

Barnläkaren

NR.5/2012



Tema | Barn och mat

Laktosintolerans eller komjölkproteinallergi?

Färnbrist - ett problem bland svenska barn

Mark Levengood: "Det finns ett vägval för landets barnmorskor"



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY

Diarré hos spädbarn och betydelsen av en sund tarmflora



Bifidobakterier har stor betydelse

Det är via bröstmjölken som spädbarn får ett viktigt bidrag till att bygga upp ett starkt immunförsvar. Omkring 70% av kroppens immunförsvar finns nämligen etablerat i mag-tarmkanalen. Spädbarn som får bröstmjolk utvecklar en tarmflora som domineras av bifidobakterier, vilket är en betydande faktor till varför dessa barn har mindre besvär med maginfektioner. I de fall när amning inte är möjligt eller det finns behov att komplettera med modersmjölksersättning, finns det numera ett gott alternativ. NAN Pro innehåller den aktiva bakteriekulturen *Bifidobacterium Lactis* som ökar koloniseringen av bifidobakterier i tarmen.

50% färre dagar med diarré hos småbarn¹

NAN Pro är inte enbart kliniskt dokumenterad för att ge tillväxt motsvarande den hos ammade barn, utan bidrar också till att aktivt stärka barnets tarmflora och immunförsvar. En prospektiv randomiserad studie som följt spädbarn under 4 månader visar att tillskott av *Bifidobacterium Lactis* i modersmjölksersättning betyder hälften så många dagar med diarré.¹ De barn som fått tillskott av bifidobakterier hade dessutom signifikant färre episoder av diarré under studieperioden.¹



För mer information, kontakta produktspecialist Åsa Paulander på tel. 070-340 92 86
alt. asa.paulander@se.nestle.com

Viktig information: Bröstmjolk är den bästa näringen för barnet under de första månaderna i livet. Om möjligt bör därför bröstmjolk alltid vara första alternativet. Produkten bör användas endast på tillrädan av opartiska personer som har medicinsk, näringsfysiologisk eller farmaceutisk utbildning, eller andra som arbetar med barn- och mödravård.



¹) Ziegler EE, et al. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2003;37:388.

För 700 spädbarn går solen ned alldeles för tidigt.

Varje år dör 700 barn på tröskeln till livet. Och det bara i Sverige.
Köp Spädbarnsfondens Solvända-pin.
Då hjälper du forskningen om spädbarnsdöd.
Läs mer och beställ på www.solvanda.nu
Plusgiro: 90 02 12 - 2.

Tack för att du bryr dig.



SPÄDBARNSFONDENS
solvända

Innehåll

Barnläkaren

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

Ansvarig utgivare

Olle Söder
olle.soder@ki.se

Chefredaktör/Annonskontakt

Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Redaktionssekreterare

Viveca Karlsson
Viveca.Karlsson@ki.se
Tel: 08-517 747 43

Vetenskapsredaktör

Catarina Almqvist Malmros
catarina.almqvist@ki.se

Kulturredaktör

Carl Lindgren
carl.lindgren@actapaediatrica.se

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 Blackwell Publishing Ltd

9600 Garsington Road
Oxford OX4 2DQ, UK
Tel: +44 1865 776868
Fax: +44 1865 714591
mvi@wiley.com

Blackwell Publishing Ltd was acquired by John Wiley & Sons in February 2007. Blackwell's programme has been merged with Wiley's global Scientific, Technical, and Medical business to form Wiley-Blackwell.

Tryck

Quantium Solutions, Singapore

Redaktionsråd

Catarina Almqvist Malmros
Margareta Blennow
Hugo Lagercrantz
Carl Lindgren
Nina Nelson
Göran Wennergren

Omslagsbild

Ina Agency
Fernand Léger *Kvinna och barn* (1921)

LEDARE

2

REDAKTÖRENS RUTA

3

BARNMEDICIN

Ny app med barnläkarråd

4

Astrid Lindgrens barnsjukhus: Barnets upplevelse i fokus i nytt koncept

4

TEMA: BARN OCH MAT

Mat för spädbarn 0-1 år *Åsa Brugård Konde, Agneta Hörnell*

6

Maten efter 1 år *Christel Larsson, Åsa Brugård Konde, Petra Rydén*

8

Hur påverkar barnets mat den vuxnes hälsa?

Olle Hernell, Magnus Domellöf

11

Järnbrist – ett problem bland svenska barn *Staffan Berglund*

13

D-vitaminbrist hos barn – vanligare än vi trott

Inger Öhlund, Pia Karlsland

15

Laktosintolerans eller komjölsproteinallergi – eller inget alls?

Lena Grahnquist

17

Pre- och probiotika. Mer tro än vetande? *Christina West*

18

KRÖNIKA

Det finns ett vägval för landets barnmorskor *Mark Levengood*

20

INTERVJUN

Ragnar Jonsell – barnläkaren bakom Rikshandboken *Anna Käll*

21

VETENSKAP

Avhandlingen *Anna Asarnej*

23

SVAR DIREKT

Vilka är dina rekommendationer för hur ofta man ska amma?

25

KULTUR

Kurt Carendi – barnmålaren *Olle Söder*

26

Bokrecension: Från busfrö till brottsling? *Elisabeth Fernell*

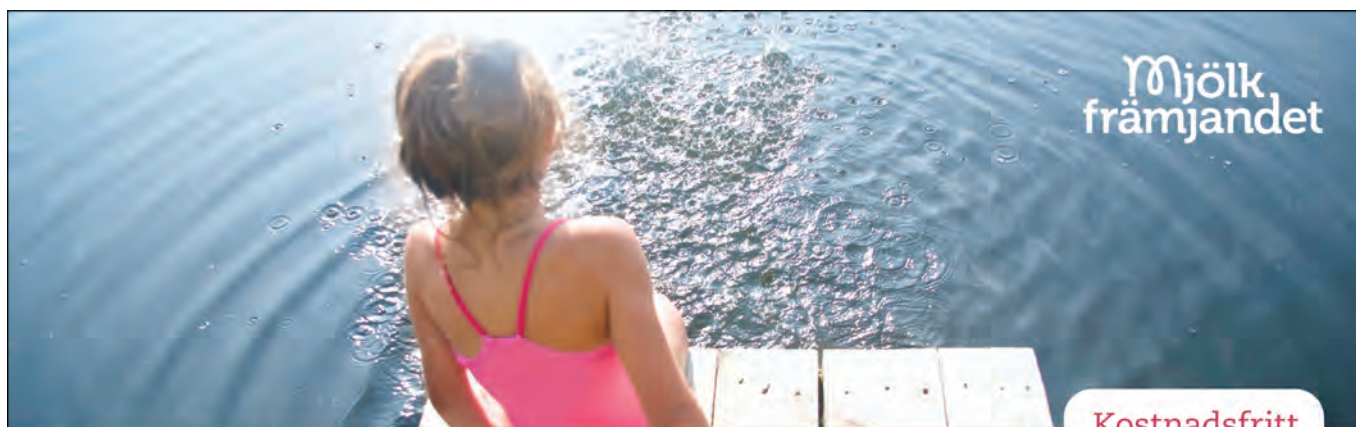
27

Mat – en del av kulturen *Carl Lindgren*

28

KALENDARIUM

30



Seminarium om barn- och ungdomshälsa:

Magkänsla och modedieter

– en dag om magen, maten och mjölken

Ofta pekas mjölk och laktos ut som boven till magont. Men finns det andra orsaker? Förenklar vi tillvaron när vi släpper helhetssynen och väljer att följa olika dieter och då utesluter vissa livsmedel?

Vi kommer att diskutera laktosintolerans som en trenddiagnos och titta närmare på de bakomliggande faktorerna till varför vi väljer att följa en modediet eller trenddiagnos. Vi ger också bättre kunskap och

argument i samtalet med redan övertygade föräldrar.

Du som jobbar med barn, ungdomar och hälsa är välkommen på seminariet. Vi ses i Stockholm den **15 november** för en dag med inspirerande föreläsningar. Klas Lindberg, Årets kock 2012, bjuder på lunch.

Anmäl dig senast den 25 oktober. Ett detaljerat program och anmälan hittar du på:

www.svenskmjolk.se/seminarium

**Kostnadsfritt
seminarium
15/11 2012!**



kompass – Komjölksproteinallergi i praktiken Till barnläkare som träffar barn med komjölksproteinallergi

kompass är utvecklad av Nutricia i samarbete med kurshandledarna:
Robert Saalman, Docent, Överläkare för sektionen Pediatrik Gastroenterologi, Hepatologi och nutrition, Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus, Göteborg.
Anna Winberg, Barnläkare och Allergolog, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå.

Nutricia bjuder in till en interaktiv utbildning om komjölksproteinallergi – **kompass**.

Utbildningen har ett nytt format, med fokus på gruppdiskussioner kring verklighetsbaserade patientfall.

För mer information och anmälningsblankett, se www.nutricia.se eller kontakta Gulli Fanspets, tel. 08-505 715 20, e-post: gulli.fanspets@nutricia.com

Välkommen att ta del av den nyaste kunskapen om komjölksproteinallergi!

kompass-kursen ges vid följande tillfällen:

Plats	Kursdag
Göteborg	27 september 2012
Stockholm	28 september 2012
Lund	7 november 2012

Kursen är en **kostnadsfri heldagsutbildning**.

Kommentarer från deltagare vid tidigare utbildningstillfällen:

- "Väldigt bra kurs! Klart nyttigt för kliniska vardagen"
- "Jättebra upplägg med patientfall och grupparbete"
- "Bra blandning gastro-allergi"
- "Mycket bra material att ta med hem"

Impact Communication, 2012



IPULS-nr: 20120179
Utbildningen har granskats och godkänts av IPULS.
Fullständig utbildningsbeskrivning finns på www.ipuls.se

Kursen arrangeras i enlighet med samarbetsavtalet mellan Swedish Medtech och Sveriges Kommuner och landsting.

NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition

Nutricia AB, Tel: 08-24 15 30
www.nutricia.se

LEDARE

Från hängmattan.....

Bästa läsare

Det här skrivs mitt i juli, från "hängmattan" på östraste Gotland. Platsen är underbar och många attraheras av lugnet och ljuset. Barnläkartätheten är hög. Tio kolleger fritidsbor här inom en radie av 5 km. Det brukar bli en del sjukvårdsinsatser. Som när grannens ettåring satte en matbit i halsen. Det blev akut hembesök och sen färd till Visby lasarett för lungröntgen. Det slutade dock lyckligt och alla blev nöjda. Man är ju alltid läkare, särskilt barnläkare, även på semestern.

På sommaren kan det vara nyhetstorka och gamla kunskaper, inte minst medicinska, kan plötsligt dyka upp som stora nyheter i media. Som ordförande i BLF blir man ofta kontaktad av journalister som akut vill ha svar på någon aktuell barnfråga, allt från amning till uppfostringsmetoder. Detta ingår i uppdraget och det är viktigt att svara snabbt och korrekt då vår målgrupp är stor och vetgirig. Häromdagen blev jag uppringd av Dagens Eko. Det gällde diskussionen om att det förskrivs alltmer sömnmiddel till barn, vilket i och för sig är en nyhet. Frågorna fokuserade mest på melatonin, som nu är ett registrerat läkemedel för vuxna, trots stor användning hos barn. Journalisten var dock mest intresserad av att de flesta läkemedel som vi ger till barn aldrig prövats på barn i regelrätta läkemedelsprövningar, vilket kan medföra risker. Samtidigt ifrågasatte han att barn ska vara "försökskaniner" för läkemedelsutveckling. Detta är ett vanligt synsätt. De flesta tycker nog att det är viktigt att läkemedel för barn ska vara testade på barn. Men samma personer kan propagera för att barn inte vara "försökskaniner" vid utprövning av läkemedel. Detta går förstås inte ihop. Denna rädsla, som bör tas på allvar, är ett hinder för utveckling av bättre läkemedel för barn. Vi bör därför alla vara ambassadörer i denna fråga och berätta varför det är viktigt med läkemedelsprövningar på barn. Inom vissa områden är detta regel och inte undantag, till exempel inom barnonkologin, vilket lett till stora behandlingsframsteg. Denna diskussion är dock inte ny. Olika stödåtgärder har satts in för att öka antalet läkemedelsprövningar på barn. Läkemedelsbolag har lockats med förlängning av patenttiden om de genomför prövningar för att registrera sina vuxenläkemedel för användning hos barn. Obundna prövare (läs barnläkare) har kunnat söka särskilda forskningsanslag på nationell nivå och i EU-satsningar för läkemedelsstudier på barn. Det har dock inte varit så lätt att locka läkemedelsbolagen. Pediatriska indikationer kan vara smala och små i volym

och man vill inte riskera att problem ska dyka upp som "smittar" till den mycket större vuxenindikationen. Allvarigare tycker jag dock är att det är svårt att locka barnläkare till att driva eller medverka i läkemedelsprövningar. Orsaken till detta är mångfaldig: Brist på tid, tung byråkrati i olika led, dåligt meritvärde och sjukvårdshuvudmäns ointresse är några faktorer och tyvärr också, som jag sett det, även brist på engagemang bland oss barnläkare. Jag kommer att återkomma i dessa frågor framöver.

Som jag skrev i min förra (första) ledare har jag nyss fyllt 60. Vännerna tyckte att detta måste firas ordentligt och ville köpa något rejält. De hittade en traktor av samma årsmodell som jubileans (1952) som inköptes (osedd) på ön via annons på Blocket. Keps medföljde. Avhämtning och hemfärd till den egna ladan skulle ske vid tillfälle. Tillfället var i veckan, efter att trafikförsäkring tecknats via det enda försäkringsbolag som tillhandahåller dylika för gamla traktorer. Det gick inte så bra. Gåvan hade många sjukdomsdiagnoser varav de flesta var geriatriska. Allmäntillståndet var nog sämre än jubileans. Några diagnoser föreföll botbara, men vissa transplantationsingrepp skulle nog behövas. En färd 3 mil på allmän väg kändes dock inte så lockande i stunden. Säljaren förstod, även om klenoden beskrevs som "urstark" och "en evighetsmaskin". Det framkom också, lite trevande, att den såldes motvilligt för att klara ekonomin efter en nylig separation. Detta var tungt att höra och stärkte känslan att det nog var bäst att presenten fick vara kvar i empatisk specialistvård. Vännerna förstår säkert.

