

PREMATURFØDTE BARN MED SPISEVANSKER: UTFORDRINGER FOR BARNET OG FAMILIEN

Tilstrekkelig tilførsel av mat og væske er primærbehov. Det er kanskje derfor vi tar det for gitt at alle barn kan spise?

**Av Helle Schiørbeck, spesialpsykolog Spise- og ernæringsteamet
ved Oslo Universitetssykehus-Rikshospitalet**

Artikkelen er skrevet til Prematurposten nr. 2-07 og revidert i 2013.

Kun behovet for oksygen overskrider behovet for mat og drikke. Fra naturens side er nyfødte utstyrt med reflekser som setter i gang spiseutviklingen. Når denne prosessen kommer i gang, og forløper uten komplikasjoner, kan det virke som om spiseutviklingen går av seg selv. Likevel er bekymringer rundt måltider og ernæring til sped- og småbarn en av de utfordringene som hyppigst rapporteres fra foreldre.

I nyfødtperioden kan spedbarn spise åtte–ni måltider i døgnet. Måltidsrytmen endres etter hvert som barnet utvikler grunnlaget for å spise større måltider, og skolebarn er oftest nede i fire–fem måltider om dagen.

Siden barnet må spise og drikke mange ganger hver eneste dag, blir dette en av de mest grunnleggende ferdighetene barn må lære å mestre. Når barn ikke lærer å spise og/eller drikke, vil de fleste foreldre reagere med bekymring og stress. Ikke sjelden går det utover selvbildet og troen på egen foreldrekompetanse.

Hjelp fra helsetjenesten

I dag kan helsetjenesten sikre at barn ernæres. Barn som ikke spiser og/eller drikker selv, kan ernæres gjennom sonde. Likevel gir de fleste foreldre uttrykk for et klart ønske om at barnet deres skal spise på vanlig måte. Mat og måltider er viktige i vår kultur, måltidene utgjør en viktig sosial arena for trivsel og tilhørighet, og maten gir oss sensoriske opplevelser som vi ikke kan tenke oss å leve uten.

Gjennom mange års erfaring som spesialpsykolog i Spise- og ernæringssteamet ved Oslo Universitetssykehus – Rikshospitalet, har jeg truffet mange familier med prematurfødte barn som har spisevansker. Forståelse av spisevansker hos barn, må alltid baseres på innsikt i hvordan barns normale utvikling forløper. Barns normale utviklingsforløp medfører også utfordringer, og det er nødvendig med kunnskap om dette for å kunne skille mellom vanlige utfordringer og spesifikke vansker. Disse sammenhengene blir derfor forsøkt trukket opp. Det følgende er basert både på klinisk erfaring og på forskningsbasert kunnskap.

Hva vet vi om spiseutvikling og spisevansker hos prematurfødte barn?

Spiseutvikling er en sammensatt og kompleks prosess. Forutsetningene for barnets spiseutvikling legges gjennom svangerskapet, helt frem til kort tid før termin. Et barn som fødes før fullgåtte 37 uker (37 uker 0 dager) er per definisjon prematurfødt.

Prematuritet medfører ofte umodne funksjoner i ett eller flere organ-system. Risiko for vansker øker jo tidligere i svangerskapet barnet blir født. Umodne lunger kan gi pustevansker og økt risiko for luftveisinfeksjoner. Et umodent mage/tarmsystem kan ha innvirkning på fordøyelsessystemets evne til å ta opp og bearbeide næring. Barnet kan ha sensoriske og/eller motoriske vansker. Smerter og ubehag, for eksempel på grunn av refluks fra magesekken eller langvarig forstoppelse, kan

forstyrre barns evne til å skille sultopplevelse fra annet ubehag i mage/tarmkanalen. Slike forhold kan påvirke barnets motivasjon for å spise. Umodne funksjoner i nyfødtperioden gjør at mange prematurfødte er avhengig av ernæring gjennom sonde etter fødselen. Gode rutiner på nyfødtintensiv-avdelingene ivaretar barnets spiseutvikling ved at det legges til mors bryst samtidig som det får mat i sonden. Spiseutviklingen kan også stimuleres ved at barnet tilbys morsmelk fra kopp eller flaske i tillegg til bryst. Likevel er det barn som sliter med spising etter at de utskrives fra sykehus.

Spisevansker kan være av kortvarig karakter eller vedvare gjennom sped- og småbarnsperioden. Noen få barn er i risiko for vansker som vedvarer ennå lenger. Dette gjelder spesielt barn med sammensatte vansker som ved Cerebral Parese med oralmotoriske vansker og risiko for feilsvelging.

Undersøkelser viser at foreldre til 20–40 prosent av friske sped- og småbarn rapporterer periodevise utfordringer med barnas kosthold og måltider. Avgrensede perioder der barn har nedsatt appetitt, er kresne eller er vanskelige å få til å delta i måltider, er å betrakte som normalt. Spisevansker snakker vi først om når vanskene vedvarer over tid, påvirker barnets vekt- og vekstutvikling, generell helsetilstand, eller trivsel og psykososial utvikling.

