

Fördelar och risker med samsovning med spädbarn

FÖRFATTARE Ingela Almqvist

KURS Fristående kurs,
15 högskolepoäng
Examensarbete på grundnivå

VT 2013

OMFATTNING 15 högskolepoäng

HANDLEDARE Iris Härd

EXAMINATOR Linda Berg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Tack!

Jag vill tacka min handledare Iris Härd för stöd, vägledning och uppmuntran. Dessutom vill jag tacka Bernt Alm, barnhälsovårdsöverläkare i Halland, för tips och råd.

Titel (svensk):	Fördelar och risker med samsovning med spädbarn
Titel (engelsk):	Benefits and risks of bed-sharing with infants
Arbetets art:	Självständigt arbete
Kurs/kurskod/kursbeteckning:	Fristående kurs, OM5250, Examensarbete på grundnivå
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	14 sidor
Författare:	Ingela Almqvist
Handledare:	Iris Härd
Examinator:	Linda Berg

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Under de första veckorna efter ett barns födelse möter föräldrarna flera olika representanter för hälso- och sjukvård. De ska hjälpa familjen till en god start på föräldraskapet och en säker omvårdnad om barnet. Det förekommer att föräldrar får olika och motstridiga råd om var och hur barnet bör sova. Samsovning i föräldrarnas säng uppmuntras av vissa för att främja amningen, och avråds ibland från, för att förebygga plötslig spädbarnsdöd (SIDS). **Syfte:** Att belysa aktuell kunskap för att kunna ge vetenskapligt underbyggd information till föräldrar om fördelar och risker med att samsova med sitt spädbarn. **Metod:** En litteraturöversikt med 14 vetenskapliga artiklar som tar upp olika aspekter av samsovningen. **Resultat:** Resultatet redovisas i fem teman som visar bland annat vad samsovningen gör för amningen och vilken riskökning samsovningen innebär. **Slutsats:** Samsovning främjar amningen, men under vissa omständigheter innebär den också en kraftigt ökad risk för SIDS. Detta gäller i någon mån för alla barn, men främst om mamma röker och i högre grad ju yngre barnet är.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION.....	1
INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Sjuksköterskans roll inom barnhälsovården.....	1
Samsovning.....	2
SIDS, Sudden infant death syndrom, plötslig spädbarnsdöd.....	3
Amningsvänliga sjukhus och hudnära vård.....	4
PROBLEMFÖRMULERING.....	4
SYFTE.....	4
METOD.....	5
LITTERATURÖVERSIKT.....	5
Datainsamling och urval.....	5
Analys av insamlad data.....	6
RESULTAT.....	6
Hur vanligt är det med samsovning i Västsverige?.....	6
Upplevelsen av samsovning och varför mammor väljer det.....	6
Samsovningens påverkan på amning och sömnmönster.....	6
Minskar amning risken för SIDS?.....	7
Sambandet mellan samsovning och risken för SIDS.....	7
DISKUSSION.....	8
METODDISKUSSION.....	8
RESULTATDISKUSSION.....	9
Egna reflektioner.....	11
Slutsats.....	11
REFERENSER.....	12
BILAGA 1. Översikt över artikelsökningar	
BILAGA 2. Modeller för kvalitetsgranskning	
BILAGA 3. Översikt över artiklarna till resultatet	

INTRODUKTION

INLEDNING

I mitt arbete som distriktssköterska på en barnavårdscentral (BVC) i Göteborgsområdet har jag det senaste året noterat ett problem i informationen till de nyblivna föräldrarna. Problemet består i att BVC och BB ger olika information om hur det nyfödda barnet bör sova.

Informationen som barnhälsovården ger nyblivna föräldrar är att de ska lägga barnet att sova på rygg med egen filt och kudde för att minska risken för plötslig spädbarnsdöd, SIDS (Sudden Infant Death Syndrom). På BB uppmuntras föräldrarna till mycket hudkontakt med det nyfödda barnet och en del barnmorskor visar föräldrarna hur de kan ligga mage mot mage med sitt barn för att stimulera barnets sugreflexer och därigenom öka chansen till en välfungerande amning. Båda målen är viktiga för barnets hälsa. Problemet med detta från BVC:s synvinkel är ifall BB inte samtidigt informerar om att detta bara gäller när föräldern är vaken.

Bilden kompliceras av att amning också är en faktor som kan minska risken för SIDS, tillsammans med flera andra faktorer som lagom temperatur (inte alltför varmt), möjlighet för barnet att röra sig i sömnen, att föräldrarna inte röker m.m.

Under det senaste året har jag på nära håll fått följa en familj som förlorade sitt barn i SIDS. Det har fått mig att intressera mig mer för informationen som ges till föräldrarna om hur man förebygger detta. Våren 2012 gick jag andra delen i en kurs om amning som anordnades av verksamhetsutvecklarna för barn- och mödrahälsovården i Göteborg och Södra Bohuslän. Där kom frågan upp om skillnaden i informationen till föräldrarna. Svaret som kursledaren gav, var att en mamma som hel-ammar (barnet äter endast bröstmjolk), vaknar om barnet slutar andas. Detta väckte nya frågor hos mig. Baserades det påståendet på erfarenhet eller vetenskapliga studier?

BAKGRUND

Sjuksköterskans roll inom barnhälsovården

För att få arbeta på BVC krävs det att sjuksköterskan har en vidareutbildning. Både distriktssköterskor och sjuksköterskor med specialisering på hälso- och sjukvård för barn och ungdomar, så kallade barnsjuksköterskor, är behöriga att inneha tjänst på BVC. Enligt Rikshandboken för barnhälsovård *"arbetar BVC-sköterskan utifrån en hälsopedagogisk helhetssyn och stödjer aktivt föräldrarna och stärker deras tilltro till sin egen kompetens och problemlösningsförmåga"* (1).

I barnsjuksköterskans kompetensbeskrivning står det att hon/han ska ha *"fördjupad kompetens att uppmärksamma barns och deras närståendes resurser och förmåga till egenvård och vid behov motivera till förändrad livsstil"* (2). Enligt kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor ska hon/han ha *"fördjupade kunskaper inom omvårdnad för att förstå individens/familjens resurser i ett hälsofrämjande perspektiv."* Vidare ska omvårdnaden distriktssköterskan bedriver bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. I sitt arbete ska hon/han *"söka, kritiskt granska och använda relevant kunskap och forskningsresultat"* (3). Begreppet *evidensbaserad omvårdnad*, eller *evidence-based nursing*, är ett internationellt begrepp som beskriver omvårdnad som använder omvårdnadsvetenskapliga resultat som komplement till andra typer av kunskap. Omvårdnaden blir

en process där vetenskapliga metoder används för uppföljning och utvärdering. Det är sjuksköterskans uppgift att i sin omvårdnad integrera vetenskapliga bevis, med till exempel erfarenhetsbaserad kunskap och kännedom om patientens/familjens situation (4).

Omvårdnaden på BVC består till stor del av att ge stöd, råd och information till föräldrarna, som är barnets huvudsakliga vårdare. Sjuksköterskans arbete inom barnhälsovården är hälsofrämjande. De flesta barn föds friska och sjuksköterskan ska hjälpa föräldrarna att ge sina barn bra förutsättningar att växa och utvecklas fysiskt, psykiskt och socialt (5). Detta uppnås bland annat genom att sjuksköterskan stärker föräldrarna i deras förmåga att finna resurser och lösningar, så kallad "empowerment". När sjuksköterskan bekräftar föräldrarna i deras nya roll hjälper hon dem att utveckla en självtillit som är viktig för ett positivt föräldraskap (6).

