

Praktiserende lægers erfaring med og holdning til deres rolle i forebyggelse af uhensigtsmæssigt skærmbrug hos børn og unge

Et kvalitativt studie



Af Anne Sofie Johnsen Frich, Mette Fjølner Dupont og Emma Ladefoged Ditlevsen

Forskningstræningshold 49

Vejleder Annemette Bondo Lind

Indhold

Baggrund	3
Metode	5
Resultater	6
De praktiserende lægers opfattelse af deres egen rolle	6
Hvordan er deres rolle aktuelt.....	6
Hvad er deres holdning til egen rolle i forhold til primær og sekundær forebyggelse	6
Sammenhæng mellem egne børns adfærd og lægernes holdning til egen rolle	7
Har lægerne viden nok til at kunne rådgive?	7
Hvem skal rådgive?.....	8
Er primær forebyggelse af uhensigtsmæssig skærmb brug hos børn en opgave for almen praksis?.....	8
Andre aktører – hvem skal ellers løfte den primære forebyggende opgave?	9
Almen praksis’ rolle i rådgivning omkring andre livsstilsfaktorer – et muligt paradoks?	10
Diskussion	11
Diskussion af resultater	11
Hvilke erfaringer har praktiserende læger med at rådgive forældre i forhold til deres børns skærmforbrug?	11
Hvilken rolle i relation til et uhensigtsmæssigt skærmforbrug, mener de praktiserende læger selv, de skal spille i forhold til primær og sekundær forebyggelse?.....	12
Styrker og svagheder	13
Perspektivering.....	14
Konklusion	15
Referencer	16
Bilag	16
Bilag 1	16
Bilag 2	21
Bilag 3	24
Bilag 4	30

Baggrund

Vi lever i en tidsalder, hvor verden omkring os bliver tiltagende digitaliseret. Børn vokser i større og større grad op omgivet af digital information og underholdning på skærme. Tilgængeligheden af digitale medier er stor, og mulighederne for skærmbrug er mange. Skærmbroget har udviklet sig eksplosivt over de seneste år (1). Derfor er børns og unges skærmtid og skærmbrog omdiskuterede emner i hverdagen. Der er en voksende bekymring omkring konsekvenserne af det øgede skærmbrog.

I 2018 blev danske børns og unges forbrug af skærmbaserede medier undersøgt. Man opgjorde børns gennemsnitlige daglige skærmtid som værende 1 time og 37 minutter for de 3-6-årige, og 3 timer og 10 minutter for de 7-12-årige (2). Samtidig ses børns forbrug af medier at starte tidligere. Opgørelser har vist, at børns debutalder for regelmæssig mediebrug er skiftet fra 4-årsalderen til 4-månedersalderen over de seneste 40 år (3).

På baggrund af det stigende forbrug og den tidligere debutalder for brug af skærmbaserede medier, har videnskabens opmærksomhed rettet sig mod de potentielle negative konsekvenser heraf.

Der er gennem de seneste år udgivet store mængder litteratur omkring emnet, men grundet den rivende udvikling har forskningen haft svært ved at følge med. Samtidigt er det et svært emne at belyse grundet flere mulige confoundere, og undersøgelserne baserer sig hovedsageligt på selvrapportering. Sammenfattende ses dog flere mulige negative effekter, hvoraf der er bedst evidens for overvægt og depressive symptomer (4). Andre potentielle effekter har vist sig at være større indtag af energitæt mad, mere usund diæt, ringere livskvalitet, adfældsproblemer, angst, hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser, lavt selvværd og dårligere velvære (1). Feltet er komplekst, og der er ikke påvist nogen entydig kausalitet, men meget tyder på, at der er en U-formet sammenhæng mellem skærmbrog og trivsel, hvilket betyder at et moderat til højt forbrug af digitale medier er associeret med god trivsel, mens et lille og ekstremt højt forbrug er forbundet med mistrivsel (1).

Ud fra den nuværende litteratur er der evidens for negative konsekvenser i aldersgruppen 0-3 år. Der er vist en negativ sammenhæng mellem skærmtid og spædbørns udvikling (5), og et studie fra 1998 fandt, at børn under 3 år ikke er modtagelige over for medieinformation fra video (6). På baggrund af fund som disse har World Health Organization (WHO) udfærdiget en anbefaling, som henvender sig til forældre til børn under 5 år.

Flere lande har lavet retningslinjer for skærmbrog, herunder Danmark. Sundhedsstyrelsen har udgivet retningslinjen "Anbefalinger for skærmbrog til forældre med børn i alderen 0-15 år", som vejleder omkring skærmbrog, søvn og fysisk aktivitet. Den danske retningslinje følger dog ikke WHO's anbefaling vedrørende tidsbegrænsning af skærmbrog hos de 2-5-årige. Sundhedsstyrelsen vurderer ikke, at der for nuværende foreligger evidens for at fastlægge en tidsgrænse for skærmbrog for børn (Bilag 3).

Det er den samme litteratur ligger til grund for anbefalingerne, og dette vidner om, at der er fortolkningsvanskeligheder. Dette synliggøres også ved, at der tidligere har været andre konkrete tidsangivelser for skærmtid hos børn i anbefalingerne fra f.eks. Amerikansk Pædiatrisk Selskab, men at disse er bortfaldet i de seneste år, da der har været tiltagende kritik af, at der var manglende evidens for disse meget konkrete råd.

På baggrund af det stigende forbrug af skærmbaserede medier hos børn og unge, samt de potentielle skadevirkninger ved meget højt forbrug heraf, kan der være potentielle sundhedsmæssige konsekvenser med betydning for individet såvel som for samfundet. I Danmark har de alment praktiserende læger en central rolle i sundhedsfremme og forebyggelse, hvilket der også er et stigende politisk fokus på. I almen

praksis har man flere primære forebyggende ydelser som f.eks. børneundersøgelser og screening, samt sekundært forebyggende ydelser som f.eks. vejledning i livsstilsfaktorer i forbindelse med kroniske sygdomme.

På baggrund af ovenstående har vi valgt at undersøge de praktiserende lægers erfaring med og holdning til deres rolle i forebyggelse af uhensigtsmæssig skærmb brug, og formuleret følgende forskningsspørgsmål:

- Hvilke erfaringer har praktiserende læger med at rådgive forældre i forhold til deres børns skærmb brug?
- Hvilken rolle i relation til et uhensigtsmæssigt skærmb brug mener de praktiserende læger selv, de skal spille i forhold til primær og sekundær forebyggelse?

Metode

Vi har undersøgt praktiserende lægers erfaring med og holdning til deres rolle i forebyggelse af uhensigtsmæssigt skærmb brug hos børn ved et kvalitativt studiedesign.

Vi har interviewet 8 læger fra tre forskellige almen praksis i Midt- og Vestjylland. Vi har interviewet alle læger i de pågældende praksis, som var enten speciallæger i almen medicin eller hoveduddannelseslæger i fase 3. Vi har lavet en semistruktureret interviewguide (Bilag 1), som vi har brugt til at interviewe lægerne. Dette har givet mulighed for at stille uddybende spørgsmål undervejs i interviewet. Vi har optaget interviewene. Vi har ikke transskriberet de fulde interviews, men nedskrevet tematikker og udvalgte citater, der var karakteristiske for de identificerede centrale tematikker. Baseret på interviewene har vi foretaget en præliminær kodningsproces og opstillet dette i et skema (Bilag 2). Ud fra kodningsskemaet har vi analyseret svarene for mønstre og tematikker, som vi har arbejdet videre med ud fra Braun og Clarkes analysemetode (7). For at sikre større anonymitet af deltagerne har vi givet dem pseudonymer, så citaterne ikke kan relateres til kodningsskemaet.

Som baggrundsinformation til brug for udfærdigelse af den semistrukturerede interviewguide, har vi gennemgået litteraturen på området. Litteraturen er fundet ved at tage udgangspunkt i de tilgængelige rapporter og vejledninger omkring emnet, fra Sundhedsstyrelsen, WHO, samt specialeselskaberne (Bilag 3 og 4). Herudover har vi søgt på PubMed på ord, som fremgår af tabel 1, samt relaterede MESH-termer. Ud fra de artikler vi har fundet ved ovenstående metode, har vi benyttet sneboldmetoden til at gennemgå relevante referencer for yderligere information om emnet. Vi har prioriteret primært at inkludere viden fra reviews og metaanalyser, samt sekundært de nyeste studier på området.

Child*, youth*, preschool age, preschool children*, toddlers	AND	Screen time, computer, video games, tablet, smart phone, TV, television, electronic media	AND	Effect*, overweight, BMI, excess weight, obese*
Child*, youth*, preschool age, preschool children*, toddlers	AND	Screen time, computer, video games, tablet, smart phone, TV, television, electronic media	AND	Primary prevention, general practice, GP, family physician

Resultater

De praktiserende lægers opfattelse af deres egen rolle

Hvordan er deres rolle aktuelt

Af interviewene fremgår det, at syv ud af otte læger ikke aktuelt har systematisk rådgivning omkring børns skærmb brug som en del af deres børneundersøgelser i almen praksis. En enkelt læge spørger rutinemæssigt ind til skærmb brug ved børneundersøgelsen. Denne læge angiver dog, at det sjældent giver anledning til egentlig rådgivning, men blot gør forældrene opmærksomme på et potentielt problem.

Jonathan: "Ved 5. års undersøgelsen der spørger jeg forældrene om barnet har en iPad, eller om forældrene lader barnet låne forældrenes telefon for at få ro på. Jeg gør det allerede ved 2 eller 3 års undersøgelsen hvis jeg ser de sidder med en telefon i venteværelset."

Samtlige læger spørger ind til skærmb brug i situationer, hvor de vurderer, at det kan være medvirkende til de aktuelle symptomer eller sygdom hos patienten. Der er nogen variation mellem, hvilke indikationer lægerne finder til grund for at tale om skærmtid. De hyppigste indikationer er søvnproblemer, overvægt og mistrivsel. I mindre omfang nævnes hovedpine og bevægeapparatsgener. Flere læger angiver, at de spørger indirekte til skærmb brug ved at spørge ind til fysisk aktivitet og fritidsaktiviteter.

