

Gedrag van ouders van jonge zuigelingen met betrekking tot risicofactoren voor wiegendood

Bachelorthesis
Algemene gezondheidswetenschappen
Faculteit Management en Bestuur
Universiteit Twente

Verzoek om niet uit deze scriptie te citeren. Het betreft een voorlopig rapport en is gebaseerd op een deel van de data van de Peiling "Gedrag van ouders van jonge zuigelingen met betrekking tot risicofactoren voor wiegendood". Binnenkort verschijnt het definitieve rapport van TNO.

Milou Scheltes (s0138657)
September 2011

Begeleiding UT:
M.M. Boere-Boonekamp, MD, PhD
Dr. C.G.M. Groothuis-Oudshoorn

Begeleiding TNO
Dr. B.E. van Sleuwen



Samenvatting

Wiegendood is het onverwacht optreden van de dood tijdens een slaaperperiode bij een baby jonger dan twee jaar zonder een duidelijk aanwijsbare oorzaak voor de dood (de Jonge & Hoogenboezem, 2005).

De incidentie van wiegendood in Nederland is door de jaren heen gedaald. Deze was in 1996 nog 50 gevallen per jaar. In 2009 is deze gedaald tot 19 gevallen (CBS, 2011).

Er zijn verschillende factoren aan het licht gekomen die invloed kunnen hebben op het risico op wiegendood. De risicofactoren kunnen worden onderverdeeld in vermijdbare en onvermijdbare risicofactoren. Onder de vermijdbare factoren worden onder andere buikligging, secundaire buikligging, onveilig bedmateriaal, roken en het samen slapen in één bed met ouders verstaan. Onvermijdbare factoren voor wiegendood zijn het mannelijk geslacht, rangorde binnen het gezin, prematuriteit en dismaturiteit. Naast de risicofactoren zijn er ook beschermende factoren die het risico doen verlagen. Hierbij gaat het om borstvoeding, inbakeren, fopspeen gebruik en het slapen in een eigen bedje op de slaapkamer van de ouders.

In dit beschrijvende onderzoek wordt een beschrijving gegeven van het gedrag dat ouders van jonge zuigelingen vertonen met betrekking tot de risicofactoren voor wiegendood. Dit gedrag is gemeten in de "Peiling veilig slapen 2011". Daarnaast is er gekeken naar mogelijke trends die naar voren komen door een vergelijking van de uitkomsten van deze peiling met die van de peiling uit 2003 en 2005.

Er zijn uiteindelijk 1956 bruikbare vragenlijsten terug gekomen uit de verspreiding, welke geanalyseerd konden worden. De belangrijkste resultaten die naar voren zijn gekomen zijn dat veruit de meeste kinderen op de rug te slapen worden gelegd. Dit percentage is gestegen in de periode van 2003 naar 2005 en blijft stabiel in 2011. Toch is er nog altijd 20% van de kinderen die niet op deze aanbevolen manier te slapen worden gelegd. Het percentage kinderen dat op de buik te slapen wordt gelegd blijft wel stabiel door de jaren heen. Daarnaast is er een toename van het gebruik van een deken en een laken als toedekkingsmethode. In 2005 werd 23,3% van de kinderen op deze manier toegedekt en in 2011 was dit 35,3%. Het totale percentage kinderen dat uitsluitend borstvoeding krijgt neemt door de jaren heen af. Ook wanneer er gekeken wordt per leeftijd van het kind is te zien dat in 2011 de minste kinderen uitsluitend borstvoeding krijgen. Als laatste blijkt 1,8% van de kinderen van zes maand en ouder nog altijd ingebakerd te worden, terwijl dit sterk wordt afgeraden door de grote toename in het risico op wiegendood. Wanneer er gekeken wordt naar alle risico- en beschermende factoren samen blijkt dat er zich een tweetal risicogroepen vormen die meer risicovol gedrag en minder beschermend gedrag vertonen. Dit zijn laag opgeleide moeders en allochtone moeders. Deze groepen zouden extra, en aangepaste, aandacht moeten krijgen in de preventie van wiegendood.

Voorwoord

Voor u ligt het eindresultaat van een aantal maanden hard werken aan mijn afrondende onderzoek voor mijn bacheloropleiding Gezondheidswetenschappen.

Wat mij al vrij snel opviel was dat onderzoek doen in de praktijk toch anders is als dat ze je in de colleges proberen bij te brengen. Het afhankelijk zijn van andere mensen voor gegevens, de vele verbeteringen en aanpassingen die in het proces worden gedaan en de statistiek in de praktijk zijn enkele voorbeelden.

Ik wil van de gelegenheid gebruik maken dan ook een aantal mensen te bedanken die geholpen hebben tijdens mijn onderzoek. Zonder deze mensen was het me nooit gelukt. Allereerst Magda Boere-Boonekamp en Karin Groothuis-Oudshoorn voor alle antwoorden op mijn vragen en adviezen. Daarnaast Bregje van Sleuwen voor het enthousiasme over mijn onderzoek en het nazoeken van allerlei gegevens uit het verleden. Ook wil ik graag Diana van Putten bedanken voor de oneindige antwoorden op mijn mailtjes rond de vragenlijsten en gegevens uit het verleden. Verder André Scheltes, Patty Geerdink en Evelien van der Maas voor het kritisch nalezen van mijn stukken toen ik zelf door de bomen de fouten niet meer zag. Als laatste gaat mijn dank natuurlijk uit naar alle ouders die bereid zijn geweest om de vragenlijst in te vullen en te retourneren.

Enschede, september 2011

Milou Scheltes

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Voorwoord	5
1. Inleiding.....	11
2. Theoretisch kader	13
2.1 Wiegendood.....	13
2.2 Incidentie verloop.....	13
2.2.1 Internationaal	13
2.3 Risicofactoren.....	14
2.3.1 Vermijdbare factoren.....	14
2.3.2 Niet-vermijdbare factoren	17
2.3.3 Positieve factoren/ beschermende factoren.....	18
2.4 Prevalentie verloop	20
3. Onderzoeksvraag	23
3.1 Doel van het onderzoek.....	23
3.2 Onderzoeksvraag.....	23
3.2.1 Hoofdvraag.....	23
3.2.2 Deelvragen	23
4. Onderzoeksmethode.....	24
4.1 Populatie.....	24
4.2 Data verzameling.....	24
4.3 Statistische analyses	25
5. Resultaten.....	27
5.1 Populatie.....	27
5.1.1 Respons	27
5.1.2 Beschrijving van de steekproef.....	27
5.2 Ligging.....	31
5.2.1 Rugligging	31
5.2.2 Zijligging	34
5.2.3 Buikligging	37
5.2.4 Gecombineerde ligging	39
5.3 Beddengoed	43
5.3.1 Dekbed	43
5.3.2 Deken in dekbedhoes.....	44

5.3.3.	Slaap- of trappelzak	45
5.3.4.	Deken en laken	47
5.3.5.	Slaap- of trappelzak gecombineerd	48
5.4.	Slaapplaats	51
5.4.1.	Eigen slaapkamer	52
5.4.2.	Eigen bed op kamer van de ouders	53
5.4.3.	Bij ouder(s) in bed.....	55
5.4.4.	Meerdere slaaplocaties.....	56
5.4.5.	Samen in slaap gevallen	59
5.5.	Hoofdkussen gebruik	60
5.6.	Fopspeengebruik	62
5.7.	Inbakeren	65
5.7.1.	Aanleren inbakeren.....	67
5.8	Opvang.....	68
5.8.1.	Gecombineerde opvang.....	70
5.9.	Passief roken	70
5.10.	Melkvoeding.....	71
6.	Veranderingen in de tijd.....	75
6.1.	Slaaphouding	76
6.2	Toedekking.....	77
6.3.	Slaaplocatie.....	78
6.4.	Roken.....	78
6.5.	Melkvoeding	79
7.	Discussie en conclusie	82
8.	Aanbevelingen	89
	Huidige preventie programma	89
	Toekomstig onderzoek.....	89
9.	Referenties	90
Bijlagen.....		93
	Bijlage A: “Incidentie wiegendood”	95
	Bijlage B: “Vragenlijst”	97
	Bijlage C : “Correspondentie rond respondenten”	101
	Brief JGZ instellingen peiling wiegendood.....	101
	Instructiebrief consultatiebureau medewerker	103

Instructiebrief ouders.....	105
Bijlage D : “Tabellen met ruwe data”	106
Rugligging	106
Zijligging.....	107
Buikligging.....	108
Rug/zij ligging.....	109
Rug/buik ligging	110
Zij/buik ligging.....	111
Rug/zij/buik ligging.....	112
Toedekking	113
Slaapzak gecombineerd.....	114
Slaapplaats (1).....	115
Slaapplaats (2).....	116
Samen in slaap gevallen	117
Fopspeengebruik.....	118
Hoofdkussen	119
Inbakeren.....	120
Opvang	121
Melkvoeding	122
Overig	123
Vergelijking 2003-2005-2011.....	124

1. Inleiding

Wiegendood is het onverwacht optreden van de dood tijdens een slaaperperiode bij een baby jonger dan twee jaar zonder een duidelijk aanwijsbare oorzaak voor de dood (de Jonge & Hoogenboezem, 2005). Door de jaren heen zijn verschillende factoren aan het licht gekomen die invloed kunnen hebben op het risico op wiegendood. Een van de eerste factoren die aan het licht kwam is, het op de buik te slapen leggen van de baby, wat door de kinderarts G. de Jonge onder de aandacht is gebracht (Brand, 2005). Andere factoren die een rol kunnen spelen zijn gevaarlijk bedmateriaal, warmtestuwing, het in één bed slapen met ouders en het roken door de ouders (Brand, 2005).

Sinds de jaren '80 van de vorige eeuw zijn er diverse onderzoeken (peilingen) uitgevoerd die tot doel hadden om het gedrag dat ouders vertonen met betrekking tot risicofactoren voor wiegendood in beeld te brengen. Op de basis van de uitkomsten van deze onderzoeken zijn de verschillende preventieprogramma's voor wiegendood ontwikkeld. Ook de site van de stichting wiegendood (www.wiegendood.nl) is hiervan een resultaat. Op deze site is een veelzijdigheid aan informatie te vinden over het onderwerp wiegendood. De informatie op de site is (deels) gebaseerd op de uitkomsten van de verschillende onderzoeken die door de jaren heen gedaan zijn.

Begin 2011 is er door TNO een peiling uitgevoerd onder ouders van jonge zuigelingen. TNO is een Nederlandse organisatie die haar missie als volgt heeft geformuleerd: *“TNO verbindt mensen en kennis om innovaties te creëren die de concurrentiekracht van bedrijven en welzijn van de samenleving duurzaam versterken.”* (TNO.nl, z.d.)

De “Peiling Veilig Slapen” behandelt verschillende onderwerpen rond het slapen van een baby. Uit deze peiling moet een beeld naar voren komen van het gedrag dat ouders vertonen met betrekking tot de reeds bekende risicofactoren voor wiegendood. Daarnaast zullen eventuele aanbevelingen rond het preventieprogramma voor wiegendood kunnen volgen uit de analyse van de beschikbare gegevens die uit de peiling komen.

2. Theoretisch kader

2.1 Wiegendood

Wiegendood, ook wel Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) genoemd, wordt sinds 1979 gezien als een officiële doodsoorzaak voor zuigelingen. Een kenmerk van deze doodsoorzaak is dat er sprake is van onverwacht overlijden van de zuigeling, zonder een duidelijk aanwijsbare medische oorzaak (Stichting Wiegendood, z.d.). De term wiegendood wordt gedefinieerd als *“het plotseling, onverwacht tijdens een slaapperiode overlijden van een kind jonger dan 2 jaar, bij wie geen lichamelijke aandoening wordt vastgesteld die op zichzelf het overlijden voldoende verklaart”* (De Jonge & Hoogenboezem, 2005, pag.1273). Naast de gevallen waarin het kind tijdens de slaap is overleden, vallen onder wiegendood ook de gevallen waarin een kind in kritieke toestand wordt aangetroffen en na reanimatiepogingen alsnog komt te overlijden zonder dat een doodsoorzaak aangewezen kan worden (De Jonge & Hoogenboezem, 2005).

Onder het Sudden Infant Death Syndrome vallen alle gevallen van wiegendood waarbij een volledige anamnese, een medisch onderzoek op de plaats van het overlijden, een pediatrisch onderzoek en een volledige obductie hebben plaatsgevonden tijdens het postmortale onderzoek (De Jonge & Hoogenboezem, 2005). Hierin wijkt deze definitie af van wiegendood, waar ook gevallen onder kunnen vallen waarbij geen volledige anamnese is uitgevoerd. Daarnaast geldt voor SIDS een leeftijdsgrens van één jaar, terwijl deze voor wiegendood ligt bij een leeftijd van twee jaar (de Jonge, L’Hoir, Ruys en Semmekrot, 2002).

2.2 Incidentie verloop

Om het voorkomen van wiegendood weer te kunnen geven in cijfers worden incidentiëmaten gebruikt. Incidentie heeft betrekking op het aantal gevallen van een bepaalde ziekte of van sterfte in een bepaalde periode (Bouter, van Dongen & Zielhuis, 2005). In het geval van wiegendood gaat het om het absolute aantal kinderen dat aan wiegendood overlijdt. Cumulatieve incidentie gaat over het aantal personen (leden van een cohort) die in een follow-up periode de desbetreffende aandoening krijgen. De cumulatieve incidentie wordt beschreven middels een proportie (of een percentage) met een waarde tussen 0 en 1 (of 0% en 100%) (Bouter, van Dongen & Zielhuis, 2005).

Elk jaar wordt door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) de incidentie van wiegendood vastgesteld. Sinds het begin van de registratie van de incidentie van wiegendood geven de cijfers een neergaande beweging aan. Een grote daling werd ingezet nadat in 1987 het verband werd gelegd tussen buikligging tijdens het slapen van een zuigeling en de incidentie van wiegendood (Stichting wiegendood, z.d.). In bijlage A is een grafiek te zien die de incidentie van wiegendood van 1996-2009 laat zien. De incidentie van wiegendood lag in 1996 op 50 gevallen per jaar. Deze is in de periode tot 2009 gedaald tot 19 gevallen per jaar. Verder is in bijlage A een tabel te zien met de cumulatieve incidentie voor de periode 1996-2009. De cumulatieve incidentie van wiegendood is door de jaren heen gedaald. In 1985/1986 lag deze nog op 1,2/1000 levendgeborenen en in 2003 op 0,14/1000 levendgeborenen (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L’Hoir, 2006). In 2009 was deze incidentie verder gedaald tot 0,09/1000 levendgeborenen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011).

2.2.1 Internationaal

Een exacte internationale vergelijking van de incidentie van wiegendood met Nederland is lastig vanwege de verschillen in de definities die worden gehanteerd. Internationaal wordt vaak de leeftijdsgrens van 1 week tot 1 jaar oud gehanteerd, terwijl in Nederland wordt uitgegaan van 0 weken tot 2 jaar oud. Bovendien is er een verschil in het onderzoek dat gedaan moet worden om een sterfgeval als SIDS of wiegendood te definiëren. Onvolledig onderzochte sterfgevallen kunnen niet onder SIDS geschaard worden, terwijl deze wel onder wiegendood kunnen vallen (de Jonge, L’Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002). Ondanks dat is het wel mogelijk om tot een overzicht te komen van de incidentie van SIDS in een aantal verschillende landen.

De incidentie van wiegendood daalt niet alleen in Nederland, maar ook elders in de wereld. Zo daalde in Amerika de incidentie van wiegendood van 1,53/1000 levendgeborenen in 1980 tot 0,51/1000 levendgeborenen in 2004 (SIDS.org, 2009). In bijlage A is het staafdiagram opgenomen dat een overzicht geeft van de daling van het voorkomen van SIDS in Amerika. Ook in Engeland dalen de cijfers van SIDS. Hier was de incidentie in 1996 nog 0,75/1000 levendgeborenen voor jongens en 0,55/1000 levendgeborenen voor meisjes. In 2000 daalde de incidentie tot 0,47/1000 levendgeborenen (Office for national statistics, 2002). In Zweden lag de incidentie van SIDS in 1975 op 0,45/1000 levendgeborenen en deze daalde tot een stabiel niveau tussen 0,2 en 0,3/1000 levendgeborenen in de periode van 1998-2005 (Alm, Möllborg, Erdes, Pettersson, Aberg, Norvenius & Wennergren, 2006). Het verloop van de incidentie in Zweden is terug te vinden in bijlage A. De incidentie van SIDS in Frankrijk lag in 2005 op 0,32/1000 levendgeborenen (Ryckewaert-D'Halluin, Roussey, Branger, Venisse & Pladys, 2010). Als laatste lag de incidentie van SIDS in Duitsland in 1990 op 1,5/1000 levendgeborenen. Dit is in 2005 gedaald tot 0,4/1000 levendgeborenen, wat neerkomt op 298 gevallen van SIDS (Vennemann, Bajanowski, Brinkmann, Jorch, Sauerland, Mitchell & the GeSID Study Group, 2011).

2.3 Risicofactoren

Een risicofactor wordt ook wel een gezondheidsdeterminant genoemd. Gezondheidsdeterminanten of risicofactoren worden door Boot en Knapen (2005; p.19) gedefinieerd als: *“Kenmerken die samengaan met een verhoogde kans op het optreden van ziekte en die voorafgaand aan het optreden van ziekte te identificeren zijn”*. Een risicofactor kan ook verder gespecificeerd worden door het direct toeschrijven van een causaal verband aan de blootstelling aan een bepaalde factor en het optreden van de ziekte (Boot & Knapen, 2005).

De risicofactoren voor wiegendood zijn te onderscheiden in vermijdbare en niet-vermijdbare factoren. Naast deze factoren die het risico op wiegendood vergroten, zijn er ook factoren die een beschermend effect hebben op het optreden van wiegendood. Onderstaand zullen de verschillende factoren beschreven worden. Eerst zullen de vermijdbare factoren aan bod komen, waarna de niet-vermijdbare factoren volgen. Als laatste zullen de beschermende factoren besproken worden.

2.3.1 Vermijdbare factoren

Door de jaren heen zijn verschillende risicofactoren benoemd met betrekking tot het optreden van wiegendood. Hierbij zijn vermijdbare factoren de gedragingen die door ouders of verzorgers vermeden zouden kunnen worden. Met andere woorden, dit zijn de factoren waar men iets aan zou kunnen doen. Onderstaand zullen de verschillende vermijdbare factoren aan bod komen, waarvan bekend is dat ze een negatief effect hebben op het risico op wiegendood.

Primaire buikligging

Een van de eerste factoren waar ooit aandacht aan werd besteed is de primaire buikligging van de baby tijdens het slapen (Brand, 2005). Bij een primaire buikligging gaat het om het te slapen leggen van de baby op de buik (CBO/MWR, 1996). De Jonge was de persoon die deze factor onder de aandacht bracht en als eerste adviseerde om een baby op de rug te slapen te leggen (Brand, 2005).

Het gevaar van primaire buikligging zit in het risico dat een kind met het gelaat tegen de onderlaag van het bed komt te liggen (schuin of recht) en op die manier niet voldoende goed adem kan halen. Normaal gesproken treedt in dat geval een wekmechanisme (arousal) in werking. Dit gebeurt niet altijd, waardoor het risico op wiegendood toeneemt (Ruys, Engelberts & van Velzen-Mol, 2007). Daarnaast is de beweeglijkheid van een kind dat op de buik ligt groter dan wanneer het op de rug ligt. Hiermee neemt het risico op het onder de toedekkingsmethode (bijvoorbeeld een dekbed) geraken met het hoofd toe (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002).

Over het algemeen worden jongens vaker op de buik te slapen gelegd dan meisjes. Dat blijkt niet alleen uit Nederlands onderzoek, maar wordt ook internationaal vanuit verschillende kanten

bevestigd (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002). Ook blijkt uit de peiling "Veilig slapen" van 2003 dat eerst geboren kinderen (rangorde 1) minder vaak op de buik te slapen werden gelegd dan kinderen met een hogere rangorde. Verder worden kinderen van allochtone ouders vaker op de buik te slapen gelegd (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L'Hoir, 2006).

Zijligging als slaaphouding

Zijligging wordt als houding op zichzelf door de Stichting Wiegendood (z.d.) bestempeld als een risicofactor voor wiegendood. Daarnaast kan zijligging na de leeftijd van twee weken secundaire buikligging tot gevolg hebben wanneer de baby zich vanuit deze positie omdraait naar buikligging. Ook hierbij is het risico op adembelemmering aanwezig (Ruys, Engelberts & van Velzen-Mol, 2007). Kinderen zijn na de leeftijd van twee weken in steeds grotere mate in staat zichzelf om te draaien. Meestal gebeurt dit naar de rug, maar in sommige gevallen ook naar de buik. Het omrollen naar de buik gebeurt gemakkelijker vanaf een zijligging dan vanaf een positie op de rug (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002). Uit de peiling "Veilig slapen" van 2003 bleek dat kinderen met een laag geboortegewicht (>2500 gram) vaker op de zij te slapen werden gelegd dan kinderen met een hoger geboortegewicht. Ook allochtone ouders bleken hun kinderen vaker op de zij te slapen te leggen (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L'Hoir, 2006).

Gebruik van onveilig bedmateriaal

Er zijn vele verschillende manieren waarop een slaapomgeving van een baby een onveilige situatie kan worden. Het gaat hier niet alleen om het gebruik van onveilige materialen in een bed, maar deze materialen kunnen ook een risico met zich meebrengen wanneer ze in een box worden gebruikt.

Matras en onderlaag

Een van de potentieel onveilige materialen is de matras of onderlaag. Een te slappe matras of onderlaag kan ervoor zorgen dat een kind dat op de buik of op de zij komt te liggen, wegzinkt in de matras met het gezicht en daardoor adembelemmering zal ondervinden. Deze adembelemmering kan ook veroorzaakt worden door dikke kussenachtige randen (stootkussen) langs het bed of de box. Alle luchtdichte of zachte materialen zijn een potentieel gevaar voor adembelemmering bij een baby. Ook twee losse matrassen (in een ouderlijk bed) zijn een gevaar voor adembelemmering, wanneer het kind met het gezicht tussen beide matrassen terecht komt (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002).

Rebreathing

De ademhaling van een baby kan op verschillende manieren in gevaar komen. Wanneer het kind tegen een zacht en kussenachtig materiaal komt te liggen met het gezicht is het mogelijk dat het kind de eigen uitgeademde lucht terug inademt. Deze koolstofdioxide rijke lucht vormt een gevaar voor het kind. Bij baby's is dit gevaar extra groot doordat de frequentie van ademen hoog ligt en het volume van de adem relatief klein is. Rebreathing hoeft niet alleen voor te komen in het geval van buikligging of ligging op de zij. Deze kan ook veroorzaakt worden door andere materialen die in het bed liggen. Hierbij kan gedacht worden aan een kussen, een dekbed, knuffels en hoesdekens (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002).

Warmtestuwing of warmtestress

Warmtestuwing komt voor wanneer de lichaamstemperatuur van een kind tot gevaarlijke hoogtes oploopt (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002).

Warmtestuwing kan zich vooral voordoen wanneer een kind te warm aangekleed en/of toegedekt wordt. Een dekbed vormt een groot risico op warmtestuwing door de isolerende werking die deze methode van toedekken kent. Tussen alle lagen van een dekbed zit lucht wat een grote isolerende werking heeft (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002). Daarnaast brengt een dekbed een extra gevaar met zich mee, omdat het dekbed in de hoes vaak minder goed onder te stoppen is, waardoor

het gemakkelijk los kan komen. Wanneer een kind met het hoofd onder een dekbed terecht komt neemt de kans op warmtestuwing toe. Een kind verliest via het hoofd veel warmte, wat zorgt voor een goede temperatuurbalans. Wanneer het hoofd afgedekt wordt door een dekbed kan het kind minder warmte kwijt en ontstaat het risico op warmtestuwing. (Ruys, Engelberts & van Velzen-Mol, 2007). Een deken in een dekbedhoes kan gezien worden als een veilige manier om een kind toe te dekken. Echter kent deze methode hetzelfde gevaar als een dekbed wanneer de deken dubbelgevouwen in de hoes terecht komt of gestopt wordt. Het is daarom belangrijk dat er goed gelet wordt op het enkelvoudig in de hoes stoppen van de deken en het goed rondom instoppen in het bed (Stichting Wiegendood, z.d.).

Verder heeft de ligging in bed invloed op het risico op warmtestuwing. Een kind kan op de buik liggend 60% minder warmte kwijt dan wanneer het op de rug ligt (Ruys, Engelberts & van Velzen-Mol, 2007).

Samen slapen met (een van de) ouders in één bed

Al jaren komen diverse gevallen van wiegendood voor wanneer het kind samen met de ouder(s) in één bed slaapt. Grote gevaren in het bed van de ouders vormen met name de bedmaterialen die daarin gebruikt worden. Een zachte matras, kussens, een dekbed en twee losse matrassen vormen allemaal een risico voor het kind. Daarnaast is er nog het risico van het verdrukken van het kind wanneer een van de ouders draait in de slaap en bovenop het kind terecht komt (Ruys, Engelberts & van Velzen-Mol, 2007).

