
Mage- eller rygggleie for spedbarn – hva sier vi til foreldrene?

KOMMENTAR

ELISABET HELLEM

Smågruppesenteret
Senter for sjeldne sykdommer og syndromer
Rikshospitalet
0027 Oslo

AVDELING FOR HELSEFAG, FYSIOTERAPEUTUTDANNINGEN

Høgskolen i Oslo
Pilestredet 52/56
0167 Oslo

I debatten om hvorvidt ensidig rygggleie hos spedbarn bidrar til ”skjev” utvikling og forsinket motorikk, er det viktige momenter som ikke er kommet frem: Det er sjelden at bare én faktor, for eksempel manglende mageleieerfaringer, er utslagsgivende for den retning bevegelsesutviklingen tar. Det er først når flere elementer ved barnets dagligliv forsterker ensidighet i bevegelseserfaringene at det kan være grunn til bekymring. Det er en viktig utfordring for helsepersonell å stimulere foreldre til å gi spedbarna **varierte bevegelseserfaring**.

I Aftenposten Aften 15.9. 1999 omtales utilsiktede bieffekter ved krybbedødkampanjen (1), blant annet at det er observert stor økning av barn med asymmetrisk hodestilling, avflatet skalle og forsinket motorikk etter at rygggleie ble anbefalt som sovestilling. Foreldre er forvirret og usikre når det gjelder liggestillingens konsekvenser for barnets utvikling (2), og foreldreveiledning trekkes inn som viktig i denne sammenheng (3).

Klinikere og forskere beskriver i flere studier overhyppighet av asymmetrisk hode- og ansiktsform og forsinket motorisk utvikling hos barn som har rygggleie som vanestilling (4 – 7). Det konkluderes med at profilen på den motoriske utviklingen er annerledes og forsinket, men at skjevhetene er forbigående og at barna tar igjen det tapte innen to års alder. Til tross for argumentene om at ensidig rygggleie ikke har betydning for utviklingen, anbefaler helsepersonell at spedbarn ”skal trene” i mageleie når det er

våkent. Dette tilsynelatende paradokset betegner nettopp det som ofte skjer når det gis anbefalinger om hva som er bra og hva som ikke er bra for barns utvikling. Det er ikke et enten eller, men et både og. For å unngå forvirring er det av vesentlig betydning å samtale med foreldrene om bruk av mage- og rygggleie når barnet sover og når det er våkent.

Det er påvist sammenheng mellom de erfaringene barnet får i hverdagen, hvordan barnet beveger seg og om det er tidlig eller sent ute med en ferdighet (8, 9). Når barn viser manglende mageleieferdigheter i forhold til forventede milepæler, får foreldrene råd om å legge/trene barnet i mageleie. Vanlige argumenter for dette er at barnet ikke løfter hodet høyt nok eller at ryggen trenger denne treningen. Foreldre forteller at spedbarn ofte viser motvilje mot mageleie, mødrene tror det er fordi barna blir slitne og fordi de ikke kan gjøre noe i stillingen. Denne motviljen kan forstås med utgangspunkt i at det å bli lagt på magen for første gang i 2 – 3 måneders alder, er noe annet enn å bli lagt i mageleie som nyfødt. Det nyfødte barnet lærer seg gradvis å skyve seg opp med armene fra underlaget, mens et tre måneder gammelt barn vil kunne løfte seg opp i hovedsak ved hjelp av rygg- og nakkemuskler. Et barn på tre måneder har begynt å orientere seg i rommet i langt større grad enn den nyfødte. I rygggleie og sittende i stol vil muligheten være til stede. I mageleie vil det være vanskelig å fange inn det som skjer hvis ikke barnet kan støtte seg på armene når det løfter hodet.