Clara: "Jeg spørger ikke ind ved overvægt, hovedpine og synsforstyrrelser, men det burde jeg nok"

Hvad er deres holdning til egen rolle i forhold til primær og sekundær forebyggelse

Mange af lægerne har ikke tidligere aktivt tænkt på, at de har en forebyggende rolle i rådgivningen af børn og forældre i uhensigtsmæssig skærmb brug.

Freja: "Jeg har været mest bevidst om min rolle, når det [skærmb brug] har været årsag til noget uhensigtsmæssigt, end jeg har tænkt min rolle som forebyggelse. Det må jeg sige. Der har jeg ikke været min rolle bevidst."

Ella: "Det er spørgsmålet, om vi har opdaget vores rolle helt endnu. Vi bør jo heller ikke først synes, at vi har en rolle, når de kommer med deres bevægeapparatsproblemer og hovedpine. Jeg tror ikke, jeg selv har påtaget mig en aktiv rolle i det endnu. Det har jeg jo heller ikke, når jeg ikke har puttet det ind som en fast del af vores børneundersøgelser endnu. Det kunne man jo godt overveje, om man skulle."

Fire ud af otte læger angiver, at de har eller bør have en forebyggende rolle i rådgivningen af børn og forældre om uhensigtsmæssig skærmb brug. To læger forholder sig tvivlende til, om de bør have en forebyggende rolle. To læger mener kun, at de har en rolle i rådgivningen om skærmb brug, når dette mistænkes at forårsage symptomer eller sygdom.

Jesper: "Jeg synes ikke, jeg har en forebyggende rolle. Det syntes jeg andre må gøre."

Jonathan: "Jeg har en rolle, hvis kontakten har en sammenhæng med skærmb brug. Så skal vi give dem en grundig rådgivning omkring dette, og forsøge at få forældrene til at forstå, at der kan være en sammenhæng."

Kasper: "Jeg har en rolle i at påpege et problem, hvis det er medvirkende årsag til en helbredspåvirkning"

Kasper: "Jeg rådgiver når det er relevant, og jeg mener, at rådgivningen skal foregå efter behov"

Sammenhæng mellem egne børns adfærd og lægernes holdning til egen rolle

Ud fra analyse af interviewene har der vist sig nogle mønstre i lægernes svar, baseret på, om de har hjemmeboende børn i skolealderen eller ej. To læger har børn, som har et forholdsvist større skærmforbrug end de øvrige. Disse to læger er opmærksomme på, at skærmbrug hos børn kan have sundhedsmæssige konsekvenser. De har desuden en klar holdning til, at de bør have en primær profylaktisk rolle i rådgivningen om børns uhensigtsmæssige skærmbrug.

Ella: "Jeg tror, at det på sigt skal lægges fast ind i børneundersøgelserne. Det burde det da nok allerede, for det er jo kommet for at blive. Det er her jo."

Har lægerne viden nok til at kunne rådgive?

Der er delte meninger blandt lægerne, om de vurderer, at de har viden nok til at kunne rådgive om børns uhensigtsmæssige skærmbrug. Ingen af lægerne er bekendt med indholdet af Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende skærmbrug for børn (Bilag 3).

Der er fem læger, der angiver, at de har nok viden til at kunne rådgive børn og forældre om uhensigtsmæssig skærmbrug. Tre ud af de fem læger, der har børn i skolealderen, vurderer alle, at de har nok faglig viden omkring emnet til at kunne rådgive. Én af disse læger er opmærksom på, at hendes viden bærer præg af egne erfaringer og holdninger. Én anden af lægerne har aktivt sat sig ind i litteratur på området.

Ella: "Jeg synes da sådan set, jeg har nok viden, men det er spørgsmålet, om man allerede har lidt et parti også, fordi jeg også har børn i den alder."

Kasper: "Jeg har læst artikler og bogen "Sluk" af Imran Rashid, samt baseret på egne refleksioner."

De to øvrige læger, som er de ældste, vurderer, at de har viden nok til at rådgive, og udtaler begge, at deres viden er baseret på sund fornuft, og at dette er tilstrækkeligt.

Jesper: "Det er mere husmandsregler, altså sund fornuft. Hvis der bliver skrevet for mange vejledninger, så går det galt. Det må være sund fornuft."

Jonathan: "Jeg skal ikke afvise, at mine fordomme kommer til at styre min tilgang til det."

Tre læger udtaler klart, at de ikke mener, at de har nok viden til at kunne rådgive omkring børns uhensigtsmæssige skærmbrug. Én af disse læger giver udtryk for, at hun mangler evidensbaseret viden og derfor af nød må rådgive ud fra sund fornuft.

Clara: "Jeg hader at skulle informere om noget, som vi føler, er det rigtige. Jeg vil gerne have noget konkret og noget forskningsbaseret."

Anna: "Jeg synes, det er svært at rådgive. Hvad er det lige man skal rådgive om? Hvordan er det, man skal rådgive? Hvad er det vi skal sige? Har jeg noget specifikt? Er der lavet nogle anbefalinger? I bund og grund handler det om opdragelse og almindelig sund fornuft."

I interviewet præsenteres lægerne helt kort for Sundhedsstyrelsens og WHO's vejledning vedrørende børns skærmbrug. Ingen af lægerne mener, at denne information får dem til at ændre deres holdning til deres aktive rolle i rådgivning og vejledning omkring skærmbrug for børn. Tre af lægerne udtaler, at rådene er

mere præcise end ventet, og derfor finder de dem brugbare til at rådgive ud fra. Dette kunne evt. være i form af en pjece til udlevering.

Jonathan: "WHO, de kommer med nogle pænt firkantede ting, det er noget man kan forstå.

Freja: "Man kunne da faktisk godt tage den der [Sundhedsstyrelsens vejledning] med til en børneundersøgelse. Det kunne faktisk være fint, hvis myndighederne lavede en lille pjece om det, som man kunne give. Det er meget konkret."

Hvem skal rådgive?

Er primær forebyggelse af uhensigtsmæssig skærmbrug hos børn en opgave for almen praksis?

Alle lægerne er enige om, at de har en rolle i at rådgive om uhensigtsmæssig skærmbrug for børn, når der er mistanke om at det er medvirkende årsag til symptomer eller sygdom.

Kasper: "Jeg tænker ikke, at det er en lægeopgave, medmindre at de kommer med hovedpine, synsforstyrrelser eller noget. Hvis det resulterer i sygdom, har vi en rolle."

Derimod er det kun tre af lægerne, der mener, at det gør en forskel, at almen praksis tager del i den primære forebyggelse af uhensigtsmæssigt skærmbrug.

Pia: "Gentagelser virker. Vi bestyrker hinanden"

En enkelt læge når gennem interviewet frem til at det muligvis gør en forskel, da vedkommende også tænker, at det gør en forskel, når vi rådgiver om andre livsstilsrelaterede problemer. Yderligere to læger åbner gennem interviewet op for muligheden for, at primær forebyggelse har en plads i almen praksis. De resterende to læger mener ikke, at opgaven vedrørende primær forebyggelse af uhensigtsmæssig skærmbrug hos børn bør ligge i almen praksis.

Clara: "Hvis vi skal have en rolle i forebyggelses øjemed, skal der være forskning på, at det giver mening, at vi bruger tid på det, og at det giver noget folkesundhed."

Flere læger pointerer, at de nuværende børneundersøgelser allerede indeholder rigtig mange elementer, og udtrykker en vis skepsis for, om der er plads til mere. Der er også flere læger, der nævner den voksende opgavebyrde i almen praksis, som ikke harmonerer med de allokerede ressourcer.

Clara: "Vi kan lave rigtig meget sundhedsforebyggende arbejde, men lige nu halser vi nærmest efter for at klare sygdomsbehandlinger, så på en eller anden måde træder det i baggrunden"

Kasper: "Der er også et max for, hvad forældre kan kapere til børneundersøgelserne"

Freja: "Som læger har vi sindssygt mange opgaver. Det er spørgsmålet, hvor skal den primære rolle lægges i forhold til forebyggelse? Der tænker jeg, at det er en stor opgave, hvis man tænker på, at praksis skal gå ind i den opgave helhjertet. Hvis man tænker den rolle ind, så er det mange lægetimer, der skal bruges til det. Hvad er det for nogle opgaver vi skal lave? Man må kunne bruge lægepengene bedre. Det er spørgsmålet, hvor meget det flyttede, hvis man brugte en del af børneundersøgelserne til det, for forældrene ved det jo godt. Hvad er det vi skal bruge vores tid på? Man skal være sig det bevidst, at det tager noget tid, hvis man skal gå ind i en dialog. Bare at sige det. Det ved de jo godt i forvejen. Har det en nytteværdi at nævne det? Det ved jeg egentlig ikke rigtig helt om det har, men nu sidder jeg og spekulerer lidt, for hvis man ryger, så

ved man jo også godt, at det har en effekt, selvom de ved det i forvejen. Det bliver jeg egentlig lidt i tvivl om, når jeg sidder og tænker over det. Hvis man blev klædt på til det, og man fik en honorering for det, der var tidssvarende, så tror jeg, at det kunne være en ganske god investering. Man skal tage det seriøst. Hvis man går ind i noget, så er det vigtig, at man går helhjertet ind i det. Ellers kan det godt fremstå formynderisk.”

De læger, der mener, at rådgivningen kan indgå i børneundersøgelserne, har forskellige holdninger til, hvilke børneundersøgelser det skulle indgå i. Særligt de tre ældste af de interviewede læger foreslår at vejledningen kunne indgå i 4- eller 5-års undersøgelsen.

Jonathan: ”Naturligt lige til højrebænet ved 5-års undersøgelsen. Jeg syntes ikke før, så skal det være fordi de sidder med deres egen iPad i venteværelset ved 4-års undersøgelsen, så vil jeg tage det op der og efter behov.”

