare är, och att parallellt hålla koll på sin egen kropp kan bli övermäktigt. Dessutom går det snabbt, spelet har regler och ofta finns tävlingsmoment med, vilket gör att det är många faktorer för barnet att hantera. Under tonåren utvecklas förmågan att planera rörelsesekvenser, också hos barn med Downs

syndrom, men den når inte samma nivå och skillnaderna mellan barn med Downs syndrom och andra barn ökar med åldern. Dessa brister gör att det kan vara svårt att idrotta och att vara fysiskt aktiv, i alla fall i aktiviteter där samspel och interaktion med andra barn ingår.

Kan barn med Downs syndrom idrotta och vara fysiskt aktiva trots sina svårigheter?

Ja, absolut det kan de! Rörelser och träningsförutsättningar måste anpassas, men det går alldeles utmärkt att dessa barn och ungdomar är fysiskt aktiva. Vissa rörelser ska göras med försiktighet, exempelvis kan man undvika kullerbyttor eller andra rörelser som belastar nacken då nackkotorna är annorlunda utformade och är mer sårbara. Då dessa barn och ungdomar ofta har överrörliga leder ska också rörelser som medför stora ledutslag undvikas. Kontaktidrotter kan medföra törnar som ger oönskade rörelser i lederna som i sämsta fall kan hoppa ur led. Stretching ska undvikas helt, eftersom lederna lätt hamnar i onormal position och kan skadas.

Barn och ungdomar med Downs syndrom kan träna upp både sin motoriska förmåga och syreupptagningsförmåga, dock inte till nivåer som andra barn kan, men de kan märkbart bli mycket bättre. Det har visats att adekvat träning för barn med Down syndrom allmänt kan utveckla den fysiska förmågan (Ullrich-French and Smith, 2009). En studie visade att syreupptagningsförmågan ökade bland individer med Downs syndrom när de tränade konditionen regelbundet tre gånger per vecka (Rimmer et al., 2004). Även icke-strukturerad träning som promenader har visats öka syreupptagningsförmågan, dock i mindre utsträckning (Dodd and Shields, 2005), men det visar att all fysisk aktivitet som blir av är bra!

Dessa barn är som alla barn beroende av sin omgivning, speciellt familjen. Föräldrarnas engagemang är mycket viktigt för alla barn, men när det gäller idrott och fysisk aktivitet för barn och ungdomar med Downs syndrom är familjens engagemang extremt viktigt då dessa barn och ungdomar inte är självgående på samma sätt som andra barn. Ofta måste föräldrar och eventuella syskon delta och assistera vid träning så

att barnet pushas och motiveras. Just motivationen till rörelse är en kritisk punkt när det gäller barn med Downs syndrom (Mahy et al., 2010). Allt tar lite längre tid och någon liten irritation kan plötsligt ge upphov till konflikt och strejk, kort sagt det kräver mer övertalning och ganska ofta en hel del tjat. När väl rörelsepasset kommer till stånd krävs det mer övning för att nå resultat och ibland kan motivationen tryta när övningsförrådet är så begränsat. Föräldrar och lärare spelar stor roll för utvecklingen av positiva attityder till idrott och fysisk aktivitet (Menear et al., 2007). Om det går att bygga upp positiva attityder kring rörelse och fysisk aktivitet kan många konflikter och tjat undvikas. Om barnet själv upplever sina framsteg och förbättring i fysisk förmåga ökar motivationen. Upplevd förmåga är en avgörande faktor för deltagande i idrott och fysisk aktivitet för alla barn, så även för barn med Downs syndrom (Dowda et al., 2001, Harter, 1982). Positiv feedback och beröm för minsta lilla framsteg är mycket viktigt, speciellt för dessa barn som kanske inte upplever egenfeedback, som tränings effekter utgör, i lika hög utsträckning som andra barn. Det är mycket viktigt att de får träna i ett en miljö som tillåter misstag och där ledare och andra deltagare ger positiv feedback och peppar till fortsatt aktivitet.

Beskrivning av funktionsnedsättningen Downs syndrom

Downs syndrom är en genetisk sjukdom och är den enskilt vanligaste medfödda kromosomavvikelsen som leder till en intellektuell funktionsnedsättning. Downs syndrom står för 47 % av alla medfödda kromosomavvikelser när alla övriga kromosomala missbildningar står tillsammans för resten av fallen (53 %).

I stället för att ha 46 kromosomer, som är det normala, så har individer med Downs syndrom 47 kromosomer. Det 21:a kromosomparet, som är kroppens mista kromosompar, bär på en extra kromosom så det blir alltså tre kromosomer 21 i stället för det normala två.

Risken att få ett barn med Downs syndrom är relativt sett konstant över hela världen vilket i detta fall innebär att ett barn med Downs syndrom föds på mellan 800–1 500 födda barn. I Sverige föds det omkring 150–200 barn med Downs syndrom årligen. Medianlivslängden hos

barn med Downs syndrom har ökat dramatiskt, från 3 år 1920 till 32 år 1972 och numera ligger medianåldern på cirka 62 år. Det som sannolikt kan ligga bakom denna positiva förändring är en utbyggd övervakning och kontroll av den gravida kvinnan och fostret inom mödrahälsovården. Efter födelsen så omfattas barnet av ett regelbundet kontrollprogram som startar redan på förlossningen/BB.

Barn som föds med Downs syndrom har också flera medicinska tilläggsåkommor som kan variera från barn till barn. Enligt den svenska Barnläkarföreningen (2014) går de flesta medicinska tilläggsåkommorna vid Downs syndrom numera framgångsrikt att behandla till exempel hjärtdefekter, syn och hörselnedsättningar, infektioner, tillväxt, hand- fot- och ledproblem.

Det finns således ett flertal synliga fysiska kännetecken som kan identifieras redan hos nyfödda barn med Downs syndrom (Parker et al., 2010). De 20 vanligast förekommande medfödda kännetecknen finns dokumenterade (Medicinska Nationella Riktlinjer för barn med DS, 2014). Inget barn med Downs syndrom har alla kännetecknen och inget tyder heller på att ju fler tecken barnet har desto värre funktionsnedsättning. Om ett nyfött barn har tolv eller fler av dessa kännetecken kan man nästan vara säker på att barnet har Downs syndrom. Har barnet mellan fem och elva kännetecken så leder misstankarna till Downs syndrom. Om barnet har fem eller färre tecken så är det aldrig Downs syndrom. Alla människor, oberoende om man har Downs syndrom eller inte, kan ha något av dessa kroppsliga kännetecken. Varje enskilt sådant kännetecken är relativt betydelselöst.

Det medfödda hjärtfelet är en vanlig fysisk defekt hos nyfödda barn med Downs syndrom och det är också det allvarligaste. Cirka 40 till 50 procent av barnen har någon typ av hjärtanomali (Parker et al., 2010). En del av hjärtfelen är så pass allvarliga att de är omöjliga att operera och barnet överlever helt enkelt inte. En del andra hjärtfel är helt lindriga och leder inte till några besvär eller någon åtgärd, andra försvinner efter en tid av sig självt. Om barnet har så kallad AV-defekt (ett komplicerat hål mellan förmak och kammare) så krävs det en operation. Detta hjärtfel är relativt ovanligt hos andra och står för cirka 40 % av hjärtfelen. Efter en sådan eventuell hjärtoperation, som vanligtvis sker

vid cirka sex månaders ålder, så bedöms de stora flertalet som vilket annat barn med Downs syndrom som helst. Helt nyligen har det kommit svenska studier som visat att barn som föds med Downs syndrom har betydligt lägre risk att ha ett komplicerat hjärtfel. Detta kopplas samman med den förbättrade fosterdiagnostiken som görs rutinmässigt på äldre mödrar och som kan leda till att graviditeten avbryts (Bergström et al., 2016).

I de allra flesta fallen så behövs det inga restriktioner vad gäller fysisk aktivitet. Barn som haft eller har någon form av hjärtåkomma ska således bedömas av läkare beträffande fysisk aktivitet. Inom detta område så kan det vara bra att veta att personer med Downs syndrom har 10-20 procent lägre maximal pulsfrekvens än vad andra individer utan funktionsnedsättning har (Hodge et al., 2017), vilket gör att de har svårt med uthållighetsaktiviteter.

Problem som generell muskelslapphet (hypotonus) och överörliga leder, som också nämnts ovan, är mycket vanligt hos personer med Downs syndrom och kan innebära en större risk för skador och ska beaktas i valet av fysisk aktivitet. Den uttalade generella muskelslappheten är det enskilt viktigaste hindret för att utveckla rörelseskicklighet och för att kunna koordinera rörelser. Muskelslapphet är vanligt förekommande och 50 % av de nyfödda barnen med Downs syndrom har det. Det instabila skelettet i bäcken och höfter gör att barnets hållning kan se avvikande ut. Ett annat viktigt område att ta hänsyn till är nackregionen (Atlano-axilkotorna), där de två små benen högst upp på ryggraden som möjliggör huvudets rörelse finns. Muskler och ligament runt kotorna som håller dem stabilt på plats är ”slappa”. Detta leder till att området riskerar att bli alltför flexibelt och kan resultera i en ledförskjutning med förödande resultat. Cirka 17 % av barn med Downs syndrom har en ökad risk för urledvridning i detta område. Restriktioner av aktiviteter som ökar press och tryck på nackregionen bör beaktas och därför ska man undvika studs mattor, dykning och gymnastikövningar som utsätter området (Annerén, 1996, Hodge et al., 2017). Detta problem finns också i knä – och höftleden, men leder inte till lika allvarliga konsekvenser.

Det dominerande kännetecknet vid Down syndrom är den intellektuella funktionsnedsättningen eftersom den förekommer hos alla individer som har Downs syndrom, om än olika uttalat. Olika försök att ge en stereotyp bild av hur en person med Down syndrom är har gjorts men dessa är oftast alltför motsägelsefulla för att vara betydelsefulla. Närmast sanningen är väl att de är som alla vi andra, det vill säga olika och komplexa.

Individer med Downs syndrom har ofta beskrivits ha en stark personlighet med stark egen vilja och en envishet som kan vara av betydelse när det kommer till att delta i fysiska aktiviteter, speciellt om den fysiska aktiviteten är styrd av spelsystem och regler. Om de har bestämt sig för något så är de oftast inte alls villiga att omförhandla sin ståndpunkt. De har svårt att bryta sin inställning och de fastnar därför i sina invanda mönster (Cunningham, 1996, Glenn et al., 2001), inte heller där är de alltså särskilt olika oss andra. Men det är mycket viktigt med noggrann planering och motivation när dessa barns och ungdomars fysiska aktivitetsgrad ska förbättras. Barn med Downs syndrom uppfattas ofta obstruera saker och ting och det är därför en krävande uppgift att motivera dem. Detta beteende kan sannolikt, åtminstone delvis, förklaras av att barnen kan ha en tilläggsproblematik såsom autism och ADHD. Helt nyligen har man uppmärksammat att autism och ADHD är vanligare hos barn och ungdomar med Downs syndrom, 34 % har autism och 42 % har ADHD, detta ska jämföras med andra barn och ungdomar utan funktionsnedsättning där endast 1 % har autism och 5 % har ADHD (Oxelgren et al., 2017). Detta är något som kan spela roll när barn med Downs syndrom ska medverka i idrott tillsammans med andra barn (Wester Oxelgren et al., 2019).

Beskrivning av en genomförd studie bland familjer med barn med Downs syndrom

Syftet med vårt forskningsprojekt var att undersöka fysisk aktivitetsgrad bland barn och ungdomar med Downs syndrom i åldrarna åtta till arton år i Sverige via information från deras föräldrar. Föräldrarna ombads att i en enkät delge sina uppfattningar om barnens olika idrottsaktiviteter, skatta barnens dagliga fysiska aktivitetsnivå, motoriska för-

måga, fysiska status, tid för stillasittande, hälsobeteenden i övrigt, upplevelser av idrott och fysisk aktivitet, upplevd allmän hälsa hos barnet samt vilka förutsättningar för idrott och fysisk aktivitet barnen/ungdomarna hade. Ett delsyfte var att undersöka föräldrarnas egna idrotts- och motionsvanor och deras attityder till idrott och fysisk aktivitet, deras erfarenheter av föreningsidrott både för egen del och för barnens del samt vilka tankar de hade i stort till barnens idrottande.

I enkätstudien deltog 310 familjer från olika delar av Sverige. Barnen med Downs syndrom (54 % pojkar och 46 % flickor) var i åldrarna 8–18 år, medelåldern var 15 år. Frågeformuläret vi använde hade två delar. En del hade frågor av sluten karaktär som har analyserats statistiskt och en del hade en kvalitativ karaktär där föräldrarna ombads att skriva fritt om tankar och erfarenheter av idrott och fysisk aktivitet för barnet med Downs syndrom. Denna del har analyserats med hjälp av kvalitativ textanalys. Alla resultat redovisas inte här, utan det är bara en kort sammanfattning.

