

Barnläkaren

NR.1/2016



Tema | Barn och media

Bromsa barns beroende av nya media

Penna eller dator i skolan?

Nätmobbing – långsiktiga insatser fungerar



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY





B-LPK med 5-partsdiff inom fem minuter.

Med HemoCue® WBC DIFF får du svar direkt, vilket kan hjälpa er att:

- ▶ minska väntetiden för både läkare och patient
- ▶ förbättra flödet på mottagningen
- ▶ förtydliga den kliniska bilden och därmed utesluta något allvarligt

HemoCue® WBC DIFF - när det verkligen behövs

HemoCue WBC DIFF är ett unikt patientnära system för bestämning av totala antalet vita blodkroppar och en 5-parts differentialräkning av dessa. Inom 5 minuter får du ett resultat med laboratoriekvalitet.

För mer information besök vår hemsida hemocue.com eller ring 077-570 02 10.



Barns fantasi fungerar inte sämre för att kroppen gör det.

MinStoraDag hjälper svårt sjuka barn
att förverkliga sina önskedrömmar.



Stiftelsen
MIN STORA DAG
www.minstordag.org



MinStoraDag har ett 90-konto och granskas därför
ärligen av Stiftelsen för Insamlingskontroll. Stöd
oss på PlusGiro: 900513-3 eller Bankgiro: 900-5133.

Innehåll

Barnläkaren

Tidningen Barnläkaren utkommer med sex nummer årligen och är Svenska Barnläkarförningens medlemstidning.

Ansvarig utgivare

Jonas Ludvigsson
jonas.ludvigsson@ki.se

Chefredaktör/Annonskontakt

Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Kulturredaktör:

Göran Wennergren
info@barnlakaren.se

Redaktionssekreterare

Viveca Karlsson
viveca.l.karlsson@gmail.com

Manuskript insändes

per mail till:

Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Prenumerationsärenden och adressändringar

Sveriges Läkarförbund
Medlemsregistret
Box 5610
114 86 Stockholm
Tel: 08-790 33 00
Fax: 08-790 33 16

Förlag

Barnläkaren is published by
John Wiley & Sons Ltd,
The Atrium, Southern Gate, Chichester,
West Sussex PO19 8SQ, UK
Tel: 44.1243.779777
Fax: 44.1243.775878
mvi@wiley.com

Tryck

Quantium Solutions, Singapore

Redaktionsråd

Jonas Ludvigsson
Margareta Blennow
Hugo Lagercrantz
Josef Milerad
Göran Wennergren

Omslagsbilder

Ina Agency

LEDARE

2

REDAKTÖRENS RUTA

3

TEMA: BARN OCH MEDIA

Bromsa barns beroende av nya media – från Sokrates till
Steve Jobs *Hugo Lagercrantz*

4

Utan teknik är vi apor *Bo Dahlbom*

6

Penna eller dator? Forskarna eniga om vad som är bäst
för eleverna *Håkan Danielsson*

7

Från psykisk ohälsa till hälsa och lärande *Åse Victorin*

8

Mobilzombies - barn älskar digital teknik *Sven Rollhagen*

10

Nätmobbing - långsiktiga och intensiva insatser fungerar
Linda Beckman

11

SVAR DIREKT

“AAP (Amerikanska barnläkarakademien) rekommenderar medlemmar att
fråga om barnets skärmtid. Ska vi i Sverige ha samma rekommendationer
inom barn- och skolhälsovården?”

14

DEBATT

Överkonsumtion av social media? Anna Voltaire:

“*Jag blir rädd att den generation som nu växer upp missar något*”

15

INTERVJUN

Hur påverkar våldsamma datorspel hjärna och beteende? *Anna Käll*

16

NYHETER

Neurosedyn gavs som ”provtabletter” i Sverige flera år innan
det godkändes *Margareta Munkert Karnros*

18

KULTUR

Neonatologins utveckling i Sverige de senaste 50 åren *Ragnar Jonsell*
intervjuar Orvar Finnström

21

Den första svenska Gregoryboxen *Sten Dreborg m fl*

23

Prosten Ekströms ordinationer *Lars Larsson*

25

KALENDARIUM

27

I Barnläkarföreningen samverkar vi med många andra. Även om sjuka barn ofta vårdas på barnklinik så träffar barn distriktsläkare, ortopedier, kirurger, hudläkare och ögonläkare. De allra sjukaste hamnar på IVA (neo-IVA eller annan IVA för större barn). Mortaliteten bland barn som hamnar på IVA i Sverige är låg ur ett internationellt perspektiv, men inte obefintlig. De allra svårast sjuka barnen skickas idag till någon av våra barnintensivvårdsavdelningar. För att detta ska fungera krävs också en fungerande transport-organisation.

Dessa ämnen har under 2015 diskuterats i en grupp som koordinerats av SFAI, svensk förening för anestesi och intensivvård. Gruppen föreslår en ökad centralisering av de svårast sjuka. När jag skriver detta har en slutgiltig version just presenterats för barnläkarföreningen och vi jobbar med att ge synpunkter på utredningen.

Barnläkarföreningen har under hösten också haft intensiva diskussioner med Socialstyrelsen och regeringen kring åldersbestämning av asylsökande barn. Det har tidvis varit en diskussion som haft ett högt tonläge men när detta skrivs har Socialstyrelsen och SBU tillsatt var sin utredning för att titta på evidensen bakom olika typer av åldersbedömningar. Lagom till det att du får det här numret av Barnläkaren hoppas vi att myndigheterna ska börja bli klara med sina rapporter.

Under våren 2016 kommer troligen också en rapport från SBUs utredning om abusive head trauma. Denna fråga har rönt stor uppmärksamhet i media och på samma

sätt som för åldersbedömning och barn-IVA-utredningen kommer Barnläkarföreningens synpunkter på utredningen att få stor betydelse för barn och deras hälsa.

Barnläkarföreningen är en av de viktigaste aktörerna inom området barns hälsa i Sverige och det märks! Det märks på att media efterfrågar våra åsikter, och på att Socialstyrelsen och Socialdepartementet skickar alltfler remisser där man ber om våra kommentarer. Men vi i styrelsen klarar inte av att yttra oss om allt och många remisser går vidare till delföreningarna. Jag vill med den här ledaren tacka alla som engagerat sig i Barnläkarföreningen, vare sig det är i styrelsen eller i del-/intresseföreningar. Ni gör ett toppenjobb. Tillsammans drar vi åt rätt håll och jag är övertygad om att vi skapar ett samhälle där barn får det allt bättre.



*Jonas Ludvigsson, ordförande,
E-mail: jonasludvigsson@yahoo.com*

**DET ÄR INTE KONSTIGT.
VÅRA BARN VILL VARA MED.**

PG 90 00 71 - 2 www.rbu.se



RBU

Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar

Redaktörens ruta



Nytt år och nya redaktionslokaler! Vi önskar ett gott nytt 2016 och hälsar välkomna till vår nya adress, Tomtebodavägen 9, Karolinska Institutet.

I vår del av världen lever allt fler i en tillvaro präglad av ständig uppkoppling och interaktion med digitala medier, via t ex datorer, mobiler, ipads och spelkonsoller. Och användningen går allt längre ner i åldrarna. Redan 2011 visade studier att en tredjedel av landets treåringar använder internet, samt att en femtedel av fyra-fem-åringar kopplar upp sig minst en gång per dag ("Svenskarna och internet", en rapport från Internetstiftelsen i Sverige, www.soi2015.se).

Att de flesta barn är förtjusta i digital teknik, råder inga tvivel om. Frågan är om vi vuxna tar tillräckligt med ansvar, eller sveps vi liksom barnen okritiskt med i en skenande utveckling med ännu outforskade skrymslen och vrår? Frågorna kring ämnet barn och media är många och myntet har som bekant alltid två sidor. Vilken nytta har medieutvecklingen för små barns inhämtning av nya kunskaper? Används de tekniska möjligheterna på sätt som utvecklar deras reflekterande och kreativa sinne och kapacitet? Ska vi över huvudtaget låta elever ha datorer på lektionerna? Hur påverkas barnets hjärna av att spela dataspel med återkommande våldsamma inslag?

Missbruk av internet är ett välkänt problem, och vi glömmer alltför lätt att nätet även kan vara en farlig

"lekplats" med möjligheten att söka kontakt med vem som helst. Ett positivt steg i utvecklingen, är dock att mobbning tas på större allvar än tidigare. I och med den ökade användningen av sociala medier, är dagens barn och ungdomar mer utsatta än någonsin. Här behövs behövs effektiva och långsiktiga insatser.

Till vår hjälp med temadelen denna gång, har vi professor Hugo Lagercrantz, som i många år engagerat sig i viktiga debatter som rör barns hälsa och media, t ex barns tv-tittande och skärmtid. Tyck gärna till själva på vår debattsida, vi är alltid intresserade av läsarnas åsikter. I detta nummer ger läkaren Anna Voltaire en öppenhjärtig beskrivning av sitt eget flitiga användande av media, men ställer sig även kritisk till hur dagens barn påverkas av sina föräldrars användande av detsamma. Barn gör inte främst som föräldrar säger, de härmar deras beteende.

Sist men inte minst, en resa från dagens digitala utveckling tillbaka 150 år i svensk medicinsk historia. En tid då blodiglar, spansk fluga och pipa med bolmörtsblad ordinerades inom barnsjukvården. Läs mer på våra kultursidor.

God fortsättning på det nya året!

Margareta Munkert Karnros

Temaredaktör i detta nummer: Hugo Lagercrantz



Hugo Lagercrantz är senior professor i barnmedicin vid Karolinska Institutet och Astrid Lindgrens barnsjukhus. Han är också chefredaktör för Acta Paediatrica.

Han har intresserat sig för hjärnans utveckling och därmed blivit engagerad i frågan om barn och nya media. I debatten har han ofta refererat till den amerikanska barnläkarakademiens rekommendationer om att begränsa skärmtiden för barn. Han vill dock också framhålla de positiva effekterna av nya media, men att det är viktigt att se till att de inte helt tränger ut sagoberättande, fri lek, ritande, läsande och skrivande för hand. Familj- och kamratliv måste baseras på direkt social kommunikation och kan inte helt ersättas av sms, skype och facebook. Hans råd sammanfattas i en broschyr för BVC, som utkommer i en ny upplaga på Gothia förlag.



Foto: InaAgency

Bromsa barns beroende av nya media – från Sokrates till Steve Jobs

Barn gör inte som föräldrarna säger, de agerar efter hur föräldrarna gör. Följden blir föräldrar som ständigt är uppkopplade, surfar på nätet och har hörlurar på sig får svårt att begränsa användandet för sina barn. Att begränsa betyder inte att inskränka användandet av all media - det är dock viktigt att den nya tekniken inte helt tränger ut viktiga delar som påverkar barnets utveckling positivt t ex sagoberättandet, fri lek, ritande, läsande och skrivande.

Lösningen? En enkel app.

När man började nedteckna sagorna i det gamla Grekland på pergamentrullar ifrågasattes det av Sokrates. Han menade att man inte längre behövde lära sig sagor såsom Iliaden och Odyssén utantill. Introduktionen av nya medier har nästan alltid lett till protester. Radion ansågs kunna orsaka hjärnskador. Att ifrågasätta att barn är uppkopplade till elektroniska media större delen av sin vakna tid avfärdas som mossigt. Amerikanska barnläkar-

akademien har dock sedan flera år tagit upp problemet med att barn tillbringar alltför mycket skärmtid och publicerar kontinuerligt rekommendationer (1). En av skribenterna diskuterar för och nackdelar när det gäller spädbarn (2). Att kommunicera med mor- och farföräldrar via Skype är säkert bra, men det kan inte ersätta den direkta kontakten med barnet i famnen. Till och med Steve Jobs vägrade låta sina barn använda Ipad (se <http://www.newsner.com>).

