

## Tiende Peiling Veilig Slapen

In Nederland is de incidentie van wiegendood enorm gedaald na 1987, het jaar waarin de buikligging werd afgeraden. De lage incidentie danken wij aan de succesvolle preventieprogramma's, uitgevoerd door verloskundige zorg, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg en kindergeneeskunde. Voortdurende monitoring van het voorkomen van wiegendood, zorgvuldige analyse van de gevallen die zich voordoen en regelmatige peilingen onder ouders van potentieel risicovolle gedragingen blijven noodzakelijk om de behaalde successen zeker te stellen. Dit artikel beschrijft de resultaten van de tiende 'Landelijke Peiling Veilig Slapen'. Nederland slaagt erin om door middel van voortgaande preventie, de incidentie van wiegendood laag te houden. De inspanningen dienen onverminderd te worden voortgezet.

### Inleiding

Sinds 1979 is wiegendood, ook wel *sudden infant death syndrome* (SIDS) genoemd, in Nederland een officiële doodsoorzaak, opgenomen in de internationale registratie van medische diagnoses, de ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Wiegendood is het onverwacht optreden van de dood, veelal tijdens een slaaperiode, bij een baby jonger dan 2 jaar zonder een duidelijk aanwijsbare oorzaak voor de dood.<sup>1</sup>

Rond 1985 overleden er in Nederland per jaar nog ca. 200 baby's onder het beeld van wiegendood. De Landelijke Werkgroep Wiegendood (LWW), een werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), documenteert en analyseert sinds 1998 alle gevallen van wiegendood. Door deze analyses en op basis van verschillende nationale en internationale patiëntcontroleonderzoeken is duidelijk geworden dat verschillende factoren het risico op wiegendood verhogen of verlagen.<sup>2-7</sup> De belangrijkste risicofactor is het op de buik te slapen leggen van de baby.<sup>3,8</sup> Andere risicofactoren zijn: onveilig beddengoed (dekbed, zachte matras), warmtestuwing, roken door de ouders en bij de ouders in bed slapen.<sup>8</sup> Beschermende factoren zijn onder andere het geven van borstvoeding, het gebruik van een fopspeen<sup>8</sup> en een trapelzak<sup>7</sup>.

Met peilingen onder ouders wordt regelmatig nagegaan welke gunstige en minder gunstige verzorgingsfactoren voorkomen in relatie tot wiegendood. Tussen 1987 en 2005 zijn via de consultatiebureaus voor zuigelingen 9 peilingen uitgevoerd. Met de uitkomsten van deze onderzoeken is het preventieprogramma voor wiegendood verder ontwikkeld. Met name de preventie via de jeugdgezondheidszorg heeft geleid tot een indrukwekkende daling van de incidentie van wiegendood (figuur 1).

In dit artikel beschrijven wij de resultaten van het tiende

onderzoek naar verzorgingsfactoren van zuigelingen, de 'Landelijke Peiling Veilig Slapen'. Doel is om de prevalentie vast te stellen van factoren die risicovol zijn voor wiegendood of juist beschermend.

### Methode

Het betreft een beschrijvend dwarsdoorsnedeonderzoek, uitgevoerd met behulp van een vragenlijst.

### Populatie

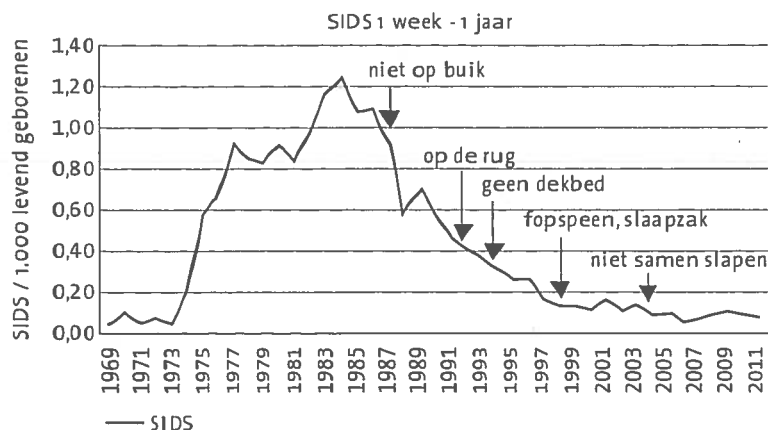
De onderzoekspopulatie bestaat uit ouders met een baby in de leeftijd van 0 tot en met 11 maanden in Nederland. Er zijn verder geen exclusie- en inclusiecriteria gehanteerd. De ouders zijn benaderd op het consultatiebureau door de arts of verpleegkundige in samenwerking met de assistent, voorafgaand of na afloop van een consult. Eind 2010 zijn alle 56 organisaties voor jeugdgezondheidszorg per post aangeschreven met een verzoek tot deelname aan de peiling. Daarnaast heeft een onderzoeker actief telefonisch contact gezocht met het merendeel van de jeugdgezondheidszorginstellingen om medewerking te vragen. De 17 organisaties die positief reageerden op dit verzoek (30%) konden elk maximaal 300 vragenlijsten uitdelen. Ieder deelnemend consultatiebureau kon minimaal 20 en maximaal 40 vragenlijsten uitdelen.