Studien visade att åtta av tio föräldrar ansåg att fysisk aktivitet var mycket viktigt för hälsan i allmänhet och ansåg att det var viktigt att barnet med Downs syndrom var aktivt som alla andra barn. De gav dock uttryck för att deras barn med Downs syndrom hade lägre fysisk aktivitetsgrad än andra barn. Studien visade också en korrelation mellan föräldrarnas egen fysiska aktivitet och barnens aktivitet. De föräldrar som själva var fysiskt aktiva hade aktiva barn i högre grad. Detta har också visats i andra studier (Moore et al., 1991), dock inte bland barn med Downs syndrom. Mekanismer som har diskuterats som möjliga för sambandet mellan föräldrars och barns aktivitetsnivåer är bland annat att föräldrarna fungerar som förebilder för barnen, gemensamhet i aktiviteterna i familjen, stöd och positiv feedback av aktiva föräldrar för barnets deltagande i fysisk aktivitet och genetiskt överförda faktorer som predisponerar barnet till ökade nivåer av fysisk aktivitet (Moore et al., 1991).

I vår studie kunde vi påvisa korrelationen mellan aktiva föräldrar och aktiva barn, men också visa att många föräldrar efterlyste hjälp med att aktivera barnen som ibland kunde vara svåra att motivera. Föräldrarna kände sig hjälplösa och visste inte hur de skulle göra för att aktivera

barnen och ungdomarna. De önskade att det funnits ett större utbud av aktiviteter som barnen hade kunnat delta i. De upplevde att deras barn inte platsade i "vanliga" barns idrottsträning beroende på att barnen hade svårt att följa instruktioner och regler och upplevdes störa verksamheten till förfång för de andra barnen. Till viss del gick det bra att samordna aktiviteterna då barnen var små, men när barnen blev äldre var skillnaderna för stora. Föräldrarna efterlyste också ett större kunnande om Downs syndrom bland idrottstränare. Barnen och ungdomarna med Downs syndrom beskrevs som jobbiga att motivera, de satte sig ofta på tvären och föräldrarna fick delta i aktiviteterna för att övervaka och pusha. Just detta att övervaka och hålla koll upplevdes av föräldrarna som påfrestande. De önskade att det funnits träning där deras barn hade klarat sig själv och inte behövt "förkläde".

Det har påvisats att föräldrar spelar stor roll för ett fysiskt aktivt liv och för utveckling av positiva attityder till idrott (Moore et al., 1991), även så bland barn med Downs syndrom (Menear, 2007). Föräldrarna i vår studie pekade på att det krävdes mycket övertalning och motivation för att barnen skulle vara aktiva och de ville ha hjälp av specialister för att öka barnens fysiska aktivitet. Föräldrarna framförde att de kände bekymmer och oro över både barnens låga fysiska aktivitetsnivå och känslan av sitt eget tillkortakommande då de upplevde att deras ork, tid och kunnande inte räckte till för att motivera och aktivera barnen. Föräldrarna tog bland annat upp att de hade lång väg att åka till aktiviteter då utbudet var begränsat för barn med Downs syndrom där de bodde och kombinationen med familjens åtagande med arbete och skola och systemens aktiviteter gjorde att aktiviteter för barnet med Downs syndrom ibland valdes bort. Barnens karaktärer beskrevs av föräldrarna som tidvis vara svåra att hantera. Barnen satte sig ofta på tvären, hade svårt att fokusera och föräldrarna upplevde att barnen stökade då de inte förstod aktiviteter och ledares instruktioner. Föräldrarna beskrev att de var tvungna att tjata på barnen för att komma iväg på aktiviteter.

I enkäten fanns frågor som berörde barnens förmåga att förflytta sig. Föräldrarna fick bedöma barnens förmåga att förflytta sig en sträcka på cirka 3 kilometer i olika hastigheter. Ungefär 10 % av barnen bedömdes inte kunna förflytta sig denna sträcka alls, 24 % av barnen skulle kunna gå sträckan med många pauser, 38 % skulle kunna gå utan pauser, 20 %

skulle kunna gå ganska snabbt, 6 % skulle kunna jogga sträckan och 2 % skulle kunna springa ganska snabbt.

Ungefär en femtedel av barnen i vår studie ansågs av föräldrarna uppnå WHO:s rekommendationer av daglig fysisk aktivitet, vilket är minst 60 minuters kraftfull fysisk aktivitet. Vi tror att detta resultat kan vara missvisande, dels beroende på att de deltagande familjerna förmodligen utgör en positiv selektion av familjer som är intresserade av fenomenet fysisk aktivitet, och dels hur föräldrarna definierar kraftfull fysisk aktivitet. I rekryteringen för deltagande i studien fick familjerna själva anmäla intresse att delta och vi tror att de som anmälde sig är de som är aktiva i högre grad än de som inte anmälde sig, därav en skevhet åt det positiva hållet. Föräldrarna beskrev svårigheter att få barnen att vara aktiva i högre intensitet så att de blev andfådda och svettades. Detta gör att vi tror att mängden kraftfull fysisk aktivitet är överskattad och att den till största delen utgjordes av lågintensiv aktivitet. Dock fanns det barn i studien som uppenbarligen var fysiskt aktiva.

Livslängden för personer med Downs syndrom har ökat genom ökad medicinsk kunskap, uppföljningar och förebyggande av vanliga hälso-defekter, som exempelvis hjärtfel. För att ytterligare öka livskvaliteten och hälsan för dessa personer är det rimligt att erbjuda kvalitativt god och insiktsfull fysisk träning redan i barn- och ungdomen för att etablera goda vanor.

Resultaten från enkätstudien har lett till att ett internationellt projekt inom EU:s Erasmusprogram startats. Projektet har sin utgångspunkt i att fysisk aktivitet bland barn och ungdomar med Downs syndrom ska ökas. Fokus har lagts på att utveckla en utbildning för barn- och ungdomstränare i olika idrotter för att öka kunnandet om diagnosen Downs syndrom och hur dessa barn och ungdomars träning kan bedrivas på ett bra sätt. Idrottsrörelsen är organiserad på olika sätt i olika länder och för att se hur man i olika länder kan genomföra denna utbildning deltar fem olika länder i projektet (förutom Sverige deltar Norge, Litauen, Kroatien och Rumänien). Syftet med projektet är att skapa en kort utbildning för barn och ungdomstränare, höja deras kompetens för att få barn och ungdomar med Downs syndrom att känna sig mer inkluderade i olika idrottsaktiviteter.

Referenser

- Annerén, G. (1996). Den genetiska bakgrunden till Downs syndrom. I: Annerén G, Johansson I, Kristiansson IL, Lööv L. *Downs syndrom-En bok för föräldrar och personal*. Stockholm: Liber AB, 20–36.
- Barnett, L. M., Lai, S. K., Veldman, S. L., Hardy, L. L., Cliff, D. P., Morgan, P. J., Zask, A., Lubans, D. R., Shultz, S. P. & Ridgers, N. D. (2016). Correlates of gross motor competence in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 46, 1663–1688.
- Bergström, S., Carr, H., Petersson, G., Stephansson, O., Bonamy, A.-K. E., Dahlström, A., Halvorsen, C. P. & Johansson, S. (2016). Trends in congenital heart defects in infants with Down syndrome. *Pediatrics*, 138, e20160123.
- Carson, V., Lee, E.-Y., Hewitt, L., Jennings, C., Hunter, S., Kuzik, N., Stearns, J. A., Unrau, S. P., Poitras, V. J. & Gray, C. (2017). Systematic review of the relationships between physical activity and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*, 17, 854.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E. & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, 100, 126.
- Cherng, R.-J., Lee, H.-Y. & Su, F.-C. (2003). Frequency spectral characteristics of standing balance in children and young adults. *Medical engineering & physics*, 25, 509–515.
- Cunningham, C. (1996). Families of children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 4, 87–95.
- Dodd, K. J. & Shields, N. (2005). A systematic review of the outcomes of cardiovascular exercise programs for people with Down syndrome. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 86, 2051–2058.
- Dowda, M., Ainsworth, B. E., Addy, C. L., Saunders, R. & Riner, W. (2001). Environmental influences, physical activity, and weight status in 8- to 16-year-olds. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 155, 711–717.

- Galli, M., Rigoldi, C., Mainardi, L., Tenore, N., Onoratti, P. & Albertini, G. (2008). Postural control in patients with Down syndrome. *Disability and Rehabilitation*, 30, 1274-1278.
- Glenn, S., Dayus, B., Cunningham, C. & Horgan, M. (2001). Mastery motivation in children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 7, 52–59.
- Hallal, P. C., Victora, C. G., Azevedo, M. R. & Wells, J. C. (2006). Adolescent physical activity and health. *Sports Medicine*, 36, 1019–1030.
- Hardy, L. L., King, L., Farrell, L., Macniven, R. & Howlett, S. (2010). Fundamental movement skills among Australian preschool children. *Journal of science and medicine in sport*, 13, 503–508.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child development*, 87–97.
- Hodge, S., Lieberman, L. & Murata, N. (2017). *Essentials of teaching adapted physical education: Diversity, culture, and inclusion*, Routledge.
- Holfelder, B. & Schott, N. (2014). Relationship of fundamental movement skills and physical activity in children and adolescents: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 15, 382–391.
- Janz, K. F., Dawson, J. D. & Mahoney, L. T. (2000). Tracking physical fitness and physical activity from childhood to adolescence: the Muscatine study. *Medicine and science in sports and exercise*, 32, 1250–1257.
- Jobling, A. (1998). Motor development in school-aged children with Down syndrome: a longitudinal perspective. *International Journal of Disability, Development and Education*, 45, 283–293.
- Levine, J. A. (2004). Non-exercise activity thermogenesis (NEAT). *Nutrition reviews*, 62, S82-S97.
- Mahy, J., Shields, N., Taylor, N. & Dodd, K. (2010). Identifying facilitators and barriers to physical activity for adults with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 795–805.

- Menear, K. (2007). Parents' perceptions of health and physical activity needs of children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 12, 60–68.
- Menear, K. S., SIMS, S. K. & Phillips, J. (2007). Fitness testing of students with disabilities: comparing and modifying fitness tests to provide quality assessments for all students. *Strategies*, 20, 12–21.
- Moore, L. L., Lombardi, D. A., White, M. J., Cambell, J. L., Oliveria, S. A. & Ellison, R. C. (1991). Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children. *The Journal of pediatrics*, 118, 215–219.
- Oxelgren, U. W., Myrelid, Å., Annerén, G., Ekstam, B., Göransson, C., Holmblom, A., Isaksson, A., Åberg, M., Gustafsson, J. & Fernell, E. (2017). Prevalence of autism and attention-deficit–hyperactivity disorder in Down syndrome: a population-based study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59, 276–283.
- Parker, S. E., Mai, C. T., Canfield, M. A., Rickard, R., Wang, Y., Meyer, R. E., Anderson, P., Mason, C. A., Collins, J. S. & Kirby, R. S. (2010). Updated national birth prevalence estimates for selected birth defects in the United States, 2004–2006. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*, 88, 1008–1016.
- Rimmer, J. H., Heller, T., Wang, E. & Valerio, I. (2004). Improvements in physical fitness in adults with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 109, 165–174.
- Shields, N., Dodd, K. J. & Abblitt, C. (2009). Do children with Down syndrome perform sufficient physical activity to maintain good health? A pilot study. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26, 307–320.
- Shields, N., Synnot, A. J. & Barr, M. (2011). Perceived barriers and facilitators to physical activity for children with disability: a systematic review. *Br J Sports Med*, bjsports-2011-090236.
- Strong, W. B., Malina, R. M., Blimkie, C. J., Daniels, S. R., Dishman, R. K., Gutin, B., Hergenreder, A. C., Must, A., Nixon, P. A. & Pivarnik, J. M. (2005a). Evidence based physical activity for school-age youth. *The Journal of pediatrics*, 146, 732–737.

- Strong, W. B., Pivarnik, J. M., Rowland, T., Trost, S., Trudeau, F., Malina, R. M., Blinkie, C. J. R., Daniels, S. R., Dishman, R. K., Gutin, B., Hergenroeder, A. C., Must, A. & Nixon, P. A. (2005b). Evidence Based Physical Activity for School-age Youth. *The Journal of Pediatrics*, *146*, 732–737.
- Ullrich-French, S. & Smith, A. L. (2009). Social and motivational predictors of continued youth sport participation. *Psychology of Sport & Exercise*, *10*, 87–95.
- Umb-Carlsson, Ö. & Sonnander, K. (2006). Living conditions of adults with intellectual disabilities from a gender perspective. *Journal of Intellectual Disability Research*, *50*, 326–334.
- Wester Oxelgren, U., Åberg, M., Myrelid, Å., Annerén, G., Westerlund, J., Gustafsson, J. & Fernell, E. (2019). Autism needs to be considered in children with Down syndrome. *Acta Paediatrica*.
- Whitt-Glover, M. C., O'Neill, K. L. & Stettler, N. (2006). Physical activity patterns in children with and without Down syndrome. *Pediatric rehabilitation*, *9*, 158–164.
- Villarroya, M. A., González-Agüero, A., Moros-García, T., De La Flor Marín, M., Moreno, L. A. & Casajús, J. A. (2012). Static standing balance in adolescents with Down syndrome. *Research in developmental disabilities*, *33*, 1294–1300.

