



FOREBYG VUGGEDØD

– og undgå skæv hovedfacon og fladt baghoved

Til sundhedspersonale

2011

Sundhedsstyrelsen
Island Brygge 67
2300 København S
Telefon 72 22 74 00
sst@sst.dk

www.sst.dk

Pjecen kan bestilles hos:
Rosendahls - Schultz Distribution
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Telefon 70 26 26 36
sundhed@rosendahls-schultzgrafisk.dk

FOREBYG VUGGEDØD – og undgå skæv hovedfacon og fladt baghoved
Anbefalinger til sundhedspersonale

© Sundhedsstyrelsen
1. udgave, 1. oplag 2011

ISBN (trykt version): 978-87-7104-314-3
ISBN (elektronisk version): 978-87-7104-313-6

Fagredaktion:
Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, IBCLC
Christine Brot, overlæge, ph.D

Grafisk tilrettelæggelse: Rosendahls - Schultz Grafisk
Illustrationer: Keld Petersen
Foto: Heidi Maxmiling og Kommunikationsafd. Aarhus Sygehus (side 13)

Anbefalinger til sundhedspersonale

Med denne pjecce ønsker Sundhedsstyrelsen at sætte fokus på vigtigheden af at fastholde de tre enkle råd for at forebygge vuggedød:

- læg altid spædbarnet til at sove på ryggen
- undgå rygning i graviditeten og undgå, at barnet udsættes for tobaksrøg efter fødslen
- undgå, at barnet får det for varmt, når det sover.

Sundhedsstyrelsen har senest udsendt anbefalinger om forebyggelse af vuggedød i 2006. Med denne reviderede pjecce ønsker Sundhedsstyrelsen at understrege betydningen af fortsat at følge de tre enkle råd til forebyggelse af vuggedød, og samtidig sætte særligt fokus på forebyggelse af lejringsbetinget plagiocephali. Derfor er der i pjeccen lagt vægt på budskabet om, at:

- barnet skal ligge mest muligt på maven, når det er vågent.

Anbefalingerne er udarbejdet i samarbejde med overlæge Steen Holger Hansen, Københavns Universitet, fysioterapeuterne Birgit Knudsen og Karen Christensen, Hvidovre Hospital, speciallæge Karin Helweg-Larsen, Statens Institut for Folkesundhed og sundhedsplejerske Christina Louise Lindhardt, Fagligt Selskab for sundhedsplejersker. Sundhedsstyrelsen skal hermed takke for deres indsats.

Folderen til gravide og nye forældre er ligeledes revideret og kan rekvireres gratis hos Rosendahl - Schultz Grafisk A/S.

Jette Jul Bruun

*Enhedschef, Borgerrettet forebyggelse
Sundhedsstyrelsen december 2011*

VUGGEDØD – ætiologi og epidemiologi

I begyndelsen af 1990'erne blev der påvist en markant sammenhæng mellem at sove på maven og vuggedød (1). Det medførte, at Sundhedsstyrelsen i 1991 for første gang udsendte anbefalinger om, hvorledes vuggedød kan forebygges. Det blev anbefalet, at spædbarnet skulle sove enten på ryggen eller på siden. Senere blev det dokumenteret, at sideleje udgør en risiko i sig selv (2, 3), og i 1998 blev anbefalingerne revideret i overensstemmelse hermed.

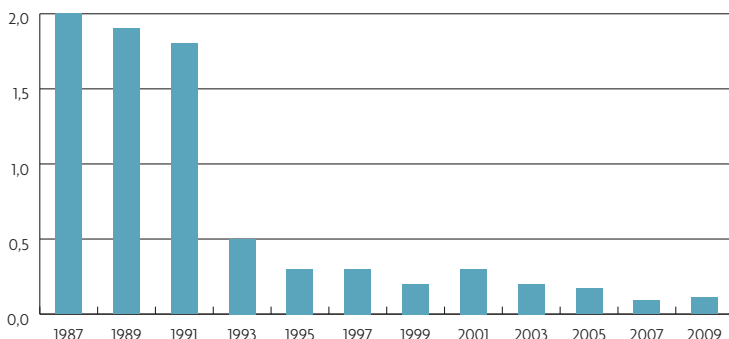
Undersøgelser har vist stærkt øget risiko for vuggedød, såfremt barnet er udsat for tobaksrygning både før og efter fødslen (2, 5, 6). Såfremt begge forældre ryger, fordobles risikoen for vuggedød (7).