Sjuksköterskan på BVC träffar föräldrarna första gången någon vecka efter att de fått sitt barn. Redan vid detta första mötet ingår det i sjuksköterskans uppdrag att prata om amning och barnsäkerhet, bland annat hur och var barnet sover säkert (7). Detta första möte innehåller alla delar av sjuksköterskans kommunikation i en vårdrelation. Det är både ett stödjande och lyssnande samtal, ett kartläggande och planerande samtal, ett hälsoövervakande samtal och förstås även ren hälsokommunikation där det handlar om att förmedla kunskap och ibland motivera till förändring. Sjuksköterskan ska förmedla evidensbaserad omvårdnad med utgångspunkt i föräldrarnas tankar och referenser. Föräldrarna kan då bli stärkta och motiverade att själva ta ansvar för sina val (8).

Enligt Thornquist är kommunikation:

"...alla de sätt på vilka vi vänder oss till varandra för att skapa ömsesidighet i upplevelse och mening. Kommunikation handlar om utväxling av budskap. Ett budskap utgår alltid från ett meningssammanhang, men inte nödvändigtvis detsamma som det kommer från. Kommunikationsparterna är subjekt som har föreställningar, värderingar och normer. Det vill säga att de principiellt är meningsbärande och meningsproducerande sociala väsen med ett avsiktligt handlande." (9)

Utifrån detta bör sjuksköterskan inleda sin information med öppna frågor för att få en bild av hur föräldrarna tänker runt, i det här fallet, var barnet ska sova. Situationen förstärks av att mötet ofta sker hemma hos familjen. Detta underlättar för sjuksköterskan att kunna se föräldrarna som individer i sitt eget sammanhang och skapar oftast en bra grund för den relation hon/han ska ha med familjen under flera år. Den relationen bör vara en så kallad jag-du-relation som bygger på ömsesidig respekt och förtroende (10).

Samsovning

Med samsovning avses i det här arbetet det som på engelska heter bed-sharing, att spädbarnet och dess vårdare/förälder sover tillsammans i en vuxensäng. Ibland används i artiklarna det vidare begreppet co-sleeping som kan betyda att man delar säng, men också att man endast delar rum eller sover tillsammans på något annat sätt, tex i en soffa. I de artiklar som används i resultatet av denna uppsats där co-sleeping används som begrepp, har detta definierats som samsovning ovan.

En del föräldrar praktiserar samsovning som ett medvetet val, ofta för att främja amningen. En del börjar samsova som en lösning på ett problem, ofta att barnet har svårt att komma till ro i sin egen säng. I de fall det är ett medvetet val börjar man ofta samsova när barnet är helt nyfött. I de fall det är en reaktion på ett problem kommer det ibland in lite senare efter att barnet sovit de första månaderna i sin egen säng. Det finns stora skillnader i olika länder och kulturer på hur många som väljer att samsova (11). I många västeuropeiska och anglosaxiska länder som USA, Australien och

Nya Zeeland har barnläkare och forskare avrått från samsovning i närmare 20 år på grund av den ökade risken för SIDS och kvävning som det medför (11, 12).

Det finns dock andra forskare, bland annat antropologer och barnmorskor som istället fokuserar på fördelarna med samsovning och de positiva effekter det kan ge. De tar upp att samsovning främjar amning, det känslomässiga bandet mellan förälder och barn och barnets reglering av vitala funktioner såsom andning, puls och kroppstemperatur (13, 14).

SIDS, Sudden infant death syndrom, plötslig spädbarnsdöd

Definition: *"Plötslig död under spädbarnsåret som inte kan förklaras efter genomgång av klinik, omständigheterna vid dödsfallet och obduktion."* (15)

De flesta barn som drabbas dör i åldern 1-5 månader och det är ovanligt efter sex månaders ålder. Historiskt sett har tolkningen av orsaken till oväntad död hos spädbarn varierat. En vanlig tanke har varit att föräldern råkat lägga sig på barnet, men också luftvägsinfektioner och kvävning genom sängkläder eller aspirerade kräkningar har varit vanliga teorier. 1971 hölls en pediatrik kongress i Wien där man förespråkade att spädbarn skulle sova på mage för att få en bra motorisk utveckling och minska risken för aspiration. Denna praxis spred sig över stora delar av världen, så även i Sverige (16). Under 70-talet började incidensen av SIDS stiga i Sverige från 0,45 per 1000 levande födda 1975, till som mest 1,18 per 1000 levande födda 1990 (17).

År 1991 publicerades en artikel i New Zealand Medical Journal som visade att den enskilt absolut största orsaken till SIDS var att barnen sov på mage. Artikeln var en del av "The New Zealand Cot Death Study" och visade även att rökning hos mamma och att inte ammas också ökade risken signifikant. Varför magläget var så farligt (OR=5,74) visste man inte. Man kunde bara konstatera faktum (18).

Denna upptäckt fick ett stort internationellt genomslag och det startades upplysningskampanjer i många länder. I Sverige, Norge och Danmark hade man redan initierat en studie, The Nordic Epidemiological SIDS study, och man tog snabbt till sig de nya upptäckterna (16). År 1992 kom de första svenska råden för att förebygga SIDS där ryggläget var det viktigaste. Antalet dödsfall sjönk snabbt till 0,40/1000 barn år 1995 (17). De senaste råden ställdes samman 2006 och finns i en broschyr som socialstyrelsen ger ut:

- *"Låt spädbarnet sova på rygg"*
- *"Avstå från att röka"*
- *"Amma om det är möjligt"*
- *"Se till att barnet är lagom varmt och kan röra sig"* (19)

Genom att bland annat barnhälsovården har förmedlat dessa råd till alla nyblivna föräldrar har antalet fall av SIDS i Sverige sjunkit till 0,13 per 1000 levande födda 2011 (17).

Eftersom SIDS är en diagnos som man kommer fram till genom att utesluta olika orsaker till dödsfallet, kan diagnosen innehålla ett visst mått av osäkerhet. Ibland hittas barnet i en position där man inte säkert kan utesluta kvävning. Det finns inte heller något helt säkert sätt att skilja SIDS från kvävning vid en obduktion (16). Utöver detta sker förstås ibland fall av uppenbar kvävning som hade kunnat förebyggas. En stor studie från USA visar att kvävning är 20-40 gånger vanligare vid samsovning än om barnet sover i en säng avsedd för spädbarn (20). Råden som bland annat USA och Australien tagit fram för att förebygga SIDS är därför också tänkta att förebygga kvävning och

en av punkterna är att man avråder från samsovning (21, 22).

I Sverige har socialstyrelsen valt en lite annan väg och avråder inte generellt från samsovning. Istället nämner de bara i förklaringen till det sista av de fyra råden, några tillfällen när det är olämpligt att samsova; nämligen om föräldern är påverkad av något, om mamma röker eller om hon är mycket trött. Det sista torde gälla de flesta nyblivna föräldrar. Dessutom nämner de att det finns en liten ökad risk för alla barn att samsova de första tre månaderna vilket ju förstås innefattar den tiden då amningen etableras (19).

Amningsvänliga sjukhus och hudnära vård

I början av 1990-talet när många länder började uppmärksamma riskerna med samsovning kom ett annat initiativ från WHO och UNICEF som syftade till att främja amningen: Baby Friendly Hospitals (23). I Sverige fick detta stort genomslag under några år och många sjukhus kvalificerade sig som "Amningsvänliga Sjukhus" som var den svenska benämningen. Programförklaringen heter "*tio steg till lyckad amning*" där två av punkterna är att mor och barn ska tillåtas att vistas tillsammans dygnet runt och att man ska uppmuntra fri amning (24). Även barnvårdscentralerna involverades i detta arbetet (25).