Hoewel het samen slapen in één bed het geven van borstvoeding vergroot, neemt het risico op wiegendood dat het samen slapen in één bed oplevert direct alle voordelen en beschermende effecten weg die het geven van borstvoeding met zich meebrengt (Ruys, Engelberts & van Velzen-Mol, 2007).

Meeroken door de baby

Het meeroken van een baby doordat er in de buurt van het kind gerookt wordt vormt een belangrijke risicofactor voor het optreden van wiegendood. In Zweden bleek dat het roken van één tot negen sigaretten per dag door de moeder het risico voor wiegendood 1,8 maal verhoogt. Dit is in vergelijking met de groep waarvan de moeder niet rookt (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002). Uit Nederlands onderzoek blijkt eveneens dat het roken van één of beide ouders het risico op wiegendood vergroot, ook na correctie voor sociaal economische status. Het bleek bovendien dat het roken van beide ouders het risico nog verder vergroot (Liebrechts- Akkerman, Lao, van Sleuwen, Engelberts, L'Hoir, Tiemeier & Kayser, 2011).

Het risico dat het roken in de buurt van de baby met zich meebrengt komt voort uit de irritatie van de luchtwegen van de baby die door het roken veroorzaakt wordt (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002).

Veranderende verzorgingsomgeving

In een artikel van Brand (2005) wordt gesproken over de mogelijkheid dat factoren als stress en veranderingen in de verzorging (crèche, oppasadres) een rol kunnen spelen bij het optreden van wiegendood. Ook de Jonge e.a. (2002) spreken over mogelijke oorzaken van het overlijden van kinderen aan wiegendood tijdens de kinderopvang. Echter blijft het in dit geval bij suggereren. Een precieze verklaring voor de verhoging van het risico in de opvang is nog niet gevonden. De Jonge e.a. (2002) speculeren ook over de invloeden van het veranderen van de omgeving van een kind en de effecten die deze veranderingen hebben op het kind. Hierbij kan gedacht worden aan meer en onbekende geluiden van onder andere de andere kinderen in de opvangsituatie die er thuis niet zijn. Meer drukte in de omgeving van het kind kan ook een mogelijke factor zijn. En als laatste het veranderen van wellicht vertrouwde handelingen die de ouders normaal gesproken uitvoeren bij het kind, maar die (licht) kunnen afwijken van de verzorgingspatronen bij de kinderopvang.

Box of boxkleed

Pas na 1996 kwam het liggen in een box of buiten de box op een boxkleed naar voren als een situatie waarin wiegendood zich had voorgedaan. De Jonge en Semmekrot (2005) hebben onderzoek gedaan naar dertien wiegendood gevallen die plaatsvonden in een box. Zij kwamen tot de conclusie dat de gevallen die zich in een box voltrokken de bekende risicofactoren vertoonden die ook in een bed voorkomen. Het ging hierbij om onder andere het mannelijke geslacht, passief roken, primaire en secundaire buikligging en met het gelaat tegen de onderlaag komen te liggen. Het kwam er in het onderzoek op neer dat de box op zichzelf geen risicofactor vormt, mits ook hier alle voorschriften voor het veilig verblijven in een bed in acht worden genomen.

2.3.2 Niet-vermijdbare factoren

Niet vermijdbare factoren zijn, zoals het woord reeds aangeeft, factoren die het risico op wiegendood kunnen vergroten, zonder dat er iets aan deze factoren gedaan kan worden. Onderstaand zullen de verschillende factoren besproken worden.

Mannelijk geslacht

Jongetjes overlijden ongeveer 1,5 maal zo vaak aan wiegendood dan meisjes. Dit is niet alleen in Nederland te zien, maar wordt ook bevestigd in het buitenland. Er zijn risicofactoren die bij jongens vaker voor lijken te komen dan bij meisjes. Het gaat hierbij om primaire buikligging, primaire zijligging en vermoedelijke warmtestuwing (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002).

Laag geboortegewicht

Van een laag geboortegewicht (dysmaturiteit) is sprake wanneer het gewicht van het kind bij de geboorte te laag is voor de zwangerschapsduur. De grens voor een te laag geboortegewicht als risicofactor voor wiegendood ligt bij een geboortegewicht van minder dan 2500 gram (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002). Bij dysmatuur geboren kinderen is het risico om te overlijden aan wiegendood bij zijligging 7 keer groter. Voor het slapen in een aparte kamer is het verhoogde risico nog groter (Ruys, Engelberts & van Velzen-Mol, 2007).

Prematuriteit

Van een premature geboorte is sprake wanneer de bevalling plaatsvindt voor de 37^{ste} week van de zwangerschap (Maat, 2008). Voor prematuur geboren kinderen gelden dezelfde risicofactoren als voor te lichte kinderen. Daarbij neemt het risico op wiegendood door zijligging en het slapen in een aparte kamer in grote mate toe ten opzichte van kinderen die na een voldragen zwangerschap ter wereld kwamen (Ruys, Engelberts & van Velzen-Mol, 2007).

Maternale leeftijd

Wiegendood komt naar verhouding vaker voor bij kinderen van moeders die niet ouder zijn dan 20 jaar. De groep kinderen van jonge moeders is oververtegenwoordigd in de groep van wiegendoodgevallen ten opzichte van kinderen van oudere moeders. Gegevens van het CBS laten voor de periodes 1985-1987; 1995-1996 en 1996-2001 hetzelfde zien (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002). Daarnaast beschrijven zij dat wanneer een tweede of volgend kind aan wiegendood overlijdt, de eerstgeborene van de moeder vaak ter wereld kwam op het moment dat de moeder nog geen 20 jaar oud was.

Uit onderzoek van de wiegendoodgevallen van de periode 1996-2001 door de Landelijke Werkgroep Wiegendood (LWW) kwam naar voren dat in de groep kinderen van jonge moeders een aantal risicofactoren in grotere mate voorkwam dan bij de oudere moeders. Zo rookte in de groep van de oudere moeders 35% in de periode van 0-23 maanden na de bevalling. Bij de groep jonge moeders was dit 82%. Ook factoren als primaire buikligging, roken door de vader, kunstvoeding vanaf dag 1 en vermoedelijke warmtestuwing kwamen bij de groep jonge moeders procentueel meer voor (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002).

Maternale pariteit

De positie die een kind inneemt in de rangorde van geboren kinderen van de moeder wordt de maternale pariteit genoemd (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002). Voor een kind van wie de moeder drie maal eerder is bevallen is de maternale pariteit vier. Een andere formulering van de maternale pariteit is de rangorde van de baby.

De Jonge en Verboon (2005) stellen in hun artikel dat voortkomt uit de peiling van 2005 dat ouders over het algemeen geneigd lijken te zijn om bij het tweede en volgende kind meer risico's te nemen dan bij het eerste kind. Dat zou verklaren waarom in die tijd het aantal later geboren kinderen onder wiegendoodkinderen hoger is dan het aantal eerstgeborenen. Daarnaast zou het minder strikt opvolgen van de veiligheidsadviezen ook te wijten kunnen zijn aan de grotere huishoudelijke last die er is als er meerdere kinderen in het gezin zijn (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002).

Sociaal economische status

Onder sociaal economische status wordt de positie verstaan die een persoon inneemt op de maatschappelijke ladder en het aanzien en prestige die daarmee verkregen worden. De positie op de ladder wordt bepaald door de beschikking die men heeft over bepaalde hulpbronnen (kennis, arbeid en bezit). Naarmate men meer beschikking heeft over deze hulpbronnen zal een hogere positie op de ladder ingenomen worden (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2010).

In het geval van een lage sociaal economische status komen meerdere factoren voor die een risico vormen voor het optreden van wiegendood. Met name het opleidingsniveau van de moeder heeft invloed op het voorkomen van risicofactoren voor wiegendood. Het blijkt dat moeders met een laag opleidingsniveau weliswaar even goed op de hoogte zijn van de risicofactoren voor wiegendood als moeders met een hoger opleidingsniveau, echter vertaalt deze kennis zich bij deze groep minder vaak tot het gewenste gedrag in de preventie van wiegendood (Ruys, Engelberts & van Velzen-Mol, 2007).

2.3.3 Positieve factoren/ beschermende factoren

Beschermende factoren hebben een positieve invloed op het risico op wiegendood. Het algehele risico op wiegendood wordt door deze factoren verminderd (of in ieder geval niet vergroot). Onderstaand worden de verschillende factoren besproken waarvan bekend is dat deze een beschermend effect hebben op het risico op het optreden van wiegendood.

Borstvoeding

De Jonge en Hoogenboezem (2005) noemen het minder dan drie maanden krijgen van borstvoeding in de eerste drie levensmaanden van de baby een risicofactor voor het optreden van wiegendood. Omgedraaid vormt het geven van borstvoeding dus een beschermende factor voor het optreden van wiegendood. Er zijn door de jaren heen verschillende pogingen gedaan om de relatie tussen borstvoeding en wiegendood vast te stellen in onderzoek. De uitkomsten komen echter niet altijd overeen. In Nieuw-Zeeland werd in de periode 1987-1990 een onafhankelijk beschermend effect voor borstvoeding gevonden, terwijl dit drie jaar later niet meer aangetoond kon worden (Mitchell, Tuohy, Brunt, Thompson, Clemens & Stewart, e.a., 1997).

In Nederlandse onderzoeken is een verband tussen borstvoeding en de bescherming tegen wiegendood wel vastgesteld. Zowel L'Hoir in 1998 als de Jonge in 2002 toonden dit beschermende effect aan. Ook werd dit aangetoond door de Landelijke Werkgroep Wiegendood (LWW) in de periode van 1996-2006 (Ruys, Engelberts & van Velzen-Mol, 2007).

Het beschermende aspect van borstvoeding tegen wiegendood wordt gezocht in het verlagen van de prikkel drempel van het ademhalingscentrum door de borstvoeding. Deze prikkel drempel zou ook tijdens de actieve slaap van toepassing zijn, waardoor de baby sneller wakker zal worden in het geval van een levensbedreigende adembelemmering (Ruys, Engelberts & van Velzen-Mol, 2007).

Fopspeen

Internationaal zijn de meningen verdeeld over een eventueel beschermend effect van het gebruik van een fopspeen. In zowel een onderzoek in Nieuw-Zeeland (1987-1990) (Mitchell, Taylor, Ford, Stewart, Becroft, Thompson e.a.; 1993) als in een Engels onderzoek (1993-1996) (Fleming, Blair, Pillard, Platt, Leach, Smith, e.a.; 1999) werd een significant verschil gevonden tussen de groep wiegendoodkinderen en de controlegroep met betrekking tot het fopspeengebruik tijdens de laatste slaap. Wiegendoodkinderen hadden significant minder vaak tijdens de laatste slaap een fopspeen gekregen; in het routinegebruik van de fopspeen werd geen significant verschil gevonden tussen beide groepen. In Nederland werd echter wel een significant verschil in het routinegebruik van een fopspeen gevonden in de periode 1995-1996 (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002). Uit een later onderzoek kwam naar voren dat niet zozeer het gebruik van de speen de bescherming biedt, maar dat het ineens weglaten van de speen een ongunstig effect kan hebben (McGarvey, McDonnell, Chong, O'Regan & Matthews, 2003).

Uit een later Nederlands onderzoek bleek bij een vergelijking tussen de groep wiegendoodkinderen en een controlegroep dat het al dan niet gebruiken van een fopspeen geen invloed had op het risico voor het optreden van wiegendood (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002).

Uit eerdere onderzoeken is niet uitgesloten dat het incidenteel weglaten van de fopspeen, terwijl dit normaal gesproken tot de verzorgingsroutine behoort, kan leiden tot een ongewone omstandigheid waar de baby op kan reageren. Hiermee zou het een ongunstig effect kunnen hebben op het risico op wiegendood (de Jonge, L'Hoir, Ruys & Semmekrot, 2002). Ook Ruys e.a. (2007) concluderen dat er sterke aanwijzingen zijn dat het regelmatige gebruik van een fopspeen een rol speelt in de preventie van het voorkomen van wiegendood.

Inbakeren

Tijdens het inbakeren wordt het kind van de schouders tot aan de voeten gewikkeld in doeken om beweging te beperken en een gevoel van zekerheid te geven zodat het zich gemakkelijker over kan geven aan de slaap (Inbakeren.nl, z.d.).

Het grootste beschermende effect van het inbakeren is terug te vinden in het feit dat het ingebakerde kind zich moeilijker om kan draaien vanuit de rugligging. Het gevaar voor secundaire buikligging neemt hiermee af. Wel moet opgepast worden, dat wanneer het kind in staat is om zich, terwijl het ingebakerd is, om te draaien dat daarmee het risico op wiegendood sterk toeneemt. Dit omdat het kind daarna vaak niet meer in staat is om zich weer terug te draaien. Wanneer het draaien geconstateerd wordt, dient men het kind per direct niet meer in te bakeren om de risico's te verlagen (Ruys, Engelberts & van Velzen-Mol, 2007). Verder wordt het inbakeren boven een leeftijd van zes maanden ook afgeraden, omdat vanaf deze leeftijd de kans dat het kind zich ingebakerd en al om kan draaien groter wordt. Aangeraden wordt om bij een leeftijd van vier maanden te beginnen met het afbouwen van het inbakeren en dit boven een leeftijd van zes maanden helemaal niet meer te doen (www.inbakeren.nl, z.d.).

Een ander nadeel dat het inbakeren met zich mee kan brengen zit in het risico op warmtestuwing. De warmteafgifte van het kind wordt door het inbakeren beperkt, zeker wanneer het hoofd mee ingebakerd wordt. Hiermee moet dus goed rekening worden gehouden wanneer het kind nog met extra dekens toegedekt wordt. Het kind mag namelijk niet te warm toegedekt zijn en het hoofd dient vrij te blijven (Ruys, Engelberts & van Velzen-Mol, 2007).

Eigen bed in de slaapkamer van de ouders

Het slapen in een aparte kamer door de baby wordt ook aangewezen als een risicofactor voor wiegendood. Ooit was het de gewoonte om de baby op dezelfde kamer te laten slapen als de ouders, maar dat is vanaf 1950 steeds minder het geval. Het verminderde toezicht op de baby wordt door De Jonge en Verboon (2006) aangewezen als een risicofactor.

Tot de leeftijd van 6 maanden is de beste plek voor een kind om te slapen een eigen bed op de slaapkamer van de ouders. Dit is niet alleen bevorderlijk voor het geven van borstvoeding, maar verhoogt ook het toezicht op het kind tijdens het slapen (de Jonge & Verboon, 2005). Dit wordt niet alleen in Nederland aangegeven; ook de American Academy of Pediatrics (AAP) beveelt aan dat een kind in een eigen bed te slapen wordt gelegd en het liefste in dezelfde kamer als waar de verzorgers van het kind slapen (Ateah & Hamelin, 2008).

2.4 Prevalentie verloop

Om de mate van het vertonen van gedrag met betrekking tot de risicofactoren voor wiegendood aan te geven, gebruikt men de term 'prevalentie van gedrag'. Prevalentie gaat om het aantal personen dat op een bepaald tijdstip ziek is, of in dit geval een bepaald gedrag vertoont (Bouter, van Dongen & Zielhuis, 2005).

Een overzicht van het verloop van de prevalentie van het gedrag van ouders is te vinden in de uitkomsten van de peilingen Veilig slapen uit 1999, 2003 en 2005.

Te slapen leggen

Ten tijde van de peiling van 1999 werd 7,8% van de kinderen op de buik te slapen gelegd. In 2003 was dit percentage gezakt tot 6,1% (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L'Hoir, 2006). Tijdens de peiling van 2005 kwam naar voren dat voor het eerst sinds 1987 het percentage kinderen dat op de buik te slapen wordt gelegd was gestegen naar 10% (de Jonge & Verboon, 2005).

Ten opzichte van 1999, toen de prevalentie van zijligging bij zuigelingen van één maand oud 14% bedroeg (van Hagen, van Wouwe, van Buuren, Burgmeijer, Hirasing & de Jonge, 2000), was het aantal kinderen dat op de zij te slapen werd gelegd in 2003 afgenomen. In 2003 bleek tevens een verband tussen de leeftijd van een kind en het op de zij slapen. In de peiling van 2003 kwam naar voren dat op een leeftijd van 0 maanden 50,6% van de kinderen op de zij te slapen werd gelegd, en op de leeftijd van 6 maanden nog maar 1,4%. Op de leeftijd van één maand was het percentage kinderen dat te slapen werd gelegd op de zij 8,2% in 2003 (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L'Hoir, 2006). In 2005 werd 31% van de kinderen van één maand oud op de zij te slapen gelegd (de Jonge, Verboon, 2005).

Kijkende naar de rugligging ziet de ontwikkeling door de tijd er als volgt uit. In 1999 werd 77,2% van de kinderen op de rug te slapen gelegd, 76,6% in 2003 (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L'Hoir) en 70% in 2005 (de Jonge & Verboon).

Toedekking in bed

Het gebruik van een dekbed is door de jaren heen gedaald. Was dit in 1999 nog 18% (van Hagen, van Wouwe, van Buuren, Burgmeijer, Hirasing & de Jonge, 2000), in 2003 daalde dit tot een niveau van 7% (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L'Hoir) en in 2005 tot 5% (de Jonge & Verboon, 2005).

In 1999 werd het gebruik van een hoesdeken (een deken in een dekbedhoes) gemeten. 22% van de kinderen werd hiermee toegedekt (van Hagen, van Wouwe, van Buuren, Burgmeijer, Hirasing & de Jonge, 2000). In het rapport van 2003 werd op vele manieren onderscheid gemaakt in het gebruik van een hoesdeken tussen verschillende groepen (geslacht, leeftijd, rangorde, etc.). Het totaal aantal kinderen dat met een hoesdeken werd toegedekt is niet precies bekend. Op basis van de ruwe gegevens die in het rapport zijn weergegeven kan worden opgemaakt dat het percentage kinderen dat met een hoesdeken wordt toegedekt rond de 27,5% ligt (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L'Hoir, 2006). In het artikel van de Jonge en Verboon (2005) dat de uitkomsten van de peiling in 2005 beschrijft, wordt geen melding gemaakt over het aantal kinderen dat wordt toegedekt met een hoesdeken.

Ook voor het gebruik van een slaapzak of trappelzak is al jaren aandacht vanwege het beschermende effect van deze methode voor het toedekken van het kind. Zowel in 1999 als in 2003 nam dit gebruik toe naarmate de baby ouder wordt. Terwijl door 19,1% van de kinderen van één maand een slaapzak wordt gebruikt, is dit op de leeftijd van drie maanden 52,6% en op de leeftijd van zes maanden 68,9% (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L'Hoir, 2006). In 2005 was het percentage kinderen dat op de leeftijd van twee maanden in een slaap- of trappelzak werd gelegd 20%. Op de leeftijd van drie tot vijf maanden was dit 41% en bij zes tot negen maanden 58% (de Jonge & Verboon, 2005).

Slaaplocatie

Uit de peiling van 1999 kwam naar voren dat in 13% van de gevallen het kind 's nachts of een gedeelte daarvan bij de ouders in één bed slaapt (van Hagen, van Wouwe, van Buuren, Burgmeijer, Hirasing & de Jonge, 2000). In 2003 is dit percentage gezakt tot 4,9% van de kinderen (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L'Hoir, 2006). Tijdens de peiling van 2005 sliep 10% van de kinderen tussen één en twee maanden oud gewoonlijk bij de ouder(s) in één bed. Bij uitzondering bij de ouders in bed slapen kwam bij 17% voor (de Jonge & Verboon, 2005).

Een eigen slaapkamer had 78% van de kinderen in de peiling van 1999 (van Hagen, van Wouwe, van Buuren, Burgmeijer, Hirasing & de Jonge, 2000). In het rapport over de peiling van 2003 komen geen cijfers voor over kinderen die in een eigen kamer slapen. Voor 2005 daarentegen is daar wel weer informatie over bekend. Toen sliep 57% van de kinderen van één maand oud op een eigen slaapkamer. Dit aantal loopt op tot 89% op de leeftijd van acht maanden (de Jonge & Verboon, 2005).

Over een eigen bed voor de baby op de slaapkamer van de ouders zijn alleen cijfers bekend uit de peiling van 2003. Hierbij was te zien dat het percentage kinderen dat in een eigen bed op de kamer van de ouders slaapt met de leeftijd afneemt. 36,6% van de kinderen van 0 maanden oud had een eigen bed op de kamer van de ouders en dit nam af tot 8,2% van de kinderen van zes maanden oud (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L'Hoir, 2006).

Roken

Terwijl het percentage rokende moeders in de periode van 1999 tot 2003 daalde van 19,9% naar 13,7% (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L'Hoir, 2006), nam het in 2005 weer toe tot 15,7% (de Jonge & Verboon, 2005). Het percentage rokende vaders lag in 1999 op 32% (van Hagen, van Wouwe, van Buuren, Burgmeijer, Hirasing & de Jonge, 2000). Over het rookgedrag van vaders werd in het rapport van 2003 niet gesproken en zijn dus geen gegevens beschikbaar. In 2005 rookte 30,8% van de vaders (de Jonge & Verboon, 2005). Dit is dus een lichte afname ten opzichte van 1999.

Melkvoeding

In de melkvoeding die aan de kinderen wordt gegeven is in de periode 1999-2003 het nodige veranderd. Zo nam het geven van uitsluitend borstvoeding op de leeftijd van zes maanden toe van 11,1% in 1999 tot 13,5% in 2003 (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L'Hoir, 2006). In 2005 nam dit verder toe tot 17% (de Jonge & Verboon, 2005).

Ook de combinatie van borstvoeding en kunstvoeding op de leeftijd van zes maanden nam toe. Dit was in 1999 nog 10,8% en 23% in 2003 (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L'Hoir, 2006). Over deze combinatie van melkvoeding zijn in het artikel van de Jonge en Verboon geen gegevens terug te vinden. Dus over het percentage kinderen dat in de peiling van 2005 een combinatie van beide melkvoedingen kreeg zijn geen uitspraken te doen.

Het geven van uitsluitend kunstvoeding nam door de jaren heen af. Dit percentage was in 1999 nog 78,1% en nam in het jaar 2003 af tot 63,5% (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L'Hoir, 2006). Ook hierover zijn in het artikel uit 2005 geen gegevens opgenomen.

3. Onderzoeksvraag

3.1 Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is vast te stellen in hoeverre de huidige preventieprogramma's voor wiegendood aansluiten op het gedrag dat de ouders tegenwoordig vertonen met betrekking tot de risicofactoren voor wiegendood. Indien er aanwijzingen naar voren komen dat er een aanpassing nodig is binnen de huidige preventie, zal daar een advies over worden uitgebracht.

3.2 Onderzoeksvraag

3.2.1 Hoofdvraag

De hoofdvraag die tijdens dit onderzoek beantwoord zal worden om tot het doel van het onderzoek te komen is:

Welk gedrag vertonen ouders van jonge zuigelingen met betrekking tot risicofactoren voor wiegendood in 2011 in vergelijking met het gedrag dat ouders vertoonden in 2005 en 2003?

3.2.2 Deelvragen

De volgende deelvragen zullen bijdragen aan de beantwoording van de hoofdvraag van het onderzoek.

- Wat is de prevalentie van het gedrag van ouders van jonge zuigelingen dat volgens de literatuur geassocieerd is met een verhoogd of verlaagd risico op wiegendood in 2011?
- In hoeverre zijn de onderzoekspopulaties van de peilingen Veilig Slapen die in 2003, 2005 en in 2011 zijn gebruikt vergelijkbaar?
- Hoe verhouden de prevalenties van gedragingen op het gebied van beschermende en risicofactoren voor wiegendood uit de peiling van 2011 zich ten opzichte van de resultaten uit 2003 en 2005, en is hier een trend in te beschrijven?

4. Onderzoeksmethode

Dit onderzoek is beschrijvend van aard. Babbie (2007) omschrijft een beschrijvend onderzoek als iets waarbij de onderzoeker iets observeert en er vervolgens een beschrijving van maakt. Punch (2006) beschrijft dat bij een beschrijvend onderzoek het doel is om informatie over het onderwerp te verzamelen, organiseren en samenvatten. In het onderzoek wordt het gedrag geobserveerd van ouders van jonge zuigelingen met betrekking tot de risicofactoren voor wiegendood. Om hiertoe te komen, worden over deze gedragingen gegevens verzameld met behulp van een vragenlijst. Het gedrag dat deze ouders vertonen wordt beschreven aan de hand van de metingen die worden gedaan door middel van de vragenlijst. Voor de vergelijking van de gegevens uit de verschillende jaren wordt gebruik gemaakt van een analytische opzet van het onderzoek. Middels statistische testen zal worden gekeken naar mogelijke significante verschillen tussen de jaren waarin gegevens zijn verzameld over het gedrag dat de ouders vertonen met betrekking tot de risicofactoren voor wiegendood.