### Vragenlijst

De vragenlijst 'Peiling Veilig Slapen' bestond uit 29 vragen, die voor een groot deel overeenkwamen met vragen uit de eerdere peilingen. Bijna alle vragen hadden meerkeuzeantwoorden. De onderwerpen betroffen:

- algemene gegevens van het kind: geboortedatum, geboortegewicht en geboorteargorde;
- kenmerken van de ouders: rookgedrag, drankgebruik

M.P. L'Hoir, klinisch pedagoog, psychotherapeut, senior onderzoeker en B.E. van Sleuwen, bioloog, senior onderzoeker, TNO Child Health, Leiden. C.G.M. Groothuis-Oudshoorn, statisticus, universitair docent en M. Scheltes, gezondheidswetenschapper, Universiteit Twente, Enschede. M.M. Boere-Boonekamp, arts maatschappij en gezondheid, epidemioloog, senior onderzoeker, TNO Child Health, Leiden en Universiteit Twente, Enschede. Correspondentie: magda.boere@tno.nl.



Figuur 1 Incidentie van wiegendood in Nederland van 1969-2011. De pijlen geven aan in welk jaar het desbetreffende onderwerp aan de preventie is toegevoegd.

- (vorige avond), etnische achtergrond ("Tot welke etnische groepering rekenen de ouders zichzelf?") en opleidingsniveau;
- verzorgingsfactoren rond het slapen van het kind: houding waarin het kind te slapen werd gelegd (laatste 4 weken), gebruikt beddengoed (afgelopen nacht) en fixatiemethoden, gebruik van een fopspeen, slaaplocatie (gewoonlijk), samen slapen met de ouders (laatste 4 weken) en inbakken (gewoonlijk);
- overige verzorgingsfactoren: gebruik van kinderopvang (laatste 7 dagen), type melkvoeding.

#### Procedure

Na de aanmelding van een organisatie ontving deze de vragenlijsten, antwoordenvoloppen en begeleidende informatie voor de jeugdgezondheidszorgmedewerkers die de vragenlijsten uit deelden. De vragenlijsten werden bij voorkeur uitgedeeld in de wachtkamer van het consultatiebureau, zodat deze direct ingevuld en in de antwoordenvolp ingeleverd konden worden. De ouders konden de vragenlijst ook mee naar huis nemen en retourneren in de antwoordenvolp. De vragenlijsten zijn in de periode februari tot april 2011 uitgedeeld aan alle opeenvolgende ouders die het consultatiebureau bezochten.

#### Statistische analyse

De verzamelde data zijn geanalyseerd met het programma SPSS 20. Allereerst is een overzicht gemaakt van de achtergrondkenmerken van de kinderen van de respondenten (leeftijd, geslacht, rangorde, regio, kinderopvangbezoek) die het consultatiebureau bezochten, en van de ouders (opleidingsniveau en etniciteit van vader en moeder, rookgedrag en alcoholgebruik). Vervolgens zijn de verzorgingsfactoren beschreven per leeftijdsgroep en naar opleidingsniveau van de moeders.

De chikwadraattoets is gebruikt voor het testen van de significantie van de verschillen tussen groepen met verschillende achtergrondkenmerken. Bij een  $p$ -waarde  $< 0,05$  werden de verschillen als significant beschouwd.

