

Amming og vektkontroll krever betydelig innsats og omtanke.
Gode normalmaterialer er viktig for å kunne gi de riktige rådene

Amming, vekt og vekstkurver

For å kunne vurdere et barns vekstutvikling er det viktig å ha adekvate vekstkurver for å avklare om barnet er undervektig eller overvektig. I en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet presenterer Anne B. Bærug og medarbeidere de nye vekstkurvene fra Verdens helseorganisasjon (1). Kurvene bygger på en internasjonal vekststudie hos barn i alderen 0–5 år i USA, Brasil, Oman, Ghana, India og Norge (2). Det vil kanskje overraske mange at lengdeveksten så å si var lik hos barn fra disse så ulike landene. Gitt like oppvekstvilkår vokser altså barn med ulik etnisk bakgrunn svært likt i denne alderen. Dette er et viktig poeng også for norske forhold. Det bor nå om lag 230 000 personer med ikke-vestlig bakgrunn i Norge, inkludert 4 000 som ble født i 2006, dvs. om lag 7% av alle som ble født her i landet det året (3). Referansematerialer vil ofte ha ukjent gyldighet for slike innvandringsgrupper, men den nevnte vekststudien viser altså at vekststandarder er relevant også for disse.

De viktige inklusjonskriteriene til studien var at barna ble ammet i tråd med anbefalingen, hadde ikke-røykende mødre og gode levekår (2). Man oppnår da en vekststandard for ammede barn av ikke-røykende mødre, dvs. veksten hos barn når anbefalingene er oppfylt – til forskjell fra en vekstreferanse basert på veksten hos friske barn i et representativt utvalg av befolkningen. Brysternære barn har en lavere vektøkning fra 2–3 måneders alder og ut første leveår enn barn som får morsmelkerstatning. Det er dessuten holddepunkter for at amming reduserer risikoen for senere overvekt. Et referansemateriale som også omfatter ikke-ammede barn kan gi en for høy grense for hva som betraktes som overvekt, slik at dette i mindre grad fanges opp. Dessuten kan veksten til ammede barn feilaktig bli vurdert som for lav.

Med unntak av vitamin D inneholder morsmelk alt barnet trenger ernæringsmessig for normal utvikling de første seks måneder. Amming virker også inn på immunforsvaret, bl.a. er det i melken maternelle antistoffer som beskytter barnet mot infeksjoner. I utviklingsland er derfor tiltak for å fremme amming svært viktig for å redusere barnedødeligheten. Dessuten kan amming påvirke utvikling og modning av barnets eget immunapparat og ha andre positive langtidseffekter for helsen, slik det fremgår av en annen artikkel, skrevet av Beate Fossum Løland og medarbeidere (4). Amming kan også ha betydning for mors helse – blant annet er det sterke holddepunkter for at amming gir redusert risiko for premenopausal brystkreft. Disse forhold understøtter betydningen av å fremme amming både i Norge og andre land.

I de siste tiår har nordmenn, inkludert kvinner i fertil alder, blitt tyngre, og forekomsten av svangerskapsdiabetes har økt. Overvekt hos mor, ved siden av svangerskapsdiabetes og glukoseintoleranse, øker sannsynligheten for høy fødselsvekt. Data fra Medisinsk fødselsregister viser at andelen barn med høy fødselsvekt har økt. Overvekt under svangerskapet gir økt risiko for komplikasjoner både før, under og etter fødselen. I tillegg er det holddepunkter for at overvekt og metabolske forstyrrelser hos mor gir økt risiko for fedme og diabetes hos barna når de vokser til. Dette kan igjen videreføres til neste generasjon, slik det fremgår av artikkelen til Tore Henriksen (5). Det er altså ikke bare tale om et livsløpsperspektiv der tidlig ernæring kan ha effekt på helsen som voksen, men også om en mulig effekt over flere generasjoner. Fremtidig forskning vil avklare hvor viktig dette er. Uansett er det vesentlig at man i miljøet

barnet vokser opp i, legger til rette for et sunt kosthold. I regjeringens handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen er god ernæring helt fra fødselen av og sunne måltider i barnehage og skole prioriterte satsingsområder (6). Dette vil ha særlig betydning for dem som i utgangspunktet har økt risiko for overvekt og diabetes.

Målsettingen er klar: Flest mulig normalvektige gravide og flest mulig ammede spedbarn. Men både vektkontroll og amming kan være lettere sagt enn gjort og krever tett oppfølging og støtte. Budskapet må formidles på en klar og god måte – uten at man skaper følelser av nederlag og skyld. Selv om det fra et folkehelseperspektiv er betydelige gevinster ved amming, er ikke dette ensbetydende med at det for den enkelte vil være en stor helserisiko om dette ikke lar seg gjennomføre. Det kan være mange grunner til at kvinner ikke ammer og til at de slutter å amme tidlig. Dersom barnet ikke ammes, er det viktig at foreldrene får god veiledning i bruk av morsmelkerstatning. Men siden morsmelkerstatning aldri fullt ut kan erstatte melk fra barnets egen mor, er det viktig med fortsatt høy innsats for å fremme og støtte opp om amming. At en mor avslutter ammingen, må i hvert fall ikke skyldes manglende hjelp og støtte. Tiltaket med mor-barn-vennlige sykehus utvides nå til også å omfatte helsestasjoner. Innvandrerbarn ammes i mindre grad enn barn med norsk etnisk bakgrunn. Måltidet innsats overfor denne gruppen er særlig viktig.

Overvekt hos gravide må ses i et større perspektiv. Forekomsten av fedme har økt både blant kvinner og menn og i alle alderskategorier (7), og tiltak for å snu denne utviklingen omfatter langt mer enn det å oppmuntre den enkelte til et bedre kosthold. Strukturelle tiltak og gode rammebetingelser for sunt kosthold og fysisk aktivitet er viktig (6). Man må tenke bredt – inkludert tiltak innen byplanlegging, prispolitikk, matvaremerking, produktutvikling, produktplasing i butikken osv. Gravide er ofte godt motivert til å gjøre gunstige endringer i kostholdet, og anledningen bør benyttes av helsemyndigheter, leger og annet helsepersonell til å gi god veiledning og oppfølging.

Haakon E. Meyer

h.e.meyer@medisin.uio.no

Haakon E. Meyer (f. 1959) er professor i epidemiologi ved Universitetet i Oslo, overlege ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og leder i Nasjonalt råd for ernæring.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Bærug AB, Tuft E, Norum KR et al. Verdens helseorganisasjons nye vekststandard for barn under fem år. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2390–4.
2. de Onis M, Garza C, Victora CG et al. The WHO Multicentre Growth Reference Study: planning, study design, and methodology. Food Nutr Bull 2004; 25 (suppl 1): S15–26.
3. Statistisk sentralbyrå. Innvandring og innvandrere. www.ssb.no/innvandring (29.8.2007).
4. Løland BF, Bærug AB, Nylander G. Morsmelk, immunrespons og helseeffekter. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2395–8.
5. Henriksen T. Ernæring, vekt og svangerskap. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2399–401.
6. Oppskrift for et sunnere kosthold. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011). Oslo: Departementene. www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/prm/2007/0006/ddd/pdfv/304657-kosthold.pdf [29.8.2007].
7. Meyer HE, Tverdal A. Development of body weight in the Norwegian population. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2005; 73: 3–7.