



VUGGEDØD KAN FOREBYGGES

Anbefalinger for sundhedspersonale

VUGGEDØD KAN FOREBYGGES
Anbefalinger for sundhedspersonale

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
sst@sst.dk
URL: <http://www.sst.dk>

Redaktion: Annette Poulsen, Christine Brot og Jette Blands,
Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

Følgegruppe vedrørende forebyggelse af vuggedød:
Hans Trier, embedslæge
Karin Helweg-Larsen, speciallæge i samf.med. & patol. anat.
Ian Th. Westphall, speciallæge i pædiatri
Hanne Ourø Jørgensen, ledende sundhedsplejerske
Hanne Kjærgaard, jordemoder

Foto: Karsten Weirup (s. 1 & 9), Carsten Tybjerg (s. 6), Finn Lund
(s. 7) og Kommunikationsafdelingen, Århus Sygehus (s. 8)
Red. & layout: Kommunikationsenheden, Sundhedsstyrelsen
Tryk & distribution: Schultz Grafisk A/S

Oplag: 15.000 ex.

Publikationen kan hentes elektronisk på www.sst.dk - og fås i
trykt udgave ved henvendelse til Schultz Information,
tlf. 70 26 26 36, e-mail: sundhed@schultz.dk

2. reviderede udgave © Sundhedsstyrelsen, juni 2006

NY PJECE FOR SUNDHEDSPERSONALE

I 1991 udsendte Sundhedsstyrelsen første gang anbefalinger, der var rettet mod at forebygge vuggedød eller pludselig uventet spædbarnsdød, også kaldet SIDS, Sudden Infant Death Syndrome. Siden er antallet af vuggedøde børn reduceret betydeligt. Aktuelt er forekomsten 0,3 vuggedøde pr. 1000 levendefødte børn i Danmark svarende til ca. 20 børn om året.

Anbefalingerne i denne ny pjece er en opdatering baseret på den nyeste faglige viden på området og med en understregning af, at vuggedød fortsat bedst forebygges ved at følge tre enkle råd:

- Læg altid spædbarnet til at sove på ryggen.
- Ryg ikke under graviditeten - og udsæt ikke barnet for tobaksrøg efter fødslen.
- Undgå, at barnet får det for varmt, når det sover.

Med denne opdatering skærper Sundhedsstyrelsen særligt sundhedspersonalets vejledning til forældre, der ryger. Anbefalingerne er udarbejdet i samarbejde med Sundhedsstyrelsens *Følgegruppe vedrørende forebyggelse af vuggedød*: Embedslæge Hans Trier, speciallæge i samfundsmedicin og patologisk anatomi Karin Helweg-Larsen, speciallæge i pædiatri Ian Th. Westphall, ledende sundhedsplejerske Hanne Ourø Jørgensen og jordemoder Hanne Kjærgaard.

Der er ligeledes udarbejdet en folder til forældre og andre pårørende om forebyggelse af vuggedød. Folderen deles ud på fødesteder, barselsafdelinger, hos sundhedsplejersker, praktiserende læger mv. Begge publikationer fås hos Sundhedsstyrelsens publikationer, c/o Schultz Information.

Centerchef Else Smith

Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

VUGGEDØD REDUCERET FRA 116 TILFÆLDE TIL 21 PÅ 10 ÅR

I Danmark steg forekomsten af vuggedød gradvis fra et niveau i 1970'erne på omkring 0,5 til 1,8 pr. 1000 levende fødte børn i 1991, se figur 1.

I begyndelsen af 1990'erne blev det dokumenteret, at maveleje som sovestilling hos spædbørn er forbundet med en øget risiko for vuggedød. Sundhedsstyrelsen ændrede derfor sine anbefalinger om spædbørns sovestilling. Det medførte et kraftigt fald i hyppigheden af vuggede spædbørn.

I 1993 var forekomsten af vuggedød reduceret til 0,5 og i 1995 til 0,3 pr. 1000 levendefødte. Hyppigheden af vuggedød har frem til 2001 holdt sig på dette niveau - med den laveste forekomst i 1999 på 0,2 pr. 1000 levendefødte.