Andre læger vurderede, at det kunne give mening at starte tidligt med rådgivningen allerede ved 5-måneders undersøgelsen og gentage informationen ved alle de efter følgende børneundersøgelser.

Ella: ”Det er jo skræmmende, hvor tidligt man nok skal til at snakke med dem om det. Jeg er bange for at det nok allerede er ved 5-måneders undersøgelsen.”

Anna: ”Jeg syntes måske, vejledningen er rigtig rar at få ind tidligt og få taget den der snak om skærmvaner.”

Andre aktører – hvem skal ellers løfte den primære forebyggende opgave?

Alle lægerne finder andre aktører relevante i rådgivningen af børn og forældre om skærmbrug. Dette er uafhængigt af deres holdning til egen rolle. Syv ud af otte læger mener, at deres rolle i rådgivningen omkring primær forebyggelse er mindre relevant end andre aktørers rolle. Den ottende læge finder rollerne mere ligeværdige, og at de ved fælles indsats kan skabe de bedste resultater.

De fleste læger mener, at kommunale aktører bør have en rolle i rådgivningen. Syv læger mener, at skoler og institutioner skal varetage en betydelig del af opgaven. Dette baseres blandt andet på muligheden for at gøre brug af politikker for skærmbrug i institutionerne samt lærere og pædagogers større kendskab til børnene og familierne.

Jonathan: ”Jeg mener helt klart, at det skal foregå på skoleplan. Jeg mener, skolerne burde køre en hård politik. Jeg ser et barn 15 minutter om året til børneundersøgelsen, hvis det ikke fejler noget. I skolerne ser de børnene 6-7 timer hver eneste dag, 5 dage om ugen.”

Anna: ”Lærerne i folkeskolen er jo dem, som ser børnene i hverdagen. De kender jo også børnene. De har et andet billede af, hvem de er. Man kan jo også have det som en del af undervisningen.”

Tre læger nævner sundhedsplejersken som en mulig aktør i den primære forebyggelse. Her nævnes blandt andet det faktum, at de kommer i hjemmene, hvilket giver en anden mulighed for at tilpasse rådgivningen individuelt.

Freja: ”Som sundhedsplejerske kommer man i hjemmet. De kan finde ud af, hvor meget det fylder. Er det sådan, at man har fjernsynet kørende i baggrunden hele tiden, eller er det sådan, at større søskende allerede sidder der med en iPad.”

Fem læger vurderer, at en væsentlig aktør bør være Sundhedsstyrelsen. De mener, at oplysningskampagner kan have stor betydning og have en mere vidtrækkende effekt.

Kasper: "Jeg mener, at det vil have større effekt i et sundhedsfremmende perspektiv uden sygdom, at det er myndighederne som påtager sig informationen omkring forebyggelse. Jeg mener først, at vores indflydelse, som praktiserende læge, vil være størst, når der er opstået symptomer eller sygdom"

Ella: "Lidt ligesom rygestopkampagner, så kampagner om børn og unges, eller vores alle sammens forbrug [af skærmbaserede medier]."

Almen praksis' rolle i rådgivning omkring andre livsstilsfaktorer – et muligt paradoks?

Syv ud af otte læger udtaler, at de har positive erfaringer med, at det gør en forskel, at de som læger rådgiver omkring andre livsstilsændringer som f.eks. rygestop. En enkelt angiver, at det kan være svært at ændre folks livsstil.

Jonathan: "Det virker faktisk. Jeg synes, folk er blevet mere lydøre gennem de sidste 10 år, og det er især indenfor rygerne, vil jeg nok sige. En medvirkende årsag er, at de er blevet paria i samfundet, men på eget initiativ godt selv kan bringe det på banen med rygning".

Flere af lægerne vægter skærmb brug mindre vigtigt at intervenere imod som andre livsstilsfaktorer.

Jonathan: "Jeg syntes nok, der er andre livstilsproblematikker, som måske var lidt mere tungtvejende end lige børns brug af skærm, altså rygning, overvægt, mangel på motion og dårlig kost. Der skulle man måske være lidt mere fremme i skoene end at sidde at snakke om en skærm."

Freja: "Jeg tror, at grunden til, at jeg er tøvende, er at jeg ikke føler mig særligt godt klædt på til det med skærmb brug i forhold til rygning."

Jesper: "Det er jo også svært for en rygende læge at rådgive om rygestop. Det syntes jeg må være svært, og hvis man selv har et stort forbrug af det der, kan det jo godt være, at man føler at det forbrug, som børnene har, det ikke er noget problem."

Freja: "Det kan jeg godt blive lidt i tvivl om, kan du nok høre. Fordi på en eller anden måde er det også noget lidt mere fluffy noget, end hvis man snakker rygning. Det er ikke så veldefineret. Der er ingen klare retningslinjer, hvorimod rygning, det er bare no go. Der tror jeg, at hvis jeg skulle til at rådgive, så ville jeg føle mig meget dårligt klædt på til det. Jeg tror egentlig det er det, der gør, at jeg synes, det er svært at gå ind i en dialog."

Lægernes eget skærmb brug ligger relativt tæt på hinanden. Det er således svært at gruppere dem i forhold til dette. Der ser ikke ud til at være en tendens til bestemte holdninger baseret på lægernes køn, erfaringsniveau, praksisstørrelse og praksisbeliggenhed.

Diskussion

Diskussion af resultater

Hvilke erfaringer har praktiserende læger med at rådgive forældre i forhold til deres børns skærmforbrug?

På trods af manglende konkrete centrale faglige retningslinjer rådgiver alle lægerne i varierende grad omkring uhensigtsmæssig skærmbrug hos børn, når de finder indikation for det, altså sekundært forebyggende. Der var stor forskel på, hvor bevidste lægerne var om de potentielle indikationer for rådgivning om skærmbrug. Gennem vores interviews har vi fået en fornemmelse af, at lægerne ikke har været tilstrækkeligt opmærksomme på skærmbrug som en mulig årsag til meget almindelige symptomer hos børn i almen praksis, som f.eks. inaktivitet, overvægt mv. Dette kan potentielt skabe en problematisk ulighed i behandlingen af hyppigt forekommende symptombilleder i almen praksis.

Kun en enkelt læge spørger rutinemæssigt ind til skærmbrug ved 5-års børneundersøgelser. Således har størstedelen af de interviewede læger ikke hidtil fundet belæg for at inkludere primær forebyggelse af børns uhensigtsmæssige skærmbrug i de planlagte børneundersøgelser. Der er dog flere læger, der i løbet af interviewet åbner op for muligheden for, at de vil indføre det som en fast del af børneundersøgelser på sigt. Dette er formentlig et udtryk for, at de ikke tidligere aktivt har reflekteret over skærmbriks potentielle skadelige virkninger. Nogle af lægerne synes, at primær forebyggelse af uhensigtsmæssig skærmbrug skal ligge ved samtlige børneundersøgelser, mens andre mener, at den primære forebyggelse skal ligge fortrinsvis i de afsluttende børneundersøgelser. Ud fra litteraturen kan man argumentere for, at såfremt denne primære forebyggelse skal foregå i praksis, bør den placeres i de tidligere børneundersøgelser. Dette baseres på den faldende debutalder for skærmbrug, samt skærmbriks potentielle negative konsekvenser for forældre-barnsamspillet (3,8).

De læger, der har hjemmeboende børn, har alle opsat en eller anden form for retningslinjer for skærmbrug for deres børn. Dette må man formode skyldes en tanke om, at overdreven brug af skærmbaserede medier kan have negative effekter, selvom de ikke alle vurderer, at de har tilstrækkelig evidensbaseret viden herom. De tre læger, der har hjemmeboende skolebørn, vurderer alle at have tilstrækkelig faglig viden til at kunne rådgive om emnet. Dette er formentligt et udtryk for, at de har haft skærmbrug i deres bevidsthed qua deres personlige omstændigheder. Én af de tre har aktivt søgt information om emnet.

Lægernes narrativer tyder på, at seks ud af otte læger baserer deres holdninger på sund fornuft frem for evidens. Ingen af lægerne havde konkret kendskab til hverken WHO eller Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Vi fik en klar fornemmelse af, at lægerne i bred forstand ikke kender til den relativt omfattende litteratur, der i forskellig evidensgrad viser potentielle skadevirkninger af et uhensigtsmæssigt skærmforbrug.

Baseret på vores litteratursøgning har vi ikke fundet studier, der undersøger praktiserende lægers rådgivning omkring skærmbrug, hverken primært eller sekundært forebyggende. Holmberg et al (6) finder, at praktiserende læger hovedsageligt bruger sekundær forebyggelse, hvor de rådgiver på indikation. Dette stemmer overens med de interviewede læger i vores studie. Deltagerne i Holmberg et al's studie angiver som årsag til manglende primær forebyggelse, at de er bekymrede for at ødelægge læge-patientforholdet, da lægerne ikke ønsker at fremstå belærende og give uvelkomne råd (9). Denne bekymring deler flere læger i vores studie også. Derudover udtrykker lægerne i vores studie flere af de samme barrierer for at rådgive primært profylaktisk omkring skærmtid, som allerede er kendt fra andre undersøgelser omkring forebyggelse af livsstilsfaktorer. Disse barrierer er bl.a. undersøgt af Bach (10), som finder, at der er flere

parametre, der har indflydelse på, hvorfor forebyggende indsatser ikke implementeres i tilstrækkeligt omfang i almen praksis – herunder manglende tid, prestige, økonomisk kompensation, faglig viden samt bekymring for at virke fordømmende.

Hvilken rolle i relation til et uhensigtsmæssigt skærmb brug, mener de praktiserende læger selv, de skal spille i forhold til primær og sekundær forebyggelse?

