

PREVENTIE VAN WIEGENDOOD OP MAAT

WETENSCHAP

Uit de TNO-peiling van 2003 naar verzorgingsfactoren van zuigelingen blijkt dat de prevalentie van risicovolle verzorgingsfactoren laag is. Om preventie van wiegendood nog meer op maat te maken, is onderzocht of er associaties bestaan tussen deze erkende aan wiegendood gerelateerde verzorgingsfactoren (slaapligging, beddengoed, slaappleats, passief roken en melkvoeding) en kenmerken van ouders. Hieruit blijkt dat vooral alleenstaande en/of werkloze moeders en ouders die niet in Nederland geboren zijn de adviezen ter preventie van wiegendood minder accuraat opvolgen. Met deze informatie kan de preventie gerichter worden gegeven aan specifieke ouders die kennis over deze verzorgingsfactoren mogelijk ontberen. De gebruikelijke preventieadviezen die via de verloskunde, de kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg aan alle (aanstaande) ouders wordt aangeboden, moet niettemin onverminderd voortgang vinden.

*M. van Schaijk, C.I. Lanting,
J.P. van Wouwe, A.C. Engelberts en
M.P. L'Hoir*

Inleiding

Sinds 1987 zijn in Nederland binnen de jeugdgezondheidszorg (JGZ) adviezen uitgebracht over de verzorging van baby's ter preventie van wiegendood. Om vast te stellen in hoeverre de uitgebrachte adviezen worden opgevolgd, wordt sinds 1988 om de paar jaar een landelijke peiling uitgevoerd. Vooral door het werk van de medewerkers in de Kraamzorg en Jeugdgezondheidszorg (JGZ), voortgaand onderzoek (Landelijke Werkgroep Wiegendood) en effectieve publieksinformatie (Stichting Wiegendood en vanaf 2004 mede de Stichting Consument en Veiligheid) is de incidentie van wiegendood in het eerste levensjaar in Nederland teruggebracht van ruim 120 per 100.000 levendgeborenen in 1986 naar 10 per 100.000 in 2005. Dit is de laagste incidentie in westerse landen. De resultaten van deze peilingen vormen een stimulans voor de JGZ om preventieadviezen te blijven geven. In 2003 is een

peiling verricht naar melkvoeding waarbij enkele vragen over de verzorging met betrekking tot wiegendood zijn toegevoegd en aan de hand waarvan we kunnen nagaan hoe de adviezen in de praktijk worden opgevolgd. De meest recente peiling heeft in 2005 plaatsgevonden en hierover wordt separaat gerapporteerd^[19]. In de peiling van 2003 werden, anders dan in de andere peilingen, associaties onderzocht tussen erkende aan wiegendood gerelateerde verzorgingsfactoren (slaapligging, beddengoed, slaappleats, passief roken en melkvoeding) en kenmerken van ouders (leeftijd, geboorteland, opleidingsniveau, werksituatie en partnerstatus van moeder en geboorteland en werksituatie van haar partner). Informatie over deze verbanden biedt de mogelijkheid om gerichte en extra voorlichting op te stellen voor ouders die niet bereikt worden of die de preventieadviezen niet opvolgen. Dit is bedoeld als aanvulling op de bestaande voorlichting aan de totale populatie (aanstaande) ouders. De bestaande voorlichting moet onverminderd

doorgaan, maar risicogroepen verdienen extra aandacht.

Methode

De gegevens van de peiling zijn verzameld via een vragenlijst die is afgenomen in de maanden november 2002 tot en met april 2003. In het kader van de peiling zijn alle bij het toenmalige Landelijk Centrum Ouderen Kindzorg (LC-OKZ; thans Actiz) aangesloten instellingen aangeschreven om mee te doen. Er werd nadrukkelijk gevraagd geen selectie te maken op basis van achtergrondkenmerken, zodat de uiteindelijke gegevens representatief zijn voor de Nederlandse bevolking. De vragenlijsten werden thuis ingevuld door moeders van zuigelingen jonger dan zeven maanden en teruggestuurd aan TNO-KVL in een portvrije antwoordevelop.