## Resultaten

### Respondenten

Van de 3048 door de organisaties verspreide vragenlijsten zijn er 2014 (66,1%) ingevuld teruggekomen. Na

Tabel 1 Achtergrondkenmerken van de kinderen van de respondenten.

kenmerk	%
leeftijd (n = 1860)	
0-2 maanden	32,2
3-4 maanden	25,2
5-6 maanden	19,6
7-8 maanden	13,2
9-11 maanden	10,9
geslacht (n = 1856)	
jongen	50,5
meisje	49,5
rangnummer (n = 1858)	
1e	51,9
2e	33,4
3e of hoger	14,6
regio* (n = 1860)	
Noord	-
Midden	6,5
Oost	14,1
West	40,6
Zuid	38,8
opvang	
geen opvang (n = 1860)	51,8
crèche (n = 1858)	27,0
oppasadres (n = 1860)	6,2
familie (n = 1860)	22,4

\* Noord = Groningen, Friesland, Drenthe; Midden = Gelderland, Utrecht; Oost = Overijssel, Flevoland; West = Noord-Holland, Zuid-Holland, Zeeland; Zuid = Noord-Brabant, Limburg.

verwijdering van vragenlijsten die onvolledig waren ingevuld of vragenlijsten van ouders van kinderen van 12 maanden of ouder, bleven er 1860 bruikbare vragenlijsten over.

De achtergrondkenmerken van de kinderen van de respondenten staan vermeld in *tabel 1*. De jongste leeftijdscategorieën waren het best vertegenwoordigd. Er namen evenveel jongens als meisjes deel. Ruim de helft betrof eerste kinderen. De achtergrondkenmerken van de ouders staan vermeld in *tabel 2*. Bijna de helft van de moeders had een hoog opleidingsniveau. Ruim 90% van de moeders en 88% van de vaders rekenden zich tot de Nederlandse bevolkingsgroep. In bijna een kwart van de gezinnen werd gerookt. Op de avond voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst werd minstens 1 glas alcohol gedronken door 8,4% van de moeders en 20% van de vaders.

Verzorgingsfactoren naar leeftijd van het kind  
*Tabel 3* toont de antwoorden op de vragen over de verzorging van de baby, ingedeeld naar leeftijd van het

Tabel 2. Achtergrondkenmerken van de ouders.

kenmerk	%
opleidingsniveau moeder (n = 1833)	
laag	19,2
midden	32,7
hoog	48,1
opleidingsniveau vader (n = 1808)	
laag	23,6
midden	34,1
hoog	41,1
etniciteit moeder (n = 1844)	
Nederlands	90,3
Surinaams/Antilliaans	1,4
Marokko	2,1
Turkije	1,2
overig	5,0
etniciteit vader (n = 1819)	
Nederlands	88,3
Surinaams/Antilliaans	1,3
Marokko	2,4
Turkije	1,5
overig	4,3
roken (n = 1750)	
nee	76,3
vader rookt	12,6
moeder rookt	2,2
beiden roken	9,0
alcoholgebruik	
moeder (n = 1860)	8,4
vader (n = 1860)	20,0

kind. Het percentage kinderen dat 's nachts in rugligging te slapen werd gelegd, nam toe met de leeftijd van het kind, van 75,3% van de 0-2 maanden oude kinderen tot 86,2% van de 5-6 maanden oude baby's, om daarna weer te dalen naar 74,8% van de 9-11 maanden oude kinderen. Voor de slaaphouding overdag lagen deze percentages iets lager, maar de trend is dezelfde. Het percentage buikliggers in het eerste halfjaar was zowel overdag als 's nachts laag, maar nam iets toe met de leeftijd van het kind (maximaal 3,3%).

Relatief weinig kinderen sliepen op hun zij. 's Nachts sliep 5,2% (n = 30) van de 0-2 maanden oude kinderen op de zij; dit percentage schommelt tussen 3,0% en 4,1% in de rest van het eerste levensjaar. Overdag lagen 4,5% en 5,8% van de kinderen van respectievelijk 0-2 en 3-4 maanden op de zij; bij oudere kinderen lag dit percentage tussen 1,5% en 4,5%.