Inbjudan till samspel

Bo Nilsson

Den estetiska dimensionen ger oss möjlighet till uttryck och kommunikation på flera sätt, vilket vidgar individens handlingsutrymme och påverkar individens hälsa och välbefinnande positivt. Deltagande i estetiska aktiviteter får därför stor betydelse för individen i ett delaktighetsperspektiv.

I detta kapitel presenteras några olika begrepp relaterade till lek, skapande och estetiska verksamheter. Därefter diskuteras med hjälp av några konkreta exempel från olika verksamheter hur ökad förståelse kring lek och skapande kan användas för att förstå och utforma estetiska aktiviteter i en utvecklande, demokratisk riktning som också kan påverka hälsa och välbefinnande. Särskild uppmärksamhet ägnas åt musikaliska aktiviteter.

Alla har rätt till lek

Sveriges Riksdag har röstat ja till att införa Barnkonventionen som svensk lag, gällande från 1 januari 2020. En viktig utgångspunkt för detta kapitel utgörs av barns rätt till lek. Det är förstås inte bara barn som leker, alla leker.

I FN:s konvention om barnets rättigheter, eller Barnkonventionen som den ofta kallas, formuleras i §13 barns rätt till yttrandefrihet och rätt använda alla medier och uttrycksmedel. Barnets rätt till yttrandefrihet innebär frihet att söka, ta emot och sprida information och tankar av alla slag, i tal, skrift eller tryck, i konstnärlig form eller genom något annat uttrycksmedel. Konventionsstaterna åtar sig i §31 att uppmuntra barnets möjligheter till kulturell och konstnärlig verksamhet samt till rekreations- och fritidsverksamhet anpassad till barnets ålder.

Vi ser hur texten i Barnkonventionen på ett tydligt sätt knyter samman lek och konstnärlig (estetisk) verksamhet med yttrandefrihet, en sak som vi gärna kan hålla i minnet.

Musik och lek

Kopplingen mellan lek och musik finns i många kulturer och syns tydligt i flera europeiska språk, exempelvis betyder tyskans spielen, franskans jouer och engelskans play samtidigt att leka, spela och att spela musik. Modern svenska delar upp begreppen och använder två ord: leka och spela. På medeltiden fanns i svenskan dock liknande koppling mellan musik och att lek, som när kringvandrande gycklare och spelmän kallades lekare. En intressant koppling finns i kinesiskan, där elementen ”silke” som symboliserar stränginstrument och ”bambu” som symboliserar flöjtinstrument sätts samman till ett och samma skrivtecken som samtidigt betyder glädje och musik (Lindqvist, 1989).

Vad är då lek och vad betyder lek för oss? Winnicott (1981) menar att kreativitet ”färgar hela vår attityd till verkligheten” (s. 90). När vi lever kreativt kan detta ses som ”ett tecken på hälsa” (s. 90). Winnicott kopplar samman kreativitet och lek som han menar utgör ett utmärkande drag för vårt sätt att leva:

Det är i lekandet och enbart i lekandet som barnet eller den vuxne kan skapa, vara kreativ, och det är enbart genom att vara kreativ som individen kan finna sin identitet, sitt 'själv'. (s. 77)

Vi ser att Winnicott inkluderar vuxna när han talar om lek. Vygotskij (1995) resonerar i samma riktning och anser att människans fantasi hänger samman med vår hjärnas kombinatoriska förmåga. Han påpekar att skapandet inte bara förekommer i samband med betydelsefulla upptäckter eller skapelser utan framför allt i vardagen:

Överallt där en människa fantiserar, kombinerar, förändrar och skapar något nytt, vad det än må vara, hur obetydligt detta nya kan förefalla jämfört med vad genierna skapat. (s. 15)

Lek refererar i detta kapitel inte direkt till lekar med bestämda namn. I stället vill jag tala om lek som en företeelse, aktivitet och som ett fenomen. Med lekbegreppet syftar jag alltså på lek i en övergripande, antropologisk betydelse. Lek är en utforskande aktivitet som vi ofta associerar med skapande och kreativitet, men som också har avgränsningar och regler. Lek kan vara stramt formaliserad som exempelvis schack, men också mera fri och öppen som tafatt eller kurragömma.

Lek innehåller alltid olika grader av improvisation, konkret innebär detta att vi inte vet precis hur leken kommer att sluta, vilket är en av huvudpoängerna med lek. Leken måste därför alltid innehålla ett visst mått av oförutsägbarhet. Huizinga (1955) framhåller lekens inslag av osäkerhet, liksom Caillois (1961):

An outcome known in advance, with no possibility of error or surprise, clearly leading to an inescapable result, is incompatible with the nature of play. Constant and unpredictable definitions of the situation are necessary. (s. 7)

Om vi på förhand visste hur det skulle gå vore det förstås onödigt att leka! Fotboll, schack, kurragömma eller tafatt saknar ju mening ifall resultatet är känt på förhand! Nedan sammanfattar jag några viktiga egenskaper hos lek:

Lek är en frivillig aktivitet
Lek har en bestämd plats och tid
Lek är en osäker aktivitet där utvecklingen inte kan bestämmas i förhand.
I lek sätts vanliga lagar åt sidan och ersätts tillfälligt av nya
Lek innehåller en speciell medvetenhet om en alternativ verklighet

En viktig konsekvens av lekens egenskaper är att vi vet när vi leker. Vi förväxlar inte lek med ”verklighet”, utan leken blir ett medium för oss att utforska vår fantasi och kreativitet.

Erbjudanden, lek och flow

Teaterimprovisatören Keith Johnston menar att improvisation alltid sker i interaktion med andra. Johnston (1988) använder termerna *erbjuda*, *acceptera* och *blockera* för att beskriva ett improviserat samspel. Ett erbjudande som någon ger kan accepteras eller blockeras av den som får erbjudandet. Om erbjudandet blockeras hindrar detta situationen från att utvecklas. Ett erbjudande i Johnsons mening kan ses som ett erbjudande att delta i lek och improvisation.

Erbjudanden kan vara av en mängd olika slag och begränsas inte nödvändigtvis till handlingar eller verbala förslag från en annan person att handla. För att beskriva erbjudanden från miljö, minnen, förväntningar

och olika slags artefakter skapade Gibson (1979) begreppet *affordances*. Ibland används Birgitta Qvarsells förslag *meningserbjudanden* som svensk översättning på begreppet *affordances* (Nilsson, 2002).

Ett erbjudande om lek kan uppfattas som att det kräver kompetens som i alltför hög grad överstiger det som individen klarar för tillfället. Då kan situationen upplevas som hotande, olustig och kanske otrygg. När ett erbjudande å andra sidan uppfattas som alltför enkelt kan individen i stället lätt bli uttråkad. I en balans mellan utmaning och förmåga uppstår vad Csikszentmihalyi (2016) kallar en *flowkanal*. Vi kan tänka oss att det är här som inslaget av lek får möjlighet att växa sig starkt. Ett erbjudande om handling som ansluter till en individs *flowkanal* kan då också ses som en inbjudan till lek.

Gemensamt för all lek är att den är frivillig och det är alltså upp till den enskilde deltagaren att acceptera eller blockera ett erbjudande att delta i lek. Individen är alltså inte utlämnad till att reagera på erbjudanden från omgivningen, utan kan också på egen hand omforma, utveckla, reglera ett erbjudande så att detta hamnar i *flowkanalen*. En anpassning av ett erbjudande kan ske på olika sätt, här några exempel:

- Genom att själv modifiera nivån på kompetens hos utmaningen.
- Genom att i interaktion med andra utveckla sin förmåga.
- Omforma utmaningen så att den bättre motsvarar förmågan.
- Individen kan också vara den som själv skapar erbjudanden.

Interaktionen med andra leder tankarna till Vygotskijs begrepp *proximala* (närmaste) *utvecklingszonen*, på engelska *Zone Of Proximal Development* (ZPD). Med *närmaste utvecklingszonen* menas att individen i interaktion med andra, mer kompetenta, kan åstadkomma mera än vad som kunde uppnås på helt egen hand (Vygotskij, 1978).

Musik och andra färdigheter

Ett erbjudande att delta i lek kan som vi såg i förra avsnittet i slutänden leda till lärande och utveckling. Musik har visat sig ha positiv påverkan på barns (och troligen även vuxnas) lärande och förmåga också inom

andra områden än det musikaliska. Forskning av den kanadensiske psykologen E. Glenn Schellenberg (2005) visar positivt samband mellan musiklektioner och läsning, matematik, verbal och spatial förmåga. Schellenberg gav 144 6-åringar en fullt standardiserat IQ-test (WISC-III) innan de började i första klass (ålder 6) och sedan igen efter ett år (ålder 7). Två av barngrupperna fick 36 veckors undervisning i keyboard eller sång. En av kontrollgrupperna fick dramalektioner och den sista gruppen hade inga förändringar alls av sin undervisning. Schellenbergs studie visar hur grupperna med lektioner i keyboard eller sång fick högre resultat på samtliga tester jämfört med kontrollgrupperna som fick dramalektioner eller inga extra lektioner alls (Schellenberg, 2005). De faktorer som undersöktes var Intelligenskvot (IK), Verbal funktion, Perceptuell funktion, Arbetsminne och Snabbhet.

Förändringarna är inte så stora, men anses varaktiga. En förklaring till musiklektioners positiva påverkan kan enligt Schellenberg vara att musiklektioner är speciella genom att:

- (a) de är en skolliknande aktivitet som många barn tycker om,
- (b) flera färdigheter tränas under musiklektioner,
- (c) musik är en domän som stimulerar abstrakt tänkande,
- (d) att lära sig musik har likheter med att lära ett nytt språk.

En tänkbar övergripande förklaring kan vara att musik i viss mån kan påverka andra förmågor som exempelvis koncentration, konsten att hantera långa händelsekedjor och liknande. Schellenbergs forskning visar alltså hur musikundervisning och eget aktivt musicerande ökar en rad förmågor.

Tidigare forskning inom området har ofta utförts med i huvudsak medicinskt baserade antaganden om människors relation till musik (Ruud, 2008; 2011). Ett liknande förhållningssätt kan vi se i aktuell debatt om barns hjärnor och lärande. Lars-Erik Berg, styrelseledamot i Lekfrämjandet, IPA Sweden och professor emeritus i socialpsykologi vid Högskolan i Skövde, menar att:

Hjärnforskningen visar att lärandet i både matematik och svenska skulle förbättras med hjälp av musik- och lekverksamheter. (Berg, 2018)

Här ger Berg uttryck för en ganska instrumentell uppfattning om musik och lek. Berg bortser nästan helt från musiken som estetiskt uttrycksmedel, och lyfter i stället fram den positiva effekt som musik och lek kan ha för barns hjärnor och för deras lärande inom skolans andra ämnen. Även om forskning av visar att musikaliska aktiviteter kan öka förmågan inom flera andra områden Schellenberg (2005) betyder detta inte att musik och lek kan ses som en enkel pedagogisk medicin som inte relaterar till den estetiska kontexten.

Lärande och utbildning är viktiga mål både i folkhälsa och barnkonventionen och gör musikens relevans för dessa betydelsefull. Att utöva musik och andra estetiska aktiviteter och att lära sig och utvecklas bör ses som en grundläggande mänsklig rättighet (Nilsson, 2011). Schellenbergs forskningsresultat redovisas i statistisk form och vi vet därför bara hur elevgruppernas förmåga utvecklades under det år som studien pågick. Det finns som jag ser det intressanta följdfrågor att ställa som inte besvaras i studien, som exempelvis vad som hände i elevernas fortsatta utveckling? Vilken betydelse fick musikaktiviteterna för barnens kommunikation och uttryck? En annan viktig fråga handlar om hur mycket elevernas förmåga påverkades på individnivå. Kanske kan en elev med kognitiv funktionsnedsättning genom utökade musiklektioner tänkas öka sin förmåga mera än gruppens genomsnittliga ökning?

Musik och hälsa i vardagen

Vi vet att individen kommer att utveckla en fysisk och psykisk relation till musik oavsett om detta sker tillsammans med en musikerapeut, musikpedagog eller någon annan (Bonde, 2011). Praktiska erfarenheter från fältet visar att musik förekommer inom många olika professioner som vanligtvis kanske inte förknippas med musik, som exempelvis kyrkomusiker, sjuksköterska, diakon, socionom, personlig assistent och liknande. I sex explorativa intervjuer, utförda under 2017–2018, undersöktes de personliga ”teorier” olika aktörer hade om musikens roll i det egna arbetet (Nilsson, 2018).

Resultatet kan preliminärt beskrivas i tre huvudvariationer:

Musik som kommunikativt verktyg: Musik för människor samman: Inkludering, samspel, kommunikation.

Musik som professionellt verktyg: Höja livskvalitet och välbefinnande. Musik ökar minne, motorik och stimulerar vissa hormoner som exempelvis dopamin och oxytocin.