Der er nogle af lægerne, der forholder sig skeptiske overfor at indføre primær forebyggelse af uhensigtsmæssig skærmb brug hos børn i praksis, da de ikke er bekendt med, at dette er påvist at have en sundhedsfremmende effekt. Enkelte reviews og metaanalyser har belyst effekten af intervention mod uhensigtsmæssig skærmb brug. Friedrich et al's metaanalyse (11) har vist en signifikant, men lille reduktion i skærmtid hos børn efter intervention med rådgivning. Rådgivningen var dog kun sekundært rettet mod skærmtid og primært mod kost og fysisk aktivitet. Wu et al's review og metaanalyse (12) kunne ikke påvise en effekt af intervention mod skærmb brug hos børn. Fælles for alle de inkluderede studier er stor heterogenitet i design og måleffekter. Desuden bærer studierne i stor grad præg af rapporteringsbias og social desirability bias. Derudover bør det nævnes, at studierne har et effektmål, der er reduktion af skærmtid. Dette siger ikke direkte, om en intervention mhp. reduktion af skærmtid øger børnenes sundhed, hvilket jo må være den centrale årsag til primær forebyggelse.

De interviewede læger angiver alle andre aktører, som værende vigtige i rådgivningen af forældre om børns skærmb brug. De angivne aktører er skoler og institutioner, sundhedsplejersker og nationale myndigheder, herunder Sundhedsstyrelsen. Dette er i tråd med Holmberg et al's (9) fund omkring alment praktiserende lægers holdning til deres rolle i primær forebyggelse. Der er i forvejen nogle nationale tiltag i forhold til at rådgive omkring børns skærmb brug. Disse tiltag er udelukkende rettet mod forældre og børn, her kan nævnes Sundhedsstyrelsens vejledning (Bilag 3) samt pjecen "Guide til forældre om børn og digitale vaner" (Bilag 4), som er udviklet i samarbejde med skolelederforeningen. Vi er på nuværende tidspunkt ikke bekendt med tilgængelige faglige vejledninger omkring emnet. Manglende faglige vejledninger må formodes at bidrage til lægers manglende opmærksomhed på skærmb brugs potentielle skadelige virkninger.

Vi fandt, at syv ud af otte læger udtalte, at de har positive erfaringer med, at det gør en forskel, når de som læger rådgiver omkring andre livsstilsændringer som f.eks. rygestop. Kun en enkelt angiver, at det kan være svært at ændre folks livsstil. Således er der tale om et paradoks i forhold til en erkendelse af, at den praktiserende læge har en rolle i forhold til at motivere og hjælpe patienter til at ændre usunde vaner som f.eks. rygning, mens et ekstremt forbrug af skærmtid for nuværende ikke opfattes som en væsentlig opgave, der skal prioriteres. Det kunne være interessant i fremtidige studier at forsøge at undersøge, hvorvidt konsekvenserne af uhensigtsmæssig skærmb brug kan sidestilles med andre livsstilsfaktorer som f.eks. overvægt, inaktivitet mv.

Styrker og svagheder

Det kvalitative studiedesign har indbyggede styrker og svagheder.

Vi mener, at det er en styrke, at vi har inkluderet læger, der er spredt i alder og køn, samt at halvdelen har hjemmeboende børn. Således indgår forskelligartede perspektiver, som må formodes at give et mere nuanceret billede af de praktiserende lægers forskellige erfaringer med og holdninger til problematikken. Dette kommer til udtryk ved bredden af holdninger i vores interviews. Ligeledes synes vi, at det er en styrke at bruge en semi-struktureret interviewguide, som giver en ensartethed i informationsindsamlingen, men også mulighed for at dykke længere ned i nogle emner, som vi ikke nødvendigvis havde forudset. F.eks. finder vi en tendens til at flere af lægerne reflekterer over emnet undervejs i interviewet, og ændrer holdning mod en større åbenhed over for at udøve primær profylakse. I dialogen med interviewerens igangsættes der således hos nogen af vores informanter en erkendelsesproces, som giver et nuanceret og komplekst billede af problemstillingen. Denne udviklingsproces ville vi givetvis ikke på samme måde kunne spore i et kvantitativt design, hvor lægerne kun forholdte sig til skriftligt stillede spørgsmål.

En af svaghederne ved et kvalitativt studium er, at det er meget tidskrævende at indsamle og analysere data, hvilket giver en begrænsning i antallet af informanter. Vi har interviewet 8 læger, hvilket giver et mere spinkelt grundlag at identificere mønstre ud fra. Derfor skal vores resultater og de identificerede mønstre tages med forbehold i forhold til deres eksterne validitet eller generaliserbarhed. Der er snarere tale om en række hypoteser, vi kan opstille på baggrund af vores fund, som så kan efterprøves ved f.eks. at anvende et kvantitativt design i form af et spørgeskema, hvorved vi ville kunne undersøge om vores fund var generaliserbare til en bredere kreds af praktiserende læger.

Den eksterne validitet på international plan begrænses i øvrigt, da der er forskelle på organisering af almen praksis og det generelle sundhedsvæsen i andre lande, herunder håndteringen af forebyggelse.

Ifølge Kvale er den kvalitative forsker således en opdagelsesrejsende, der igennem samtale skaber ny viden i dialog med sine informanter frem for en minearbejder, der afdækker en på forhånd eksisterende viden. Begrebet om en opdagelsesrejsende, implicerer en opfattelse af viden som en fortælling, der skabes gennem interviewerens møder med feltet og dialog med sine informanter. Han/hun rejser ud i ukendt land og udforsker territoriet ved at gå i dialog, og i løbet af dialogen skabes der mulighed for nye erkendelser både hos forskeren og informanten. Dermed skriver Kvale, via rejsemetaforen, at data tilvejebragt gennem det kvalitative interviews åbenhed og lydhørhed over for informantens narrativer, sig ind i en postmoderne forestilling om, at viden er noget, vi konstruerer i fællesskab (13).

En styrke ved vores studie er, at de interviewede læger har en relation til interviewerens, som er medvirkende til at skabe et rum, hvor der er mulighed for at lægerne får en større åbenhed for de supplerende spørgsmål. Dog kan denne relation også betragtes som en ulempe, idet den må formodes at kunne forøge social desirability bias. Denne bias beskriver den interviewedes tendens til at besvare spørgsmål ud fra, hvad der er socialt acceptabelt. De interviewede er ligeledes bekendt med forskningsspørgsmål, hvilket også kan farve både angivelse af tidsestimater og holdning til eget og egne børns forbrug, men også holdning til deres rolle i forebyggelsen af uheldsmæssig skærmbrug. Dog er det en fordel, at de fra interviewets start ikke gøres bekendt med Sundhedsstyrelsens og WHO's anbefalinger på området.

Perspektivering

Baseret på vores studie og den tilgrundliggende litteratur bliver det tydeligt, at der brug for mere evidens, både i forhold til at klarlægge de skadelige effekter af skærmb brug, men også effekten af primær intervention i praksis. Den manglende evidens kommer også til udtryk i antallet og indholdet af vejledninger på verdensplan. Der er desuden sået tvivl omkring berettigelsen af vejledningernes indhold grundet den begrænsede kvalitet af litteraturen (7).

Almen praksis har gennem de seneste år fået tildelt flere opgaver, og der er en bred holdning om, at de fornødne ressourcer ikke er fulgt med. Flere læger i vores interviews udtrykker bekymring omkring opgaveglidningen og de manglende ressourcer i almen praksis. Dette kan spille en medvirkende rolle til deres skepsis omkring yderligere opgaver som lægges under almen praksis.

Grundet det markant stigende mediebrug under corona-pandemien kan man forestille sig et øget fokus på potentielle skadelige effekter af skærmb brug. Forhåbentlig kan dette bidrage til øget klarhed over dette emne. Modsat kunne man forestille sig, at corona-pandemien afføder et større medieforbrug fremadrettet for både børn og voksne, da der også er set større anvendelsesmuligheder af dette. På bekostning af dette kan de negative effekter frygtes at glide i baggrunden.

Konklusion

Vi fandt at de interviewerede lægers erfaringer med rådgivning som primær forebyggelse af uhensigtsmæssig skærmb brug var begrænset. Flere rådgav som del af sekundær forebyggelse, men med varierende indikatorer, der udløste varierende grad og kvalitet af rådgivning. Generelt var lægernes viden omkring emnet og fokus herpå begrænset.

Flere af lægerne forholdte sig skeptiske overfor at indføre primær forebyggelse af uhensigtsmæssig skærmb brug hos børn i praksis, da de mangler evidens på området, samt evidens for at varetagelsen af denne rolle i almen praksis vil medføre øget folkesundhed og være samfundsøkonomisk rentabelt. Vi ser dog, at flere læger i interviewene ud fra refleksion og tilegnet viden, åbner op for muligheden for at indgå i en tværsektoriel forebyggende indsats. Spørgsmålet er, om både den primære og den sekundære profylakse af børns uhensigtsmæssige brug af skærmtid kommer til at blive et påkrævet fokusområde for almen praksis i fremtiden. Der er behov for mere viden og forskning af højere kvalitet på området for at kunne kvalificere dette nærmere.

Referencer

- 1) Ottosen et al: Børns og unges trivsel og brug af sociale medier, VIVE, 2020
- 2) Rasmussen et al: Skolebørnsundersøgelsen 2018, Syddansk universitet, 2018
- 3) Radesky et al: Increased screen time implications for early childhood development and behavior, Pediatric Clinics of North America, vol 63, issue 5, 2016
- 4) Stiglic et al: Effects of screen time on the health and well-being of children and adolescents: a systematic review of reviews, British Medical Journal, 2019
- 5) Madigan et al: Association between screen time and children's performance on a developmental screening test, JAMA Pediatrics, vol 173, 2019
- 6) Troseth et al: The medium can obscure the message: young children's understanding of video, Child development, vol 69, issue 4, 1998
- 7) Braun et al: Using thematic analysis in psychology, Qualitative Research in Psychology, Roudledge, 2006
- 8) Kildare et al: Impact of parents mobile device use on parent-child interaction: A literature review, Computers in Human Behavior, vol 75, 2017
- 9) Holmberg et al: Primary prevention in general practice – views of German general practioners: a mixed-methods study, BMC, Family Practice, vol 103, issue 15, 2014
- 10) Bach: Sundhedsfremme i almen praksis, Danmarks pædagogiske universitetsskole Aarhus Universitet, 2010
- 11) Friedrich et al: Effect of intervention programs in schools to reduce screen time: a meta-analysis, Jornal de Pediatria, vol 90, issue 3, 2013
- 12) Wu et al: The effect of interventions targeting screen time reduction: a systematic review and meta-analysis, Medicine, vol 95, issue 27, 2016
- 13) Kvale: Interview, Hans Reitzels Forlag, 1997

Bilag

Bilag 1

Semi-struktureret interviewguide

Formål med studiet: At undersøge hvordan praktiserende læger opfatter deres rolle i rådgivningen af børn og forældre omkring børns uhensigtsmæssige skærmbrug.