4.1 Populatie

De populatie die relevant is voor dit onderzoek is de groep ouders, binnen Nederland, met een baby tussen nul en tien maanden oud.

Steekproef selectie

De populatie wordt gevormd door de organisaties die positief gereageerd hebben op het verzoek om deel te nemen aan het onderzoek. De daadwerkelijke steekproef wordt gevormd door de ouders die de respondenten in het onderzoek zijn.

Exclusie- en inclusiecriteria

Het inclusiecriterium dat is gebruikt tijdens het onderzoek is dat enkel ouders van baby's van nul tot tien maanden mee konden doen.

Daarnaast is per deelnemende jeugdgezondheidszorg organisatie, waar de consultatiebureaus onder vallen, de restrictie aangegeven dat er maximaal 300 vragenlijsten uitgedeeld mogen worden. Bij de deelnemende consultatiebureaus is aangegeven dat zij minimaal 20 en maximaal 40 vragenlijsten mogen distribueren.

4.2 Data verzameling

De peiling heeft de naam 'Veilig slapen'. Voor de dataverzameling wordt gebruik gemaakt van vragenlijsten.

Vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit 29 vragen die bijna allemaal multiple choice ingevuld dienen te worden. De overige vragen hebben een open einde. Naar de volgende onderwerpen wordt in de peiling gevraagd:

- Algemene gegevens van het kind: geboortedatum, geboortegewicht en rangorde van de baby bij de moeder;
- Kenmerken van de ouders: rookgedrag, drankgebruik, etnische groepering en opleidingsniveau;
- Verzorgingsfactoren rond het slapen van het kind: houding waarin het kind te slapen wordt gelegd, gebruikte bedmaterialen en fixatiemethoden, gebruik van een fopspeen, slaaplocatie, samen slapen met de ouders en eventueel inbakeren;
- Overige verzorgingsfactoren: gebruik van kinderopvang, gebruik van een box, een maxi-cosi of wipstoel, spelen op de zij of buik onder toezicht, type melkvoeding;
- Aanwezigheid van een voorkeurshouding of afplatting van het hoofd,

De vragenlijst is opgenomen in bijlage B.

4.2.1 Procedure

Om tot een geschikte populatie te komen waaruit de steekproef getrokken kan worden zijn in 2010 56 organisaties voor jeugdgezondheidszorg, waarin consultatiebureaus zijn opgenomen, aangeschreven met een verzoek tot deelname aan de peiling. De brief die hiervoor is verstuurd naar de organisaties is te vinden in bijlage C. Organisaties die hierin interesse hadden hebben zich aan kunnen melden bij TNO en zijn op die manier opgenomen in het onderzoek. Daarnaast heeft de onderzoeker van TNO actief telefonisch contact gezocht met het merendeel van de jeugdgezondheidszorginstellingen om medewerking te vragen.

Na de aanmelding van een organisatie ontving deze de vragenlijsten, antwoordenvelopen en begeleidende informatie.

De begeleidende informatie stond in een brief voor de medewerkers die de vragenlijsten gingen uitdelen. Hierin is onder andere opgenomen dat de vragenlijsten het liefst uitgedeeld moesten worden in de wachtkamer van het consultatiebureau zodat deze direct ingevuld en in de antwoordenvelopen ingeleverd konden worden. Wanneer dit niet mogelijk was, konden de ouders de vragenlijst ook mee naar huis nemen en retourneren middels de antwoordenvelopen. Daarnaast werd in de brief ook aandacht besteed aan het uitdelen van de lijsten. Hierbij mocht geen selectie plaatsvinden. De lijsten dienden uitgedeeld te worden aan alle opeenvolgende ouders die het bureau bezochten begin februari 2011. Wel mochten er verschillende dagen gekozen worden om de lijsten te verspreiden. De brief voor de medewerkers is te vinden in bijlage C.

Ook de ouders die de vragenlijsten ontvingen, kregen een begeleidende brief welke te vinden is in bijlage B.

4.3 Statistische analyses

De verzamelde data zijn geanalyseerd middels het programma Statistical Package for Social Science versie 16. Er zijn verschillende statistische analyses op de data uitgevoerd.

Allereerst is de totale dataset opgeschoond en is er gekeken naar eventuele ontbrekende data in de dataset. In de meeste gevallen variëren de missing values tussen 0% en 6%. In deze gevallen zijn deze casussen uit de analyse verwijderd. Bij de variabelen waar het percentage missing values hoger ligt is dit aangegeven in de beschrijving van de variabele.

Vervolgens is een aantal rechte tellingen uitgevoerd om een beeld te krijgen van de dataset. Hierbij zijn de verschillende groepen binnen de peiling beschreven. En is een overzicht gevormd van enkele achtergrondkenmerken, zoals de verdeling van het aantal jongens en meisjes in de populatie en de rangordes (geboorte volgorde bij de moeder) van deze kinderen.

Daarna is er een beschrijving gemaakt van het gedrag dat met de vragen in de peiling is gemeten. Naast de algemene percentages die het voorkomen van bepaald gedag weergeven is er ook onderscheid gemaakt tussen verschillende achtergrondkenmerken van de populatie. De verschillende onderwerpen die in de vragenlijst aan bod komen (onder andere toedekking, slaaphouding en slaaplocatie) zijn beschreven aan de hand van een onderscheid in het geslacht van het kind, de rangorde van het kind, de leeftijd van het kind (gemeten in maanden), het rookgedrag van de ouders, het opleidingsniveau van de moeder en de etnische groepering waartoe de moeder zichzelf rekent. Zodoende is er de mogelijkheid om tot een uitspraak te komen over eventuele verschillen in het gedrag dat verschillende groepen vertonen, of verschillen tussen de groepen kinderen met dezelfde persoonlijke kenmerken (geslacht, rangorde en leeftijd).

Om de resultaten te kunnen vergelijken met de uitkomsten van peilingen uit eerdere jaren is ervoor gekozen om dezelfde analyses uit te voeren als in 2003 zijn gedaan. De keuze hiervoor is gemaakt omdat in het onderzoeksrapport van 2003 beschreven staat dat ook destijds voor een zelfde methode als in het verleden is gekozen. Ook toen werd als motivatie gegeven dat dezelfde analyses mogelijkheden bieden voor een onderlinge vergelijking van de uitkomsten (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L'Hoir, 2006).

De chi-kwadraat toets is gebruikt voor het testen van de significantie van de verschillen tussen groepen (Huizingh, 2006). Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het verschil in gebruik van fopspenen tussen jongens en meisjes. Daarnaast is er ook van deze test gebruik gemaakt om de significantie te bepalen van de verschillen die zijn waargenomen tussen de uitkomsten van de gegevens uit 2003, 2005 en 2011. Bij de chi-kwadraat toets wordt gebruik gemaakt van een betrouwbaarheidsinterval van 95%.

5. Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten die uit de analyse van de gegevens naar voren is gekomen. Allereerst wordt de respons op de vragenlijst beschreven. Daarnaast zijn verschillende kenmerken van de onderzoekspopulatie beschreven zoals de verdeling van de leeftijd en het geslacht van de kinderen. Vervolgens worden verschillende verzorgingskenmerken rond het slapen van het kind beschreven. Als laatste is er een vergelijking gemaakt op een aantal onderwerpen tussen een vergelijkbaar onderzoek in 2003 en 2005.

Tussen een voorkeurshouding en afplatting van het hoofd van een kind en het risico op wiegendood bestaat geen relatie. Daarom zal in de beschrijving van de resultaten van het onderzoek hierop niet worden ingegaan.

5.1 Populatie

5.1.1 Respons

Van de 56 aangeschreven organisaties hebben zeventien organisaties (30%) daadwerkelijk vragenlijsten aangevraagd en ontvangen. Samen hebben deze organisaties 3048 vragenlijsten verspreid onder ouders die de consultatiebureaus bezoeken die bij deze organisaties zijn aangesloten. Van deze 3048 vragenlijsten zijn er 2014 (66,1%) teruggekomen bij TNO en daar verder verwerkt.

De leeftijd van de kinderen die zijn opgenomen in het onderzoek loopt uiteen van 0 tot en met 39 maanden. Alle kinderen van 12 maanden en ouder zijn uit de onderzoekspopulatie verwijderd, vanwege het niet voorkomen van wiegendood in die leeftijdscategorie. Dit betrof 58 kinderen. Ondanks dat het inclusie criterium bepaalde dat enkel kinderen van 0 tot en met 10 maanden in het onderzoek opgenomen konden worden, is dit in de verspreiding van de vragenlijsten niet altijd goed gegaan. Vanwege de omvang van de groep kinderen van 11 maanden oud en de waardevolle inzichten die zij eventueel kunnen geven is besloten om ook deze kinderen op te nemen in de onderzoekspopulatie.

Met de resterende 1956 kinderen is de analyse voortgezet.

5.1.2 Beschrijving van de steekproef

In deze paragraaf worden de achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie beschreven en waar mogelijk worden deze geplaatst naast vergelijkbare gegevens over de Nederlandse populatie middels landelijke cijfers die via het CBS zijn verkregen.

Spreiding over Nederland

In tabel 1 is de verdeling van levendgeborenen in Nederland per provincie en regio weergegeven voor 2009. Daarnaast is de verdeling van de onderzoekspopulatie weergegeven verdeeld over dezelfde provincies en regio's (Noord, Oost, West en Zuid) (CBS, 2011).

Tabel 1: Verdeling per provincie in verhouding tot levendgeborenen in 2010

Jaar	2010		Peiling 2011	
Gebied	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Groningen	5732	3,1%	0	0,0%
Friesland	7012	3,8%	0	0,0%
Drenthe	4750	2,6%	0	0,0%
Noord	17494	9,5%	0	0,0%
Overijssel	13180	7,1%	283	14,5%
Flevoland	5310	2,9%	0	0,0%
Gelderland	21142	11,5%	0	0,0%
Oost	39632	21,5%	283	14,5%
Utrecht	15429	8,4%	127	6,5%
Noord-Holland	31593	17,1%	256	13,1%
Zuid-Holland	41387	22,4%	349	17,8%
Zeeland	3697	2,0%	184	9,4%
West	92106	49,9%	916	46,8%
Noord-Brabant	25545	13,9%	757	38,7%
Limburg	9620	5,2%	0	0,0%
Zuid	35165	19,1%	757	38,7%

De noordelijke provincies komen in de onderzoekspopulatie niet voor net als de provincies Flevoland, Gelderland en Limburg. De regio Oost is in het onderzoek ondervertegenwoordigd ten opzichte van het aantal levendgeborenen in Nederland. De vertegenwoordiging van de regio West komt redelijk overeen met de landelijke verdeling. De regio Zuid is daarentegen oververtegenwoordigd. De kanttekening die hierbij wel geplaatst moet worden is dat de totale vertegenwoordiging uit de regio Zuid voortkomt uit de provincie Noord-Brabant.

Geslacht

In tabel 2 is de verdeling naar het geslacht van het kind weergegeven in de peiling in vergelijking tot de Nederlandse populatie in 2010 (CBS, 2011).

Tabel 2: Verdeling naar geslacht

	CBS 2010	%	Peiling 2011	%
Jongens	94129	51,0%	981	50,2%
Meisjes	90268	49,0%	971	49,6%
Niet ingevuld				0,2%

De verdeling van de geslachten is in de peiling nagenoeg gelijk aan de landelijke verdeling. In de peiling waren er 4 casussen waarbij het geslacht van het kind niet is ingevuld.

Rangorde

Tabel 3 geeft een overzicht van de verdeling van de levendgeborenen naar rangorde van bevalling van de moeder in de peiling van 2011 in vergelijking tot de verdeling in Nederland in 2010 (CBS, 2011).

Tabel 3: Verdeling naar rangorde

	2010	%	Peiling 2011	%
1e kind	85466	46,3%	1012	51,7%
2e kind	66412	36,0%	659	33,7%
3e kind of hoger	32519	17,6%	283	14,5%
Niet ingevuld			2	0,1%

Het aantal eerst geborene kinderen in de onderzoekspopulatie is oververtegenwoordigd ten opzichte van de landelijke percentages. Daarbij zijn zowel de groepen van de rangorde twee en drie of hoger ondervertegenwoordigd in de peiling ten opzichte van de landelijke verdeling.

Opleidingsniveau

In tabel 4 is een overzicht te vinden van de verdeling van het opleidingsniveau in Nederland (CBS, 2011) en de verdeling van de respondenten in de peiling van 2011.

Tabel 4: Verdeling naar opleidingsniveau

	CBS 2010				Peiling 2011			
	Mannen	%	Vrouwen	%	Mannen	%	Vrouwen	%
Laag	1.671.000	30,2%	1.745.000	31,8%	450	23,0%	379	19,4%
Midden	2.211.000	40,0%	2.229.000	40,6%	649	33,2%	622	31,8%
Hoog	1.603.000	29,0%	1.463.000	26,7%	798	40,8%	925	47,3%
Onbekend	48.000	0,9%	48.000	0,9%	59	3,0%	30	1,5%

Het aantal laag opgeleiden dat heeft meegedaan aan het onderzoek is laag in vergelijking met de landelijke cijfers. De hoog opgeleiden zijn oververtegenwoordigd in de onderzoekspopulatie. Ook het aantal deelnemers met een midden opleidingsniveau is laag ten opzichte van de landelijke verdeling.

Etnische groeperingen

Onderstaande tabel 5 geeft inzicht in de verdeling naar etnische groepering in Nederland en in de peiling. In de tabel wordt onderscheid gemaakt tussen westerse en niet-westerse allochtonen. Het CBS hanteert voor de definitie van een allochtoon persoon: *“Persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren”* (CBS, 2011). Onder niet-westerse allochtonen worden verstaan personen met een achtergrond in landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië, met uitzondering van China en Japan, of Turkije (CBS, 2011). Westerse allochtonen komen uit alle andere landen in de wereld. In de peiling is enkel gevraagd naar de etnische groepering waaronder de ouders zichzelf schalen. In de cijfers van het CBS worden zowel de kinderen als de volwassenen geteld.

Tabel 5: Verdeling naar etnische groepering

	CBS 2010				Peiling 2011			
	Mannen	%	Vrouwen	%	Mannen	%	Vrouwen	%
Autochtoon	6.546.921	79,8%	6.668.465	79,7%	1718	87,8%	1748	89,4%
Allochtoon	1.656.555	20,2%	1.703.048	20,3%	194	12,2%	192	10,6%
Westerse allochtoon	718.448	43,4%	782.861	46,0%				
Niet-Westerse	938.107	56,6%	920.187	54,0%				
Marokko	180.226	2,2%	168.779	2,0%	48	2,4%	40	2,5%
Antillen	68.872	0,8%	69.548	0,8%	9	0,5%	8	0,4%
Turkije	198.430	2,4%	185.527	2,2%	31	1,6%	25	1,3%
Suriname	162.885	2,0%	179.394	2,1%	20	1,0%	20	1,0%
Zuid Europees					9	0,5%	8	0,4%
Overig					77	3,9%	91	4,7%
Niet ingevuld					44	2,2%	16	0,8%

Uit de tabel valt op te maken dat de verdeling van allochtonen en autochtonen in de peiling niet helemaal overeenkomt met de verdeling in Nederland. Het percentage autochtonen is in de peiling groter dan in Nederland. Het percentage allochtonen in de peiling is bij de vrouwen de helft ten opzichte van de verdeling binnen Nederland.

Alcohol gebruik

Tabel 6 laat zien wat het alcohol gebruik is van de ouders in de onderzoekspopulatie de avond voordat zij de vragenlijst ingevuld hebben. Het rookgedrag van de ouders in het onderzoek wordt later in hoofdstuk 5 van dit verslag besproken.

Tabel 6: Alcohol gebruik

		Ja	Nee	Onbekend
Moeder	Aantal	167	1727	62
	%	8,5%	88,3%	3,2%
Vader	Aantal	393	1471	92
	%	20,1%	75,2%	4,7%

Leeftijd

Tabel 7 geeft de verdeling weer van de leeftijden van de kinderen in de onderzoekspopulatie.

Tabel 7: Verdeling van de leeftijd in peiling 2011

	Aantal	%
0 maanden	83	4,2%
1 maand	243	12,4%
2 maanden	274	14,0%
3 maanden	276	14,1%
4 maanden	221	11,3%
5 maanden	146	7,5%
6 maanden	234	12,0%
7 maanden	165	8,4%
8 maanden	98	5,0%
9 maanden	152	7,8%
10 maanden	29	1,5%
11 maanden	35	1,8%

5.2 Ligging

5.2.1 Rugligging

Van alle kinderen in het onderzoek werd 80,6% 's nachts op de rug te slapen gelegd. 75,9% van de kinderen werd overdag op de rug te slapen gelegd en 73,0% zowel 's nachts als overdag. De andere combinaties met een rugligging op een van beide dagdelen is te zien in tabel 8 en 9.

Tabel 8: Houding 's nachts in combinatie met overdag

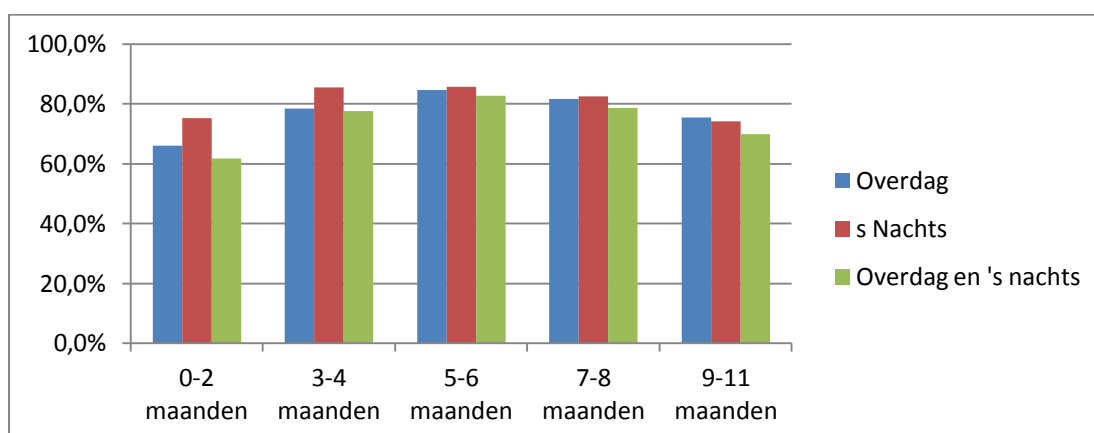
s Nachts	Overdag					
	Rugligging	%	Zijligging	%	Buikligging	%
Op de rug	1427	73,1%	17	0,9%	5	0,3%
Op de zij	13	0,7%	46	2,4%	0	0,0%
Op de buik	1	0,1%	1	0,1%	45	2,3%
Wisselend rug/zij	32	1,6%	16	0,8%	1	0,1%
Wisselend buik/rug	1	0,1%	0	0,0%	3	0,2%
Wisselend zij/buik	3	0,2%	0	0,0%	5	0,3%
Wisselend rug/zij en buik	6	0,3%	0	0,0%	0	0,0%

Tabel 9: Houding overdag in combinatie met 's nachts

Overdag	's Nachts					
	Rugligging	%	Zijligging	%	Buikligging	%
Op de rug	1427	73,1%	13	0,7%	1	0,1%
Op de zij	17	0,9%	46	2,4%	1	0,1%
Op de buik	5	0,3%	0	0,0%	45	2,3%
Wisselend rug/zij	81	4,2%	13	0,7%	1	0,1%
Wisselend buik/rug	28	1,4%	2	0,1%	1	0,1%
Wisselend zij/buik	5	0,3%	4	0,2%	3	0,2%
Wisselend rug/zij en buik	13	0,7%	2	0,1%	0	0,0%

Leeftijd

Figuur 1 en tabel 10 laten de prevalentie van het op de rug te slapen leggen naar leeftijd zien. De prevalentie van rugligging overdag, 's nachts en op beide momenten laat eerst een opgaande lijn zien en daarna weer een neergaande lijn. Rugligging neemt toe tot ongeveer de leeftijd van 5-6 maanden.



Figuur 1: Rugligging naar leeftijd

Tabel 10: Rugligging naar leeftijd

Rugligging	Overdag	%	's Nachts	%	Overdag en 's nachts	%
0-2 maanden	396	66,0%	451	75,3%	370	61,8%
3-4 maanden	390	78,5%	424	85,5%	385	77,6%
5-6 maanden	322	84,7%	325	85,8%	314	82,8%
7-8 maanden	214	81,7%	217	82,5%	207	78,7%
9-11 maanden	163	75,8%	160	74,1%	151	69,9%

Geslacht

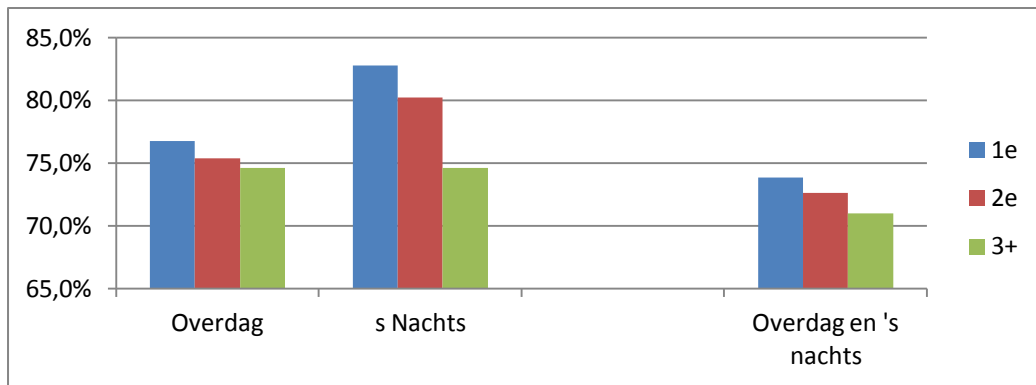
Jongens worden 's nachts en overdag minder vaak op de rug te slapen gelegd dan meisjes. Overdag wordt 72,8 % (714) van de jongens en 79,2% (767) van de meisjes op de rug te slapen gelegd. 's Nachts is dit 79,3% (777) tegenover 82,1% (796). Overdag zijn de verschillen significant (chi-kwadraat 10,3; $p = 0,001$).

Jongens worden in 70,1% (687) van de gevallen zowel overdag als 's nachts op de rug te slapen gelegd, tegenover 76,0% (736) van de meisjes. Dit verschil tussen de jongens en de meisjes blijkt significant te zijn (chi-kwadraat 8,2; $p = 0,004$).

Rangorde

Eerstgeboren kinderen worden overdag het vaakst op de rug te slapen gelegd (figuur 2). Dit gebeurt in deze groep bij 76,7% (775) van de kinderen. Met het oplopen van de rangorde daalt het percentage kinderen dat op de rug te slapen wordt gelegd.

De groep eerste kinderen wordt ook 's nachts het vaakst op de rug te slapen gelegd (82,8%; 836). Naarmate de rangorde oploopt, loopt het percentage kinderen dat 's nachts op de rug te slapen wordt gelegd terug. De onderlinge verschillen zijn significant (chi-kwadraat 9,3; $p = 0,009$).



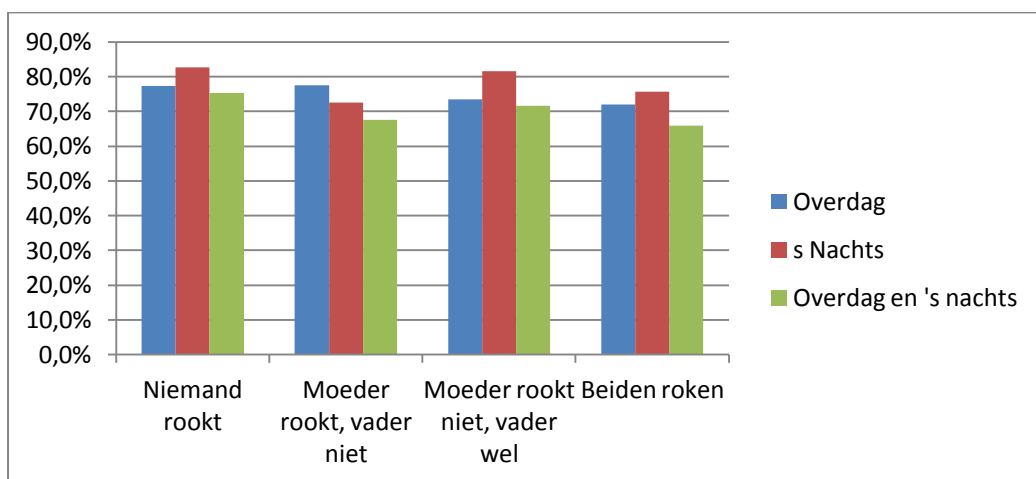
Figuur 2: Rugligging naar rangorde

Zowel overdag als 's nachts op de rug te slapen gelegd worden komt het meest voor bij eerste kinderen. 73,9%(746) van deze kinderen wordt zowel overdag als 's nachts op de rug te slapen gelegd. Naarmate de rangorde oploopt, loopt het percentage kinderen terug. Deze verschillen blijken niet significant te zijn.