Språkinläring kan försenas av passivt tv-tittande

Det viktiga är inte att inskränka användandet av såväl gamla som nya media utan att se till att de inte helt tränger ut sagoberättandet, fri lek, ritande, läsande och skrivande. Det är inte heller särskilt bra att låta tv:n stå på konstant i köket och vardagsrummet. Ett flertal studier har visat att barns språkinläring inte stimuleras ens av pedagogiska tv/dvd program utan till och med försenas (3). Passivt tv-tittande är ännu sämre. Det är viktigt att berätta sagor för barn för att lära dem förstå kontext och sammanhang. Flera hjärncentra aktiveras och tränas up (4).

Konsten att läsa och skriva är inte medfödd på samma sätt som att prata. Man utnyttjar sig av hjärnans s k letterbox, som från början är till för att känna igen ansikten och djur (5). Men genom att skriva bokstäverna för hand såsom A:e, som ju från början var ett oxhuvud, lär man sig att skriva och läsa. Det kan knappast ersättas av att trycka på bokstäverna på en surfplatta. Välskrivning med blyertspenna kanske fortfarande är nödvändigt?

Barn imiterar sina föräldrars användning av media

Svenska Barnläkarföreningen borde agera på samma sätt som den amerikanska och informera föräldrar om både för- och nackdelar med nya media. I stället för att ange gränsvärden för skärmtittandet kanske det är bättre att rekommendera den tid man bör ägna sig åt sitt barn och framhålla att den direkta sociala interaktionen inte kan ersättas av sms,



Skype och facebook. Mitt intryck är att många föräldrar verkar vara handfallna idag och kan inte säga till sina barn att stänga av smartphonen under måltider och sätta gränser för dataspel sent på kvällarna. Barnen gör dock inte alltid som föräldrarna säger. De gör i stället vad föräldrarna gör. Om föräldrarna hela tiden är uppkopplade, surfar på nätet och har hörlurar på sig så kommer barnen göra efter. Jag efterlyser en särskild app för att stänga av barnets skärm vid läggsdags och filtrera bort olämpliga program. En orolig dataintresserad pappa försöker faktiskt få fram en sådan.

*Hugo Lagercrantz, temareaktör, barnläkare
(se bild sidan 3)
Email: hugo.lagercrantz@ki.se*

Referenser

1. *Pediatrics AAO. Children, adolescents and the media. Pediatrics. 2013;132:958-961.*
2. *Strasburger V. Should babies be watching and using screens? The answer is surprisingly complicated. Acta Paediatrica. 2015;104:967-968.*
3. *Kuhl P. Brain mechanisms in early language acquisition. Neuron. 2010;67:713-727.*
4. *Horowitz-Kraus T, Hutton J. From emergent literacy to reading: how learning to read changes a child's brain. Acta Paediatrica. 2015;104:648-656.*
5. *Dehaene S. Reading in the brain. N.Y.: Viking; 2009.*

Expertens råd

Torkel Klingberg är professor i kognitiv neurovetenskap och en varm förespråkare av paddor och annan ny teknik i undervisningen. Han menar att de pedagogiska möjligheterna är stora särskilt för att träna upp arbetsminnet, men det kräver en hel del av lärarna. Vissa barn har svårt att fokusera och hjärnan mår bäst av koncentration på ett problem i taget. Det gäller alltså att utnyttja sin laptop eller Ipad på rätt sätt. När professorn själv får frågan om att hålla den viljestyrda uppmärksamheten i schack uppger han att det blir ofta väldigt bra om man följer devisen att "aldrig kolla e-mejl före lunch".

SvD 23/11, 2015



Utan teknik är vi apor

Utan teknik vore vi som de andra aporna närmast vår storlek. Vi skulle leva som de, föröka oss som de, dö som de. Vi skulle leva i samhällen utan historia, samhällen som inte förändrades. Men tack vare tekniken kunde vi lämna Afrika. För 70 000 år sedan var det stenyxor, kalebasser och kläder vi använde. Dagens flyktingar lämnar Afrika med hjälp av Facebook, Google Maps och gummibåtar.



Foto: Wikipedia

När tekniken utvecklades blev tillvaron rikare, möjligheterna fler, våra samhällen mer komplexa. Tekniken gav oss vetenskap och konst, instrument för utforskande av verkligheten och skapande av upplevelser. Men det som gör oss till människor är inte tekniken utan vår ständiga strävan att utveckla den.

Läkarprofessionen står inför spännande utmaningar inom IT

Den tekniska utvecklingen driver på den vetenskapliga. På senare tid har IT och Internet gett vetenskapen en fantastisk skjuts framåt. IT bidrar med beräkningskraft, stimulering, visualisering, datainsamling och analys. Internet snabbar upp samarbetet mellan forskare, sprider nya rön och hetsar forskningen till allt högre tempo. Inte minst inom medicinen har utvecklingen fullkomligt exploderat. Vi har bara sett början av en fantastisk utveckling på områden som genetik och genteknik, stamcellsteknik, sensorer, proteser, robotar och deras användning i operation och vård. Forskningsresultaten duggar så tätt att man måste vara dator, som IBM Watson, för att hänga med.

Läkarprofessionen står inför spännande utmaningar när IT tar över både rutiner och komplexa diagnoser. När hälsan hamnar på konsumentmarknaden och utvecklingen drivs av Apple och Google kan vi se fram emot en hälsovård online med allt större inslag av självbetjäning.

De obehagliga överraskningarna minimeras liksom köer och felbehandlingar.

För barnmedicinen kommer detta att innebära lättnader för oroliga föräldrar och drabbade barn. Tänk att slippa all väntan, all ovisshet som kännetecknade 1900-talets avlägsna sjukvård. Sjukdomens elände kommer vi inte ifrån, men allt det onödiga elände som orsakas av en svåråtkomlig vård slipper vi.

Vuxna tappar barnets nyfikenhet och fokuserar på faror

Man kan förhålla sig till teknikutvecklingen på olika sätt. Man kan se skeptiskt på utvecklingen och i stället framhäva den teknik man själv vuxit upp med och lärt sig använda. Man kan betona betydelsen av att skriva för hand eller spela blockflöjt. Eller man kan inse att meningen med att vara människa är att vara med och driva teknikens och vetenskapens utveckling.

Barnen tar till sig den nya tekniken med förtjusning och ställer de stora frågorna om universums ursprung, om livet och döden. Många vuxna förlorar barnens nyfikenhet och detta verkar särskilt gälla en del professionella experter. De ser hellre faror än fördelar i den nya tekniken. När boken kom varnade de för alltför mycket läsning. Nu varnar de för alltför många timmar med läsplattan.

Men låt barnen ha sina läsplattor, låt dem fyllas av den nya tekniken, uppmuntra deras nyfikenhet, låt dem bli världsmedborgare som flyttar gränser. Stäng inte in dem i det gamla. Skräm dem inte för framtiden utan visa dem vilken fantastisk framtid som väntar oss – om vi säger ja till utvecklingen, till tekniken, vetenskapen och konsten.

*Bo Dahlbom, professor och
forskningschef vid Sustainable
Innovation, ledamot av Kungliga
Ingenjörsvetenskapsakademien,
medlem av regeringens IT-råd
E-mail: bo.dahlbom@sust.se*



Penna eller dator i skolan?

Forskarna eniga om vad som är bäst för eleverna

Forskarna är eniga. Att använda datorn som anteckningsblock ger väsentligt sämre resultat än traditionellt använt penna och papper. Eleverna frestas dessutom att använda datorn till allt möjligt annat, vilket gör prestationerna ännu sämre.



Foto: InaAgency

På min skola har varje lärare ansvar för ordningen i ett visst klassrum. Under större delen av förra läsåret var min uppgift lätt. Under våren exploderade emellertid mängden klotter på bänkarna. Varför? Jo, eleverna klottrade på bänkarna när de hade nationella prov och då inte längre hade tillgång till sin mobiltelefon.

Denna bagatell kanske kan illustrera den djupgående förändring skolan har genomgått på ett par decennier. Idag har i stort sett varje gymnasieelev egen dator och mobiltelefon.

I många förvaltningar finns en dröm om att hitta en "best practice" – metod som bör införas överallt. Det bidrar till att metoder som fungerar bra på en plats tas till intäkt för att införas på en annan plats. I mer än två decennier har politiker sett datorisering som den kanske viktigaste åtgärden – best practice – för att förbättra skolans resultat, åtminstone om man ser till ekonomiska satsningar.

Utländska studier visar negativa effekter

Tråkigt nog har skolresultaten ändå sjunkit. Misslyckandet har inte lett till mindre satsningar. Tvärtom satsas nu ännu mer pengar på att ge varje elev i senare skolstadier en egen dator.

Datorns möjlighet till nya undervisningsformer till trots, kvarstår ändå den vanligaste undervisningsformen på gymnasiet vid att läraren talar till eller samtalar med eleverna. Här har eleverna traditionellt antecknat med penna och papper. Vad händer då eleverna börjar ta anteckningar på datorn istället för på ett block?

Under de senaste åren har det kommit flera vetenskapliga undersökningar som studerat hur prestationerna förändras med datorn som anteckningsblock. Dessa studier är från Nordamerika och har fokuserat på collegestudenter. Det finns inga sven-

ska studier men man kan anta att resultatet skulle bli likadant i en svensk skolklass, åtminstone på gymnasiet.

En undersökning (Mueller/Oppenheimer) jämförde en grupp elever som antecknade för hand med elever som antecknade med dator. Trots att det ytligt sett såg ut som om datoranteckningarna var fylligare gick det betydligt bättre för eleverna med penna och papper.

I denna studie kunde eleverna inte göra annat med datorn än att anteckna. Vad händer när man ger eleverna möjlighet att fritt använda dator och Internet?

I två olika studier (Sovern respektive Kraushaar/Novak) har det visat sig att en normal student tillbringar runt hälften av tiden i klassrummet med ovidkommande datorprogram.

2014 publicerades resultatet från en kanadensisk studie (Sanja/Weston) som visade att inte bara den student som själv sysslade med annat presterade sämre. Också den som satt närmast en sådan elev och kunde se aktiviteten på bordsgrannens skärm, presterade lägre resultat, 17 procent

sämre. Lite som passiv rökning. Det går alltså inte att hävda att datorantecknarna får skylla sig själva.

Datorer och mobiltelefoner bör avlägsnas från klassrummen

Det finns flera olika studier som visar på att multitasking – att man pysslar med flera saker samtidigt – fungerar dåligt. Intressant nog fungerar det sämre för dem som tror att de är bra på multitasking än för dem som medger att de inte är särskilt bra på det, vilket har visats av Clifford Nass från Stanford.

Forskningen är alltså entydig. Att använda datorn som anteckningsblock ger väsentligt sämre resultat fast eleverna tror att de ska bli bättre. Eleverna frestas dessutom att använda datorn till allt möjligt annat, vilket gör prestationerna ännu sämre. Och allra värst är att man också riskerar att fördärva för sina klasskamrater. Så på vanliga lektioner bör

datorerna tas bort. Risken är naturligtvis att eleverna, utan datorer och mobiltelefoner framför sig, börjar klottra igen på bänkarna. Men om resultaten förbättras med uppemot 20 procent är klottret ett pris jag är beredd att betala.

*Håkan Danielsson,
gymnasielärare och koordinator
på historieprogrammet på
Katedralskolan i Lund.
E-mail: dipshoe@gmail.com*



Från psykisk ohälsa till hälsa och lärande

Psykisk ohälsa ökar bland elever samtidigt som skolresultaten sjunker. En anledning är den ökande skärmanvändningen. De elever som använder datorn mest är de som presterar sämst på PISA-provet¹ och Sverige är det land i OECD med högst andel unga extrema internetanvändare². Den gruppen barn rör sig för lite, sover för lite och får sämre skolresultat³. En sådan livsstil ökar risken för suicidalt beteende⁴. Mellan 2003 och 2008 ökade antalet självmord bland svenska ungdomar mellan 10-19 år med 60 procent⁵. Här kan skolan spela en enormt viktig roll. Nu finns verktyg för skolan att arbeta mer aktivt med elever och föräldrar för en hållbar livsstil.