Den postnatale dødelighed har vist et parallelt fald, hvilket nogenlunde svarer til reduktionen i

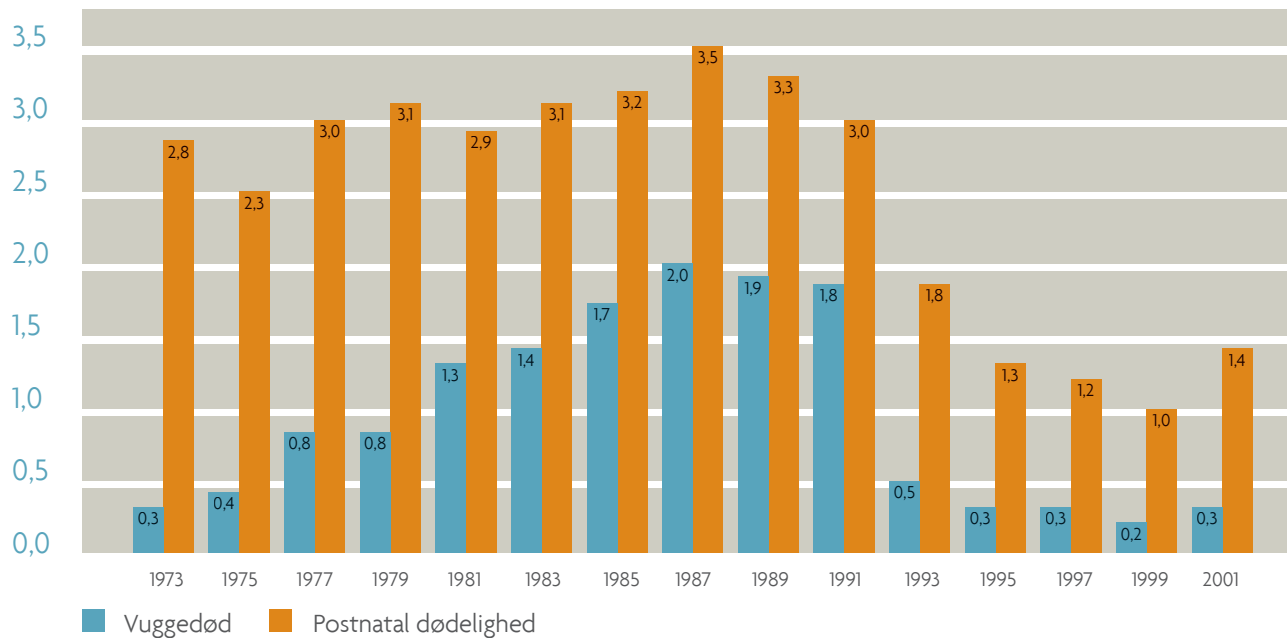
antallet af tilfælde af vuggedød. Det er et fåtal af vuggedødstilfælde (ca. 4%), der sker i første levemåned.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at en fortsat indsats med information om sovestilling, om at undgå tobaksrøg under graviditeten - og i barnets nærhed efter fødslen - samt opmærksomhed på at undgå overophedning af barnet, vil kunne bidrage til at fastholde det lave antal dødsfald.

I forebyggelsen af vuggedød skærper Sundhedsstyrelsen vejledningen til forældre, der ryger.

Anbefalingerne i denne pjece omfatter en beskrivelse af begrebet "sikkert sovemiljø" og refererer resultater af nye undersøgelser om den mulige nedsatte risiko for vuggedød ved brug af narresut. Disse resultater vurderes i sammenhæng med amning og brug af narresut.

Antal døde pr. 1000 levendefødte børn



Figur 1. Vuggedød (8. døgn - 365. døgn) og postnatal dødelighed (29. døgn - 365. døgn) pr. 1000 fødte i Danmark 1973 - 2001

LÆG ALTID BARNET TIL AT SOVE PÅ RYGGEN

Siden starten af 1990'erne er der påvist en markant sammenhæng mellem at sove på maven og vuggedød (1). Risikoen for vuggedød er op til ti gange højere, hvis barnet sover i maveleje i forhold til rygleje. Det er også påvist, at sideleje under søvn er forbundet med en ca. dobbelt så stor risiko for vuggedød (2, 3).

Den øgede risiko skyldes formentlig, at barnet lettere ruller fra sideleje til maveleje, men også at sideleje i sig selv udgør en risiko. Mekanismerne bag sammenhængen mellem mave-/sideleje og øget hyppighed af vuggedød er ikke klarlagt.

Men der er klar evidens for, at rygleje beskytter mod vuggedød. Spædbørn skal derfor lægges til at sove på ryggen.

Der er intet, der tyder på en øget risiko for død ved kvælning som følge af opkast eller gylp

hos et spædbarn, der sover på ryggen. Barnet vil pr. refleks dreje hovedet til siden og undgår på den måde at få opkast eller gylp i ”den gale hals” eller lungerne.