Roken

De verschillen in prevalentie tussen de groepen, ingedeeld naar roken van de ouders, voor het overdag op de rug te slapen leggen, zijn klein en niet significant (figuur 3). De verschillen in prevalentie tussen de groepen voor het 's nachts op de rug te slapen leggen blijken significant te zijn (chi-kwadraat 22,6; $p < 0,001$).

75,2% (1057) van de kinderen van niet-rokende ouders wordt zowel overdag als 's nachts op de rug te slapen gelegd. De verschillen binnen deze houding zowel overdag als 's nachts zijn significant (chi-kwadraat 17,8; $p = 0,001$).



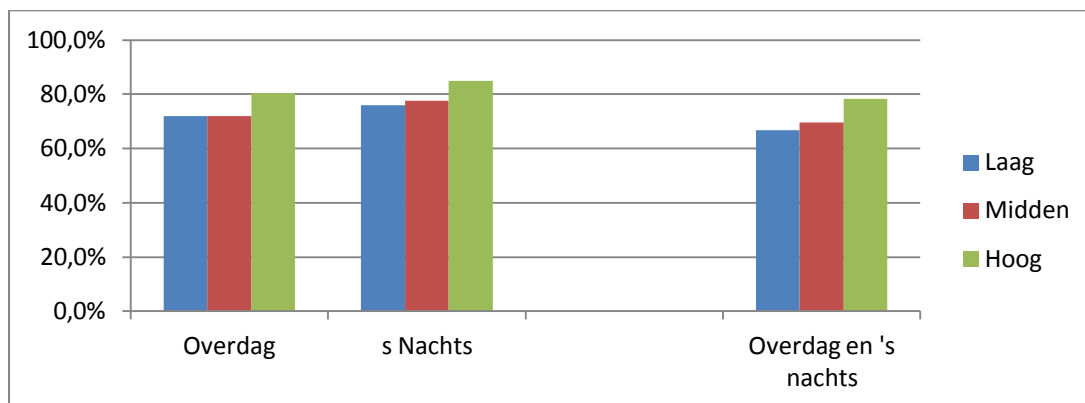
Figuur 3: Rugligging naar roken

Opleidingsniveau moeder

Kijkende naar de relatie tussen het opleidingsniveau van de moeder en het op de rug te slapen leggen van de baby laat in figuur 4 verschillen zien tussen de groepen.

De groep met hoog opgeleiden legt hun baby het vaakste op de rug te slapen op alle momenten van de dag. De verschillen tussen de opleidingsniveaus blijken op alle manieren (overdag, 's nachts, gecombineerd) significant te zijn. De chi-kwadraat waarden die uit de test komen zijn respectievelijk

20,8 (alleen 's nachts); 18,7 (alleen overdag); 24,4 (overdag en 's nachts). Voor alle momenten geldt een $p < 0,001$.



Figuur 4: Rugligging naar opleidingsniveau moeder

Etniciteit moeder

Onderscheid wordt gemaakt tussen de groep autochtonen (moeders met een Nederlandse achtergrond) en allochtonen (moeders met een achtergrond buiten Nederland).

Autochtone moeders leggen hun kind significant vaker op de rug te slapen dan allochtone moeders. Bijna 78% (1442) van de Nederlandse moeders legt haar kind overdag op de rug te slapen, tegenover bijna 59% (123) van de allochtone moeders (chi-kwadraat 34,0; $p < 0,001$). 's Nachts legt 82,6% van de autochtone moeders haar kind op de rug te slapen, tegenover 64,4% van de allochtone moeders (chi-kwadraat 37,9; $p < 0,001$). Autochtone moeders leggen hun kinderen ook significant vaker zowel overdag als 's nachts op de rug te slapen (chi-kwadraat 32,3; $p < 0,001$).

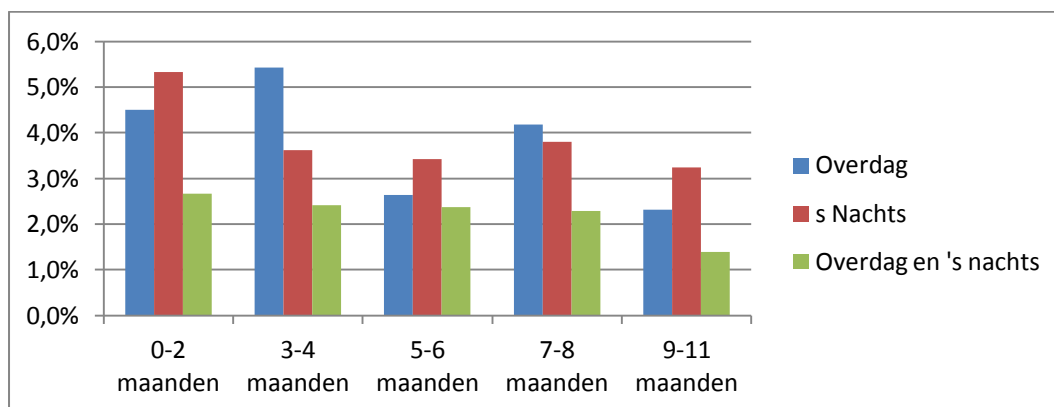
5.2.2 Zijligging

4,1% van de kinderen wordt gewoonlijk 's nachts op de zij te slapen gelegd. Overdag is dat ook 4,1%. Wanneer er wordt gekeken naar combinatie van zowel de houding overdag als 's nachts, blijkt dat 2,4% van de kinderen zowel overdag als 's nachts op de zij te slapen wordt gelegd.

Combinaties van zijligging als positie waarin het kind te slapen wordt gelegd in het ene dagdeel, ten opzichte van de houding in het andere dagdeel zijn elders in dit verslag te vinden in tabel 8 en 9.

Leeftijd

Figuur 5 en tabel 11 geven de relatie weer tussen zijligging en leeftijd. Wat naar voren komt, is dat de kinderen in de eerste levensmaanden het meest op de zij te slapen worden gelegd.



Figuur 5: Zijligging naar leeftijd

Tabel 11 geeft een numeriek overzicht van de zijligging verdeeld naar de verschillende leeftijden van de kinderen.

Tabel 11: Zijligging naar leeftijd

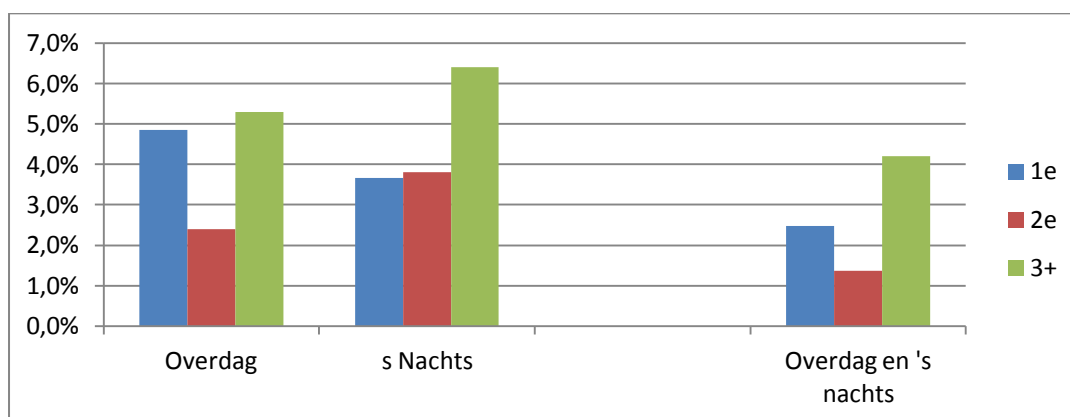
Zijligging	Overdag	%	's Nachts	%	Gecombineerd	%
0-2 maanden	27	4,5%	32	5,3%	16	2,7%
3-4 maanden	27	5,4%	18	3,6%	12	2,4%
5-6 maanden	10	2,6%	13	3,4%	9	2,4%
7-8 maanden	11	4,2%	10	3,8%	6	2,3%
9-11 maanden	5	2,3%	7	3,2%	3	1,4%

Geslacht

Overdag wordt 4,9% (48) van de jongens gewoonlijk op de zij te slapen wordt gelegd, tegenover 3,3% (32) van de meisjes. 's Nachts geldt dit voor 4,6% (45) van de jongens en 3,6% (35) van de meisjes. 2,7% (26) van de jongens wordt zowel overdag als 's nachts gewoonlijk op de zij te slapen gelegd. Bij de meisjes is dit 2,1% (22).

Rangorde

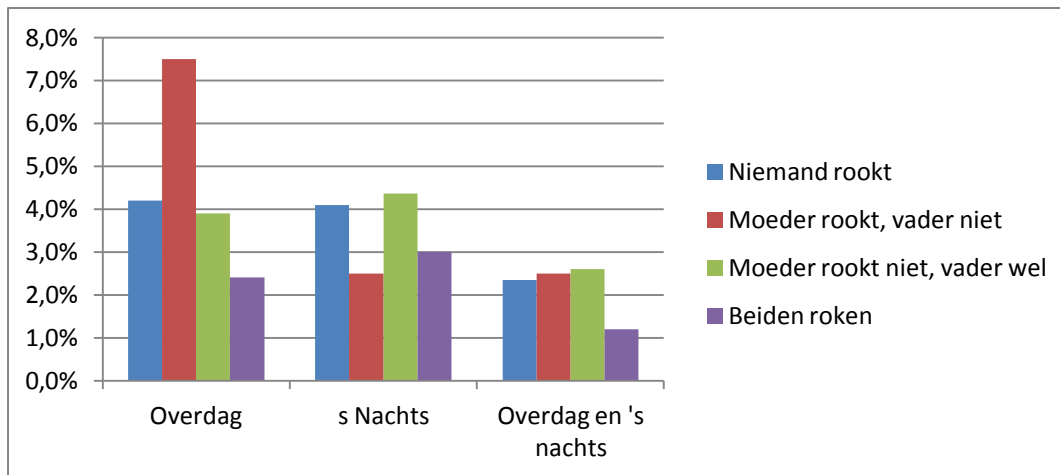
De groep met een rangorde van drie of hoger wordt het vaakst op de zij te slapen gelegd (figuur 6). Dit geldt voor alle momenten van de dag. Overdag zijn de verschillen significant (chi-kwadraat 7,1; $p = 0,028$).



Figuur 6: Zijligging naar rangorde

Roken

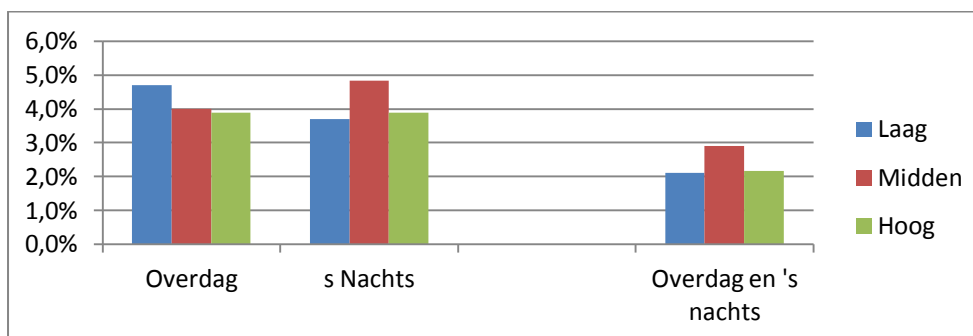
Figuur 7 laat zien dat gezinnen met rokende moeders, waarbij de vader niet rookt, overdag hun kinderen het vaakst op de zij te slapen leggen (7,5%; 3 kinderen). Bij de groepen die 's nachts op de zij te slapen worden gelegd is de groep waarvan de moeder rookt het kleinst (2,5%; 1 kind). De percentages van de kinderen die zowel overdag als 's nachts op de zij te slapen worden gelegd variëren van 1,2% tot 2,6%. De onderlinge verschillen zijn niet significant.



Figuur 7: Zijligging naar roken

Opleiding moeder

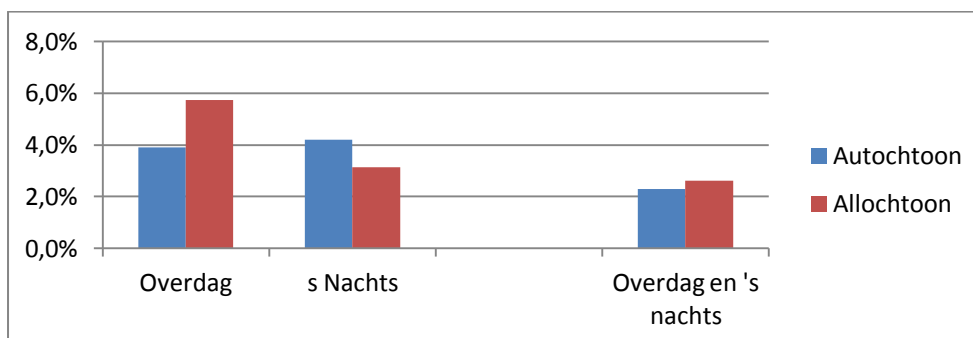
Uit figuur 8 valt op te maken dat de moeders met een laag opleidingsniveau hun kinderen overdag het vaakst op de zij te slapen leggen. De moeders met een opleiding in de midden categorie leggen hun kinderen 's nachts en zowel overdag als 's nachts het vaakst op de zij te slapen



Figuur 8: Zijligging naar opleiding moeder

Etniciteit moeder

Figuur 9 laat de prevalentie van het te slapen leggen op de zij zien voor kinderen van autochtone moeders en kinderen van allochtone moeders. Allochtone moeders leggen hun kinderen overdag vaker op de zij te slapen leggen dan autochtone moeders, terwijl dit 's nachts omgedraaid is. Allochtone moeders leggen vaker dan autochtone moeder (2,6% versus 2,3%) hun kind zowel overdag als 's nachts op de zij te slapen. De verschillen zijn niet significant.



Figuur 9: Zijligging naar etnische groepering moeder

5.2.3 Buikligging

In totaal wordt 3,0% van de kinderen overdag gewoonlijk op de buik te slapen gelegd. 's Nachts is dit 2,7% van de kinderen. 2,3% van de kinderen wordt zowel overdag als 's nachts op de buik te slapen gelegd. Tabel 8 en 9 elders in dit verslag geven een overzicht van de percentages kinderen die overdag en 's nachts in combinatie met een andere houding te slapen worden gelegd.

Leeftijd

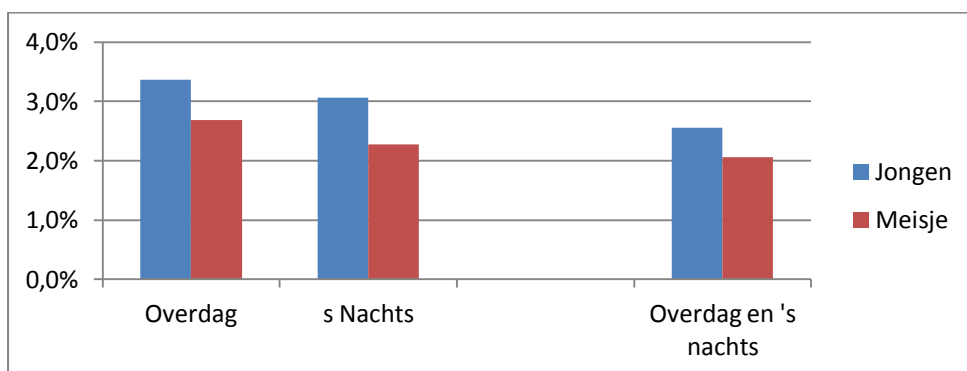
Kinderen uit de hoogste leeftijdscategorie worden het vaakst op de buik te slapen gelegd. Tot een leeftijd van 8 maanden blijft het percentage kinderen dat op de buik te slapen wordt gelegd redelijk constant schommelen rond een zelfde punt (tabel 12).

Tabel 12: Buikligging naar leeftijd

Buikligging	Overdag	%	's Nachts	%	Gecombineerd	%
0-2 maanden	9	1,5%	5	0,8%	3	0,5%
3-4 maanden	14	2,8%	12	2,4%	10	2,0%
5-6 maanden	14	3,7%	12	3,2%	12	3,2%
7-8 maanden	6	2,3%	6	2,3%	5	1,9%
9-11 maanden	16	7,4%	17	7,9%	15	6,9%

Geslacht

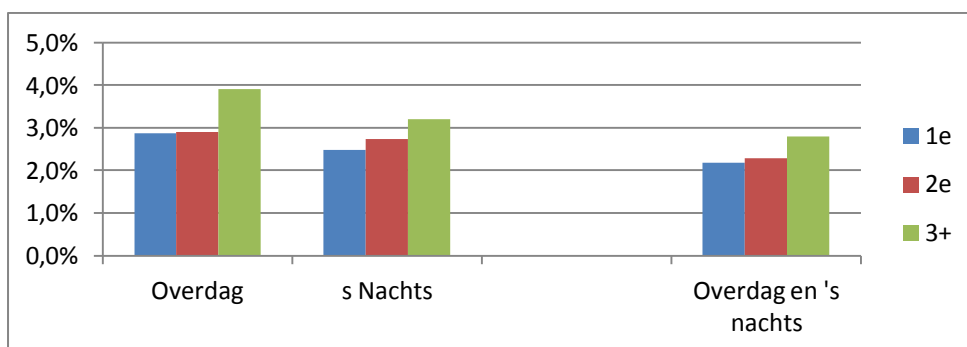
Jongens worden niet significant vaker op de buik te slapen gelegd dan meisjes (figuur 10).



Figuur 10: Buikligging naar geslacht

Rangorde

Het percentage kinderen dat gewoonlijk op de buik te slapen wordt gelegd verschilt niet significant voor de verschillende rangordes (figuur 11).

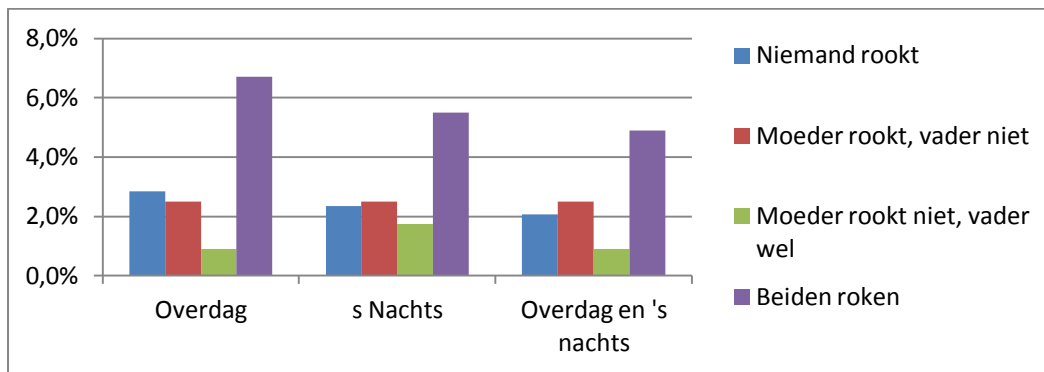


Figuur 11: Buikligging naar rangorde

Roken

Figuur 12 laat zien dat groep waarbij beide ouders roken overdag en/of 's nachts hun kinderen het vaakst op de buik te slapen leggen. Zij doen dit overdag gewoonlijk in 6,7% (11) van de gevallen. 's Nachts wordt 5,5% (9) van de kinderen met twee rokende ouders op de buik te slapen gelegd; zowel overdag als 's nachts 4,9% (8).

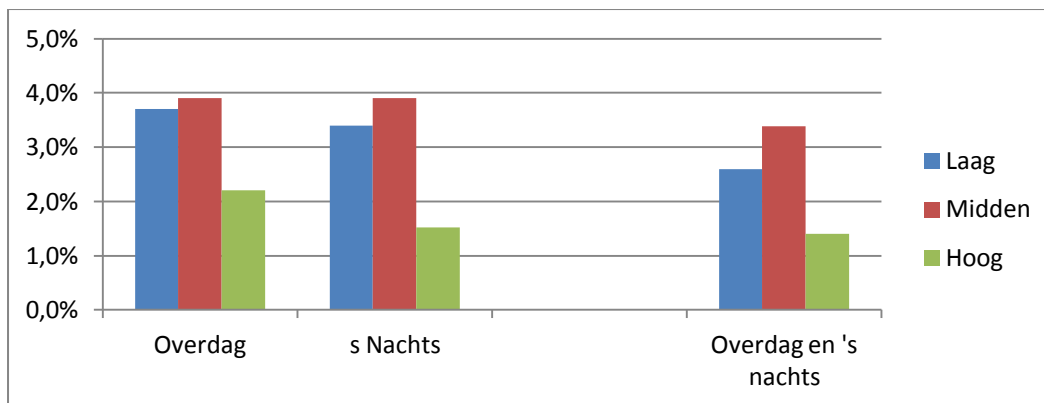
Overdag zijn de verschillen tussen de groepen met het verschillende rookgedrag van de ouders significant (chi-kwadraat 12,1; $p = 0,017$).



Figuur 12: Buikligging naar rookgedrag ouders

Opleidingsniveau moeder

De moeders die hoog opgeleid zijn leggen hun kinderen op alle momenten het minst vaak op de buik te slapen (figuur 13). Moeders met een opleiding in de middencategorie doen dit op alle momenten van de dag het vaakst. De verschillen tussen deze groepen zijn significant voor de houding 's nachts (chi-kwadraat: 9,1; $p = 0,011$) en gecombineerd (chi-kwadraat 6,7; $p = 0,034$).



Figuur 13: Buikligging naar opleidingsniveau moeder

Etniciteit moeder

Overdag leggen autochtone moeders hun kinderen niet significant vaker op de buik te slapen (3,2% tegenover 1,6%). 's Nachts leggen allochtone moeders hun kinderen niet significant vaker op de buik te slapen (3,1% tegenover 2,6%). Zowel overdag als 's nachts leggen autochtone moeders hun kinderen significant vaker op de buik te slapen (2,5% tegenover 1,0%; chi-kwadraat 61,8; $p < 0,001$).

5.2.4 Gecombineerde ligging

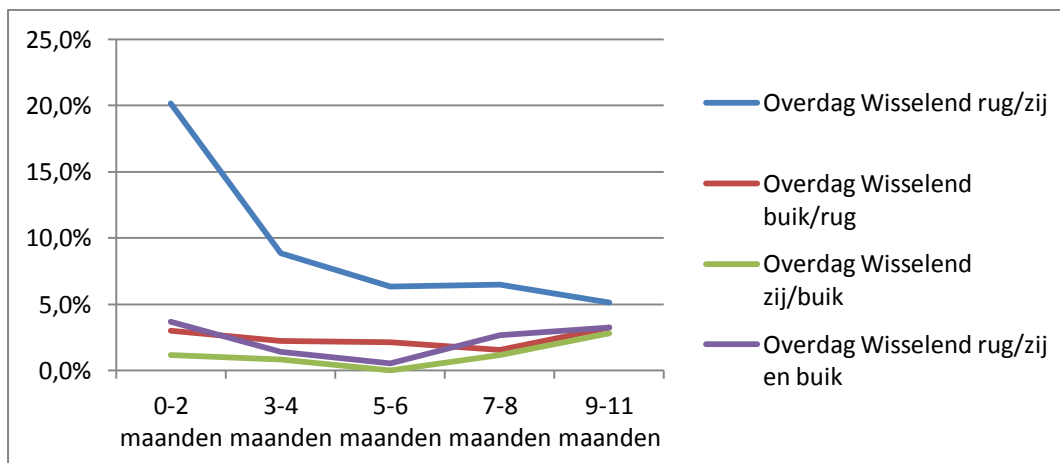
In de peiling is er ook de mogelijkheid geweest voor de ouders om aan te geven dat zij hun kind afwisselend in verschillende houdingen te slapen leggen.