Hitills, i skrivande stund, har sommaren varit blöt och blåsig. Hoppas det blir bättre nu, med någon vecka kvar på semestern. Facit har ni när ni läser detta. Hängmattan är då nedtagen och hösten har börjat.

Med bästa hälsningar,



Olle Söder, Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen

Redaktörens ruta



Ett hett omdiskuterat ämne inom svensk barnhälsovård och bland föräldrar, är tveklöst det som rör amning. När Bengt Björkstén hävdade att amning inte minskar risken för allergier i Barnläkaren för några år sedan kommenterades debattinlägget strax efter på ledarsidan i Dagens Nyheter. Att amning skulle

vara av avgörande betydelse för barns hälsa var desinformering, menade man. Det påstods också att detta blivit ett redskap för sjukvården att göra amning eftersträvansvärt och underströks resolut med en illustration föreställande en flaskmatad baby. Björksténs åsikter kritiserades av medlemmar i BLF och debatten var i gång.

Ett år senare skrev läkaren Jessica Nihlén Fahlquist ett uppmärksammat inlägg i Läkartidningen om att WHO:s riktlinjer för amning bara bör rikta sig till utvecklingsländer och i övrigt ge föräldrar större utrymme för valfrihet bortom bedömning från Socialstyrelse och vårdgivare.

Intressant är hur amningsdebattens bäckar små inte sällan mynnar ut i slutsatser med empatiska undertoner som främjar det fria valet. Kan det vara tecken på att det någonstans finns generell förståelse för fördelarna i att skydda mödrar från risken att drabbas av prestationsångest och

brist på självtillit? Självförtroende är trots allt a och o för att klara av en krävande uppgift. Hur man sedan väljer att agera i sin roll som vårdgivare och på vilket sätt man förmedlar nutritionsråd till nyblivna mammor, är förstås i slutänden ett personligt ställningstagande.

Hur ser råden kring mat för späd- och småbarn ut idag? Livsmedelsverket har nyligen granskat underlagen för de råd som anammats i vården. Framåt senhösten kan vi få se en uppdaterad kunskapsöversikt över amning och tillvänning publicerad i Läkartidningen. En expertgrupp för pediatrik nutrition på Livsmedelsverket och BLF står bakom denna rapport.

Det outtömliga ämnet "barn och mat" dyker även upp på kultursidorna. Hur ser man på barns förhållande till mat i Frankrike jämfört med Sverige t ex? Vi får även läsa om konstnären Kurt Carendi. Utbildad i teckning hos Otte Sköld, målade han stilleben och figurkompositioner. Mest känd är han dock för sina skildringar av barn, en stämningsfull värld i pastell och mjuka linjer.

Ha en trevlig höst

Margareta Munkert Karnros

Gästredaktör i detta nummer *Olle Hernell*



Olle Hernell har sedan 1986 varit professor (numera seniorprofessor) i pediatrik vid Umeå Universitet och överläkare i barn- och ungdomsmedicin vid Norrlands universitetssjukhus med gastroenterologi och nutrition som huvudsakligt intresseområde. I mitten av 1980-talet gästforskade han under ett år vid division of Gastroenterology, Harvard Medical School, Boston och har senare under tre perioder varit gästprofessor vid Department of Nutrition, University of California i Davis, USA.

Olle Hernell har medverkat i många kommittéer och arbetsgrupper, både nationellt och internationellt, med barn och mat som tema. Han är ordförande i BLFs och Livsmedelsverkets gemensamma expertgrupp för nutrition (PENUT) och har just avgått som ordförande för Kungl Vetenskapsakademiens Nationalkommitté för Nutrition och Livsmedelsvetenskap. Sedan tre år tillbaka är han Fellow of the American Society for Nutrition.

BARNMEDICIN

Ny app med Barnläkarråd

I juni lanseras Sveriges första app med råd och hjälp för föräldrar om sjuka barn *Barnläkarråd*. Appen är den första i sitt slag inom vården och kan spara pengar och tid för både familjerna och för samhället. Appen är tänkt att fungera som ett stöd för föräldrar och andra som har hand om barn, när barnet blivit sjukt eller skadat sig.



Smartphones används mer och mer och vårdappar är ytterligare ett sätt att nå ut med information. Förhoppningsvis är detta ett första steg i raden av vård- och rådgivningsappar utformade av experter inom vården. I appen finns vägledning om vad barnets symtom kan bero på, vad man bör göra och vad man ska vara uppmärksam på vid sjukdomstecken, hur bråttom det är med att söka hjälp och var i vården man bör söka hjälpen. Det

finns också direktlänkar till 1177, 112 och Giftinformationscentralen. Appar i vården finns utomlands, men har i Sverige hittills mest efterfrågats på debattsidor eller i media (*GP 17 april 2012; Sjukhusläkaren nr 1/2012; IT i vården 18 april 2012 mfl*).

Syftet med *Barnläkarråd* är att hjälpa allmänheten att sälla bland all den information som finns på nätet, bloggar, i böcker mm och att samla den viktigaste och säkraste informationen vid de olika symtomen, på ett och samma ställe. Bakgrundsfakta är sammanställd från bl a Barnläkarföreningen och dess intresseföreningars olika terapirekommendationer, vetenskapliga artiklar, Läkartidningen, 1177.se, Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet samt olika läroböcker och terapikompendier i pediatrik.

Astrid Lindgrens barnsjukhus: Barnets upplevelse i fokus i nytt koncept

Astrid Lindgrens barnsjukhus, Stockholm, invigde den 20 juni ett helt nytt koncept för att skapa en lugn miljö för barnen som besöker barnradiologiska kliniken. Att genomgå en röntgenundersökning, i synnerhet med MR kamera, kan vara en skrämmande upplevelse för barn. Med "Ambient Experience" skapas helt nya förutsättningar för både patient och vårdgivare.



Det nya konceptet "Ambient Experience" som nyligen invigdes på barnradiologiska kliniken vid

Astrid Lindgrens barnsjukhus, är en installation utöver det vanliga. Hela konceptet är utformat kring innovativ design och teknologi inom ljud, ljus och animationer som skapar en harmonisk miljö med barnets upplevelse i fokus.

Att genomgå en röntgenundersökning kan vara en skrämmande upplevelse för barn. Särskilt magnetkameran kan kännas stressande, vilket kan leda till att undersökningen blir besvärlig att genomföra. "Ambient Experience" innehåller flera olika komponenter som kan underlätta undersökningen, till exempel färgnyanser, ljud, lugnande ljus och animationer av figurer som visar vad som skall ske på ett pedagogiskt sätt.

– Vi har funnit att detta koncept bidrar till att avdramatisera själva undersökningen och när patienten är lugn så

BARNMEDICIN

minskar också patientens rörelse. Det i sin tur kan bidra till kortare undersökningstider och ökar genomströmningen av patienter.

Hela lösningen bidrar till att förbättra det kliniska arbetsflödet och ger en inspirerande arbetsmiljö, säger Katarina Johansson, röntgensköterska MR-sektionen, Astrid Lindgrens Barnradiologiska klinik.

Fakta:

Astrid Lindgrens Barnradiologiska klinik

Barnradiologiska kliniken är en av de största specialavdelningarna för röntgenundersökningar av barn och ungdomar i Sverige. Cirka 50 000 undersökningar utförs varje år. Förutom sedvanliga röntgenundersökningar av andningsorgan, skelett, urinvägar, mag- och tarmkanal etcetera, används ultraljud, datortomografi och magnetisk resonanstomografi (MR). Barnradiologiska kliniken samarbetar med Neuroröntgen (MR och vissa specialundersökningar), Thoraxröntgen (angiocardiografi) samt avdelningen för Nuclearmedicin (nuclearmedicinska undersökningar).

Pressmeddelande

Alla teman för 2013

Annonsera i Barnläkaren

Kontakt: info@barnlakaren.se

Teman för 2013

1. Kardiologi
2. Ovanliga diagnoser
3. Pediatrikens historia
4. Internationell barnsjukvård
5. Utsatta barn
6. Barnpsykiatri

www.barnlakaren.se



TEMA: BARN OCH MAT

Foto: InaAgency

Mat för spädbarn 0-1 år

Livsmedelsverket har nyligen gjort en noggrann genomgång av underlagen för råd om mat för spädbarn och småbarn. Den vetenskapliga genomgången visar att de flesta råden står sig. På vissa punkter har det dock funnits anledning att ändra råden, till exempel när det gäller tillvänjning till vanlig mat. Senare i höst kommer det också att publiceras en kunskapsöversikt över amning och tillvänjning till fast föda bland friska, fullgångna barn i Europa i Läkartidningen. Kunskapsöversikten är utformad av Svenska barnläkarföreningens och Livsmedelsverkets gemensamma expertgrupp för pediatrik nutrition (PENUT).

Baserat på vetenskaplig grund rekommenderar WHO exklusiv amning i sex månader medan EFSA säger att det går bra att börja introducera fast föda vid 4-6 månader. Detta kan verka motsägelsefullt, men orsaken är att de har haft olika utgångspunkter för sina systematiska litteraturoversikter. WHO ville veta om exklusiv amning i sex månader medför några risker medan EFSA ville besvara frågan om det i Europa medför några nackdelar att, vid sidan av amningen, börja ge tilläggskost i åldersintervallet 4-6 månader. Skillnaden i utgångspunkt innebär att resul-

taten faktiskt inte står i strid med varandra vilket bör underlätta för den som ger råd om spädbarnsuppfödning.

Bröstmjolk och modersmjölkersättning

Bröstmjolk bör om möjligt utgöra den huvudsakliga födan under hela första halvåret. Bröstmjolk minskar risken för diarré och öroninflammation så länge barnet ammas och även för övervikt, högt blodtryck och diabetes senare i livet. Även delamning ger hälsomässiga fördelar, så om det inte går att amma fullt är det ändå bra att amma så mycket som möjligt.

TEMA: BARN OCH MAT

Barn som inte ammas bör få industritillverkad modersmjölksersättning. Det förekommer att föräldrar använder större mängd pulver eller blandar i extra fett eller andra ingredienser, vilket kan leda till obalans i näringsintaget och i värsta fall uttorkning. Det kan därför finnas anledning att uppmärksamma föräldrarna på vikten av att följa de instruktioner som finns på förpackningarna och inte tillsätta några andra ingredienser.

D-droppar och pyttesmå smakprov

Alla barn behöver D-droppar upp till två års ålder. En nyhet är att rådet nu är att påbörja profylaxen redan vid en veckas ålder. För de allra flesta barn behövs inte profylaxen förrän från cirka en månads ålder, men barn till mödrar med låg D-vitaminstatus behöver tillskott så snart som möjligt och det finns ingen risk med att börja redan vid en veckas ålder.

Liksom tidigare gäller att bröstmjolk bör vara den huvudsakliga näringskällan till cirka sex månaders ålder. En nyhet med de nya råden är att föräldrar till nyfikna barn över fyra månader uppmuntras att låta barnet smaka ytterst små mängder av familjens mat någon gång ibland. Det finns inte några vetenskapliga belägg för att det existerar något "smakfönster" då spädbarn är speciellt mottagliga för introduktion av nya smaker.

Att lära sig äta annan mat

Introduktion av vanlig mat bör ske vid ca sex månaders ålder. Om mamman fortsätter att amma efter sex månader finns det inga vetenskapliga belägg för att introduktion av tilläggskost mellan 4-6 månader innebär några hälsomässiga nackdelar, men det finns inte heller några belägg för att det skulle innebära några fördelar.

Tidigare gavs råd om att ge samma livsmedel i flera dagar för att upptäcka om barnet utvecklar allergi. Eftersom det saknar stöd i forskningen har det rådet tagits

bort. Däremot är det viktigt att introduktionen av annan mat går långsamt. Därför bör barn fortsätta att få bröstmjolk eller modersmjölksersättning under tillvänjningsperioden. Amning kan fortsätta så länge som både mamma och barn vill, gärna hela första året eller längre.

Gluten

Livsmedel med gluten bör börja introduceras senast vid sex månaders ålder och helst medan barnet fortfarande ammas. Det är också viktigt att introducera gluten långsamt. Mammor som planerar att sluta amma bör upplysas om fördelen med att amma under introduktionen av gluten och om värdet av att fortsätta amma ytterligare några månader efter introduktionen eftersom varje månads amning efter glutenintroduktionen tycks kunna minska risken för celiaki.

Fisk och andra allergena livsmedel

Det finns inga vetenskapliga belägg för att risken för allergisjukdom hos barnet minskar om man undviker eller senarelägger vissa livsmedel, t ex mjölk, ägg och fisk. Studier pågår för att försöka utröna om introduktion av allergena livsmedel under samtidig amning är fördelaktigt ur allergisynpunkt.

Livsmedel som barn inte bör äta

Gröna bladgrönsaker, som salladsblad, rucola, spenat och mangold kan innehålla relativt höga halter nitrat, som i kroppen kan omvandlas till nitrit och bör därför inte ges till barn under ett år. Tidigare sa man att också rödbetor skulle undvikas på grund av högt nitratinnehåll, men det har visat sig att nitraten huvudsakligen återfinns i bladen och att själva rödbetan går bra att äta. Potatis bör alltid skalas till barn under ett år – även färskpotatis. Honung bör inte ges till spädbarn på grund av risken för sporer av *clostridium botulinum*.