Weinig ouders gebruikten alleen een dekbed (2,5% van de totale groep), al nam dit percentage licht toe met de leeftijd. De meeste kinderen werden onder een laken en deken te slapen gelegd, maar ook veel andere combinaties van beddengoed kwamen voor. Een dekbed in combinatie met iets anders (bijvoorbeeld een deken of slaapzak) werd gebruikt voor 1,8% van alle kinderen. Van de 0-2 maanden oude kinderen sliep 40,1% in een eigen wieg of bed bij de ouders op de slaapkamer. Dit percentage nam af tot 14,9% op de leeftijd van 5-6 maanden en 7,5% op de leeftijd van 9-11 maanden. Het percentage kinderen dat bij de ouders in bed sliep schommelt tussen 0,6% en 3,0%. Van alle ouders gaf 36,4% (n = 677) aan dat zij in de laatste 4 weken wel eens samen met hun baby in slaap waren gevallen. Dat gebeurde bij 545 respondenten in bed, bij 226 op de bank, bij 20 in een stoel en bij 4 op een andere plek (bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk; de resultaten zijn niet in de tabel opgenomen).

Een hoofdkussen werd bij 1,3% van alle kinderen gebruikt. Bijna 60% van alle kinderen werd soms of altijd met een fopspeen te slapen gelegd; dit percentage wisselde nauwelijks met de leeftijd. Van de kinderen van 0-2 maanden werd 18% gewoonlijk ingebakerd voor het slapen overdag en/of 's nachts. Bij kinderen van 5-6 maanden bedroeg dit percentage 7,2%, om daarna verder te dalen. Van de ouders die inbakerden, leerde 29,9% (n = 96) dit van een medewerker van het consultatiebureau, 11,5% (n = 37) leerde het zichzelf aan, 58,6% (n = 188) leerde het van iemand anders (in de meeste gevallen de kraamverzorgende of de moeder van moeder).

Ruim 40% van de 0-2 maanden oude kinderen kreeg uitsluitend borstvoeding, bijna 10% kreeg een combinatie van borst- en kunstvoeding, de overige kinderen kregen alleen kunstvoeding. Het aantal kinderen dat uitsluitend borstvoeding kreeg nam snel af met de leeftijd: op een leeftijd van 5-6 maanden bedroeg dit nog 16,1% van de kinderen.

Verzorgingsfactoren naar opleidingsniveau moeder  
Tabel 4 geeft de gegevens over de verzorging van de baby weer, ingedeeld naar opleidingsniveau van de moeder. Kinderen van hoogopgeleide moeders werden significant vaker op de rug te slapen gelegd, zowel overdag ( $p = 0,001$ ) als 's nachts ( $p < 0,001$ ), dan kinderen in de andere

twee groepen. Deze kinderen lagen 's nachts ook minder vaak op de buik ( $p = 0,007$ ). Dekbedgebruik kwam minder vaak voor naarmate het opleidingsniveau toenam ( $p = 0,004$ ). De slaappleaats, het gebruik van een hoofdkussen en van een fopspeen, evenals het inbakken, verschilden niet significant met het opleidings-

Tabel 3 Verzorgingsfactoren naar leeftijd van het kind.