Når spædbarnet selv kan vende sig, er der ingen grund til at bekymre sig om, at barnet vender sig og sover videre på maven.

Der kan i nogle tilfælde være indikation for at lægge et nyfødt barn, der har slugt fostervand, på siden i et par dage. Men derefter skal barnet lægges til at sove på ryggen. Forældrene skal gøres opmærksomme på dette. Særligt, hvis forældre og barn udskrives kort tid efter fødslen, er det vigtigt at informere om inden udskrivelse.

Nogle få børn med sjældne medfødte sygdomme skal sove på maven. I disse tilfælde er det pædiatrenes anvisning, der gælder.



LÆG ALTID SPÆDBARNET TIL AT SOVE PÅ RYGGEN

SKÆVE KRANIER OG FLADE BAGHOVEDER

Det er velkendt, at hovedformen hos spædbørn let kan ændres, så længe kraniesuturer og fontaneler ikke er lukkede, dvs. fortrinsvis i de tre første levemåneder.

Skævhed i kraniets form kan opstå, såfremt spædbarnet placeres langvarigt i samme stilling, fx i rygleje med hoveddrejning til en bestemt side. Samtidig kan der opstå en stramning af halsmuskulaturen, som vil bidrage til asymmetri af hovedet. Baghovedet kan tilsvarende blive fladt, hvis barnet altid sover med nakken hvilende mod et hårdt underlag og ikke skiftevis med ansigtet til den ene og den anden side.

Lejringsbetinget skævt kranie er karakteriseret ved en fladhed i den ene side af baghovedet og en let frembuling af panden i samme side. Derved kommer øret til at stritte lidt mere i den ene side end den anden.

Erfaringer fra medfødte kranie- og ansigts-asymmetrier viser, at der i høj grad kompenseres for dette under væksten.



De kosmetiske gener, der måtte komme pga. asymmetrien, bliver betydeligt mindre synlige, når barnet får (mere) hår på hovedet.



Antallet af børn med lejringsbetinget plagiocephali (skævt kranie) er steget markant, siden anbefalingerne om rygleje kom i 1991 (4,5).

Der findes ikke landsdækkende tal for problemets omfang, men en opgørelse fra Århus Universitetshospital (4) har vist, at antallet af børn henvist pga. lejringsbetinget plagiocephali er steget i perioden 1994-2000 fra 2 til 43. Kliniske erfaringer fra bl.a. sundhedsplejersker tyder også på, at problemet er relativt omfattende.

Børn forløst ved tang, for tidligt fødte børn, tvillinger og trillinger samt børn med sygdomme, som medfører en tvangsmæssig drejning af hovedet til den ene side, fx lammelser og misdannelser i halshvirvlerne, er i større risiko for at udvikle lejringsbetinget skævt kranie.

Af uforklarlige årsager har drenge større risiko.

Torticollis (forkortelse af halsmusklen) kan både være årsag til og følge af udvikling af skævt kranie.

Der er ingen evidens for alvorlige følgetilstande ved lejringsbetinget skævt kranie, og skævt kranie kan forebygges.



FOREBYGGELSE OG BEHANDLING AF SKÆVT KRANIE

Den vigtigste forebyggelse af skævt kranie er at undgå, at kraniet belastes ensidigt. Barnet skal sove med hovedet skiftevis til højre og venstre, og det skal lige fra fødslen vænnes til at ligge på maven og på siden, når det er vågent (5). Især maveleje er vigtigt, fordi det stimulerer barnets motoriske udvikling i øvrigt.

Forældrene skal desuden gøres opmærksomme på, at det er en fordel at bære barnet skiftevis på højre og venstre arm - og at lade barnet sove i skiftende ender af vuggen/sengen. Genstande som fx uroer, der let fanger barnets opmærksomhed, kan placeres både til højre og venstre for barnet, så barnet stimuleres til at kigge til begge sider.

Er barnet begyndt at udvikle skævhed eller fladhed af kraniet, skal barnet ”tvinges” til at kigge mod den ikke-foretrukne side. Det gøres ved at anbringe fx uroer til den side, som barnet nødig

kigger mod, og det kan være nødvendigt at dreje barnets hoved aktivt, både under søvn og i vågen tilstand. Man kan også flytte barnets seng, så lyset kommer fra den modsatte side.

Ved udtalt lejringsbetinget skævt kranie kan forældrene drøfte med deres praktiserende læge, om henvisning til speciallæge er påkrævet. Er der ledsagende stramning af halsmuskulaturen, kan det være nødvendigt med henvisning til fysioterapeut. Behandling med ortoplastisk hjelm kan i sjældne tilfælde være indiceret, og skal da iværksættes før 6-måneders alderen (4).