*Drs. M. van Schaijk, orthopedagoog en
dr. M.P. L'Hoir, psychotherapeut van de
afdeling Medische Psychologie en
Maatschappelijk Werk,
Wilhelmina Kinderziekenhuis,
UMCU, Utrecht;
Dr. C.I. Lanting, arts-epidemioloog en
dr. J.P. van Wouwe, kinderarts,
van TNO Kwaliteit van Leven, Leiden;
Dr. A.C. Engelberts, kinderarts van
het Maaslandziekenhuis, Sittard.*

Correspondentieadres:

*Drs. M. van Schaijk,
Huispostnummer KA.00.004.0,
UMCU, Postbus 85090, 3508 AB Utrecht,
tel. 030-2504111,
m.vanschaijk@umcutrecht.nl.*

Dit artikel verscheen eerder in het tijdschrift JGZ, tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg, februari 2007. Overname met toestemming van auteurs en uitgever.

Tabel 1. Risicogroepen en -gedragingen

risicogedrag	risicogroep	n	%	
buikligging	totaal	169	6,1	
	jonge moeders**	20	11,5	##
	moeders die elders geboren zijn**	25	16,0	##
	partners die elders geboren zijn**	20	14,3	–
	niet-werkende moeders*	64	7,3	#
	moeders zonder partner**	12	20,7	##
zijligging	totaal	546	19,8	
	jonge moeders**	52	29,9	##
	moeders die elders geboren zijn**	53	34,0	##
	partners die elders geboren zijn**	48	34,3	–
	moeders zonder partner**	21	36,2	#
dekbedgebruik	totaal	195	7,0	
	jonge moeders*	16	9,1	
	oude moeders*	47	9,5	
	laag opgeleide moeders*	74	8,8	
	niet-werkende moeders**	69	11,3	
	moeders zonder partner**	13	22,0	
niet gebruiken van slaap- of trappelzak	totaal	1540	55,3	
	moeders die elders geboren zijn**	107	6,7	##
	partners die elders geboren zijn**	98	69,0	–
slapen bij ouder(s) in bed	totaal	136	4,9	
	jonge moeders**	12	6,8	
	oude moeders**	40	8,1	
	moeders die elders geboren zijn**	19	12,1	##
	partners die elders geboren**	21	14,9	–
	moeders zonder partner**	9	15,8	##
babybed niet bij ouder(s) op de kamer	totaal	2136	77,0	
	jonge moeders**	138	78,4	##
	moeders die in NL geboren zijn**	2027	77,9	##
	partners die in NL geboren zijn**	1947	78,3	–
	laag opgeleide moeders**	685	82,2	##
roken tijdens de zwangerschap	totaal	367	13,3	
	jonge moeders**	47	26,7	
	laag opgeleide moeders**	178	21,5	##
	niet-werkende moeders**	98	16,2	
	niet-werkende partners*	14	23,0	–
	moeders zonder partner**	17	28,2	#
roken in het bijzijn van het kind	totaal	361	13,1	
	moeders die in NL geboren zijn*	349	13,4	
	laag opgeleide moeders**	141	17,0	##
	niet-werkende moeders*	98	16,2	
niet uitsluitend borstvoeding	totaal	1664	60,1	
	moeders die in NL geboren zijn**	1591	61,1	##
	laag opgeleide moeders**	562	67,5	##
	fulltime werkende moeder**	725	62,4	##

* $p < 0,05$ chi-kwadraat; ** $p < 0,01$ chi-kwadraat; # $p < 0,05$ multivariate logistische regressie;

$p < 0,01$ multivariate logistische regressie; – niet in de multivariate analyse meegenomen.

Leeftijd moeder: jong (17-24 jaar), oud (35 jaar en ouder); opleidingsniveau moeder: laag (geen/basisschool, lbo, mavo).

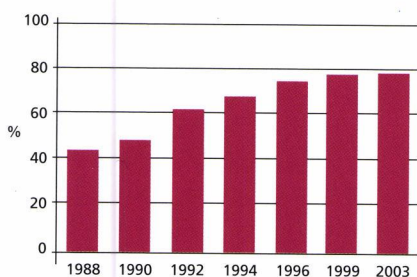
Statistische analyse

De gegevens zijn geanalyseerd met SPSS for Windows, versie 12.0. Verschillen tussen groepen zijn getoetst met de Students t-toets, de chi-kwadraattest en de Mann-Whitney U-test en multivariatie analyses zijn verricht. Verschillen met een p-waarde $<0,05$ worden als significant beschouwd. De leeftijd wordt uitgedrukt in voltooide maanden. In de tabellen betekent 'leeftijd=1 maand' dat de zuigelingen ten minste 1 maand en nog geen 2 maanden oud zijn. Wanneer gesproken wordt over buik- of zijligging wordt bedoeld soms of altijd buik- of zijligging.