En del i främjandet av amning är det som inom förlossningsvården kallas för hudnära vård. Det startade för 35 år sedan i Colombia som ett sätt att vårda för tidigt födda barn om man inte hade tillgång till kuvös (26). De senaste tio åren har det alltmer blivit ett sätt att vara med sitt nyfödda barn, även de friska och fullgångna (27). Barnmorskan uppmuntrar föräldrarna att ha barnet liggande naken på mage mot mammans mage/bröst för att stimulera barnets sugreflexer och därigenom mammans mjölkproduktion. Viktigast är detta under barnets första timmar i livet, men ofta uppmanas även båda föräldrarna att praktisera detta så mycket som möjligt under den första tiden hemma, för att barnet blir lugnare och nöjdare av det. I Västra Götalandsregionens PM från 2010 om amning för hela vårdkedjan, står det att på sjukhuset kan föräldrarna "*erbjudas bärtop eller bärsjal för säker samsovning*" vilket innebär sömn mage mot mage. Samtidigt står det i samma PM att säker samsovning innebär att barnet sover på rygg bredvid föräldern under en egen filt (28). Liknande motsägelsefullt budskap om än mindre uppenbart, finns i den skriftliga informationen till föräldrar om hudnära vård på Sahlgrenska Universitetssjukhus hemsida (27). Dubbelheten i budskapet kommenteras inte i informationen.

PROBLEMFÖRMULERING

I sjuksköterskans arbete i barnhälsovård ingår det att ge föräldrarna information om bland annat amning och barnsäkerhet. Denna information bör vara evidensbaserad och ge föräldrarna möjlighet att fatta grundade val om vilken omvårdnad de vill ge sitt barn. Om råden är motstridiga kan det skapa osäkerhet i föräldrarollen och minska föräldrarnas förtroende för sjukvården. Då är det extra viktigt att sjuksköterskan har kunskap att bemöta frågor som uppstår. I Sverige har de två olika målen, att uppmuntra amning och förbygga SIDS gjort att föräldrarna ibland möts av motstridiga råd när det gäller hur och var det nyfödda barnet bör sova.

SYFTE

Syftet är att belysa aktuell kunskap för att kunna ge vetenskapligt underbyggd information till föräldrar om fördelar och risker med att samsova med sitt spädbarn.

METOD

LITTERATURÖVERSIKT

Metoden som använts är en litteraturöversikt. En sådan ska kartlägga kunskapsläget inom ämnesområdet genom en systematisk sökning av vetenskapliga artiklar och en sammanställning och analys av deras innehåll. En litteraturöversikt kan innehålla så väl kvantitativ som kvalitativ forskning (29). I detta fall söktes aktuell forskning om risker och fördelar med samsovning med det späda barnet.

Datainsamling och urval

Datainsamlingen gjordes i februari 2013 och började med en bred sökning av vetenskapliga artiklar för att få en uppfattning om vad som fanns forskat på inom området. Sökord som användes var *"bed-sharing"*, *"co-sleeping"*, *"SIDS"*, *"breastfeeding"*, *"infants"*, *"parents"*, *"experiences"*, *"risks"* and *"benefits"*. Sökningarna gjordes på databaserna PubMed och Cinahl. Ett annat verktyg som användes var Summon, en sökmotor för samtliga databaser inom Göteborgs universitetsbibliotek.

Efter att ha fått en allmän uppfattning om vilka områden forskningen riktat in sig på gjordes mer systematiska sökningar på sökorden *"bed-sharing"*, *"SIDS"*, *"breastfeeding"* och *"infant*"*. För att göra resultatet aktuellt och relevant för syftet lades vissa begränsningar till sökningarna. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska. Forskningen skulle handla om barn under ett år. Artiklarna skulle vara publicerade de senaste tio åren och de skulle vara *peer-reviewed* och *research article*. Vid de olika sökningarna enligt söktabellen (bil.1) var det ofta delvis samma artiklar som kom fram. På grund av det gjordes några sökningar väldigt vida, med få sökord för att inte missa någon aspekt av frågeställningarna. Det blev då över 100 träffar och därför gjordes en bedömning redan på titlarna angående relevansen för ämnet. Efter den första bedömningen lästes ca tio procent av sammanfattningarna. En iakttagelse vid sökning på ordet *bed-sharing* var att det ibland skrevs som ett ord och ibland särskrevs med bindestreck. Det gjordes därför en sökning med båda förslagen i PubMed. Eftersom träffarna blev betydligt fler om man särskrev gjordes det i fortsättningen.

De artiklar som hittades vid dessa sökningar beskrev huvudsakligen kvantitativ forskning. För att belysa en av orsakerna som nämndes i artiklarna till att vissa väljer att samsova, nämligen upplevelsen av närhet och känslomässigt band till barnet, gjordes en kompletterande sökning på Cinahl med sökorden *"bed-sharing" AND "infant*" AND "experience*"* och en på Summon med sökorden *"bed-sharing mother infant experience"*.

Vid ett samtal med barnhälsovårdsöverläkare Bernt Alm, som forskat om SIDS och är en av läkarna som tagit fram Socialstyrelsens förebyggande råd till föräldrar, bidrog han med söktips på några artiklar som hittades senare genom en manuell sökning. En artikel låg utanför tidsgränsen på tio år men togs med på grund av att den var utförd i Skandinavien och har påverkat de svenska råden angående SIDS (30). De två artiklarna från Tyskland var två olika analyser gjorda på data från samma studie (31, 32).

Kvaliteten i de kvantitativa artiklarna granskades enligt Friberg (29, bil.2) och de två kvalitativa artiklarna granskades enligt Willman m.fl. (4, bil.2). Några artiklar valdes bort på grund av brister eller för att de inte svarade upp mot uppsatsens syfte. Till slut var det 14 artiklar kvar (bil.3).

Analys av insamlad data

De 14 artiklarna lästes igenom noga och resultatet i dem sammanfattades. Eftersom de täckte in ett spektrum av infallsvinklar på ämnet samsovning, så formade sig efter hand fem olika teman:

- Hur vanligt är det med samsovning i Västsverige? (33)
- Upplevelsen av samsovning och varför mammor väljer det (34, 35, 36)
- Samsovningens påverkan på amning och sömnmönster (37, 38, 39)
- Minskar amning risken för SIDS? (30, 32)
- Sambandet mellan samsovning och risken för SIDS (31, 40, 41, 42, 43)

Inom varje tema jämfördes och sammanställdes sedan artiklarnas resultat.

RESULTAT

Hur vanligt är det med samsovning i Västsverige?

I den första orienterande litteratursökningen framkom det att samsovning var väldigt olika vanligt i olika länder och folkgrupper. Därför var det av intresse att hitta uppgifter om hur vanligt det är i Sverige. Det som framkom av litteraturen var att ungefär 20 procent av barnen i Västsverige vanligtvis sov i föräldrarnas säng vid sex månaders ålder. Utöver det visade det sig att två tredjedelar av barnen vanligtvis sov i egen säng i föräldrarnas rum (33). Litteraturen besvarade inte mer i detalj var barnen sov, eller var de sov under de månader då SIDS är mer vanligt förekommande.

Upplevelsen av samsovning och varför mammor väljer det.

I intervjustudierna om mammors upplevelser av samsovning och hudnära vård, angav de som vanliga orsaker till att de samsov med sina spädbarn:

- Att det stimulerade och underlättade amningen
- Att barnet sov lugnare och verkade mer nöjt
- Att det stärkte det känslomässiga bandet mellan mamma och barn
- Att det kändes naturligt och tryggt att ha barnet inom räckhåll (34, 35, 36)

Av de mammor som samsov, var det 32 procent som upplevde att det faktum att de samsov, någon gång hade räddat barnen ur en kritisk situation (34). Samtidigt var det 13 procent som hade varit med om någon incident där de delvis råkat lägga sig på barnet. Några av de mammorna berättade att barnen inte hade sprattlat eller gråtit i protest av detta, utan legat helt stilla (35). De mammor som praktiserade hudnära vård med friska, fullgångna barn beskrev det som en unik upplevelse med starka känslor av välbefinnande. Detta både för dem själva och, som de upplevde det, även för barnet. Dock beskrev de vissa svårigheter med att genomföra detta 24 timmar om dygnet efter hemkomsten (36).

Samsovningens påverkan på amning och sömnmönster.

Det fanns ett tydligt samband mellan samsovning och ökad amning. De mammor som samsov när barnet var helt nyfött ammade i högre utsträckning (ca 85 procent jämfört med ca 75 procent) och under en längre tid än de som inte samsov (37). Längst tid ammade de som fortsatte att samsova under hela första året (37). Dessutom konstaterades att de samsovande barnen amrades betydligt fler gånger under natten än de som inte samsov (38, 39).