Begrebsdefinitioner:

Skærmbrug: I dette studie benytter vi begrebet skærmbrug, som dækker over brug af skærmbaserede medier som TV, spillekonsoller, computer, tablet og mobiltelefon. Skærmforbrug i denne sammenhæng indbefatter ikke brug af lyd-baserede medier, som f.eks. podcasts, musik, lydbøger mv.

Skærmtid: Et tidsestimat af skærmbrug

1. Navn:
2. Din alder:
3. Uddannelsesniveau:
 - a. Speciallæge: Hvor længe har du været speciallæge i almen medicin?
 - b. Uddannelseslæge:
4. Praksisstørrelse?
5. Har du hjemmeboende børn?
 - a. Hvis ja, hvor mange, hvilken alder og køn:

6. Hvor mange timer tilbringer du pr. dag i gennemsnit foran en skærm i din fritid?
7. Synes du, at du tilbringer for meget tid foran en skærm?
 - a. Uddybende kommentarer?

8. Hvor mange timer tilbringer dine børn pr. dag i gennemsnit foran en skærm i deres fritid?

9. Har du opsat restriktioner for skærmbrug for dine børn?

10. Synes du, at dine børn tilbringer for meget tid foran en skærm?
 - a. Uddybende kommentarer?

11. Hvem bliver børneundersøgelser udført af i din praksis?

- a. 5 uger:
- b. 5 måneder:
- c. 1 år:
- d. 2 år:
- e. 3 år:
- f. 4 år:
- g. 5 år:

12. Bliver der rutinemæssigt rådgivet om børns skærmb brug til børneundersøgelser i din praksis?

- a. Hvis ja, hvilke børneundersøgelser?

13. Rådgiver du efter behov omkring uhensigtsmæssig skærmb brug hos børn?

- a. Hvis ja, på hvilke indikationer? (F.eks. syn, hovedpine, overvægt, mavepine, depressive symptomer, ADHD-symptomer, mistrivsel)

14. Har du oplevet at have succes med at påvirke et barns uhensigtsmæssige skærmb brug i en konsultation i din praksis?

15. Hvordan opfatter du din rolle i rådgivning af forældre vedrørende skærmb brug for børn? (Hvis ingen rolle, da også gerne uddybende kommentarer)

16. Hvilke andre aktører, synes du kan have en rolle i rådgivningen af forældre og børn om skærmb brug. Er der andre aktører, du vurderer, er mere relevante i rådgivningen end praktiserende læger?

17. Tror du, at det gør en forskel, at du som læge rådgiver omkring skærmb brug hos børn?
18. Hvis du mener, at almen praksis har en rolle i rådgivningen omkring uhensigtsmæssig skærmb brug hos børn, mener du så, at det skal være rådgivning efter behov eller fastlagt ved en eller flere børneundersøgelser?
- a. Hvis rådgivning ved børneundersøgelser, hvilke børneundersøgelser er i så fald relevante?
19. Mener du, at du har nok viden om emnet til at rådgive børn/forældre om skærmb brug for børn?
20. Kender du til Sundhedsstyrelsens og WHO's anbefalinger vedrørende skærmb brug for børn?

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- a. Dit barn bør ikke bruge skærm op til sovetid, da det kan udsætte sovetidspunktet og betyde, at barnet ikke får tilstrækkeligt med søvn.
- b. Undgå telefon eller tablet i barnets soveværelse i løbet af natten, da skærmmaktivitet om natten kan forstyrre søvnen og forringe søvnkvaliteten.
- c. Skab variation mellem dit barns skærmmaktivitet og øvrige aktiviteter i løbet af hverdagen, herunder fysisk aktivitet.
- d. Interesser dig for dit barns online liv og vær opmærksom på barnets eventuelle bekymringer for at stå uden for fællesskabet eller for at gå glip af noget online.
- e. Lav aftaler om skærmb brug i familien, som gælder både barn og voksen, og hav en løbende dialog om, hvor meget skærmen bruges og til hvilke formål.

- f. Forældre bør være opmærksomme på eget forbrug af skærm i samvær med barnet, da individuelt skærmbrug kan påvirke forældre-barn relationen negativt.

WHO anbefaler konkret, at børn under 2 år ikke har skærmtid, og at børn mellem 2-5 år har mindre end 1 time skærmtid per dag.

21. Har ovenstående oplysning ændret din opfattelse af din rolle som praktiserende læge i rådgivningen af børn og forældre om overforbrug af skærmforbrug?

22. Har du erfaring med rådgivning af patienter indenfor andre sundhedsfremmende emner end overforbrug af skærmtid, f.eks. rygestop, vægttab, alkoholindtag?

- a. Hvis ja, har du erfaring med om denne rådgivning har en positiv effekt?

Bilag 2

Spørgsmål	Læge 1	Læge 2	Læge 3	Læge 4	Læge 5	Læge 6	Læge 7	Læge 8
2	43	48	59	45	37	51	65	65
3	1,5	10	23	10	HU F3	15	32	28
4	4600	4600	4600	3200	3200	4800	4800	4800
5	3 (d8, d9, d13)	3 (d15, d17, p20)	0	3 (d9, d13, d16)	2 (d3, d5)	0	0	0
6	2t	2,5t	1t	1,5t	1,5t	3,5t	1,5t	3t
7	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej/ja	Nej	Nej
8	8: 2 9: 3 13: 5,5	15: 6 17: 6 20: 3		9: 1,5 13: 1,5 16: 1,5	3: 1,5 5: 1,5			
9	Ikke tid Aktiv + social	Tidligere, Typen af spil		Tidligere, indhold Skærm- hygiejne	Tid + indhold, børn ikke klar over reglerne			
10	Nej 13: Måden at være sammen på. Covid 9: For meget, hvis ikke aktiv. 8: hvile- redskab	Ja, alt for meget. Siden 10- 12-års alderen.		Nej	Nej			
11	2-4 års personale	2-4 års personale	2-4 års personale	Kun læger	Kun læger	Kun læger	Kun læger	Kun læger
12	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja ved 5 + indikation 3-4 års
13	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
14	Ja, psyk 14-16år	Vel taget imod, men ikke konkret feedback	Ja, Asperger- pt.	Vel taget imod, men ikke konkret feedback	Nej	Nej	Ja, søvn	Ja, søvn- forstyrrelser Overvægt

	1	2	3	4	5	6	7	8
15	Har vi mon opdaget vores rolle endnu? Bør være fokus på forebyggende indsats	Det, jeg siger, har stor betydning. Vigtig rolle.	Initielt: sekundær profylakse. Cost-benefit, Nyttéværdi bare at sige det? I løbet af interviewet: Primær profylakse som rygning, overvægt mv.	Ikke en rolle i primær profylakse. Det bør være en central indsats. Nationale kampagner. Vil yde sekundær profylakse.	I tvivl. Mere evidens i forhold til skadelige effekter. Mange ting til BU i forvejen.	I tvivl. Manglende viden. På forespørgsel	Ikke primær På forespørgsel	Vil ikke være belærende På forespørgsel
16	Statsligt plan. Nationale kampagner. Skolen, idrætslærer?	Sundhedsplejerske Lærer Pædagog	Sundhedsplejerske (kommer i hjemmet) Politikker i institutioner Nationale kampagner	Central indsats, SST Nationale kampagner Sundhedsplejerske, skole	SST Nat. Kampagner	Lærer, pædagog Større kontakt med børnene	Pædagog Lærer forældre	Skolens Politikker Nationale kampagner
17	I nogle tilfælde Læge kan bidrage til motivationen, men noget skal komme fra dem selv.	Ja. Gentagelser virker. Vi bestyrker hinanden.	Føler sig for dårligt klædt på fagligt til at rådgive.	Nej, med mindre der er et sygdoms-aspekt i det.	Kun som sekundær profylakse	Nej.	Nej. Måske hvis nogen selv opsøger ham for råd.	Nej.
18	Primær + sekundær 5 mdr og frem	Primær + sekundær 3-5 år	Ikke under nuværende forhold. Kræver helhjertet indsats.	Sekundær	Sekundær	Særligt sekundært. Kunne muligvis blive en del af BU ned til 5 mdr	Sekundær. Evt. udlevere pjece.	5-års + sekundært

	1	2	3	4	5	6	7	8
19	Fagligt nok viden. Formentlig bias i forhold til egne holdninger og erfaringer.	Ja. <1t for 3-6 årige Mindre for <3-årige	Nej	Ja. Læst en bog, der hedder "sluk" samt nogle artikler.	Nej. Klare evidens-baserede retningslinjer	Ikke nok faglig viden, men rådgiver ud fra sund fornuft.	Det er jo bare sund fornuft	For-domme styrer tilgang. Rådgiver ud fra sund fornuft.
20	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
21	Nej. Det var i tråd med egen tilgang.	Nej. Enig.	Ja. Over-raskende kortfattet F.eks. pjece til udlevering til BU og helt kort gennemgang Ved 2 BU, f.eks. 1+4 eller 2+5.	Nej. Fortsat ikke deres rolle.	Nej. Fortsat ikke deres rolle. Brug for evidens for, at det er mere effektivt, at det er den praktise-rende læge der rådgiver frem for andre.	Måske. Kunne muligvis bruges i BU	Nej. Det er stadig ikke en opgave for almen praksis	Nej. Anbefa-linger er for ukon-krete. Bare sund fornuft.
22	Ja, når motiva-tionen er der.	Det kan det gøre.	Ja.	Ja.	Ja.	Det er svært. Måske en mindre positiv effekt.	Ja, når pt allerede er moti-veret	Ja.