Resultaten

Respons

Er zijn 4860 vragenlijsten verzonden aan 246 consultatiebureaus. Hiervan zijn 2913 vragenlijsten (60%) ingevuld teruggestuurd. Daarvan is 99% ($n=2889$) ingevuld door de moeder. Gegevens van 2783 zuigelingen jonger dan 7 maanden zijn geschikt voor analyse. De gemiddelde leeftijd van deze baby's was 3 maanden (sd 1,5) en 49% was een meisje. De gemiddelde leeftijd van de moeders was 31 jaar (sd 4,2), 6% van de moeders was niet in Nederland geboren, 22% was werkloos en 34% had een hoog opleidingsniveau (hbo of wo), 34% een gemiddeld opleidingsniveau (mbo, mavo, havo, vwo) en 30% een laag opleidingsniveau (geen, basisschool, lbo of mavo).



Figuur 1 Prevalentie van rugligging, Nederland 1988-2003.

De gemiddelde leeftijd van moeder, de verdeling jongens/meisjes, de gemiddelde zwangerschapsduur, de verdeling van plaats van en het soort bevalling kwamen overeen met landelijke cijfers. De regionale spreiding is gelijk verdeeld over de provincies.

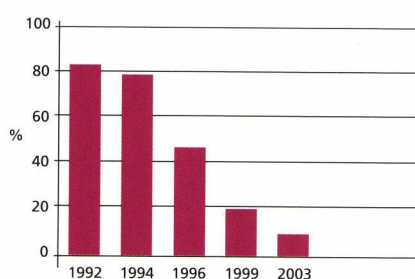
De prevalentie van de bekende verzorgingsfactoren (slaaphouding, beddengoed, slaappleaats, roken en borstvoeding) geassocieerd met wiegendood en de omgevingsfactoren worden weergegeven in tabel 1.

Verzorgingskenmerken

- **Slaaphouding:** De prevalentie van buikligging in 2003 was 6%, van zijligging 20%. Vanaf 1988 is rugligging, wat beschermend is, toegenomen en lijkt nu gestabiliseerd (figuur 1). Zijligging werd met name in de eerste levensmaand toegepast (51%) en nam met de leeftijd af (31% bij 1 maand, 21% bij 2 maanden en 8% bij 6 maanden).

- **Beddengoed:** Sinds 1992 wordt een dekbed minder gebruikt (figuur 2). In 2003 dekte 7% van de ouders hun kind toe met een dekbed. Het beschermende gebruik van een trappelpak (55%) is sinds 1999 niet toegenomen. Het risicovolle gebruik van een trappelpak in combinatie met een dekbed bij kinderen van 0 tot 6 maanden is afgenomen ten opzichte van 1999 van 8% naar 6%.

- **Beddengoed en draaigedrag:**



Figuur 2 Prevalentie van dekbedgebruik, Nederland 1992-2003.

Draaigedrag van de zuigeling is afhankelijk van de leeftijd, maar ook deels afhankelijk van het gebruikte beddengoed. Baby's die met een dekbed werden toegedekt, draaiden significant vaker dan kinderen die niet met een dekbed werden toegedekt (12% versus 8%, $p=0,028$). Baby's die in een trappelpak te slapen werden gelegd, draaiden daarentegen significant minder vaak dan baby's die niet in een trappelpak te slapen werden gelegd (9% versus 6%, $p=0,004$).