Hanna och Filip i olika åldrar

Illustration: Malin Svarén.

Den mänskliga hjärnan mognar sent när det kommer till planering, ta rätt beslut och att kunna se konsekvensen av sitt handlande. Barn behöver därför vuxnas vägledning och gränssättning. Det digitaliserade samhället innebär risk för individen att hamna i ständig uppkoppling, stress, sömnbrist, oregelbundet ätande och för mycket stillasittande. Vi glömmer grundläggande behov som biologisk rytm och återhämtning. För många unga innebär vardagar ensamma timmar utan vuxna. När föräldrar sedan ansluter har de svårt att sätta gränser.

När jag som skolläkare möter ungdomar som mår dåligt framkommer det ofta att de har en ohållbar livsstil. Kunskapen om kroppens grundläggande behov är dålig. Den ökande psykiska ohälsan har drivit mig att arbeta för en livsviktig förändring - att vi börjar jobba aktivt för en ökad medvetenhet hos både föräldrar och barn för att barnen ska kunna växa upp med en hållbar livsstil.

QLeva är en lösning

QLeva är ett webbaserat läromedel om hållbar livsstil, framtaget av barnläkare, för att användas i skolan av alla barn. Det består av bildspel till elever och föräldrar, elevhäften och skriftlig föräldravägledning samt handledning till pedagoger och elevhälsan. Utgångspunkten är positiv; att barn är härliga, nybakade människor som kan få ett fantastiskt liv. Fakta bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Där evidens saknas används försiktighetsprincipen och sunt förnuft, som att eftersträva en god balans mellan digitalt och verkligt liv. Upplägget gör elever och föräldrar medvetna vilket skapar bättre förutsättningar för inläring.

Idén med materialet är att öka kunskapen om kroppen och hjärnan, men även att bidra till en god värdegrund och motverka mobbning. Med åldersanpassade texter och bilder underlättas förståelse och genom repetitionen befasts kunskapen. Det handlar om två barn, Hanna och Filip, som växer med eleverna för igenkänning och inspiration.

För eleverna visas fyra bildspel under höstterminerna någon gång i; förskoleklass-åk 1, åk 2-3, 4-5, 6-7 och 8-9 (Gy 1).

Teman är samma:

1. Kroppen och sömn
2. Kroppen och mat
3. Kroppen och rörelse/stillasittande
4. Självkänsla och värderingar

(I åk 6-7 tillkommer information om kroppens utveckling och åk 8-Gy1 inkluderar alkohol och droger samt kärlek och sex.)

Efter visat bildspel får eleven arbeta i sitt arbetshäfte med frågor för vidare reflektion. Fram till åk 4 tar eleven med sig häftet hem för dialog med vuxna som får signera att så har skett. Det befäster kunskapen och främjar samtal mellan föräldrar och barn. Föräldrar inkluderas även med bildspel och skriftlig föräldravägledning på höstens första föräldramöte.

Elevhälsan är delaktig och stödjande för pedagogerna, särskilt vid föräldramöten. Arbetet görs i samverkan mellan pedagog, elevhälsa, elev och vårdnadshavare.

Ingen elev ska kunna lämna grundskolan utan kunskap om hållbar livsstil.

I höst provas QLeva på skolor i Göteborg, för utvärdering under våren. Hittills tycker eleverna att det är roligt - grundläggande för inläring!

QLeva tar inte mycket tid. Runt fyra timmar under höstterminen plus föräldramötet. Målsättningen är piggare och gladare elever som blir lättare att undervisa - en vinst för alla inblandade och en investering i våra barn och framtiden.

Referenser

1. *PISA rapport 2015*
2. *OECD skolrapport 2015*
3. *Associations of self-reported sleep disturbance and duration with academic failure in community dwelling Swedish adolescents: Sleep and academic performance at school. O. Titova et al, Sleep Medicine 2015, 16:1, 87-93*
4. *A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. D. Wasserman et al, World Psychiatry 2014, 13:1, 78-86*
5. *Doc, ÖL Göran Isaksson KI, Psykiatri SV Sthlm, Läkartidningen 32-33 2014*



Åse Victorin, leg läk. specialist barn- och ungdomsmedicin, specialist Allmänmedicin, skolläkare medicinsk copywriter QLeva AB
E-mail: ase.victorin@gmail.com

Mobilzombies - barn älskar digital teknik

Han har ägnat de senaste tio åren till ett spännande pionjärbete kring datorspelsberoende.

Som rådgivare har han träffat hundratals "gamers" och deras familjer, föreläst runtom i Norden i skolor och för socialarbetare och vårdpersonal. Sven Rollenhagen har ingen som helst längtan till faxar och skrivmaskiner - och spelar själv datorspel. Initialt som en del i hans tjänsteutövning men numera lika mycket för att det är roligt. -En bonuseffekt är att det stärker min simultan- och reaktionsförmåga, säger han.



Foto: Margareta Munkert Karnros

Vad kännetecknar då ett datorspelsberoende?

- Abstinens, rastlöshet, psykosomatiska besvär när möjligheten att spela är begränsad, ex under en resa.
- Kontrollförlust: personen hade tänkt att spela "någon timme" men plötsligt har fem timmar gått. Trots negativa konsekvenser fortsätter spelandet på samma nivå.
- Konflikt med anhöriga/närstående: föräldrar och sambos har synpunkter som kan leda till eskalerande konflikter, ibland även fysiskt våld.
- Förnekelse: "jag har inga problem med mitt spelande".
- Sinnesförändring: personen upplever stark eufori och glädje som kan varvas med aggressioner och besvikelse då en "match" förloras.
- Kriminalitet: ett barn som olovligen använder förälders Visakort för att köpa spel.

Många av mina klienter anser även själva att de är "fast" i sitt spelande. Att de har svårt att reglera hur mycket de skall spela.

Ett massivt spelande innebär stillasittande. Jag träffar klienter som kan sitta framför skärmen i 8 timmar i sträck, de tar knappt paus för att gå till toaletten.

Övervikt och fetma är därför inte ovanligt. Sämre kondition, social fobi och depressioner är även vanliga symtom. Oftast är bristen på solljus och för lite fysisk rörelse anledningen till att humöret sviktar. Kroppen

svarar ju naturligt på vårt beteende. Och när detta beteende ändras får man oftast en minskning av nedstämdheten. Därför att det viktigt att tänka holistiskt och uppmuntra fysiska aktiviteter, helst utomhus.

Vad är positivt med att spela?

- Det är socialt. De flesta unga föredrar onlinespel då man spelar mot andra personer.
Här kan personer med Asperger känna en lättnad. De kan fokusera på en aktivitet och även ha ett rikt socialt liv. Via spelen. För där behövs inga handslag, kramar och ögonkontakt, något som dessa personer kan ha svårigheter med.
- Det ökar reaktionsförmåga, simultanförmåga samt att kommunicera digitalt.
- Träning i samarbete och ledarskap.
- Förbättrad engelska vilket är det universella gaming-språket.
- Strategiskt tänkande.
- Lärorika spel, med inslag av historia, teknik osv.

Det finns således en mängd fördelar med livet på nätet, något som vi självklart ska bejaka, fast i måttliga mängder.

Hur ligger det till med barn och mobiltelefoner?

Mobilen har ju fördelen att barn kan färdas till skolan eller fotbollsträningen med mobilen i högsta hugg. Hen kan kombinera ett aktivt liv med sina digitala nöjen. Och att ägna sig åt sociala medier och spel kan förstås hanteras lika väl via en mobil som vid en stationär dator.

De nackdelar som kan uppstå är bl a kring sömn och bristande koncentration i skolan.

Många barn har bokstavligen med sig mobil eller Ipad till sängen. Under täcket kollas Facebook och Youtube medan föräldrarna tror att barnet sover. Det blå skärmljuset lurar hjärnan att det är dag och barnet får svårt att somna och får sömnunderskott.

Och i skolan hänger mobilerna med in på lektionerna och lockar förstås mer än läraren.

På många skolor ägnas därför en stor del av tiden att jaga mobiler istället för inläring.

Hur bör barnläkare tänka kring dessa frågor?

- Skaffa kunskap och anlita expertis vid behov.
- Var noggranna vid bedömningar så att ni inte missar ett bakomliggande datorspelsberoende.
- Grundsynen på digital teknik bör förstås vara positiv, men att den används i lagom doser.

Läs mer: www.svenrollenhagen.com

Sven Rollenhagen är socionom, specialist på datorspelsberoende, internet och mobiltelefoner
E-mail: Sven.rollhagen@gmail.com



Nätmobbing – långsiktiga och intensiva insatser fungerar

Sverige och Norge har sedan 1980-talet legat i framkant gällande mobbningsprevention i skolor. Men räcker dagens insatser och kunskap verkligen till när det gäller mobbing via nätet? Skolan vet hur ett kränkande inlägg hanteras. Fortfarande råder dock tveksamhet kring vilka metoder som fungerar bäst mot nätkränkningar.



Skolan har ansvar för att det genomförs åtgärder för att förebygga och utreda händelser där elever utsätts för mobbing och annan kränkande behandling. Detta ska återfinnas i en plan som uppdateras årligen.

Foto: Ina Agency

Varje dag är det flera 100 barn och ungdomar som utsätts för både fysisk och psykisk mobbing i skolan. Under de

senaste åren har barns och ungdomars sociala relationer flyttat sig till nätet; barn och ungdomar interagerar och vidmakthåller sociala relationer via bloggar, chattar och sociala medier. Detta medför att också negativa aspekter såsom mobbing har flyttat sig dit. Uppskattningsvis, och beroende på hur vi ställer frågan, utsätts omkring 3-10 procent av skolbarn för mobbing och en något mindre andel uppger att de blir nätmobbede.

Nätmobbing är mer empatilös än “vanlig” mobbing

Nätmobbing verkar vara något mer förekommande på högstadiet vilket kan förklaras av en

större frihet och att fler har tillgång till “egen” dator och mobiltelefon. Även om nätmobbing är mer en förlängning av “traditionell” mobbing än ett nytt fenomen, så finns det ändå vissa skillnader mellan dessa former: När vi inte ser varandra bakom skär-

marna blir vi mer benägna att säga saker vi inte annars skulle säga direkt till varandra. Att inte se offret kan minska

förövarens empati och attacken kan bli hårdare än den skulle vara i ett fysiskt möte.

Mottagaren kan också uppleva att förövaren är anonym vilket kan förstärka känslan av olust hos offret.

Själva mediet i sig gör att händelser eller elaka kommentarer kan spridas till en stor publik på kort tid. Ett foto eller nedsättande kommentarer kan vara svåra att få bort helt från internet. Denna nya form av mobbning genererar också nya frågor och ställningstaganden. Hur ska vi ta oss an detta problem? Ska skolan implementera nya arbetsätt för att motverka nätmobbning? Hur långt går skolans ansvar?

Preventivt arbete mot mobbning i skolan

Många anser fortfarande att mobbning på nätet som sker efter skoltid, inte är skolans ansvar. Men skolan har ett ansvar för sina elever utanför skoltid. Skolan har också ansvar för att det genomförs åtgärder för att förebygga och utreda händelser där elever utsätts för mobbning och annan kränkande behandling. Detta ska återfinnas i en plan som uppdateras årligen.