gedrag	0-2 mnd		3-4 mnd		5-6 mnd		7-8 mnd		9-11 mnd		totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
slaaphouding overdag	580		469		364		243		201		1.857	
rugligging		65,9		78,5		85,2		81,9		76,1		75,9
zijligging		4,5		5,8		2,7		4,5		1,5		4,1
buikligging		1,6		2,6		3,3		2,1		8,0		2,9
wisselend		28,1		13,2		8,8		11,5		14,4		16,9
slaaphouding 's nachts	579		468		363		244		202		1.856	
rugligging		75,3		85,3		86,2		82,4		74,8		80,6
zijligging		5,2		4,1		3,6		3,7		3,0		4,1
buikligging		0,9		2,4		2,8		1,6		8,4		2,5
wisselend		18,7		8,3		7,4		12,3		13,9		12,5
beddengoed	578		469		363		243		202		1.855	
dekbed		2,1		2,1		1,7		4,5		3,5		2,5
deken in dekbedhoes		10,2		7,0		10,7		9,5		11,4		9,5
slaap-/trappelzak		16,9		14,7		17,6		19,3		22,8		14,3
deken en laken		57,3		33,3		24,8		21,0		19,3		36,0
dekbed + deken/laken/slaapzak		0,5		2,6		1,9		2,1		3,0		1,8
combinatie anders*		23,0		40,2		43,3		43,6		40,1		35,9
slaappleaats	578		467		363		245		199		1.852	
eigen kamer		50,5		67,0		81,5		84,5		84,9		69,0
eigen bed op ouderslaapkamer		40,1		24,6		14,9		10,6		7,5		23,9
bij ouder(s) in bed		2,8		1,7		0,6		1,2		3,0		1,9
combinatie		6,6		6,6		3,0		3,7		4,5		5,2
gebruik hoofdkussen	580		465		363		244		202		1.854	
ja		0,9		1,7		1,1		0,8		3,0		1,3
nee		99,1		98,3		98,9		99,2		97,0		98,7
gebruik fopspeen	577		465		364		242		200		1.848	
ja, elke slaap		6,8		18,1		28,0		36,8		36,5		20,9
ja, niet elke slaap		49,4		39,8		26,9		21,5		13,0		35,0
nee		43,8		42,2		45,1		41,7		50,5		44,1
inbakken	578		465		363		242		199		1.847	
nee		82,0		88,6		92,8		93,4		98,0		89,0
's nachts en overdag		7,4		6,9		4,7		5,8		1,0		5,8
alleen overdag		1,0		0,2		0,3		0		0		0,4
alleen 's nachts		9,5		4,3		2,2		0,8		1,0		4,7
melkvoeding	573		465		361		241		198		1.838	
borstvoeding		40,3		22,6		16,1		8,3		6,1		23,2
borst- en kunstvoeding		9,8		14,0		10,0		10,0		6,1		10,5
kunstvoeding		49,2		62,2		72,0		78,8		81,3		64,3
anders		0,7		1,3		1,9		2,9		6,6		2,0

\* Combinatie betekent deken/laken/dekbed hoes/slaap-trappelzak/puckababy gecombineerd, meestal slaap-/trappelzak met laken en deken (73,9%), of met dekbedhoes (19,2%).

niveau. Hoogopgeleide moeders gaven vaker uitsluitend borstvoeding ( $p < 0,001$ ), of een combinatie van borst- en kunstvoeding ( $p = 0,01$ ) in vergelijking met laagopgeleide moeders.

## Discussie

In deze in 2011 verrichte peiling is nagegaan hoe ouders hun baby's verzorgen wat betreft de factoren die gerelateerd zijn aan wiegendood. De peiling is op eenzelfde manier uitgevoerd als eerdere peilingen; de populatie is qua leeftijdsopbouw vergelijkbaar met de populatie

Tabel 4. Verzorgingsfactoren naar opleidingsniveau van de moeder.

gedrag	laag		gemiddeld		hoog		
	n	%	n	%	n	%	
slaaphouding overdag	352		600		880		$p = 0,001$
rugligging		70,5		72,5		80,8	
zijligging		5,1		4,0		4,0	
buikligging		4,0		3,8		1,9	
wisselend		20,5		19,7		13,3	
slaaphouding 's nachts	352		598		880		$p < 0,001$
rugligging		75,3		77,9		85,1	
zijligging		4,0		4,8		3,9	
buikligging		3,7		3,7		1,4	
wisselend		17,0		13,5		9,7	
beddengoed	350		600		880		$p < 0,001$
dekbed		4,3		2,3		1,3	
deken in dekbedhoes		13,1		11,3		7,0	
slaap-/trappelzak		13,4		14,3		14,6	
deken en laken		36,6		35,7		36,5	
dekbed + deken/laken/slaapzak		3,4		1,3		1,3	
combinatie anders*		29,1		35,0		39,4	
slaapplaats	351		596		880		n.s.
eigen kamer		65,2		72,5		68,1	
eigen bed op ouderslaapkamer		26,2		20,8		25,2	
bij ouder(s) in bed		2,0		2,2		1,4	
combinatie		6,6		4,5		5,3	
gebruik hoofdkussen	350		598		880		n.s.
ja		1,1		1,8		0,9	
nee		98,9		98,2		99,1	
gebruik fopspeen	348		599		878		n.s.
ja, elke slaap		21,3		21,9		20,2	
ja, niet elke slaap		37,9		35,6		33,7	
nee		40,8		42,6		46,1	
inbakeren	349		595		879		n.s.
nee		88,5		86,9		90,6	
's nachts en overdag		7,2		6,7		4,8	
alleen overdag		0		0,7		0,3	
alleen 's nachts		4,3		5,7		4,3	
melkvoeding	344		596		880		$p < 0,001$
borstvoeding		16,6		16,9		30,1	
borst- en kunstvoeding		7,3		9,4		12,6	
kunstvoeding		72,1		72,0		56,0	
anders		4,1		1,7		1,3	

\* Combinatie betekent deken/laken/dekbedhoes/slaap-trappelzak/puckababy gecombineerd, meestal slaap-/trappelzak met laken en deken (73,9%), of met dekbedhoes (19,2%).

waarbij de peiling in 2005 is uitgevoerd.<sup>9</sup> De resultaten van de peiling in 2011 laten zien dat de preventieve adviezen goed worden opgevolgd door ouders van zuigelingen.