Egen upplevelse: Att musicera med andra ger positiv energi och inspirerar till att göra mera (för klienterna/eleverna). Men också att den musikaliska aktiviteten utvecklar den egna rollen som musiker och exempelvis pedagog.

Resultatet från de sex intervjuerna visar också hur musikaliska aktiviteter som ytterst syftar till att öka hälsa och välbefinnande hos andra också kan resultera i positiva upplevelser för aktörernas egen del.

Ruud (2013) diskuterar hur människor i vårt moderna samhälle använder musik i sin vardag för att öka den egna hälsan och välbefinnandet (well-being). En slags självmedicinering med musik. I en explorativ studie intervjuade Ruud individer om hur de använde musik i sin vardag för att påverka sin hälsa och sinnestillstånd. Ruud fann att körsång, lyssna på favoritmusik, spela instrument för sig själv, dansa, skriva låtar och spela i band var återkommande aktiviteter hos sina informanter. I min egen undersökning av barns musikskapande med digitala verktyg (Nilsson, 2002) finns flera exempel, på hur barn använde musik för att bearbeta olika saker och i ett fall ”bota” sig själv. Gunborg var 8 år och hade olika trick att ta till när det blir tråkigt och när hon vill tänka i musik. Hon berättade hur hon lekte att hennes hjärna var en dator med musik:

Ibland när jag inte har något att göra i skolan så brukar jag ... ha handen precis som på en mus, så föreställer jag mig att jag har en dator i min hjärna, så går jag ner i Fil och så står det Musik där, så klickar jag på det. Så kommer det så'n musik i örat. Det är jättekul! (skrattar). jag kan se det till och med när jag har öppna ögon, det är kul. Jag går ner i Fil och så sätter jag på musik.

Gunborg kan starta sin musiklek när som helst och ofta blir det blir ny musik som hon hittar på. Ibland har Gunborg huvudvärk, men har ett eget sätt att lindra denna:

Alltid när jag har fått huvudvärk så sitter jag och spelar på min lilla dator och då blir det alltid bättre. Eller så sätter jag på musik.

Leken erbjuder en teknik för Gunborg att använda musiken för att öka hälsa och välbefinnande. Ruud (2013) föreställer sig musik som en kulturell immunogen, vilket han anser kan jämföras med exempelvis tandhygien, användning av säkerhetsbälten eller goda sömnvanor.

Musik och lek i verksamheter på fältet

I detta avsnitt ges några konkreta exempel på hur musik och andra estetiska aktiviteter kan stödja hälsa och välbefinnande.

Clownronden

Sjukhusclowner börjar dyka upp i fler och fler regioner i Sverige. De använder sig i hög grad av estetiska verktyg i sitt arbete med barn och unga, särskilt ofta av musik. Clownerna besöker barn som av olika anledningar vistas på sjukhus och skapar interaktioner som underlättar barnens dag. Clownronden består av en grupp professionella särskilt tränade artister som arbetar med sjuka och funktionsnedsatta barn, ungdomar och äldre. Clownerna arbetar mycket med improvisation utifrån ett salutogent perspektiv (betoning på det friska) och besöker ofta barn på sjukhus. I vissa fall kanske besöken även påverkar clownernas egen dag genom de oförutsedda möten och händelser de får vara med om. Jag fick följa med två av Region Skånes clowner, Jack (Jerker Hejken skjöld) och Sven (Rodrigo Flores-Aguilera), på en av deras ronder.



Figur 1. Sjukhusclownerna Jack och Sven på besök

Ett besök av sjukhusclownerna Jack och Sven börjar som regel med att de först inhämtar aktuell information om de patienter som finns på avdelningen. Vilka barn kan vara extra lämpliga att besöka, vilka inte. Är någon infektionskänslig exempelvis inför en operation eller efter behandling? Sköterskorna på avdelningarna känner clownerna sedan tidigare och ger nödvändig information inför clownernas rond. Alla barn har någon vårdnadshavare hos sig på avdelningen, vilket löser frågan om integritet och medgivande. Föräldern kan självklart avstyra besöket,

vilket dock är ovanligt. Följande exempel är hämtade från anteckningar jag gjort som medföljande observatör vid några av clownernas besök på olika avdelningar.

Imse Vimse Spindel

Clownerna Jack och Sven knacker på och går in i rummet där en pojke i 4–5-årsåldern sitter med sin mamma. Han har precis kommit tillbaka från en behandling och har dropp.

Clownerna börjar sjunga Imse Vimse Spindel. Pojken tittar intresserat, men deltar inte. Jack tar fram en flaska i form av en clownfigur med såpbubblor och skruvar av hatten. Inget händer. Jack ber kollegan Sven att vinka. Sven vinkar och bubbelspiralen kommer upp. Men den åker ner igen och vi måste alla vinka för att hålla spiralen uppe. Nu gör Jack fina bubblor som pojken följer med blicken. Till slut kommer ett litet leende från pojken. Jack skriver på ett kort som clownerna brukar ge barnen. Kortet levereras till pojken med "flygpost". Clownerna går vinkande ut i korridoren.

Jack och Sven berättar att de känner att det är dags att avsluta och gå vidare när de ser att det "lossnar", en förändring. Kanske ett leende. Att lämna över kortet är en signal att besöket är slut.

Hip hop på rummet

Patienten är en pojke i 16-årsåldern som vi fått information om är infektionskänslig. Jag beslutar därför att stanna i förrummet och observera genom den halvöppna dörren. Pojkens pappa sitter med.

Jack: Får vi komma in? Vi har hört att du gillar musik. Vad heter du?
(Fast clownerna känner ju redan till vad pojken heter).

Jack: Vilken sorts musik gillar du?

Pojken: Hip hop.

Jack och Sven gör nu en egen version av "hiphop" med ukulele och "muntrummor". Texten består av nonsens-text där pojkens namn förekommer frekvent. Skrätt från pojken och hans pappa.

Jack: Var det bra?

Pojken jakar tveksamt.

C: Vi kanske ska öva litet mer.

Pojken spricker upp i ett leende och skrattar. Vi går.

Senare möter vi pappan i korridoren, han skrattar och säger några uppskattande ord.

Kommentar: Man skulle kunna tro att pojken var för gammal för att tramsa kring hiphop. Men han accepterade villigt erbjudandet att delta i leken.

O Sole Mio och styggpost

Patienten är en flicka i 17-årsåldern som väntar på en operation nästa dag. Flickans mamma är också på rummet. Clownerna gör försiktig entré.

Jack: Sjunger du?

Flickan: Bara litet.

Jack: Du behöver bara sjunga litet.

Sven: Sjunger mamma?

Clownerna framför *O Sole Mio* med en blandning av den italienska originaltexten och påhittad nonsens-text. Smäktande sång av Sven till ukulele.

Applåder.

Jack tar fram ett kort och börjar rita på baksidan med sina tuschpennor: Har du ett favoritdjur?

Flickan: Panda!

Jack ritat och mumlar: Så här ser dom ut, det här är en panda. Vill du ha brevet med flygpost, smygpost, snyggpost eller styggpost?

Flickan häpet: Vad?

Jack förklarar de olika alternativen:

Flygpost (vingar), smygpost (trippande), snyggpost (pekar på Sven) och styggpost: Det är jag!

Flickan: Styggpost!

Jack: Oj, det är så jobbigt! Han går ut. Bankar häftigt på dörren och sliter upp den, kommer in med arg uppsyn och ryter.

Flickan skrattar. J kastar brevet på sängtäcket. Flickan skrattar igen.

Vi går.

Här hände samma sak som tidigare med tonårspojken. Först är flickan ganska allvarlig och svarar seriöst på frågor. Efter det parodiska upp-trädandet med O Sole Mio accepterar hon villigt erbjudandet att delta i leken som kulminerar i leveransen med ”styggpost”.

Vi är där för barnens skull. För att lindra deras uttråkiga situation. De kan ha oro, smärta etc. Vi får dem att tänka på annat. Föräldrarna kanske får se sitt barn le och blir berörda. De får se sitt barn slappna av. De kan också roas för egen del. Allt detta ser vi. När barnet ler har det skett en avslappning. (Jerker)

Erbjudandet att delta i clownernas lek accepteras nästan alltid och barnen deltar i den nya leken. Improvisation och oplanerade händelser avlöser varandra i en interaktion. Här kan begreppet *intersubjektivitet*, presenterat av von Wright (2000), användas för att ytterligare belysa de situationer som beskrivits ovan. I von Wrights mening innebär intersubjektivitet ”ett samförstånd i en samtidighet, dvs. att deltagarna i en interaktionssituation möts i kommunikationen och delar en verklighet som kommer till dem ur detta möte” (s. 75). Musicking och clownron-den kan ses som ett utmärkta konkreta exempel på just sådant ”samförstånd i samtidighet”.

”Viktiga personer” – nyanlända tonåringar skapar musik

I detta exempel möter vi nyanlända tonåringar som på Kometskolan i skånska Staffanstorps tillsammans med sin musiklektör Elisabet Johansson gör egna låtar som man spelar in och publicerar på YouTube. Fyra nyanlända elever, två flickor och två pojkar, skrev sången ”Viktiga personer” tillsammans med sin musiklektör på Kometskolan i Staffanstorps. Samtliga elever är nyanlända till Sverige, men med olika förstaspråk. Låten handlar om vikten av familj och vänner och publicerades sedan i en musikvideo på YouTube (fig. 2).



Figur 2. Musikvideon Viktiga personer:
<https://www.youtube.com/watch?v=ZtCZH2jkWzE>

Viktiga personer

När man är liten är familjen jätteviktig

Man känner sig trygg för att man vet att dom alltid finns där

I familjen hjälper man varandra

Man gråter, man skrattar tillsammans

Det är inte viktigt att ha många vänner

Vi behöver en vi verkligen känner

En vän som alltid finns vid ens sida

En vän som lyssnar, inga rykten vill sprida

När man har det jobbigt, har det svårt

Ger den sin tröst, säger inte något hårt

När alla försvinner, alla drar

Den sanna vännen stannar kvar

Vänner är något av det vackraste i världen

Man ser dom inte alltid, men man vet att dom alltid finns där

En riktig vän har man inte bara för en dag

Man finns för varandra för alltid

Elisabet berättar:

Eleverna kunde inte engelska och inte svenska. Jag tänkte direkt att de kan ju ha musik. Vi glömmer allt teoretiskt, kör bara praktiska delar, då behöver vi ingen svenska. De kom in i det direkt och fick samhörighet.

Nyanlända kanske inte har svårighet att lära sig, kanske inte heller sociala svårigheter. Men de kommer till ett nytt land och kan inte kommunicera. Men med musiken! Efter ett par gånger hade de lärt sig ett instrument och vi spelade tillsammans. Glädjen och samhörigheten, samspelet var fantastiskt att se.

Eleverna accepterade musiklärarens erbjudande att delta i musikskapandet, som kan ses som en form av lek där pojkarna och flickorna får möjlighet att uttrycka sig och samarbeta utan att språkliga barriärer sätter hinder i vägen.

Avslutande reflektioner

Kopplingen mellan musik och lek är stark och stärker möjligheter till kontakt och kommunikation. Clownrondens musiklektion öppnar upp för fantasi och avspänning hos barn och anhöriga utan några explicita krav på att formulera sig språkligt. Genom att lämna sitt kort har clownerna också funnit på sätt att avsluta sina besök, något som kanske annars skulle kräva förklaringar och verbalt avsked. I musikens och lekens värld blir många symboler självklara. De flesta har intuitiv känsla för att acceptera ett erbjudande om lek, vilket gör att en situation kan utvecklas vidare utan att patienten, eleven, clownen eller läraren precis i förväg vet vad som kommer att hända eller hur leken ska sluta. Spännande och utmanade på just den nivå dit deltagarna gemensamt styr situationen.

De nyanlända eleverna får en utökad mening och förståelse för sin egen och övrigas situation genom det gemensamma arbetet med musikskapandet. Detta manifesteras när de stolta kan dela med sig av det slutliga resultatet på YouTube.

En ytterligare aspekt är att estetiska aktiviteter som musik och lek kan hjälpa individen att göra världen begriplig och hanterlig, just det som

Antonovsky (1991) avser med begreppet Sense of Coherence (SOC), på svenska Känsla av sammanhang (KASAM). Här finns en tydlig koppling till Ruuds ide om att se musikaliska aktiviteter som en slags kulturell immunogen (Ruud, 2013) och att utsträcka denna tanke till att omfatta lek och andra estetiska aktiviteter. Jag ser musik och lek som oöverträffade aktiviteter när det gäller att framkalla samspel av olika slag mellan individer.