Med bakgrunn i kunnskap om bevegelsesutvikling er det flere argumenter for å anbefale tidlig mageleie når barnet er våkent (10). Ikke fordi tidlige erfaringer med mageleie nødvendigvis er avgjørende for de grove trekk i utviklingen, men fordi stillingen gir barnet særegne erfaringer. Gjennom vektbæring på armene utvikles balansert muskelbruk mellom kroppens for- og bakside, mellom hode, over- og underkropp. Alle stillinger gir særegne bevegelseserfaringer. Tidlig mageleie er spesielt fordi armene skyver ned mot underlaget for å løfte kroppen opp fra underlaget, mot tyngdekraften. I rygggleie trykker kroppen seg ned mot underlaget når armene strekkes ut i rommet. De fleste barn vil skaffe seg erfaringer med å bruke armene mot underlaget når de begynner å forflytte seg ved egen hjelp, vanligvis i sju måneders alder.

Spedbarn trenger varierte bevegelseserfaringer. Derfor er det av stor betydning at barnet får holde på med aktiviteter på gulvet der det selv initierer bevegelser som skyve, støtte og trekke. Barnet trenger tid til å trene på gulvnære aktiviteter hvor armene bærer kroppens vekt, og vi vil anmode helsepersonell om å tone ned prestasjonsjaget knyttet til det å være tidlig ute med å sitte, stå og gå.

Det drastiske fallet i forekomsten av krybbedød tilsier at fraråding av mageleie som sovestilling har hatt gjennomslagskraft og at budskapet har nådd foreldrene. Men hvorfor kvier foreldre seg for å legge spedbarna sine på magen når de er våkne? For at ikke foreldre skal oppfatte mageleieforbudet som absolutt, må helsepersonell komme med gode argumenter for hvor viktig det er for barnet å ligge på magen når det er våkent. Vi har ikke tro på universelle råd, verken når det gjelder å trene i mageleie eller å la det være. Helsepersonell må skape situasjoner der foreldre i større grad blir i stand til å nyttiggjøre seg generelle råd. For eksempel er det i nyfødtperioden glidende overganger mellom når barnet sover og når det er våkent. Dermed kan det oppleves som utrygt for foreldre å legge barnet på magen. Et godt råd er å legge barnet på magen i stellesituasjoner, på egen mage og på fanget slik at man ser om barnet sover eller er våkent. Senere, når barnet er våkent i lengre perioder, kan det innimellom plasseres i

mageleie slik at det kan følge med på det som skjer. For at rådene skal gi mening må de tilpasses foreldre og helsepersonell og ta utgangspunkt i barnets kroppslige forutsetninger og aldersspesifikke særtrekk.

LITTERATUR

1. Muri B. Voldsom økning av barn med hodeskader. Aftenposten Aften 15.9.1999.
2. Bleivik G-H. Frykter økt krybbedød ved maveleie. Aftenposten Aften 22.9.1999.
3. Lindemann R. Skal barnets hodefasong standardiseres? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3945.
4. Davis B, Moon RY, Sachs HC, Ottolini MC. Effects of sleep position on infant motor development. Pediatrics 1998; 102: 1135 – 40.
5. Jantz JW, Blosser CD, Fruechting LA. A motor milestone change noted with a change in sleep position. Arch Pediatr Adolesc Med 1997; 151: 565 – 8.
6. Dewey C, Fleming P, Golding J. Does the supine sleeping position have any adverse effects on the child? Pediatrics 1998; 101: E5.
7. Mildred J, Beard K, Dallwitz A, Unwin J. Play position is influenced by knowledge of SIDS sleep position recommendations. J Paediatr Child Health 1995; 31: 499–502.
8. Super CM. Environmental effects on motor development: the case of "African infant precocity". Dev Med Child Neurol 1976; 18: 561 – 7.
9. Hopkins B. Culturally determined patterns of handling the human infant. Journal of Human Movement Studies 1976; 2: 1 – 27.
10. Hellem E, Øien I. "Som man reder så ligger man". Spedbarnets hverdagsliv og bevegelsesutvikling, en studie av variasjoner og fellestrekk. Hovedfagsoppgave. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for spesialpedagogikk. Bislett høgskolesenter, Institutt for fysioterapi- og ortopediingeniørutdanning, 1994.

Publisert: 10. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. september 2026.