Spisevansker kan deles inn i tre hovedgrupper (etter Douglas 2000):

1. Vansker relatert til **mengde mat**: Her finner vi barn som har liten interesse for mat, med dårlig appetitt, som ikke klarer å spise tilstrekkelig store porsjoner, og som avviser maten det tilbys. Dette er barn som er **mer enn normalt småspist eller som har spisevegring i tidlig barndom**. Det må ikke forveksles med anoreksia nervosa, som er et helt annet problembilde.

2. Vansker relatert til matens *konsistens eller sensoriske egenskaper*:

Her finner vi barn som ikke klarer å bearbeide maten i munnen, som har vansker med overganger fra en type konsistens til en annen eller som ikke klarer eller tør å svelge maten. Barn som er sensorisk overfølsomme for matens smak, tekstur eller temperatur, faller også inn under dette. Det omtales som ***umoden munnmotorikk, oralmotoriske eller oralsensoriske vansker og dysfagi***.

3. Vansker relatert til *kostholdets sammensetning*: Noen barn spiser kun

et meget snevert utvalg matvarer, ofte mindre enn ti. Dette er en ekstrem form for kresenhet som vedvarer over tid. Ofte ser vi slike vansker hos barn som er generelt engstelige, som har opplevd en traumatisk hendelse knyttet til mat i tidlig barndom, eller hos barn innenfor autismespekteret. Dette omtales som barn med ***selektivt kosthold, ekstrem kresenhet og særspising***.

Få norske tall

Det foreligger få gode tall på forekomst av spisevansker hos prematurfødte, norske barn. Det er godt dokumentert i utenlandske studier at prematurfødte er i risiko for å utvikle spisevansker, men angivelsene varierer avhengig av hvordan "prematuro" defineres i de enkelte studiene. Spisevanskene vi oftest ser hos premature faller inn under de to første punktene i definisjonen over.

Ser man på et større utvalg barn som henvises til spesialisthelsetjenesten, utgjør premature en stor andel av denne gruppen. Spisevansker er en av de hyppigst rapporterte henvisningsgrunnene for de prematurfødte som henvises til spesialistoppfølging, ofte sammen med andre symptomer som refluks fra magesekken og/eller lungeproblematikk.

Det er indikasjoner på at risiko for spisevansker øker med lav fødselsvekt og kompleksitet i barnets helsetilstand (Rommel m.fl. 2003). Barn som

er født med veldig lav fødselsvekt, og som var små i forhold til gestasjonsalder, ser ut til å ha større risiko for spisevansker enn barn som var normalt store i forhold til gestasjonsalder ved fødselen (Dodrill med flere 2008; da Costa med flere, 2010). Langvarig behov for respirator og ernæring gjennom sonde øker risiko for spisevansker (Dodrill med flere, 2004). Ernæringssonde er et tiltak som kan settes inn for å få barnet raskere opp i vekt. Barn får også sonde på grunn av spisevansker. I noen tilfeller ser vi at barn får så mye mat gjennom sonden, over lang tid, at motivasjonen for å spise avtar. Da kan sonden ha medvirket til å forsterke eller forlenge barnets spisevansker. Wood og medarbeidere (2003) fant at en tredjedel av barn født før 26. svangerskapsuke fortsatt hadde spisevansker ved treårsalder.

Tilsvarende fant en norsk undersøkelse at 22 prosent av ekstremt for tidlig fødte barn hadde spise- og/eller svelgevansker. For noen varte vanskene frem til toårsalder, mens de var begrenset til kortere perioder for andre barn (Markestad og Halvorsen, 2007).

Også barn som er født nær termin, mellom uke 34 og 37, kan utvikle spisevansker. Dette er barn som på mange måter fremstår som ferdig utviklet, men som kan ha umodne og ukoordinerte reflekser (Adamkin, 2006; Boyle & Boyle, 2013). Det er viktig å understreke at de fleste barn som fødes for tidlig utvikler en normal spisefunksjon i løpet av spedbarnsperioden.

Ulike faser spiseutviklingen: Hvordan kan spisevansker vise seg?

Utfordringer i nyfødtperioden:

Barns spiseutvikling settes normalt i gang av medfødte reflekser. Gjennom svangerskapet øver barnet på å suge på fingre og tær, og på å svelge fostervann. Etter fødselen vil barnets søke- og sugerefleks gjøre at barnet begynner å die når det legges til brystet, og svelge-refleksjonen utløses når barnet suger og melken treffer svelget.

Nevrologisk modning gjør at sug- og svelgereflexen er koordinert med barnets evne til å puste mens det dier, i en regulert sug-svelg-pust-rytme. Suge og svelgeaktivitet er normalt til stede allerede ved 28. svangerskapsuke, mens den koordinerte sug-svelg-pust-rytmen først er ferdig utviklet rundt 34. svangerskapsuke. Før denne rytmen er etablert vil vi ofte se barn som seriesuger før de svelger og som må slippe brystet for å puste. Dette er viktige forhold som er med på å forklare hvorfor prematurfødte kan ha vansker med å komme i gang med å spise selv. Barnet kan ha nedsatt munnmotorisk kraft og utholdenhet til å suge, sammen med dårlig koordinerte reflekser. Samtidig kan barnet ha vansker med pust/lungefunksjon. Barn med broncopulmonal dysplasi/umoden lungefunksjon er ekstra utsatt for vansker med rytmisk sug-svelg-pust (Gewolb & Vice, 2006).