Deze mogelijkheden zijn:

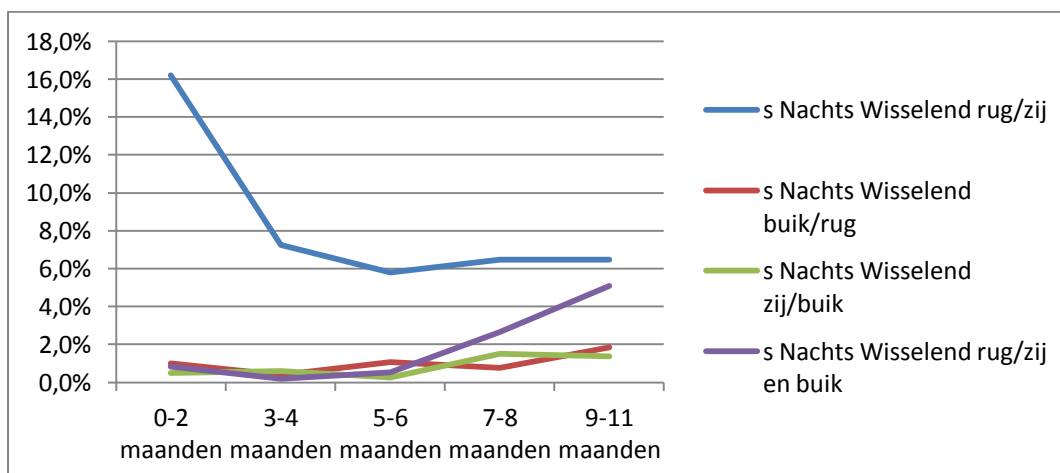
- Wisselend op de rug en de zij
- Wisselend op de rug en de buik
- Wisselend op de zij en de buik
- Wisselend op de rug, de zij en de buik

Leeftijd

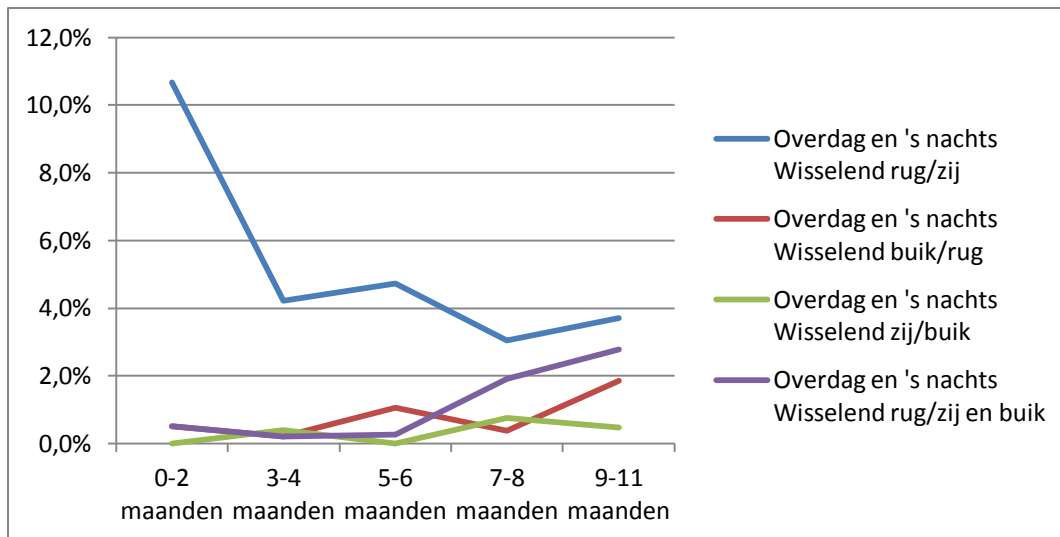
Figuur 14 tot en met 16 laten zien dat bij een onderverdeling naar leeftijd de groep die wisselend op de rug en zij te slapen wordt gelegd het grootst is. Met name 's nachts worden de kinderen van nul tot twee maanden oud het meest afwisselend op de rug en de zij te slapen leggen. Overdag neemt het percentage kinderen dat in deze wisselende houding te slapen wordt gelegd af naarmate de leeftijd stijgt. 's Nachts daalt het percentage dat wisselend op de rug en op de zij te slapen wordt gelegd. De overige combinaties in houdingen stijgen in percentage naarmate de leeftijd stijgt. De houdingen zowel overdag als 's nachts vertonen ongeveer hetzelfde patroon als de houdingen 's nachts.



Figuur 14: Wisselende slaaphouding overdag naar leeftijd



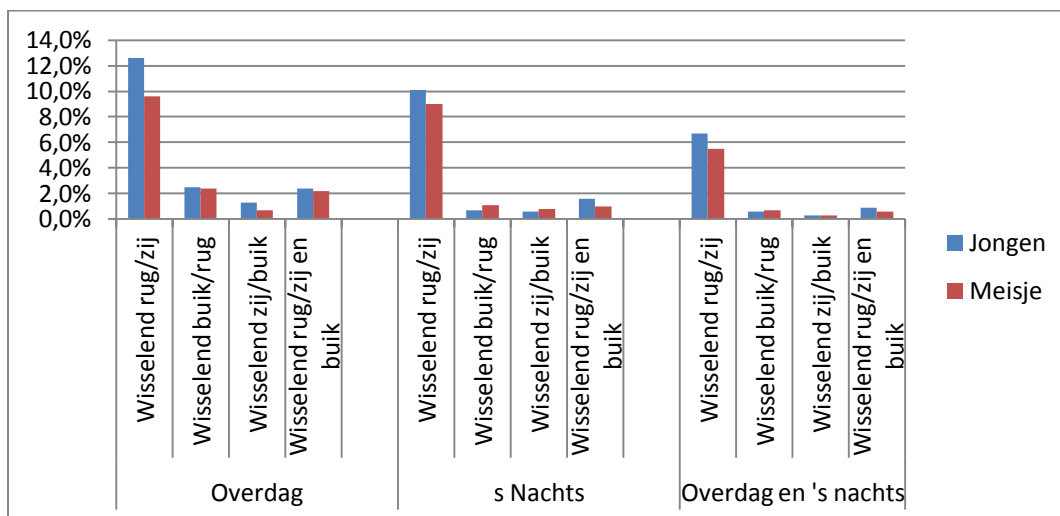
Figuur 15: Wisselende houding 's nachts naar leeftijd



Figuur 16: Wisselende houding combinatie 's nachts en overdag naar leeftijd

Geslacht

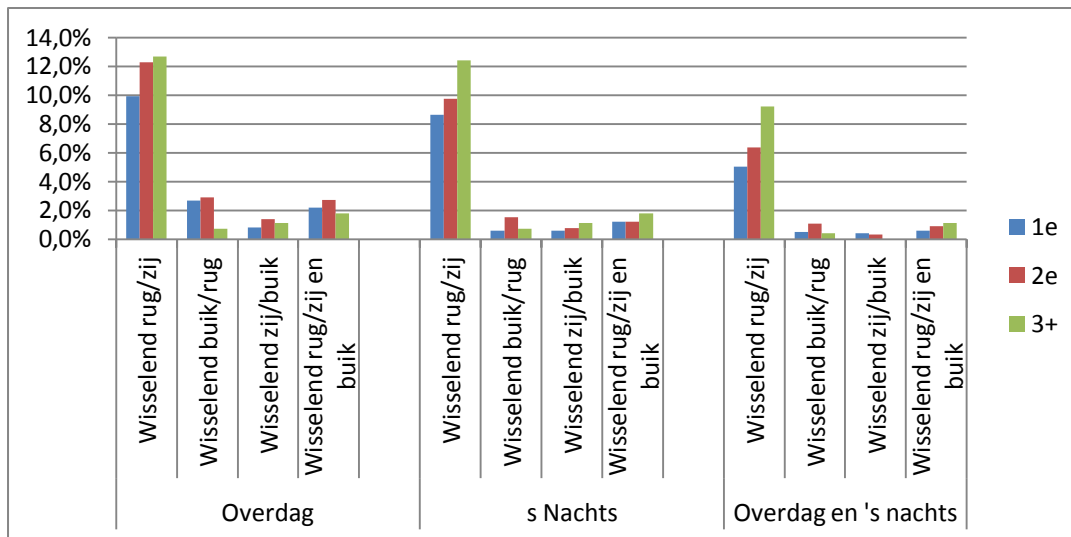
Het grootste percentage kinderen wordt wisselend op de rug en de zij te slapen gelegd (figuur 17). Dit geldt voor beide geslachten en zowel voor overdag (12,6% en 9,6%), 's nachts (10,1% en 9,0%) en voor de combinatie van dag en nacht (6,7% en 5,5%).



Figuur 17: Slaaphouding naar geslacht

Rangorde

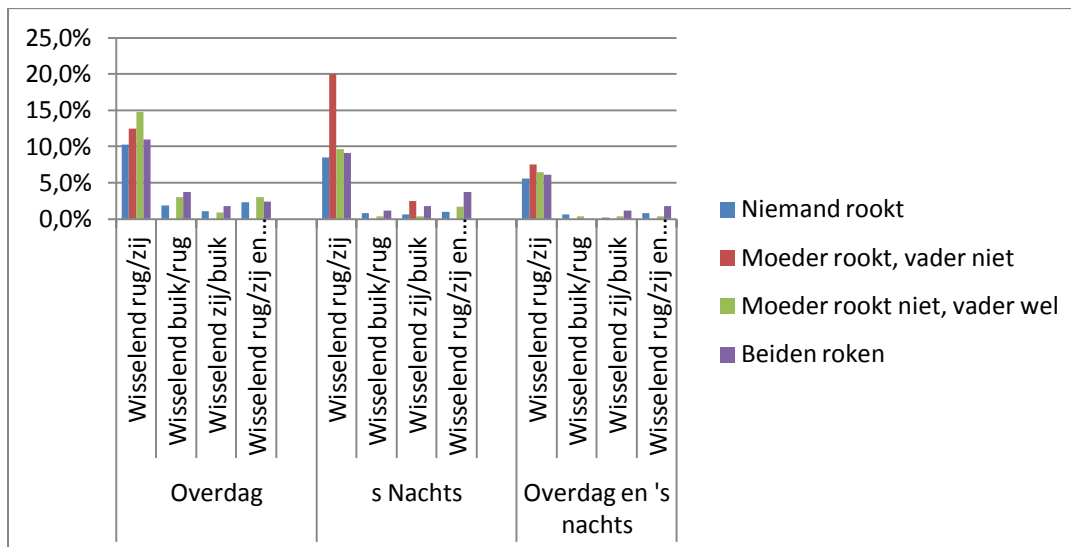
Bij de verdeling naar de rangorde van het kind komt de groep die wisselend op de rug en op de zij te slapen wordt gelegd als grootste groep naar voren (figuur 18). De eerste kinderen worden het minst vaak wisselend op de rug en op de zij te slapen gelegd.



Figuur 18: Slaaphouding naar rangorde

Roken

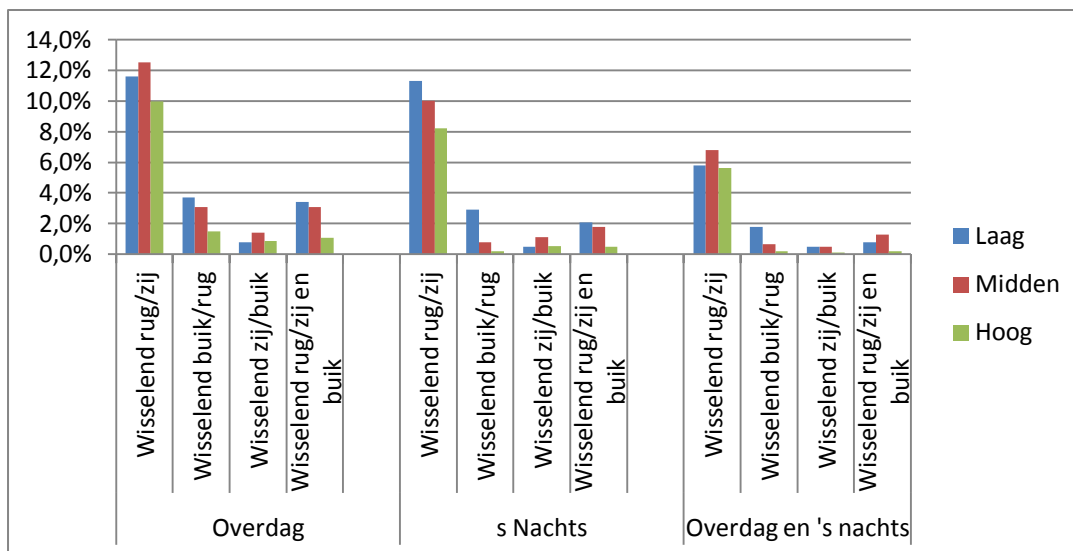
Wat opvalt aan figuur 19, die weergeeft hoe de houdingen zijn verdeeld naar het rookgedrag van de ouders, is de grote piek bij de groep waarvan de moeder rookt en de vader niet. Deze kinderen worden 's nachts vaker wisselend op de rug en de zij te slapen gelegd. Verder is er de piek van de groep waarvan de vader rookt en de moeder niet, bij wie de kinderen vaker overdag afwisselend op de rug en op de zij gelegd worden.



Figuur 19: Slaaphouding naar rookgedrag ouders

Opleidingsniveau moeder

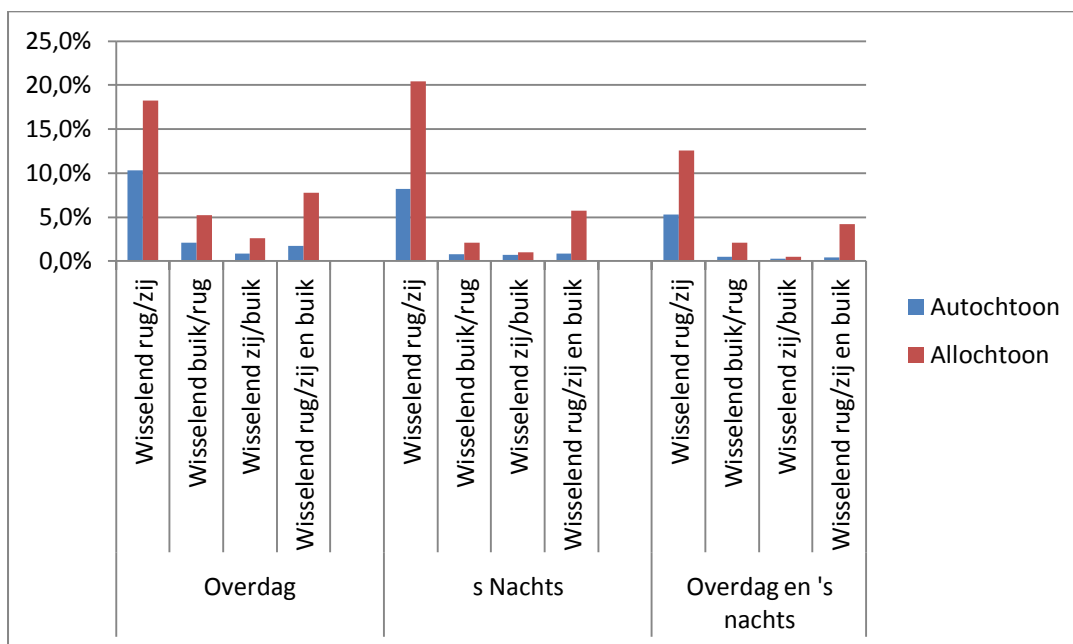
Ook in de verdeling naar het opleidingsniveau van de moeder is te zien dat de meeste kinderen afwisselend op de rug en de zij te slapen worden gelegd. Op alle momenten van de dag is het de groep hoogopgeleiden de groep die het kind het minst vaak in die positie neerlegt om te gaan slapen. Figuur 20 laat de verdere verdeling van de slaaphoudingen zien, verdeeld naar het opleidingsniveau van de moeder van het kind.



Figuur 20: Slaaphouding naar opleidingsniveau moeder

Etniciteit moeder

Figuur 21 geeft de relatie weer tussen de etniciteit van de moeder en de wisselende houdingen waarin het kind te slapen wordt gelegd. Allochtone moeders kiezen op alle momenten van de dag vaker kiezen voor een gecombineerde slaaphouding. Er wordt het vaakst gekozen wordt voor een combinatie van het op de rug en op de zij te slapen leggen van het kind.



Figuur 21: Slaaphouding naar etniciteit moeder

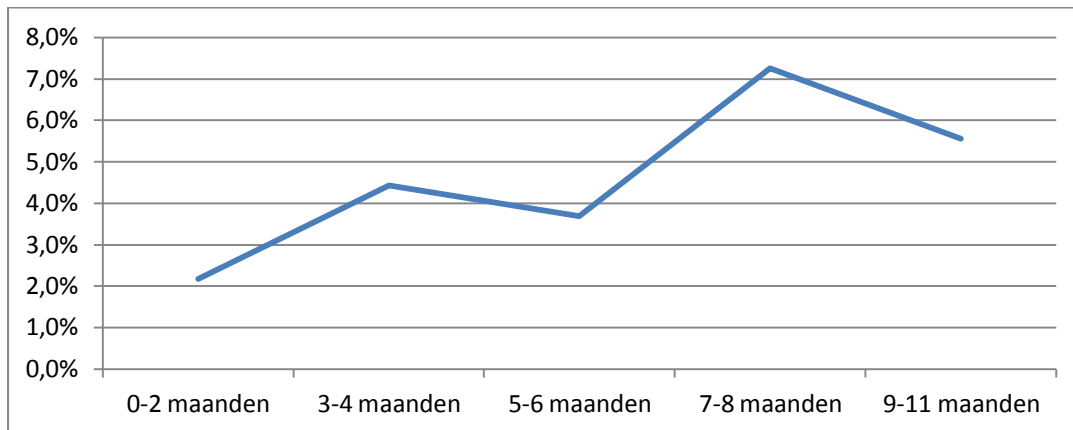
5.3 Beddengoed

5.3.1 Dekbed

4,1% van alle kinderen in de peiling wordt met een dekbed toegedekt.

Leeftijd

Het gebruik van een dekbed neemt met de leeftijd van het kind toe (figuur 22).



Figuur 22: Dekbedgebruik naar leeftijd

Geslacht

4,5% (44) van de jongens en 3,7% (36) van de meisjes wordt met een dekbed toegedekt.

Rangorde

9,9% van de kinderen (28 kinderen) met een rangorde van drie of hoger wordt met een dekbed toegedekt. Dit zijn significant meer kinderen dan in de groepen met een lagere rangorde (chi-kwadraat 28,7; $p < 0,001$). 2,9% van de kinderen met een rangorde van twee (19 kinderen) en 3,3% van de kinderen met een rangorde van één (33 kinderen) worden toegedekt met een dekbed.

Roken

Tabel 13 laat de relatie zien tussen het rookgedrag van de ouders en het gebruik van een dekbed. 3,3% van de kinderen waarvan beide ouders niet roken wordt toegedekt met een dekbed. In alle andere groepen, en vooral die waarin alleen de moeder rookt, is de prevalentie van dekbedgebruik hoger. De verschillen tussen deze groepen zijn significant (chi-kwadraat 11,8; $p = 0,019$).

Tabel 13: Dekbedgebruik naar rookgedrag ouders

Rookgedrag	Aantal	%
Niemand rookt	46	3,3%
Moeder rookt, vader niet	4	10,0%
Moeder rookt niet, vader rookt	13	5,7%
Beiden roken	8	4,9%

Opleidingsniveau moeder

Naarmate het opleidingsniveau van de moeder oploopt neemt het percentage kinderen af dat toegedekt wordt met een dekbed (tabel 14). De verschillen zijn significant (chi-kwadraat 17,2; $p < 0,001$).

Tabel 14: Dekbedgebruik naar opleidingsniveau moeder

Opleidingsniveau	Aantal	%
Laag	26	6,9%
Midden	24	3,9%
Hoog	20	2,2%

Etniciteit moeder

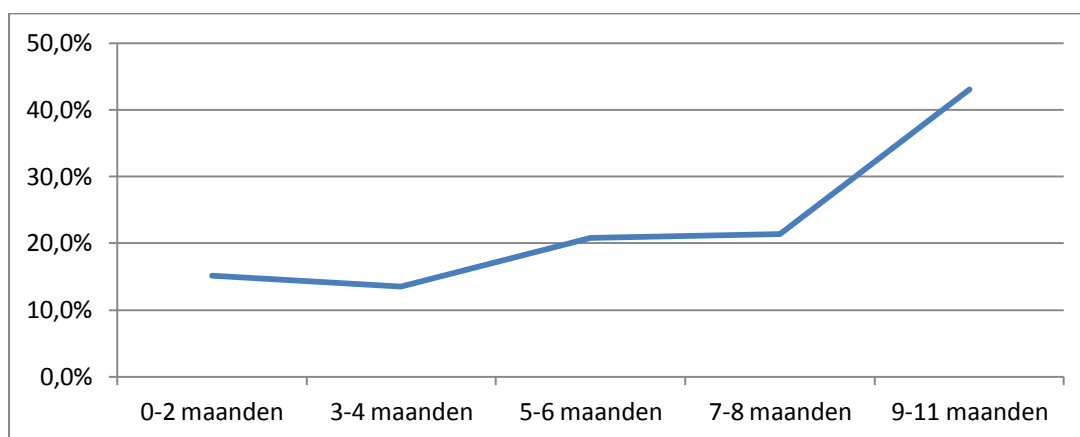
Allochtone moeders dekken hun kind significant vaker toe met een dekbed (chi-kwadraat 39,3; $p < 0,001$). Dit gebeurt bij 7,3% (14) van de kinderen, tegenover 3,5% (61) van de kinderen met een autochtone moeder.

5.3.2. Deken in dekbedhoes

17,7 % van de kinderen in de peiling wordt toegedekt met een deken in een dekbedhoes.

Leeftijd

De prevalentie van toedekken met een deken in een dekbedhoes vertoont met de leeftijd een golvend en stijgend verloop (figuur 23). De piek ligt bij de leeftijd van negen tot en met elf maanden.



Figuur 23: Dekbedhoes naar leeftijd

Geslacht

Niet significant meer meisjes (18,5%; 181) dan jongens (16,9%; 165) wordt toegedekt met een deken in een dekbedhoes.

Rangorde

Het toedekken met een deken in een dekbedhoes loopt op naarmate de rangorde van het kind oploopt: eerste kinderen worden in 13,2% (134) op deze manier toegedekt, tweede kinderen in 22,3% (147) en kinderen met een rangorde van drie of hoger in 23% (65). De onderlinge verschillen zijn significant (chi-kwadraat 30,6; $p < 0,001$).

Roken

De relatie tussen het rookgedrag van de ouders en het gebruik van een deken in een dekbedhoes is weergegeven in tabel 15. Van alle kinderen met twee ouders die roken wordt 22,1% toegedekt met een deken in een dekbedhoes.

Tabel 15: Dekbedhoes naar rookgedrag ouders

Rookgedrag	Aantal	%
Niemand rookt	239	17,0%
Moeder rookt, vader niet	7	17,5%
Moeder rookt niet, vader rookt	38	16,5%
Beiden roken	36	22,1%

Opleidingsniveau moeder

Tabel 16 geeft de relatie weer tussen het opleidingsniveau van de moeder en het gebruik van een deken in een dekbedhoes. Moeders met een laag opleidingsniveau gebruiken het vaakst een deken in een dekbedhoes (22,2%) en moeders met een hoog opleidingsniveau het minst vaak (15,1%) (chi-kwadraat 11,7; $p = 0,02$).

Tabel 16: Dekbedhoes naar opleidingsniveau moeder

Opleidingsniveau	Aantal	%
Laag	84	22,2%
Midden	119	19,1%
Hoog	140	15,1%

Etniciteit moeder

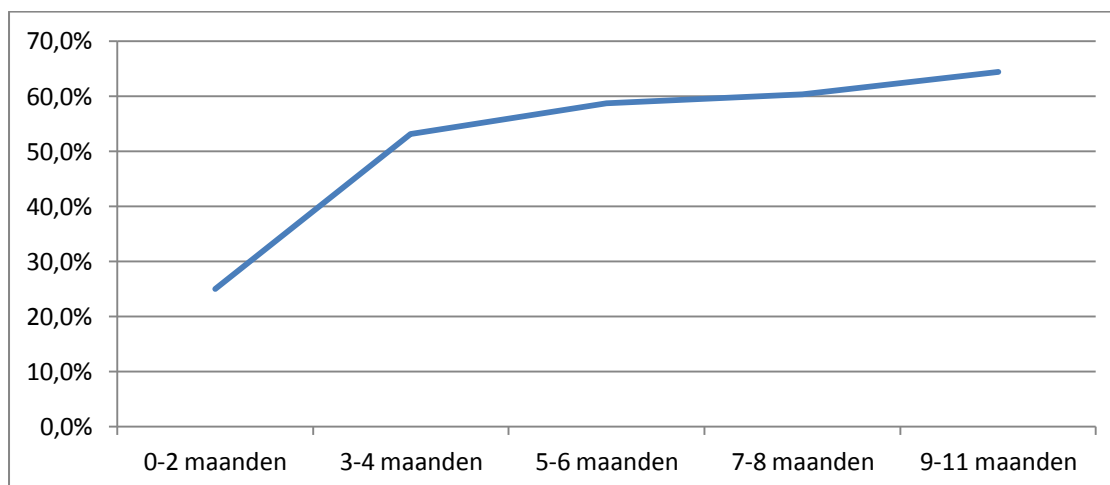
Autochtone moeders maken vaker gebruik (18,3%) van een deken in een dekbedhoes dan allochtone moeders (14,1%). De verschillen zijn niet significant.

5.3.3. Slaap- of trappelpzak

In totaal wordt 47,8% van de kinderen in de onderzoekspopulatie te slapen gelegd met een slaap- of trappelpzak.