Der er påvist en forhøjet risiko for vuggedød, hvis barnet bliver overophedet under søvn (2, 8, 9).

Siden 1991 er antallet af børn, der dør som følge af vuggedød, faldet signifikant. Før 1991 var der i Danmark omkring 120 børn, der årligt døde uventet under søvn, svarende til en forekomst på ca. 2 børn pr. 1000 levendefødte. Gennem de sidste 10 år har antallet af vuggedøde børn ligget mellem 4 og 13. Forekomsten svarer til max. 0,2 børn pr. 1000 levendefødte (4).

Vuggedød defineres som pludselig uventet spædbarnsdød uden forklarlig årsag. Dødsfaldet sker i perioden 8. levedøgn til 365. levedøgn.

Antallet af vuggedøde børn pr. 1000 levendefødte børn



Risikofaktorer

Årsagerne til vuggedød er ukendte, men der er 3 kendte risikofaktorer:

1. At sove på maven eller på siden
2. At være udsat for tobaksrøg, både under graviditeten og efter fødslen
3. At blive overophedet under søvn.

Beskyttende faktorer

Amning beskytter mod vuggedød. Beskyttelsen er størst, hvis barnet udelukkende ammes (10).

At sove i *egen* seng i samme rum som forældrene reducerer risikoen for vuggedød (11, 12, 13, 14, 15, 16).

Der kan muligvis være en beskyttende effekt ved brug af narresut. Nogle undersøgelser tyder på, at brug af narresut kan reducere risikoen for vuggedød, og flere lande inddrager dette aspekt i deres anbefalinger (16, 17). Evidensen er dog ikke stærk, og årsagen til den mulige beskyttende effekt er ikke klarlagt.

Risikogrupper

Forskning peger på, at der udover at give generel rådgivning til alle nye forældre om, hvordan vuggedød forebygges, bør rettes særlig opmærksomhed på en række risikogrupper. Det gælder således især børn af unge mødre, børn der er født for tidligt, samt tvillinger og trillinger (16).

Desuden bør sundhedspersonalet være særlig opmærksom på de sociale forhold i familien, idet der synes at være en negativ social gradient, også når det gælder risikoen for vuggedød.

MERE OM DE TRE ENKLE RÅD

1. Læg altid spædbarnet til at sove på ryggen

Risikoen for vuggedød er op til 10 gange højere, hvis barnet sover på maven i forhold til at sove på ryggen. Sideleje under søvn er forbundet med en dobbelt så stor risiko for vuggedød (2, 3, 16). Mekanismerne bag sammenhængen mellem mave-/sideleje og øget hyppighed af vuggedød er ikke klarlagt.

Det helt nyfødte barn kan have slugt fostervand, og der kan være indikation for at lægge barnet på siden med en pude eller lignende i ryggen det første døgn. Inden udskrivelse skal forældrene orienteres om, at barnet efter det første døgn altid skal sove på ryggen.

Barnet vil pr. refleks dreje hovedet til siden, hvis det gylper eller kaster op under søvn, og der er intet, der tyder på øget risiko for at blive kvalt af den årsag.

Kun hvis forældrene selv er vågne og derfor kan holde øje med barnet, må spædbørn sove på maven på forældrenes bryst.

Når spædbarnet selv kan vende sig og også gør det i søvne, må barnet gerne sove videre på maven.

Nogle få børn med sjældne medfødte sygdomme skal sove på maven. Såfremt pædiater anbefaler maveleje, skal dennes anvisning altid følges.



2. Undgå rygning i graviditeten og undgå, at barnet udsættes for tobaksrøg efter fødslen

Mors rygning både under graviditeten og efter fødslen har dokumenteret betydning på forekomsten af pludselig uventet spædbarnsdød. Risikoen for vuggedød blandt børn, der udsættes for tobaksrøg både i graviditeten og efter fødslen, øges med en faktor 2-4 sammenlignet med børn, der ikke udsættes for tobaksrøg (5, 6, 16).

Ca. 10 % ryger under graviditeten (18), og ca. 17 % af familier med børn under 4 år ryger dagligt. Der er således fortsat en stor andel af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet (19).