Sverige och Norge har sedan 1980-talet legat i framkant gällande mobbningsprevention i skolor vilket tar sin utgångspunkt i forskaren Dan Olweus arbete som lanserade det första mobbningspreventiva programmet. Under 1990-talet införlivades handläggningen av mobbning i offentliga utredningar, läroplaner och lagar i form av "kränkande behandling". Detta har sannolikt bidragit till att Sverige är ett av de länder som rapporterar lägst andel mobbning. Vad gäller nätmobbningen ser vi att det finns ett mycket stort överlapp mellan det som händer på nätet och det som händer i skolan, därför finns det heller inga forskningsstudier som tyder på att just nätmobbning har ökat explosionsartat de senaste åren. Vad gäller nätmobbningsprevention är forskningen fortfarande i sin linda.

Elevhälsan – viktig i omhändertagandet av utsatta barn

I svenska skolor är det fortfarande ovanligt med strategier som riktar sig mot nätmobbning *per se*. Eftersom traditionell mobbning och nätmobbning till stor del överlappar varandra minskar interventioner som syftar till att motverka traditionell mobbning också nätmobbning.

Elevhälsan har en viktig roll i att fånga upp de elever som mår psykiskt dåligt, där mobbning kan vara en bakomliggande orsak. Personalen har möjlighet att arbeta både på individ – och gruppnivå med eleverna. I grupp-samtal med elever kan upplevelser och tankar om nätkränkningar diskuteras. Detta kan generera en större förståelse för hur situationer kan uppfattas på nätet och olika strategier att hantera kränkningar kan synliggöras. I enskilda

samtal kan elever som har varit inblandade i kränkningar fångas upp tidigt.

Vilka metoder fungerar mot "nätkränkningar"?

Idag pågår ett proaktivt arbete mot kränkningar och mobbning i de allra flesta svenska skolor. Det finns en stor kunskap om hur kränkande inlägg på nätet ska hanteras och på vilka platser eleverna befinner sig när de använder internet. Däremot finns det en efterfrågan om vilka metoder som fungerar just mot nätkränkningar. Och här finns det inget enkelt svar. I grunden, menar jag och många andra, handlar det om att ta ett helhetsgrepp om mobbningen i stort: hur vi förhåller oss till och respekterar varandra. Om det inte finns respekt utanför nätet finns det sannolikt inte det på nätet heller.

Jag tror att det är viktigt att förflytta diskussionerna till rätt sammanhang. Pratar man i skolan om sociala relationer så är det viktigt att exemplifiera från nätet så att eleverna kan känna igen sig. Sådana diskussioner har bäring också utanför nätet. Forskningen är rörande överens om att skolor som arbetar med alla nivåer – elever, personal, föräldrar och gärna det övriga samhället, lyckas bättre än andra skolor med att förebygga mobbning. Enstaka insatser som ett informationstillfälle eller kortlivade projekt har sällan långvarig effekt. Insatser som är långsiktiga och intensiva är de som fungerar bäst. Nätet är en plats där barn och ungdomar ofta lämnas ensamma utan vuxnas närvaro. Genom att visa att vi som vuxna är intresserade av vad som händer och vad barnen gör kan vi vara närvarande vuxna även där.

Vad kan man som barnläkare inom vård och skolhälsovård tänka på i mötet med barn när det gäller nätmobbning?

- Våga fråga barn och ungdomar om varför de mår dåligt men var medveten om att barn kan undvika att berätta om nätmobbning eftersom de tror att det kan förvärra deras situation eller att de då kan bli frångagna mobil och dator.
- En del forskning pekar åt att nätmobbning skulle vara värre för den psykiska hälsan än traditionell mobbning
- Förövare på nätet är sällan anonyma (även om offret kan uppfatta situationen så) och det går oftast att spåra dator eller mobil om man polisanmäler.

Referenser

- 1 Beckman, L., Hagquist, C. & Hellström, L. (2012). Does the Association with Psychosomatic Health Problems differ between Cyberbullying and Traditional bullying? *Emotional and Behavioural Difficulties*, 17(3-4), 421-434.

TEMA: BARN OCH MEDIA

- 2 Cross, D., Li, Q., Smith, P. K., & Monks, H. (2012). *Understanding and preventing cyberbullying*. In S. Bauman, D. Cross & J. Walker (Eds.), *Principles of cyberbullying* (pp. 287) Routledge.
- 3 Englund, G. (2011). *Prevus arbete för att minska mobbning med Olweusprogrammet. del 2. Göteborg: Preventions- och utvecklingsenheten. Rapport från Previa. Göteborgs Stad.*
- 4 Salmivalli, C., & Pöyhönen, V. (2012). *Cyberbullying in Finland*. In S. Bauman, D. Cross & J. Walker (Eds.), *Principles of cyberbullying* (pp. 57) Routledge.
- 5 Kiriakidis, S. P., & Kavoura, A. (2010). *Cyberbullying: A review of the literature on harassment through the Internet and other electronic means*. *Family & Community Health*, 33(2), 82.

Linda Beckman, lektor i
folkhälsovetenskap,
Karlstads universitet
E-mail: linda.beckman@kau.se



Barnläkaren söker ny medlem till tidningens redaktionsråd



Är du barnläkare och gärna skriver egna texter? Har du möjlighet att närvara vid våra trevliga redaktionsmöten (inkl. lunch), varannan månad i Stockholm? Intresserad? Kontakta redaktionen: info@barnlakaren.se/070-202 09 29

“AAP (Amerikanska barnläkarakademien) rekommenderar medlemmar att fråga om barnets skärmtid. Ska vi i Sverige ha samma rekommendationer inom barn- och skolhälsovården?”

Läs också: <http://www.aapublications.org/content/aapnews/36/10/54.full.pdf>

Hans Holgert, barnläkare, docent, Barnläkarna i Täby centrum, Stockholm



–Jag tycker att frågan om “monitortid” bör ingå i en öppen frågeställning kring “Vad gör du på din fritid?”. Barn behöver fysisk aktivitet för att må och utvecklas bra och även inläringen påverkas positivt av fysisk aktivitet. En aktiv livsstil är viktigt också för vuxna och mycket av våra levnadsvanor lär vi oss som

barn. Att sedan fritiden delas mellan fysiska aktiviteter och lek, och mer stillasittande aktiviteter där förstås en del monitortid, liksom läsande, pysslande och annat kan ingå är vare sig farligt eller dåligt. Vi måste fråga och kunna ge vägledning, och det är föräldrarna som har ansvaret.

Cecilia Renman, barnläkare, Stora Holmens Barn- och ungdomsmottagning, Örebro



–Ja, absolut! Det finns flera fördelar med att vi vid hälsobesöken i BVC och skolhälsovård rutinmässigt frågar om barns och elevers “skärmtid”, förslagsvis från 18 månaders ålder och framåt. Vi får då en naturlig ingång att samtala med vårdnadshavarna och de unga om för- och nackdelar med våra “it-vanor”. När det finns evidens kan vi ge lämpliga rekommendationer.

Om svaren också sammanställs lokalt och nationellt öppnas möjlighet att återkoppla och diskutera resultatet t ex på föräldramöten och i klassrum samt för forskningen att följa utvecklingen över tid i olika åldrar.

Mariette Derwig, barnhälsovårdsöverläkare Region Skåne, Kunskapscentrum för barnhälsovård,



Skånevård sund

–I dagens samhälle med en ökande användning av smartphone och surfplattor är det nog svårt att följa den amerikanska rekommendationen om att helt undvika skärmtid före 2 års ålder. Däremot är det viktigt att personal på BVC tidigt börjar samtala kring medievanor och bjuder in till reflektion samt

stödjer föräldrar i att vägleda barnen. Samtal kan handla om förälderns tankar kring egen mobil och medieanvändning, kring skärmtid och hur de kan hjälpa sina barn i att alternera skärmaktiviteter med t ex fysisk aktivitet eller leka tillsammans. Hur *omfattande* skärmtid kan påverka barnets utveckling och hur föräldrar kan främja barnets utveckling är också viktiga samtalsämnen.

Varje dag
får två barn i Sverige
diabetes typ 1

Stöd
forskningen
pg 900901-0

Diabetesfonden
Stiftelsen Svenska Diabetesförbundets
Forskningsfond

90 SVENSK
INSAMLINGS
KONTROLL

“Jag blir rädd att den generation som nu växer upp missar något”



Se mig! Faller dagens småbarn offer för en “media-knarkande” vuxenvärld? (del av skulptur, Charlotte Gyllenhammar)?

Jag har varit mamma i drygt 18 år och har ägt en smartphone i fem. Datorn blev en stor del i mitt liv när jag fick en egen bärbar, länge var det bara en skrivmaskin för mig. Jag älskar att använda dem båda. Informationen är nära, mina älsklingsserier finns där och jag kan skriva och läsa var jag än är. Underbart tillfredställande. Tyvärr känner jag ibland att jag sugts in i den virtuella världen. Jag har då svårt att släppa den, för att vara med i livet som försiggår omkring mig i hemmet. Ibland kan jag också känna mig lite ensam där jag sitter i mörkret med hörlurar och ser på en BBC-deckare.

Maken kan klaga över att jag hänger på Facebook mer än med honom, jag känner ibland lite skuld. Jag klagar för all del själv, både på maken och mina tre tonåringarn som lever nästan helt via sina lurar som det verkar. Då och då utlyser jag teknikfria dagar eller helger!

Som sexbarnsmamma får man ofta frågor som rör barn. Det kan gälla amning, förlossning, sömn och uppfostran etc. Jag svarar efter bästa förmåga. Fokus ligger dock på att man ska göra det som passar för en själv. Att kritisera hur andra hanterar sina barn är minerad terräng, jag ger mig inte gärna in i den debatten. Men för en tid sedan såg jag något som gjorde mig ledsen. Jag såg en mamma, med sitt lilla barn i en barnvagn. Barnet försökte påkalla mammans uppmärksamhet, dock förgäves. Mamman hade stora hörlurar på som var hopkopplade med hennes telefon. Den stirrade hon in i och barnet såg hon ej. Jag tänkte på detta

resten av dagen och blir rädd att den generation som nu växer upp missar något. Hur ska små barn signalera till omgivningen, hur ska föräldrarna kunna tolka vad som sker, hur blir det med anknytningen och interaktionen om ena parten avskärmar sig och den andra gör allt den är programmerad att göra utan resultat? Resignerar barnet inför detta eller kommer det att få skrika högre, nypa hårdare eller kasta längre? Smartphones är extra beroendeframkallande, de finns tillgängliga hela tiden. Och det kan ju vara något viktigt. De är dessutom konstruerade så att man ska triggas att använda dem mer, spel skraddarsys för att ge oss de dopaminkickar vi hungrar efter. Inget konstigt med det.

Jag ser en tydlig skillnad här mellan mina två kullar av barn de “pre-smartphones” och “post-”. De senares generation växer upp med vuxna och för all del äldre syskon som mestadels stirrar in i sina mobiltelefoner även under middagen. Det sociala samspelet som man måste lära sig, är inte tillgängligt för dem i samma utsträckning. När jag drog de äldsta barnen och för all del de yngre också i barnvagn, tittade jag på dem. Tillsammans upptäckte vi världen, pekade på fåglar, hundar och flygplan.

Jag vet inte om detta är viktigt för barns utveckling, det får väl framtiden utvisa. Men att ha en förälder som stirrar in i en telefon på promenaden på detta vis kändes ärligt talat inte bra.

Jag tänker koppla ur så länge småbarnen är med mig. Den korta tiden tillsammans under en arbetsvecka ska från och med nu vara telefonfri. Jag lovar och svär.



*Anna Voltaire, läkare, sexbarnsmamma och skribent. Stockholm
E-mail: swevoltaire@gmail.com*

Våldsamma datorspel:

“Vi är den som slår och mördar”

Frågan om våldsamma datorspel leder till ökad risk för ett våldsamt beteende är ständigt aktuell. Vi mötte Predrag Petrovic, psykiatriker och hjärnforskare vid Karolinska Institutet, som berättar att det inom experimentell hjärnforskning finns flera mekanismer som ger stöd för att våldsamma datorspel ökar risken för ett aggressivt beteende.