Referenser

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Berg, Lars-Erik (2018). *Lek på allvar gynnar lärandet*. Pedagogiska magasinet (2) (Maj 2018).
- Bonde, L. O. (2011). Health Musicing-Music Therapy or Music and Health? A model, empirical examples and personal reflections. *Music and arts in action*, 3(2), 120–140.
- Caillois, R. (1961). *Man, Play and Games*. New York: The Free Press.
- Csikszentmihályi, Mihály (2016). *Flow: den optimala upplevelsens psykologi*. Tredje pocketutgåvan Stockholm: Natur & Kultur
- Gibson, J. J. (1979). *The Ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton Mifflin.
- Huizinga, J. (1955). *Homo Ludens*. USA: Beacon Press.
- Johnstone, K. (1988). *IMPRO – improvisation och teater*. Jönköping: entré/Riksteatern.
- Lindqvist, C. (1989). *Tecknens rike*. Slovenien: Bonniers.
- Nilsson, B. (2002). *"Jag kan göra hundra låtar". Barns musikskapande med digitala verktyg*. Malmö: Musikhögskolan i Malmö.
- Nilsson, B. (2011) Yttrandefrihet genom musik – estetiska uttrycksformer i ett vidgat inkluderingsbegrepp. *Specialpedagogisk tidskrift – att undervisa* (3), 6–9.
- Nilsson, B. (2018). Swedish Narratives About Music and Health. *ISME Commission for Music in Special Education and Music Therapy 2018*. Salzburg, Austria.
- Ruud, Even. (2008). Music in therapy: Increasing possibilities for action. *Music and Arts in Action*, 1(1), 46–60.
- Ruud E. (2011). *Varma ögonblick: om musik, hälsa och livskvalitet*. Göteborg: Unipud förlag.
- Ruud, E. (2013). Can music serve as a “cultural immunogen”? An explorative study, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 8(1), <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20597>.

- Schellenberg, E. Glenn. (2005). Music and cognitive abilities. *Current Directions in Psychological Science*, 14(6), Dec 2005, 317–320
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society*. London: Harvard University Press.
- Vygotskij, L.S. (1995). *Fantasi och kreativitet i barndomen*. Göteborg: Daidalos.
- Winnicott, D. W. (2003). *Lek och verklighet*. 3. Utg. Stockholm: Natur och Kultur.
- Von Wright, M. (2000). *Vad eller vem? En pedagogisk rekonstruktion av G H Meads teori om människors intersubjektivitet*. Göteborg: Daidalos.

Existentiell hälsa hos barn och ungdomar – smärta, stress och läkemedelsanvändning

Pernilla Garmy, Eva K. Clausson, Erika Hansson, Ann-Christin Sollerhed, Eva-Lena Einberg

Ungdomar har många existentiella funderingar kring bland annat smärtsamma och stressfyllda upplevelser. Att uppleva stress och smärta är en naturlig del av livet, och är i lagom dos nödvändigt för människans överlevnad. Dock är många barn och unga bekymrade över den nedstämdhet, oro och smärta som de upplever. Över hälften av flickorna på gymnasiet, och en tredjedel av pojkarna, har ofta huvudvärk, magont eller ryggsmärta (Borgman, Ericsson, Clausson, & Garmy, 2018). De ungdomar som dessutom känner sig nedstämda och/eller är mobbade, använder i högre grad smärtstillande läkemedel för att få bukt med smärtan (Garmy, Hansson, Vilhjálmsdóttir & Kristjansdóttir, 2019b; Hena, Leung, Clausson, & Garmy, 2019). Användning av läkemedel kan i många fall vara en adekvat hälsofrämjande åtgärd, men överdriven användning av smärtstillande läkemedel kan orsaka såväl beroende som biverkningar. Nu riktas blicken mot ungdomars existentiella hälsa i forskningsprojektet ”Stress, smärta och läkemedelsanvändning hos ungdomar” vid Forskningsplattformen Hälsa i Samverkan vid Högskolan Kristianstad. Det kan handla om hur barn och ungdomar resonerar kring vilka strategier de använder och vilka strategier de önskar att de skulle använda för att lindra och hantera stress och smärta. Det är av stor betydelse att tillsammans med barn och ungdomar utforska hälsofrämjande faktorer och strategier som ökar välmående och främjar hälsa för att minska onödig läkemedelsanvändning.

Barns delaktighet i forskning

Barns hälsa har främst studerats genom att tillfråga vuxna, genom observationer av barn, eller genom självskattningsinstrument och mer sällan genom att samtala direkt med barn om deras egna erfarenheter av hälsa. Enligt barnkonventionen (Unicef, u.å) som blir svensk lag 2020 ska barn tillfrågas i det som berör dem. Barn har rätt att få uttrycka sina åsikter och få dem beaktade varför det vid studier som berör barn är

viktigt att göra det möjligt för barn att delta och bidra med sina kunskaper och erfarenheter. Hänsyn behöver tas till barns kognitiva förmåga genom att anpassa ex. datainsamlingen så att det blir begripligt, hanterbart och intressant för barnen att delta (Einberg, 2016). Vårdnadshavare ska tillfrågas om samtycke till att deras barn deltar men även samtycke från barnen själva bör inhämtas (Lag om etikprövning av forskning som avser människor, SFS 2003:406), och att barnen ges möjlighet att avbryta sitt deltagande om de så önskar. Vid planering av hälsofrämjande insatser är det betydelsefullt att inhämta synpunkter från målgruppen för insatsen (WHO, 1986), dvs. när interventioner planeras för barn bör deras synpunkter efterfrågas. Genom att ta till vara barns egna erfarenheter och synpunkter skapas bättre förutsättningar för att interventioner riktade till barn är anpassade för dem, att interventionerna når framgång och därmed blir hållbara på sikt.

Existentiell hälsa

Existentiell hälsa innehåller aspekter som upplevelser av mening med livet, helhet och styrka, förundran, harmoni och inre lugn samt framtidstro (Melder, 2011; WHO, 2002). Den existentiella hälsan handlar om förmåga att tro på och ta till vara livet och har betydelse för hur fysisk, psykisk och social hälsa uppfattas. Cecilia Melder (2011) lyfter fram aspekter av existentiell hälsa, bland annat en upplevelse av att det finns ett speciellt syfte med att just jag lever, att man kan känna inspiration och tacksamhet inför sin omgivning, till exempel naturen, konst och musik. Det handlar också om helhet och integration, det vill säga att tankar, känslor, handlingar, kropp, psyke och det andliga är en enhet, samt andlig styrka genom att hitta sätt att komma igenom det som är svårt och känna glädje i livet. Andra aspekter är harmoni och inre frid, det vill säga att vara tillfreds med sig själv och känna ett lugn, och hoppfullhet och optimism, att ha en framtidstro även när livet är svårt. Det kan även handla om tro som resurs (som inte behöver vara av religiös art) som ger en styrka i vardagen och hjälper en att njuta av livet (Melder, 2011). I arbetet med att utforska hälsofrämjande faktorer och strategier hos barn och ungdomar för att hantera smärta och stressfyllda situationer, är det betydelsefullt att beakta aspekter av existentiell hälsa. I samtal med barn och ungdomar med depressiva symtom är det viktigt att samtala om känslor och att bekräfta att det är en styrka att söka hjälp

(Deschochers & Houck, 2014). Det är betydelsefullt att de vuxna som barn och ungdomar kan tänkas vända sig till med sina problem är förberedda på att kunna samtala på ett konstruktivt och hjälpsamt sätt (se faktaruta för allmänna råd om hur man gör detta).

Smärta och stress hos svenska ungdomar

Stress kan definieras på olika sätt. Enligt Institutet för stressmedicin (2019) är stress

”den biologiska och psykologiska reaktion på olika påfrestningar, dvs. den mobilisering av resurser som görs för att hantera olika typer av krav (stressbelastning). Reaktionen avspeglar både erfarenheter, känslor och fysiologiska reaktioner på den givna situationen. Stressreaktionen är ändamålsenlig och i de allra flesta fall inte farligt. Det är först när en stressbelastning överskrider en för varje individs förmåga att psykologiskt och fysiologiskt att hantera belastningen som negativa konsekvenser kan uppstå i form av somatiska, psykiska och beteendemässiga konsekvenser”.

Att smärta och stress hos svenska ungdomar är vanligt förekommande visar två nyligen publicerade studier från forskningsmiljön CYPHiSCO (Borgman et al., 2018; Hena et al., 2019). I den första studien besvarade 639 elever i gymnasiets årskurs 1 en enkät om stress och smärta. Det framkom då att över hälften av flickorna (56 %) och en tredjedel av pojkarna (33 %) hade huvudvärk, magont eller ryggsmärta varje vecka. Nästan varannan flicka (48 %) och var fjärde pojke (25 %) hade depressiva symtom. Studien visar ett tydligt samband mellan smärta och nedstämdhet (Borgman et al., 2018).

I den andra studien besvarade 878 elever i årskurs 8 en enkät om stress, smärta och användning av smärtstillande läkemedel. Det framkom då att de elever som upplevde smärta, men som också kände sig nedstämda, i större utsträckning använde smärtstillande läkemedel (Hena et al., 2019). Elever som däremot mådde psykiskt bra, men som hade huvudvärk, kanske kan ”stå ut” med smärtan. Också andra sätt än läkemedel söktes för att lindra smärtan – exempelvis genom att äta, dricka, vila eller att aktivt gör något för att distrahera kroppen, exempelvis fysisk aktivitet eller massage. Ungdomar som kände sig stressade och/eller har ont på olika ställen i kroppen, vände sig till elevhälsan för att få råd och hjälp. Samtidigt var ungdomarna ofta osäkra på vilken

reaktion de skulle få. Det viktigt att den vuxne klarar balansen mellan att ge vägledning och ta hänsyn till ungdomens självständighet (Desrochers & Houck, 2014).

Följande råd är hämtade från Depression in Children and Adolescents, Guidelines for School Practice (Desrochers & Houck, 2014, sida 246, Appendix: Handout I, vår översättning):

- Bekräfta att det är viktigt att samtala om känslor och att det är en styrka att söka hjälp
- Lyssna aktivt och visa att du bryr dig om elevens välmående
- Respektera ungdomens önskan om att få vara normal
- Notera beteenden som kan indikera depression
- Kommunicera en autentisk förståelse för vad depression innebär
- Använd elevens egna ord för att beskriva symtomen
- Acceptera symtomen – försök inte att övertyga eleven om att hen inte har dessa känslor
- Var lösningsfokuserad

Faktaruta 1. Råd om att samtala med barn med depressiva symptom i skolan

Mobbing, ledsenhet och smärta hos barn och ungdomar

Mobbing förekommer i varenda skola och vad värre är, dess effekter kan vara minst sagt förödande för den som drabbas. Vi har undersökt samband mellan mobbing, nedstämdhet, smärta och användning av smärtstillande läkemedel bland skolbarn. Fyra studier kring mobbing genomfördes inom ramen för det internationella forskningsnätverket Health Behavior in School-aged Children (HBSC) med hjälp av självrapporterade data från en stor (N = 11 018) isländsk barn- och ungdomspopulation i åldrarna 11–15 år. Syftet var att undersöka förekomst av mobbing (Garmy, Vilhjálmsón & Kristjánisdóttir, 2018), och i hur stor utsträckning mobbing var associerat med fysisk smärta såsom ont i magen, rygg-, huvud- eller axelsmärta (Garmy, Hansson, Vilhjálmsón & Kristjánisdóttir, 2019a), såväl som depressiva symptom, svårigheter att somna, yrsel och/eller en allmän självupplevd dålig hälsa (Hansson, Garmy, Vilhjálmsón & Kristjánisdóttir, 2019). Vidare undersökte en fjärde studie användandet av smärtstillande läkemedel hos barn som uppgav att de varit mobbade (Garmy, Hansson, Vilhjálmsón & Kristjánisdóttir, 2019b). Studierna visade att ungefär varannat barn som rapporterat sig varit utsatt för mobbing även rapporterade att de

hade ont någonstans minst en gång i veckan, att jämföra med cirka en av tre icke-mobbade jämnåriga. De som mobbats hade även oftare ont på skilda ställen. De som var offer för mobbning rapporterade också mer depressiva tankar, sömnsvårigheter, yrsel och sämre självupplevd hälsa än sina jämnåriga men viktigt att uppmärksamma är att det även var ganska hög frekvens av dessa problem bland de andra barnen. Gällande användningen av smärtstillande läkemedel visade den fjärde studien (Garmy, Hansson, Vilhjálmsson & Kristjánsdóttir, 2019b) att barn som mobbas och dessutom upplever smärta och använder sig av smärtstillande läkemedel i större utsträckning än andra barn.