Stressfaktorer

Fravær av den gode rytmen når barnet ligger ved brystet kan være en stressfaktor både for mor og barn. Ofte kaver barnet så mye at det gir opp, eller det sovner, før det har spist seg passe mett. Barn med behov for ernæring gjennom sonde opplever å bli mett uavhengig av å spise selv, noe som gjør at motivasjonen for å spise vil avta. Ernæringssonden vil også kunne forstyrre barnet når det svelger.

Det er alltid viktig å vurdere hvor mye barnet er i stand til å spise selv før det gis sondeemat. Dessverre ser vi av og til at foreldre får råd om å fullernære barnet gjennom sonden, selv om det kan spise noe selv med hjelp og tilrettelegging. Da kan spiseutviklingen stoppe opp. Noen barn får mer mat enn de ville spist dersom de var selvregulert. Barnet kan svare med å kaste opp overskuddet. Oppkast kan ha flere årsaker. Lege og/eller klinisk ernæringsfysiolog som har gitt råd om hvor mye sondeemat barnet skal ha, bør gjøre en vurdering. Det er viktig å ha to tanker i hodet samtidig: både ernæring og spiseutvikling.

Den første tiden er det viktig med ro og god støtte for mor og barn. Barnet kan trenge tid til å modnes og å utvikle de grunnleggende forutsetningene som skal til for å spise selv. Både mor og barn kan trenge hjelp og veiledning i denne fasen. Studier viser at tiltak som stimulerer barnets oralmotoriske og oralsensoriske fungering kan forbedre spise-funksjonen i nyfødtp perioden og redusere risikoen for spisevansker. Slike tiltak kan lette overgangen fra sykehus til hjemmet (Yan-Lin Liu og medarbeidere, 2013; Bertocelli og medarbeidere, 2012).

Gode rutiner før hjemkomst

De fleste norske barneintensivavdelinger har gode rutiner for å sikre at barnet er i stand til å spise selv før det utskrives fra sykehuset. Likevel møter vi mange foreldre som beskriver en vanskelig hverdag etter at de er utskrevet til hjemmet.

I nyfødtp perioden vil det ofte være et fokus på medisinske forhold og barnets ernæringsstatus, med en overordnet målsetting om å sikre barnets vekt- og vekstutvikling. I denne fasen vil mange foreldre oppleve at dagene går med til å måle antall milliliter man får inn i barnet, og det vil være et betydelig fokus på veiing og måling – og medisinsk behandling. Dette er forhold de færreste er forberedt på å møte som foreldre.

Mange opplever at medisinske prosedyrer forstyrrer og tar fokus bort fra det de hadde forventet av nærhet, normal omsorg og samvær med det nyfødte barnet. Maten oppleves til tider som medisin som skal gis i bestemte mengder til bestemte tider, etter en nøye forordnet behandlingsplan. Fokus på om barnet er sulten eller mett, og om måltidene kan lirkes til i forhold til familiens planer og rytme, blir overstyrt. Foreldre forteller om det de kaller "milliliternes og milligrammenes tyranni" etter utskrivning fra sykehus.

Det er lett å ta med seg de omsorgsrutinene man lærte på sykehuset hjem. Det kan samtidig være vanskelig å stole på barnets evne til å regu-

lere hvor mye det bør spise, og på egen evne til å tolke barnets signaler. Overgangen fra å fokusere på et voksenstyrt ansvar for å sikre et maksimalt og optimalt næringsinntak hos barnet, til å la barnet være med på å regulere mer selv, er ofte utfordrende. Det er likevel helt nødvendig for at barnet skal utvikle et normalt forhold til mat og måltider.

I slike situasjoner kan det være en stor hjelp med tettere oppfølging fra helsesøster eller annen fagperson som har erfaring og kunnskap om prematurfødte barn og deres spiseutvikling. Utfordringen er å legge "behandlingsperspektivet" bak seg og gå inn i "foreldre-barn-samspill og omsorgsperspektivet".

Sped- og småbarnsperioden:

I denne fasen skal barnet utvide kostholdet fra flytende føde til å spise grøt, puréer og finmoset mat, og etter hvert til et bredere utvalg mat med mer utfordrende smaker og konsistens. Barnet skal gå fra å bli matet til å lære å spise selv. Barnet skal integreres i fellesmåltider hjemme, lære en måltidsrytme, og mange måltidsrutiner med et sett av grenser for hva som er akseptabelt i fellesskap med andre.

Barnet skal lære å trives i måltider, sammen med gode forbilder/rollemodeller som viser en trygg utviklingsvei for barnet. Mange barn begynner i barnehage i denne perioden. Der skal de også kunne delta i måltider med en barnegruppe.

De fleste studier påpeker at spisevanskene i nyfødtp perioden er den største utfordring for barn som fødes for tidlig. Det er også flere studier som viser at vansker kan vedvare gjennom sped- og småbarnsperioden for noen av barna.

Overgang til nye konsistenser og flere smaker i et sammensatt kosthold i normal spiseutvikling:

Fra cirka firemåneders alder (etter termin) er barnet åpent for å introduseres for smaksopplevelser. Perioden fra fire til sju måneder er en utviklingsfase der barn er åpne for å bli introdusert for alle de smaksopplevelsene som kjennetegner den matkulturen barnet skal vokse inn i. I denne perioden er barn "programmert" til å smake på mat, gjerne i form av å suge på en skje, eller på egne fingre som har vært dyppet i noe som smaker.