Sundhedsstyrelsen anbefaler ikke brug af puder eller andre hjælpemidler, der sælges til forebyggelse og behandling af lejringsbetinget skævt kranie.

UDSÆT IKKE BARNET FOR TOBAKSRØG

Mors rygning er den faktor, der aktuelt har den største indflydelse på forekomsten af vuggedød. Rygning i graviditeten er fortsat i aftagende. I 2004 røg ca. 15% af de gravide (6).

Risikoen for vuggedød blandt børn, der udsættes for tobaksrygning både i graviditeten og efter fødslen, øges med en faktor 2-4 sammenlignet med børn, der ikke udsættes for tobaksrøg (2,7,8).

I 2000 boede 39% af alle 0-årige børn i hjem, hvor der blev røget dagligt (9).

Børn bør ikke udsættes for tobaksrøg. Hvis den ene eller begge forældre er rygere, skal sundheds-

personalet informere om, at det er bedst for barnet, at al rygning foregår udendørs.

Sundhedspersonalet skal have kendskab til lokale rygestoptilbud og kan henvise forældrene hertil.

Yderligere information om rygning findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk

RYG IKKE UNDER GRAVIDITETEN - OG UDSÆT IKKE
BARNET FOR TOBAKSRØG EFTER FØDSLEN

UNDGÅ AT BARNET FÅR DET FOR VARMT UNDER SØVN

Undersøgelser har påvist forhøjet risiko for vuggedød, hvis barnet sover for varmt (2,10). Forhøjet legemstemperatur kan øge toxinproduktionen fra normale eller patogene bakterier og fremme organismens dannelse af interleukiner. Interleukiner kan have en hæmmende effekt på åndedrætscentret og medføre død.

Det er muligt, at mekanismen bag mange vuggedødsfald er, at et spædbarn, der sover på maven, ikke kan komme af med overskydende varme, og at temperaturen især øges i næse- og svælgrummet, og derved muliggør toxinproduktionen fra de bakterier, der som regel findes i næse- og svælgrummet (11).

Barnets sovested bør være køligt, gerne med et åbent vindue, men uden træk. Forældre kan ikke

vejledes om en konkret angivet temperatur, da dokumentationen for fastsættelse af rumtemperaturen ikke er tilstrækkelig. Det kan være vanskeligt at holde soveværelset køligt i sommerhalvåret. Derfor skal forældrene være særligt påpasselige med barnets påklædning.

Barnet skal ikke svøbes eller pakkes tæt ind i dyner eller tæpper. Lammeskind frarådes som liggeunderlag under søvn inden døre. Barnet skal være varmt, men aldrig svedigt. Dette mærker man bedst i barnets nakke og på brystet.

Barnet skal afklædes og afdækkes, når det har feber, så det kan komme af med varmen.

UNDGÅ AT BARNET FÅR DET FOR VARMT, NÅR DET SOVER

ANDRE FORHOLD AF BETYDNING FOR FOREBYGGELSEN

Et sikkert sovemiljø

Undersøgelser viser, at barnets sovemiljø kan have betydning for risikoen for vuggedød (2).

Det anbefales, at barnet sover på et fast underlag med babydyne og uden puder og løse tæpper.

Hvis barnet sover i samme seng som forældrene, skal barnet sove under egen dyne, og der skal være tilstrækkelig med plads. Juniordyne frarådes det første år. Lagnet skal være tætsluttende om madrassen og store bamser eller andre sovedyr bør ikke findes i sengen. Løse sengesider af stof skal være bundet fast til sengens tremmer.

At sove sammen med det lille barn

Flere undersøgelser peger på en mindsket risiko for vuggedød, hvis spædbarnet sover i samme rum, men ikke i samme seng, som den ene eller begge forældre (2,12,13). Tre større case-control undersøgelser har vist, at når barnet sover i egen seng i samme rum som den vigtigste omsorgsperson, reduceres risikoen for vuggedød med 20-50% (3,14,15).

Nogle undersøgelser peger på en lidt øget risiko for vuggedød, når spædbørn sover i samme seng som forældrene, især hvis forældrene er rygere (3,12). Hos ikke-rygere er risikoen mindre eller ikke tilstede og ses kun i barnets første tre til fire levemåneder (14,16).

Det ser samtidig ud til, at risikoen for vuggedød stiger, hvis der er flere, der sover i samme seng (2),

eller hvis barnet sover sammen med andre end sin vigtigste omsorgsperson (13).