Anbefalinger for skærmb brug til forældre med børn i alderen 0-15 år

1. Dit barn bør ikke bruge skærm op til sovetid, da det kan udsætte sovetidspunktet og betyde, at barnet ikke får tilstrækkeligt med søvn.
2. Undgå telefon eller tablet i barnets soveværelse i løbet af natten, da skærmaktivitet om natten kan forstyrre søvnen og forringe søvnkvaliteten.
3. Skab variation mellem dit barns skærmaktivitet og øvrige aktiviteter i løbet af hverdagen, herunder fysisk aktivitet.
4. Interesser dig for dit barns online liv og vær opmærksom på barnets eventuelle bekymringer for at stå uden for fællesskabet eller for at gå glip af noget online.
5. Lav aftaler om skærmb brug i familien, som gælder både barn og voksen, og hav en løbende dialog om, hvor meget skærmen bruges og til hvilke formål.
6. Forældre bør være opmærksomme på eget forbrug af skærm i samvær med barnet, da individuelt skærmb brug kan påvirke forældre-barn relationen negativt.

Anbefalingerne bygger primært på en række litteraturstudier, som har undersøgt den internationale tilgængelige viden via publicerede artikler samt nationale og nordiske rapporter om emnerne søvn, fysisk aktivitet, stress samt relationer og fællesskaber, alt sammen set i forhold til brugen af skærm. "Brugen af skærm" refererer i disse anbefalinger til aktiviteter med tablet, computer og mobiltelefon, men at tale i telefon eller lytte til musik betragtes eksempelvis ikke som skærmb brug.

Det er gennemgående for de fire litteraturstudier, at der er overlappende forskningsperspektiver. Kvaliteten af studierne er delt op i *lav*, *moderat* og *høj*, og få anbefalinger tager afsæt i studier af høj kvalitet. Idet de fleste studier er af lav eller moderat kvalitet, skal anbefalingerne primært tolkes ud fra et forsigtighedsprincip. Ydermere bygger nogle af anbefalingerne på allerede dokumenteret viden om børn og unges basale behov for eksempelvis søvn, fysisk aktivitet og tilknytning til forældre. Den videnskabelige litteratur har generelt set ikke kunne påvise hvilken betydning et konkret tidsforbrug har for sundhed og trivsel blandt børn. WHO har i 2019 også udarbejdet skærmanbefalinger, inklusiv konkrete tidsangivelser, men Sundhedsstyrelsen har i samråd med en række eksperter dog ikke fundet det muligt at udlede lignende tidsmæssige anbefalinger for målgruppen i de danske anbefalinger.

Anbefalingernes tager afsæt i et sundhedsmæssigt perspektiv, hvilket betyder en opmærksomhed på, hvordan sundhed og trivsel kan påvirkes ved forskellige typer skærmb brug. Det er dog klart, at eksempelvis udsættelse af søvn kan skyldes mange forskellige ting, ligesom mobning og frygten for at gå glip af noget ikke alene er medierelaterede problemstillinger. Digitale medier kan dog være med til at forstærke nogle mekanismer blandt børn og unge, hvorved problemstillingerne bliver mere allestedsnærværende (Kierkegaard et al., 2020).

Det at skærmene efterhånden har vundet indpas som uundgåelige elementer i vores hverdag, og derved har betydning for vores liv på en måde, der potentielt kan påvirke vores sundhed og trivsel (både positivt og negativt), er udgangspunktet for anbefalingerne. For eksempel kan smartphones anvendes døgnet rundt, og give os adgang til alt fra kommunikation med vores sociale relationer til viden og underholdning. Undersøgelser viser, at brugen af skærm er steget i alle aldersgrupper i Danmark de seneste 10 år, og at brugen er hyppigst blandt de unge (Birkjær & Kaats, 2019; Kulturstyrelsen, 2015). Børn og unge skal have et sundt liv med bl.a. tilstrækkelig søvn og fysisk aktivitet, som er med til at understøtte deres sundhed, ligesom deres mulighed for at indgå i gode fællesskaber, har betydning for

deres mentale trivsel (VIVE 2018, Sundhedsstyrelsen 2018). Forældre skal derfor være bevidste om deres børns brug af skærm, og måden hvorpå skærmen bruges. Ikke fordi skærmen i sig selv behøver at være skadelig, men fordi den kan forskyde andre aktiviteter, der kan have betydning for barnets sundhed og trivsel.

1. Dit barn bør ikke bruge skærm op til sovetid, da det kan udsætte sovetidspunktet og betyde, at barnet ikke får tilstrækkeligt med søvn

2. Undgå telefon eller tablet i barnets soveværelse i løbet af natten, da skærmaktivitet om natten kan forstyrre søvnen og forringe søvnkvaliteten

Søvn har betydning for børn og unges sundhed, trivsel, fysiske og mentale udvikling. Når dit barn sover, bearbejdes alle de indtryk og viden, som er kommet i løbet af dagen. Uanset alder har barnet brug for tilstrækkeligt med søvn for at kunne tage læring til sig – både den læring der er kommet i løbet af dagen, og den som barnet vil møde i børnehaven eller i skolen i morgen. At være udhvilet har stor betydning for barnets hjerne, og betyder at barnet koncentrerer sig bedre og har en bedre reaktionsevne, end hvis dit barn ikke er udhvilet.

Søvn har betydning for barnets vækst, kroppens og hjernens restitution og immunsystemets funktion. At dit barn får en god søvn, handler både om at få nok søvn til at være udhvilet, men også kvaliteten af søvnen har betydning (Rahbek Kornum 2019). Det varierer, hvor meget søvn vi skal have (se tabel).

Når dit barn bruger skærm om aftenen op til sovetid, kan det betyde, at sovetidspunktet udsættes og døgnrytmen forsinkes, ligesom det blå lys fra skærmen også forstyrrer døgnrytmen. Herved reduceres den samlede søvntid, særligt hvis hjernen aktiveres med mange indtryk (som eksempelvis computerspil eller sociale medier). Hvis telefon og/eller tablet ligger i soverummet, risikerer barnet at blive forstyrret i løbet af natten.

Aldersopdelte søvnanbefalinger

0-1år: ca. 15-18 timer / døgn

1-3 år: ca. 12-14 timer / døgn

3-6 år: ca. 10-12 timer / døgn

7-12 år: ca. 9-11 timer / døgn

13-18 år: ca. 8-10 timer / døgn

Kilde: Vejledning om forebyggende sundhedsundersøgelser til børn og unge, SST 2011

Inspiration til gode sovevaner

- Køb et almindeligt vækkeur, i stedet for at bruge telefonen som ur.
- Lav aftaler i familien om hvor telefonerne opbevares i løbet af natten.
- Lav eksempelvis aftaler mellem forældrene i klassen vedrørende børnenes skærmb brug, herunder aftaler om at skærmene slukkes på samme tidspunkt om aftenen.
- Skab regelmæssige og gode rutiner omkring sovetid, og tag tydeligt lederskab på at holde sengetiderne.
- Skab nærværende, rolige og hyggelige ritualer (eksempelvis badning og godnathistorie for de mindste).

3. Skab variation mellem dit barns skærmaktivitet og øvrige aktiviteter i løbet af dagen, herunder fysisk aktivitet

Aktiviteter i løbet af dagen kan være mange ting, men denne anbefaling har primært et afgrænset fokus på bevægelse og fysisk aktivitet. Stillesiddende aktivitet med skærmen er blevet en naturlig del af mange børns leg og hverdag, men det er vigtigt, at børn og unge også er i bevægelse og fysisk aktive i løbet af dagen.

Små børn bruger kroppen til at udforske omgivelserne og til at skabe kontakt til andre. Gennem bevægelse lærer de deres krop at kende, og derfor er det vigtigt, at dit barn har tilpas med udfordrende og varierede muligheder for at bevæge sig i hverdagen, så det lærer mange forskellige bevægelser og udvikler en god motorik. Et barn der har en god motorik har større mulighed for at få en positiv oplevelse af sin krop og det, den kan (Sundhedsstyrelsen 2019).

En stillesiddende pause med skærmen kan være både hyggelig og underholdende, men det er vigtigt for den motoriske udvikling, at barnet har mere tid med bevægelse og fysisk aktivitet i løbet af dagen end med skærmen.

Fysisk aktivitet styrker børns indlæringsevne (Vidensråd for forebyggelse 2016), og børn der er fysisk aktive, trives ofte bedre socialt og har mere selvtillid og en højere stresstærskel (Sundhedsstyrelsen 2018). Fysisk aktivitet bidrager samtidig til at opbygge muskler, knogler, stofskifte, kredsløb og et sundt hjerte, mens børn vokser. Endelig kan et fysisk aktivt børne- og ungdomsliv være med til at forebygge sygdomme senere i livet (Sundhedsstyrelsen 2019).

Inspiration til aktiviteter med fokus på bevægelse

- Lad det lille barn gå så meget som muligt ved siden af klapvognen.
- Lær dit barn at bruge aktiv transport.
- Inspirer dit barn til at deltage i idrætsaktiviteter.
- Vær fysisk aktiv sammen med dit barn.
- Lav fysisk aktive skærmaktiviteter sammen med dit barn.