- Het draaien naar de buik (secundaire buikligging) kwam in deze prevalentiestudie slechts 16 keer voor.
- **Slaappleaats:** In 2003 sliep 6% van de zuigelingen onder 4 maanden het grootste gedeelte van de nacht bij ouder(s) in bed. Bij 23% van de zuigelingen stond het babybed bij ouder(s) op de kamer. Dit nam af met de leeftijd, van 37% bij 0 maanden naar 8% bij 6 maanden.
- **Roken:** Van de moeders gaf 13% aan te roken tijdens de zwangerschap en 14% na de geboorte, het merendeel in het bijzijn van de baby (13%).
- **Melkvoeding:** Ten opzichte van 1999 gaven meer moeders nog borstvoeding op de leeftijd van 6 maanden (toen 11%, nu 14%). Dit gold eveneens voor de combinatie borst- en kunstvoeding (toen 11% nu 23%).

Achtergrondkenmerken

- **Leeftijd van de moeder:** Jonge moeders (17 t/m 24 jaar) legden hun baby vaker op de buik of op de zij te slapen en gebruikten vaker een dekbed, of namen hun kind vaker bij zich in bed onder hun dekbed. Jonge moeders plaatsten het babybed minder vaak op de ouderlijke slaapkamer en meer jonge moeders rookten

tijdens de zwangerschap in vergelijking met moeders die ouder dan 24 zijn. Oudere moeders (ouder dan 35 jaar) gebruikten eveneens vaak een dekbed en namen hun baby ook bij zich in bed.

- *Geboorteland van de ouders:* Ouders die niet in Nederland geboren zijn, legden hun baby's vaker op de buik of de zij te slapen, gebruikten minder vaak een trappellzak en namen hun baby ook vaker bij zich in bed. Echter, zij plaatsten het babybedje vaker bij hen op de slaapkamer en rookten minder in het bijzijn van de baby.
- *Partnerstatus van de moeder:* Alleenstaande moeders legden hun baby vaker op de buik of zij te slapen, gebruikten vaker een dekbed, namen de baby vaker bij zich in bed en tijdens de zwangerschap rookten zij vaker in vergelijking met moeders met een partner.
- *Werkstatus:* Moeders zonder baan legden hun baby vaker op de buik te slapen, gebruikten vaker een dekbed, rookten vaker tijdens de zwangerschap en in het bijzijn van de baby dan werkende moeders.
- *Opleidingsniveau van de moeder:* Moeders met een laag opleidingsniveau gebruikten vaker een dekbed, namen het babybedje minder vaak bij zich op de slaapkamer, rookten vaker tijdens de zwangerschap en in het bijzijn van de baby en gaven minder vaak borstvoeding.

De ouderfactor alleenstaand moederschap bleek in de multivariate analyse een onafhankelijke factor te zijn. Geboorteland, opleidingsniveau, werkloosheid en leeftijd bleken voor bijna alle verzorgingsfactoren een onafhankelijke factor. In tabel 1 is de multivariate analyse opgenomen.

Discussie

Respons

Aangezien ouders de vragenlijst retourneren, kan selectiebias optreden. Dit kan verklaren waarom niet in Nederland geboren ouders ondervetegenwoordigd en hoog opgeleide ouders oververtegenwoordigd zijn. Uit vorig onderzoek bleek dat verzorgingsfactoren van baby's variëren naar geboortegewicht, leeftijd, geslacht en rangnummer van het kind.^[1] Deze verschillen vinden wij ook en zijn elders beschreven.^[2]

Verzorgingskenmerken

Het risico van de buikligging is naar voren gekomen in studies in 1944^[3] en 1965^[4], maar dat deze gewoonte van een dergelijk grote betekenis kon zijn voor de preventie, is lang onopgemerkt gebleven. Sinds 1987 wordt in Nederland de buikligging via de consultatiebureaus ontraden.^[5] In 1992 wordt de zijligging eveneens ontraden. Het risico van de zijligging ligt tussen dat van de buikligging en rugligging in, maar het risico blijft verhoogd.^[6,7] Desondanks worden in 2003 nog 6% respectievelijk 19% van de zuigelingen op de buik of zij te slapen gelegd. Vooral moeders die elders zijn geboren of zonder partner leggen hun kind vaker op de buik (17% resp. 21%) of op de zij (34% resp. 36%). Naarmate minder ouders de baby op de buik te slapen leggen, wordt het zelf draaien naar de buik een risicofactor van meer betekenis, vooral als dit de eerste keer gebeurt.^[5,7]