Barns förmåga att hantera salt utvecklas successivt till cirka 15 månaders ålder. Salt påverkar också blodtrycket på både kort och lång sikt. Det är därför viktigt att inte salta barnets mat och att undvika salta snacks och andra salta livsmedel. Om barnet får pyttesmå mängder av familjens mat är mängderna så små att det inte gör något om man har saltat som vanligt. Det salt man använder till matlagning i hemmet bör vara jodberikad.

Mjölk ska endast ges i mindre mängder under det första levnadsåret på grund av dess låga järninnehåll. Opastöriserad mjölk och färskost gjord på opastöriserad mjölk innebär risk för bland annat EHEC och *Campylobacter* för såväl barn som vuxna och bör därför helt undvikas.

Vad är skillnaden?

<p>Pyttesmå smakprov</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidigast från 4 mån • Om barnet är nyfiket • Ca ett kryddmått • Öka inte mängden • Smaksensation 	<p>Smakportioner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Från 6 mån • För alla barn • Börja med någon tesked • Öka mängden långsamt • Bidrar med näring
--	--

LIVSMEDELS VERKET

TEMA: BARN OCH MAT

Om mamman är vegan

Om mamman är vegan är det viktigt att hon får tillskott av B12 under amningen. Det är fördelaktigt om amningen kan pågå i minst ett år, gärna längre. Tidigare avrådde Livsmedelsverket från vegankost till barn under två år, men detta råd är nu ändrat (läs mer i artikeln om barn från ett år).

Omfattande genomgång av evidensen

I Livsmedelsverkets rapport 21/2011 finns den vetenskapliga grunden för råden dokumenterad. Dessutom finns dokumentation av de ställningstaganden som gjorts kring hur olika identifierade risker ska hanteras i rapport 22/2011. Underlagen har diskuterats med andra myndigheter, barnhälsovården, barnläkare, dietister och experter inom olika områden. Råden har även testats i fokusgrupper med småbarnsföräldrar. Råden och underlagen till dem finns samlade på www.livsmedelsverket.se. Personalhandledning och rapporter med underlag finns i högerkolumnen till www.slv.se/spadbarn.

Referenser

1. Hörnell A, Hernell O, Silfverdal SA. Amning och tillvänjning till fast föda - en kunskapsöversikt för friska fullgångna barn i Europa. *Läkartidningen* (under tryckning).
2. ESPGHAN Committee on Nutrition, Breast-feeding, Medical position paper; *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 49:112-125; 2009

3. ESPGHAN Committee on Nutrition, Complementary Feeding: Medical position paper, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 46:99-110, 2008
4. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies. Scientific Opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants; *EFSA Journal* (2009) 7(12): 1423
5. Råd om mat för barn 0-5 år - vetenskapligt underlag med risk- eller nyttovärderingar. Livsmedelsverkets rapport nr 21, 2011.
6. Råd om mat för barn 0-5 år - hanteringsrapport. Livsmedelsverkets rapport nr 22, 2011.



Åsa Brugård Konde, Nutritionist M.A. Livsmedelsverket (Rådgivningsenheten/Rådgivningsavdelningen) Umeå universitet
E-mail: asbr@slv.se

Agneta Hörnell, professor, leg dietist, Institutionen för kostvetenskap, Umeå Universitet
E-mail: agneta.hornell@kost.umu.se



Maten efter ett år – vad barnen äter, vad kostråden säger och vad maten kostar

Det är när barnen är små som föräldrarna har störst chans att lägga grunden för bra matvanor. Livsmedelsverkets kostråd tas fram för att hjälpa föräldrar att skapa bra matvanor hos sina barn. Det är dock i samtal med den enskilda familjen som det är möjligt att ge stöd till förändring och där har vårdpersonal en mycket viktig uppgift.

Studier av barns matvanor är viktiga för att kunna påverka barns matvanor och därmed främja deras hälsa och minska risken för kostrelaterade sjukdomar på lång sikt. År 2003 utfördes den senaste nationella undersökningen av barns matvanor i Sverige (1). Sammanlagt deltog 590 stycken 4 åringar samt 1905 skolbarn i årskurs 2 och 5 från olika områden i Sverige. Resultaten visar att svenska barn äter en kost med bra fördelning av protein, fett och kolhydrater, men att typen av fett och kolhydrater inte är tillfredsställande. Generellt sett åt de för mycket mättat fett, sock-

er och salt, medan de åt för lite fleromättat fett och fibrer. Även barnens intag av vitamin D var för lågt i förhållande till rekommenderat intag.

För att hjälpa barn till bra matvanor som säkerställer ett adekvat näringsintag har Livsmedelsverket tagit fram kostråd som är oberoende och grundade på vetenskapligt underlag. Livsmedelsverkets råd för barn kan sammanfattas i några enkla punkter (2, 3):

- ät varierat, då får barnet lättare i sig tillräckligt av näringsämnen samtidigt som risken för att få i sig för

TEMA: BARN OCH MAT

mycket av oönskade ämnen minskar.

- ät regelbundet – frukost, lunch och middag och däremellan två-tre bra mellanmål.
- ät mer frukt och grönsaker.
- ät fisk 2-3 gånger i veckan.
- ät mer fleromättat fett.
- ät mindre socker.

Frukt och grönt

För vuxna visar forskningen att 500 gram frukt och grönsaker per dag minskar risken för hjärt- och kärlsjukdomar, övervikt och vissa cancerformer. Motsvarande forskning som visar hur mycket frukt och grönt barn bör äta varje dag saknas. Däremot finns det studier som visar att barn som äter mycket frukt och grönt äter mindre av söta och feta produkter. Även små barn bör äta frukt och grönsaker varje dag, gärna vid varje måltid. Mängden ökas successivt med stigande ålder så att de vid fyra år äter cirka 400 gram per dag. Enligt den senaste nationella kostundersökningen på barn äter dock barn i Sverige endast hälften av det rekommenderade frukt och grönsaksintaget, 225, 239 respektive 193 gram per dag för 4-åringar, barn i åk 2 respektive åk 5 (1).

Fullkorn är bra även för barn

Fullkorn och fibrer är bra även för barn, men små barn kan reagera med lös eller hård avföring om de äter för mycket fibrer. Hur mycket fibrer ett barn kan äta utan att magen påverkas varierar från ett barn till annat. Framför allt är det barn under två år som brukar reagera på för mycket fullkorn, men under hela förskoleåldern är det bra att variera mellan fullkornsprodukter och andra varianter.

De flesta barn äter för lite fisk

Fisk hör till de livsmedel som både barn och vuxna mår bra av att äta mer av. Barn i Sverige äter fisk 1-2 gånger i veckan, medan ett önskvärt intag är 2-3 gånger i veckan (1). Särskilt fet fisk är viktigt för att barnet ska få i sig de långkedjiga omega-3-fetterna DHA och EPA. Det vetenskapliga stödet för att barn som inte äter fisk behöver kosttillskott med omega-3 fetter är däremot svagt. Även om det sannolikt inte är skadligt med extra DHA är Livsmedelsverkets bedömning att det i dag inte finns skäl att generellt rekommendera kosttillskott med omega-3-fetter till barn som inte äter fisk. För att barnet ska få i sig alla de viktiga näringsämnen som finns i fisk, inte bara DHA, bör föräldrarna i första hand uppmuntras att försöka stimulera sitt barn till att äta mer fisk.

Vissa fiskarter ska barn dock inte äta så ofta, eftersom de innehåller höga halter av PCB och dioxin. Det gäller fram-

för allt strömming, men även annan fet fisk från Östersjön, Vänern och Vättern. Barn liksom kvinnor i barnafödande ålder bör äta dessa högst 2-3 gånger per år, vilket tyvärr är något som få känner till.

Barn behöver inte fetare mjölk än vuxna

Många föräldrar tror att barn behöver feta mjölkprodukter. Det är dock fleromättat fett de behöver mer av, bland annat omega 3, och det finns inte i mjölkfett. Det är bra om barn redan från början vänjer sig att äta magra mjölkprodukter. Mager mjölk ger lika mycket vitaminer och mineraler som fet mjölk. De flesta magra mjölkprodukter berikas dessutom med vitamin D och innehåller avsevärt mer vitamin D än feta sorter. Opastöriserad mjölk kan innehålla bakterier som ehec och campylobacter och bör därför undvikas helt av både barn och vuxna.

Det omdiskuterade matfettet

Livsmedelsverket rekommenderar rapsolja eller flytande margarin till matlagning och ett margarin med bra fettkvalitet på smörgåsen. Det är ett sätt att åstadkomma ett högre intag av fleromättat fett och lägre intag av mättat fett, vilket det finns stark evidens för när det gäller minskad risk för hjärt- och kärlsjukdom senare i livet. Fleromättade fetter är också viktiga för barns mentala utveckling och för synen. I den senaste nationella kostundersökningen på barn visade det sig att barn i Sverige äter lagom andel fett i kosten (31-32 energiprocent) men för stor andel mättat fett, 14 energiprocent jämfört med rekommenderat 10 energiprocent (1). Däremot åt barnen för liten andel fleromättat fett, 3.6-3.7 energiprocent jämfört med rekommenderat intag på 5-10 energiprocent.

Barn under två år behöver något mer fett i maten än större barn och vuxna och kan därför behöva någon tesked rapsolja eller flytande margarin i sin portion.

Sött och salt

Den stora utmaningen för många föräldrar är att begränsa barnens intag av godis, saft, läsk, kaffebröd, glass och söta mellanmål. Barn behöver mycket vitaminer och mineraler i förhållande till den mängd mat de äter. De har därför inte mycket utrymme för "tomma kalorier" från den här typen av livsmedel. Särskilt viktigt är att begränsa intaget av saft och läsk, eftersom kalorier i flytande form inte ger samma mättnadskänsla som i fast form, vilket innebär att det är lätt att få i sig för mycket kalorier. Ungefär 25 procent av barnens dagliga energiintag kommer från livsmedel som läsk, godis, snacks, glass, efterrätter och bakverk och hela 13 procent av barnen åt godis varje dag (1). Dessa livsmedel utgör tillsammans de största källorna av tillsatt socker, fett,

TEMA: BARN OCH MAT

mättat fett och transfett. Intaget av endast tillsatt socker, i form av sackaros och monosackarider, uppgick till 13-15 energiprocent bland barnen medan rekommendationen är att det inte bör överstiga 10 energiprocent för att kosten ska ha en acceptabel näringsstäthet. För mycket salt ökar risken för högt blodtryck även hos barn. Därför är det viktigt att fortsätta att vara sparsam med salt även efter spädbarnstiden. Samtidigt är det viktigt att det salt som används är joderat.

Kosttillskott-behovs det?

Generellt bör andra kosttillskott än D-droppar inte ges till barn om det inte finns särskilda skäl. Liksom hälsokostprodukter är dessa ytterst sällan vetenskapligt testade. Dessutom föreligger risker med överintag.

Alla barn behöver dock D-droppar upp till två års ålder. Barn som inte äter fisk och berikade mjölkprodukter eller som inte regelbundet vistas i solen med bara armar och ben under sommarhalvåret bör fortsätta med D-droppar till åtminstone fem års ålder. Detta gäller särskilt barn med mörk hudfärg eftersom pigmentet hindrar syntetiseringen av D-vitamin i huden. Vid minsta tvekan är det bättre att ge tillskott av D-vitamin än att låta bli.

Vegetarisk kost och vegankost

I de nya kostråden lyfts fördelarna med att äta vegetariska måltider som en del av en blandad kost fram på ett annat sätt än tidigare. Livsmedel från växtriket är hälsosamma för alla och innebär mindre belastning på miljön än animaliska livsmedel.

Tidigare avrådde Livsmedelsverket från vegankost till barn under två år. I dag finns det däremot ett större utbud av berikade produkter än tidigare, vilket gör det möjligt att täcka barns näringsbehov även om animaliska livsmedel helt utesluts. Föräldrar som väljer att ge sina barn vegankost behöver dock mycket kunskap om hur de ska gå tillväga. På Livsmedelsverkets webbplats finns konkreta råd om vegetarisk mat till barn.

Vad kostar det egentligen att äta bra mat?

Det råder en generell uppfattning att det är dyrt att äta nyttigt, och en studie där kostdata från Riksmaten Barnstudien matchades mot livsmedelspriser bekräftar detta (4). Studien visade att den hälsosamma kosten i genomsnitt kostade cirka 6 kr mer per dag för en person som äter 2 000 kilokalorier per dag. För en familj om 4 motsvarar det en merkostnad på nästan 9 000 kr per år vilket kan vara viktigt att ta hänsyn till när man vill förmedla kostråd, framförallt till familjer med begränsade resurser. Orsakerna till att en hälsosam kost är dyrare är bland annat

prisskillnader mellan hälsosamma och mindre hälsosamma livsmedel. Fisk och nyckelhålmärkta kött- och mejeriprodukter är exempel på dyrare livsmedelsgrupper. En annan orsak är kostens energitäthet, det vill säga hur många kalorier det finns i varje gram. En låg energitäthet innebär vanligen att kosten är mer hälsosam, men också att man behöver äta en större mängd för att få i sig samma kalorimängd vilket fördyrar matkostnaden. En tredje orsak är variationsrikedom. Att äta en varierad kost minskar risken för näringsbrister, men minskar också möjligheten att enbart köpa till exempel den billigaste fruktsorten. Det är givetvis fullt möjligt att äta hälsosamt och billigt, vilket visats i en rapport av folkhälsoinstitutet (5), men det är troligt att det skulle kräva resurser i form av tid (att planera, handla, och tillaga maten) och kunskap vilket ofta är en bristvara hos familjer med begränsade resurser. Ett enkelt råd för att minska matkostnaden är att äta vegetariskt några måltider per vecka då vegetabilier (här även inräknat baljväxter som bönor och linser) är både billiga och hälsosamma.