Fysisk aktivitet, stress och kroppsliga sensationer

Fysisk aktivitet har visats påverka sinnesstämning hos vuxna och barn, stressnivåer och den mentala hälsan på ett positivt sätt, minska ångest- och depressionssymptom och fungerar allmänt som en humörregulator (Biddle, Fox, & Boutcher, 2003). Antalet tonåringar som söker hjälp för psykisk stress och oro har ökat stadigt under senare år i Sverige, vilket sammanfaller med att antalet fysiskt aktiva barn och ungdomar aldrig har varit så lågt enligt Folkhälsomyndighetens rapport 2019. Speciellt är andelen anmärkningsvärt låg när det gäller högintensiv fysisk aktivitet som är den aktivitet som är mest effektiv mot stress, oro, depression. Dessutom visar samma rapport att barn och ungdomar i Sverige sitter, halvligger eller står stilla under större delen av sin vakna tid, vilket i sig är en egen riskfaktor. Sammantaget visas ett tydligt samband mellan fysisk aktivitet, mindre stresskänslor och ett större välmående hos barnen och ungdomarna (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Fysisk aktivitet är i sig en form av stress och när aktiviteten pågår ökar kortisolnivån, men efter aktiviteten sjunker nivån kraftigt och blir lägre än före aktiviteten. Vid regelbunden kraftfull fysisk aktivitet sjunker kortisolnivåerna successivt så att de ökar mindre för varje gång och sjunker kraftigare efteråt (Puterman et al., 2011). Hos den som är tränad ökar kortisolet mindre även vid stress av andra orsaker, vilket innebär att fysisk aktivitet har samma effekt som starka läkemedel mot stress och oro, men utan biverkningar (Greenwood et al., 2009). För barn och unga där hjärnan ännu inte är fullt utvecklad är det av stor vikt att den inte utsätts för starka läkemedel. Bromssystemen i hjärnan för stress är

de delar av hjärnan som mognar sist, medan gasreglagen ofta är fullt utvecklade hos en 17-åring.

Fysisk aktivitet definieras som all rörelse som produceras av skelettmuskulaturen och som resulterar i en substantiell ökning av energiomsättningen och den kan vara av olika intensitet, från lågintensiv till högintensiv. Medelintensiva aktiviteter har också en ångestdämpande effekt, om än inte lika kraftig som vid högintensiv. I en studie bland barn 8–12 år visades att 30 % hade huvudvärk varje vecka, 22 % magont och 10 % ryggvärk. Tjugosex procent av barnen hade en av dessa smärtlokaler (huvud, mage, rygg), medan 11 % hade två av dem och 4 % hade alla tre varje vecka (Sollerhed et al., 2013). Barn som var fysisk aktiva regelbundet och hade en bättre kondition rapporterade smärta, typ huvudvärk och magont, mer sällan än inaktiva barn. De aktiva barnen upplevde vardagliga kroppsliga signaler såsom andfåddhet och träningsvärk som något naturligt, medan de inaktiva barnen tyckte dessa vanliga kroppsfrömmelser var besvärande. Att hantera kroppsliga signaler är en integrerad del av fysisk aktivitet och aktiva barn lär sig att hantera dessa, de skapar en högre generell smärtröskel. I kombination med större smärttålighet har de aktiva barnen också en bättre kondition och en bättre allmän fysisk status, vilket förmodligen leder till att de mer sällan har besvär som smärta, stress och oro (Sollerhed, Andersson & Ejlertsson, 2013).

Fortsatt forskning

Det finns ett stort behov av fortsatt forskning som baseras på barns delaktighet. Vidare behöver frågor kring existentiell hälsa hos barn och ungdomar utforskas. I forskningsprojektet ”Stress, smärta och läkemedelsanvändning hos ungdomar” pågår en studie där syftet är att undersöka vilka hälsofrämjande strategier som barn och ungdomar använder för att hantera stress och smärta och istället öka sitt välmående. Fokus är att utveckla metoder inom elevhälsan för att stärka barn och ungdomars hälsa och välmående. Tanken är att göra en undersökning med ungdomar, snarare än om ungdomar. För att utforska detta vidare genomförs nu fokusgruppintervjuer med både barn och ungdomar, och skolsköterskor. Syftet är att ta reda på hur stödande hälsofrämjande insatser skulle kunna utformas.

Referenser

- Biddle, S. J., Fox, K., & Boutcher, S. (2003). *Physical activity and psychological well-being*: Routledge.
- Borgman, S., Ericsson, I., Clausson, E. K., & Garmy, P. (2018). The Relationship Between Reported Pain and Depressive Symptoms Among Adolescents. *J Sch Nurs*, 1059840518787007. doi:10.1177/1059840518787007
- Desrochers, J. E., & Houck, G. M. (2014). *Depression in children and adolescents: Guidelines for school practice*: National Association of School Nurses Silver Spring, MD.
- Einberg, E-L. (2016). *To promote health in children with experience of cancer treatment*. Avhandling. Jönköping: Jönköpings Universitet.
- Folkhälsomyndigheten. (2019). Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – grundrapport.
- Garmy, P., Hansson, E., Vilhjálmsón, R., & Kristjánsdóttir, G. (2019a). Bullying and Pain in School-aged Children and Adolescents: A Cross-sectional Study. *Sage Open Nursing*.
- Garmy, P., Hansson, E., Vilhjálmsón, R., & Kristjánsdóttir, G. (2019b). Bullying, pain and analgesic use in school-age children. *Acta Paediatr*. doi:10.1111/apa.14799
- Garmy, P., Vilhjálmsón, R., & Kristjánsdóttir, G. (2018). Bullying in School-aged Children in Iceland: A Cross-sectional Study. *J Pediatr Nurs*, 38, e30-e34. doi:10.1016/j.pedn.2017.05.009
- Greenwood, B. N., Strong, P. V., Foley, T. E., & Fleshner, M. (2009). A behavioral analysis of the impact of voluntary physical activity on hippocampus-dependent contextual conditioning. *Hippocampus*, 19(10), 988–1001.
- Hansson, E., Garmy, P., Vilhjálmsón, R., & Kristjánsdóttir, G. (2019). Bullying, Health Complaints, and Self-Rated Health among School-aged Children and Adolescents. *Submitted*.
- Hena, M., Leung, C., Clausson, E. K., & Garmy, P. (2019). Association of depressive symptoms with consumption of analgesics among adolescents. *J Pediatr Nurs*. 45, e19–e23. doi:10.1016/j.pedn.2018.12.008
- Institutet för Stressmedicin (ISM). (2019). Definition av stress. Västra Götalandsregionen. Hämtat från

- Melder, C. (2011). *Vilsenhetens epidemiologi - en religionspsykologisk studie i existentiell folkhälsa*. Doktorsavhandling, Uppsala Universitet.
- Puterman, E., O'Donovan, A., Adler, N. E., Tomiyama, A. J., Kemeny, M., Wolkowitz, O. M., & Epel, E. (2011). Physical activity moderates stressor-induced rumination on cortisol reactivity. *Psychosomatic medicine*, 73(7), 604.
- Sollerhed, A.-C., Andersson, I., & Ejlertsson, G. (2013). Recurrent pain and discomfort in relation to fitness and physical activity among young school children. *European journal of sport science*, 13(5), 591–598.
- Unicef. (u.å). Barnkonventionen. Hämtad 2019-07-20 från <https://unicef.se/barnkonventionen>
- World Health Organization [WHO]. (1986). Ottawa charter for health promotion. Hämtad 2019-07-16 från <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2002). WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) Field-Test Instrument The WHOQOL-100 QUESTIONS PLUS 32 SRPB QUESTIONS. [Elektronisk] Hämtad från https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77777/WHO_MSD_MER_Rev.2012.04_eng.pdf;jsessionid=F7F8CF70A493DBFD8AEC30A64E23839D?sequence=1

Sömn, medievanor och livsstil hos barn och ungdomar

Pernilla Garmy, Gita Hedin, Annika Norell-Clarke, Ann-Christin Sollerhed, Eva K. Clausson, Erika Hansson

Vi vet idag inte tillräckligt om sömnvanor, medievanor och dess relation till andra livsstilsfaktorer såsom fysisk aktivitet och övervikt hos barn och ungdomar. Med förändringarna i samhället förändras också våra barns och ungdomars sömn- och livstilsvanor. Detta är frågor som många ställer till elevhälsan. I detta kapitel kommer resultat från studier om sömn, medievanor och livsstil att beskrivas. Vi kommer även att sätta ljuset på frågor som är angelägna att studera vidare.

Skolbarns hälsovanor

Andelen femtonåringar som rapporterar att de har svårt att sova mer än en gång i veckan har ökat från 15 % (pojkar) respektive 18 % (flickor) 1985 till 26 % (pojkar) respektive 34 % (flickor) vid den senaste undersökningen av *Skolbarns hälsovanor*, 2017–2018 (Folkhälsomyndigheten 2019). Sömlängden har minskat med en ungefär en timma hos barn och ungdomar under de senaste hundra åren (Matricciani, Olds & Petkov 2012), samtidigt som medievanor och aktivitetsmönster har förändrats. I dagens 24-timmarssamhälle sprids arbete och fritid över dygnets alla timmar. Parallellt med detta ser vi att förekomsten av övervikt hos barn och vuxna ökar i hela världen. Bristfällig fysisk aktivitet hos barn och ungdomar är associerat med ökade hälsorisker, såsom ökad risk för framtida fetma och kardiovaskulära sjukdomar, osteoporos, samt sämre livskvalitet och mental ohälsa. Fysiskt aktiva barn lär i högre grad känna sin kropp och därmed hantera påfrestningar och smärttillstånd på ett funktionellt sätt. Dock är endast en minoritet av dagens ungdomar tillräckligt fysiskt aktiva. Enligt rekommendationer från WHO ska barn och unga vara fysiskt aktiva minst en timme om dagen. Resultat från undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” tyder på att ungdomar rör sig allt mindre i vardagen, och att stillasittandet i samband med skärmtid ökar (Folkhälsomyndigheten 2019).

Forskningsprojektet ”Sömn, medievanor och livsstil hos barn och ungdomar”

Forskningsprojektet ”Sömn, medievanor och livsstil hos barn och ungdomar” har pågått sedan 2008, och genomfördes i samband med de individuella hälsosamtalen som sker en gång per skolstadium. Skolsköterskorna delar ut enkäter till eleverna, samt väger och mäter dem. Vid det första mättillfället fick drygt 3 000 elever (de yngsta barnen fick hjälp av sina föräldrar) skriva hur dags de gick och lade sig, när de steg upp och hur länge de skattade att de sov (Garmy, Jakobsson, & Nyberg, 2012; Garmy, Nyberg, & Jakobsson, 2012). Under läsåren 2011–2013 genomfördes en uppföljande undersökning hos eleverna i årskurs 4, med drygt 1 000 besvarade enkäter, varifrån en artikel är publicerad (Garmy, Clausson, Nyberg, & Jakobsson, 2018). Under läsåren 2015–2017 har drygt 1 500 enkäter besvarats av elever i årskurs 7 och 8, och under läsåren 2017–2019 besvaras en enkät av elever i årskurs 1 på gymnasiet. Under 2018–2019 har fokusgruppsintervjuer med gymnasieungdomar genomförts med fokus på hälsosamma sömnvanor.

Sömnlängd

Resultatet från studien av Garmy, Nyberg, et al. (2012), visade att barnen i 6–7-årsåldern skattade att de sov ungefär 10 timmar per natt, medan 10-åringarna sov 9½ timmar, 14-åringarna sov 8 timmar och 16-åringarna sov ungefär 7½ timmar per natt. Rekommendationerna för barn i 6–12 årsåldern är 10 till 11 timmars sömn, och för tonåringar omkring 9 timmar (Andrée et al., 2015). Det innebär att de yngsta barnen sov den rekommenderade tiden, medan barnen från 10 år och uppåt sov mindre än rekommenderat. I en stor litteraturgenomgång har det påvisats att barnens sömnlängd har minskat med ungefär en timme under de senaste hundra åren (Matricciani et al., 2012).

Sömnen är generellt sett viktigt för den psykiska och fysiska hälsan hos ungdomar. I sömnforskning skiljer man mellan olika aspekter av sömnen.

Sömnlängd: hur länge vi sover. Den rekommenderade sömnlängden varierar med åldern för barn och ungdomar.

Insomningssvårigheter: svårigheter att somna in på kvällen när vi avser att somna. Detta är den vanligaste typen av sömnproblem hos barn och ungdomar.

Läggdagstid: den tid vi lägger oss i avsikt att somna. Sena läggdagstider är problematiskt då de kan innebära kortare sömnlängd om ungdomarna måste upp tidigt dagen därpå. Dessutom kan dygnsrytmen förskjutas vilket gör det svårare att somna in nästa kväll.

Sömnsrekommendationer för skolbarn och ungdomar:

Barn 6–12 år: 10–11 timmar

Ungdomar 13–18 år: 9 timmar (8–10 timmar)

Minneskonsolidering: Neurologisk process som omvandlar och överför inlärd information till långtidsminnet.

Arbetsminne: Medvetandegör och manipulerar information under en kortare tid innan den (eventuellt) överförs till långtidsminnet

Faktaruta 1. Olika sömnbegrepp.

Lägga sig senare och svårigheter att somna

Sverige har deltagit i WHO-studien Skolbarns hälsovanor sedan 1985, vilket gör det möjligt att se utvecklingen av svenska barns sömnvanor över tid baserat på cirka 15 000–18 000 deltagare som svarat på frågor om sömnen. Resultatet visar en utveckling där allt fler svenska skolbarn lägger sig sent på vardagskvällar, och där insomningssvårigheter har ökat under de senaste decennierna (Norell-Clarke & Hagquist, 2017). Ökningen av sena läggdagstider återfinns bland alla åldersgrupper i studien (11–15-åringar) och båda könen, men det är något vanligare att pojkar lägger sig sent. Socioekonomiska aspekter tycks spela in då sena läggdagstider var mindre vanligt hos de ungdomar som planerade att studera på teoretiska gymnasieprogram jämfört med de som planerade att studera på ett yrkesinriktat program eller inte planerade att läsa på gymnasiet.