#### Ligging

Meer dan 80% van de baby's wordt altijd in rugligging te slapen gelegd. Buikligging en zijligging komen weinig voor. Het percentage zijliggers is sinds 2005 verder gedaald (van 6,0 naar 4,1% ( $p = 0,001$ )).<sup>9</sup> Niet alleen is er bij zijligging een verhoogd risico op wiegen dood vanwege de hogere kans op doorrollen naar de buik, maar ook vanwege de zijligging op zichzelf.<sup>10</sup> Een kind dat weinig ervaring heeft met op de buik of op de zij liggen en anders dan gewoonlijk wel zo wordt neergelegd, heeft een sterk verhoogde kans op wiegendood.<sup>11</sup> Eerder was al bekend dat het voor de eerste keer zelf draaien naar de buik een sterk verhoogd risico oplevert.<sup>7</sup>

#### Beddengoed

De slaapzak (of trappellzak) wordt veelvuldig gebruikt, soms in combinatie met een laken en/of deken. Deze manier van toedekken beschermt tegen wiegendood.<sup>7</sup> Het gebruik van een goed passende slaapzak belemmert een kind in het draaien naar de buik in bed. De baby kan overdag, in de box, naar hartelust oefenen met draaien. Door 's nachts een slaapzak te gebruiken, wordt het moment uitgesteld dat hij zomaar opeens, zonder dat er direct toezicht is, op de buik belandt. Ander voordeel van een slaapzak is dat er minder of geen beddengoed bij nodig is. Een dekbed is en blijft risicoverhogend, ook samen met een slaapzak. Het toedekken van de baby met een laken en deken is sinds 2005<sup>9</sup> toegenomen van 23,3% naar 35,4% ( $p < 0,001$ ). Nog maar weinig ouders (2,5%) leggen hun kind onder een dekbed te slapen; het gebruik van dekbedden is sinds 2003<sup>12</sup> (7,1%) en 2005<sup>9</sup> (4,8%) significant verder gedaald ( $p < 0,001$ ). In de vele mogelijke combinaties van toedekken neemt het dekbed nog slechts een beperkte plaats in. Door de detailhandel is dit advies in de loop der jaren overgenomen en ouders krijgen daardoor nog meer eenduidige adviezen. Het blijkt algemeen geaccepteerd dat een dekbed, ook in combinatie met ander beddengoed, vanwege de verhoogde kans op wiegendood niet in een babybed thuishoort.

#### Slaapplaats

Het komt in Nederland zelden voor dat ouders hun kind dat jonger is dan 4 maanden, bij zichzelf in bed te slapen leggen. In andere landen komt dit veel vaker voor.<sup>13</sup> In één bed slapen met een baby verhoogt het risico op wiegendood echter sterk.<sup>14,15</sup> Het moge duidelijk zijn dat het voeden en knuffelen in bed prima kan, maar wanneer de ouder vermoeid raakt, is de veiligste plek voor de baby het eigen bedje. Het volwassen bed is een onveilige slaapplaats. Juist alles wat door het preventie-

programma niet meer in het babybed wordt gebruikt, is terug te vinden in het volwassen bed: dekbed, kussen, mogelijk een zachte matras, warmtestuwing etc. Andere risicoverhogende factoren zijn een ouder die zwaarlijvig is, oververmoeid is of depressief, die rookt of alcohol heeft gedronken, en mogelijk minder snel wakker wordt. Minder dan de helft van de ouders zet het wiegje of ledikantje gedurende de eerste maanden op de ouderslaapkamer. Deze gewoonte werkt beschermend;<sup>16</sup> we zien in de natuur geen enkele andere primate die haar baby(jong) ver weglegt, buiten het zicht.