Omfattande genomgång av evidensen

I Livsmedelsverkets rapport 21/2011 (3) finns den vetenskapliga grunden för kostråden till barn sammanfattad. Dessutom finns dokumentation av de ställningstaganden som gjorts kring hur olika identifierade risker lämpligen hanteras i rapport 22/2011 (4). Underlagen har diskuterats med andra myndigheter, barnhälsovården, barnläkare, dietister och experter inom olika områden. Råden har även testats i fokusgrupper med småbarnsföräldrar. Råden och underlagen till dem finns samlade på www.livsmedelsverket.se. Personalhandledning och rapporter med underlag finns i högerkolumnen till www.slv.se/spadbarn. Råden "Bra mat för spädbarn" och "Bra mat för barn mellan ett och två år" finns också som broschyrer som delas ut genom barnhälsovården. Dessutom finns "Bra mat för spädbarn" som film.

Referenser

1. Enghardt Barbieri, H, Pearson, M, Becker, W. Riksmaten – barn 2003. Livsmedels- och näringsintag bland barn i Sverige, 2006.
2. Råd om mat för barn 0-5 år – vetenskapligt underlag med risk- eller nyttovärderingar. Livsmedelsverkets rapport nr 21, 2011.
3. Råd om mat för barn 0-5 år – hanteringsrapport. Livsmedelsverkets rapport nr 22, 2011.
4. Ryden P, Hagfors L. Diet cost, diet quality and socio-economic position: how are they related and what contributes to differences in diet costs? *Public Health Nutr.* 2011; 14: 1680-92.
5. Andersson B, Kollberg S, Lagerkvist S, Åkeson N. Vad kostar hållbara matvanor?, (Folkhälsoinstitutet ed.) 2009 Folkhälsoinstitutet.

TEMA: BARN OCH MAT



Christel Larsson, professor i kostvetenskap, Institutionen för kost- och idrottsvetenskap, Göteborgs universitet

E-mail: christel.larsson@ped.gu.se

Petra Rydén, filosofie doktor i kostvetenskap, Institutionen för kostvetenskap, Umeå universitet

E-post: petra.ryden@kost.umu.se

Åsa Brugård Konde, nutritionist vid Livsmedelsverket (Rådgivningsenheten/Rådgivningsavdelningen)

E-mail: asbr@slv.se (se foto i föregående text)

Foto: Magnus Gotander/Bilduppdraget

Hur påverkar barnets mat den vuxnes hälsa?

Barnets tidiga kost kan i samverkan med våra gener påverka den senare hälsan via bl a metabol programmering, hjärnans utveckling och tarmfloras sammansättning. Dessutom har den tidiga kosten stor betydelse för grundläggandet av hälsosamma (eller ohälsosamma) kostvanor. Det är därför av stor vikt att studera dessa effekter ytterligare för att i framtiden kunna minska risken för olika folksjukdomar i vuxen ålder.



Under de senaste tio åren har allt fler vetenskapliga bevis framkommit för att näringsintaget under spädbarns- och

småbarnsåren, ja redan under fostertiden, har stor betydelse för hälsan långt senare i livet. Vi har fått ökad kunskap om hur kosten samverkar med våra arvsanlag. Vissa näringsämnen har direkt reglerande effekter (nutrigenomics) och naturligt förekommande genetiska polymorfier gör att våra behov av olika näringsämnen är betydligt mer individuella än vi tidigare förstått (nutrigenetics) (1,2) Omgivningsfaktorer, t ex kostfaktorer, som vi exponeras för tidigt i livet kan också permanent avgöra om vissa arvsanlag kommer till uttryck eller inte (epigenetik). Barnets tidiga kostintag i samverkan med arvsanlagen kan påverka senare hälsa via åtminstone tre olika fysiologiska mekanismer:

Metabol programmering

På 1980-talet observerade den brittiske epidemiologen David Barker att personer med låg födelsevikt hade ökad dödlighet i hjärt-kärlsjukdom i vuxen ålder (3). Han postulerade att detta berodde på "programmering" av metabolismen under en period av otillräcklig näringstillförsel och dålig tillväxt under senare delen av graviditeten.

TEMA: BARN OCH MAT

Studier, bl.a. från den holländska svältvintern 1944-45 har bekräftat att en period av otillräcklig näringstillförsel och dålig tillväxt tidigt i livet (fosterlivet eller första levnadsåret), speciellt om den efterföljs av riklig näringstillförsel och snabb återhämtningstillväxt, kan leda till ökad risk för övervikt, diabetes, hypertoni och hjärt-kärlsjukdom långt senare i livet. Proteinberikad modersmjölkersättning (jämfört med standardersättning) till lätt tillväxthämmade barn ger t.ex. snabbare viktökning under spädbarnsåret men högre blodtryck vid 6-8 års ålder.(4) Mekanismen för denna typ av metabol eller nutritionell "programmering" är sannolikt epigenetiska förändringar av DNA.

Hjärnans utveckling

Hjärnan är det snabbast växande organet hos foster och småbarn och många näringsämnen är nödvändiga för centrala nervsystemets normala tillväxt och utveckling under denna känsliga period.

Epidemiologiska studier har visat att barn som ammas får något högre IQ än barn som får modersmjölkersättning men orsaken till denna skillnad är ännu okänd. Även om moderna ersättningar har ett näringsinnehåll som är mycket likt bröstmjölken, finns det i bröstmjolk en hel mängd olika bioaktiva komponenter som saknas i mjölkersättning. Det är möjligt att tillsats av vissa av dessa komponenter till mjölkersättning kan ge en förbättrad utveckling av hjärnans funktioner.

Barn med låg födelsevikt är en viktig riskgrupp för senare kognitiva problem och beteendeproblem. Järnbrist är vanlig i denna riskgrupp och kan vara en bidragande orsak. De minsta prematurfödda barnen har stor risk för generell malnutrition trots att barnen vårdas på moderna neonatalavdelningar. Ett lågt energintag och en dålig viktutveckling under de första levnadsveckorna är associerat

både till prematuritetsretinopati och till sämre neurologisk utveckling. Det är därför viktigt att noga beräkna och monitorera parenteral och enteral nutrition samt tillväxt hos dessa barn.

Tarmfloran

Tarmen innehåller 100 trilioner bakterier, vilket är 10 gånger mer än antalet celler i kroppen. Under de senaste åren har vi med hjälp av molekylärbiologiska tekniker fått möjlighet att kartlägga tarmfloran, vilken har föreslagits kunna påverka risken för bl.a. fetma, diarrésjukdomar, nekrotiserande enterokolit, födoämnesallergier och eksem, inflammatorisk tarmsjukdom och tjocktarmscancer.(5) Tarmen är i princip helt steril vid födelsen och koloniserar av bakterier under det första levnadsåret. Denna utveckling är i stor utsträckning beroende av kosten och det är därför sannolikt att spädbarnskosten har stor betydelse för vilken tarmflora vi har senare i livet. Tarmfloran kan dessutom påverkas genom tillförsel av pre- och probiotika, men det återstår att bevisa vilken roll detta har för barnens framtida hälsa.

*Magnus Domellöf, docent, överläkare,
E-mail: magnus.domellof@
pediatri.umu.se*

*Olle Hernell, professor, överläkare,
E-mail: olle.hernell@pediatri.
umu.se*

*(Olle Hernell är temareaktör i
denna nummer, se bild sidan 3),
båda författarna är verksamma
vid Inst för Klinisk Vetenskap,
Pediatrik, Umeå Universitet*



**SOS BARNBYAR
SVERIGE**

Alla barn behöver få känna trygghet, kärlek och bekräftelse. De behöver någon som leker, lyssnar och tröstar. Någon som alltid finns där. Barn behöver en familj.

För endast 100 kr i månaden kan du ge utsatta barn allt det, utöver det mest grundläggande som mat och vatten.

Hjälp oss att finnas där vi behövs. **Bli fadder på www.sos-barnbyar.se**

TEMA: BARN OCH MAT

Järnbrist – ett problem bland svenska barn?

Järnbrist är globalt sett ett vanligt förekommande bristtillstånd och det finns viktiga skäl till att förebygga detta, särskilt hos barn. Ett flertal studier föreslår nämligen att järnbrist kan ha negativ effekt på hjärnan. Dessa effekter är dels akuta, med direkt påverkan på monoaminnivåer och cellmetabolism. Men för små barn har det också föreslagits att tidig järnbrist kan ge irreversibla nedsättningar på kognition och beteende, långt efter att järnbristen behandlats (1). Och det finns riskgrupper för järnbrist även i Sverige. Med en skärpt uppmärksamhet och ökad kännedom kring dessa grupper bör negativa effekter kunna begränsas ytterligare. Hur upptäcker och förebygger vi bäst järnbrist?



Barn med marginellt låg födelsevikt utgör en riskgrupp för järnbrist och bör erbjudas järnprofylax redan från 1-2 månaders ålder.

Foto: Staffan Berglund

I den kliniska vardagen är screening med Hb-kontroller vanligt när järnbrist misstänks. Men det är ingen optimal lösning i stora grupper och mycket tyder dessutom på att hjärnan påverkas redan i ett mildt eller måttligt stadium av järnbrist, månader innan hemoglobinet noteras lågt. Andra variabler är i så fall bättre (faktaruta). Allmän profylax är heller ingen framgångsrik väg. Järn är potentiellt toxiskt och det finns belägg för att järntillskott kan ge negativa hälsoeffekter om det ges i fel mängd och till fel grupper (2). Den bästa vägen är istället att söka god kännedom om vilka riskgrupper som finns och där utarbeta lämplig profylaktisk intervention. Bland svenska barn finns de viktigaste riskgrupperna bland nyfödda.

Järnbehov hos nyfödda

Varje nytt kilo av tillväxt kräver ca 40-50 mg järn till erytrocyter och annan vävnad. Då bröstmjolk innehåller väldigt lite järn är det nyfödda barnet helt beroende av det lager av järn som byggts upp under den tredje trimestern. Från 4-6 månaders ålder sinar förråden och barnet behöver externt tillfört järn, vilket är en viktig anledning till att rekommendera en tillvänjning med järnrik kost från

4-6 månader, parallellt med fortsatt amning. Detta fungerar väl i de flesta fall och allmän profylax är inte fördelaktigt under tillvänjning (3). Men i denna stora grupp finns det subgrupper som bör få skärpt uppmärksamhet:

“Milkoholics”

Vi har alla träffat förtvivlade föräldrar som berättar om svårigheter med tillvänjning. Ofta använder vi en fin tillväxtkurva som argument för lugnande besked. Bland dessa barn förekommer dock järnbrist, och i väntan på en mer allsidig kost bör järnbehovet säkerställas, t ex genom järnberikad gröt eller välling. På grund av missförstånd, kulturkrockar eller misslyckad information, förekommer dessvärre att föräldrar istället förser svårmatade barn med vanlig komjölk, i tron att man åtminstone täcker barnets behov av vitaminer och mineraler. Dessa så kallade “Milkoholics”, bör tidigt identifieras, då extrem järnbrist kan utvecklas obemärkt.

Barn med låg födelsevikt

På grund av snabb tillväxt och mindre depåer av järn har barn med låg födelsevikt, ökad risk för järnbrist redan före sex månaders ålder. Under många år har därför järntillskott rekommenderat till prematura och lågviktiga barn. Men gränsen för vilka som ska ges järn har varit oklar. Vi har nyligen visat att risken för tidig järnbrist är stor även hos de ca 3000 svenska barn som varje år föds med marginellt låg födelsevikt, dvs med födelsevikt 2000-2500g. I denna tillsynes välmående grupp hade drygt en tredjedel järnbrist vid sex månader, en andel som sjönk till 4% hos de som fått järntillskott från sex veckors ålder. I en uppmärksam uppföljning vid 3.5 års ålder har vi dessutom funnit en ökad risk för beteendeproblem hos de som ej fick järn. Detta är ett viktigt bevis för att tidig järnbrist kan få långtgående negativa neurologiska effekter. Vår slutsats är att alla barn med låg födelsevikt bör förses med järntillskott från 1-2 månaders ålder (4).

Mer kunskap behövs

Sammanfattningsvis är järnbrist ett förekommande problem bland svenska små barn, åtminstone i vissa riskgrupper.

TEMA: BARN OCH MAT

Men det kan finnas fler riskgrupper, t.ex. bland ungdomar där tillväxtpurt, menstruationer och specialdieter bidrar till ökad risk. Även i denna grupp finns belägg för att järnbristen kan ge neurologisk påverkan och nyligen har t.ex. en koppling till ADHD föreslagits (5). Fortsatt forskning kring vilka riskgrupperna är och hur de bäst skyddas är dock välkommet, både bland stora och små barn.

Referenser

1. Lozoff B, Beard J, Connor J, Barbara F, Georgieff M, Schallert T. Long-lasting neural and behavioral effects of iron deficiency in infancy. *Nutr Rev.* 2006; 64(5 Pt 2):S34-S43; discussion S72-S91.
2. Domellof M. Benefits and harms of iron supplementation in iron-deficient and iron-sufficient children. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program.* 2010; 65:153-162; discussion 162-155.
3. Domellof M, Cohen R, Dewey KG, Hernell O, Rivera LL, Lonnerdal B. Iron supplementation of breast-fed Honduran and Swedish infants from 4 to 9 months of age. *J Pediatr.* 2001; 138(5):679-687.

4. Berglund S. *Effects of iron supplementation on iron status, health and neurological development in marginally low birth weight infants. [Thesis]. Umeå Universitet; 2012. Umeå University medical dissertations, 1481.*
5. Konofal E, Lecendreux M, Arnulf I, Mouren MC. Iron deficiency in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004; 158(12):1113-1115.

Staffan Berglund, ST-läkare,
medicine doktor
Institutionen för klinisk vetenskap,
Pediatrik Umeå Universitet
E-mail: Staffan.Berglund@
pediatri.umu.se



Fakta:

Förslag till laboratorieparametrar vid misstänkt järnbrist hos barn:

Ferritin

Transferrinmättnad

Hb

MCV

(Transferinreceptor, TfR)

(Retikulocytärt hemoglobin, CHr)

Observera att normalvärden för olika åldrar och mellan olika metoder kan variera stort och i vissa fall helt saknas.