Samsovandet påverkade sömnmönstret för både mammorna och barnen. Samsövning gav kortare perioder av djupsömn för dem båda, med fler korta uppvaknanden, så kallade arousals (38, 39). I en av studierna drog forskaren slutsatsen att detta borde ha en skyddande effekt mot SIDS (39). Mamman ”kollade till” barnet med beröringar, ibland halvt i sömnen, mer än dubbelt så ofta om de samsov (38). Den sammanlagda sömntiden påverkades dock inte mycket. För övrigt såg man att samsovande barn oftare låg på sidan än de som sov i egen säng och att de oftare fick täcket över huvudet (38).

Minskar amning risken för SIDS?

Litteraturen visade att amning skyddar mot SIDS. Sett över hela åldersgruppen upp till ett år, reducerade helamning risken för SIDS med ca 50 procent (32). När forskarna tittade på olika åldersgrupper kom de fram till att skyddet av amning var störst för de allra minsta. De första tre veckorna var risken för SIDS ca fem gånger högre för barn som inte amrades. Sedan minskade skillnaden successivt (30). Även del-amning skyddade, om än i något mindre grad. Skillnaden i skyddet mellan hel- och del-amning var dock inte signifikant (30, 32).

Sambandet mellan samsövning och risken för SIDS.

Litteraturen visade entydigt att samsövning innebar en ökad risk för SIDS. Två faktorer som tydligt samspelade med risken för SIDS vid samsövning, var barnets ålder och om mamma rökte. Studierna delade upp barnen på olika sätt åldersmässigt, men trenden var densamma. Risken med att samsova var större ju yngre barnet var och betydligt större om mamma rökte. Om mamman inte rökte men samsov, var risken 1,5-9 gånger större att barnet skulle drabbas av SIDS som om barnet sov i egen säng (31, 40, 41, 42, 43). För en mamma som rökte utan att samsova ökade risken 2-4 gånger (40, 43). Om hon både rökte och samsov med sitt barn, var risken att förlora barnet i SIDS 17-27 gånger högre än för en ickerökare som inte samsov (40, 43).

Risken var högst för de yngsta barnen, för att sedan minska snabbt. Efter 3-4 månaders ålder verkade samsövningen inte längre innebära en ökad risk för barn till ickerökare (40, 41, 42, 43). Om mamman rökte däremot, innebar samsövning fortfarande en riskökning vid sex månaders ålder (40). Det framkom också att risken med rökning var dosrelaterad. Det spelade alltså roll hur mycket mamman rökte (31, 40).

I två studier räknade forskarna på vad amning kunde ge för effekt på riskfaktorn samsövning (41, 42). De konstaterade att amning inte halverade risken för ett samsovande barn. Samsövning verkade vara en dominerande riskfaktor som endast reducerades marginellt av amning (41).

Att samsova efter att ha druckit alkohol gav en riskökning för SIDS som var ca 2-4 gånger mot att samsova nykter (40, 43). Risken med alkohol var tydligt dosrelaterad. Dock påpekades det att risken var svår att beräkna eftersom det ofta var samma mammor som rökte (40). En studie hade valt bort att fråga om alkohol för att de inte räknade med att få sanningsenliga svar (42).

Andra iakttagelser som gjordes i studierna var att risken med samsövning verkade vara något högre om barnet och föräldern var ovana vid att samsova (41, 43). Det var lite högre risk för barnet att sova mellan båda föräldrarna än att samsova bredvid en av dem (42, 43). Det framkom också att det var en ökad risk för barnet att sova i eget rum jämfört med i egen säng i föräldrarnas rum (40, 42). Att somna med barnet i en soffa eller fåtölj innebar en mycket kraftigt ökad risk (42, 43).

Två av studierna hade även räknat på den väl kända risken med att barnet sover på mage. De visade

att risken, jämfört med att sova på rygg, ökade 6-13 gånger (31, 40).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Under litteratursökningen till den här uppsatsen blev det tydligt att ämnet samsovning väcker mycket åsikter. Många träffar visade sig vara review-artiklar som ibland gränsade till pamfletter för, eller oftast emot, samsovning. En del av forskningsstudierna var också tydligt gjorda utifrån den ena eller andra utgångspunkten. I vissa fall användes bakgrund och konklusion mest till att argumentera för en åsikt. Detta gjorde ett urval nödvändigt, och även om saklighet eftersträvades, så kan urvalet ha påverkats av författarens egen erfarenhet och förförståelse av ämnet. Sammantaget är det något fler artiklar i resultatredovisningen som uppmärksammar riskerna med samsovning än som direkt förespråkar det. Den fördelningen speglar vad som framkom vid litteratursökningarna.

Många av träffarna vid litteratursökningarna gällde studier med ganska snäva frågeställningar. Man kunde till exempel jämföra två kulturgrupper inom ett land vad gäller vanan att samsova, amningsmönster eller medvetenhet om risker. Dessa artiklar valdes bort direkt på grund av brist på relevans för syftet.

En av de valda artiklarna hade en låg svarsfrekvens, 26 procent (35). Den togs med ändå eftersom den visade på ett intressant resultat, att 13 procent av de samsovande mammorna någon gång råkat delvis lägga sig på sitt barn. Svarsfrekvensen kan möjligen förklaras med att frågorna endast skickats ut per brev, till alla inom ett visst geografiskt område som fått barn under en viss tid. Författarna i den studien konstaterade att de som svarade hade en högre utbildning än genomsnittet för området. Detta faktum var inget som borde förstärkt det som var intressant i deras resultat.

De få studier som hittades där forskare från Sverige deltagit, togs med om de svarade upp mot syftet och föll inom urvalskriterierna (33, 36, 40). Även den svenska studien om amningens förebyggande effekt på SIDS togs med trots att den föll utanför tidsgränsen. Detta eftersom den var en av orsakerna till att man valde att inte direkt avråda från samsovning i de svenska råden om SIDS (30).

Alla studier som valdes ut hade fått ett godkännande av en etisk kommitté utom en. Den studien var gjord som ett internetbaserat frågeformulär där mammorna själva fick anmäla sig till studien och svara helt anonymt på de frågor de själva önskade. Den togs med för att den svarade just på frågorna om de positiva vinsterna med samsovning (34). I ett par artiklar framgick det inte att studien var etiskt godkänd (32, 39). De var dock del-analyser av varsin större studie och det etiska godkännandet fanns beskrivet i tidigare artiklar om studierna.

De flesta av de valda artiklarna som beskrev kvantitativ forskning, fick en kvalitetspoäng på 10/13 vid kvalitetsgranskningen enligt Friberg (29, bil.2). Det som saknades för att få full poäng i dessa studier, var omvårdnadsvetenskaplig teoribildning eller andra teoretiska utgångspunkter, liksom återkopplingen till dessa i diskussionen.

Studierna som räknade på riskfaktorer för SIDS var inte randomiserade. Detta för att man inte kan utsätta barn för olika riskfaktorer och sedan räkna på utfallet. Istället var de av typen case-controlstudier, där barn som avlidit i SIDS jämfördes med en större grupp levande barn där så många faktorer som möjligt stämde överens för övrigt.

Möjligen hade resultatredovisningen av riskerna med samsovning kunnat visas tydligare i en tabell eller ett diagram. Dock var frågorna i de olika studierna ställda på så olika vis och barnen uppdelade i olika ålderskategorier vilket försvårade att göra en sådan tabell tydlig och begriplig.

RESULTATDISKUSSION

Under den första litteratursökningen framkom att oklarheterna runt råden om samsovning som visat sig i Göteborgsområdets hälso- och sjukvård inte var en enskild händelse. Laddningen i ämnet blev snabbt uppenbar. Det kan tyckas förvånande att en såpass vardaglig företeelse väcker upp så mycket känslor och åsikter. Samtidigt är det självklart. Samsovningens vinster finns inom områden som ligger nära livets kärna; ett lugnare barn, en bättre fungerande amning och en kickstart på den känslomässiga bindningen mellan förälder och barn. Att påtala riskerna blir i det här sammanhanget en ren provokation. Hur kan något som känns så bra och naturligt vara farligt?