Sundhedsstyrelsen vurderer ikke, at der er tilstrækkelig evidens for generelt at fraråde forældre at sove sammen med deres spædbørn.

Hvis forældrene er rygere, bør sundhedspersonalet informere dem om den øgede risiko for vuggedød, såfremt spædbarnet sover i samme seng som den ene eller begge forældre.

Der er flere undersøgelser, der peger på, at der er en øget risiko for vuggedød, hvis spædbarn og forældre sover sammen på en sofa eller armstol, samt hvis forældrene er påvirkede af alkohol eller medicin eller er meget trætte (2,12). Det må derfor frarådes at sove sammen med et spædbarn under disse omstændigheder.

At sove på maven af en sovende forælder

Der er ikke påvist en direkte sammenhæng mellem pludselig uventet spædbarnsdød, og at spædbørn har sovet på maven af deres forældre, mens forældrene sov. Sundhedsstyrelsen vurderer imidlertid, at spædbarnet udsættes for unødigt risiko ved kombinationen af maveleje, risiko for overophedning samt sovende - og dermed uopmærksomme - forældre.

Barnet må gerne sove på maven af en vågen forælder.

BRUG AF NARRESUT UNDER SØVN

En række undersøgelser viser, at brug af narresut under søvn nedsætter risikoen for vuggedød (2,17,18). Mekanismerne bag dette er endnu ikke afdækket, og der er behov for yderligere undersøgelser.

Der bliver i nogle undersøgelser peget på, at børn, der bruger narresut under søvn, lettere vækkes. Denne sammenhæng er tydeligst for børn, der ikke ammes.

Ammede børn har et andet søvnmønster end børn, der ikke ammes. Børn, der ammes, sover - ligesom deres mødre - lettere end børn, der får flaske (13).

Brug af narresut må opvejes i forhold til mulige negative effekter, fx for amning.

Nogle studier finder, at tidlig brug af narresut kan påvirke etablering af amning (19), mens andre studier ikke finder denne sammenhæng (20).

Sundhedsstyrelsen vurderer, at der endnu ikke er tilstrækkelig evidens for at anbefale brug af narresut under søvn i første leveår som et generelt råd mod forebyggelse af vuggedød.



REFERENCER

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. Nordisk ministerråd, København 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. Christensen L, Østergaard JR, Nørholt SE. Lejringsbetinget plagiocephali. *Ugeskrift for Læger* 30. december 2002; 165(1): 46-50.
5. Hutchinson BL, Thompson JMD, Mitchell EA. Determinants of non-synostotic plagiocephaly: A case-control Study. *Paediatrics* 2003; 112: 316-322.
6. Fødselsregisteret, Sundhedsstyrelsen 2004.
7. DiFranza J, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and Postnatal Environmental Tobacco Smoke Exposure and Children's Health. *Pediatrics* 2004; 113 (4): 1007-1015.
8. 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.
9. Keiding L (ed.). Miljøfaktorer i danskernes hverdag – med særligt fokus på boligmiljø. Statens Institut for Folkesundhed i samarbejde med By og Byg, Statens Byggeforskningsinstitut. Statens Institut for Folkesundhed, København, januar 2003. Side 154.
10. Gunderoth WG, Spiers PS. Thermal stress in Sudden Infant Death Syndrome: Is there an ambiguity with the re-breathing hypothesis? *Pediatrics* 2001; 107 (4 I): 693-698.

11. 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* 2005; 78: 1242-1254.
12. Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and Sudden Infant Death Syndrome in Scotland: A case-control Study. *The Journal of Pediatrics* 2005; 147: 32-37.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. McGarvey C, McDonnell M, Hamilton K et al. An eighth-year study of risk factors for SIDS: Bedsharing vs. non bed-sharing. *Arch. Dis. Child* 2006; 91 (4): 318-23.
17. Li DK, Willinger M, Pettiti DB, Oduli R et al. Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS): Population based case-control study. *BMJ* 2006; 332: 18-22.
18. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? A Meta-Analysis. *Pediatrics* 2005; 116 (5): 716-723.
19. Howard CR, Howard FM, Lanphear B et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottlefeeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003; 111: 511-518.
20. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S et al. Pacifier use, early weaning, and cry fuss behavior: A randomised controlled trial. *JAMA* 2001; 286: 322-326.

Vuggedød forebygges bedst ved at følge tre enkle råd:

- Læg altid spædbarnet til at sove på ryggen
- Ryg ikke under graviditeten - og udsæt ikke barnet for tobaksrøg efter fødslen
- Undgå, at barnet får det for varmt, når det sover.