Det er en vigtig opgave for sundhedspersonalet i den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis at vejlede forældre, der ryger, om den risiko, de udsætter deres barn for og om mulighed for hjælp til rygestop.

Det gælder både den øgede risiko for vuggedød, men også sygdomme, der forekommer på grund af barnets udsættelse for tobaksrøg gennem opvæksten. Det drejer sig især om astmatisk bronchitis, astma, otitis media og catarrhalia, men også mere uspecifikke symptomer som irriterede øjne og irritationshoste (20).

Når børn ikke udsættes for tobaksrøg, reduceres risikoen for indlæggelse derfor generelt. Ud fra en sundhedsmæssig vinkel skal børn derfor vokse op i røgfri miljøer.

Hvis forældrene ryger, er der øget risiko for vuggedød ved samsovning (16). Sundhedspersonalet skal drøfte risikoen ved at udsætte barnet for tobaksrøg med begge forældre og henvise til lokale rygestoptilbud, når forældrene er motiverede for forandring.

Kommunerne er pr. 1.12.2011 forpligtet til at indrapportere data om børns udsættelse for tobaksrøg via sundhedsplejerskernes elektroniske journaler til Sundhedsstyrelsen.

Yderligere information om rygning og rygestop findes på www.sst.dk/tobak



3. Undgå, at barnet får det for varmt, når det sover

Undersøgelser har påvist forhøjet risiko for vuggedød, hvis barnet sover for varmt (8, 16)

Barnets soverum må ikke være for varmt, og temperaturen bør ikke overstige 18-20 grader. Hvis der er brug for et åbent vindue for at holde rummet køligt, må barnet ikke udsættes for træk. Lammeskind frarådes som liggeunderlag under søvn inden døre.

Forældre skal vejledes i, hvorledes de på barnets bryst og i nakken kan mærke efter, om barnets kropstemperatur er tilpas.

Forældre bør året rundt være opmærksomme på barnets påklædning i forhold til den omgivende temperatur.

Forældre skal vejledes i at sørge for, at barnet ikke sover videre i lift/voksipose eller lign med alt overtøj på inden døre uanset, at dynen er løftet af. Barnet skal altid afklædes og anbringes uden overtøj, hue mm, uanset at det sover, når man kommer hjem.

Børn med feber

Børn med feber skal afklædes og kun sove med et lagen for at forebygge overophedning. Sundhedspersonalet må vejlede forældrene i, hvordan og hvorfor de skal holde øje med barnets kropstemperatur under sygdom.



ET SIKKERT STED AT SOVE

Det sikreste sted at sove for et spædbarn er i sin egen seng i samme rum som sine forældre. (12, 13, 14, 15,16).



Især i de første tre måneder er risikoen for vuggedød øget ved samsøvning (16). Såfremt forældrene alligevel vælger at sove sammen med deres spædbarn, skal barnet have mindst lige så meget plads at sove på, som hvis det lå i sin egen seng, og barnet bør ikke sove mellem forældrene.



Efter fødslen – på sygehus

Under indlæggelse på barselsgang, ophold på barselshotel eller lign. må sundhedspersonalet drøfte barnets sovested med forældrene med udgangspunkt i ovenstående. Under indlæggelse bør barnet kun være hud-mod-hud på maven af vågne forældre. Når forældrene sover, skal barnet sove i egen vugge og ikke hos mor i en smal hospitalsseng eller hos far på en briks. Hvis forældrene vælger at sove sammen med barnet, vejledes forældrene i henhold til anbefalingerne på næste side.



I hjemmet

Ved første hjemmebesøg må sundhedsplejersken i forbindelse med rådgivning om forebyggelse af vuggedød drøfte med forældrene, hvilke overvejelser de har om, hvor barnet skal sove og samtidig vurdere barnets sovested.

Ved vurdering af sovested skal følgende iagttages:

- Barnets seng skal være fri for puder, tæpper, bamser, løse stofbleer og lign.
- Barnet sover kun med en tynd babydyne, der passer til sengen, og som barnet kan sparke af sig og ikke blive viklet ind i.
- Lift eller lign. er placeret, så barnet ikke kan trille ud og ned på gulvet
- Der er *ikke mere end 7 cm* mellem tremmerne (DVNmærket)
- Sengen har fast bund og en relativ fast madras, som går helt ud til kanten af sengen.

