



SUNDHEDSSTYRELSEN



Forebyg vuggedød

– og undgå skæv hovedfacon og fladt baghoved

Til sundhedspersonale

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

www.sst.dk

Pjecen kan bestilles hos:
Rosendahls - lager og logistik
Vandtårnsvej 83 A
2860 Søborg
Telefon 70 26 26 36
sundhed@rosendahls.dk

Forebyg vuggedød – og undgå skæv hovedfacon og fladt bagehoved Anbefalinger til sundhedspersonale

© Sundhedsstyrelsen

1. udgave, 1. oplag 2022

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

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

Fagredaktion:

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP

Grafisk tilrettelæggelse: Rosendahls

Illustrationer: Keld Petersen

Foto: Heidi Maxmiling og Tine Sletting

Med denne opdaterede pjece 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 2011. Med denne opdaterede pjece ønsker Sundhedsstyrelsen at understrege betydningen af fortsat at overholde de tre enkle råd til forebyggelse af vuggedød, fortsat at sætte særligt fokus på forebyggelse af lejringsbetinget plagiocefali samt at rådgive forældre om at undgå samsovning.

Folderen til gravide og nye forældre er ligeledes opdateret og kan rekvireres gratis hos Rosendahl Distribution mod porto og ekspedition.

*Niels Sandø
Enhedschef
Forebyggelse og Ulighed*

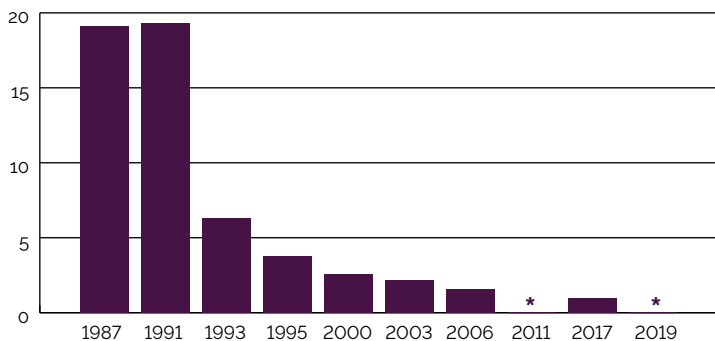
Sundhedsstyrelsen januar 2022

VUGGEDØD – ætiologi og epidemiologi

I begyndelsen af 1990'erne blev der påvist en markant sammenhæng mellem at sove på maven og vuggedød (1). Sundhedsstyrelsen udsendte på den baggrund i 1991 for første gang 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 blev revideret i overensstemmelse hermed. Fra 2011 har Sundhedsstyrelsen frarådet samsøvning samt sat fokus på at forebygge skæve kranier og flade nakker ved opmærksomhed på, hvordan barnet lejres.

Fra 1991 faldt forekomsten af vuggedød signifikant. Før 1991 døde omkring 120 børn pludselig og uventet/ år, svarende til en forekomst på ca. 2 børn pr. 1000 levendefødte børn. Efter de seneste anbefalinger i 2011 har forekomsten af vuggedød ligget mellem 9 og < 5 (4).

Antallet af børn, der døde uventet under søvn i første leveår pr. 10.000 nyfødte. Beregnet på gennemsnitlig 60.000 nyfødte om året.



*Mindre end 5 børn om året

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

Risikofaktorer

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

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

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).

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 skal 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 (16).

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 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).

Knap 6 % ryger under graviditeten (18). I familier med børn i alderen 0-3 år er der knap 9 %, der ryger dagligt (19). Der ses en faldende andel af gravide, der ryger, mens der fortsat en stor andel af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet (19).

Det er en vigtig opgave for sundhedspersonalet i den kommunale sundheds-tjeneste og almen praksis at vejlede kommende og nybagte 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 iritationshoste (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 under søvn

Undersøgelser har påvist forhøjet risiko for vuggedød, hvis barnet har det for varmt under søvn (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). Anbefalingen gælder ideelt i de første 6 måneder, men gerne i hele det første år (16).



Især i de første fire måneder er risikoen for vuggedød øget ved samsovnning. Det gælder særligt, når mor har røget under graviditeten, når forældrene er rygere, hvis forældrene er påvirkede af alkohol eller medicin, og hvis barnet sover sammen med en, der ikke er forælder og med søskende (16).

Såfremt forældrene alligevel vælger at sove sammen med deres spædbarn, skal barnet sove på fast underlag, have mindst lige så meget plads at sove på, som hvis det lå i sin egen seng, sove under egen lille dyne og ikke sove mellem forældrene eller sammen med andre.



Efter fødslen – før udskrivelse

Under indlæggelse på barselsgang, ophold på barselshotel eller lign. må sundhedspersonalet drøfte barnets kommende sovested med forældrene med udgangspunkt i ovenstående. Under indlæggelse, hvor amning fremmes ved hud-mod-hud bør det kun ske, når barnet kan 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, bør det ske 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 skal sove med en tynd babydyne. Den skal passe til sengen, barnet skal kunne sparke den af sig og ikke kunne blive viklet ind i den.
- Lift eller lign. skal være 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 må 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, stofbleer, 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. Samsovning på en briks, sovesofa, vandseng eller lignende bør ikke forekomme.
- 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 spædbarnet og forældrene, da de fylder og sover uroligt.
- Hvis forældrene er meget trætte, er syge, har taget sløvende eller bevidsthedssløvende medicin eller har drukket alkohol, bør barnet sove i sin egen seng og aldrig i forældrenes seng.
- Efter amning skal barnet lægges tilbage på sin egen plads i sengen og ikke sove videre mellem forældrene.

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 lejrres, 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, og 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.

Undgå at belaste hovedet ensidigt



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



Forebyg fladt og skævt hoved – og stimuler barnets motoriske udvikling.

Risikofaktorer

En dansk undersøgelse har vist, at der især er øget risiko for lejringsbetinget plagiocephali ved

- Rygliggende sovestilling
- 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 er der grupper af børn, der er mere udsatte for at udvikle plagiocephali. Det er tvillinger og trillinger, præmature 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 tilvænnet stillingen, som det skal bruge, når det senere skal lære at krybe og kravle. Desuden træner barnet ryg- og nakkemusklerne 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)

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

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



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 man holder barnets hoved 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 i vågen tilstand.

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 må indeholde forevisning, og sundhedspersonalet må samtidig støtte forældrene i praktisk håndtering af 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.



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.2021.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. Victora CG et al (2016): Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016; 387(10017):475–490.
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. Mitchell, 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. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment Pediatrics November 2016, 138(5)e20162938; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2938>. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome
17. Moon RY et al. Pacifier Use and SIDS: Evidence for a Consistently Reduced Risk. *Matern Child Health J.* 2011. Apr 20
18. Sundhedsdatastyrelsen. Fødselsregistret 2018. www.sundhedsdatastyrelsen.dk
19. Sundhedsstyrelsen. Monitorering af danskernes rygevaner 2020. 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 plagiocephaly: 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 Scala: 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

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

www.sst.dk