Psykiatrikern och hjärnforskaren Predrag Petrovic

Foto: Ulf Sirborn

–Mycket pekar mot att våldsamma datorspel ökar risk för aggressivitet. Problemet är att det i den typ av observationsstudier som gjorts kan vara svårt att se om det är så att personer som spelar våldsamma datorspel blir aggressiva på grund av sitt spelande eller om det är så att personer som är mer aggressiva spelar mer våldsamma spel. Därför behövs det fler randomiserade studier, säger Predrag Petrovic.

2011 publicerade Statens medieråd en rapport där de drog slutsatsen att det inte går att säga att våldsamma datorspel leder till ett våldsamt beteende. Predrag Petrovic och hans kolleger Martin Ingvar och Andreas Olsson gav rapporten skarp kritik i en debattartikel i Dagens Nyheter. De menade att medierådet inte var objektivt och att rapporten stod i hjärt kontrast mot en samlad internationell beteendevetenskaplig expertis. Medierådets samarbete med svenska dataspelsbranschen granskades sedan av TV4-programmet Kalla Fakta. Bland annat kritiserades en informationsfilm som medierådet och svenska dataspelsbranschen producerat tillsammans. Den europeiska branschorganisationen ville inte medfinansiera informationsfilmen eftersom den visade en 13-årig flicka som spelade Battlefield 3, ett våldsamt spel med 16-årsgräns.

Stor skillnad mellan skräckfilm och våldsamma datorspel

Predrag Petrovic och hans kolleger tycker att Medierådet borde tillämpa försiktighetsprincipen och ta till sig mer av

experimentell hjärnforskning. En del som menar att våldsamma datorspel inte leder till ökad aggressivitet tar upp debatten om skräckfilmer på 80-talet. Predrag Petrovic förklarar att det inte går att jämföra.

–När vi tittar på skräckfilmer identifierar vi oss med offret. Skräckfilmer bör därför inte ge ökad aggressivitet, om något kan det istället leda till ångest och posttraumatiskt stressliknande syndrom (PTSD), förklarar Predrag Petrovic.

Faran med filmer är istället något som kallas modellinlärning, filmer där coola typer gör dumma saker, som exempelvis Pulp Fiction, där tittaren identifierar sig med den som slår eller mördar.

–När vi spelar våldsamma spel tar vi det ytterligare ett steg. Vi är den som slår och mördar och vi blir dessutom belönade och får poäng när vi gör det. Det blir direktinlärning, så de här olika formerna av filmer och datorspel ger teoretiskt väldigt skilda effekter på hjärnan och beteendet, fortsätter Predrag Petrovic.

Belöning av aggressiva handlingar, träning av empatihämning – allt detta bör teoretiskt sett mediera en stor risk för ökat aggressivt beteende i enlighet med experimentell hjärnforskning.

–Ett argument vi ofta hör är “jag spelar ju datorspel och jag är inte våldsam, alltså är det inte farligt.” Vi har en normalfördelning även när det gäller aggressivt beteende och våld. De flesta människor är inte särskilt aggressiva, men så har vi en liten klick som kan bli en fara för andra. Det vi påstår kan hända med våldsamma datorspel är att normalfördelningen förskjuts. Då är det fortfarande så att de flesta inte blir våldsamma. En del kanske till och med trivs mer med sig själva och känner att de vågar mer, men vi tror att våldsamma spel kan göra att fler går över gränsen till ett våldsamt beteende, säger Predrag Petrovic.

Han förklarar att aggressivt beteende utlöses i basala områden i hjärnans amygdala och i hjärnstammen. I hjärnan finns också en emotionell reglering i pannloben, så kallade bromsar, som är viktiga för kontroll av vårt beteende. Just det här området som kontrollerar och dämpar aggressioner minskar i aktivitet när personer spelar våldsamma spel.



Den polska spelutvecklaren Destructive Creations släppte nyligen det kontroversiella spelet "Hatered".

-Vi har olika grupper i samhället som redan har en förse-
nad utveckling i hjärnans prefrontala kontrollfunktioner,
till exempel personer med ADHD eller emotionell instabil
personlighetsstörning. De kan redan ha svårt att reglera
emotionella processer och kan därför löpa större risk att
påverkas.

Vi vet att hjärnan är plastisk. När vi övar på något blir vi
bättre på det. En kollega till mig gjorde en studie där folk
fick lära sig jonglera under tre veckor. Det visade sig då att
områden som är viktiga i hjärnan för jonglering ökade i
storlek. Frågan är, får vi bestående plastiska förändringar i

hjärnområden som ger upphov till
aggressivitet och reglerar aggressiv-
itet och empati när vi spelar extremt
våldsamma datorspel? Vi vet att hjär-
nan utvecklas ända fram till 25-årsål-
dern och det som utvecklas sist är just
de här områdena i nedre pannloben
som är så viktiga för kontroll av emo-
tioner, säger Predrag Petrovic.

Han och hans forskargrupp vill nu
göra en randomiserad studie där en
grupp vuxna får spela ett våldsamt
datorspel dagligen under några veckor
medan en annan lika stor grupp får
spela ett icke våldsamt spel. Genom
att mäta empatiresponser i hjärnan,
aggressivitet, och hjärnans funktion
och struktur före respektive efter de
sex veckorna går det att se om det

finns någon skillnad mellan grupperna.

-Jag tycker att svenska dataspelsbranschen borde vara
intresserade av att finansiera den typen av forskning.
Svenskt spel är inte beroende av de här extremt våldsamma
spelen. Sedan är det inte så att vi är emot alla former av
datorspel, det finns mycket positivt med spel också, men
vi tycker att det behövs mer forskning om just de här
extremt våldsamma spelen, säger Predrag Petrovic.

Anna Käll

E-mail: anna.kall@actapaediatrica.se

... och vad säger dataspelsbranschen?

För att ta reda på om de svenska dataspelsföretagen kan tänka sig att ge finansiellt stöd till forskning kring våldsamma datorspel kontaktade vi först det svenska dataspelsbolaget DICE, som bland annat ligger bakom det våldsamma spelet Battlefield, och som 2014 hade en omsättning på 799 mkr. På DICE fanns ingen som ville svara på frågan utan de hänvisade istället till svenska dataspelsbranschens talesperson Per Strömbäck.

Per Strömbäck, tror du att det skulle finnas det intresse för svenska dataspelsbranschen att ge finansiellt stöd till forskning om våldsamma datorspel?

-Vi anser att frågan om effekter är besvarad genom statens medieråds omfattande metastudie från 2011. Utöver det vill jag peka på vårt ambitiösa arbete med åldersmärkning: PEGI. Barn bör inte spela våldsamma spel. Det finns många spel som är avsedda för en vuxen publik.

Ni tycker alltså inte att det behövs mer forskning inom området?

-Vi är överens om att barn inte bör spela spel med våldsamt innehåll och gör stora ansträngningar för att minska risken att det ändå sker. Det gör vi oavsett forskningsresultat om eventuella effekter. Forskningsläget anser vi som sagt vara klarlagt men vi välkomnar givetvis ytterligare kunskap om det finns de som vill forska mer.

Neurosedyn gavs som “provtabletter” i Sverige flera år innan det godkändes

Bo Ejenfors nekas fullständig ersättning för sina svåra skador eftersom han drabbades två år innan Neurosedyn började säljas i Sverige. Nu måste han kämpa för att bevisa att hans mor fick läkemedlet av sin läkare, innan det godkännts av svenska myndigheter. Helt nyligen gjordes en märklig upptäckt. Läkaren hade bränt upp patientjournaler på mottagningen. Allt från hans tjänstgöringstid är som bortblåst.



Bo Ejenfors är övertygad. Hans mors läkare nekade till all inblandning, samt att han varit i tjänst det datum modern besökte läkarmottagningen han arbetade på. Samme läkare gjorde sig sedan besväret att elda upp samtliga patientjournaler han ansvarat för, under sin drygt 10 år långa tjänstgöring.

Foto: Åsa Moréus

I Västtyskland lanserades 1957 vad som kallades “det idealiska sömnmedlet”. Det sades motverka oro och illamående. I reklamen framhölls att tableterna var fria från skadliga biverkningar, även för gravida. Läkemedlet, Talidomid, blev snart en storsäljare i Västtyskland under namnet Contergan. I januari 1959 dök det upp i Sverige som Neurosedyn. Astra (idag AstraZeneca), som fick licensen för Norden, beskrev sitt sömnmedel som “ett preparat med ovanligt bred säkerhetsmarginal”.

Tvingas skaffa fram bevis

Bo Ejenfors föddes i Aneby, Jönköpings län 1957. Det var samma år som Contergan, det vi idag i Sverige kallar Neurosedyn, lanserades i Tyskland. Det skulle dröja ytterligare två år innan det godkändes för försäljning i Sverige. Detta till trots, är det flera faktorer som gjort honom övertygad om att det är neurosedynskador han har. Främst är det de s k “provtabletter” hans mor nämnt att hon fick av sin läkare under graviditeten 1957.



Medicinska undersökningar av skadorna har bekräftat misstankarna. Förutom uppenbara skador på händer, är övriga typiska för neurosedyn.

Medicinska undersökningar av hans skador bekräftar också misstankarna. Förutom uppenbara skador på händer, har han Duanes Syndrom på ögonen, vilket betyder att ögonpupillerna är näst intill orörliga. Vidare sitter njurarna på samma sida och han har hörselproblem. Allt detta typiska skador för neurosedyn. Det starkaste beviset på en talidomid/neurosedyn skada är dag 20 till 36 efter befruktningen. Det är endast under dessa dagar som skadorna sker enligt en enig forskarkår.

–Mina fyra skador stämmer exakt med ett schema, ca dag 24-28, som först arbetades fram av den tyske experten W Lenz, säger Bo. Det överensstämmer också med att min mamma hävdar att hon var på ett husläkarbesök under första hälften av mars månad 1957. Läkaren har hävdat att han inte varit i tjänst förrän den 1 april, men det var han, hävdar Bo.

–Redan i tidig ålder kom jag, tack vare mamma och pappa, i kontakt med specialiserade läkare och andra neurosedynskadade barn. Jag bodde periodvis på Eugeniahemmet i Stockholm, ett sjukhem för de så kallade Neurosedynbarnen. Vid 7-8 års ålder var jag väl medveten om de likartade skador vi hade, berättar Bo.

Nekades ersättningen från Astra Zeneca

Inom snar framtid, troligen under början av nästa år, reser han till Tyskland för att driva sitt ärende vidare mot tyska staten i Förvaltningsrätten i Köln. På motståndarsidan står Conterganstiftung, en tysk stiftelse som bl a stödjer talidomidskadade med ekonomisk ersättning.

–Conterganstiftung har varit minst sagt stenhårda i sin roll. Förmodligen vågade de inte ta några egna beslut, utan lyfter alla ärenden (ca 100 ärenden totalt, varav ytterligare

en drabbad person i Sverige) till Förvaltningsdomstolen i Köln, som är sista instans, konstaterar Bo.

Stiftelsen och Förvaltningsrätten i Köln kräver bevis på att en svensk läkare skulle ha fått tag på den tyska “provmedicinen” 1957.

–Som läkare har man i grunden ett starkt stöd och gott förtroende i utgångsläget. Det har tagit oerhört mycket att bevisa att läkaren i detta fall begått ett fel, menar Bo och fortsätter;

–År 1969 försökte mamma självklart få ut ersättning från Astra Zeneca. Vi var ju en del av den femåriga processen mellan de neurosedynskadades representanter och läkemedelsföretaget. Resultatet blev naturligtvis att vi nekades ersättning, eftersom ju inte Astra hade någon licens år 1957. Den här typen av ärenden går inte att driva utan juridiskt stöd. Jag vet t ex att i ett telefonsamtal mellan advokaten Henning Sjöström och mamma, hänvisade Sjöström bara till Tyskland.