Leeftijd

Figuur 24 laat zien dat naarmate de leeftijd van het kind oploopt, ook het gebruik van een slaapzak toeneemt. Het gebruik stijgt over een periode van elf maanden van 25,0% naar 64,4%. De onderlinge verschillen zijn significant (chi-kwadraat 201,6; $p < 0,001$).



Figuur 24: Slaap- of trappelpzak gebruik naar leeftijd

Geslacht

Het percentage jongens (472; 48,2%) en meisjes (460; 47,4%) dat met een slaap- of trappelpak te slapen wordt gelegd is vrijwel gelijk.

Rangorde

Tabel 17 geeft de relatie weer tussen de rangorde van het kind en het gebruik van een slaap- of trappelpak. Naarmate de rangorde van het kind oploopt, loopt het gebruik van een slaappak terug. Het aflopen van het percentage is significant (chi-kwadraat 7,8; $p = 0,022$).

Tabel 17: Slaap- of trappelpak gebruik naar rangorde

Rangorde	Aantal slaappak	%
1e	510	50,4%
2e	306	46,5%
3+	117	41,5%

Roken

Tabel 18 laat de onderlinge relatie zien tussen het gebruik van een slaappak en het rookgedrag van de ouders. Meer dan de helft van de kinderen met alleen een moeder die rookt, worden te slapen gelegd met een slaappak. Hiermee vormen zij de grootste groep. De kleinste groep wordt gevormd door de kinderen van ouders die beiden roken. Hiervan wordt 43,6% met een slaappak te slapen gelegd. De onderlinge verschillen zijn significant (chi-kwadraat 11,6; $p = 0,021$).

Tabel 18: Slaap- of trappelpak naar rookgedrag ouders

Rookgedrag	Aantal slaappak	%
Niemand rookt	692	49,2%
Moeder rookt, vader niet	21	52,5%
Moeder rookt niet, vader rookt	111	48,3%
Beiden roken	71	43,6%

Opleidingsniveau moeder

Tabel 19 laat zien dat meer dan de helft van de kinderen met een moeder met een hoog opleidingsniveau met een slaap- of trappelpak te slapen wordt gelegd. Van de kinderen van moeders met een lage opleiding wordt 42,6% zo te slapen gelegd. De verschillen tussen het gebruik van de slaappak en het opleidingsniveau van de moeder zijn significant (chi-kwadraat 7,0; $p = 0,031$).

Tabel 19: Slaap- of trappelpak naar opleidingsniveau moeder

Opleidingsniveau moeder	Aantal slaappak	%
Laag	161	42,6%
Midden	292	46,9%
Hoog	467	50,5%

Etniciteit moeder

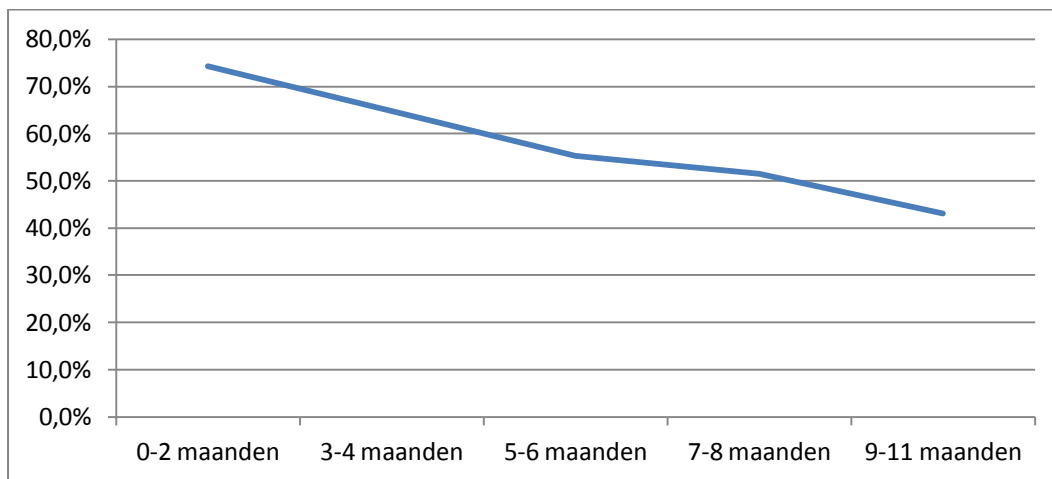
Autochtone moeders gebruiken niet significant vaker een slaapzak (48,5%; 848) dan allochtone moeders (42,2%; 81).

5.3.4. Deken en laken

61,6% van de kinderen in de peiling worden met een deken en laken toegedekt.

Leeftijd

De relatie tussen het gebruik van een deken en een laken en de leeftijd van het kind is weergegeven in figuur 25. Het figuur laat zien dat het gebruik van een deken en een laken met de leeftijd een dalend verloop vertoont. De verschillen zijn significant (chi-kwadraat 101,5; $p < 0,001$).



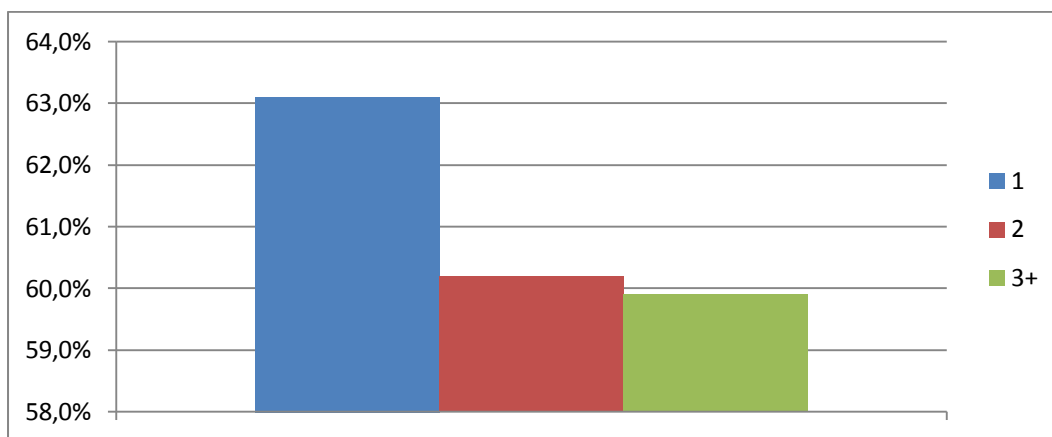
Figuur 25: Deken + laken naar leeftijd

Geslacht

Er worden, niet significant, meer meisjes (603; 62,1%) toegedekt met een deken en een laken dan jongens (600; 61,3%).

Rangorde

Figuur 26 laat zien dat eerste kinderen het vaakst met een deken en een laken worden toegedekt. Naarmate de rangorde oploopt, loopt het percentage kinderen dat op deze manier toegedekt wordt terug. Deze verschillen zijn niet significant.



Figuur 26: Deken + laken naar rangorde

Roken

Van de kinderen van wie beide ouders niet roken, wordt 63,7% toegedekt met een deken en een laken (tabel 20). Gezinnen waarin alleen de moeder rookt maken het minst gebruik van deze methode om het kind toe te dekken (45%). De verschillen tussen deze groepen is significant (chi-kwadraat 12,8; $p = 0,012$).

Tabel 20: Dekken + laken naar rookgedrag ouder(s)

Rookgedrag	Aantal	%
Niemand rookt	896	63,7%
Moeder rookt, vader niet	18	45,0%
Moeder rookt niet, vader rookt	132	57,4%
Beiden roken	98	60,1%

Opleidingsniveau moeder

Tabel 21 geeft de relatie weer tussen het opleidingsniveau van de moeder en het gebruik van een deken en een laken. Ruim 66% van de moeders met een hoog opleidingsniveau haar dekt haar kind toe met een deken en een laken. Dit percentage is het laagst voor de groep kinderen met een moeder met een laag opleidingsniveau. De verschillen tussen deze groepen zijn significant (chi-kwadraat 14,8; $p = 0,001$).

Tabel 21: Dekken + laken naar opleidingsniveau moeder

Opleidingsniveau	Aantal	%
Laag	209	55,3%
Midden	373	60,0%
Hoog	611	66,1%

Etniciteit moeder

69,2% van de autochtone moeders (1099) dekt haar kind toe met een deken en een laken. Bij de allochtone moeders is dit percentage lager (51,0%; 98). Deze verschillen zijn significant (chi-kwadraat 10,7; $p = 0,005$).

5.3.5. Slaap- of trappelzak gecombineerd

Bijna een kwart van de kinderen in de onderzoekspopulatie wordt toegedekt met een slaapzak en een deken en een laken (tabel 22). Iets meer dan 7% wordt toegedekt met een slaapzak in combinatie met een deken in een dekbedhoes.

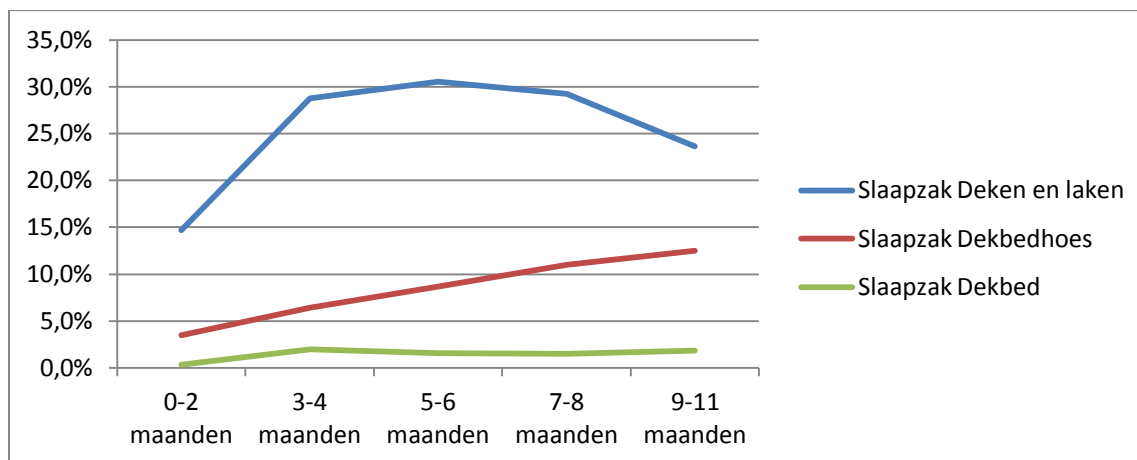
Tabel 22: Slaapzak + andere toedekking

	&	Aantal	%
Slaapzak	Deken en laken	475	24,3%
	Deken in dekbedhoes	142	7,3%
	Dekbed	26	1,3%

Leeftijd

Figuur 27 laat het verloop van het gebruik van een slaapzak in verhouding tot de leeftijd van het kind zien. Het verloop van het gebruik van een slaapzak met een deken en een laken loopt in de periode van nul tot en met acht maanden gestaag op. Daarna daalt deze weer tot aan de leeftijd van elf

maanden. Het gebruik van de slaapzak met een dekbedhoes stijgt naarmate de leeftijd stijgt, maar stijgt niet hoger dan tot bijna 15% in de hoogste leeftijdscategorie. De slaapzak in combinatie met een dekbed is de minst gebruikte combinatie. Deze schommelt tussen de 0% en 2,0%.



Figuur 27: Slaapzak gecombineerd naar leeftijd

Geslacht

Meer meisjes dan jongens worden toegedekt met een slaapzak in combinatie met een deken en een laken (tabel 23). Voor de overige combinaties geldt dat jongens vaker op deze manier worden toegedekt dan meisjes met een klein verschil in percentages (0,2%) .

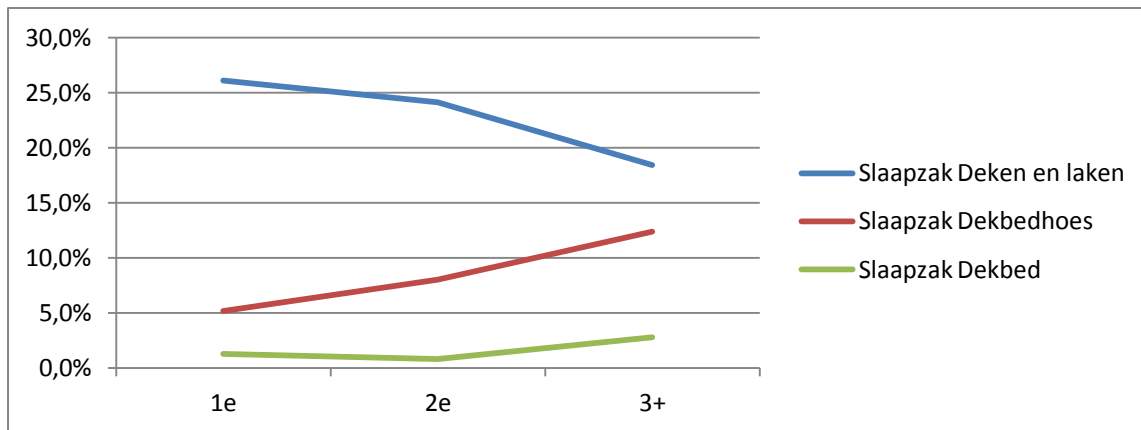
De onderlinge verschillen zijn in geen van de gevallen significant.

Tabel 23: Slaapzak gecombineerd naar geslacht

		Slaapzak		
		Deken en laken	Deken in dekbedhoes	Dekbed
Jongen	Aantal	231	72	14
	%	23,5%	7,3%	1,4%
Meisje	Aantal	244	69	12
	%	25,1%	7,1%	1,2%

Rangorde

Figuur 28 laat zien hoe het gebruik van een slaapzak met een andere toedekking methode zich ontwikkelt naarmate de rangorde van het kind oploopt. Te zien is dat 2^e of 3^e of hogere kinderen vaker te slapen worden gelegd met een slaapzak in combinatie met een dekbedhoes en een dekbed. Het gebruik van een combinatie met een deken en een laken loopt terug naarmate de rangorde van het kind hoger is.



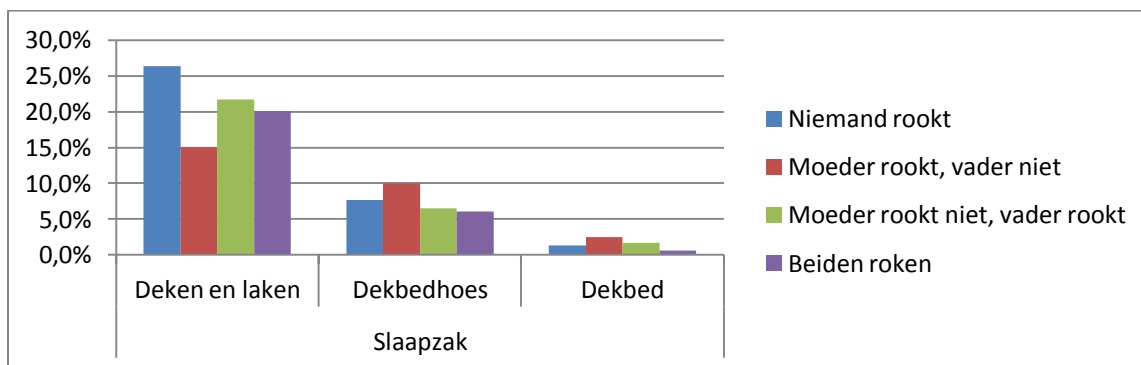
Figuur 28 : Slaapzak gecombineerd naar rangorde

Roken

Meer dan een kwart van de kinderen met ouders die beiden niet roken wordt toegedekt met een slaapzak in combinatie met een deken en een laken (figuur 29). Kinderen met alleen een moeder die rookt worden in 15% van de gevallen op deze manier toegedekt.

In de groep kinderen die worden toegedekt met een slaapzak in combinatie met een dekbedhoes is het de groep waarvan alleen de moeder rookt die het vaakst op deze manier toegedekt worden (10%).

In de groep waarbij er gekozen wordt voor het te slapen leggen met een slaapzak en een dekbed is het wederom de groep waarvan alleen de moeder rookt die het vaakst op deze manier toegedekt worden (2,5%). De kleinste groep wordt hier gevormd door de kinderen waarvan beide ouders roken (0,6%).



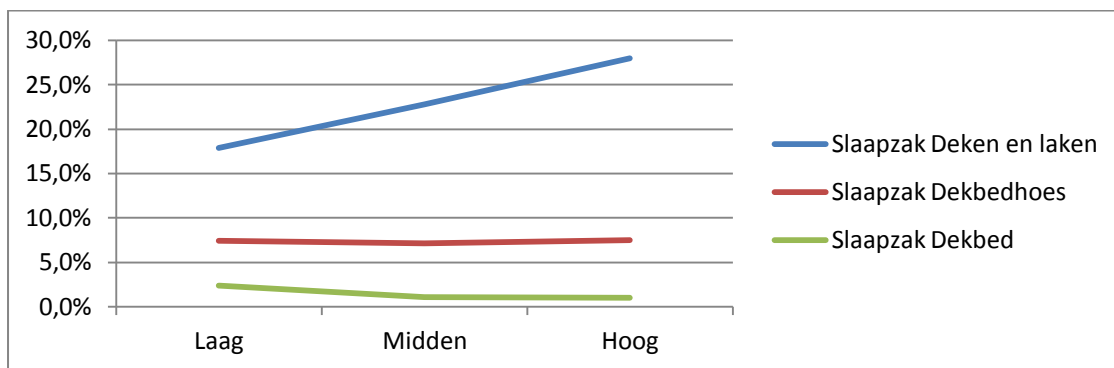
Figuur 29: Slaapzak gecombineerd naar rookgedrag ouders

Opleidingsniveau moeder

Figuur 30 laat zien hoe het gebruik van een slaapzak in combinatie met een andere methode voor het toedekken van een kind zich ontwikkelt in verhouding tot het opleidingsniveau van de moeder. Te zien is dat een slaapzak in combinatie met een deken en een laken vaker gebruikt wordt in de groep met een hoger opleidingsniveau (van 17,9% naar 28%).

Het gebruik van een slaapzak met een dekbedhoes blijft relatief constant naarmate het niveau stijgt. Deze varieert licht tussen 7,1% en 7,5%.

Het gebruik van een slaapzak in combinatie met een dekbed verandert niet veel naarmate het opleidingsniveau stijgt. Deze varieert binnen een marge van 1,4%.



Figuur 30: Slaapzak gecombineerd naar opleidingsniveau moeder

Etniciteit moeder

Ruim een kwart van de kinderen met een autochtone moeder worden toegedekt met een slaapzak in combinatie met een deken en een laken (tabel 24). Bij de kinderen met een allochtone moeder is dit significant minder (11%; chi-kwadraat 22,2; $p < 0,001$). Ook de combinatie van een slaapzak met een dekbedhoes wordt vaker, maar niet significant, door een autochtone moeder toegepast dan door een allochtone moeder. De combinatie met het dekbed is populairder bij de allochtone moeders, maar niet significant.

Tabel 24: Slaapzak combinatie naar etniciteit moeder

		Slaapzak		
		Deken en laken	Deken in dekbedhoes	Dekbed
Autochtoon	Aantal	452	133	20
	%	25,9%	7,6%	1,1%
Allochtoon	Aantal	21	8	5
	%	10,9%	4,2%	2,6%

5.4. Slaapplaats

De slaapplek is een van de vragen in het onderzoek waar een hoog percentage missing values uit naar voren is gekomen. De percentages variëren van 10% tot 30%.

In tabel 25 is weergegeven op welke plaats de kinderen in het onderzoek gewoonlijk 's nachts te slapen worden gelegd.

Tabel 25: Slaapplaats

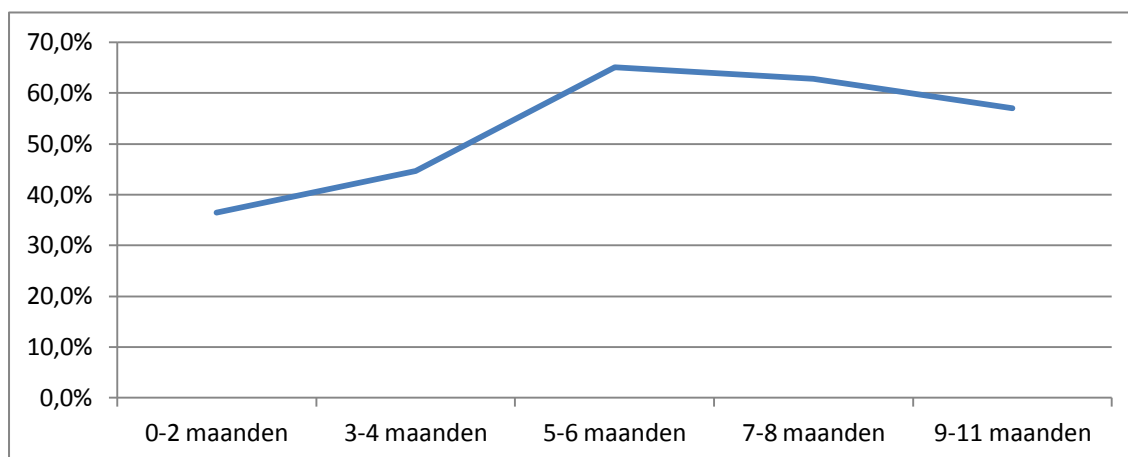
Slaapplaats	Aantal	%
Eigen kamer	976	72,6%
Eigen bed op ouder slaapkamer	282	21,0%
Bij een of beide ouders in bed	20	1,5%
Eigen kamer + ouderlijke kamer	25	1,9%
Eigen kamer + ouderlijk bed	12	0,9%
Eigen kamer + ouderlijke kamer + ouderlijk bed	4	0,3%
Ouderlijke kamer + ouderlijk bed	26	1,9%

5.4.1. Eigen slaapkamer

Van de 72,6 % kinderen wordt in een eigen slaapkamer te slapen gelegd. 3,1% van de kinderen wordt naast in een eigen kamer, ook nog elders te slapen gelegd.

Leeftijd

Kijkende naar de percentages kinderen die op verschillende leeftijden die uitsluitend in een eigen kamer slapen, is te zien dat het percentage samen met de leeftijd oploopt tot een leeftijd van vijf tot zes maanden (figuur 31). Na zes maanden daalt dit percentage met ongeveer 10%. De verschillen zijn significant (chi-kwadraat 118,3 ; $p < 0,001$).



Figuur 31: Eigen slaapkamer naar leeftijd

Geslacht

Het percentage meisjes (52,5%; 510) in de onderzoekspopulatie dat op een eigen slaapkamer slaapt is ongeveer gelijk aan het percentage jongens (47,2%; 463).

Rangorde

Zoals te zien is in tabel 26 neemt het percentage kinderen dat in een eigen kamer slaapt af naarmate de rangorde oploopt (chi-kwadraat 20,0; $p < 0,001$).

Tabel 26: Eigen slaapkamer naar rangorde

Eigen kamer	Aantal	%
1e kind	534	52,8%
2e kind	331	50,2%
3+	109	38,5%

Roken

De relatie tussen het rookgedrag van de ouders en het te slapen leggen in een eigen kamer van het kind is weergegeven in tabel 27. Van de groep ouders waarbij alleen de moeder rookt legt 62,5% het kind in een aparte slaapkamer te slapen. Hiermee zijn zij de grootste groep. De kleinste groep hierin vormt de groep waarvan alleen de vader rookt. De verschillen tussen de groepen wanneer het gaat om het rookgedrag en het te slapen leggen in een aparte kamer zijn significant (chi-kwadraat 21,3; $p < 0,001$).

Tabel 27: Eigen kamer naar rookgedrag ouders

Roken	Aantal	%
Niemand rookt	715	50,9%
Moeder rookt, vader niet	25	62,5%
Moeder rookt niet, vader rookt	116	50,4%
Beiden roken	85	51,8%

Opleidingsniveau moeder

Er zijn geen grote verschillen waarneembaar tussen het slapen in een eigen kamer en het opleidingsniveau van de moeder (tabel 28). De verschillen zijn wel significant (chi-kwadraat 13,0; $p = 0,001$).