Bli en hjälte!

Skicka "bris50" i ett SMS till 72909 och skänk 50 kr till BRIS verksamhet.



BRIS
SÄMRENS HÄLT FÖRBUNDET

bris.se PG 901504-1

TEMA: BARN OCH MAT

Riskerar barn i Sverige D-vitaminbrist?

D-vitamin väcker allt större intresse eftersom det har betydelse för många folkhälsofaktorer vid sidan av den välkända för benhälsan. Låga D-vitamin nivåer påverkar immunförsvaret och kan öka risken för luftvägsinfektioner samt uppvisar samband med risken att insjukna i autoimmuna sjukdomar som diabetes och celiaki. Även depression och så kallad växtvärk är förknippade med låga D-vitaminivåer.



Otillräckligt med sol kan innebära risk för D-vitaminbrist bland barn i Sverige. Det gäller särskilt bland de som skyddas mot solen, har mörkare hud eller äter en kost med lite fisk eller D-vitamin berikade produkter.

Solen är den största D-vitaminskällan och en bristvara i Sverige under vinterhalvåret, varför D vitamininnehållet i maten då blir viktigare. (1, 2).

Solexponering 2-3 gånger i veckan av ansikte och underarmar, 15 minuter mitt på dagen under sommarhalvåret, har föreslagits räcka för att en ljushyad person ska bilda tillräckligt med D-vitamin. Produktionen av D-vitamin i huden varierar dock beroende på breddgrad, utvistelse, bruk av solskyddsmedel, klädsel och hudpigmentering.

Under vinterhalvåret bildas lite eller inget D-vitamin via solexponering av huden, mer uttalat ju längre norr- respektive söderut på jordklotet man kommer. I en finsk studie bland flickor hade en sjättedel D-vitaminbrist och även sämre mineralisering av skelettet (3). I länder där man använder heltäckande klädsel och äter en kost låg i D-vitamin är det vanligt med D-vitaminbrist (4). Mörkhyade individer behöver exponeras 5-10 gånger längre för UV strålning jämfört med ljushyade personer för att bilda lika mycket D vitamin (5). Småbarn med mörk hudfärg har också uppvisat lägre nivåer av 25(OH)D jämfört med ljushyade .

Kosten och rekommenderat intag

Livsmedel som fet fisk, ägg, D-vitaminberikad mjölk, margariner, modersmjölkersättning och välling är de främsta D-vitaminkällorna bland barn i Sverige. Intaget av dessa varierar dock inom en befolkning och mellan länder. Bröstmjölkens D-vitamininnehåll är lågt och beroende av mammans D-vitaminstatus. Vissa produkter som används istället för mjölk är berikade med vitamin D₂ som inte är lika aktivt som D₃ och därför behövs i dubbel mängd.

I Sverige rekommenderas för närvarande ett dagligt tillskott om 10 µg D-vitamin per dag till alla barn upp till två års ålder och upp till fem år till dem som inte äter D-vitaminberikade produkter, inte regelbundet vistas utomhus eller har mörk hudfärg. Barn över två år och de som inte tillhör riskgrupperna har fram till nu rekommenderats ett dagligt intag av D-vitamin på 7,5 µg. I de nya Nordiska Näringsrekommendationerna (NNR-12) föreslås nu en ökning av rekommenderat intag av D-vitamin till 10 µg /dag för alla upp till 74 års ålder (www.slv.se/upload/NNR5/NNR%202012%20vitD.pdf).

D-vitaminstatus

D-vitamin analyseras i serum eller plasma som 25-hydroxy vitamin D [25(OH)D] och brist definieras på nivåer under 50 nmol/l. Vid 75 nmol/l uppnås maximal sänkning av parathormon (PTH) vilket kan vara optimalt åtminstone för benhälsan, men vilka nivåer som är tillräckliga för andra hälsofaktorer är mer osäkert.

TEMA: BARN OCH MAT

Risk för D-vitaminbrist hos barn i Sverige?

Otillräckligt med sol kan innebära risk för D-vitaminbrist bland barn i Sverige särskilt bland de som skyddas mot solen, har mörkare hud eller äter en kost med lite fisk eller D-vitamin berikade produkter, där speciellt en del invandrare kan utgöra en riskgrupp. Att upptäcka en D-vitaminbrist kan vara svårt även hos sjuka barn då medvetenheten i hälso- och sjukvården ofta är låg. I norra Sverige har ännu inte publicerade studier bland förskolebarn och ungdomar visat oväntat hög andel barn och ungdomar med D-vitaminbrist. Nya studier behövs för att kartlägga förekomsten av D-vitaminbrist, speciellt bland riskgrupper, och i så fall hur mycket D-vitamin som behövs tillföras för att undvika ohälsa och sjukdom bland barn och ungdomar i Sverige.

Referenser

1. Ginde AA, Mansbach JM, Camargo CA, Jr. Association between serum 25-hydroxyvitamin D level and upper respiratory tract infection in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Archives of internal medicine*. 2009 Feb 23;169:384-90.
2. Holick MF. Sunlight and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune diseases, cancers, and cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr*. 2004 Dec;80(6 Suppl):1678S-88S.
3. Cheng S, Tylavsky F, Kroger H, Karkkainen M, Lyytikäinen A, Koistinen A, et al. Association of low 25-hydroxyvitamin D concentrations with elevated parathyroid hormone concentrations

and low cortical bone density in early pubertal and prepubertal Finnish girls. *Am J Clin Nutr*. 2003 Sep;78:485-92.

4. Hatun S, Islam O, Cizmecioglu F, Kara B, Babaoglu K, Berk F, et al. Subclinical vitamin D deficiency is increased in adolescent girls who wear concealing clothing. *J Nutr*. 2005 Feb;135:218-22.
5. Clemens TL, Adams JS, Henderson SL, Holick MF. Increased skin pigment reduces the capacity of skin to synthesise vitamin D3. *Lancet*. 1982 Jan 9;1(8263):74-6.



Pia Karlsand-Åkesson, Med Dr. Överläkare, Universitetssjukhuset UMAS, Malmö.

E-mail: pia.karlsland_akeson@med.lu.se

Inger Öhlund, Leg dietist, Barn och ungdomskliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

E-mail: inger.ohlund@vll.se

Stöd forskningen pg 900901-0


Diabetesfonden

Stiftelsen Svenska Diabetesförbundets
Forskningsfond

www.diabetes.se

TEMA: BARN OCH MAT

Laktosintolerans eller komjölksproteinalergi – eller inget alls?

Det eskalerande problemet laktosintolerans hos barn, innebär fördröjning av diagnos där en underliggande sjukdomsdiagnos finns, överanvändning av dyra onödiga tester och inskränkning av normalt födointag (4). Vi har inte råd att använda sjukvårdens ekonomiska resurser till tester som inte behövs. Det finns ingen anledning att uppmana människor att leva krångligare liv än de behöver, menar Lena Grahnquist.



Foto: Tage Olsin

En av svensk barn gastroenterologis nestor, Gunnar Meuwisse, skrev 2007 en artikel inlägg i denna tidning där han innan han med ålderns rätt slutar sin medicinska gärning, bad oss barnläkare att inte blanda ihop laktosintolerans och komjölksallergisamt att inte ställa diagnoser utan belägg (1). Tyvärr verkar hans ord inte ha haft önskvärd effekt. Sedan dess fram till 2012 har antalet överdiagnosticerade barn med laktosintolerans snarare ökat. Vi som dagligen möter barn med fel diagnos skrev därför en artikel i läkartidningen för att klara ut begreppen primär /sekundär laktosintolerans och delge vår oro över det kraftigt ökande antalet barn med diagnosen laktosintolerans (2).

Ämnet berör många

Skillnaderna mellan olika former av laktosintolerans, laktosmalabsorption och komjölksallergi framgår i alla läroböcker samt vårdprogram tillgängliga på nätet (3). Det finns ingen motsättning i litteraturen. Därför torde ingen av oss verksamma läkare i Sverige sakna möjlighet att läsa på.

Det saknas visserligen rikstäckande siffror på andel personer i Sverige som har en primär förvärvad laktosintoler-

ans, men att nästan 4 procent av förskolebarn kan ha det stämmer inte. Det är emellertid den siffra Mjökfrämjandet fått fram via 2 enkäter 2009 och 2011 bland förskolepersonal. En fjärdel har fått sin diagnos ställd av föräldrarna. Men 3/4 hade fått diagnosen av sjukvårdspersonal (4).

Efter att artikeln publicerades får jag mail och telefonsamtal flera gånger i veckan angående barn med fördröjd diagnos av såväl komjölksallergi, hjärtfel, celiaki och IBD. Ämnet berör många. Att föräldrar ställer diagnos är ett fenomen som gynnas av antalet produkter i mjölkdisken som är laktosfria. Fritt från något anses som bättre. Dessutom finns en önskan att finna bot för oroliga magar (IBS).

Missuppfattningar om olika diagnoser

Apoteksbolaget gör reklam för självtester och begreppet "mjölmage" nämns utan koppling till något medicinskt begrepp eller symtomklassificering. Det har med andra ord blivit en folksjukdom som lever sitt eget liv utanför den medicinska professionen. I Läkersällskapets matsal, i konferensmatsalar, på flyget och privata middagar tillfrågas jag numera om jag vill ha laktosfri mat. Aldrig frågar någon mig om mjölkfri kost.

Skillnaden mellan olika former av laktosintolerans, behov av att utreda underliggande sjukdom och komjölksallergi är inte helt enkla begrepp för lekmän. Till skillnad från laktosreducerad kost är komjölksfri kost svårt att hålla och kräver noggrann information, och hos små barn fullvärdiga ersättningsprodukter.

Det enkla budskapet lyder:

- Laktosintolerans är något normalt hos större delen av jordens befolkning och innebär att man i vuxen ålder inte kan dricka stora mängder mjölk utan att få gasighet, obehag eller lös avföring.

TEMA: BARN OCH MAT

- Barn under skolåldern som inte tål mjölk ska utredas för underliggande sjukdom.
- Komjölksallergi ska utredas av läkare och behandlas med strikt komjölksfri kost vilket kräver undervisning och ersättningsprodukter. Komjölksallergi ska utvärderas och följas upp.
- Alla personer oavsett ålder som helt plötsligt inte tål mjölk ska utredas för underliggande sjukdom.

Referenser

1. Gunnar Meuvisse, komjölksallergi är inte laktosintolerans *Barnläkaren* nr 4 2007.
2. Grimheden, P., Anderlid, B.M., Gäfvels, M., Svahn, J., Grahnquist, L., 2012. Laktosintolerans hos barn är ett överdiagnostiserat tillstånd. *Läkartidningen*, 5, 109, 219-221.
3. Finkel Y. Viss. Laktosintolerans hos barn och ungdomar. *Hemsida. [online](augusti 2011) Stockholms läns landsting.*

<http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Barnoch-ungdomar/Laktosintolerans-hos-barn> [2012-06-15].

4. Matlik L, Savaiano D, McCabe G, vanLoan M, Blue CL, Boushey CJ. Perceived milk intolerance is related to bone mineral content in 10-to 13-year-old female adolescents. *Pediatrics* 2007 120:e669-77.

Lena Grahnquist, Överläkare,
Sektionschef, Gastroenterologi,
hepatologi och nutrition.
Astrid Lindgrens barnsjukhus,
Karolinska Universitetssjukhuset
E-mail: Lena.Grahnquist@
karolinska.se



Pre- och probiotika – mer tro än vetande?

Tarmfloras betydelse för hälsa och sjukdomsrisk är ett jämförelsevis nytt och expansivt forskningsområde. Hälsoeffekter av probiotika har undersökts i kliniska prövningar, medan studier med prebiotika är färre. På marknaden finns idag ett flertal produkter med tillsatta prebiotika och/eller probiotika, men fortfarande saknas tillräcklig evidens för generella rekommendationer för de flesta sjukdomstillstånd.



Människan och tarmens mikrobiota lever i ett dynamiskt samspel. Hos vuxna utgör ett fåtal phyla mikrobiotans "kärna", men omgivningsfaktorer som förlösningssätt, ålder, kost och antibiotikakurer påverkar. Vi kan också tillfälligt inverka på tarmens mikrobiota med probiotika eller prebiotika.

Definitioner

Probiotika är "mikroorganismer som när de intas i tillräcklig mängd kan ge hälsoeffekter" och effekterna betraktas som stamspecifika. Prebiotika är icke smältbara kostkomponenter, som kan fermenteras i grovtarmen och påverka tarmens mikrobiota i gynnsam riktning, och bilda metabolt aktiva ämnen. Med gynnsam påverkan menas här framförallt en selektiv ökning av bifidobakterier. Substanser som är kända för att selektivt stimulera tillväxten av bifidobakterier är till exempel bröstmjölkens oligosackarider, frukto-oligosackarider (FOS), och galakto-oligosackarider (GOS).

Probiotika kan förkorta perioden av viral magsjuka

Meta-analyser, inklusive en Cochrane review som inkluderade 63 studier och 8000 individer, har visat att vissa probiotika, när de ges som komplement till uppvätskning

TEMA: BARN OCH MAT

kan förkorta diarré-perioden med ungefär ett dygn vid viral gastroenterit. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) och European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID) betonade att endast probiotika vars effekt har utvärderats i kliniska prövningar bör rekommenderas. ESPGHAN och ESPID inkluderade i sin evidensbaserade rekommendation *Lactobacillus rhamnosus* GG (LGG) och *Saccharomyces Boulardi*, och förutom dessa två probiotika inkluderade World Gastroenterology Organisation dessutom *L. reuteri* ATCC 55730 och *L. casei* DN-114 001. Effekter av probiotika vid antibiotika-orsakad diarré har också undersökts. Meta-analyser föreslår att LGG och *S. Boulardi* kan förebygga insjuknande, men evidensen har ansetts bristfällig pga låg kvalitet av inkluderade studier (framförallt pga högt patientbortfall och få händelser).