4. Interesser dig for dit barns online liv og vær opmærksom på barnets eventuelle bekymringer for at stå uden for fællesskabet eller for at gå glip af noget online

Digital mediebrug medier er blevet en vigtig del af børn og unges hverdagsliv, og det stiller nye og store krav til deres relationer og samvær (Birkjær & Kaats, 2019). I takt med, at børn og unge vokser og udvider

deres relationer uden for familiens rammer, bliver skærmen et væsentligt redskab til at etablere nye venskaber og vedligeholde de eksisterende. På den måde er børne- og ungdomslivet anno 2020 'superconnected' (Chayko 2017), og smartphones bliver et redskab til at holde kontakten og koordinere aktiviteter på tværs af sociale sammenhænge (Baron 2010; Boyd 2014). Det er muligt at række ud til nære venner uanset tid og sted, men det bliver også nødvendigt at positionere sig til en betydelig bredere vifte af sociale kontakter i forhold til tidligere (MacIsaac et al 2018). Endvidere peger forskningen på, at popularitet og social positionering er centrale temaer i relation til digital mobning.

Mobning kan foregå på de digitale medier, lige såvel som i alle andre sammenhænge børn og unge befinder sig i, men når mobning foregår samtidigt både i den digitale verden og i andre sammenhænge, opleves det som betydeligt mere stressende for barnet.

Tal fra Skolebørnsundersøgelsen 2018 viser for eksempel, at en fjerdedel af alle piger i 15-årsalderen bruger mindst fire timer på sociale medier eller andre digitale kommunikationstyper alle hverdage (HBSC, 2018). Sociale fællesskaber er vigtige for børns mentale sundhed og trivsel (Sundhedsstyrelsen 2018), og for mange større børn kan både sociale medier og computerspil være en vigtig indgang til et fællesskab, ligesom begge typer skærmaktiviteter også understøtter relationsdannelse og venskaber.

Omvendt er et højt digitalt mediebrug også forbundet med en bekymring for at gå glip af noget, et ønske om at høre til og en tendens til at sammenligne sig selv med andre, i et omfang så det kan gå ud over barnets trivsel. Børn og unge med et højt digitalt mediebrug sammenligner sig i højere grad med andre, og særligt for pigernes vedkommende kan det at sammenligne sig med andre påvirke deres kropstilfredshed negativt (Kierkegaard et al, 2020). En bekymring for at gå glip af noget online, som kan få negative konsekvenser for offline-relationer, kan bl.a. medføre at børn og unge udskyder det tidspunkt, de falder i søvn på og dermed sover mindre. Samtidig kan manglende adgang til telefonen, og en oplevelse af at skulle være tilgængelig hele tiden, medføre at børn og unge føler sig stressede.

Inspiration til hvordan du kan involvere dig i dit barns skærmb brug

- Tal med dit barn om, hvad der foregår på de sociale medier og andre digitale platforme.
- Tal med dit barn, hvis barnet har et meget højt forbrug af sociale medier eller computerspil. Det kan man eksempelvis gøre ved at spørge interesseret ind til barnets ønske om at være aktiv og tilstede i eksempelvis computerspil eller på sociale medier.
- Vær opmærksom på om skærmen primært bruges til afslapning, der ikke kræver andet end barnets opmærksomhed, eller om skærmen også bruges til aktiviteter, der eksempelvis ansporer til kreativ udfoldelse, leg eller læring.
- Vær opmærksom på om skærmaktiviteten består af samvær med andre børn, eller om den ofte forstyrrer barnet i at være social, og derved snarere bidrager til social isolation.

5. Lav aftaler om skærmb brug i familien, som gælder både barn og voksen, og hav en løbende dialog om, hvor meget skærmen bruges og til hvilke formål

6. Forældre bør være opmærksomme på eget forbrug af skærm i samvær med barnet, da individuelt skærmb brug kan påvirke forældre-barn relationen negativt

Skærmen er en integreret del af børn og voksnes familieliv på godt og på ondt (Kierkegaard et al, 2020). Computerspil og andre typer af digital mediebrug danner grundlag for samvær i familien (Coyne 2014), og håndtering af skærm i hverdagslivet er blevet et væsentligt opdragelsestema og en kilde til konflikt (Clark, 2013, Enevold et al 2018). Samvær og nærvær i familien har en betydning for børn og unges tilfredshed

med tilværelsen (Ottosen et al., 2018) og i den forbindelse spiller forældrene en vigtig rolle, fordi de både skal være omsorgsgivere på samme tid med, at de skal sætte nogle klare rammer for børnene – herunder også for deres eget skærmb brug, da hele familiens individuelle skærmb brug kan skabe spændinger mellem børn og forældre (Kierkegaard et al, 2020). Samvær kan også være at interessere sig for, hvad dit barn laver på skærmen, fx ved at være sammen om en fælles skærmm aktivitet eller ved at spørge ind til, hvad der optager barnet på skærmen.

Skærmb brug i familien handler således ikke kun om børnene, men også om, hvordan forældrene bruger skærmen. Børn gør oftest som deres forældre, så derfor bør forældre være opmærksomme på, at de er rollemodeller, når der skal opbygges hensigtsmæssige vaner i familien. Dette gælder både vaner, generelt set (Sundhedsstyrelsen 2017), men også vaner i forhold til skærmb brug i familien.

Det nyfødte barn har brug for tæt kontakt med forældrene for at udvikle sig følelsesmæssigt og socialt, ligesom det større barn har behov for nærvær, når det eksempelvis ønsker at dele en oplevelse fra skolen. Det er naturligvis ikke kun mobiltelefonen, tabletten eller computeren der kan tage opmærksomheden fra os, men de voksende antal funktioner og den øgede tilgængelighed som er forbundet med de digitale medier, gør nærværsperspektivet til genstand for disse anbefalinger.

Nærvær er basis for tillid til andre og grundlaget for at klare sig godt senere hen (Sundhedsstyrelsen, 2019). Hvis forældre ofte har et fokuseret digitalt mediebrug i situationer, hvor de er sammen med det lille barn, kan det potentielt svække kontakten og kommunikationen og betyde, at barnet efterfølgende vil være mindre tilbøjelig til at interagere med forældrene og udforske omgivelserne (Kierkegaard et al., 2020).

Inspiration til rammer for skærmb brug i familien

- Vær opmærksom på, hvordan balancen er imellem individuelt skærmb brug og øvrigt samvær, når I har familietid derhjemme.
- Aftal skærmfri tidspunkter derhjemme, som gælder for alle i familien, eksempelvis ved måltidssituationer.

Litteratur

- <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550536>
- <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Fysisk-aktivitet-b%C3%B8rn-for%C3%A6ldres-betydning/Kampagner-om-fremme-af-fysisk-aktivitet-blandt-b%C3%B8rn-og-unge---et-litteraturstudie.ashx?la=da&hash=4A4EADF7E3CC0F364EB8DAD4E1C5D662C65E4D08>
- https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/4/5204/1452845722/foraeldres-betydning_final.pdf
- <https://www.sst.dk/da/Viden/Fysisk-aktivitet/Anbefalinger-om-fysisk-aktivitet/Boern-under-5-aar>
- <https://www.sst.dk/da/Viden/Fysisk-aktivitet/Anbefalinger-om-fysisk-aktivitet/Boern-mellem-5-og-17-aar>
- <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/fysisk-aktivitet-og-stillesiddende-adfaerd-blandt-11-15-aarige>
- <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/fysisk-aktivitet/anbefalinger//-/media/Udgivelser/2018/Fysisk-aktivitet-haendbog-og-traening/Fysisk-aktivitet---haendbog-om-forebyggelse-og-behandling.ashx>
- <https://www.sst.dk/da/Viden/Mental-sundhed/Fremme-af-mental-sundhed/Hvad-fremmer-mental-sundhed>

- http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensraad_for_forebyggelse_fysisk_aktivitet_laering_trivsel_sundhed_2016.pdf
- <https://www.vive.dk/media/pure/10762/2240313>
- https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/SundeBoern_2019.ashx?la=da&hash=EAB7211516335A1AEA1CF33EBF4E80435C9971C6
- Birkjær, M., & Kaats, M. (2019). #StyrPåSoMe. Er sociale medier faktisk en trussel for unges trivsel? Kulturstyrelsen (2015). Mediernes udvikling i Danmark 2015: Sociale medier. Brug, interesseområder og debatlyst.
- Kierkegaard et al., Digital mediebrugs betydning for sociale relationer, fællesskaber og stress blandt børn og unge, Litteraturstudie 2020, Statens Institut for Folkesundhed, SDU og Københavns Universitet
- Rahbek Kornum, Birgitte, Forstå din søvn, Gyldendal 2019.
- Ottosen, Mai Heide et al., Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel 2018, VIVE

Opdateret 02 NOV 2020

9 råd til at hjælpe dit barn til gode digitale vaner

- 1. Væs interesser og nyghedsfuld**
for dit barns digitale liv, som er en lige så vigtig del af dit barns liv som andre fritidsinteresser og måske en adgangsbillet til fællesskabet. Spørg, hvad han eller hun interesserer sig for på nettet. Besøg de platforme, sociale medier og de spil, der optager dit barn.
- 2. Undersøg, hvad I siger ja til og vær kritisk**
inden du og dit barn opretter en profil. Man betaler ofte med sine dataoplysninger som alder, køn, kontaktoplysninger, likes, opdateringer, kommentarer og deling af links, billeder, film og lyd. Tal med dit barn om at være kritisk over for reklamer, konkurrencer, m.m.
- 3. Vær tilstede og tilgængelig**
for dit barn digitalt. Hjælp med at løse problemer opstået digitalt, som du ville gøre med andre konflikter, og tal med dit barn om, at man skal opføre sig på samme måde over for andre på nettet som i virkeligheden.
- 4. Lav regler for skærmtid**
indfør tidsbegrænsning for online-brug og medier/zoner. Hjælp dit barn med at bruge ferier, weekender og midtårer på at holde digitale pauser. Hvis I har en regel om, at skærme og spil er slukket fx mellem 17-19, er det nemmere for barnet at fortælle vennerne, at I det tidsrum er han eller hun ikke online.
- 5. Skab rutiner**
for at lære dit barn tilmodighed, forbydelse, at samarbejde, at gøre én ting ad gangen, at overholde spilleregler og vente på tur og ikke mindst at klare ledsomhed. Det er vigtigt at italesætte og øve for at sikre sociale kompetencer og at kunne kontrollere behov og opmærksomhed.
- 6. Følg med i skolens arbejde med digital dannelse**
hvis det ikke er i gang, så efterspørg det. Digital dannelse kan fx være et emne, som klassens kontaktofficer inviterer til dialog om, og som skolebestyrelsen kan drøfte.
- 7. Send ikke beskeder**
til dit barn i skoletiden. Hav omtanke for, at det forstyrrer dit barn, hvis du sender en sms midt i undervisningen. Hold igen med beskederne, også selv om dit barn oplever en konflikt – dit barn skal lære at løse konflikter selv.
- 8. Lær dit barn gode onlinevaner**
såsom at tale pænt, blokere ubehagelige personer, ikke dele private oplysninger og at stå privatlivsindstillinger til på de sociale medier. Tal med dit barn om at spørge om lov, inden man filmer og tager billeder af andre og deler dem – og at respektere et nej!
- 9. Vær en god rollemodel**
overhold selv tidsbegrænsninger og vær nærværende. Hvis du selv tjekker sms'er og mails ved middagsbordet, sender vrede beskeder eller er på Facebook, mens I ser TV m.m., så gør dit barn det også.