Ökningen av insomningssvårigheter är bekymmersam då dessa är starkt förknippade med andra hälsoproblem (Norell-Clarke & Hagquist, 2018). De svenska barn och ungdomar som hade svårt att somna flera gånger i veckan rapporterade oftare frekvent smärta, oro, irritation och

nedstämdhet. Kortare än rekommenderad sömnlängd ökade också oddsen för att rapportera olika symtom men insomningssvårigheter var en tydligare indikator på ohälsa än för kort sömn. Detta är i linje med internationell longitudinell forskning som visat att insomningssvårigheter och diagnosen insomni är en riskfaktor för senare depression hos ungdomar (Baglioni et al, 2011).

Självrapporterade insomningssvårigheter förklarade en del av de sena läggdagstiderna men drygt hälften av de barn och ungdomar som lade sig sent hade inte uppgivit några svårigheter med att somna (Norell-Clarke & Hagquist, 2017). Här är det troligare att livsstilsvanor såsom användande av sociala medier spelar in. Anledningen till de senare läggdagstiderna och kortare sömnlängden har troligen flera förklaringar där både den ökade psykiska ohälsan och förändrade livsstilsvanor spelar in.

Sömn och sociala medier

En studie med drygt 200 gymnasieungdomar (Garmy, 2014) visade att en majoritet av eleverna (61 %) var aktiva på sociala medier varje dag, och nästan var tredje elev (27 %) var aktiv här mer än tio gånger per dag. Intensiv aktivitet på sociala medier, liksom tv på rummet och mer än två timmars skärmtid per dag, kopplades samman med senare läggdags på vardagkvällar, sömnsvårigheter, kortare sömnlängd än de jämnåriga och trötthet i skolan. Elever som kontrollerade Facebook i samband med läxläsning, hade i genomsnitt lägre betyg än de som inte hade denna vana (Rosen, Carrier & Cheever, 2013). I en undersökning med gymnasister rapporterade mer än var fjärde att de skickade eller tog emot nattliga meddelanden via mobilen (Garmy & Ward, 2018). När man frågar ungdomar varför de har mobilen påslagen dygnet runt, svarar de oftast att de vill vara tillgängliga för sina vänner.

Sömn och övervikt

Sömnlängd, skärmtid och övervikt har undersökts hos över 1 000 tioåriga barn, och resultatet visade att otillräcklig sömn hade samband med övervikt och lång skärmtid (Garmy, Clausson, Nyberg, & Jakobsson, 2018). I litteraturstudien ”Sleep duration and overweight/obesity in children: implication for pediatric nursing” (Liu, Zhang, & Li, 2012)

gjordes en granskning av 25 studier som undersökt sambandet mellan sömnlängd och övervikt och fetma hos barn och ungdomar i åldrarna 0–19 år. I samtliga 25 studier fann man ett signifikant samband mellan kort sömnlängd och övervikt eller fetma. Litteraturöversikten av Felső, Lohner, Hollódy, Erhardt, & Molnár (2017) visar också på ett starkt samband mellan kort sömnlängd och fetma hos barn. I denna studie försöker man också att förstå vad det är för bakomliggande mekanismer som orsakar sambandet. Forskarna har skapat en modell med möjliga orsakssamband mellan kort sömnlängd och övervikt (Felső et al., 2017) vilken belyser samband som till exempel att kort sömnlängd ger lång skärmtid vilket i sin tur orsakar fetma. Fler studier på området behövs dock.

Nedan visas en anpassad modell baserad på Felső, et al. (2017) med något annorlunda upplägg även om innehållet är detsamma. Modellen försöker alltså förklara hur kort sömnlängd kan ha ett samband med övervikt hos barn och ungdomar.



Figur 1. Modell inspirerad av Felső, et al. (2017).

Kort sömnlängd har ett samband med ett ökat energiintag. Detta kan delas upp i såväl biologiska faktorer som matvanor. De biologiska faktorerna består av att hungerhormonet ghrelin ökar, medan mättnadshormonet leptin minskar. Dessutom finns en ökad risk för insulinresistens vid sömnbrist (Hillman, 2012). Genom att sova kortare tid, finns det mer vaken tid att äta på, vilket kan innebära att kaloriintaget ökar. Den som har svårt att somna, kanske på grund av stress eller oro, kan ofta

tröstata, det vill säga ägna sig åt emotionellt ätande och när vi är trötta, till exempel vid sömnbrist, signalerar hjärnan att den vill ha snabb energi, det vill säga snabba kolhydrater med högt glykemiskt index. Det verkar också finnas ett samband med att det är vanligare att dricka sötade drycker om man har kortare sömnlängd (Felső et al., 2017).

Den andra huvudfaktorn är att energiförbrukningen minskar för den som har kortare sömnlängd. Här är det beteendemässiga faktorer som styr. Det innebär att ungdomarna tillbringar längre tid med skärmar, är mindre fysiskt aktiva samt är mycket stillasittande (Felső et al., 2017).

Sömn och fysisk aktivitet

Ett sätt att dela in dygnets 24 timmar är tid för sömn, tid för stillasittande och tid för fysisk aktivitet. Barn rekommenderas att vara fysiskt aktiva varje dag i aktiviteter med olika intensitet. Den minsta dagliga mängd högintensiv fysisk aktivitet, så kallad MVPA, (Moderate to Vigorous Physical Activity) som rekommenderas är 60 minuter, men mängden får gärna vara högre. Forskning visar dock att den rekommenderade minsta mängden har betydande effekt på kroppssammansättning, hjärt- och kärlhälsa, mental hälsa och skolprestationer (Katzmarzyk et al., 2015; Strong et al., 2005). Dessutom är det fördelaktigt om barn är fysiskt aktiva i låg-medelintensiv intensitet resterande vaken tid förutom de 60 minuterna i pulshöjande aktivitet och minskar tiden för stillasittande. Lågintensiv fysisk aktivitet är bättre än stilla-sittande (Poitras et al., 2016).

Betydelsen av rörelse för sömnen kan förklaras av formatio reticularis, kallat RAS, vilket är ett stort antal nervceller samlade i grupper i hjärnstammen. RAS är en ursprunglig och mycket gammal del av vår hjärna. RAS har viktiga funktioner för vår överlevnad såsom kontroll av vakenhetsgrad, grundspänning i musklerna, kroppshållning och balans, rörelsemönster, smärtförmågor, andning och blodcirkulation. Våra kroppsrörelser är alltså kopplade till RAS, vilket gör att vi ökar våra rörelser om vi känner att vi håller på att somna (Blaydes, 2007). Till exempel gäller det trötta barn som inte vill gå och lägga sig, de fnattar och far runt extra mycket. De vet inte om att de aktiverar RAS, men det är precis det som sker. Samma princip gäller de gånger du suttit stilla

länge och hur du känner att du vill sträcka, skruva och röra på dig, vilket fungerar som självmedicinering mot att somna. Sammantaget gör fysisk aktivitet att vi känner oss piggare, hjärnan vaknar och vi är beredda på navigering men om vi däremot är stillasittande går hjärnan in i ett sömnlignande tillstånd.

Även om fysisk aktivitet gör oss omedelbart piggare så gör längre utövande av fysisk aktivitet oss fysiskt trötta och vi måste ha återhämtning och sömn. Samtidigt som barns sömnproblem har ökat (Inchley et al., 2016; Matricciani, Olds, Blunden, Rigney, & Williams, 2012), har fysisk aktivitet minskat och stillasittandet har ökat (Owen, Healy, Matthews, & Dunstan, 2010; Tremblay et al., 2016). Forskning har visat att barn som regelbundet utövade pulshöjande fysisk aktivitet, hade bättre sömnkvalitet och längre sömnlängd jämfört med inaktiva barn (Ekstedt, Nyberg, Ingre, Ekblom, & Marcus, 2013). Preliminära resultat från undersökningen ”Sömnvanor, medievanor och livsstil hos barn och ungdomar” som vi har genomfört bland tonåringar i Sverige visar att fysisk aktivitetsnivå är associerad med sömnlängd och upplevd trötthet/vakenhet under dagtid. Ju högre fysisk aktivitetsnivå desto bättre nattsömn och vakenhet under dagtid. Motion är alltså viktigt för både sömnen och energin under dagen.

Sömn och minne

Lärande kan sägas vara ”någonting som fastnar i minnet och som man faktiskt kan plocka fram därifrån när man behöver det”. Lärande = minnen, alltså, och *sömn* har stor betydelse för minneskonsolideringen (se faktaruta). Något som funnits vara mycket viktigt för minneskonsolideringen är den sömn som sker i direkt anslutning till att man försökt få någonting att ”fastna” (lärande). När man studerat sömn och minneskonsolidering ser man att sömn tycks vara nödvändigt för konsolidering och att sömnbrist efter inläring stör vår förmåga att minnas nyligen inlärd saker (Gais, Lucas & Born, 2006).

Sömn är en komplex variabel att mäta. Deltagare i självrapporterade sömnstudier får ofta frågan hur många timmar de sovit och/eller om de tycker att de sovit gott men sömnens *kvalitet* och *effektivitet* varierar. Det finns inte något glasklart samband mellan sömnens längd och hur

fysiologiskt återhämtande den är eftersom människors sömnkvalitet varierar (Levine, Lumley, Roehrs, Zorick & Roth, 1988; de Bruin, van Run, Staaks, & Meijer, 2017). Men svårigheter med samspelet mellan tanke, motivation och motorik ökar hos de ungdomar som tvingats begränsa sin sömn. Andra studier visar att en utökad sömn och en bättre sömnkvalitet leder till ökad kapacitet i arbetsminnet, i alla fall hos vuxna (se faktaruta) (Tucker, Whitney, Belenky, Hinson, Van Dongen, 2010). Ett flertal studier visar att kort sömnlängd har ett samband med lägre betyg hos barn och ungdomar (Fuligni, Arruda, Krull, Gonzales, 2018; Litsfelt, Ward, Hagell, Garmy, 2019).

Sammanfattning

Sammantaget kan det konstateras att det är viktigt att skilja på begreppen när det gäller sömn då olika aspekter av bristfällig sömn och sömnvanor har olika typer av samband med problematiska beteenden eller tecken på ohälsa hos barn och ungdomar. Mellan många typer av beteenden och symptom finns det ett dubbelriktat samband med sömn. Sömnsvårigheter på kvällen kan leda till att man fördriver tiden med sociala medier, spel eller film vilket i sin tur kan göra att man stannar uppe längre än man tänkt och får svårare att somna. Psykisk ohälsa kan göra det svårare att somna och få sova gott. Bristfällig sömn kan i sin tur leda till starkare känslor och svårigheter att hantera motgångar i livet, vilket i sig kan leda till sämre psykisk hälsa. Motion under dagtid kan förbättra sömnen men motivationen för att träna kan vara lägre efter en dålig natts sömn. Det är också viktigt att ha i åtanke att även om det finns rekommendationer för hur mycket barn och unga bör sova så är sömnbehovet individuellt. Personens specifika situation bör alltid beaktas.