Dette betyr ikke at barnet skal begynne å spise så mye at det går på bekostning av ammingen. Smaksopplevelser har sin egen verdi i barnets spiseutvikling, og i den første tiden er det ikke ernæringsperspektivet som teller.

Fra cirka seksmåneders alder er barn normalt i stand til å flytte tungen rundt i munnen. De kan ennå ikke flytte mat på en viljestyrt måte, og de kan ikke tygge, men de kan skyve finmoset mat bakover mot svelget slik at svelgeprosessen utløses. Normalt vil et barn ha utviklet tilstrekkelig stabilitet i overkroppen og hodekontroll til å sitte så stødig at det kan spise uten å risikere at det feilsvelger maten.

Fra cirka åttmåneders alder kan barn begynne å flytte maten mer kontrollert i munnen, og når barnet nærmer seg ett år, kan det begynne å tygge lett-tygget mat som farseprodukter, myk frukt og mat som smelter når barnet har det i munnen. Disse sensoriske og motoriske forutsetningene for normal spiseutvikling er mulige risikoforhold i spiseutviklingen til prematurfødte barn.

Kan vente med brød

Brød er godt etablert som en basismatvare i det norske kosthold. Vi møter ofte foreldre som forteller at de er under et forventningspress om å få barnet til å spise brødmatt fra ettårsalder. Brød har en vanskelig konsistens. Kjeks, tynne skiver knekkebrød og tynne skiver ristet brød uten skorpe, er lettere å spise enn vanlige brødskeer og boller/gjærbakst som lett klumper og deiger seg i munnen.

Det haster ikke med å innføre brød dersom det er tydelig at barnet strever med denne konsistensen! Likedan vil rå grønnsaker og trevlet kjøtt være vanskelig for barn som ikke har en ferdig utviklet tyggefunksjon. Barn kan gjerne forsøke å spise mat det er vanskelig for dem å tygge dersom de viser at de har lyst, men da kan man ikke forvente at de skal klare å spise tilstrekkelig til å bli mett.

Avansert tyggefunksjon finner vi normalt først ved treårsalder. Rundt 18-månedersalder begynner barn normalt å bli mer kresne og skeptiske når de får tilbud om matvarer som er nye for dem eller som de ikke spiser ofte. I denne fasen er det viktig med trygge rollemodeller i måltidene som leder barnet gjennom denne fasen.

Spisevansker som kan vise seg i denne utviklingsfasen

I fasen som er beskrevet over kan det oppstå flere utfordringer. Barn som har en umoden munnmotorikk, en forsinket munnmotorisk utvikling eller munnmotoriske vansker relatert til nevrologiske avvik, vil ha større utfordringer med å mestre overgangen til mat med mer avansert konsistens. Barn med oralsensoriske vansker vil ha mange av de samme utfordringene.

Dette er barn som har utviklet en overfølsomhet og et behov for å beskytte seg mot sanseintrykk i munn og ansikt. Dette kan være reaksjoner på "invaderende" medisinske prosedyrer og ubehag ved refluks/oppkast eller feilsvelging/aspirasjon til lungene i løpet av nyfød-

perioden. Det er her vi finner utfordringer som beskrevet under det andre punktet i definisjonen av spisevansker.

Både ved oralmotoriske og oralsensoriske vansker er det viktig å bruke den tiden barnet trenger til å finne ut hvordan det skal spise. Press og stress må unngås, og tvang må aldri benyttes. Dersom barnet opplever å bli presset ut over egen mestringssone, vil det beskytte seg. Vi ser ofte små barn som forsøker å slå vekk skjeen, snu hodet vekk og knipe munnen igjen. Dette er normale signaler på at matingen går for fort eller at maten de får tilbudt er for vanskelig.

Dersom det kommer til å prege hele måltidet slik at barnet spiser for lite til å bli passe mett, har vi en vegringstilstand, slik det er beskrevet under punkt én i definisjonen. I fasen der barn blir matet, før det blir i stand til å delta mer aktivt og regulere eget inntak ved å spise selv, er det grunnleggende å komme inn i et godt samspill med barnet, der barnets signaler tolkes og respekteres gjennom måltidet.

Dersom barn vegrer, hoster eller brekker seg ved svelging, og har gjentatte luftveisinfeksjoner, bør dette tas opp med barnets lege. I noen tilfeller feilsvelger barn slik at mat eller væske aspireres til lungene. Da må det vurderes hvilke tiltak som er nødvendig for at feilsvelging skal unngås.

Måltidene

I denne utviklingsfasen blir små barn oftest i stand til å spise større måltider. En god måltidsrytme blir viktig. Barnet må lære å kjenne igjen sult og vite at det må spise for å bli mett. Det bør gå to til tre timer mellom hvert måltid, og "småspising" mellom måltidene må, om mulig, unngås. Barnet kan drikke så my vann det ønsker, men alt inntak av mat eller drikke som kan gi metthetsfølelse bør unngås.