Vid genomläsning av studierna var det ibland tydligt vilken grundsyn forskarna hade. Några var uppenbart för eller emot samsovning redan i bakgrundsbeskrivningen och problemformuleringen. De artiklarna som var mest positiva till samsovning var skrivna av antropologer (34, 39). I en av de artiklarna gavs stort utrymme i bakgrundsteorierna till att förklara hur våra släktingar, primaterna, samsover och varför det därför är ett naturligt beteende för oss också. Artikeln beskriver sedan en studie där 35 barn filmats och registrerats under samsovning och under sömn i eget rum. De data man samlade in visade att barnet ammades och berördes mycket oftare, och att mamma och barn hade fler korta uppvaknanden under nätterna med samsovning. Forskarna drog slutsatsen att detta i sin tur borde skydda mot SIDS. Detta kan dock bara bli antaganden eftersom ingen av de 35 barnen dog i SIDS under studiens gång (39).

Forskarnas grundsyn i ämnet styrde också hur frågorna ställdes. Detta blev särskilt tydligt i två av de studier som undersökte mammornas upplevelse av samsovning. I den ena studien frågade de om mammorna någon gång råkat delvis lägga sig på barnet i sömnen. Detta hade 13 procent av de som samsov upplevt. Särskilt skrämmande var det att läsa deras kommentarer om att barnet ofta inte reagerat på detta med att sprattla eller låta (35). Den andra studien hade ställt den nästan motsatta frågan, om mammorna upplevde att det faktum att de samsov, någon gång räddat barnet i en kritisk situation. Där svarade så många som 32 procent ja. Dock bestod urvalet till den studien av samsovande mammor som anmält sig själva till studien via en internetsida om amning. Där kan man förmoda att en hög andel av dem var mammor som fattat ett medvetet val att samsova (34).

Samsovning är en av de riskfaktorer för SIDS som uppmärksammats lite senare än magläget. Efter att föräldrarna mer allmänt börjat lägga barnen på rygg och frekvensen av SIDS gått ner, började forskarna fundera på de fall som ändå kvarstod. De studier som refereras till i sista punkten av denna uppsatsens resultatredovisning, är av den typ som räknat på övriga riskfaktorer. Det är därför magläget är en relativt liten fråga i de studierna. Risken med magläge var redan klarlagd och en allmänt erkänd sanning.

Studierna delade in barnen i olika ålderskategorier men trenden var densamma. Amningen gav ett större skydd, och samsovning gav en större riskökning, ju yngre barnet var. Om mamma inte rökte var risken med samsovning 1,5-9 gånger större första 3-4 månaderna än om de inte samsov. Den sammanlagda riskökningen av rökning och samsovning var 17-27 gånger. Det är en betydligt större riskökning än den man får av att lägga barnet på mage (31, 40, 41, 42, 43). Tyvärr måste vi inom hälsovården vara realistiska och inse att om mamman inte slutat röka under graviditeten så är det inte

troligt att hon är motiverad nog att göra det strax efter. Att bara säga, som förebyggande råd mot SIDS, att föräldrarna inte ska röka, är alltså inte tillräckligt. BVC måste också vara tydlig med att de föräldrar som röker, kan minska risken för SIDS avsevärt genom att inte dela säng med barnet. Rökningen ensamt ökar ändå risken med 2-4 gånger.

Studien som visade att ca 20 procent av mammorna i västra Sverige samsover med sina barn gjordes på barn som föddes för tio år sedan (33). Efter det har rekommendationen om hudnära vård börjat bli mer allmän. Det gör att vi kan anta att fler samsover med sina barn nu än när studien gjordes. Detta arbetet visar att samsovning innebär en större risk ju yngre barnet är. Att samsova när barnet är helt nyfött och dessutom lägga barnet på mage, som det blir om barnet ska sova i en bärtop eller bärsjal, måste ses som en avsevärd risk. Självklart behöver barnet få leta sig fram till bröstet och suga. Det behöver också få mycket hudkontakt den första tiden för att etablera amningen och känna sig lugn och trygg hos sina föräldrar. Men måste vi inte begränsa rekommendationerna till när föräldrarna är vakna?

Hur värderar man vinsterna kontra riskerna? Ingen människa kan ju bestämma att ett visst antal tusen barns lyckade amning, är värt risken av att ett barn dör i SIDS. De enda som möjligen kan fatta ett sådant beslut är föräldrarna, och för att kunna göra det krävs att de får saklig och begriplig information. När sjuksköterskan träffar familjen första gången har de oftast varit hemma med sitt nyfödda barn några dygn och börjat etablera lite vanor. Därför är det viktigt att börja informationen med öppna frågor om hur de gjort hittills och hur de skulle vilja att sömnen och amningen fungerade. Här gäller det att lyssna in vad föräldrarna kommunicerar för att kunna komma med informationen på ett sätt som visar respekt för deras val. Ändå måste sjuksköterskan våga vara tydlig. Att inte upplysa föräldrarna om riskerna innebär att sjuksköterskan tar över föräldrarnas val.

Troligen är det så att samsovning kan göras mer eller mindre säkert. Att sova på rygg på en egen kudde mellan föräldrarnas huvuden är sannolikt mindre farligt än att somna vid bröstet om mamma också sover. Problemet är väl just att föräldrarna sover och inte helt har kontroll över om förhållandena i sängen ändras. I Sverige har vi ju också jämförelsevis mycket tid att vara nära våra barn under dagtid, tack vare vår väl utbyggda föräldraförsäkring. Föräldrarna måste inte kompensera spädbarnen på natten för att de inte varit där under dagen. Barnet kan ju sova i bärsjal, hud mot hud med föräldern, när föräldern är vaken och har uppsikt över barnet. På natten kan barnets säng stå helt intill förälderns, möjligen även med en öppen långsida för att föräldern lätt ska kunna nå barnet.

Påståendet om att helammande mammor vaknar om barnet slutar andas, kan ha sin grund i den typen av forskning som konstaterade många fler korta uppvaknande, amningstillfällen och beröringar från mamma till barn under samsovning (38, 39). Om påståendet var sant borde statistiken visa att samsovning i kombination med amning var ett säkert sätt att sova. Studierna visade att amningen ungefär halverade risken för SIDS och att skyddet var större ju yngre barnet var. Men om forskarna räknade på amning tillsammans med samsovning, så halverade amningen inte längre risken. Den justerades bara nedåt marginellt. Samsovningen verkade alltså vara en dominerande riskfaktor (41, 42).

I arbetet med den här uppsatsen kom det fram några nya frågor som inte besvarades i litteraturen. En av dem är vad i rökningen som gör barnet sårbart för SIDS och framför allt vad det är med kombinationen rökning och samsovning som ger den kraftiga riskökningen. Eftersom det i princip alltid är samma mammor som röker under graviditeten och strax efter, verkar det fortfarande oklart när ”skadan” uppstår. För att förstå detta krävs vidare forskning. Ett annat önskvärt

forskningsområde vore förstås om det var möjligt att ta ett mer samlat forskningsgrepp om frågan hur god omvårdnad av spädbarn ser ut och att där väga in de olika vinsterna för barnet.

I specialistutbildningarna till distriktssköterska, barnsjuksköterska och barnmorska behöver man ta upp de fakta som framkommit här, men också de olika synsätt och värderingar som ligger till grund för olikheterna i praxis, för att öka förståelsen mellan yrkesgrupperna.

Verksamhetsutvecklarna i de olika delarna av vårdkedjan måste ta ansvar för att reda ut oklarheterna i budskapet till föräldrarna och till de inom verksamheten som ska informera föräldrarna och besvara deras frågor.