Sinds 1994 worden dekbedden, populair geworden in de jaren zeventig, in de eerste twee levensjaren ontraden. Het dekbed bleek tot warmtestuwing, adembelemmering en het inademen van uitgedemde lucht te leiden. Dekbedgebruik verviervoudigt het

risico op wiegendood.^[9] Nog 7% dekt een zuigeling toe met een dekbed, moeders zonder partner doen dit vaker (22%). Nederlandse ouders zijn bekend met de trappellzak. Op het wiegendoodcongres in 1991, tijdens de oprichting van de European Society of the Prevention of Infant Death, is de Nederlandse trappellzak gedemonstreerd. In 1998 is in een Nederlandse casecontrolstudie het beschermende effect ervan aangetoond.^[10] In 1992 gebruikte 37% een trappellzak, sinds 1999 45%. Moeders die niet in Nederland geboren zijn, gebruiken minder vaak een trappellzak (7%). Het riskante gebruik van dekbed in combinatie met een trappellzak is afgenomen (van 8% in 1999, naar 6% nu).

Tussen 1996 en 2001 bleek 24% van de wiegendoodbaby's jonger dan 5 maanden overleden bij de ouder(s) in bed.^[11] Slapen bij ouder(s) in bed is een risico, vooral wanneer ouders roken en/of alcohol drinken.^[7,12,13] In 2003 sliep 6% van alle zuigelingen van 0 tot en met 3 maanden bij ouder(s) in bed. Moeders zonder partner nemen de zuigeling vaker bij zich in bed (16%). Een wieg in de ouderlijke slaapkamer verkleint het risico op wiegendood.^[12] Er zijn grote verschillen tussen culturen: in Nieuw-Zeeland slaapt 41% van de zuigelingen bij de ouders op de kamer in hun eigen bed^[13], in Schotland 75%^[14], in Nederland 23%. Ouder(s) die niet in Nederland geboren zijn, plaatsten het babybed vaker op de ouderlijke kamer (40%), terwijl laagopgeleide moeders de wieg minder vaak in hun slaapkamer zetten (18%).

Achtergrondkenmerken

De kenmerken van ouders die de preventieadviezen minder opvolgen zijn al eerder in kaart gebracht. Kahn et al. concludeerden dat in

België risicofactoren vooral samenhangen met het opleidingsniveau van de moeder.^[15] In Nederland lijkt het opleidingsniveau van de moeder van minder groot belang te zijn. Overige factoren, zoals geboorteland moeder, alleenstaand moederschap en werkloosheid moeder, krijgen een prominenter plaats. De relatie met alleenstaand ouderschap en samen slapen in een bed was in de Europese studie aangetoond.^[16] Alleenstaande moeders hebben eerder de neiging om hun kind bij zich in bed te nemen uit bescherming van de baby, mogelijk vanwege het geven van borstvoeding, maar eenzaamheidsgevoelens bij de moeder kunnen ook een rol spelen. Bij deze groep moeders is het daarom des te belangrijker dat de betekenis van het plaatsen van het bedje op de kamer bij de moeder wordt uitgelegd. Jonge moeders verdienen ook extra aandacht. Via de Stichting Wiegedood vindt daarom op kleine schaal scholing over de preventie van wiegedood aan tienermoeders plaats. Via de GGD Amsterdam wordt momenteel een project uitgevoerd waarbij allochtone ouders nadrukkelijk over de risico's van wiegedood worden geïnformeerd. In de toekomst kan via preventie-programmas als 'Voorzorg' mogelijk ook specifieke informatie worden overgedragen over de preventie van wiegedood aan deze kwetsbare groepen ouders. Het is wenselijk dat op ieder consultatiebureau de folder Preventie van wiegedood (Stichting Consument en Veiligheid) uitgedeeld wordt zoals te doen gebruikelijk, maar met extra aandacht voor allochtone ouders, alleenstaande ouders, jonge ouders en ouders die werkloos zijn of een lage opleiding hebben. Wanneer dit gebeurt in combinatie met uitleg door de wijkverpleegkundige of