Normalt bør ikke et måltid vare mer enn 20 til 30 minutter. Små barn mister interessen dersom måltidene varer for lenge. Lengre måltider forstyr-

rer også måltidsrytmen ved at intervallene mellom måltidene blir for korte. Barn som har vært langvarig ernært gjennom sonde eller som får tilleggsernæring gjennom magesonde (PEG), vil ha større utfordringer med å utvikle forståelsen av sult og betydningen av å spise selv for å bli mett. Ernæring gjennom sonde kan komme til å forstyrre barnets evne til å gjenkjenne sult og til å selvregulere hvor mye mat/drikke det har behov for i måltidene. I slike tilfeller må det legges en plan for gradvis nedtrapping av sondematen koordinert med måltider, sammen med lege, ernæringsfysiolog eller spiseteam (Schjørbeck & Birketvedt, hefte).

Gode rollemodeller

Små barn er opptatt av å betrakte sine medmennesker. De er fokusert på å få med seg det meste av det som skjer, både sosialt, i kommunikasjon og i sine fysiske omgivelser. I spiseutviklingen er de programmert for å følge gode forbilder/rollemodeller i måltider. Det er derfor viktig at barn får observere foreldre som spise. Det er tilstrekkelig at den som spiser med barnet spiser noen skjeer yoghurt. *“En skje til far, og en til...”* er en god introduksjon. Barnet leser ansiktsuttrykk og den voksne må signalisere at maten er god og helt trygg å spise.

Dersom barnet trenger lenger tid for å utvikle et kosthold med variert smak og konsistens, må vi komme barnet i møte. De fleste små barn ønsker å spise det samme som foreldre og søsken. Familien kan gjerne spise mer avansert mat, men om barnet skal bli motivert til å spise, må vi spise noe av den maten barnet kan mestre. Som foreldre må vi gjøre oss fortjent til å være rollemodeller. Barnet må erfare at det kan stole på oss og følge vårt eksempel. Vi må legge måltidene til rette med den ro og trygghet små barn behøver for å samle seg, og fokusere på maten. Det er et godt utgangspunkt for god samhandling i måltidene.

Små barn utforsker mat med alle sanser. De ser på maten for å vurdere

om det er mat de kjenner fra før eller om de tilbys noe nytt og potensielt skummelt. De lukter, de tar i maten for å finne ut om den er varm eller kald, myk eller hard og så videre. Slik utforsking er en naturlig del av spiseutviklingen som må tillates, selv om det blir en del søl.

Barn som er sensorisk hypersensitive kan oppleve dette som vanskelig. De kan trenge hjelp og støtte for å tørre å gå gjennom denne fasen. Det går en grense mellom slik naturlig utforsking og lek eller ren søling med maten. Denne grensen må settes, som andre grenser som viser barnet hva vi forventer og hva som er akseptabelt i måltidene. Trygge grenser bidrar til å gjøre måltidene oversiktlige og gode sosiale arenaer for både barnet og resten av familien.

Småbarnsperioden er kanskje den fasen i barnets utvikling der det skjer mest på kortest tid. Mye av grunnlaget for barnets forhold til mat og måltider legges her. Det er en krevende og utfordrende fase for foreldre, men den innsatsen som legges i denne fasen vil betale seg videre gjennom barnets utvikling.

Større barn, oppfølgingsstudier

Det er uten tvil spiseutviklingen gjennom nyfødt-, sped- og småbarnsperioden som vies mest oppmerksomhet. Spisevansker og vanskelige måltider kan vedvare ut over dette. Barn med nevrologiske vansker, som ved cerebral parese, har en større risiko for spise- og ernæringsvansker som vedvarer ut over småbarnsperioden.

I en norsk populasjonsstudie fant man at 35 prosent av barn i denne gruppen hadde behov for assistanse for å spise på grunn av fin- og grovmotoriske vansker og/eller dysfagi. 15 prosent ble ernært gjennom magesonde (PEG). Barn født før tiden utgjør en stor andel av den totale gruppen barn som inngår i studien (Andersen og flere, 2008). Det er likevel viktig å huske at det kun er en mindre andel av for tidlig fødte barn som har cerebral parese.

En finsk undersøkelse har sett på sammenhengen mellom tidlige spiseferdigheter, som suging og svelging, hos en gruppe prematurfødte med ekstremt lav fødselsvekt sammenlignet med en kontrollgruppe. De fant klare forskjeller mellom gruppene i nyfødtp perioden, men gruppen med prematurfødte barn "tok igjen" kontrollgruppens munnmotoriske funksjon når de oppnådde en tilsvarende gestasjonsalder. Spisevanskene i nyfødtp perioden utgjorde imidlertid en risiko for samspillsvansker og vansker i kommunikasjon mellom barn og foreldre.

Barna i gruppen med prematurfødte brukte lengre tid i måltidene, det var mer søl og mas i måltidene og foreldrene opplevde situasjonen som mer problematisk. Dette er i seg selv en risiko for vanskelige måltider på lengre sikt (Törölä med flere, 2012). I denne studien etterlyses det flere studier med fokus på kvalitative sider ved barnas spiseforutsetninger, samspill og måltider, som et grunnlag for å forebygge spisevansker i et lengre utviklingsperspektiv.