Egna reflektioner

Det är min uppfattning att vi måste våga tala klarspråk om den värderingskonflikt som har uppstått mellan ”det naturliga” och ”det säkra” sättet att ta hand om spädbarn. Det kan inte vara frågan om att vinna en debatt kollegor emellan. Eftersom omvårdnaden som bedrivs ska vara evidensbaserad måste vi även våga ta till oss forskning som motsäger de råd vi gett tidigare. Statistiken för SIDS på 1980-talet borde stämma till eftertanke över vad som kan hända när man ger råd om något som man bara antar är rätt. På den tiden var barnhälsovården med och spred ut rådet om att lägga barn på mage. Det fick förödande konsekvenser för många familjer. Råden till föräldrarna korrigerades senare efter ny forskning och statistiken visade snart att forskningen hade rätt.

Slutsats

Denna uppsats visar, att de tre-fyra första månaderna sover nyfödda barn säkrast i en egen säng, inom räckhåll för den förälder som ansvarar för barnet på natten, på rygg med egen kudde och filt. För ett barn till en rökande mamma bör den rekommendationen förlängas till åtminstone det första halvåret.

REFERENSER

1. vårdutvecklare/barnhälsovårdssamordnare Nnf. Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom Barnhälsovården 2011 [cited 2013 04-12]. Available from: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Malen-for-yrkesforeningarna/Nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-Barnhalsovarden/>
2. Riksföreningen för barnsjuksköterskor Ss. Kompetensbeskrivning för barnsjuksköterska 2008 [cited 2013 04-12]. Available from: <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/kompetensbeskrivn%20barn.pdf>
3. Distriktssköterskeföreningen i Sverige SS. Kompetensbeskrivning 2008 [cited 2013 04-12]. Available from: <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf>
4. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur; 2011.
5. Hedelin B, Jormfeldt H, Svedberg P. Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. In: Friberg F, Öhlén J, editors. *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 237-58.
6. Elgán C, Fridlund B. Vuxet vardagsliv. In: Friberg F, Öhlén J, editors. *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 147-72.
7. Jonsell R. Rikshandboken Barnhälsovård 2011 [cited 2013 04-12]. Available from: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Basprogrammet/1-7-dagar/>
8. Baggens C, Sandén I. Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. In: Friberg F, Öhlén J, editors. *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 201-33.
9. Thornquist E, Ruthman Edström M. Kommunikation i kliniken: möte mellan professionella och patienter. Lund: Studentlitteratur; 2001.
10. Snellman I. Vårdrelationer - en filosofisk belysning. In: Friberg F, Öhlén J, editors. *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 377-405.
11. Sobralske MC, Gruber ME. Risks and benefits of parent/child bed sharing. *J Am Acad Nurse Pract*. 2009 Sep;21(9):474-9.
12. Mitchell EA. SIDS: past, present and future. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2009;98(11):1712-19.
13. Blanchard DS, Vermilya HL. Bedsharing: toward a more holistic approach in research and practice. *Holistic nursing practice*. 2007;21(1):19-25.
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(2):134-52.
15. Alm B. Plötslig spädbarnsdöd (SIDS, Sudden Infant Death Syndrome) [updated 12-11-09; cited 2013 04-12]. Available from: http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=1466
16. Alm B. Sudden infant death syndrome in Scandinavia: an epidemiological study. Göteborg 1999.
17. Socialstyrelsen. Dödsorsaker 2011 2013 [updated 2013-02-25; cited 2013 04-27]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19001/2013-2-30.pdf>

18. Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, Becroft DM, Taylor BJ, Ford RP, et al. Results from the first year of the New Zealand cot death study. *The New Zealand medical journal*. 1991 Feb 27;104(906):71-6.
19. Socialstyrelsen. Minska risken för plötslig spädbarnsdöd 2006 [cited 2013 04-12]. Available from: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9566/2006-114-40_200611440.pdf
20. Scheers NJ, Rutherford GW, Kemp JS. Where should infants sleep? A comparison of risk for suffocation of infants sleeping in cribs, adult beds, and other sleeping locations. *Pediatrics*. 2003 Oct;112(4):883-9.
21. Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2011 Nov;128(5):1030-9.
22. Mitchell EA, Freemantle J, Young J, Byard RW. Scientific consensus forum to review the evidence underpinning the recommendations of the Australian SIDS and Kids Safe Sleeping Health Promotion Programme-October 2010. *Journal of paediatrics and child health*. 2012 Aug;48(8):626-33.
23. Unicef. The Baby-Friendly Hospital Initiative [cited 2013 04-12]. Available from: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>
24. Amningshjälpen. 10 steg till Amningsvänligt Sjukhus [cited 2013 04-12]. Available from: http://www.amningshjalpen.se/index.php?option=com_content&view=article&id=183
25. Idenstedt U. Rikshandboken Barnhälsovård [updated 2012-02-08; cited 2013 04-12]. Available from: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Amning/Tio-steg-for-lyckad-amning/>
26. WHO. kangaroo mother care. A practical guide 2003 [cited 2013 04-12]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590351.pdf>
27. Västra Götalandsregionen SU. Hudnära vård [updated 2011-11-15]. Available from: <http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Vardutbud/Forlossningsvard/Vanta-barn11/Nar-barnet-ar-fott---hudnara-varld/>
28. Götalandsregionen V. PM Amning. Riktlinjer för vårdkedjan 2010 [cited 2013 04-12]. Available from: <http://www.vgregion.se/upload/Prim%C3%A4rv%C3%A5rden%20G%C3%B6teborg/MBHV/BHV/Basprogram/Amning/Amnings%20PM%20%20GBG20101012.pdf>
29. Friberg F. Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2012.
30. Alm B, Wennergren G, Norvenius SG, Skjaerven R, Lagercrantz H, Helweg-Larsen K, et al. Breast feeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia, 1992-95. *Archives of disease in childhood*. 2002;86(6):400-2.
31. Vennemann M, Findeisen M, Butterfasharp-Bahloul T, Jorch G, Brinkmann B, Kopcke W, et al. Modifiable risk factors for SIDS in Germany: Results of GeSID. *Acta Paediatrica*. 2005;94(6):655-660.
32. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yücesan K, Sauerland C, et al. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics*. 2009;123(3):e406-e10.
33. Möllborg P, Wennergren G, Norvenius G, Alm B. Bed-sharing among six-month-old infants in western Sweden. *Acta Paediatrica*. 2011;100(2):226-230.
34. McKenna JJ, Volpe LE. Sleeping with baby: an Internet-based sampling of parental experiences, choices, perceptions, and interpretations in a western industrialized context. *Infant & Child Development*. 2007;16(4):359-85.

35. Ateah CA, Hamelin KJ. Maternal Bedsharing Practices, Experiences, and Awareness of Risks. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2008;37(3):274-81.
36. Dalbye R, Calais E, Berg M. Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns – A phenomenology study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2011;2(3):107-11.
37. Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bed sharing and breastfeeding: longitudinal, population-based analysis. *Pediatrics*. 2010;126(5):e1119-e26.
38. Baddock SA, Galland BC, Bolton DPG, Williams SM, Taylor BJ. Differences in Infant and Parent Behaviors During Routine Bed Sharing Compared With Cot Sleeping in the Home Setting. *Pediatrics*. 2006;117(5):1599-607.
39. McKenna JJ, Ball HL, Gettler LT. Mother-infant cosleeping, breastfeeding and sudden infant death syndrome: what biological anthropology has discovered about normal infant sleep and pediatric sleep medicine. *American journal of physical anthropology*. 2007;Suppl 45:133-161.
40. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Huber J, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *The Lancet*. 2004;363(9404):185-91.
41. Ruys JH, de Jonge GA, Brand R, Engelberts AC, Semmekrot BA. Bed-sharing in the first four months of life: a risk factor for sudden infant death. *Acta Pædiatrica*. 2007;96(10):1399-403.
42. 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(1):32-7.
43. McGarvey C, McDonnell M, Hamilton K, O'Regan M, Matthews T. An 8 year study of risk factors for SIDS: bed-sharing versus non-bed-sharing. *Archives of disease in childhood*. 2006;91(4):318-23.