Tabel 28: Eigen slaapkamer naar opleidingsniveau moeder

Eigen kamer	Aantal	%
Laag	159	42,0%
Midden	330	53,1%
Hoog	477	51,6%

Etniciteit moeder

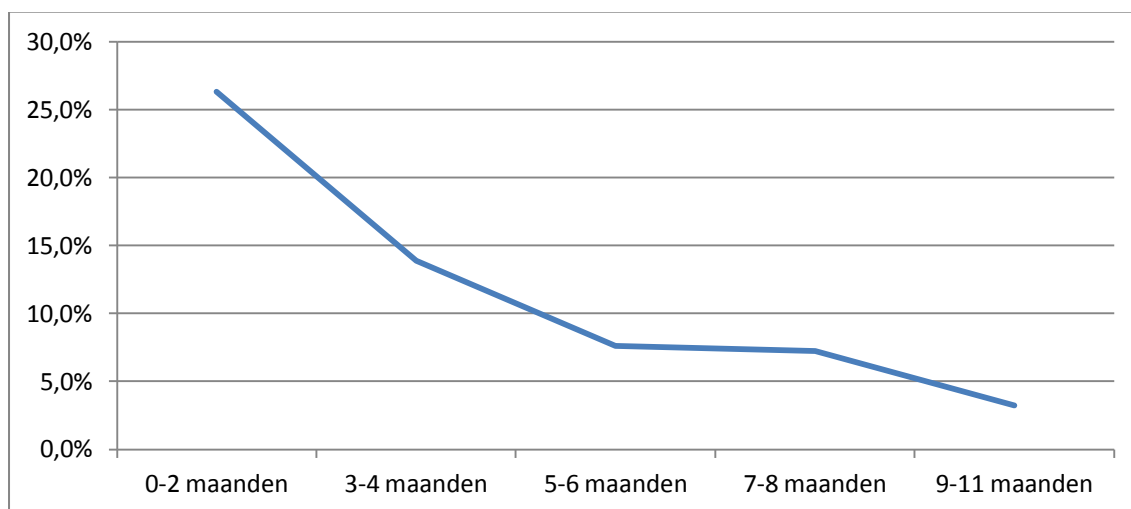
Autochtone moeders (53,5%; 935) leggen hun kind significant vaker in een aparte slaapkamer te slapen dan allochtone moeders (18,2%; 35) (chi-kwadraat 87,0; $p < 0,001$).

5.4.2. Eigen bed op kamer van de ouders

21% van de kinderen wordt uitsluitend op de ouderlijke slaapkamer in een eigen bed te slapen gelegd. Daarnaast wordt 4,1% in combinatie met een andere locatie op de ouderlijke slaapkamer te slapen gelegd.

Leeftijd

Figuur 32 laat zien hoe het slapen in een eigen bed op de ouderlijke slaapkamer zich ontwikkelt met de leeftijd. Met het stijgen van de leeftijd daalt het percentage kinderen dat op de ouderlijke kamer in een eigen bed slaapt. Deze daling is significant (chi-kwadraat 126,3; $p < 0,001$).



Figuur 32: Eigen bed op ouderlijke slaapkamer naar leeftijd

Geslacht

Het percentage jongens dat op de ouderlijke kamer slaapt in een eigen bed (14,5%; 142) is nagenoeg gelijk aan het percentage meisjes (14,3%; 139).

Rangorde

Tabel 29 geeft de relatie weer tussen de rangorde van het kind en het slapen in een eigen bed op de ouderlijke slaapkamer. Naarmate de rangorde van het kind oploopt, loopt ook het percentage kinderen dat in een eigen bed op de ouderlijke slaapkamer te slapen wordt gelegd op. De onderlinge verschillen zijn niet significant.

Tabel 29: Eigen bed op ouderlijke slaapkamer naar rangorde

Ouderlijke slaapkamer	Aantal	%
1e kind	129	12,7%
2e kind	103	15,6%
3+	50	17,7%

Roken

Van de groep ouders waarbij alleen de vader rookt legt 16,5% hun kind in een eigen bed op de ouderlijke slaapkamer te slapen (tabel 30). De verschillen zijn niet significant.

Tabel 30: Eigen bed op ouderlijke kamer naar rookgedrag ouders

Roken	Aantal	%
Niemand rookt	211	15,0%
Moeder rookt, vader niet	4	10,0%
Moeder rookt niet, vader rookt	38	16,5%
Beiden roken	16	9,8%

Opleidingsniveau moeder

De percentages kinderen die in een eigen bed op de ouderlijke slaapkamer slapen verschillen niet significant tussen de groepen moeders met een verschillend opleidingsniveau (tabel 31).

Tabel 31: Eigen bed op ouderlijke slaapkamer naar opleidingsniveau moeder

Ouderlijke slaapkamer	Aantal	%
Laag	51	13,5%
Midden	81	13,0%
Hoog	148	16,0%

Etniciteit moeder

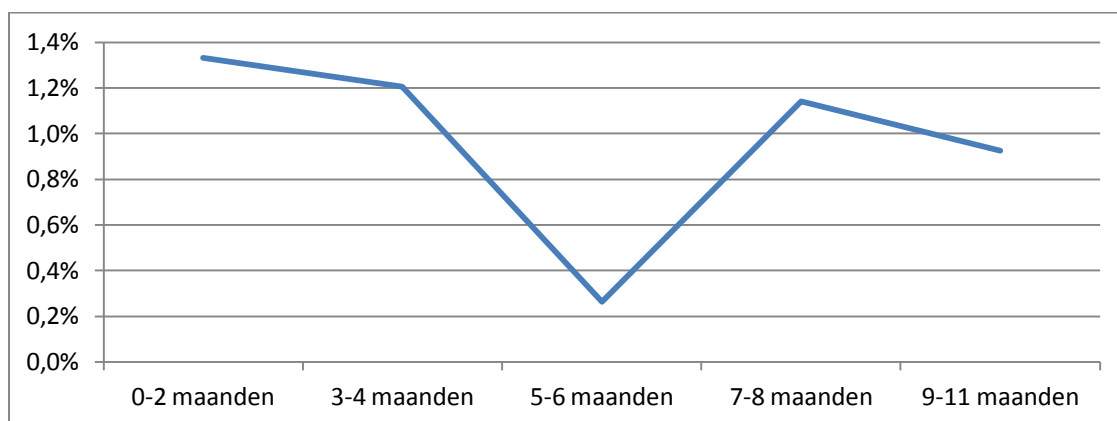
Allochtone moeders laten hun kind bijna twee keer zo vaak (26,0%; 50) in een eigen bed op de ouderlijke slaapkamer slapen dan autochtone moeders (13,2%; 231). De verschillen tussen deze groepen zijn significant (chi-kwadraat 23,9; $p < 0,001$).

5.4.3. Bij ouder(s) in bed

1,5% van de kinderen slaapt uitsluitend bij de ouder(s) in bed. Daarnaast slaapt 3,1% van de kinderen bij één of beide ouders in bed afgewisseld met een andere locatie.

Leeftijd

Zoals te zien in figuur 33 schommelt het percentage kinderen dat bij de ouder(s) in bed slaapt. Op een leeftijd van vijf en zes maanden slapen de minste kinderen bij de ouder(s) in bed. De verschillen zijn niet significant.



Figuur 33: Ouderlijk bed naar leeftijd

Geslacht

Nagenoeg evenveel jongens (1,2%; 12) als meisjes (0,8%; 8) slapen bij de ouder(s) in bed.

Rangorde

1,2% van de eerste kinderen (12) slaapt bij de ouder(s) in bed. 0,8% van de kinderen met een rangorde van twee (5) slaapt bij de ouder(s) in bed en 1,1% van de kinderen met een rangorde van drie of hoger (3).

Roken

Tabel 32 laat zien dat 1,2% van de kinderen uit een gezin waarin beide ouders roken in het ouderlijke bed samen met de ouder(s) slaapt, in gezinnen waarin beide ouders niet roken is dit 1,1%. De onderlinge verschillen zijn niet significant.

Tabel 32: Ouderlijk bed naar rookgedrag ouders

Roken	Aantal	%
Niemand rookt	16	1,1%
Moeder rookt, vader niet	0	0,0%
Moeder rookt niet, vader rookt	1	0,4%
Beiden roken	2	1,2%

Opleidingsniveau moeder

Het percentage kinderen dat bij de ouder(s) in bed slaapt, is het hoogst voor moeders opgeleid in de middencategorie (tabel 33). De verschillen tussen deze groepen zijn niet significant.

Tabel 33: Ouderlijk bed naar opleidingsniveau moeder

Opleidingsniveau moeder	Aantal	%
Laag	2	0,5%
Midden	10	1,6%
Hoog	7	0,8%

Etniciteit moeder

Allochtone moeders laten hun kind significant vaker (4,2%; 8) in het ouderlijk bed slapen dan autochtone moeders (0,7%; 12) (chi-kwadraat 20,9; $p < 0,001$).

5.4.4. Meerdere slaaplocaties

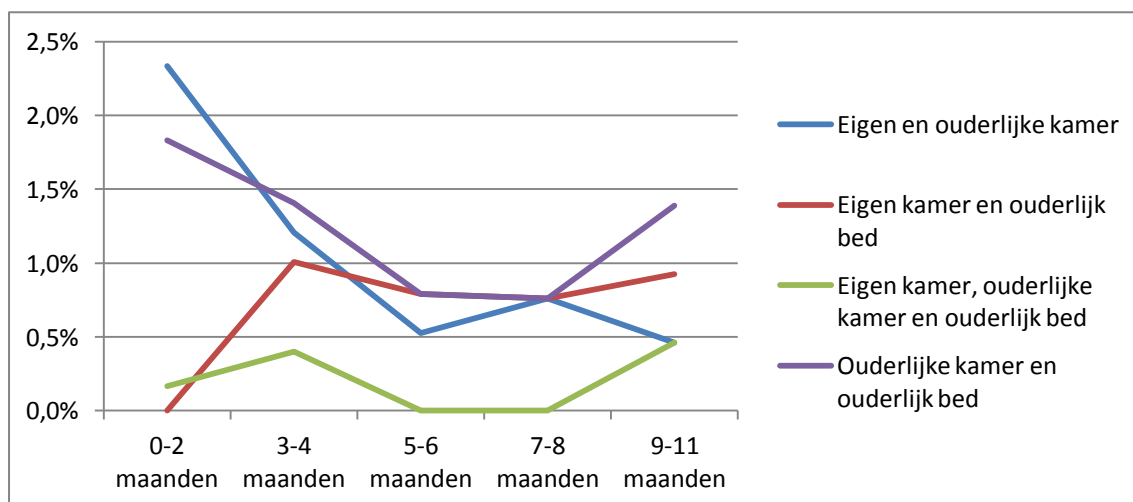
Tabel 34 laat de percentages zien van de kinderen die gewoonlijk op verschillende plekken te slapen worden gelegd.

Tabel 34: Meerdere slaaplocaties

Slaapplaats	Aantal	%
Eigen kamer + ouderlijke kamer	25	1,9%
Eigen kamer + ouderlijk bed	12	0,9%
Eigen kamer + ouderlijke kamer + ouderlijk bed	4	0,3%
Ouderlijke kamer + ouderlijk bed	26	1,9%

Leeftijd

Figuur 34 laat zien hoe een gecombineerde slaapplaats zich ontwikkelt naarmate de leeftijd van de kinderen oploopt. Het figuur laat zien dat de percentages kinderen die op een bepaalde plaats te slapen worden gelegd grillig verloopt. De onderlinge verschillen in de leeftijden zijn niet significant.

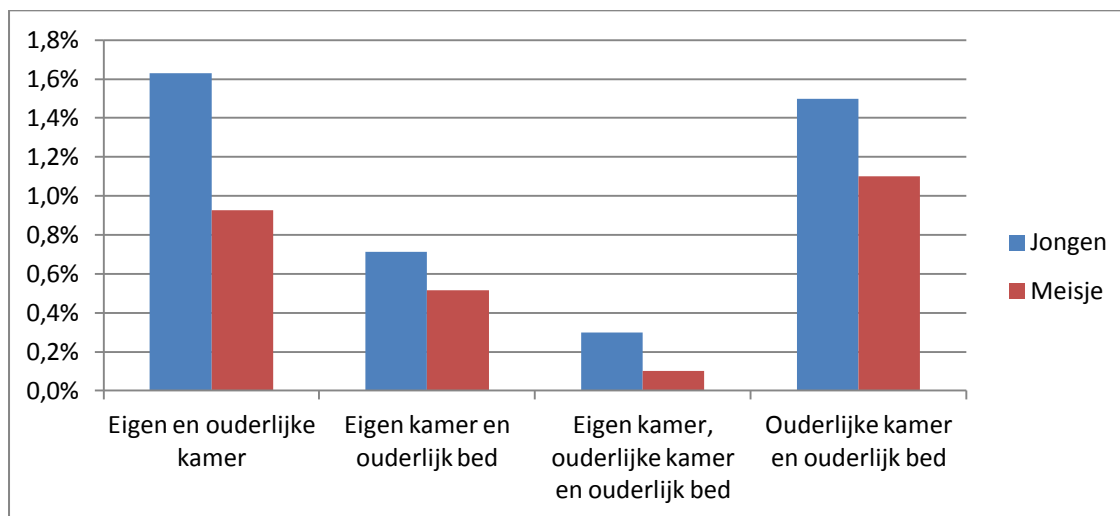


Figuur 34: Gecombineerde slaapplaats naar leeftijd

Geslacht

Figuur 35 geeft de relatie weer tussen het te slapen worden gelegd op verschillende plaatsen en het geslacht van het kind. De figuur laat zien dat een eigen kamer in combinatie met een eigen bed op de ouderlijke kamer bij de jongens het populairste is. Bij de meisjes is dit de combinatie van een eigen

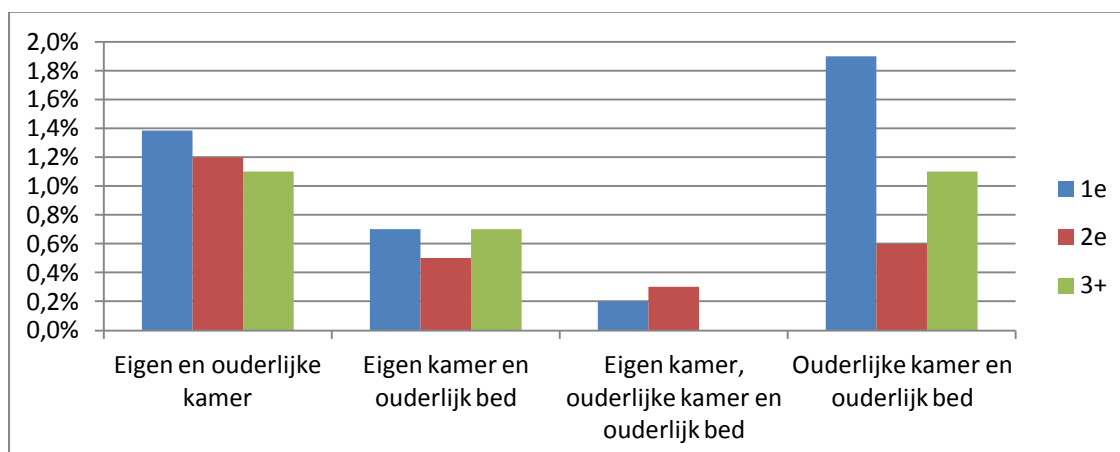
bed op de ouderlijke slaapkamer en het slapen bij de ouder(s) in bed. De onderlinge verschillen zijn in geen van de combinaties voor een slaappleeds significant.



Figuur 35: Gecombineerde slaappleads naar leeftijd

Rangorde

De relatie tussen meerder slaappleads en de rangorde van het kind zijn weergegeven in figuur 36. De figuur laat zien dat bij eerste kinderen de combinatie van een eigen bed op de ouderlijke slaapkamer en het slapen bij de ouder(s) in bed de meest voorkomende combinatie is. Bij de tweede kinderen is de meest voorkomende combinatie de eigen kamer met een eigen bed op de ouderlijke kamer. Bij derde kinderen of hoger komt zowel de eigen kamer met de ouderlijke kamer als de combinatie van de ouderlijke kamer en het ouderlijk bed het meest voor. De verschillen zijn allemaal niet significant.



Figuur 36: Gecombineerde slaappleads naar rangorde

Roken

Meerdere slaappleads zijn onder ouders die beiden niet roken het populairst. Van de kinderen die op meerdere plaatsen te slapen worden gelegd en ouders hebben die beide niet roken, worden de meeste naast op een eigen kamer ook in een eigen bed op de ouderlijke kamer te slapen gelegd (tabel 35). Evenveel kinderen worden zowel op de ouderlijke kamer in een eigen bed te slapen gelegd als bij de ouder(s) in bed (1,4%). Alle onderlinge verschillen zijn niet significant.

Tabel 35: Gecombineerde slaappleaats naar rookgedrag ouders

		Eigen en ouderlijke kamer	Eigen kamer en ouderlijk bed	Eigen kamer, ouderlijke kamer en ouderlijk bed	Ouderlijke kamer en ouderlijk bed
Niemand rookt	Aantal	19	9	2	20
	%	1,4%	0,6%	0,1%	1,4%
Moeder rookt, vader niet	Aantal	0	0	0	1
	%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
Moeder rookt niet, vader rookt	Aantal	1	1	0	4
	%	0,4%	0,4%	0,0%	1,7%
Beiden roken	Aantal	1	0	2	0
	%	0,6%	0,0%	1,2%	0,0%

Opleidingsniveau moeder

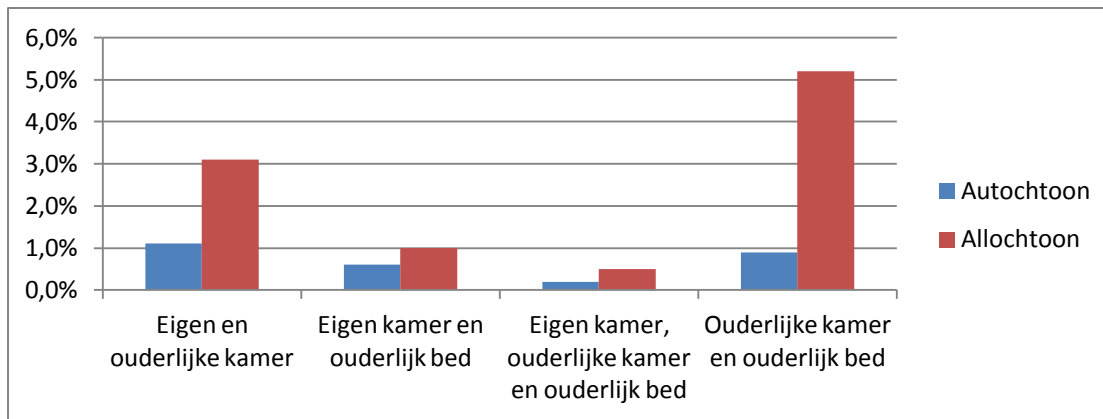
Bij laag opgeleide moeders is de combinatie van een eigen kamer en een eigen bed op de ouderlijke slaapkamer het meest voorkomend (tabel 36). Bij de hoog opgeleide moeders is de combinatie van een eigen bed op de ouderlijke kamer en het slapen in het ouderlijke bed het meest voorkomend. De onderlinge verschillen zijn niet significant.

Tabel 36: Gecombineerde slaappleaats naar opleidingsniveau moeder

		Eigen en ouderlijke kamer	Eigen kamer en ouderlijk bed	Eigen kamer, ouderlijke kamer en ouderlijk bed	Ouderlijke kamer en ouderlijk bed
Laag	Aantal	9	4	1	2
	%	2,4%	1,1%	0,3%	0,5%
Midden	Aantal	7	4	2	7
	%	1,1%	0,6%	0,3%	1,1%
Hoog	Aantal	9	4	1	17
	%	1,0%	0,4%	0,1%	1,8%

Etniciteit moeder

Figuur 37 geeft de relaties weer tussen de verschillende combinaties in de slaappleaatsen en de etniciteit van de moeder. In alle mogelijke combinaties blijkt deze populairder onder allochtone moeders. De verschillen zijn alleen significant voor de combinatie van de ouderlijke kamer en het ouderlijke bed (chi-kwadraat 27,9; $p < 0,001$).



Figuur 37: Gecombineerde slaappleaats naar etniciteit moeder

5.4.5. Samen in slaap gevallen

36,2% (708) van de ouder(s) in de peiling geeft aan dat zij wel eens samen met het kind in slaap zijn gevallen. De percentages in tabel 37 komen boven 100% uit, omdat ouder(s) de mogelijkheid hadden om meerdere locaties aan te geven.

Tabel 37: Locatie samen in slaap gevallen

Locatie	Aantal	%
Bed	570	80,5%
Bank	236	33,3%
Stoel	20	2,8%
Anders	4	0,6%

Roken

Onderstaande tabel 38 laat zien hoe vaak het samen in slaap vallen met het kind voorkomt bij de groepen ouders met verschillend rookgedrag.

De tabel laat zien dat in gezinnen waar alleen de moeder rookt het vaakst voorkomt dat de ouder met het kind samen in slaap is gevallen. In gezinnen waar niemand rookt komt dit het minst vaak voor. De onderlinge verschillen zijn niet significant.

Tabel 38: Samen in slaap gevallen naar rookgedrag ouders

Samen in slaap gevallen		
Niemand rookt	Aantal	490
	%	34,9%
Moeder rookt, vader niet	Aantal	19
	%	47,5%
Moeder rookt niet, vader rookt	Aantal	90
	%	39,1%
Beiden roken	Aantal	58
	%	35,4%

Opleidingsniveau moeder

Kijkende naar tabel 39, die het voorkomen van het samen in slaap vallen naar het opleidingsniveau van de moeder weergeeft, blijkt dat in gezinnen met een moeder met een hoog opleidingsniveau het

vaakst een ouder samen met het kind is slaap is gevallen. De onderlinge verschillen zijn niet significant.

Tabel 39: Samen in slaap gevallen naar opleidingsniveau moeder

Opleidingsniveau moeder		Samen in slaap gevallen
Laag	Aantal	133
	%	35,2%
Midden	Aantal	221
	%	35,6%
Hoog	Aantal	342
	%	37,0%

Etniciteit moeder

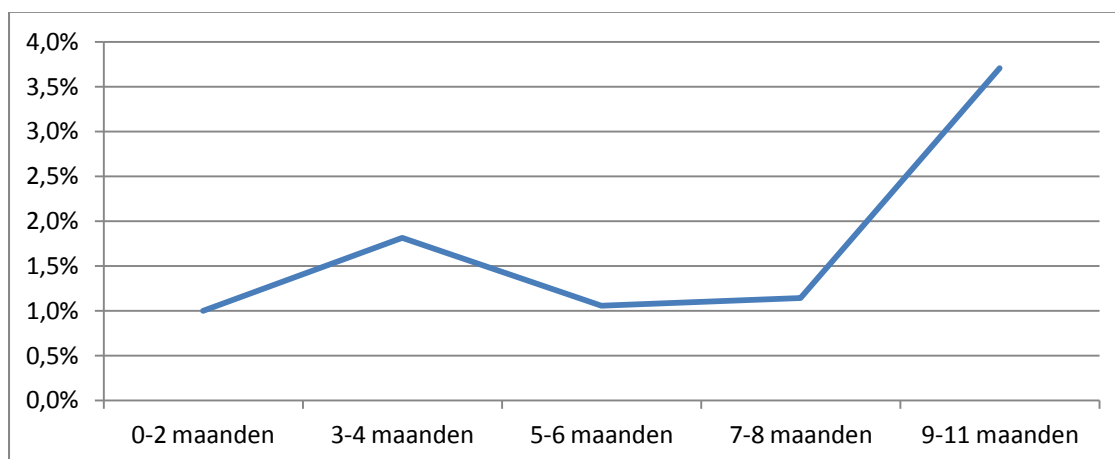
In gezinnen met een allochtone moeder valt een ouder significant vaker samen met het kind is slaap dan in gezinnen met een autochtone moeder (45,0%; 86 tegenover 35,2%, 614) (chi-kwadraat 9,1; $p < 0,001$).

5.5. Hoofdkussen gebruik

In de onderzoekspopulatie slaapt 1,5% (30) van de kinderen met een hoofdkussen.

Leeftijd

Kijkende naar figuur 38, die het hoofdkussen gebruik in verhouding tot de leeftijd van het kind laat zien, blijkt dat tot een leeftijd van acht maanden het kussen gebruik heel laag is (ca. 1%) en daarna omhoog gaat tot bijna 4%.



Figuur 38: Hoofdkussen gebruik naar leeftijd

Geslacht

Er blijkt geen verschil tussen het percentage jongens en meisjes dat op een hoofdkussen slaapt.

Rangorde

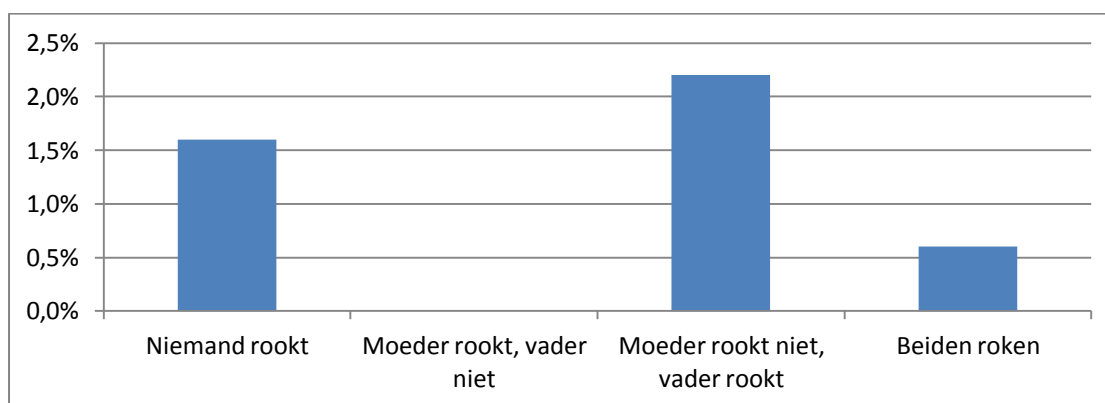
Kijkende naar tabel 40, die het hoofdkussen gebruik in verhouding tot de rangorde van het kind weergeeft, valt op dat de verschillen onderling erg klein zijn. Tevens is te zien dat eerste kinderen vaker met een hoofdkussen slapen. De onderlinge verschillen zijn niet significant.