År 2005 pågick förhandlingar mellan de neurosedynskadade och den svenska regeringen om en engångsersättning på grund av skadorna. Detta resulterade i en “Ex Gratia” ersättning, vilken också tillföll Bo och en ytterligare person i Sverige. Alltså godtog regeringen med stöd av svensk expertis, att skadorna orsakats av Neurosedyn/Contergan.

Patientjournalerna hade bränts upp

År 1969 frågade Bos mamma efter sin journal, men den kunde då inte hittas. De egna efterforskningar som Bo gjort, har varit “sista spiken” i en långdragen process. De har stärkt hans övertygelse om att det är talidomid/neurosedyn som orsakat hans skador. Helt nyligen uppdagades t ex, att moderns läkare brände upp samtliga patientjournaler från 1957 till 1969, d v s hela hans tjänstgöringstid, på mottagningen.

Barnläkaren Jan Winberg var en av de första som uppmärksammade neurosedynskador bland barn i Sverige. Han kontaktade läkaren och frågade om han kände till något om mina neurosedynskador, säger Bo. Svaret var nekande.

–På sextiotalet var det mer regel än undantag att en läkare skötte all korrespondens via en sekreterare. Ändå svarade min mammas läkare Winberg personligen via en handskriven lapp, att han var oskyldig, sedan var det inget mer med det, berättar Bo.

Jan Winberg och hans medarbetare spårade via förlösningjournaler och intervjuer, fem säkra fall av neurosedynskador hos barn i Göteborg och Borås, sistnämnda 12 mil från Aneby. Winberg fick senare uppdraget att kartlägga förekomsten av fosterskador i Sverige, orsakade av Neurosedyn.

Sista halmsträet för Conterganstiftung

–Min tyske advokat har nyligen skjutit upp den muntliga förhandlingen som skulle hållits den 3 november i år på

Förvaltningsdomstolen i Köln. Men det är rätt goda nyheter. Den tyska motparten har krävt ett intyg om att jag inte har Holt-Orams Syndrom. Detta syndrom visar sig på brister i hjärtat och skelettet. Den hjärtläkare som undersökt mig, har redan sagt att jag inte har Holt-Orams syndrom, men det är möjligt att jag får intyga detta också på Genetiska avdelningen i Uppsala (Akademiska sjukhuset). Om jag har tur är det här det sista halmstrået för Conterganstiftung. Även min tyske advokat är klart positiv, säger Bo.

Varför är det så viktigt med ersättningen från Conterganstiftung?

–Det handlar om två saker. För det första vill man självklart ha upprättelse p g a av skadan. Det är jätte viktigt, säger Bo. Idag finns många i hans omgivning som är helt eniga om att den svenske läkaren gav mamma någon form av tablett, vilken måste ha kommit från Tyskland.

–Gränsöverskridandet mellan Sverige och Tyskland är ovanligt i sammanhanget och uppenbarligen “svårsmält” för tyska Conterganstiftung. För det andra gäller det den timliga månadsersättning man får, som dessutom gäller livet ut. Om vi vinner så kommer det också att utgå ett engångsbelopp räknat från oktober 2009, när vår ansökan kom in till Tyskland, säger Bo och fortsätter;

–Jag hoppas min kamp för upprättelse kan stötta andra i liknande situationer. Dock har jag insett att man inte klarar det ensam. Björn Håkansson, ordförande i den svenska Neurosedynföreningen, har varit ett stort stöd, i den oerhört hårda process som nu pågått under sex år i Tyskland. Han, om någon, är övertygad om att jag är talidomid/neurosedynskadad. Björn har uppenbarligen bättre kunskap än de tyska experterna, menar Bo.

Margareta Munkert Karnros

FAKTA

1957-1958 Contergan lanseras i Västtyskland av Chemie Grünenthal. Läkemedlet blev senare en storsäljare.

1959 Contergan, under namnet Neurosedyn, blev godkänt på den svenska marknaden av Medicinalstyrelsen (uppgick 1968 i Socialstyrelsen). Astra (idag AstraZeneca), fick licensen.

1961 I november kontaktade den tyske barnläkaren Widukind Lenz forskningschefen på det tyska läkemedelsföretaget Chemie Grünenthal. Han hade då upptäckt flertalet fall av likartade missbildningar och misstänkte Contergan. Kort därefter drogs Contergan (i Sverige känt som Neurosedyn) in från marknaden. Läkemedlets skadeverkningar var dock ännu inte bekräftade. W Lenz såg till att detta skedde 1965.

1963 Astra skänker en miljon till neurosedynskadade i Sverige.

1965 Advokaten Henning Sjöström stämmer Astra, en rättegång där föräldrar kräver ersättning från läkemedelstillverkaren, börjar. En förlikning träffades mellan parterna. Förlikningen gjorde förmodligen att fler neurosedynskadade fick ersättning.

1968-70 Chemie Grünenthal åtalas av den västtyska staten bland annat för vållande till annans död. Resultatet blir en uppgörelse i godo där företaget betalade in etthundra miljoner tyska mark till en stiftelse som skulle betala ut stöd till de drabbade. Ersättningen är idag förbrukad.

2015 Trots att det har gått drygt 50 år sedan neurosedynkatastrofen inträffade, finns det idag fortfarande personer som inte har fått en diagnos. Det finns ett flertal andra diagnoser som ger skador som liknar de orsakade av Neurosedyn.

Hur påverkar Neurosedyn fostrets utveckling?

I fjärde veckan, börjar alla organ och lemmar att bildas. Neurosedyn hämmar tillväxten av blodkärl i vävnaden när organet/lemmen håller på att växa - resultatet blir en missbildning. Det verksamma ämnet i medlet, thalidomid, blockerar också tillväxten av de långa rörben som finns i armar och ben. Läkemedlet kan även orsaka internala skador på fostret och senare total dövhet.

Neurosedynbedömningar

För att fastställa om individen har en neurosedynskada eller inte måste en så kallad neurosedynbedömning genomföras. EX-Center är den enda institution som har medicinsk kompetens och godkännande från svenska staten och Astra att utföra neurosedynbedömningar. Adress: <http://www.ex-center.org/web/neurosedynskador/>

EX-Center har genomfört neurosedynbedömningar på personer från bl a Sverige, Finland, Irland, Spanien och England.

Källa: EX-center, Föreningen för Neurosedynskadade

Redaktör: Göran Wennergren

Intervju med Orvar Finnström, professor och f d överläkare på barnmedicinska kliniken, Linköping:

Neonatologins utveckling i Sverige de senaste 50 åren



Orvar Finnström, neonatolog och professor som upplevt neonatalvårdens förändring från 1960-talet till våra dagar

Varför valde du som läkare att specialisera dig på pediatrik/neonatologi?

– Pediatrikkursen i Uppsala med Bengt Hagberg som kursledare år 1965 var mycket inspirerande. Samma år vikarierade jag på Barnkliniken i Norrköping och trivdes utmärkt. Därefter började jag i Umeå och fastnade tidigt för neonatologin, som då var i början av en intensiv utveckling.

Hur såg utgångsläget ut vid 1960-talets början?

– Hemförlossningar var vanliga långt in på 1940-talet. Under 1940- och 1950-talen försvann de successivt. BB-avdelningar på sjukstugor var fortfarande vanliga och samarbete med obstetrikern ovanligt. Den perinatale mortaliteten var hög, över 2,5 procent, nu är den 0,4 procent.

Nyfödda med asfyxi hade som regel fått en avvaktande vård utan aktiv upplivning. De fick lita till egna krafter, frottering, kalla och varma bad etc. Dessutom syrgas och värme i kuvös, där syrgashalten inte kunde mätas och värmen inte kunde hållas på en jämn och bra nivå. Prematurer fick ofta för litet vätska och näring.

Hos många barnläkare fanns en rädsla för att man kunde skada nyfödda med alltför aktiva åtgärder. Föräldrar fick inte delta i vården av sina barn. Att låg födelsevikt kunde bero på både för tidig födsel och dålig tillväxt i fosterlivet var inte känt. Prematurer dog i mycket stor utsträckning, främst till följd av omogna lungor och infektioner. Allvarlig gulshot med risk för död eller hjärnskador (kärnikterus) förekom ofta långt fram på 1960-talet. Blodbyten de första dygnen var vanliga.

Nämna några viktiga förändringar som lett till framgång

– Utveckling av välfungerande team och bra samarbete med obstetrikern och barnmorskor före och under förlösningsningen. I alla personkategorier som har hand om nyfödda får de flesta gedigen och fortlöpande utbildning. Neonatologi har blivit en egen specialitet inom pediatriken, med särskilt utbildade läkare, sjuksköterskor, barnsköterskor och annan personal.

Kunskaper om att nyfödda kan ta skada av smärta, stress och separation har medfört ett stort intresse för att skapa ett mjukt omhändertagande. Föräldrar har idag nära kontakt även med mycket små och sköra barn. De skall få bra information och kunna delta i vård och beslut.

NIDCAP är en individanpassad utvecklingsstödande neonatalvård, där man tillsammans med föräldrar försöker skapa en optimal miljö för barnet. CPAP kan användas i många fall, där man tidigare använde respiratorer. Moderna rymliga kuvöser, där värme och fuktighet kan regleras och barnet störs så litet om möjligt. Respiratorer och annan apparatur för andningshjälp och övervakning har blivit effektivare, säkrare och mera skonsamma för barnen.

Smärta minimeras genom att blodgaser och syrgasmättnad kan mätas transkutant. Blodprov kan analyseras på mikrovolymer och kan liksom intravenös behandling göras med mycket små nålar. Smärta vid olika procedurer kan lindras med sockerlösning i munnen och att barnet vilar i en trygg famn. Diagnostisk och prognostisk säkerhet har ökat genom undersökningar med ultraljud, datortomografi och MRT (magnetresonanstomografi).

Svårt sjuka – var anser du att de bör vårdas?

– Hög kompetens är viktig på alla plan. För att få erfarenhet och undervisa nya medarbetare måste man ha ett stort patientunderlag. Neonatalavdelningar har särskilt utbildade läkare, sjuksköterskor och barnsköterskor dygnet och året runt.

Många mindre förlösningsenheter har lagts ned, vilket medfört ökad säkerhet. Vid ökad risk för moder och/eller

barn ska förlossningen om möjligt ske på sjukhus med stor neonatal kompetens. I andra fall måste barnet få initial behandling och säker transport till neonatalenhet.

Dessa frågor har varit mycket diskuterade i synnerhet som intensivvård är kostsam och lokala företrädare gärna försvarat sina egna enheter. Inom professionen i stort har man dock som regel kunnat komma överens och nått en rimlig balans.

Vad är din åsikt då det gäller uppföljning och etiska överväganden?

– Utvärdering av insatserna görs med registerdata, enkäter, kliniska och psykologiska undersökningar. Välstrukturerade, riksomfattande och regionala studier har visat att insatserna varit framgångsrika. Idag överlever de flesta barn som är födda efter vecka 24 och andelen med bestående handikapp är förhållandevis liten.

FAKTA Orvar Finnström

Född 1938 i Uppsala. Studerade medicin i Uppsala och Umeå. Med. lic. 1965. Med. dr. och docent 1971. 1965–1973 Underläkare och klinisk amanuens på Barnkliniken Umeå, 1973–2005 Klinisk lärare, överläkare och klinikchef vid Barnkliniken Linköping, 2003–adjungerad professor. 1975–1981 Ledamot i Barnläkarförningens styrelse. 1981–1993 Sakkunnig i Socialstyrelsen. Ordförande i dess Perinatala råd. Handledare, mentor och fakultetsopponent för ett stort antal kliniker och forskare. Efter 2005 engagerad i ett projekt med mödra- och barnhälsovård i Indien. Fortsatt med forskning. Stort antal publikationer i följande ämnen: Hur nyföddas mognad kan bestämmas (avhandling), metoder i neonatalvård, uppföljning av lågviktiga barn, barn födda efter in vitro-fertilisering, etiska frågor med mera.