Probiotika i prevention och behandling av andra kliniska tillstånd

Det finns preliminär evidens för att probiotika kan förebygga nekrotiserande enterokolit hos barn med låg födelsevikt (VLBW), men ytterligare kliniska studier behövs innan definitiva slutsatser kan dras. Probiotika har även prövats vid behandling och prevention av allergiska sjukdomar. Metaanalyser visar en modest effekt av probiotika vid prevention av eksem, men även här identifierar expertgrupper behov av tydligare underlag innan slutgiltiga konklusioner kan dras. Probiotikaeffekter vid kliniska tillstånd, som tex behandling av IBS, ulcerös kolit, spädbarnskolik och förebyggande av övre luftvägsinfektioner är ofullständigt utvärderade.

Prebiotika-kliniska studier behövs

Preliminära resultat visar förebyggande effekter av GOS/FOS på bla eksem och infektioner, men underlaget är i dagsläget för litet för att kunna dra säkra slutsatser om effekter.

Framtida utmaningar

Det är föreslaget att tarmens mikrobiota kan påverka risken att utveckla fetma men orsakssamband är inte fastställda. Även relationen mellan mikrobiota och nervsys-

temet, "gut-brain axis", är föremål för intensiv forskning. Vilken betydelse pre- och probiotika kan ha i dessa sammanhang är ännu för tidigt att säga.

Trots att tydligt säkerställda effekter av pre- och probiotika, med undantag för probiotika vid behandling av viral gastroenterit, saknas betyder inte det att konceptet är inaktuellt. Tvärtom behöver vi kliniska och mekanistiska studier som går hand i hand. I takt med teknologiska framsteg, framförallt genom nya sekvenseringsmetoder, finns ökade möjligheter att studera mikrobiotans sammansättning och funktion, och effekter av optimerade pre- och probiotika. Däremot måste vi ha realistiska förväntningar - det kommer med all sannolikhet inte att vara "one size fits all".

Referenser

1. Allen SJ, I, Martinez EG, Martinez, Gregorio GV, Dans Leonila F. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 11. Art. No.: CD003048. DOI: 10.1002/14651858.CD003048.pub3.*
2. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. *Probiotics and prebiotics. October 2011. Available from: http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/Probiotics_FINAL_20111128.pdf*
3. Thomas DW, Greer FR; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition; American Academy of Pediatrics Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *Probiotics and prebiotics in pediatrics. Pediatrics. 2010;126:1217-31.*
4. West CE, Prescott, S.L. *Prebiotics and probiotics in prevention of allergic disease. 2012. In: Uptodate, Basedow D (Ed), Uptodate, Waltham, MA, 2012.*
5. Hernell O, West CE. *Clinical effects of probiotics: scientific evidence from a pediatric perspective, in press.*



Christina West MD, PhD,
Avdelningen för klinisk vetenskap/
pediatrik, Umeå Universitet
E-mail:
christina.west@pediatri.umu.se



livetslotteri.se



livetslotteri.se



TEMA: KRÖNIKA*Mark Levengood, talare på Barnveckan 2011:***Det finns ett vägval för landets barnmorskor**

När min son föddes var amning på modet. Ja, värre än så, på BB var de fullständigt besatta. Det var en amningskult. Antiseptiska magra barnmorskor i Birkenstock-tofflor kunde när som helst sparka upp dörren till vårt rum och komma in och skrika om amningens alla fördelar. Helst skulle barnet ammas in i tidiga medelåldern, tills

de var mellan 35 och 40 ungefär. På väggarna runt avdelningen hängde planscher där lyckliga nyförlösta mammor ammade barn ur mjukt välvda storslagna barmar. Just på detta BB såg de nyförlösta mammorna inte alls ut som på de där bilderna. De hade hårtestar som svettklibbade fast i pannan, rödfläckiga kinder och barmer i väldigt olika stadier av storslagenhet. Somliga var rent av småslagna.

De mödrar som inte flödade över av mjölk likt Sarons nötkreatur dröp runt på avdelningen som skuggor av skam. De hade inte klarat provet. De var inte material till en God Mor, för de var inte laktost högpresterande. Jag tyckte så synd om dem. Som man verkar det inte så väldigt hejsan att klämma ur sig en unge, men att sedan belönas med skuld för att det inte står Arla stämplat i pannan på en, det är bara för mycket. Till all lycka fungerade amningen bra för vår del, ja, själv har jag väl mycket liten del av den äran eftersom jag varken var bröstet eller munnen, men en faders stolthet vet inga gränser. Men inte ens vi fick vara ifred för Den Militanta Amningsarmén. De kom inrusande och drog vår arma son i benen och skrek att han ligger fel, fötterna skulle min själ peka rakt uppåt och modern stå på huvudet så hjärnan rann ner i bröstet och järnberikade mjölken.

Nu får ingen tro att jag är emot amning. Ingalunda, jag tycker det verkar väldigt trevligt, och varmt och mjukt och tryggt och säkert rysligt hälsosamt. Det finns ju också en igenkänning i att få dia, som ett litet vykort från en kropp som man bodde i alldeles nyligen.

Men vad ska man göra om mjölken nu inte rinner till? Är barnet då dömt till att bli en lungsjuktig stackare, avskärmad från känslor och tvingad att dö sottdöden i förtid? Min mor ammade mig pliktskyldigt en vecka,

hela tiden medan hon rökte cigaretter. Tappade hon aska på mig så drog hon ett djupt halsbloss och blåste sedan bort askan från mitt ansikte med röken. Och jag har varit väldigt frisk i mina dagar, knack knack, ta i Mikael Tretow. Och inte är jag känslomässigt avskärmad mer än finländare nu är av naturen. Och tvärtom: Patrick, min gamla vän, som fick dia tills han fyllde två år, tror ni att han fick ett glatt och okomplicerat liv? Nejdå, hans första fru klagade efter skilsmässan bland annat över hans förhållande till just hennes mjölkcentrum, tydligen trodde han hennes barm var något slags radioapparat där man kunde skruva in Radio Luxemburg om man bara vred ihärdigt nog.

Planen för vår del var att vi skulle stanna på BB några dagar, men vi stod inte ut mer än ett dygn. Barnmorskorna fortsatte med sina amningsattacker, fasta i sin övertygelse att vi planerade att mata vårt barn med torrfoder. Det slutade med att vi rymde från avdelningen, vi tog vår son under armen och smet när de gick sin Milchwaffen-rond i ett annat rum. I ett par veckor stängde jag alla fönster noga till natten, om någon av de där maniska morskorna skulle komma krypande upp längs fasaden. Det var säkert helt onödigt, och det är troligen bättre på BB redan nu, det ju gått några år. Birkenstein har fått ge vika för Foppa-tofflan, som ju är mjukare. Och här är nu ett vägval för landets barnmorskor: Det finns två sidor av Foppa. Det finns den grymma forward-spelaren som attackerar utan att visa nåd, den Foppa påminnande om barnmorskorna vi träffade. Men Foppa kan också vara den där varmt leende skägglurken.

Åh vad jag önskar vi träffat den Foppa bland barnmorskorna, kanske dock utan skägget; En vänlig själ, som hade sagt till de nya mammorna att det var duktigt gjort att pressa ur sig en så stor unge, och som kunde ha förklarat för de nya papporna hur ungen hade kommit in dit i första hand, och sen skulle hon säga: Jag vet att ni är nya, och skrämde, och jag ser att ni håller ert barn som vore han ett paket som levererats med talibanposten, men jag vet också att ni kommer att bli helt fantastiska föräldrar för ni har stora hjärtan och är inte helt dumma i huvudet. Mjölk är bra och viktigt, men har alltid ett bäst före-datum. Men ett kärleksfullt föräldraskap, det kommer ert barn att ha nytta av i alla sina dagar.

Mark Levengood

INTERVJUN

Ragnar Jonsell – barnläkaren bakom Rikshandboken

Ragnar Jonsell är barnläkaren som tog initiativet till Rikshandboken i Barnhälsovård. Här berättar han om sin yrkeskarriär, om varför samtalet är läkarens viktigaste verktyg och om varför det är så intressant att läsa domböcker från 1700-talet.



Foto: Anna Jonsell

När Ragnar Jonsell för snart tio år sedan gick i pension från tjänsten som Barnhälsovårdsöverläkare i Jönköpings län hade han planen klar för sig.

–Tanken var att jag skulle skriva om medicinsk historia ur folkets perspektiv. Jag gillar att läsa gamla domböcker från 1700 och 1800-talet. Där finns otroligt mycket spännande att hämta om hur vanligt folk levde på den tiden, berättar han.

Men en samlad skrift står ännu på väntelistan. Istället fick jag tio trevliga år som samordnare, skribent och granskare för Rikshandboken i barnhälsovård.

–Jag hade bara tänkt ha uppdraget en kort tid efter pensionen, men det blev ända fram till 2011. Fast det är absolut ingenting jag ångrar. Det har varit roligt som pensionär att fortsätta ha kontakt med många som arbetar inom barnhälsovården. Faran när man sitter för länge är däremot att de egna kunskaperna blir föråldrade och nya idéer känns jobbiga.

Redan när han arbetade som Barnhälsovårdsöverläkare i Västerbotten på 70-talet skrev Ragnar Jonsell kompendier i barnhälsovård och på 1980-talet togs initiativet till en omfattande handbok för Älvsborgs läns landsting. Denna utvecklades senare tillsammans med Jönköpings läns landsting och användes efter lokal anpassning i många andra landsting. Dessa handböcker byggde på ett utmärkt samarbete i engagerade redaktionsgrupper med sakkunniga från barnhälsovården.

– Vi höll kurser för alla som arbetade på barnvårdcentraler och såg att det fanns ett behov av att snabbt kunna hitta praktisk information.

I slutet av 90-talet kom det upp ett förslag i Barnläkarföreningen om en nationell näthandbok för barnhälsovård.

–Idén att Rikshandboken skulle vara webbaserad möttes av en del motstånd i början, men vi fick igenom förslaget och idag känns det ju självklart att den ligger ute på nätet. Det har gått förvånansvärt bra att få ihop en rikstäckande handbok. De som vill kan ha lokala variationer, men nu använder de flesta landsting Rikshandboken. Olika sakkunniga ansvarar för olika kapitel. Varje år går huvudförfattaren till ett kapitel igenom texten, uppdaterar om det behövs och sedan skickas texten runt för granskning.

Ragnar Jonsell föddes i Stockholm, tog studenten i Nyköping och började läsa medicin i Uppsala, men flyttade sedan till Umeå, för att gå de kliniska kurserna där.

–Flytten till Umeå är bland det bästa jag har gjort. Medicinska fakulteten var ny där och det var en väldigt fin skola på alla sätt. Många lärare var i början eller på toppen av sin karriär och de var måna om att ge oss en bra utbildning. Vi var få kandidater på olika placeringar och fick mycket praktik.

Som färdig läkare prövade han på att jobba inom bland annat barn- och ungdomspsykiatri, men valde att specialisera sig i barnmedicin. Intresset för barnpsykiatri och metoder för att samtala med patienter och föräldrar är dock något som han har haft nytta av under hela sin yrkeskarriär. Inte minst i sin avhandling 1974 där han undersökte psykiska och sociala bakgrundsfaktorer hos patienter som söker barnmedicinsk öppen vård.

–Jag är absolut ingen forskarbegåvning, men här fick jag ett ämne jag brann för. Som barnläkare gäller det att vara lyhörd. Här kan man återigen gå tillbaka till 1700-talet. Läkarna på den tiden hade ingen avancerad teknisk utrustning eller möjlighet att ta labprover. Det var samtalet med patienten som var det viktiga och det är fortfarande det viktigaste verktyget. Det finns en risk idag att läkare förlitar sig alltför mycket på tekniken. Säg till exempel att det kommer in ett barn med magont eller huvudvärk. När man har utslutit att det är

INTERVJUN

någon akut allvarig kroppslig sjukdom gäller det att gå vidare och prata med barn och föräldrar för att försöka ta reda på vad som ligger bakom problemen. Eftersom man sällan har tid för ett längre samtal vid ett akut besök, så bör man boka in en ny tid hos sig själv eller en intresserad kollega. Man kan då utreda det kroppsliga och psykosomatiska parallellt.

På så sätt sparar man både tid och pengar åt både åt sjukvården och familjen.

När Ragnar Jonsell var klar med avhandlingen blev han överläkare i barnhälsovård i Umeå, och sedan lockades han till motsvarande tjänst i Vänersborg och Trollhättan.

Ragnar blev med åren alltmer övertygad om att det förebyggande var viktigt och måste försvaras och utvecklas. Därför lockades han av en tjänst som barnhälsovårdsöverläkare på heltid som fanns ledig i Jönköpings län och blev kvar där ända till pensionen.

Hur blir det då med någon bok om medicin på 1700-talet, nu när han har tid att vara pensionär?

Än så länge har grävandet i domböcker endast lett till några få artiklar. Bland annat en om föräldrar som på 1700-talet blev dömda för att de "låg ihjäl" sina barn. Något som med stor sannolikhet var vad vi idag kallar plötslig spädbarnsdöd.

Några fler artiklar kan det förhoppningsvis bli, men om det blir någon bok återstår att se, säger Ragnar Jonsell.



Anna Käll, frilansskribent
E-mail: annakall@ki.se

Fakta om Ragnar Jonsell

Ålder: 74 år

Bor: Jönköping, samt sommarställe i Smögen på västkusten.

Familj: Gift med Anna Jonsell. Två barn och fem barnbarn.