#### Overige factoren

Ongeveer 10% van de jonge baby's wordt ingebakerd. Een belangrijk deel van de ouders gaat hier te lang mee door; 6,6% van de 7-8 maanden oude baby's worden nog ingebakerd. Dit is een aandachtspunt voor de preventie; met inbakeren moet worden gestopt zodra het kind zich tracht om te draaien, en/of 6 maanden oud is.<sup>17</sup> Meer dan de helft van de ouders geeft een fopspeen, wat beschermend werkt.<sup>18,19</sup> Het is belangrijk dat als de ouders een fopspeen geven, zij deze consequent bij alle slaapjes geven. Uit onderzoek blijkt namelijk dat als ouders gewoonlijk wel een fopspeen geven, het risico op de momenten dat die niet wordt gegeven, weer toeneemt.<sup>20</sup> De exacte verklaring voor de beschermende werking van de fopspeen is nog niet bekend.<sup>8,18</sup> Gunstig is verder dat het roken van een of beide ouders sinds 2005 verder is afgenomen (van 35,8% in 2005<sup>9</sup> naar 23,7% in 2011;  $p < 0,001$ ). Helaas blijkt ook het uitsluitend geven van borstvoeding sinds 2005 verder te zijn afgenomen (van 29,4% in 2005<sup>9</sup> naar 23,2% in 2011;  $p < 0,001$ ); deze bevinding komt overeen met de 'Peiling Melkvoeding Zeeland' uit 2011.<sup>21</sup>

#### Verschillen naar opleidingsniveau

Er zijn in 2011 nog steeds verschillen in de prevalentie van risicogedrag tussen laag- en hoogopgeleide ouders. Deze verschillen betreffen het op de buik of de zij te slapen leggen en het gebruik van een dekbed. Wel lijken de verschillen te zijn afgenomen in vergelijking met 2005.<sup>9</sup>

#### Representativiteit

Een kanttekening bij de resultaten van deze peiling is dat de groep respondenten niet representatief is voor de algemene populatie van jonge ouders in Nederland. De noordelijke regio is in de peiling niet vertegenwoordigd. Hoogopgeleide ouders zijn met 41,1% (moeders) en 48,1% (vaders) oververtegenwoordigd (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS): 27,6% van de vrouwen en 29% van de mannen zijn hoogopgeleid). Met zoveel respondenten die zichzelf 'Nederlands' noemen (90,3% moeders en 88,3% vaders), zijn allochtone ouders ondervertegenwoordigd (CBS: ca. 20% allochtone mannen en vrouwen).<sup>22</sup> Vanwege deze selectie en het vaker voorkomen

van bepaalde risicogedragingen in laagopgeleide en sommige allochtone groepen zijn de uitkomsten uit deze peiling mogelijk wat gunstiger dan in werkelijkheid het geval is.

### Preventief beleid voortzetten

Internationaal gezien heeft Nederland de laagste wiegendoodincidentie van alle westerse landen. Een daling van de incidentie van wiegendood is in ons land eerder bereikt dan in landen als de Verenigde Staten en Groot-Brittannië. Het feit dat ouders in Nederland in de gehele zorgketen van verloskundige, kraamverzorgende en consultatiebureau bij herhaling dezelfde preventieve adviezen krijgen, onderscheidt ons land van andere landen.<sup>23</sup> Daarnaast bestaat er in Nederland een goede samenwerking tussen de Stichting Wiegendood, de Vereniging Ouders van Wiegendoodkinderen en de Landelijke Werkgroep Wiegendood en beschikt ons land over enkele veel bezochte en goed bijgehouden websites ([www.wiegendood.nl](http://www.wiegendood.nl); [www.veiligslapen.info](http://www.veiligslapen.info) en [www.wiegendood.org](http://www.wiegendood.org)).

Het blijft belangrijk om bij de informatieverschaffing in de gehele keten van preventieve zorg extra aandacht te hebben voor kwetsbare groepen ouders. Hierbij kan men denken aan laagopgeleide ouders, maar ook aan tienermoeders, ouders met een niet-westerse achtergrond die pas kort in Nederland zijn en laaggeletterden. Maar de informatie moet onverminderd aan de gehele populatie jonge ouders worden gegeven. Helaas verslapt in meerdere landen de aandacht voor het onderwerp, omdat 'wiegendood zo zeldzaam is'. Als dit gebeurt is één ding zeker: de incidentie zal weer toenemen. Dat mogen we in Nederland niet laten gebeuren.