Stora framsteg inom pediatrik de senaste 50 åren

1950-talet

- Forskare i Storbritannien klarade grunderna i nyföddas andningsfysiologi

1960-talet

- Paradigmskifte. I USA hade man visat att aktiv upplivning och respiratorbehandling ibland kunde rädda barn med svår asfyxi och omogna lungor. Dessutom hade man fått fram kuvöser där temperaturen kunde hållas på en jämn nivå.
- Professorerna John Lind och Petter Karlberg och deras medarbetare i Stockholm och Göteborg gjorde framsteg inom forskning om cirkulationsomställningen och andningsdebuten vid partus. Aktivt utbyte mellan svenska forskare och utländska forskningscentra, främst USA och Storbritannien, påbörjades. Senare förgrundspersoner var Ragnar Tunell och Hugo Lagercrantz i Stockholm, Gunnar Sedin i Uppsala, Ingemar Kjellmer i Göteborg och Nils Svenningsen i Lund.
- Viktiga forskningsinsatser om hjärnans känslighet hos för tidigt födda, vätskebalans och andningsvård med mera i Sverige.

1970-talet

- 1971 tog Olov Celanders initiativ till ett program för aktiv upplivning av nyfödda. Ett symposium på Medicinska Riksstämman 1972 och ett Asfyxikompendium fick mycket stor betydelse.
- Läkare, barnmorskor och sjuksköterskor utbildades. Upplivningsbord och adekvat utrustning anskaffades till alla enheter där barn förlöstes.
- Metoder för behandling med CPAP (Continuous positive airway pressure) utvecklades, noninvasiv mätning av pO₂ och syrgasmättnad samt ljusbehandling vid ikterus (blodbyten blev sällsynta). Respiratorvården förbättrades successivt, liksom tekniken för intravenös vätsketillförsel.
- Kunskapen om föräldrars betydelse för vården av barnen fick snabbt stort genomslag.

1980-talet

- I slutet av 1980-talet tillkom behandling med surfaktant. Man fick bättre kunskaper om vikten av god vätskebalans och riktig näring, mikrometoder för laboratorieanalys och förbättrade möjligheter att ge näring intravenöst.
- Felaktiga behandlingar eller råd kunde ge effekter som var svåra att upptäcka utan vetenskaplig utvärdering. Dessutom kunde det vara svårt att övertyga professionen om att en etablerad metod kunde vara farlig. Exempel: Hög syrgastillförsel till prematurer gav svåra ögonskador (ROP = retinopati). Syntetiska K-vitaminer kunde ge hjärnskador. Sova på magen ökade risken för plötslig spädbarnsdöd (SIDS).

Etiska normer och riktlinjer har diskuterats och reviderats fortlöpande, efter hand som tidsgränsen för överlevnad flyttats ned. Risken för allvarliga, bestående skador måste vägas in. Man måste också våga ta beslut att avstå eller avbryta en behandling om prognosen bedöms som utsiktslös.

Läs mer

Milerad J. *Neonatologins utveckling. Från tivoliunderhållning till fostermedicin. Läkartidningen* 2004; 101 (1-2): 98-102.

Tunell R. *Företal till Lagercrantz H, Westas-Hellström L, Norman M. Neonatologi. Studentlitteratur, Lund 2008, sid. 12-13.*

Ragnar Jonsell, Med dr., f.d.
överläkare i barnhälsovård,
Jönköping
E-mail: ragnar.jonsell@gmail.com



Den första svenska Gregoryboxen

I början av 1970-talet var Ulf Klasson, Lars Ahlgren och Anders Erikson underläkare och Sten Dreborg överläkare vid Barnmedicinska kliniken vid Centrallasarettet i Boden. De blev pionjärer i Sverige med att använda Gregoryboxen. Här beskriver de hur barnkliniken i Boden kom att ligga i frontlinjen i svensk neonatologi.



“Gregory-box-prototypen” med docka. Instrumenten på bakre gaveln. Den avklippta handsken över falsen och genom det lilla trycket i boxen pressad lätt mot barnets hals.

Vid 1970-talets början var behandlingen av nyfödda med hyalin membransjukdom (IRDS) vid landets landsortskliniker i huvudsak konservativ: Kuvös och befuktad luft med syrgastillförsel. Mortaliteten vid IRDS var 30–50 procent under första levnadsveckan (1). År 1971 fick Bodens Centrallasarett en ny neonatalavdelning i nära anslutning till förlossningsavdelningen och apparatur för mätning av arteriella blodgaser i bukaorta. Mortaliteten

var hög bland prematurerna, framför allt bland de som fötts på andra sjukhus i Norrbottens kustland (Tabell 1). Dessa nyfödda anlände inte sällan ordentligt nedkylda med svåra andningsbesvär. Centralisering av förlossningsvården bedömdes som politiskt ogenomförbar.

IRDS ansågs orsakad av brist på en ytspänningsnedsättande faktor i den omogna lungan, vilket resulterade i kollabering av de fina luftvägarna, som i sin tur ger minskad alveolär ventilation, perfusion av icke ventilerade lungdelar och därmed hypoxemi och metabolisk acidosis.

Sommaren 1971 publicerade George Gregory en artikel som beskrev “Gregoryboxen” (2). Den hade konstruerats för att åstadkomma kontinuerligt positivt övertryck i andnings-

vägarna, CPAP, och därmed utspänning av alveolerna, ökad syrgastension och minskad acidosis. Överläkare Max Berghard på intensivvårdsavdelningen tipsade om Gregorys artikel.

Med hjälp av medicintekniska avdelningen konstruerade vi en liknande box: Ett 16 cm långt plexiglasrör med 18 cm i diameter. Baksidan var hel med uttag för luft/O₂ (10–15 L/min), övertrycksventil och manometer graderad i cm vatten. Framsidan var delad horisontellt på mitten.

Tabell 1. Antal födslar vid förlossningsanstalterna i Norrbottens kustland år 1974. Ett flertal små förlossningsenheter hade lagts ned i början av 1970-talet.

Förlossnings-avdelning	Antal födda 1974	Avstånd till neonatalavdelningen
Boden	950	20 m
Luleå	982	37 km
Piteå	627	81 km
Kalix	252	106 km
Haparanda	61	156 km
Totalt	2 872	-

Den hade ett runt hål med fals och den övre delen var höj- och sänkbar i ett spår. En engångs-gummihandske klipptes av och drogs över barnets huvud, huvudet lades i boxen, den övre delen sköts ned och handskens tjockare kant fästes runt hålets fals medan "handledsdelen" av handsken slöt tätt kring barnets hals (Figur 1). Boxen stod klar på Allhelgonadagens morgon år 1972. Den första prematuren (p_aO_2 20 mm Hg och pH 6,95 trots 100 procent O_2) lades i boxen. Det var en mycket speciell känsla att se cyanosen vika från barnets hud. Huden blev rosig och "gruntningen" minskade (p_aO_2 60 mm Hg med 60 procent O_2). Men flickan dog på grund av utbredda hjärnblödningar.

Genom det kontinuerliga övertrycket öppnas luftvägarna. Därmed förbättras den alveolära ventilationen, vilket ger minskning av intrapulmonell shuntning, hypoxemi, metabolisk acidosis och atelektaser, och därmed minskad resistens i lilla kretsloppet och central shuntning bl a genom foramen ovale. Det obehandlade spädbarnet "gruntar" vilket ger positivt slutexpiratoriskt tryck.

När vi behandlat tre barn skrev vi en artikel i Läkartidningen (3). När artikeln gick i tryck i juli 1973 hade ytterligare tio barn behandlats, sju av dem överlevde. De tre som dog hade alla utbredda hjärnblödningar. För att sätta in behandling med CPAP hade Gregory satt gränsen vid p_aO_2 under 50 mm Hg vid 100 procent syrgas. Vi tillämpade till en början 40 mm Hg. Hjärnblödningarna hade troligen uppkommit på grund av för lågt p_aO_2 under för lång tid innan CPAP sattes in. Gränsen för p_aO_2 höjdes sedan vi konstaterat att CPAP inte gav påvisbara biverkningar.

En vecka efter vår publikation kom en första rapport i Acta Paediatrica från Lund, också innehållande tre fallbeskrivningar (4). Hösten 1973 fick vi inbjudan till barnsjukhuset i Göteborg (numera Drottning Silvias barn- och

ungdomssjukhus) för granskning och diskussion av våra då 18 fall. Bakgrund, respiration, arteriella blodgaser med mera diskuterades.

Under de följande åren utvecklade vi samarbetet med obstetriker och barnmorskor genom regelbundna möten. Samarbetet förstärktes när de nya mödravårdsjournalerna kom 1974. Resultaten diskuterades vid ett symposium i Boden under BLF:s första möte utanför universitetskliniker- na och publicerades i Läkartidningen (5). Vi lyckades vi få ned den höga perinatale och neonatala mortaliteten i regionen under riksgenomsnittet. Introduktionen av CPAP gav hopp och satte fart på förbättringsarbetet.

Sten Dreborg

Referenser

1. Reynolds EO. Indications for mechanical ventilation in infants with hyaline membrane disease. *Pediatrics*. 1970; 46 (2): 193-202.
2. Gregory GA, Kitterman JA, Phibbs RH, Tooley WH, Hamilton WK. Treatment of the idiopathic respiratory-distress syndrome with continuous positive airway pressure. *The New England Journal of Medicine*. 1971; 284 (24): 1333-40.
3. Ahlgren L, Dreborg S, Erikson A, Klasson U. Behandling av IRDS med kontinuerligt övertryck. *Läkartidningen*. 1973; 70 (28): 2575-8.
4. Ahlström H, Jonson B, Svenningsen NW. Continuous positive airway pressure with a face chamber in early treatment of idiopathic respiratory distress syndrome. *Acta Paediatrica Scandinavica*. 1973; 62 (4): 433-6.
5. Dreborg S, Ahlström H, Andersson H, Berg T, Gyllensvärd Å, Kjellman B, et al. Andningsvård av nyfödda på länsnivå. *Läkartidningen*. 1977; 74 (15): 1481-2.

Sten Dreborg, professor, överläkare, Kvinnors och Barns Hälsa, Uppsala Universitet, Akademiska Sjukhuset, Uppsala,
E-mail: sten.dreborg@kbh.uu.se
Medförfattare: Ulf Klasson, Lars Ahlgren, Anders Erikson



Prosten Ekströms ordinationer

Prosten Carl Ulrik Ekström var kyrkoherde på Tjörn vid 1850-talets mitt. Under större delen av sitt liv bedrev han vid sidan av sin kyrkliga verksamhet en ganska omfattande läkarpraktik. Ekström hade studerat medicin en kortare tid men tvingades bli präst av ekonomiska skäl. Hans efterlämnade anteckningsböcker med recept och kommentarer ger en bra inblick i vad de medicinska insatserna kunde innebära. Här följer några exempel på hur barnsjukvård kunde bedrivas för drygt 150 år sedan.



Prosten Carl Ulrik Ekström, 1781–1858, bedrev vid sidan av sin kyrkliga gärning en uppskattad verksamhet som läkare.

Prosten Ekström var en av 1800-talets många framstående naturvetenskapsmän. Som kyrkoherde på Mörkö i Sörmland blev han medlem av Kungl Vetenskapsakademien. Efter att ha publicerat ett flertal uppsatser om fåglar, fiskar och insekter i Vetenskapsakademins handlingar blev han år 1831 utnämnd till inspektor på Naturhistoriska riksmuseet (1).

Ekströms intresse för fisk och fiske gjorde att han år 1837 av Karl XIV Johan utnämndes till kyrkoherde på Tjörn. Med denna placering trodde majestätet att Ekström som fiskforskare samtidigt skulle kunna lösa problemet varför sillen försvunnit från Bohuslän 1808–1809.