BILAGA 1

TABELL 1. ÖVERSIKT ÖVER SÖKNINGAR SOM GAV ARTIKLAR TILL RESULTATET

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Valda artiklar
Cinahl	Bed-sharing AND breastfeeding AND infant*	-peer reviewed -research article från 2003.01.01 och framåt	19	1
Cinahl	Bed-sharing AND SIDS AND infant*	-peer reviewed -research article från 2003.01.01 och framåt	19	1
PubMed	Bed-sharing breastfeeding	10 år	47	1
PubMed	Bed-sharing SIDS	10 år	89	2
PubMed	Bedsharing SIDS	10 år	22	2
Summon	Bed-sharing SIDS breastfeeding	Vetenskapligt granskade. Från 2003.01.01 och framåt	112	1
PubMed	Breastfeeding SIDS	10 år	141	1
Cinahl	Bed-sharing AND infant* AND experience*	-peer reviewed -research article från 2003.01.01 och framåt	15	1
Summon	Bed-sharing mother infant experience	Vetenskapligt granskade Från 2003.01.01 och framåt	60	1
Manuell sökning			3	3

BILAGA 2

MODELLER FÖR KVALITETSGRANSKNING:

Kvalitetsgranskningsmodell för kvantitativa artiklar. Omarbetad från Friberg (29).

1. Finns ett tydligt problem formulerat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?
3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven?
4. Är syftet klart formulerat?
5. Är metoden tydligt beskriven?
6. Är urvalet tydligt beskrivet?
7. Har en adekvat analysmetod använts och är den beskriven?
8. Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
9. Är resultatet beskrivet?
10. Förs det fram argument runt studiens resultat?
11. Förs det några etiska resonemang?
12. Finns det en metoddiskussion?
13. Sker en återkoppling till det teoretiska antagandet, till exempel omvårdnadsvetenskapliga antaganden?

Artiklarna poängsattes med ett poäng per kriterium som uppfyllts.

7/13 = låg kvalitet

8/13 = medelhög kvalitet

11/13 = hög kvalitet

Kvalitetsgranskningsmodell för kvalitativa artiklar. Omarbetad från Willman m.fl. (4).

1. Är kontexten noggrant presenterad?
2. Finns det ett tydligt syfte?
3. Är metoden för urval och datainsamling beskriven?
4. Är analysmetoden tydligt beskriven?
5. Är resultatet logiskt och tydligt redovisat?
6. Förs det en diskussion om metod och resultat?
7. Redovisas resultatet i förhållande till kontexten?
8. Förs det ett etiskt resonemang?

Artiklarna poängsätts med ett poäng per kriterium som uppfyllts.

4/8 låg kvalitet

5/8 medelhög kvalitet

7/8 hög kvalitet

BILAGA 3

TABELL 2. ÖVERSIKT ÖVER ARTIKLARNAS TILL RESULTATET

Artikel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
<p>Titel: Bed-sharing among six-month-old infants in western Sweden Författare: Möllborg P, Wennergren G, Norvenius SG, Alm B Tidskrift: Acta Paediatrica Årtal: 2011 Land: Sverige</p>	<p>Syftet är att ta reda på hur många sexmånaders barn som samsover i Västsverige och undersöka faktorer som är kopplade till samsovning.</p>	<p>Kohortstudie. Del av en större studie, The infants of western Sweden.</p>	<p>Föräldrarna till hälften av alla barn som föddes i Västra Götalandsregionen år 2003, 8176 st, fick ett hemskickat frågeformulär. 5605 st. svarade. Svansfrekvens 68,5%.</p>	<p>19,8% av barnen sov vanligtvis i föräldrarnas säng vid 6 månaders ålder. Två tredjedelar sov vanligtvis i egen säng i föräldrarnas rum.</p>	<p>9/13 Medel</p>
<p>Titel: Sleeping With Baby: An Internet-Based Sampling of Parental Experiences, Choices, Perceptions, and Interpretations in a Western Industrialized Context Författare: McKenna J.J, Volpe L.E. Tidskrift: Infant & Child Development Årtal: 2007 Land: USA</p>	<p>Syftet är att undersöka mödrars tankar om sitt val att samsova och vilka vinster det har gett.</p>	<p>Kvalitativ, narrativ studie. Frågeformulär med öppna frågor.</p>	<p>200 samsovande, ammande mammor anmälde sig själva till undersökningen via en internet-sida om amning.</p>	<p>15,9% samsov som ett aktivt beslut och för 84,1% hade det blivit så av andra orsaker. Genomgående positiva tankar runt samsovning. 32% ansåg att samsovningen vid något kritiskt tillfälle räddat deras barn.</p>	<p>5/8 Medel</p>
<p>Titel: Maternal Bedsharing Practices, Experiences, and Awareness of Risks Författare: Ateah C.A, Hamelin K.J. Tidskrift: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. Årtal: 2008 Land: Kanada</p>	<p>Syftet är att ta reda på Kanadensiska föräldrars val, kunskaper och erfarenheter när det gäller samsovning.</p>	<p>En kohortstudie med deskriptiv, tvärsnittlig forskningsdesign.</p>	<p>Frågeformulär skickades till alla mammor i Manitoba, Kanada som fött barn under en viss månad, 1122 st, när barnen var 3-4 månader. 293 st. svarade. Endast 26% svarsfrekvens.</p>	<p>89% ansåg att det fanns risker med att samsova. 72% samsov regelbundet eller då och då. 13% hade vid något tillfälle delvis råkat lägga sig på sitt barn i sömnen.</p>	<p>10/13 Medel</p>
<p>Titel: Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term</p>	<p>Syftet är att utforska erfarenheter av hudnära vård</p>	<p>En kvalitativ studie med en fenomenologisk</p>	<p>Sammanlagt 20 friska nyförlösta kvinnor med god kunskap i svenska</p>	<p>Resultatet redovisas i fyra teman. Genomgående</p>	<p>8/8 Hög</p>

Artikel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
<p>newborns -A phenomenology study. Författare: Dalbye R, Calais E, Berg M. Tidskrift: Sexual & Reproductive Healthcare. Årtal: 2011 Land: Sverige, Norge</p>	<p>hos friska mammor till friska fullgångna barn de första dagarna efter födseln.</p>	<p>livsvärlds-approach. Intervjuer med 20 kvinnor.</p>	<p>eller norska valdes ut på ett svenskt och ett norskt sjukhus.</p>	<p>starkt positiva upplevelser av närheten till barnet. Vissa svårigheter att genomföra det dygnet runt efter hemkomsten.</p>	
<p>Titel: Relationship Between Bed Sharing and Breastfeeding: Longitudinal, Population-Based Analysis. Författare: Blair P.S, Heron J, Fleming P.J. Tidskrift: Pediatrics Årtal: 2010 Land: England</p>	<p>Syftet är att undersöka sambandet mellan samsovning och amning sett över längre tid.</p>	<p>En longitudinell kohortstudie. Man samlade information via frågeformulär, journaler och direktkontakt med föräldrarna.</p>	<p>Alla mammor i tre distrikt i England som fick barn under en 21-månaders period, 13988 st. De följdes i tio år. Artikeln handlar om de första fyra åren.</p>	<p>Det fanns ett tydligt samband mellan samsovning och amning. De som samsov de första månaderna ammade mer. Mest ammade de som samsov både tidigt och länge.</p>	10/13 Medel
<p>Titel: Differences in Infant and Parent Behaviors During Routine Bed Sharing Compared With Cot Sleeping in the Home Setting. Författare: Baddock S.A, Galland B.C, Bolton D.P.G, Williams S.M, Taylor B.J. Tidskrift: Pediatrics Årtal: 2006 Land: Nya Zeeland</p>	<p>Syftet är att observera sömnbeteendet hos barn, 1-6 månader, och deras mammor i hemmiljön. Studien vill jämföra samsovare med de som sover i egen säng.</p>	<p>En case-control-studie. Barn och mammor filmades och registrerades med elektroder under två nätter.</p>	<p>40 barn som samsov och 40 barn som sov i egen säng rekryterades genom mödravård, föräldragrupper och tidningsannonser.</p>	<p>Samsovare låg mer på sidan och fick oftare täcket över huvudet, men blev också ammade och berörda oftare.</p>	10/13 Medel
<p>Titel: Mother-Infant Cosleeping, Breastfeeding and Sudden Infant Death Syndrome: What Biological Anthropology Has Discovered About Normal Infant Sleep and Pediatric Sleep Medicine. Författare:</p>	<p>Syftet är att bevisa att samsovandet ger barnet sensoriska stimuli från mamman som hjälper barnet med regleringen av vitala funktioner och</p>	<p>En kohortstudie med cross-over design. Mammor och barn filmades och registrerades i ett laboratorium en samsovande natt och en natt i separata rum. En ny analys av</p>	<p>35 ammande mammor med friska, 3-4 månader gamla barn rekryterades via en BB-avd. 20 av dem samsov rutinmässigt och 15 gjorde inte det.</p>	<p>De nätter de samsov blev barnet ammat fler gånger och under längre tid sammanlagt. Mammor och barn hade fler simultana uppvaknanden men somnade om fortare.</p>	11/13 Hög