Skolealder

Det foreligger relativt få langtidsstudier som ser på forekomst av spisevansker hos barn som er født før tiden, men en slik studie er gjennomført av Samara og medarbeidere (2009). De gjennomførte en populasjonsstudie der de undersøkte forekomst av spisevansker ved seksårsalder i en gruppe ekstremt prematurfødte barn (født før uke 26 + 6 dager). Det ble justert for nevrologiske-, kognitive- og atferdsmessige vansker. De konkluderer med at spisevansker fortsatt er til stede når barna når skolealder. De fant at barna i deres utvalg hadde høyere forekomst av både oralmotoriske- og oralsensoriske vansker enn kontrollutvalget. Noen av barna i utvalget var diagnostisert med cerebral parese, men flertallet hadde bare lettere nevrologiske vansker og spisevanskene var i mindre grad relatert til disse. Det var større forekomst av småspisthet, kresenhet og tilpasningsvansker i måltidene. Barna i den prematurfødte

gruppen var fortsatt mindre av vekt, kortere og hadde lavere BMI enn sammenligningsgruppen.

Det kan være interessant å sammenligne med en annen oppfølgingsundersøkelse, selv om barna som ble fulgt opp der ikke var primært ekstremprematurre. Drewett og medarbeidere (2005) fulgte opp 89 barn som var småspist og som hadde dårlig vekst- og vektoppgang gjennom spedbarnsperioden. Da de var 12 år gamle var de fortsatt mindre av vekst og lettere enn jevngamle barn i en kontrollgruppe. De beskrev oftere at de hadde mindre appetitt enn sine venner, men de var samtidig mer fornøyd med egen kropp.

De skilte seg ikke signifikant fra kontrollgruppen med hensyn til mål på blant annet grad av angst, depresjon eller lavt selvbilde. I denne studien er det ikke tatt hensyn til andre utviklingsmål enn de som er beskrevet her. Det kan likevel være interessant å se at småspiste barn kan utvikle et godt selvbilde og god mental helse selv om de er mindre av høyde og vekt enn sine jevnaldrende.

Undersøkelsen til Samara og medarbeidere (2009) gir indikasjon på at det både er et spørsmål om dårligere vekt- og vekstutvikling, og spisevansker i form av munnmotoriske- og sensoriske vansker, kresenhet og tilpasningsvansker blant ekstremt for tidlig fødte barn. Dette er informasjon som må tas på alvor. Det understreker betydningen av å sette inn tiltak tidlig for å forebygge vedvarende vansker.

Der det påvises dysfagi, som eksempelvis er vanligere ved cerebral parese, vil det være svært viktig å tenke optimalisering av spisefunksjon og måltidsdeltakelse. Barn som helt eller delvis ernæres gjennom sonde, er i risiko for å falle utenfor i fellesmåltider. Måltidene er noen av våre viktigste sosiale samlingspunkter, og barn som faller utenfor kan gå glipp av viktig sosial tilhørighet, som igjen er med på å stimulere utvikling på mange andre områder.

De fleste barn kan spise litt eller få smaksopplevelser samtidig med at

de får mat gjennom sonde. Det kan bidra til å gjøre måltidsdeltakelsen meningsfull. Også for barn som spiser selv, men som er småspist eller har vansker relatert til mat og måltider, er det viktig å tenke tiltak tidlig.

Utfordringer for familien

Det er få foreldre som er mentalt og praktisk forberedt på en prematur fødsel. De fleste opplever den første fasen som vanskelig. Vordende foreldre har forventninger til svangerskapet som en prosess der man gradvis forberedes på at barnet, eller barna ved flerfødsler, skal komme i tiden rundt forespeilet termin. Når et barn fødes betydelig før termin, med lav fødselsvekt og behov for tett medisinsk oppfølging over tid, kanskje gjennom måneder, vil svært mange oppleve en stor grad av usikkerhet og angst.

Dette er ikke uforenlig med at man kan ha varme følelser for barnet og kjenne glede over å ha blitt foreldre. Mange forteller likevel om bekymring for at det skal være "noe galt" med barnet. Noen forteller at de var redde for å knytte seg for mye til barnet den første tiden. Barnet var så skjært og det var så mye usikkerhet i situasjonen. Det kan være skremmende å se barnet koblet til intensiv-medisinsk utstyr, omgitt av leger og sykepleiere.

Mange foreldre opplever at helsepersonell tar over omsorgsfunksjoner, noe som kan bidra til å skape en distanse og usikkerhet i forhold til egen evne til å være de viktigste personene for det nyfødte barnet. Heldigvis har man kunnskap om dette i dag og helsepersonell ved barnemedisinske intensivavdelinger forsøker å hjelpe foreldre i tilknytningsprosessen til barnet.

Når vi snakker generelt om prematurfødte, tenker vi ofte på de barna som er født betydelig før termin, med ekstremt lav fødselsvekt. Det er viktig å huske på at foreldre til barn som fødes nær termin, mellom uke 34 og 37, også kan oppleve usikkerhet og utfordringer i nyfødtperioden.

Det er større fare for at foreldrene til barn i denne gruppen "glemmes" av helsepersonell.

Å lære barnet å kjenne

Det er alltid en prosess å lære et nyfødt barn å kjenne, og det er helt normalt at det tar litt tid å finne gode rytmer for samspillet med den nyfødte. Denne prosessen vil ofte innebære flere utfordringer og ta lenger tid etter en prematur fødsel, men de aller fleste kommer likevel gjennom det på en god måte.