Hvis forældrene vælger at have barnet i deres egen seng, må sundhedsplejersken vejlede forældrene om følgende:

- Barnet bør ikke sove mellem forældrene, men mellem den ene af forældrene og barnets seng uden risiko for at kunne falde ned mellem de to senge (se tegning).
- Barnet skal sove under sin egen tynde baby-dyne og uden løse lagner, tæpper, stofblejer, bamser o.lign omkring sig.
- Forældrene skal sove i tilstrækkelig bred seng, min. 140 cm – hvis forældrene er meget kraftige eller overvægtige bør sengen være mindst 180 cm bred. Samsøvning på en briks, sovesofa, vandseng eller lignende frarådes.
- Forældrenes madrasser skal være faste og tætliggende, sikrest er én stor madras. Såfremt forældrene er meget kraftige eller overvægtige, er dette ekstra vigtigt. Barnet er i sådanne tilfælde i risiko for at trille ned mod fordybningen i madrassen og komme i klemme mellem forældrene eller under en af dem.
- Større søskende og husdyr som katte og hunde skal ikke sove sammen med barnet og forældrene, da de fylder og sover uroligt.
- Hvis forældrene er meget trætte, er syge, har taget bevidsthedsløvendende medicin eller har drukket alkohol, bør barnet sove i sin egen seng og aldrig i forældrenes seng.



SKÆVE KRANIER OG FLADE BAGHOVEDER

Anbefalingen om at sove på ryggen har medført signifikant fald i antallet af spædbørn, der dør uventet under søvn. Det har samtidig medført, at der er øget forekomst i antallet af børn med lejringsbetinget skævt kranie (plagiocephali) (21).

Allerede i 2001 påpegede Sundhedsstyrelsen dette problem i en vejledning til sundhedspersonale og angav, hvorledes det kunne forebygges. Der ses dog fortsat en klar stigning i antallet af børn, der henvises til sygehus under diagnosen plagiocephali. Desuden viser beretninger fra bl.a. sundhedsplejersker og fysioterapeuter, at problemet er relativt omfattende.

Sundhedspersonalet i den kommunale sundhedstjeneste og i almen praksis har derfor en vigtig pædagogisk opgave at løse. Samtidig skal de fastholde anbefalingen om rygleje under søvn, som har vist sig effektiv i reduktion af antallet af vuggedøde børn i hele verden.

Barnet skal sove på ryggen



Spædbarnets bløde kranieknogler er påvirkelige af, hvordan barnet lejrtes, og hovedformen hos spædbørn kan påvirkes, så længe kraniesuturer og fontaneller ikke er lukkede. Når spædbørn ligger på ryggen, kan de få for vane at lade hovedet hvile til den samme side. Der er derved risiko for, at barnet får en skæv hovedfacon og for, at halsens muskler bliver stramme i den ene side. Baghovedet kan tilsvarende blive fladt, hvis barnet altid sover på hårdt underlag og ikke hviler ansigtet skiftevis til både højre og venstre.

Lejringsbetinget plagiocephali er karakteriseret ved et fladt baghoved i den ene side og en frembuling af panden i den samme side. Ansigtet kan desuden være asymmetrisk, og øret på den modsatte side kan være forskudt bagud og nedad.



Undgå at belaste hovedet ensidigt



Forebyg fladt og skævt hoved – og stimuler barnets motoriske udvikling

Risikofaktorer

Rygliggende sovestilling giver øget risiko for, at barnet udvikler fladt eller skævt hoved. En dansk litteraturgennemgang har vist, at der desuden er øget risiko for lejringsbetinget plagiocephali hos:

- børn, der ligger for lidt på maven, når de er vågne
- børn der bliver håndteret ensidigt
- børn med foretrukken hovedrotation
- børn med nedsat bevægelighed i nakken
- inaktive og motorisk langsomme børn.

Ud over de ovennævnte risikofaktorer, viser litteraturgennemgangen, at der er grupper af børn, der er mere udsatte for at udvikle plagiocephali. Det er tvillinger og trillinger, præ-mature børn og børn af førstegangsfødende mødre (22).

Forebyggelse

Den vigtigste forebyggelse af skæv hovedfacon er at undgå, at hovedet belastes ensidigt. Barnet skal lige fra fødslen vænnes til at ligge på maven, når det er vågent. Forældrene skal derfor vejledes i altid at rulle barnet om på maven efter hvert eneste bleskift. Udover at forebygge skæv hovedfacon fremmer det barnets motoriske udvikling at ligge på maven samtidig med, at det aktiverer barnet til øget muskelaktivitet.