Bakgrund: 1974-2003 Överläkare i Barnhälsovård i Umeå, Vänersborg/Trollhättan, och Jönköpings läns landsting. Har varit ordförande i Svenska Barnläkarföreningens Hälso- och öppenvårdssektion, representant i Socialstyrelsens arbetsgrupp för vaccinationsfrågor, samt ledamot i Socialstyrelsens vetenskapliga råd i pediatrik. Föreläsare i hela landet om barns psykosomatik, vaccinationer, kvalitetssäkring, barnhälsovårdens historia. Artiklar om vaccinationer, buksmärter, medicinhistoria, samt handböcker om barnhälsovård, infektioner och vaccinationer. 2001-2011 Samordnare, skribent och granskare av Rikshandbok Barnhälsovård på internet parallellt med arbete på olika Barnvårdscentraler.

Fritid: Familj och vänner, Historia, Släktforskning. Natur och Fågelskådning, Lyssna på musik, särskilt visor och klassiskt. Sjunger fortfarande i manskör, Har spelat tenorbasun i kommunala blås- och studentorkestrar.



Annonsera i Barnläkaren
www.barnlakaren.se info@barnlakaren.se

VETENSKAP

Redaktör: Catarina Almqvist Malmros

Ny avhandling It's Peanuts

Jordnötsallergi är en viktig orsak till allvarliga allergiska reaktioner. Hittills har många jordnötssensibiliserade barn, dvs barn med IgE mot jordnötsextrakt, fått rådet att avstå för att undvika allvarliga reaktioner. Anna Asarnej har studerat sensibiliseringsmönster under barndomen och menar att de nya forskningsrönen kommer underlätta diagnostiken av jordnötsallergi och avdramatisera tillvaron för många jordnötssensibiliserade barn.



Korsreaktioner mot födoämnen är mycket vanliga hos pollenallergiker. Pollen-IgE-antikroppar korsreagerar mot allergen i födoämnen på grund av likheterna i struktur. Korsensibilisering innebär oftast att inga eller lindriga symtom uppkommer vid förtäring av födoämnet i fråga. Det positiva IgE-testet mot födoämnet kan i onödan orsaka oro för att drabbas av allvarliga reaktioner.

Det övergripande syftet med denna avhandling var att studera sensibiliseringsmönster under barndomen. Dessutom att studera IgE mot björkpollen, jordnöt och mot olika strukturer i jordnöt i relation till symtom på jordnötsallergi.

Studierna i avhandlingen baserades på material från BAMSE-studien; en födelsekohortstudie med fokus på

att studera utveckling av allergisjukdomar innefattande drygt 4000 barn. De sista delstudierna inkluderade även barn från allergimottagningen på Sachsska Barnsjukhuset.

I den första studien beskrevs sensibilisering mot luftburna allergen under barndomen, andelen sensibiliserade barn ökade från 15 procent till 25 procent mellan fyra och åtta års ålder med dominans av björkpollen-IgE.

I studie 2 visade vi att åttaåringar som var sensibiliserade mot *både* björkpollen och jordnöt i mindre utsträckning uppgav symtom vid förtäring av jordnötter jämfört med åttaåringar sensibiliserade mot jordnöt men *inte* mot björkpollen.

I den tredje studien analyserade vi IgE mot pollen- och jordnötskomponenter. Allergena komponenter är de olika molekyler, framför allt proteinmolekyler i t.ex. ett födoämne som kan ge upphov till sensibilisering. IgE mot jordnötskomponenterna Ara h 1, Ara h 2 och Ara h 3 anses ge upphov till "äkta" jordnötsallergi medan IgE mot den björkpollen-liknande komponenten Ara h 8 ses vid samtidig sensibilisering mot björkpollen. Ara h 2-IgE var starkast kopplad till symtom mot jordnöt, särskilt i kombination med IgE mot Ara h 1 och/eller Ara h 3. De barn som var sensibiliserade endast mot Ara h 8 angav jordnötssymtom i lägre utsträckning och angav lindrigare symtom.

Det fjärde delarbetet i avhandlingen är en fallbeskrivning av en 15-årig pojke med höga nivåer av IgE mot jordnötskomponenten Ara h 6, han fick en anafylaxi efter en jordnötsprovokation trots låga nivåer av Ara h 1-h 3-IgE.

I studie 5 utförde vi jordnötsprovokationer på barn som "bara var Ara h 8"-sensibiliserade. Nästan alla dessa barn tålde jordnöt eller fick snabbt övergående klåda i munnen. En pojke som reagerat mot jordnöt tidigare i livet fick en kraftig allergisk reaktion vid jordnötsprovokationen. Immunoblotting av hans IgE-antikroppar visade att nästan allt jordnöts-IgE var riktat mot ett hittills okänt jordnötsprotein. Troligtvis var det IgE mot detta ännu

VETENSKAP

inte karaktäriserade jordnötsprotein som gav upphov till reaktionen.

Sammanfattningsvis talar resultaten för att sensibilisering endast mot Ara h 8 sannolikt inte är kopplat till svåra allergiska reaktioner vid jordnötsexponering, men det är viktigt att vara vaksam för att hittills okända allergiframkallande jordnötskomponenter i mycket sällsynta fall kan framkalla sensibilisering och reaktioner.

Varningstecken är anamnes på tidigare allvarlig jordnöt-sreaktion eller stigande jordnötsextrakt-IgE utan motsvarande stegring av IgE mot kända jordnöts-komponenter.

Ca 1/3 av barn i Sverige med jordnötsantikroppar i blodet har bara av typen Ara h 8. Den ökade kunskapen kommer underlätta diagnostiken av jordnötsallergi och minska lidandet hos många jordnötssensibiliserade barn som inte längre behöver oroa sig för allvarliga jordnötsreaktioner.

Avhandlingen försvarades 2012-06-01 vid Karolinska Institutet. Huvudhandledare var professor Magnus Wickman. Länk till avhandlingen: <http://publications.ki.se/xmlui/handle/10616/40978>

*Anna Undeman Asarnej,
Medicine doktor och ST-läkare i
pediatrik vid Astrid Lindgrens
Barnsjukhus, Karolinska
Universitetssjukhuset i Solna.
E-mail: anna.asarnej@ki.se*



Medicinska riksstämman

Årets Medicinska Riksstämma går av stapeln 28-30 november 2012 på Älvsjömessan i Stockholm. Temat är "Framtidens hälsa", vilket har ett tydligt pediatrikt intresse. Barnläkarföreningen anordnar inte mindre än sju symposier under de tre dagarna, samt gäst- och högtidsföreläsare. Liksom tidigare år kommer vi anordna en postersession med prisutdelning till bästa abstrakt och presentation. Förra året (2011) fick följande kollegor speciellt omnämnande;

Berndt Eckerberg fick första pris (3000 SEK) för studien "Melatoninbehandling av skolungdomar med insomningssvårigheter - en placebokontrollerad crossover-studie". Ulf Söderström fick andra pris (2000 SEK) för studien "Being born in Sweden increases the risk for type 1 diabetes - a study of migration of children to Sweden as a natural experiment" och tredje pris (1000 SEK) gick till Annika Winbo för studien "The Swedish Long QT Syndrome R518X/KCNQ1 Mutation - Genotype and Clinical Phenotype".

Utöver detta fick Pär Brandström pris för mest citerade pediatrik artikel 2010 med "The Swedish reflux trial in children: III. Urinary tract infection pattern. Brandström P, Esbjörner E, Herthelius M, Swerkersson S, Jodal U, Hansson S. J Urol. 2010 Jul;184(1):286-91, sammanlagt 26 citat.

Titta gärna på programmet på länken www.sls.se/Riksstamman/Programmet, och glöm inte att anmäla abstracts senast 24 augusti.

Rättelse BL nr 4/2012 sid 18, stycke 2

Korrekt: Här finns ingen akutmottagning; alla patienter kommer hit med remiss från en barnklinik. Barn med vanliga infektioner, astma, diabetes eller okomplicerad epilepsi, sjukdomar som dominerar på vanliga barnkliniker, är undantag på GOSH.

SVAR DIREKT

Vilka är dina rekommendationer för hur ofta man ska amma?

Carl-Erik Flodmark, överläkare, Barnöverviktsenheten, Region Skåne, Malmö



–Amning är en av de viktigaste kontakterna man kan ha med sitt barn. Förutom näringskapar det en ömsesidighet och utveckling hos barnet som inte kan överskattas. Amning skyddar mot infektioner, allergier och utveckling av fetma. Rytmen i amningen får infinna sig naturligt. Så det finns inget rätt

eller fel. Ett barn som skriker kan få både för mycket och för lite mat. Här måste man prova sig fram och ta hjälp av viktkurvan. Ser den rimlig ut? Finns det någon annan sjukdom som förklarar skrikigheten? Ett barn som mår bra och ökar normalt i vikt ammas på bästa sätt.

Kristin Lindblom, barnhälsovårdsöverläkare, Landstinget Dalarna



–Barnhälsovården Dalarna rekommenderar fri tillgång till bröstet och bröstmjölken för ett friskt fullgånget barn. Beroende på barnets individuella behov kan antalet amningstillfällen per dygn variera stort. God kunskap om amning inom barnhälsovården är ett måste för att kunna ge stöd i amningsfrågor utifrån barns och föräldrars

behov i allmänhet samt vid specifika tillstånd som vid sjukdom hos barn eller mamma.

Gunilla Kördel, barnhälsovårdsöverläkare, Gävleborg/Gästrikland



–Det ser olika ut för varje mor-barn-par. En del ammar tätt, andra glesare.

Man måste ge tid till att lära känna varandra, se barnets signaler och hitta sin och barnets rytm.

En del hittar detta ganska snart. Andra behöver mer tid och stöd för att det ska fungera bra. Där har BVC en viktig roll.

Giovanna Marchini, docent, överläkare, neonatalavdelningarna, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm



–Egentligen enkelt att svara på: titta på barnet! När ett nyfött barn vaknar och börjar visa spontana sök-sugrörelser, så betyder det hunger-törst. Försök då amma så ofta du kan. Nyfödda vill dia väldigt tätt, speciellt de första 2-3 dagarna och många mödrar uppfattar då att de vill suga "hela tiden".

Detta kan kännas jobbigt! Men å andra sidan så är det just barnets diande vid bröstet som gör att det bildas mer bröstmjolk inom loppet av ett fåtal dygn. Mer amning - mer mjölk, så funkar det. När barnets vikt ökar, brukar det inte bli lika tätt mellan amningarna.



SMS:a

till 72970 och förverkliga en dröm!

Då skänker du 20 kr som förverkligar svårt sjuka barns önskedrömmar, som att besöka en djurpark. Vi skickar också information om hur du kan bli månadsgivare.

www.minstoradag.org



Stiftelsen
MIN STORA DAG

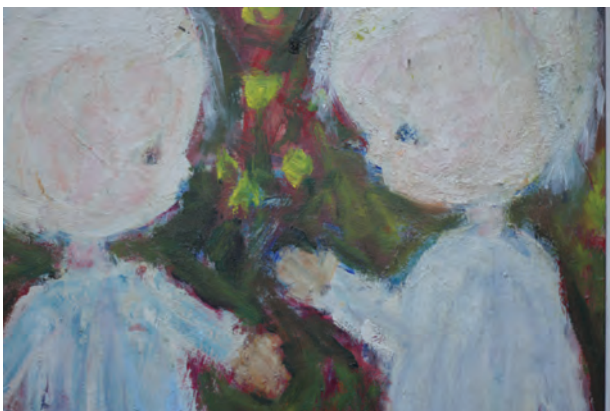
KULTUR

Redaktör: Carl Lindgren

Kurt Carendi – barnmålaren



Kurt Carendi, konstnär (1905-1971).



(1) Två barn med docklikt utseende (detalj ur oljemålning).

Kurt Carendi föddes 1905 i Vara i Skaraborg och dog 1971. Han flyttade till Stockholm, gifte sig och hade en dotter. Han arbetade som kontorstjänsteman men tröt-



(2) En grupp av små barn (olja på duk).



(3) En procession av konfirmander (detalj av oljemålning).

Foto: (Samtliga verk ur författarens samling) Foto: Helena Areström

nade på detta och började måla i början av 1930-talet. Han blev populär under 1940-talet för sitt mjuka och diffusa måleri. Han målade stilleben och figurkompositioner



Björns trädgård är en liten park vid Götgatan på Södermalm i Stockholm.

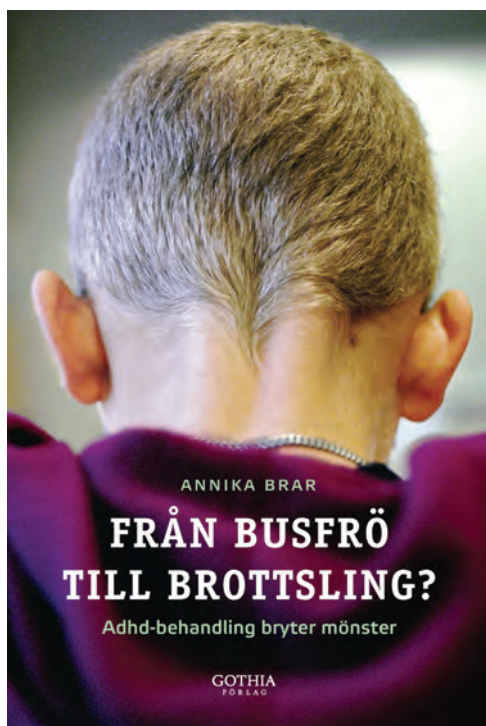
men är mest känd för sina barnmotiv. Det finns ofta religiösa inslag och färgerna är diffusa och stämningsska-

pande. Han hämtade ofta sina barnmotiv i Stockholm, särskilt vid Björns Trädgård på Södermalm där han ofta uppehöll sig. Ibland ser barnen ut som dockor, med stort runt huvud och diffust ansiktsinnehåll (1). Ett annat vanligt motiv är grupper av små barn (2) eller unga flickor i procession, som ofta kan tolkas som konfirmander (3).