Barnets spiseutvikling er en av de utviklingsdimensjoner foreldre har størst forventning til i nyfødtperioden. Vi har forestillinger om den gode tilknytningen som oppstår når en mor legger sitt nyfødte barn til brystet. Dersom dette reduseres til en medisinsk problemstilling med fokus på at barnet skal ernæres, ofte gjennom sonde, kan det virke fremmedgjørende. God omsorg ivaretar både barnets behov for ernæring, spiseutviklingen og tilknytningsforholdet mellom foreldrene og barnet.

Oppfølging, veiledning og hjelp for å komme i gang med amming, er høyt prioritert i Norge. Likevel er det dessverre mange foreldre som forteller om et hovedfokus på ernæring, på bekostning av barnets spiseutvikling. Mat blir "medisin" som doseres og gis gjennom sonde til gitte tider, uavhengig av om barnet signaliserer sult. Foreldre forteller om en runddans med måltider gjennom det meste av døgnet.

Dette kan fortsette etter at barnet utskrives fra sykehus og utvikle seg til en betydelig bekymring og stressfaktor. I slike tilfeller er det viktig å søke hjelp og be om både en medisinsk og ernæringsmessig utredning av barnet, i tillegg til veiledning og oppfølging av måltidene.

Sårbare

Mange kvinner er ekstra sårbare i tiden etter en fødsel. Såkalt barseldepresjon er mer vanlig enn man tror og rammer mellom 10 og 15 prosent

av alle kvinner i perioden etter fødselen. Undersøkelser viser at mødre til ekstremt premature barn er mer utsatt for depresjoner i barselperioden og gjennom barnets første leveår. I enkelte studier beskrives det at så mange som 40 prosent av mødre i denne gruppen opplever en barseldepresjon. Dette kan ses på som en naturlig reaksjon på de belastninger som følger av en prematur fødsel.

Det er viktig med god hjelp til de kvinnene som opplever dette. En depressiv tilstand som vedvarer over tid, kan i seg selv ha negativ innvirkning på samspillet og relasjonen mellom mor og barn. Vi vet mindre om fedres emosjonelle reaksjoner, men det er logisk at fedre også utgjør en sårbar gruppe. Erkjennelse av at det er ganske vanlig å oppleve barselperioden som emosjonelt belastende, kan medvirke til at det blir lettere å søke hjelp.

Noen foreldre forteller at det er perioden etter at barnets helsetilstand er stabilisert som blir den vanskeligste. Man "henger med" så lenge det er nødvendig med et intensivt fokus. Når hverdagene begynner å stabilisere seg, blir det rom for å tenke på det man har vært gjennom og reaksjoner kommer til overflaten.

Dessverre er det foreldre som opplever at det bagatelliseres dersom de henvender seg til fastlege eller annet helsepersonell i denne fasen. Det er viktig ikke å gi seg dersom man opplever et behov for hjelp til å bearbeide vanskelige tanker og følelser etter en prematur fødsel. Det kan være en god investering i et bedre foreldre-barn-forhold i et lengre tidsperspektiv.

Parforholdet kan også utfordres av de forholdene som er beskrevet. Foreldre tar ofte forskjellige roller i tiden etter fødselen, de kan ha forskjellige reaksjonsmønstre og det kan være utfordrende å kommunisere om situasjoner som oppstår. Det kan være behov for støttesamtaler eller parterapi for å komme gjennom det på en god måte.

En gruppe som heller ikke må glemmes er søsken. Søsken vil ha sine

egne reaksjoner på den omveltning det ofte vil være i deres tilværelse etter en prematur fødsel. Søsken har ofte egne forventninger og det kan være vanskelig å omstille seg når situasjonen blir annerledes. Det kan være vanskelig å forstå at foreldre må tilbringe mye tid på sykehus, og usikkerhet eller sjalusi er ikke uvanlige reaksjonsmønstre. Noen reagerer med å oppføre seg som yngre enn de er for å appellere til foreldrenes omsorg og oppmerksomhet, for eksempel ved å bli mindre selvstendige enn de har forutsetning for å være. Andre kan bli "sinte" på foreldrene. Det er viktig at søsken blir sett og at deres reaksjonsmønstre blir respektert. De fleste barn har behov for en stabilitet i hverdagen, også i perioder der familien er i en spesiell situasjon. Det vil ofte være gunstig om barnets hverdagslige rutiner med barnehage eller skole, fritidsaktiviteter og samvær med andre viktige personer, som venner og familie, kan fortsette så vanlig som mulig. Gode samtaler, når barnet viser at det er mottakelig, vil være viktig.

Hvem kan hjelpe?

Hvor henvender man seg for å få hjelp dersom barnet utvikler spisevansker eller måltidene blir vanskelige?

Mange foreldre finner strategier som gjør at både barnet og familien kommer gjennom nyfødt-, sped- og småbarnsalderen på en god måte. Andre kan ha behov for hjelp og støtte. Alle barn har rett på et oppfølgingstilbud fra sin hjemkommune. Noen helsestasjoner har ressurs-helsesøstre med et spesielt ansvar for å følge opp prematurfødte barn. Helsestasjonen er alltid en viktig instans hvor man kan be om hjelp til ulike problemstillinger relatert til barnets utvikling. Helsesøster kan henvise barnet videre til Pedagogisk-Psykologisk rådgivningstjeneste i kommunen, være behjelpelig med å søke om prioritert og tilrettelagt plass i barnehage og eventuelt bistå med å skaffe foreldre hjelp for egne problemstillinger, som ved barseldepresjon eller parproblematikk.