Barnet skal lige fra fødslen ligge mest muligt på maven, når det er vågent



Forældrenes skal være opmærksomme på, at barnets hoved skal vende skiftevis til højre og venstre både under søvn, når det bæres rundt, når det skal bøvses, når det får flaske, og når barnet bliver puslet. Sundhedspersonalet må vejlede forældrene om dette, naturligt koblet til vejledningen om, hvordan forældrene bedst stimulerer barnets motoriske udvikling.

Barnet skal håndteres fra både højre og venstre side



Barnets motoriske udvikling

Når barnet ligger på maven, bliver det vænnet til den stilling, som det skal bruge, når det senere skal lære at krybe og kravle. Desuden træner barnet ryg- og nakkemusklerner samt vægtbæring på armene. Efterhånden som barnet bliver stærkere, kan det holde hovedet løftet og kan række ud efter legetøj i den maveliggende stilling.

På maven lærer barnet at stemme sig op på strakte arme, og snart kan barnet rulle fra mave til ryg og fra ryg til mave. Barnet drejer omkring sig selv, og kort tid derefter lærer barnet at skubbe sig op i kravlestilling. Så er barnet klar til at kravle og kan skifte stilling mellem kravlestilling og siddende stilling og senere rejse sig op at stå ved møbler, hvor barnet træner balance og gang (23, 24).

Barnets motoriske udvikling styrkes af at ligge på maven, når det er vågent



Hyppig brug af autostol/skråstol passiverer barnet og må frarådes, bortset fra under transport.

Hvis barnet allerede har en foretrukken hovedrotation eller har udviklet fladt hoved eller asymmetrisk hovedfacon

Såfremt sundhedspersonale ved de forebyggende undersøgelser i hjemmet eller i konsultationen finder, at barnet allerede har en foretrukken hovedrotation eller er ved at udvikle lejringsbetinget plagiocephali, skal rådgivningen tage udgangspunkt i, at forældrene skal forstå, at bedring i tilstanden drejer sig om konsekvent ændret håndtering af barnet 24 timer i døgnet. Det er primært et spørgsmål om at ændre vaner gennem håndtering og lejrning af barnet og i mindre grad om egentlige ”øvelser” og behandling.

Barnet skal håndteres modsat af den foretrukne side, så barnets hoved holdes mod den ikke-foretrukne side. Man skal hele tiden være opmærksom på, hvilken vej hovedet vender, også når barnet er vågent. Når barnet bæres, skal hovedet altid vende til den modsatte side af det, som barnet foretrækker. Det samme gælder, når forældrene pusler deres barn.

Det gælder for forældrene om at ændre vane, når barnet håndteres, – så bliver det også lettere at få barnet til at blive liggende med hovedet til den side, som barnet selv undgår, når det sover (25). Det kan være nødvendigt at dreje barnets hoved aktivt, både under søvn, og når barnet er vågent.

Forældrene skal fortsætte med konsekvent at håndtere barnet, så det har hovedet til den side, som barnet selv undgår, indtil barnet ikke længere har en foretrukken side.

Endelig er det som tidligere beskrevet yderst vigtigt overfor forældrene at betone, at barnet skal ligge på maven, når det er vågent. Sundhedspersonalet må rent praktisk vise forældrene, hvordan de bedst kan hjælpe barnet til at ligge på maven.

Konsekvent håndtering døgnet rundt til modsat side

Vejledningen til forældrene skal omfatte konkret anvisning af og støtte til, hvordan de praktisk kan håndtere barnet:

- vis forældrene, hvordan de skal holde barnet, så barnets hoved holdes mod den side, som barnet selv undgår
- vis forældrene, hvordan de lejrer barnet på maven, når det er vågent, og hvordan de kan lege med barnet, når det ligger på maven
- vis forældrene, hvordan man ruller barnet rundt på maven efter hvert bleskift
- vis forældrene, hvordan man fanger barnets opmærksomhed fra den side, barnet selv undgår
- opfordr forældrene til at flytte barnets seng, så lyset kommer fra den side, som barnet undgår – det stimulerer barnet til at kigge mod den ikke-foretrukne side
- vis forældrene, hvordan uroer og andet legetøj kan placeres i forhold til barnets ikke-foretrukne side
- vejled forældrene om at tale til og lege med barnet fra den ikke-foretrukne side.