KLIP UD OG HÆNG OP PÅ KØLESKABET

Find mere viden om børn og gode digitale vaner

Kilder til denne pjeces:

- SLUK – Kunsten at overleve i en digital verden & Offline Bøger af læge Imran Rashid samt www.sunddigital.dk (Imran Rashid)
- Børns Vilkår er i samarbejde med Medierådet for Børn og Unge gået sammen om fire nye rapporter støttet af TrykFonden under overskriften "Digital Dannelse i børnehøjde version 2.0." Del 3 og 4 beskæftiger sig med skolebørn på mellemtrinnet og i udskolingen. Rapport 3 handler om "Skolebørns liv med digitale medier hjemme og i skolen". Find den her: <https://børnsvilkar.dk/digital-dannelse-i-boernehoejde/>
- Skærm – skærm ikke? Rapport om skolers mobilregler: Hvorfor? Hvordan? Hvad virker? Rapporten af ph.d. Anders Lieberoth fra DPU, Aarhus Universitet, analyserer danske skolers mobilregler i 2018, inklusive deres effekter og årsager, som skolerne selv har observeret dem. Find den her: http://edu.au.dk/fileadmin/edu/Udgivelser/E-boeger/Ebog_-_Skærm_-_skærm_ikke.pdf
- Der er så meget forældre ikke forstår... Guide til forældre med 7-12-årige børn, udgivet af Medierådet for Børn & Unge og Red Barnet, 2019 www.medieraadet.dk
- www.skolelederforeningen.dk

Guide til forældre om børn og digitale vaner

HJÆLP DIT BARN TIL ET GODT DIGITALT LIV

9 GODE RÅD TIL FORÆLDRE

Kære forældre!

Digitale medier i skolen er et af de temaer, der ofte debatteres. Medierne udgør også en væsentlig del af skolebørns liv i hjemmet. Børn påvirkes hver dag af digitale platforme og sociale medier. Det er derfor afgørende, at der er gødemksomme voksne omkring børnene både i skolen og i familien, som kan guide og hjælpe dem med at forstå og rammesætte brugen af digitale medier.

Det forholder vi os til som skoleledere, og vi har i samarbejde med speciallæge, ekspert i digital sundhed og forfatter til 'SLUK - kunsten at overleve i en digital verden' & 'Offline' Imran Rashid lavet denne pjeces samt en video til dig som forælder om, hvordan vi kan sætte gode fælles rammer om skolebørns digitale hverdag.

Vigtigt samarbejde mellem skole og forældre

Danmark er et af verdens mest digitaliserede samfund. Skolerne skal bruge de nye muligheder, internettet giver for at agere viden fra hele verden. Skolebørn i dag skal også lære at forstå og bruge de digitale teknologier til alt lige fra kodning af programmer til kommunikation.

Det kan børn ikke af sig selv. De har brug for interesserede og opmærksomme voksne, der guider dem i hvordan man kan udvise ansvarlighed på nettet, lære at kontrollere fx mobilen – ja, nogle gange kan det være nødvendigt at bede eleverne om at slukke skærmene og lægge mobilene væk.

Netop fordi mobiltelefoner, tablets, computere, spillemaskiner og sociale medier udgør så stor en del af børns hverdag, er det vigtigt, at skole og forældre er i dialog om digitale vaner med børnene – samt at de voksne i skolen og hjemmet har en fælles forståelse af hvilke rammer for brugen af digitale medier, der skaber de mest hensigtsmæssige vaner.

I en folkeskole med børn og forældre fra familier med forskellige vaner og normer, er den gode erfaring, at rammer og regler om brug af digitale platforme, mobiltelefoner og sociale medier, debatteres og belyses fra mange forskellige vinkler – ellers kan det efterlade forvirring, usikkerhed og tvivl.

"Vores mål som skole er at lave en god skoledag og undervisning for eleverne. Derfor er det vigtigt, at I som forældre hjemme, men også i samarbejde med skolen om klassefællesskabet laver gode rammer og aftaler om elevernes brug af mobil og andre devices."

– Claus Hjortdal, formand, Skolelærforeningen

"Teknologi er fantastisk, hvis det bliver brugt i den rigtige kontekst og til det rigtige formål. Udfordringen er, at vores lyststyrede hjerne ikke kan stoppe med at spille candy crush eller se den næste video på Youtube og Tictoc. Og det er særligt problematisk for børn, hvor det går meget hurtigere at udvikle en impulsiv adfærd."

– Imran Rashid, læge og forfatter

De rette digitale vaner kan afgøre dit barns fremtid

Danske børn fødes ind i en digital verden, hvor de ofte kan begynde en tablet med pegefingeren, før de kan tale, og svigter og klikker lystigt derudad, længe før de kan læse og skrive. Digitale medier får derved en enorm indflydelse på danske skolebørns liv, både i skolen, i fritidslivet og i familien. Men hvordan påvirker denne indflydelse egentlig børnene?

Ifølge læge og ekspert i digital sundhed Imran Rashid afhænger svaret helt og holdent af, hvad den digitale indflydelse består af – samt hvilke rammer, der sættes for børnenes brug af de digitale medier. For på samme måde som, at "man bliver, hvad man spiser", så medfører forskellige typer af digitalt medieforbrug også forskellige påvirkninger af børns hjerner.

Den måde, mange tech-firmer i dag får flere kunder, er ved at anvende 'af-hængighedsdesign'. Mekanismer, der indbygges i spil, sociale medier og andre platforme, hvor man på baggrund af adfærdsmønstre trigger små belønninger i hjernen på børn (og voksne), så brugeren får lyst til at gentage adfærden. Sker det ofte nok, begynder barnet at vænne sig til belønningen og trangen til at udføre handlingen, der udløser den.

Sunde digitale vaner styrker læring og relationer

Et barn, der ikke lærer at kontrollere sine lystbetonede behov, vil tit have svært ved at koncentrere sig i skolen samt være til stede i undervisningen. Samtidig kan individuel digital underholdning få betydning for det sociale samvær i firkvartererne, fællesskabet med kammeraterne i fritiden eller nærværet i familien.

De digitale vaner, som grundlægges i hjemmet, har med andre ord en enorm indflydelse på børns muligheder for at klare sig godt i livet. Fra undersøgelser ved vi dog, at kun ca. halvdelen af forældrene til skolebørn har regler for deres børns brug af digitale medier derhjemme.

Derfor bør man som forælder være mindst lige så opmærksom på det digitale indhold, børn mødes med – som den mad, de putter i munden. Specielt bør digitale medier ikke stå i vejen for udviklingen af gode søvn-, mad- og hvilevaner, socialt samvær, eller at de får et naturligt forhold til leg og bevægelse.

Folkeskolens arbejde med digitale færdigheder og dannelse

Folkeskolen spiller en afgørende rolle i digital dannelse. Skolen skal lære særlig for, at eleverne opnår digitale færdigheder og lærer at agere kritisk og etisk i en verden, hvor netop disse kompetencer bliver afgørende i fremtiden.

Udfordringen er, at digitale redskaber kan stjæle opmærksomhed i klasseværelset. Mange skoler har derfor mobilregler, og flere skoler har endda forbud mod mobiltelefoner for at undgå digitale forstyrrelser i undervisningen, eller at skærmene tager opmærksomheden i frikvartererne.

Nogle skoler opbevarer elevernes telefoner hele dagen, andre har dem i et 'mobilhotel', når der er undervisning og opnår dermed sociale gevinster. Bedre udeliv og flere muligheder for at lege og være aktive sammen synes at hænge sammen med forbedringer i samvær og socialt miljø. Det viser forskningsrapporten 'Skærm – Skærm ikke?' om 600 skolars skærmregler.

Eksperters advarer også mod at gå for restriktivt til værks, fordi totale forbud mod brugen af mobiltelefoner i skolen kan medføre problemer fagligt og socialt, hvis eleverne ikke lærer at beherske sig i forhold til mobilen, og hvis den og de sociale medier kun defineres som et fritidsmedium og ikke et læringsredskab.

Kunsten er at finde den rette balance mellem praktisk og pædagogisk. Det er vigtigt, at digitale spilleregler i skolen og i fritiden aftales i en inddragende proces i skolebestyrelsen, til forældremøder, på lærerværelset, i elevrådet og med eleverne i klasserne.

Det kan være fristende at lave samme regler for hele skolen, men 6-årige og 16-årige har forskellige pædagogiske og sociale behov og relationer til teknologi. Desuden har forskellige mobilpolitikker forskellige effekter. En model kan skabe mere ro, mens en anden bedst hjælper med at opbygge sociale kompetencer.