Referenser

- Andrée, B., Arnsvik Malmberg, K., Blennow, M., Garmy, P., Gullberg, N., Hägglöf, B., . . . Khalifa, N. (2015). Sömnstörningar hos barn. *Information Från Läkemedelsverket*, 2015(2), 12–26.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalter, K., Nissen, C., Voderholzer, U., . . . Riemann, D. (2011). Insomnia as predictor of depression: A metaanalytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135(1–3), 10–19. doi:10.1016/j.jad.2011.01.011
- de Bruin, E. J., van Run, C., Staaks, J., & Meijer, A. M. (2017). Effects of sleep manipulation on cognitive functioning of adolescents: a systematic review. *Sleep medicine reviews*, 32, 45–57.
- Ekstedt, M., Nyberg, G., Ingre, M., Ekblom, Ö., & Marcus, C. (2013). Sleep, physical activity and BMI in six to ten-year-old children measured by accelerometry: a cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 82.
- Felső, R., Lohner, S., Hollódy, K., Erhardt, É., & Molnár, D. (2017). Relationship between sleep duration and childhood obesity: systematic review including the potential underlying mechanisms. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*.
- Fuligni, A. J., Arruda, E. H., Krull, J. L., & Gonzales, N. A. (2018). Adolescent sleep duration, variability, and peak levels of achievement and mental health. *Child Development*, 89(2), e18–e28. doi:10.1111/cdev.12729
- Gais, S., Lucas, B., Born, J. (2006). Sleep after learning aids memory recall. *Learning and Memory*, 13, 259–262. doi:10.1101/lm.132106
- Garmy, P., Clausson, E. K., Nyberg, P., & Jakobsson, U. (2018). Insufficient Sleep Is Associated with Obesity and Excessive Screen Time Amongst Ten-Year-Old Children in Sweden. *J Pediatr Nurs*, 39, e1–e5. doi:10.1016/j.pedn.2017.11.009
- Garmy, P., Jakobsson, U., & Nyberg, P. (2012). Development and psychometric evaluation of a new instrument for measuring

- sleep length and television and computer habits of Swedish school-age children. *J Sch Nurs*, 28(2), 138–143.
doi:10.1177/1059840511420878
- Garmy, P., Nyberg, P., & Jakobsson, U. (2012). Sleep and television and computer habits of Swedish school-age children. *J Sch Nurs*, 28(6), 469–476. doi:10.1177/1059840512444133
- Hillman, O. (2012). *Tonårssömn: ungdomars sömn och dygnsrytm*. Stockholm: Gothia.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., & Barnekow, V. (2016). Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International Report from the 2013/2014 survey. *Health Policy for Children and Adolescents*, 7.
- Katzmarzyk, P. T., Barreira, T. V., Broyles, S. T., Champagne, C. M., Chaput, J.-P., Fogelholm, M., . . . Kurpad, A. (2015). Physical activity, sedentary time, and obesity in an international sample of children. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 47(10), 2062–2069.
- Kryger, M. H., Roth, T., & Dement, W. C. (2017). *Principles and practice of sleep medicine*: Elsevier.
- Levine, B., Lumley, M., Roehrs, T., Zorick, F., & Roth, T. (1988). The effects of acute sleep restriction and extension on sleep efficiency. *International journal of neuroscience*, 43(3–4), 139–143.
- Liu, J., Zhang, A., & Li, L. (2012). Sleep duration and overweight/obesity in children: review and implications for pediatric nursing. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 17(3), 193–204.
- Litsfelt, S., Ward, T., Hagell P., Garmy, P. (2019) Association between sleep duration, obesity, and school failure among adolescents.
- Matricciani, L. A., Olds, T. S., & Petkov, J. (2012). In search of lost sleep: secular trends in the sleep time of school-aged children and adolescents. *Sleep Med Rev*, 16(3), 203–211.
- Matricciani, L. A., Olds, T. S., Blunden, S., Rigney, G., & Williams, M. T. (2012). Never enough sleep: a brief history of sleep recommendations for children. *Pediatrics*, 129(3), 548–556.

- Norell-Clarke, A., & Hagquist, C. (2017). Changes in sleep habits between 1985 and 2013 among children and adolescents in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health, 45*(8), 869–877.
- Norell-Clarke, A., & Hagquist, C. (2018). Child and adolescent sleep duration recommendations in relation to psychological and somatic complaints based on data between 1985 and 2013 from 11 to 15 year-olds. *Journal of Adolescence, 68*, 12–21.
- Owen, N., Healy, G. N., Matthews, C. E., & Dunstan, D. W. (2010). Too much sitting: the population-health science of sedentary behavior. *Exercise and sport sciences reviews, 38*(3), 105.
- Poitras, V. J., Gray, C. E., Borghese, M. M., Carson, V., Chaput, J.-P., Janssen, I., . . . Kho, M. E. (2016). Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism, 41*(6), S197–S239.
- Strong, W. B., Pivarnik, J. M., Rowland, T., Trost, S., Trudeau, F., Malina, R. M., . . . Nixon, P. A. (2005). Evidence Based Physical Activity for School-age Youth. *The Journal of Pediatrics, 146*(6), 732–737.
- Tremblay, M. S., Carson, V., Chaput, J.-P., Connor Gorber, S., Dinh, T., Duggan, M., . . . Janson, K. (2016). Canadian 24-hour movement guidelines for children and youth: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism, 41*(6), S311–S327.
- Tucker, A.M., Whitney, P., Belenky, G., Hinson, J.M., Van Dongen, H.P.A. (2010). Effects of Sleep Deprivation on Dissociated Components of Executive Functioning. *Sleep, 33*, (1), 47–57. doi.org/10.1093/sleep/33.1.47

Författarpresentationer

Eva K. Clausson

Eva Clausson har en bakgrund som skolsköterska och är docent samt verksam som biträdande professor i omvårdnad vid Sektionen för Hälsa och Samhälle, Högskolan Kristianstad med bland annat undervisning inom specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning distriktssköterska. Hon disputerade 2008 med avhandlingen *School health nursing – Perceiving, recording and improving schoolchildren’s health*. Efter disputationen deltog hon som expertgranskare vid Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) i ett projekt som utvärderade program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Hennes forskning innefattar bland annat utvärdering av preventionsprogrammet DISA samt familjefokuserad omvårdnad vid uttryck för psykisk ohälsa hos tonårsflickor och familjesamtal som modell för att vända en negativ viktutveckling hos förskolebarn med övervikt.

Eva-Lena Einberg

Eva-Lena Einberg är fil.dr. i hälsa och vårdvetenskap och arbetar som universitetslektor vid Högskolan i Kristianstad, där hon undervisar i sjuksköterskeprogrammet och distriktssköterskeprogrammet. Hon är utbildad barnsjuksköterska och distriktssköterska, samt inom psykiatrisk vård, och har arbetat i över 10 år som skolsköterska. Disputerade 2016 med avhandlingen *To promote health in children with experience of cancer treatment*. Hennes forskning innefattar barn och ungas perspektiv på hälsa och hälsofrämjande, tonårsflickors vardag, och med ett salutogent perspektiv.

Camilla Siotis Ekberg

Camilla Siotis Ekberg är adjunkt i psykologi och är högskolepedagogiskt excellent meriterad lärare på Högskolan Kristianstad. Hon har forskat om barns minnesutveckling, barn och trafik, traumatiska reaktioner hos lokförare som kört över personer på spåret samt om grupparbete i ett högskolepedagogiskt perspektiv. Hon undervisar ganska olika grupper av studenter, många på nätkurser (för tillfället personlighetspsykologi, utvecklingspsykologi och familjepsykologi), men också på lärarutbildning, tandhygienistutbildning samt hälsopsykologi inom

folkhälsovetenskap. Ett aktuellt forsknings- och undervisningsintresse rör användandet av Virtual Reality för undervisning.

Pernilla Garmy

Pernilla Garmy är biträdande professor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad och docent vid medicinska fakulteten, Lunds universitet. Hon undervisar främst inom specialistsjuksköterskeprogrammet till distriktssköterska och i grundutbildningen till sjuksköterska. Hon disputerade 2016 med avhandlingen *Hälsopromotion i skolan. Utvärdering av DISA – ett program för att förebygga depressiva symtom hos ungdomar*. Hennes forskning innefattar sömn, medievanor och psykisk hälsa hos skolbarn. Pernilla Garmy medverkade i utformandet av Läke-medelsverkets kunskapsdokument ”Sömnstörningar hos barn” och är ordförande i Svensk Sjuksköterskeförenings nätverk ”Sömn och Hälsa”.

Erika Hansson

Erika Hansson är lektor i psykologi och har en bakgrund som högstadielärare och gymnasielärare. Numera undervisar hon mestadels i utvecklingspsykologi på lärarutbildningarna vid Högskolan Kristianstad. Hennes avhandling behandlade ungdomar som befinner sig i gränslandet mellan en hälsosam kosthållning och en ätstörning och hon har fortsatt på samma spår men forskar nu främst på unga killars förhållningssätt till mat och ätande. Andra forskningsintressen innefattar barns och ungdomars sömn, akademiska framgång och mobbning. I ett nyligen påbörjat projekt undersöks även gemensamt läsande av skönlitteratur (s.k. shared reading) som en återhämtningsstrategi för ungdomar som upplever mycket stress i sin vardag.

Gita Hedin

Gita Hedin är folkhälsovetenskap och doktorand i folkhälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad och Lunds Universitet. Hon har undervisat inom folkhälsovetenskapliga - och sjuksköterskeprogrammet, men är sedan hösten 2018 doktorand på heltid. Gitas avhandlingsarbete handlar om att undersöka ungdomarnas sömnvanor och livsstil. Hon vill undersöka om ungdomarnas sömnvanor förändrats över tid, om det finns samband mellan ungdomars sömnvanor kopplat till deras livsstil.

Gerth Hedov

Gerth Hedov är universitetslektor i omvårdnad vid Höskolan Kristianstad, där han främst undervisar inom sjuksköterskeprogrammet och specialistsjuksköterskeprogrammet. Han disputerade i pediatrik 2002 vid Uppsala universitet. Hans forskning handlar om föräldrar till barn med Downs syndrom och den information och det stöd och de fått vid födelsen men också om hur vardagslivet kan gestalta sig för dem. Gerth fortsätter arbeta med uppföljande studier inom detta område. Nu studerar han också fysisk aktivitet hos svenska barn med Downs syndrom. Gerth har varit aktiv vid bildandet av flera föräldraföreningar (NOC och Svenska Downföreningen). Han har också varit expertföreläsare i SIDA-projekt om funktionshindrade barn och ungdomar.

Bo Nilsson

Bo Nilsson är docent vid Musikhögskolan i Malmö, Konstnärliga fakulteten på Lunds Universitet och tidigare biträdande professor i pedagogik vid Höskolan Kristianstad, där han undervisat inom lärarutbildning och i folkhälsovetenskap. Han disputerade 2002 med avhandlingen *Jag kan göra hundra låtar – barns musikaliska skapande med digitala verktyg*. Hans forskning innefattar barns musikaliska skapande, musik, delaktighet och hälsa, ungdomskultur och populärkultur. Bo medverkade i utformandet av den senaste kursplanen för musik och är internationellt verksam i International Society for Music Education Commission for Music in Special Education and Music Therapy.

Annika Norell-Clarke

Annika Norell-Clarke är universitetslektor i klinisk psykologi vid Karlstads universitet och postdoktor vid Höskolan Kristianstad. Hon disputerade 2014 med avhandlingen *Cogito, ergo insomnis – I think, therefore I am sleepless*. Hennes forskning innefattar olika aspekter av sömn såsom psykologiska behandlingsmetoder vid sömnproblem, ungas sömnvanor och sambandet mellan sömnproblem och psykisk ohälsa. Annika utbildar psykologstudenter i att hålla i KBT-behandlingar för sömnstörningen insomni och har tagit fram en gruppbehandlingsmanual som används i inom vården i Värmland och Närke.

Ann-Margreth E. Olsson

Ann-Margreth E. Olsson är auktoriserad socionom och universitetslektor i socialt arbete vid Högskolan Kristianstad. Hon har i många år arbetat som socialsekreterare, chef och handledare inom socialt arbete samt vård- och omsorg. 2011 disputerade Ann-Margreth vid University of Bedfordshire, UK, i Systemic Practice med avhandlingen *Listening to the Voice of Children. Systemic Coaching: Inviting, Participation and Partnership in Social Work*. Ann-Margreth bedriver deltagande aktionsforskning med delaktighet och deltagande i dialogiskt samspel med särskilt fokus på att involvera barnens perspektiv. Ann-Margreths forskningsområden är a) Barn i Barnhus och socialsekreterares utredningsarbete med barn och barns familjer, b) att förebygga våld i nära relationer, c) det sociala stödet till soldater, veteraner och deras anhöriga inom forskningsområdet *Military Families* och särskilt i samband med svenska soldaters deltagande i internationella militära insatser.

Ann-Christin Sollerhed

Ann-Christin Sollerhed är universitetslektor i folkhälsovetenskap med inriktning idrott och hälsa vid Högskolan Kristianstad. Hon har lång erfarenhet av undervisning i idrott/gymnastik på alla skolans stadier och har arbetat med lärarutbildning under 27 år. Hon disputerade 2006 vid Lunds universitet med avhandlingen *Young today – Adult tomorrow!* Hennes forskning innefattar fysisk aktivitet, idrottande och hälsa bland barn och ungdomar, utseende och kroppsuppfattning i arbetslivet samt motivation för fysisk aktivitet och motion i ett livsperspektiv. Forskningen omsätts i praktisk verksamhet för barn. För 19 år sedan startade hon tillsammans med familjen en skola för barn 6–16 år där barnens hälsa och sociala relationer är i fokus. Barnen har ombytt idrott minst 60 minuter varje dag, fysisk aktivitet insprängd i alla skolans teoretiska ämnen, utomhusvistelse samt lagad mat från grunden. Skolan har fokus på hållbarhet och klimat så barnen deltar i odlingen av grönsaker för skolans bruk. Under vinterhalvåret odlas hydroponiskt inomhus och resten av året utomhus i en stor trädgård.



I forskningsmiljön Children's and Young People's Health in Social Context (CYPHISCO) förenas forskare knutna till Högskolan Kristianstad i sitt gemensamma intresse för barns hälsa och livsvillkor. I denna forskningsantologi, som är den andra i ordningen, presenteras aktuella forskningsprojekt med teoretiska och praktiska exempel. Antologin visar CYPHISCOs bredd: från de allra yngsta barnen och deras föräldrar till ungdomar, inklusive barn och unga med olika funktionsnedsättningar. I antologin presenteras forskning om barn och ungdomars existentiella hälsa, sömn och medievanor, förskolebarns rörelse, motorik och fysisk aktivitet, barns rapportering om olyckor, barn i militära familjer, fysisk aktivitet hos barn med Downs syndrom samt möjligheter till estetiska uttryck.