Er plagiocephalien meget udtalt, kan praktiserende læge henvise barnet til fysioterapeut for behandling eller i sværere tilfælde til pædiatrisk afdeling for vurdering om behandling i dette regi er påkrævet.

Forældrene skal håndtere modsat, så barnet ændrer vane



Sundhedsstyrelsen fraråder brug af hjælpemidler som puder, kiler og lignende, når barnet sover. Sundhedsstyrelsen anbefaler ikke brug af hjælpemidler, der sælges til forebyggelse af lejringsbetinget skævt kranie.

Litteratur:

1. Nordisk Forskningsnetværk om pludselig og uforklarlig spædbarnsdød, NORDSIDS, styringsgruppe. Pludselig spædbarnsdød i Norden: resultater fra det nordiske studie 1990-1996 af pludselig uforklarlig spædbarnsdød krybbedød/vuggedød. København: Nordisk ministerråd 1997
2. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts; Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to consider in reducing Risk. *Pediatrics* 2005;116;1245-1255)
3. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet*. 2004; 363:185 – 191
4. Sundhedsstyrelsen. Dødsårsagsregistret.2010.www.sst.dk
5. DiFranza J, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and Postnatal Environmental Tobacco Smoke Exposure and Children's Health. *Pediatrics* Vol. 113. No. □ April 2004: 1007-1015
6. Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB, Olsen SF, Secher NJ. A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. *Arch Dis Child* 2000; 83: 203-206
7. Liebrechts-Akkerman G et al. Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. *Eur J Pediatr*. 2011 Mar 15.
8. Gunderoth WG, Spiers PS. Thermal stress in Sudden Infant Death: Is there an ambiguity with the rebreathing hypothesis? *Pediatrics* 2001; 107 (4 I): 693-698
9. Blackwell CC, Moscovics SM, Gordon AE, Madani, AMA et al. Cytokine responses and sudden infant death syndrome: genetic, developmental, and environmental risk factors. *Journal of Leucocyte Biology*. Volume 78, December 2005
10. Hauck ER et al. Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2011; 128; 103-110.
11. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet*. 2004; 363:185 - 191

12. Mitchelle, EA, Thompson JMD. Co-sleeping increases the risk of SIDS, but sleeping in the parents bedroom lowers it. In: Rognum TO ed. *Sudden Infant Death Syndrome: New Trends in the Nineties*. Oslo, Norway: Scandinavian University Press; 1995:266-269
13. Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and Sudden Infant Death Syndrome in Scotland: a case-control Study. *The Journal of Pediatrics*. July 2005; 32-37
14. McKenna JJ, Mcdade T. Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Paediatric Respiratory Reviews* (2005) 6: 134-152
15. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ et al. Babies sleeping with parents: case control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. *BMJ* 1999;319:1457-1462
16. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*. October 17, 2011; 1030-1039
17. Moon RY et al. Pacifier Use and SIDS: Evidence for a Consistently Reduced Risk. *Matern Child Health J*. 2011. Apr 20
18. Sundhedsstyrelsen. Fødselsregistret 2010. www.sst.dk
19. Sundhedsstyrelsen. Monitorering af danskernes rygevaner 2010. www.sst.dk
20. Royal College of Physicians. Passive smoking and children. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. March 2010.
21. Bialocerkowski AE, Vladis SL, Wei NC. Prevalence, risk factors and natural history of positional plagiocephali: a systematic review. *Dev Med Child Neurol* 2008; 50: 577-86
22. Knudsen B og Christensen K. Lejringsbetingede skæve hoveder hos spædbørn kan forebygges. *Ugeskrift for Læger*. 28. februar 2011; 644-648
23. Bayley N. Motor Scale: Scales of Infant and Toddler Development (third edition)
24. Piper MC, Darrah J. Assessment of the Developing Infant
25. van Vlimmeren LA, Van der GY, Boere-Boonekamp MM et al. Effects of Pediatric Therapy on Deformational Plagiocephaly in Children with Positional Preference: a randomized controlled trial. *Arch. Pediatr Adolesc Med*. 2008;162:712-8

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Island Brygge 67
2300 København S
Telefon 72 22 74 00
sst@sst.dk

www.sst.dk