Carendi var huvudsakligen självlärd men fick viss teckningsutbildning vid Otte Skölds målarskola. Trots denna brist på formell utbildning är han representerad på Nationalmuseum, Moderna museet och flera andra museer. Han var mycket produktiv och hans verk hittas ofta på enklare auktioner som exempelvis Stadsauktion, där hans oljemålningar inte sällan säljs för låga priser, ofta under 1 000:-. Barnmålaren Kurt Carendi förtjänar mer uppmärksamhet än den han fått.

*Olle Söder, professor, barnläkare,
ordförande i BLF.
E-mail:olle.soder@ki.se*

Från busfrö till brottsling? ADHD-behandling bryter mönster



Författare: Annika Brar. Häftad, 120 sidor, Gothia förlag, 2011. ISBN10: 9172058064

Boken utgår från ett projekt vid Norrtäljeanstalten, som bedrivits i form av ett samarbete mellan Stockholms läns landsting, Karolinska Institutet och Kriminalvården. Det är således ett unikt forskningsprojekt, tillika avhandlingsprojekt, som genomförts med vuxenpsykiater Ylva Ginsberg som projektledare. Disputationen ägde rum i maj 2012 då avhandlingen "Attention Deficit Hyperactivity Disorder in prison inmates" försvarades.

Annika Brar har följt Norrtäljeprojektet och skildrar på ett mycket engagerande sätt de olika delstudierna och deras resultat. Information om studierna varvas med faktadelar om ADHD och, inte minst, med tre fallbeskrivningar, livsberättelser, skrivna av tre av de män, Micke, Lars och Leo, som ingått i studierna på Norrtäljeanstalten. Deras historier är gripande och belyser hur utvecklingen kunnat bli just den som boktiteln förmedlar.

Författaren skriver i de inledande avsnitten: "De började begå brott redan som barn och har dömts otaliga gånger. Deras gärningar har drabbat en mängd brottsoffer och närstående. Ingenting går att försvara, inte mycket går att förlåta för den som drabbats eller svikits. Lite mer går kanske att förklara. Kanske skulle en del av de drabbade personerna ha haft en annorlunda utveckling om de fått adekvat behandling och stöd redan som barn. Kanske kan svåra

KULTUR

sekundära problem förhindras hos dagens unga med ADHD genom ökade kunskaper hos alla oss som möter dem”.

I detta världsunika projekt kunde forskarna visa att förekomsten av ADHD hos intagna med långa fängelsestraff var ca 40 procent och att den randomiserade, kontrollerade läkemedelsstudien – där centralstimulerande medicin gavs i kombination med psykosocial behandling – gav goda behandlingsresultat. Aldrig tidigare har en behandlingsstudie med läkemedel för ADHD genomförts vid ett fängelse!

“De som ingick i studien fick ta del av en behandling som gjorde att de för första gången i livet kunnat slappna av, tänka färdigt en tanke och göra en sak i taget. De har kunnat börja läsa, studera och skriva”. Projektet har visat att det går att bryta en ond cirkel.

Faktadelarna är mycket innehållsrika och informativa och tar upp hur funktionsnedsättningen yttrar sig, vanliga adderande problemområden, orsaksfaktorer, hur man tar reda på om någon har ADHD, och inte minst hur man genom behandling och olika insatser kan bidra till en mer positiv utveckling för barnet eller den vuxne.

Boken avslutas med en nationalekonomisk kalkyl i kapitlet: Behandling av kriminella med ADHD – en lönsam affär? Den viktiga beräkningen – vad det kostar att göra olika insatser jämförs med kostnaden för att inte göra dem.

En kartläggning visade att de intagna på Norrtäljeanstalten hade en lång bakgrund av misslyckade behandlingar inom kriminalvård, missbruksvård och socialtjänst. Den ekonomiska utvärderingen av projektet har visat att projektet varit framgångsrikt – både mänskligt och ekonomiskt.

Boken är synnerligen välskriven och läsvärd; den beskriver ett världsunikt projekt inom Kriminalvården i Sverige, den sammanfattar medicinska fakta på ett klart och tydligt sätt, förmedlar genom de tre männens levnadshistoria ett starkt inifrånperspektiv och den belyser vad vi och samhället kan bidra med för att i möjligaste mån förhindra att utvecklingen blir så som för dem denna bok handlar om.

Boken kan varmt rekommenderas – till alla.



Elisabeth Fernell, överläkare,
Utvecklingsneurologiska enheten
(UNE), Barnkliniken, Skaraborgs
sjukhus, Mariestad
E-mail:
Elisabeth.fernell@vgregion.se

Mat – en del av kulturen

Vår inställning till mat kännetecknas enligt TV-programmet *Landet Brunsås* (2010) av att det viktigaste är att maten går snabbt att tillreda, är billig, mättande men framför allt giftfri. När datum för “bäst före” passerat blir maten generellt betraktad som otjänlig eller rent av farlig. Hållbarhetsmärkningen är emellertid endast en rekommendation från tillverkaren, och det går oftast att äta maten flera dagar till om det har förvarats rätt. Beräkningar visar att vi trots det slänger 56 kg fullvärdig mat per person under ett år vilket i runda slängar motsvarar var fjärde hemburen matkasse. Enligt branschorganisationen Svensk dagligvaruhandel kasserar dessutom svenska matvarubutiker mat värd över två miljarder kronor varje år.

Små smakprover till små barn

Efter att hösten 2011 ändrat formuleringen från att tidigare rekommenderat till att man *uppmuntrar* till amning har Livsmedelsverket också infört begreppet *Tidiga pyttesmå smakprov*. “Många barn visar dock intresse för annan mat redan före sex månader” skriver Livsmedelsverket i sin publikation *Bra mat för spädbarn* (1). Hur barnet utan yttre påverkan ger uttryck för detta intresse framgår dock inte.

För att bejaka denna nyfikenhet för nya smaker och konsistenser öppnade Livsmedelsverket i de senaste kostråden för spädbarn för att man – från tidigast fyra månaders ålder – kan låta barnet få ungefär ett kryddmått av olika nya smakämnen före själva måltiden. Just ordet smakprov markerar att Livsmedelsverkets strävan är att det ska vara en upplevelse av en smak snarare än att vara mättande.

Franska barns förhållande till mat

Den franske sociologen Pierre Bourdieu (1930 – 2002) menade att smak, inklusive den för olika maträtter, inte är något man föds med, utan som man erövrar och kontinuerligt tränar för att kunna bibehålla. Resultatet av detta manifesteras i individers eller grupperas livsstil, något som speglar en position i ett större sammanhang. Det uttrycker därmed enligt Bourdieu, en tillgång till vad han menade var ett speciellt och åtråvärt socialt kapital. Franska barn tränar också upp sina smaker i den kommunala barnomsorgen redan ifrån la crèche och vidare i *la maternité* (2). Det verkar också som om franska barn, med stöd av föräldrar och samhällskultur, bibehåller sin acceptans och sitt intresse för divergerande smakupplevelser.

KULTUR



Svensk barnmatsedel. Alternativen som erbjuds är pizza, pasta eller pannkakor eller det billigare alternativet i form av varma potatisklyftor. Drycken som ingår förefaller vara Coca-cola eller Fanta.



Fransk barnmatsedel är marginellt dyrare än den svenska men erbjuder å andra sidan val mellan två förrätter, två varmrätter med valfritt tillägg (Frites eller Haricots verts) samt dessert. Coca-cola eller Fanta ingår ej.

I analogi med detta representerar måltiden för franska barn en social ritual även högre upp i åldern. Samtidigt är prevalensen av övervikt och fetma både bland barn och vuxna i Frankrike bland de lägsta i Europa. Förvisso finns goda initiativ på smaklig och variationsrik kost i kombination med social träning bland familjer, i förskolor och skolor även i vårt land (3). Men detta motverkas fortfarande tyvärr av de barnmenyer som restauranger i Sverige vanligen presenterar. Dessa bör rimligen vara ett uttryck för vad man erfarenhetsmässigt vet, eller åtminstone tror sig veta, att barn gillar. En meny riktad till franska barn på restaurangbesök kan illustrera hur olika man kan se på begreppet "barnmat".

Inte självklart att introducera exotiska smaker

I analogi med Bourdieus teori skulle de pyttesmå smakportionerna på sikt kunna leda till ett större socialt kapital även för svenska barn. Några vetenskapliga belägg för att introduktionen till nya smaker i tidig ålder skulle leda till ett kvarstående intresse för detta har dock hittills varit svårt att finna. Förutsättningen för det måste i så fall vara en kontinuerlig och konsekvent hållning i hemmet, förskolan, skolan och på restauranger.

Den kostanames som ingår i vardagspediatriken ger tyvärr vid handen att de flesta barn ganska tidigt, om de får välja själva – vilket de ofta verkar få – begränsar sin kost till ensidiga, tämligen smaklösa och lättuggade produkter. Det verkar inte helt självklart att tidigt introducera smaker även ifrån fjärran kontinenter som till exempel kiwi och mango verkligen leder till en fortsatt nyfikenhet på smakupplevelser. I Landet Brunsås verkar det istället som om barnen, trots välmenande initiativ, utvecklar en successiv attenuering av impulserna från sina smaklökar.

Referenser

1. Bra mat för spädbarn, Livsmedelverket, 2012. http://www.slv.se/upload/dokument/mat/kostrad/bra_mat_spadbarn_broschyr.pdf
2. Druckerman Pamela, *French Children Don't Throw Food*, Transworld Publishers, London, 2012.
3. Linder J och Sparring K, *Kökshjältar: Bästa hjälpen i förskoleköket*, Måltidsakademins Förlag i Grythyttan, 2012.

Carl Lindgren

E-mail: Carl.lindgren@actapaediatrica.se

KALENDARIVM

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

2012

OKTOBER

8-12/10 Kurs i medfödda metabola sjukdomar ST- och vidareutbildningskurs som vänder sig främst till barnläkare men även till neurologer, endokrinologer genetiker och kliniska kemister.

Info: www.blf.net/neuropediatrik

10-11/10 APLS (Advanced Paediatric Life Support), Umeå

Info: www.vgregion.se/sv

12/10 Svensk förening för Ungdomsmedicin 25 år, Claes Carlstens minnesföreläsning, University College London

Info: www.vgregion.se/sv

29/10-2/11 CMV 2012, San Francisco

Info: www.mcaevents.org/cm2012/

NOVEMBER

7-8/11 APLS (Advanced Paediatric Life Support), Göteborg

Info: www.vgregion.se/sv

7/11-10/11 31st Italian National Congress on Antibiotic Therapy in Pediatric Age, Milano

Info: www.mcaevents.org/EN/index.aspx

28-30/11 Medicinska Riksstämman, Stockholm

Info: www.sls.se/riksstamman

28/11-1/12 Excellence in Paediatrics 2012, Madrid

Info: www.excellence-in-paediatrics.org/content/68/conference

2013

APRIL

22-28/4 **Barnveckan i Karlstad**

Info: www.blf.net

JUNI

11-13/6 IAAH 10th World Congress, Istanbul

Info: www.IAAH2013.org

17-20/6 International Symposium on Pediatric Pain, Stockholm

Info: www.ispp2013.org

Nästa nummer...

Nästa nummer har temat **Oral hälsa** och utkommer den **29 november**. 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 (Anders Andersson, barnläkare, barnkliniken, Malmö lasarett, anders.andersson@hotmail.com). Max 5 referenser/artikel.

Tipsa gärna om nyheter: info@barnlakaren.se



VÄLKOMMEN TILL BARNVECKAN I KARLSTAD!

22-25 APRIL 2013

www.barnveckan.se



KARLSTAD.SE



Svenska
Barnläkarföreningen



HILANDERS | VISUALART



SMS:a



till 72970 och förverkliga en dröm!

Då skänker du 20 kr som förverkligar svårt sjuka barns önskedrömmar, som att besöka en djurpark. Vi skickar också information om hur du kan bli månadsgivare.
www.minstoradag.org



Stiftelsen
MIN STORA DAG



Valet av inhalator är viktigt för astmakontroll
Välj Novopulmon[®] Novolizer[®]



Novopulmon[®]
Novolizer[®] (budesonid)



Formatrix[®]
Novolizer[®] (formoterol)



Ventilastin[®]
Novolizer[®] (salbutamol)

ASTMALINJEN.SE

Meda AB, Pipers väg 2 A, Box 906, SE-170 09 Solna Tel 08-630 19 00, Fax 08-630 19 50, e-post: info@meda.se • medasverige.se • astmalinjen.se • kolguiden.se

Novopulmon[®] Novolizer[®] (budesonid), Inhalationspulver: 200µg & 400µg, 200 doser. Indikation: Underhållsbehandling av astma. Produktresumé senast uppdaterad 2011-07-08 resp. 2011-09-01. Formatrix[®] Novolizer[®] (formoterol), Inhalationspulver: 6µg & 12µg, 60 doser. Indikation: Ges som tillägg till underhållsbehandling med inhalerad kortikosteroid för lindring av bronkobrastruktiva symtom och förebyggande av ansträngningslösta symtom till patienter med astma när adekvat behandling med kortikosteroider inte är tillräckligt. Formatrix[®] Novolizer[®] är också indicerat för lindring av bronkobrastruktiva symtom vid kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Produktresumé senast uppdaterad 2011-11-01. Ventilastin[®] Novolizer[®] (salbutamol), Inhalationspulver: 100µg, 200 doser. Indikation: Symtomatisk behandling av tillstånd med åtföljande reversibel luftvägsobstruktion, t.ex. astma eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) med en betydande reversibilitetskomponent. Förebyggande av astmaanfall som utlöses av ansträngning eller exponering för allergen. Produktresumé senast uppdaterad 2008-02-15. För fullständig information se www.FASS.se. Referenser: www.FASS.se, Moeller M et al. Arz Forsch [Drug Research] 2008;58(4):168-173. Novolizer[®] har belönats med "Golden SMM" av the safe Material in Medicine Association och med "Mayo Award" för "Best Technological Innovation of the Year".

MEDA