Barn med spisevansker kan ha krav på spesialpedagogiske ressurser. Spiseutvikling er et viktig utviklingsområde på linje med språkutvikling og sosial utvikling, og spisevansker er et utviklingsavvik som skal vurderes med tanke på om barnet har behov for utviklingsfremmende tiltak. Dersom barn har reguleringsvansker eller det oppstår vansker med samspill og emosjonell utvikling/tilpasning, kan det være aktuelt med en henvisning til den Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk (BUP) man sogner til. Fastlege kan henvise til BUP.

Det finnes spise- og ernæringsteam i mange av landets fylker. Disse er litt ulikt organisert. Noen er lagt inn under barnehabiliteringstjenesten, og her vil det i noen tilfeller være en forutsetning at barnet har et habiliteringsbehov for at barnet skal få et tilbud fra teamet. Andre steder er teamet lagt inn under region- eller fylkessykehuset, og det vil være barnets helse som er avgjørende for tilbudet. Barn med en kjent dysfagi, eller mistanke om dysfagi, vil oftere komme inn under fylkenes habiliteringsteam og tilbudet fra spiseteam der. Barn med helsemessige utfordringer som lungeproblematikk, ernæringsvansker, refluks og annen mage/tarm problematikk, vil oftere sogne til sykehusenes spise- og ernæringsteam. De fleste spiseteam krever henvisning fra lege og noen steder kreves det henvisning fra spesialisthelsetjenesten.

Dersom man, som foreldre, er bekymret for barnets spiseutvikling, mat og måltider, vil det være naturlig å ta dette opp med barnets fastlege eller en spesialist som kjenner barnet godt. Vedkommende vil da kunne vurdere om det er behov for medisinske undersøkelser og eventuelt bistå med å henvise barnet videre til rett instans.

Referanser:

Adamkin D. (2006) Feeding problems in the Late Preterm Infant. *Clin. Perinatol.* 33; 831-837

Andersen G. (2008) Cerebral palsy in Norway: Prevalence, subtypes and severity. *European Journal of Paediatric Neurology*, 12 (1), 4–13

Bertoncelli N. og medarbeidere (2012) Oral Feeding Competence of Healthy Preterm Infants: A Review. *International Journal of Pediatrics*, Vol 2012, doi: 10.1155/2012/896257

Boyle J D & Boyle E M (2013) Born just a few weeks early: Does it matter? *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 98: F85-F88

da Costa S og medarbeidere (2010) The Development of Sucking Patterns in Preterm, Small-for-Gestational Age Infants. *The Journal of Pediatrics*. 157(4):603-609

Dodrill P og medarbeidere (2004) Long-term oral sensitivity and feeding skills of lowrisk preterm infants. *Early Human Development*, 76(1): 23-37

Dodrill P og medarbeidere (2008) Attainment of early feeding milestones in preterm neonates. *Journal of Perinatology* 28:549-555

Douglas J. (2000) The management of selective eating in young children. I A. Southall og A. Schwartz (Red.): *Feeding problems in children: A practical guide*. Oxon: Radcliffe Medical Press.

Drewett R og medarbeidere (2004) Failure to thrive in the term and preterm infants of mothers depressed in the postnatal period: a population based birth cohort study. *J. Child Psychol Psychiatr* 45 (2): 359-366

Drewett, Corbett & Wright (2005). Physical and emotional development, appetite and body image in adolescents who failed to thrive as infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47(5):524-531

Wood N og medarbeidere (2003) The EPICure study: growth and associated problems in children born at 25 weeks of gestational age or less. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*;88(6):F492-F500

Markestad T. & Halvorsen B. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Oslo: Sosial og Helsedirektoratet.

Rommel N og medarbeidere (2003) The Complexity of Feeding Problems in 700 Infants and Young Children Presenting to a Tertiary Care Institution. *Journ Pediatr Gastroenterol Nutr* 37:75-84

Schiørbeck H & Birketvedt K «Fra ernæring gjennom sonde til spising» Informasjonshefte fra Kompetansesenter for barn med spise- og ernæringsvansker, OUS-Rikshospitalet

Schiørbeck, Birketvedt & Helland (2008) Kartlegging og tiltak ved spise- og ernæringsvansker. I: Tetzchner, Hesselberg og Schiørbeck: *Habilitering: Tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige og sammensatte funksjonshemninger*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Törölä H med flere (2012) Feeding skill milestones of preterm infants born with extremely low birthweight (ELBW). *Infant Behavior & Development*, 35: 187-184

Vigod SN med flere (2010) Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG* 117;540-550

Yan-Lin Liu og medarbeidere (2013). Early oral-motor management on feeding performance in premature neonates. *Journal of the Formosan Medical Association*, 112:161-164

Samara M og medarbeidere (2009) Eating problems at age 6 years in a whole population sample of extremely preterm children. *Developmental Medicine & Child Neurology* DOI: 10.1111/j.1469-8749.2009.03512.