Den nye kyrkoherden kom snart att bli mycket uppskattad av befolkningen både som kyrkoherde och läkare. Ett exempel på detta är vad provinsialläkaren på Orust skrev om honom i förteckningen över traktens medicinalpersonal:

“Såsom gammal och erfaren, ehuru ej legitimerad, läkare upptages här den lärde Prosten och Ordensledamoten af Kongl Nordstjerne Orden C. U. Ekström på Tjörn. Han är icke blott präst för sina församlingar, utan även en utmärkt läkare för sådana som orka besöka den 70-årige gubben. Lika boksynt i naturvetenskaperna, derav isynnerhet i Medicin, som i theologiska facket, skiftar denne vördnadsvärde gamle sin tid mellan Pastoralvården, den han ännu sköter själv, och skänkande av råd och ofta medicamenter till fattige pastoratsboar.”

Intressant förskrivning med tanke på Nobelpriset

Bland prostens efterlämnade papper fanns två anteckningsböcker med ordinationer för olika sjukdomstillstånd (2). Böckerna var huvudsakligen skrivna på 1850-talet och recepten var ofta hämtade från den svenska farmakopén (3, 4). En intressant förskrivning, med tanke på det senaste nobelpriset, är behandlingen av malaria där prosten använde sig av malörtsextrakt som komplement till behandlingen med kininsulfat. Den kinesiska malörten, *Artemisia annua*, har ju visat sig vara effektiv vid malaria och det är ju därför inte orimligt att tro att den inhemska malörten, *Artemisia absinthium*, kunde ha liknande effekter.

Många av anteckningsböckernas indikationer gäller barn. Här beskriver han hur man behandlar engelska sjukan med torskleverolja, hur man använder svavelsalva vid skabb och hur järnlaktat botade anemin vid bleksot. Detta är några av flera exempel där behandlingen kunde förväntas ha haft god effekt. Ofta kombinerades terapin med humoralpatologiska inslag som laxer- och kräkmedel. Åderlätning användes däremot i stort sett aldrig till barn.

Rekommenderade blodiglar, opium och spansk fluga

Difteri eller strypsjuka var ett av många sjukdomstillstånd där dödligheten var stor och där man inte hade någon bra terapi att erbjuda. För denna sjukdom rekommenderade prosten blodiglar på halsen, kräkpulver, opiumdroppar och spansk fluga.

Avsikten med en behandling med spansk fluga var att man ville justera en förmodad obalans i kroppsvätskorna. Genom att lägga en beredning av spansk fluga på huden



En beredning av spansk fluga (*Lytta vesicatoria*) ingick i behandlingen av difteri.

Foto: Wikipedia

fick man en blåsutdragning som ansågs vara lika bra som åderlåtning. Den aktiva beståndsdelen i spanska flugor var *cantharidin* som fortfarande används för behandling av vårtor och en del andra hudsjukdomar.

Det är uppenbart att prosten Ekström fick ta hand om ett annat sjukdomspanorama än vad dagens barnläkare får göra. Ondsår, *favus* eller *Tinea favosa* är en svampsjukdom som förr i tiden var ganska vanlig men som nu är i stort sett utrotad. Ondsår drabbade hårbotten och medförde håravfall och illaluktande gulvita krustbildningar, inte olikt en bikaka. Ekströms behandling var som följer:

“Sedan håret blivit väl avklippt, insmörjes huvudet morgon och afton med fisklevertran. Om aftonen lägges över hufvudet en linnelapp blött i Tran och däröver en mössa av vaxduk, som kvarhålles med ett band under hakan. Varje morgon tvättas huvudet med lösning av jodkalium i vatten. Härmed fortfares tilldess huvudet är rent från alla skorrvor. Därefter pålägges, på de fläckar där möjligen någon skorv är kvar eller något sår finnes, en salva av jodkalium och ister 2 gånger dagligen. Finnes några sjuka hårrötter så bortplockas de med en pincett. Är den sjuke skrofulös gives honom jodkalium omväxlande med Levertran.”

Detta kan låta som en lokal huskur men så var inte fallet. Under första halvan av 1800-talet hade läkarnas intresse ökat för torskleverolja som medicin. Detta gällde inte bara ondsår, som var ett stort problem över hela Europa, utan också kroniska reumatiska sjukdomar, rakit och tuberkulos. Ett flertal publikationer i kända läkartidningar som *The Lancet* gav närmare beskrivningar på hur oljan skulle användas. Dessa behandlingar uppmärksammades även i Sverige där Jöns Jakob Berzelius, ständig sekreterare i Kungliga Vetenskapsakademien, kommenterade dem i sina årliga rapporter om vetenskapens framsteg.

Barn med astma skulle röka pipa med bolmörtsblad

Ett annat gammalt begrepp var hjärtsprång som benämning på krampanfall eller epilepsi hos barn. Ofta kan det ha varit vad vi idag kallar feberkramp. Kinesisk rabarber, *Rheum palmatum*, kom ofta till användning vid detta tillstånd men också vid magsmärter, torsk och diarré. Denna rabarber, som för det mesta importerades till Europa via Ryssland, har fortfarande en bred användning i Kina.

Astma bronchiale är i dag ett vanligt problem hos barn. Ekström kallade det för andtäppa med mellanskov. I samband med attackerna rekommenderas rökning i tobakspipa av *Fol. Stramonii* (bolmörtsblad). Bolmört innehåller många aktiva substanser som i överdos kan vara dödligt giftiga. En av dessa substanser är atropin som har förmåga att vidga luftrören vid en astmaattack. Detta illustrerar att effektiva läkemedel fanns även förr i tiden men att sättet att tillföra dem ibland lämnade en del övrigt att önska.

Referenser

1. Larsson, Lars Edvard. *Prosten och sillen eller när en präst från Stockholmskulle lära bohöslänningarna att fiska*. Båtdokgruppen, Skärhamn 2012.
2. Larsson, Lars Edvard. *Prosten Ekströms ordinationer*. Båtdokgruppen, Skärhamn 2015.
3. Pontin, Magnus. *Anvisning till Valet af Läkemedel för Allmänna Sjukvården till inrättande af Socken-Apothek*. Stockholm 1816.
4. Berlin, N. J. *Den Svenska Farmakopéen*. Gleerups förlag, Lund. 1849, 1851.

Lars E Larsson, docent,
fd överläkare i barnanestesi,
Göteborg,
E-mail: lars.edvard.larsson@
gmail.com



KALENDARIUM

OBS! Under kalendariet i tidningen Barnläkaren publiceras enbart kalendari punkter som registrerats på BLF:s hemsida. Registrera därför din kurs/fortbildning på www.blf.net.

MARS

3-6 mars 5th Global Congress for Consensus in Pediatrics and Child Health (CIP 2016) Xi'an, Kina
Info: <http://2016.cippediatrics.org>

14/3 First Steps in Neonatal Brain Ultrasound Learning, Florence, Italien

Info: 160315_Prog NEONATALE 2016_PRG1

15-18/3 Neonatal Ultrasound Course. Why, how and when an ultrasound image? Florence, Italien

Info: 160315_Prog NEONATALE 2016_PRG1

17-19/3 The 3rd International Conference on Nutrition and Growth, Wien

Info: nutrition-growth.kenes.com

APRIL

23-28/4 **Barnveckan**

AUGUSTI

17-22/8 IPA **2016**, 28th International Congress of Pediatrics, Vancouver
www.IPA2016.COM

SEPTEMBER

22-23/9 Barnallergisektionens höstmöte, Falun

Info: www.barnallergisektionen.se

OKTOBER

4-5/10 Barnsimulatoremöte, Tylösand, Halmstad.

Info: www.barnsimulatoremote.se

Nästa nummer...

Nästa nummer har temat **Läkemedel** och utkommer den **24 mars**. Det kommer dock att finnas tillgängligt på Barnläkarens hemsida www.barnlakaren.se tidigare.

Varmt välkomna att medverka i tidningen. Glöm inte att skicka med ett högupplöst porträttfoto av er själva och att skriva under med namn, titel och arbetsplats och e-mail (exempel: anders andersson, barnläkare, barnkliniken, Malmö lasarett, anders.andersson@hotmail.com).

Max 500 ord/5 referenser/artikel.

Tipsa gärna om nyheter: info@barnlakaren.se



Följ oss på Twitter



Barnläkaren

Svenska Barnläkarförningens medlemstidning



Äntligen får också alla barn och ungdomar som insjuknar med stroke ett kvalitetsregister!

Barnstrokegruppen inom Svensk Neuropediatrik Förening har i samarbete med det väletablerade kvalitetsregistret Riksstroke arbetat fram ett delregister för barnstroke, baserat på 'Riktlinjer för omhändertagande av barn och ungdomar med stroke efter nyföddhetsperioden'. Patienter kan börja registreras from **1 januari 2016**. Syftet med registret är att utveckla kvaliteten i vården av barn och ungdomar som insjuknat i stroke, att förkorta tid till diagnos och behandling samt att utredning, terapi och rehabilitering av barnen blir av hög och jämn kvalitet nationellt.

Registret är aktuellt för följande patienter:

- Barn 1 mån - 18 år
- Uppfyller inklusionskriterier för stroke (inkl cerebral venös trombos)

Om du träffar patienter som är aktuella för registret vore vi mycket glada för kontakt via **register-koordinator Rut Inger Enryd** (RutInger.Enryd@vll.se, tel: 072-249 2420) eller någon av oss övriga i Barnstrokegruppen. Information och kontaktuppgifter finns tillgängliga via: **www.barnriksstroke.se**.

Barnstroke-gruppen

(Pernilla Grillner, Olof Rask, Gunilla Drake, Niklas Timby, Staffan Lundberg, Tony Frisk Catrin Furuholm)

Annonsera i Barnläkaren 2016

Bokning: info@barnlakaren.se

	Utgivning:	Materialdag:
1. Barn och media	20 jan	16 december
2. Läkemedel	24 mars	25 februari
3. Global hälsa	23 maj	25 april
4. Barn och kön	22 jul	23 juni
5. Dermatologi	23 sep	25 aug
6. Etik och barns rättigheter	24 nov	26 oktober

www.barnlakaren.se



STIFTELSEN ACTA PÆDIATRICA

Stiftelsens medlemmar kallas härmed till

ÅRSMÖTE 2016

TID

Onsdagen den 27 april 2016 kl. 12.00 – 13.15

PLATS

Frösö Convention Center,
Frösön
i samband med Barnveckan i Östersund.

LUNCH

Då en enkel förtäring/kaffe kommer att serveras, önskas förhandsanmälan.
Anmälan om deltagande görs till mail@actapaediatrica.se

I Stiftelsen Acta Paediatricas medlemsförteckning kan du se om du är registrerad som medlem i stiftelsen.

Föredragningslista

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordföranden för årsmötet
3. Val av sekreterare för årsmötet
4. Val av justeringspersoner
5. Fastställande av att årsmötet utlysts i behörig ordning samt av dagordning
6. Verksamheten under 2015. Styrelsens Årsredovisning för 2015
(kan rekvireras från mail@actapaediatrica.se)
7. Bokslut för 2015 (ingår i Årsredovisning för 2015)
8. Revisionsberättelse och fråga om ansvarsfrihet för styrelsen
9. Beslut om tecknande av firman
10. Övriga frågor
11. Mötet avslutas





VÄLKOMMEN TILL BARNVECKAN I ÖSTERSUND

25–28 APRIL 2016

Tema: Hållbar utveckling

Mer information finns på www.barnveckan.se

Hjärtligt välkommen!

Barnkliniken Östersunds sjukhus • Svenska Barnläkarföreningen
Riksföreningen för Barnsjuksköterskor

*Sista dag
för att anmäla
abstract
~~10 december~~
15 januari*



www.barnveckan.se