consultatiebureauarts, zal het effect groter zijn.^[17] Wanneer de informatieoverdracht plaatsvindt via een als betrouwbaar ervaren tussenpersoon heeft de boodschap het grootste effect.^[18] Naast wijkverpleegkundigen kunnen dus ook verloskundigen, kraamverzorgenden en artsen bij de informatieoverdracht worden betrokken. Eerder onderzoek toonde aan dat 81% van de ouders de folder over preventie van wiegedood het liefst al vóór de geboorte van het kind ontvangen.^[17] Dit wordt bovendien nagestreefd. Bij het eerste bezoek aan het consultatiebureau is het namelijk al te laat, omdat er dan al mogelijk verkeerde beslissingen zijn genomen, bijvoorbeeld wat betreft aangeschaft beddengoed. Informatie aan ouders over de preventie van wiegedood moet al voor de geboorte van de baby plaatsvinden, het geven van adviezen moet onverminderd doorgaan en de kwetsbare groepen verdienen nog meer aandacht en gerichte adviezen. Als alle ouders de bekende adviezen opvolgen kan de prevalentie van wiegedood in Nederland nog verder dalen. □

Literatuur

1. Hagen EE van, Wouwe JP van, Buuren S van, et al. *Peiling veilig slapen 1999*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2000.
2. Schaijk M van, Lanting CI, Wouwe JP van, et al. *Peiling risicofactoren wiegedood bij zuigelingen november 2002-april 2003*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.
3. Abramson H. Accidental mechanical suffocation in infants. *J Pediatr*. 1944;25:189-93.
4. Carpenter RG, Shaddick CW. Role of infection, suffocation and bottle-feeding in cot death. An analysis of some factors in the histories of 110 cases and their controls. *Br J Prev Soc Med*. 1965;19:1-7.
5. Jonge GA de, Kostense PJ, Pieterse I. *Achtergronden van wiegedood*. Wageningen: Vereniging Ouders van Wiegedoodkinderen, 1992.

6. Blair PS, Platt MW, Smith IJ, Fleming PJ. Sudden infant death syndrome and sleeping position in pre-term and low birth weight infants: an opportunity for targeted intervention. *Arch Dis Child*. 2006;91:101-6.
7. Thompson JM, Mitchell EA. Are the risk factors for SIDS different for preterm and term infants? *Arch Dis Child*. 2006;91:107-11.
8. Engelberts AC. *Cot death in the Netherlands. An epidemiological study [dissertatie]*. Amsterdam: VU MC University Press, 1991.
9. Jonge GA de. *Dekbed vormt risicofactor voor wiegedood*. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1994;138:2138-41.
10. L'Hoir MP. *Cot death. Risk factors and prevention in the Netherlands in 1995-1996 [dissertatie]*. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1998.
11. Jonge GA de, L'Hoir MP, Ruys JH, Semmekrot BA. *Wiegedood, ervaringen en inzichten*. Noorden: Stichting Wiegedood, 2002.
12. Scragg RKR, Mitchell EA, Stewart AW, et al. Infant room-sharing and prone sleep position in sudden infant death syndrome. *Lancet*. 1996;347:7-12.
13. McGarvey C, McDonnell M, Hamilton K, et al. An eight-year study of risk factors for SIDS: Bed-sharing vs. non bed-sharing. *Arch Dis Child*. 2006;91:318-23.
14. Brooke H, Gibson A, Tappin D, Brown H. Case-control study of sudden infant death syndrome in Scotland 1992-5. *BMJ*. 1997;314:1516-20.
15. Kahn A, Bauche P, Groswasser J, et al.; Working Group of the Groupe Belge de Pédiatres Francophones. Maternal education and risk factors for sudden death in infants. *Eur J Pediatr*. 2001;160:505-8.
16. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet*. 2004;363:185-91.
17. Beltman M, Stuij A, L'Hoir MP. Het gebruik van de folder 'Veilig slapen' van de Stichting Wiegedood door ouders/verzorgers [scriptie GVO]. Utrecht: Wilhelmina Kinderziekenhuis, 2000.
18. McGuire WJ. Attitudes and attitude change. In: Lindzey G, Aronson E, eds. *Handbook of social psychology*. New York: Random House, 1985. p. 233-346.
19. Jonge GA de, Verboon FC. *Risicofactoren voor wiegedood: peiling 2005*. *Tijdschr JGZ*. 2006;38:129-31.

Websites

www.wiegedood.nl
www.veiligheid.nl