Artikel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
McKenna J.J, Ball H.L, Gettler L.T. Tidskrift: American journal of physical anthropology. Årtal: 2007 Land: USA	i förlängningen borde kunna ge ett skydd mot SIDS.	en äldre studie.			
Titel: Does Breast-feeding Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? Författare: Vennemann M.M, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yücesan K, Sauerland C, Mitchell E.A. Tidskrift: Pediatrics Årtal: 2009 Land: Tyskland	Syftet är att undersöka om amning reducerar risken för SIDS.	En del av den större GeSID-studien, German Study of Sudden Infant Death. En case-control-studie. Familjerna intervjuades i hemmen.	333 barn som dött i SIDS jämfördes med 998 kontrollbarn i samma ålder och från samma område.	Amningen reducerade risken för SIDS med ca hälften när man räknat bort för andra riskfaktorer.	10/13 Medel
Titel: Breast feeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia, 1992-95. Författare: Alm B, Wennergren G, Norvenius S.G, Skjaerven R, Lagercrantz H, Helweg-Larsen K, Irgens L.M. Tidskrift: Archives of disease in childhood. Årtal: 2002 Land: Sverige, Norge, Danmark.	Syftet är att undersöka om amning reducerar risken för SIDS.	En del av en större studie, the Nordic Epidemiological SIDS Study. En case-control-studie.	244 barn som dött i SIDS jämfördes med 869 kontrollbarn med samma kön och ålder. Kontrollbarnen föddes på samma BB som fallen.	Amningen reducerade risken för SIDS. Nyttan var större ju yngre barnet var. De första tre veckorna var risken 5 ggr större för barn som inte amnades alls. Även del-amning skyddade.	10/13 Medel
Titel: Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. Författare: Carpenter R.G, Irgens L.M, Blair P.S, England P.D, Fleming P, Huber J, Jorch G, Schreuder P. Tidskrift: The Lancet Årtal: 2004	Syftet är att kartlägga aktuella riskfaktorer för SIDS och eventuella interaktioner mellan dem.	En del av den stora ECAS-studien, European Union Concerted Action on SIDS. En case-control-studie. Föräldrarna intervjuades inom 2 veckor för fallen och 3	745 barn som dött i SIDS jämfördes med 2411 kontrollbarn.	De konstaterade bl.a. att det fanns en tydlig interaktion mellan riskfaktorerna; låg ålder hos barnet, samsovning och rökande mamma. Dessa tre faktorer kunde tillsammans öka	10/13 Medel

Artikel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
Land: Sverige, Norge, Danmark, England, Irland, Tyskland, Holland, Österrike, Ungern, Ukraina, Spanien, Italien, Ryssland, Slovenien, Frankrike, Belgien, Polen.		veckor för kontrollbarnen.		risken för SIDS 27 gånger.	
Titel: Modifiable risk factors for SIDS in Germany: Results of GeSID. Författare: Vennemann M.M, Findeisen M, Butterfass-Bahloul T, Jorch G, Brinkmann B, Köpcke W, Bajanowski T, Mitchell E.A. Tidskrift: Acta Paediatrica Årtal: 2005 Land: Tyskland	Syftet är att kartlägga riskfaktorer för SIDS i Tyskland. Med särskilt fokus på riskfaktorer som går att förebygga.	En del av den större GeSID-studien, German Study of Sudden Infant Death. En case-control-studie. Familjerna intervjuades i hemmen.	333 barn som dött i SIDS jämfördes med 998 kontrollbarn i samma ålder och från samma område.	De konstaterade igen att det var en stor riskökning för barnet att ligga på mage. Särskilt stor var risken om barnet vände över till mage. Samsovning var en riskökning på 2,7 ggr. Risken var större för rökande mammor men inte statistiskt signifikant.	10/13 Medel
Titel: Bed-sharing in the first four months of life: A riskfactor for sudden infant death. Författare: Ruys J.H, de Jonge G.A, Brand R, Engelberts A.C, Semmekrot B.A. Tidskrift: Acta Paediatrica Årtal: 2007 Land: Holland	Syftet är att ta reda på hur många som samsover i Holland, att undersöka risken för SIDS under samsovning och att utforma rekommendationer för Holländska föräldrar angående samsovning.	En del av CDC:s arbete, the Cot Death Committee. En case-control-studie.	138 barn som dött i SIDS eller unclassified sudden infant death (inte obducerade) före sex månaders ålder, jämfördes med 1628 kontrollbarn som deltog i en annan studie om säker sömn.	Samsovning gav en 9 ggr ökad risk för SIDS mellan 1-2 månaders ålder. Sedan sjönk risken snabbt. För rökare var risken större. Om man räknade bort skyddet från amning för samsovarna ändrades siffrorna bara marginellt. Samsovningen var en dominant riskfaktor som inte utjämnades av amningen.	10/13 Medel
Titel: Bedsharing, Roomsharing, and Sudden Infant Death	Syftet är att undersöka om samsovning	En case-control-studie. Föräldrarna	123 barn som dött i SIDS jämfördes med 263	För ett barn till en rökande mamma <11	10/13 Medel

Artikel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
<p>Syndrome in Scotland: A Case-control Study. Författare: Tappin D, Ecob R, Brooke H. Tidskrift: The Journal of Pediatrics Årtal: 2005 Land: Skottland</p>	<p>innebär ökad risk för SIDS</p>	<p>intervjuades inom 28 dagar från dödsfallet.</p>	<p>kontrollbarn som fötts före och efter de som dog, på samma BB.</p>	<p>veckors ålder var det 12 ggr farligare att samsova än att inte göra det. För en ickerökare var motsvarande riskökning 8 ggr. Det innebär en mycket stor risk att somna i soffan eller fätölj med barnet. Ökad risk för barn till rökare att inte dela rum. Farligare att sova mellan två föräldrar än bredvid en.</p>	
<p>Titel: An 8 year study of risk factors for SIDS: bed-sharing versus non-bed-sharing. Författare: McGarvey C, McDonnell M, Hamilton K, O'Regan M, Matthews T. Tidskrift: Archives of disease in childhood. Årtal: 2006 Land: Irland</p>	<p>Syftet är att undersöka effekten av samsovning som riskfaktor för SIDS.</p>	<p>En del av en pågående nationell studie i Irland. En case-control-studie. Föräldrarna intervjuades hemma inom 6 veckor efter dödsfallet.</p>	<p>287 barn som dött i SIDS (alla i Irland under 8 års tid) jämfördes med 831 kontrollbarn med samma födelsedag och från samma område.</p>	<p>Det var 7 ggr farligare för ett barn till en rökare <10 veckors ålder att samsova än för ett barn till ickerökare. För barn till ickerökare var risken för SIDS dubbelt så stor om de samsov.</p>	<p>10/13 Medel</p>