### Literatuur

- Jonge GA de, Hoogenboezem J. Epidemiologie van 25 jaar wiegendood in Nederland; incidentie van wiegendood en prevalentie van risicofactoren in 1980-2004. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2005;149:1273-8.
- Engelberts AC, Jonge GA de. Sleeping position and cot death. *Lancet.* 1988;2(8616):899-900.
- Jonge GA, Engelberts AC, Koomen-Liefting AJM, Kostense PJ. Cot death and prone sleeping position in the Netherlands. *BMJ.* 1989;298:722.
- Wierenga H, Brand R, Geudeke T, Geijn HP van, Harten H van den, Verloove-Vanhorick SP. Prenatal risk factors for cot death in very preterm and small for gestational age infants. *Early Human Dev.* 1990;23:15-26.
- Engelberts AC, Jonge GA de. Choice of sleeping position for infants: possible association with cot death. *Arch Dis Child.* 1990;65:462-7.
- Mitchell EA, Scragg RK, Stewart AW, Becroft DM, Taylor BJ, Ford RP, e.a. Results from the first year of the New Zealand cot death study. *N Z Med J.* 1991;104:71-6.
- L'Hoir MP, Engelberts AC, Well GT van, McClelland S, Westers P, Dandachli T, e.a. Risk and preventive factors for cot death in The Netherlands, a low-incidence country. *Eur J Pediatr.* 1998;157:681-8.
- American Academy of Pediatrics. SIDS and other Sleep-related Infant Deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. Task force on sudden infant death syndrome 2010-2011. *Pediatrics.* 2011;128:e1341-67.
- Jonge GA de, Verboon FC. Risicofactoren voor wiegendood: peiling 2005. *Tijdschr Jeugdgezondheidsz.* 2006;38:129-30.
- Blair PS, Ward Platt M, Smith U, 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.
- Li DK, Petitti DB, Willinger M, McMahon R, Odouli R, Vu H, Hoffman HJ. Infant sleeping position and the risk of sudden infant death syndrome in California, 1997-2000. *Am J Epidemiol.* 2003;157:446-55.
- Schajjk M van, Lanting CI, Wouwe JP van, Engelberts AC, L'Hoir MP. Peiling risicofactoren wiegendood bij zuigelingen november 2002 - april 2003. Leiden: TNO-PG; 2006.
- Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child.* 2004;89:1106-10.
- Ruys JH, Jonge GA de, Brand R, Engelberts AC, Semmekrot BA. Bed-sharing in the first four months of life: a risk factor for sudden infant death. *Acta Paediatr.* 2007;96:1399-403.
- Vennemann MM, Hense HW, Bajanowski T, Blair PS, Complojer C, Moon RY, Kiechl-Kohlendorfer U. Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: can we resolve the debate? *J Pediatr.* 2012;160:44-8.e2.
- Jonge GA de, L'Hoir MP, Ruys JH, Semmekrot BA. Wiegendood, ervaringen en inzichten. Noorden: Stichting Wiegendood; 2002.
- Sleuwen BE van, Engelberts AC, Boere-Boonekamp MM, Kuis W, Schulpen TW, L'Hoir MP. Swaddling: a systematic review. *Pediatrics.* 2007;120:e1097-106.
- L'Hoir MP, Engelberts AC, Well GT van, Damsté PH, Idema NK, Westers P, e.a. Dummy use, thumb sucking, mouth breathing and cot death. *Eur J Pediatr.* 1999;158:896-901.
- Hauck F, Olanrewaju OO, Siadaty S. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics.* 2005;e716-23.
- McGarvey C, Donnell MMC, Chong A, O'Regan M, Matthews T. Factors relating to the infant's last sleep environment in sudden infant death syndrome in the Republic of Ireland. *Arch Dis Child.* 2003;88:1058-64.
- Lanting CI, Rijpstra A. Peiling melkvoeding Zeeland. Leiden: TNO; 2010. TNO/CH 2011.017.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. 2011. Beschikbaar via: [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl) Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en herkomstgroepering, 1 januari. Geraadpleegd op 30 mei 2011.
- Wouwe JP van, Hirasings RA. Prevention of sudden unexpected infant death. *Lancet.* 2006;367:277-8. Comment on Lancet 2006;367:314-9.