Tabel 40: Hoofdkussen naar rangorde

Rangorde	Ja	%
1e	18	1,8%
2e	8	1,2%
3+	4	1,4%

Roken

Figuur 39 laat de relatie zien tussen het rookgedrag van de ouders en het gebruik van een hoofdkussen. Binnen de onderzoekspopulatie slaapt 2,2% (5) van de kinderen, met alleen een vader die rookt, met een hoofdkussen. Daarmee vormen zij de grootste groep. De kleinste groep wordt gevormd door de kinderen waarvan alleen de moeder rookt. Van deze kinderen slaapt er geen een met een hoofdkussen. De onderlinge verschillen tussen de groepen zijn significant (chi-kwadraat 18,0; $p = 0,021$).



Figuur 39: Hoofdkussen gebruik naar rookgedrag ouders

Opleidingsniveau moeder

Het percentage kinderen dat slaapt met een hoofdkussen is het hoogst in de groep moeders met een opleidingsniveau in de middencategorie (tabel 41). De verschillen zijn niet significant.

Tabel 41: Hoofdkussen gebruik naar opleidingsniveau moeder

Opleidingsniveau	Ja	%
Laag	4	1,1%
Midden	12	1,9%
Hoog	10	1,1%

Etniciteit moeder

Meer moeders met een allochtone achtergrond maken gebruik van een hoofdkussen (tabel 42). Naar verhouding gebruiken zij meer dan twaalf keer zo vaak een hoofdkussen dan autochtone moeders. De verschillen zijn significant (chi-kwadraat 89,0; $p < 0,001$).

Tabel 42: Hoofdkussengebruik naar etniciteit moeder

Etniciteit	Ja	%
Autochtoon	12	0,7%
Allochtoon	17	8,9%

5.6. Fopspeengebruik

Tabel 43 laat zien hoe het fopspeengebruik is binnen de onderzoekspopulatie. Iets meer dan de helft (55,9%) van de kinderen krijgt een fopspeen (soms, of altijd).

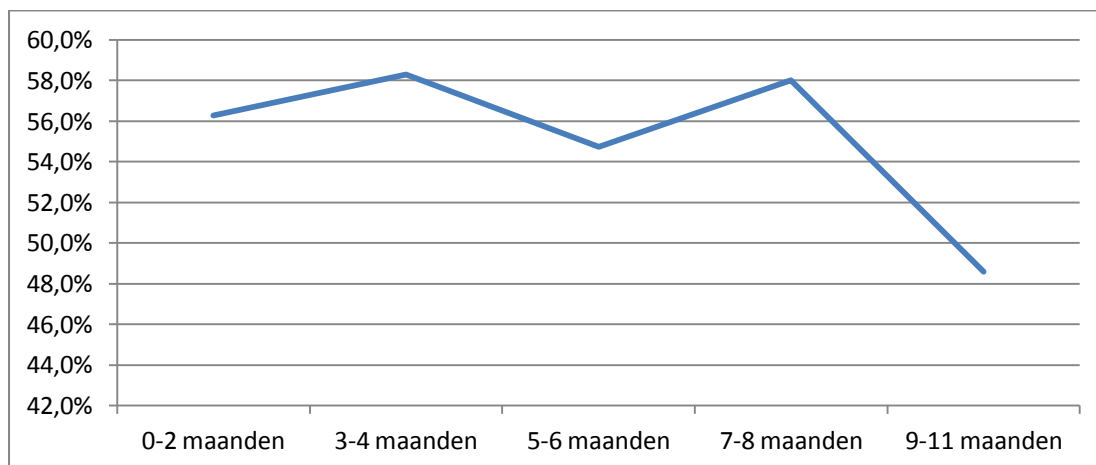
Tabel 43: Fopspeengebruik

Fopspeen	Aantal	%
Ja	1088	55,9%
Ja, niet altijd	683	35,1%
Ja, altijd	405	20,8%

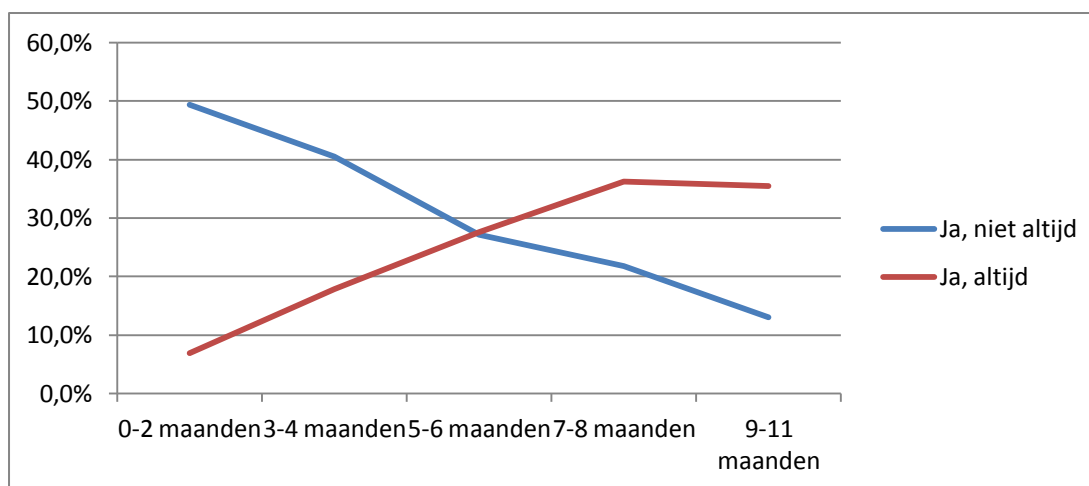
Leeftijd

Het verloop van het fopspeengebruik naar leeftijd laat zien dat tot de leeftijd van zeven-acht maanden meer kinderen wel een speen krijgen dan niet (figuur 40). Vanaf een leeftijd van negen maanden krijgt minder dan de helft van de kinderen een fopspeen.

Figuur 41 laat zien hoe de verdeling is van de frequentie van het fopspeengebruik, verdeeld over de leeftijd van het kind.



Figuur 40: Fopspeengebruik naar leeftijd (1)



Figuur 41: Fopspeengebruik naar leeftijd (2)

Het verloop laat zien dat in de eerste levensmaanden meer kinderen niet altijd een fopspeen krijgen, maar dat dit omdraait op een leeftijd van zes maanden. Bij deze leeftijd zijn er meer kinderen die bij iedere slaap een fopspeen krijgen.

Geslacht

Meer jongens (59,3%) dan meisjes (52,4%) krijgen een fopspeen bij het slapen gaan (tabel 44). Dit geldt zowel voor de kinderen die niet tijdens iedere slaap een speen krijgen, als de kinderen die dat wel tijdens iedere slaap krijgen. De verschillen zijn significant (chi-kwadraat 8,9; $p = 0,003$).

Tabel 44: Fopspeengebruik naar geslacht

		Ja	Ja, niet altijd	Ja, altijd
Jongen	Aantal	578	361	217
	%	59,3%	37,0%	22,3%
Meisje	Aantal	507	320	187
	%	52,4%	33,1%	19,3%

Rangorde

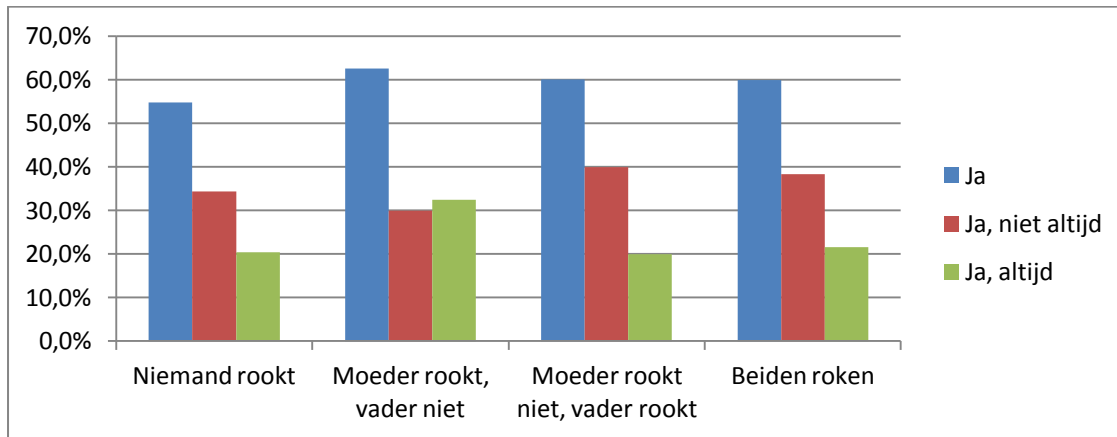
Kinderen van verschillende rangordes krijgen niet significant vaker of minder vaak een fopspeen (tabel 45).

Tabel 45: Fopspeengebruik naar rangorde

		Ja	Ja, niet altijd	Ja, altijd
1e	Aantal	564	353	211
	%	56,1%	35,1%	21,0%
2e	Aantal	372	223	149
	%	43,4%	33,9%	22,6%
3+	Aantal	151	106	45
	%	53,7%	37,7%	16,0%

Roken

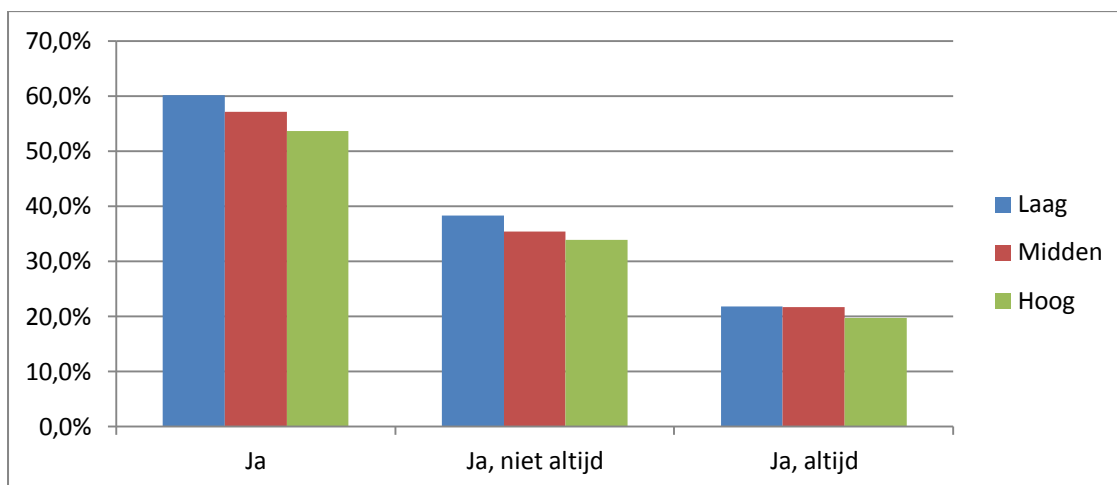
Kinderen met ouders die beiden niet roken krijgen over het algemeen het minst vaak een fopspeen (figuur 42). Kinderen met alleen een moeder die rookt krijgen het vaakst, (niet) altijd een fopspeen. De onderlinge verschillen tussen de groepen zijn niet significant.



Figuur 42: Fopspeengebruik naar rookgedrag ouders

Opleidingsniveau moeder

Figuur 43 laat zien dat naarmate het opleidingsniveau van de moeder hoger is, het percentage kinderen dat een fopspeen krijgt terugloopt. Dit geldt voor het gebruik tijdens iedere slaap, en voor het gebruik tijdens niet elke slaap. De verschillen zijn niet significant.



Figuur 43: Fopspeengebruik naar opleidingsniveau moeder

Etniciteit moeder

Uit tabel 46 blijkt dat kinderen van allochtone moeders vaker een fopspeen krijgen dan de kinderen met een autochtone moeder. Echter, meer kinderen van autochtone moeders krijgen altijd een fopspeen dan kinderen van allochtone moeders. Aan de andere kant zijn er wel meer kinderen met een allochtone moeder die niet altijd een fopspeen krijgen. De onderlinge verschillen voor kinderen die een fopspeen krijgen zijn niet significant.

Tabel 46: Fopspeen gebruik naar etniciteit moeder

		Ja	Ja, niet altijd	Ja, altijd
Autochtoon	Aantal	968	602	366
	%	55,5%	34,5%	21,0%
Allochtoon	Aantal	113	75	38
	%	59,5%	39,5%	20,0%

5.7. Inbakeren

11% van de kinderen in de onderzoekspopulatie wordt ingebakerd (tabel 47). Het grootste deel hiervan wordt zowel overdag als 's nachts ingebakerd. Een klein groepje (0,4%) wordt alleen overdag ingebakerd.

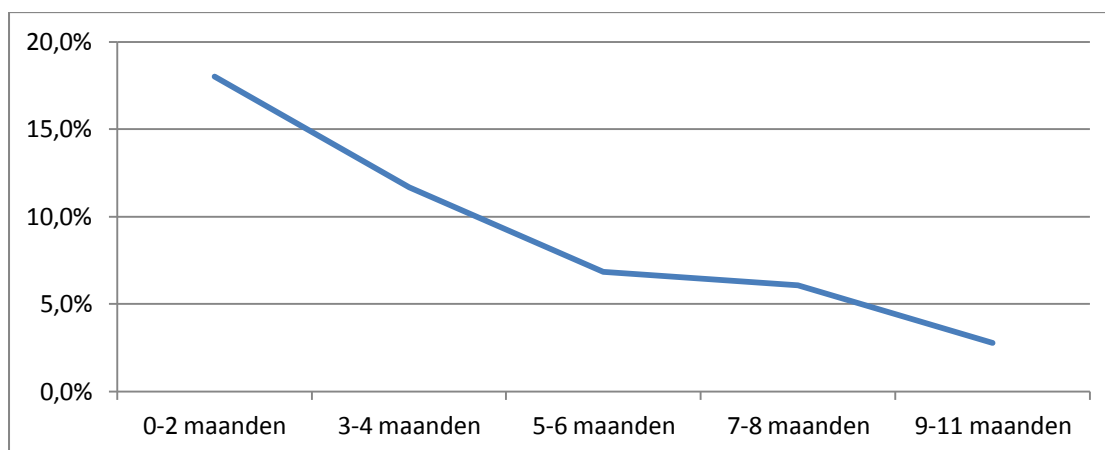
Tabel 47: Inbakeren

Inbakeren	Aantal	%
Ja	214	11,0%
<i>s Nachts en overdag</i>	116	6,0 %
<i>s Nachts</i>	90	4,6 %
<i>Overdag</i>	8	0,4 %

Leeftijd

Figuur 44 geeft de relatie weer tussen de leeftijd van het kind en het inbakeren. De grootste groep kinderen die wordt ingebakerd heeft een leeftijd van nul tot en met twee maanden. Het percentage kinderen dat ingebakerd wordt neemt af naarmate de leeftijd van het kind toeneemt. 1,8% van de kinderen (36), wordt op een leeftijd van zes maanden of ouder nog ingebakerd.

De onderlinge verschillen in de leeftijden en de percentages kinderen die ingebakerd worden is significant (chi-kwadraat 69,6; $p < 0,001$).



Figuur 44: Inbakeren naar leeftijd

Geslacht

11,6% (114 kinderen) van de jongens word ingebakerd tegenover 10,3% (100 kinderen) van de meisjes (tabel 48). Deze verschillen zijn niet significant.

Tabel 48: Inbakeren naar geslacht

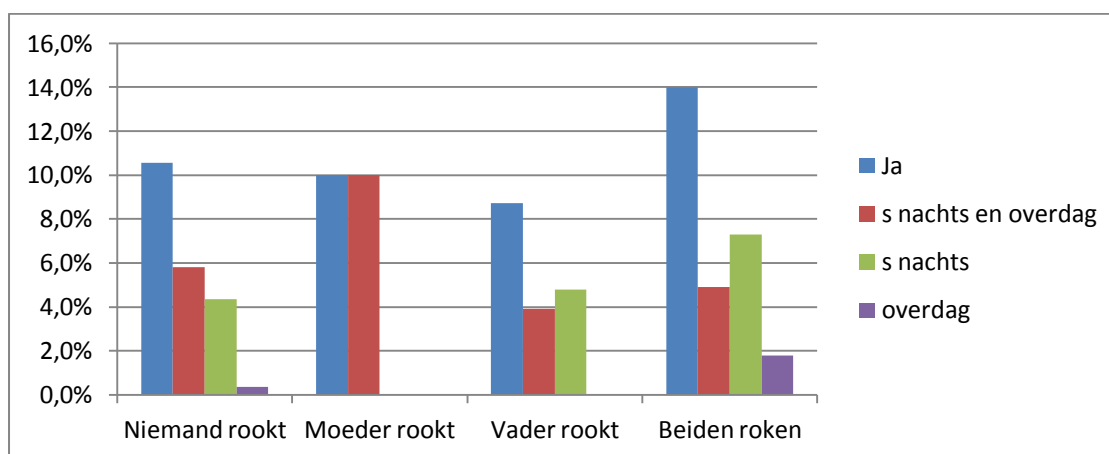
		Ja	's Nachts en overdag	's Nachts	Overdag
Jongen	Aantal	114	59	48	7
	%	11,6%	6,0%	4,9%	0,7%
Meisje	Aantal	100	57	42	1
	%	10,3%	5,9%	4,3%	0,1%

Rangorde

Tussen de verschillende groepen van een verschillende rangorde blijkt geen significant verschil te bestaan voor de percentages kinderen die ingebakerd worden.

Roken

Figuur 45 geeft de relatie weer tussen het rookgedrag van de ouders en het inbakeren van het kind. Bij de ouders die beiden roken worden de meeste kinderen ingebakerd (14%; 23). Ouders waarvan alleen de vader rookt, bakeren hun kinderen het minst vaak in (8,7%; 20). De verschillen tussen deze groepen zijn significant (chi-kwadraat 26,4; $p = 0,049$).



Figuur 45: Inbakeren naar rookgedrag ouders

Opleidingsniveau moeder

De moeders met een opleiding in de middencategorie bakeren hun kinderen het vaakst in (tabel 49). 12,7% (79) van deze kinderen wordt ingebakerd, maar dit gebeurt niet significant vaker dan bij de andere groepen. Bij de meeste kinderen die ingebakerd worden, gebeurt dit zowel overdag als 's nachts.

Tabel 49: Inbakeren naar opleidingsniveau moeder

		Ja	's Nachts en overdag	's Nachts	Overdag
Laag	Aantal	44	26	18	0
	%	11,6%	6,9%	4,8%	0,0%
Midden	Aantal	79	41	34	4
	%	12,7%	6,6%	5,5%	0,6%
Hoog	Aantal	89	48	38	3
	%	9,6%	5,2%	4,1%	0,3%

Etniciteit moeder

Tabel 50 laat de relatie zien tussen de etniciteit van de moeder en het inbakeren van het kind. Allochtone moeders (17,8%; 34) bakeren hun kinderen vaker in dan autochtone moeders (10,2%; 178). De onderlinge verschillen zijn significant (chi-kwadraat 10,1; $p = 0,006$).

Tabel 50: Inbakeren naar etniciteit moeder

		Ja	's Nachts en overdag	's Nachts	Overdag
Autochtoon	Aantal	178	95	76	7
	%	10,2%	5,4%	4,4%	0,4%
Allochtoon	Aantal	34	19	14	1
	%	17,8%	9,9%	7,3%	0,5%

5.7.1. Aanleren inbakeren

Het aanleren van het inbakeren gebeurt in de onderzoekspopulatie op vele verschillende manieren. Een overzicht van het aanleren van het inbakeren is gegeven in tabel 51.

Tabel 51: Aanleren inbakeren

Aangeleerd	Aantal	%
Medewerker consultatiebureau	59	27,6%
Zelf geleerd	20	9,3%
Van iemand anders	81	37,9%
Andere manier	45	21,0%

De meeste mensen in de onderzoekspopulatie die inbakeren geven aan dat zij dit hebben geleerd van iemand anders of op een andere manier. Iets meer dan een kwart van de mensen die inbakeren, heeft dit geleerd van een medewerker van het consultatiebureau.

Wanneer mensen aangegeven hebben dat zij het inbakeren van iemand anders, dan wel op een andere manier, hebben aangeleerd, is dat geleerd op de manieren te zien in tabel 52.

Tabel 52: Aanleren inbakeren van iemand anders/ een andere manier

Iemand anders/ andere manier	Aantal	%
Kraamzorg	28	21,1%
Familie	34	25,6%
Verloskundige	2	1,5%
Ziekenhuis/verpleegkundige	12	9,0%
Gebruiksaanwijzing	7	5,3%
Bakerzak	24	18,1%
Overig	26	19,6%

Ongeveer een kwart van de mensen die het inbakeren anders hebben geleerd, heeft dit geleerd van een familielid. Rond een vijfde van het totaal heeft het geleerd van de kraamzorg, via een inbakerslaapzak of op een overige manier.

5.8 Opvang

47,2% van de gezinnen in de onderzoekspopulatie maakt gebruik van een vorm van opvang voor het kind. Tabel 53 laat zien waar de kinderen opgevangen worden.

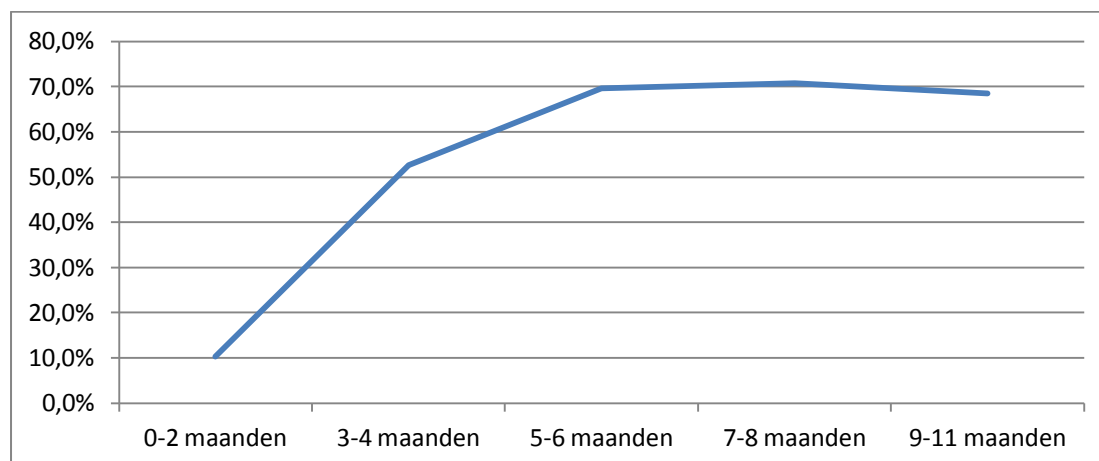
Tabel 53: Verschillende vormen van opvang

	Ja	Crèche	Oppasadres	Familie
Aantal	919	523	119	435
%	47,2%	56,9%	12,9%	47,3%

Van de kinderen die naar opvang gaan, worden de meeste kinderen opgevangen op een crèche. Het totale percentage van de opvang komt boven de 100% uit. Dit wordt verklaard doordat er kinderen zijn die in meerdere vormen opgevangen worden.

Leeftijd

Naarmate de leeftijd van de kinderen oploopt, neemt ook het percentage kinderen dat opgevangen wordt toe (figuur 46). Na een leeftijd van vier maanden stabiliseert het percentage rond de 70%. De verschillen zijn significant (chi-kwadraat 548,4; $p < 0,001$).



Figuur 46: Opvang verdeeld naar leeftijd

Geslacht

Meisjes (47,7%) worden niet significant vaker opgevangen dan jongens (46,3%). Zowel de meisjes als de jongens worden het vaakst opgevangen op een crèche (tabel 54).

Tabel 54: Opvang naar geslacht

		Ja	Crèche	Oppasadres	Familie
Jongen	Aantal	454	270	56	209
	%	46,6%	59,5%	12,3%	46,0%
Meisje	Aantal	462	253	62	224
	%	47,7%	54,8%	13,4%	48,5%

Rangorde

Naarmate de rangorde van het kind oploopt, neemt het percentage kinderen af dat opgevangen wordt (tabel 55). Kinderen met een rangorde van drie of hoger worden ongeveer de helft minder

opgevangen dan kinderen met een rangorde van één. De verschillen zijn significant (chi-kwadraat 68,7; $p < 0,001$).

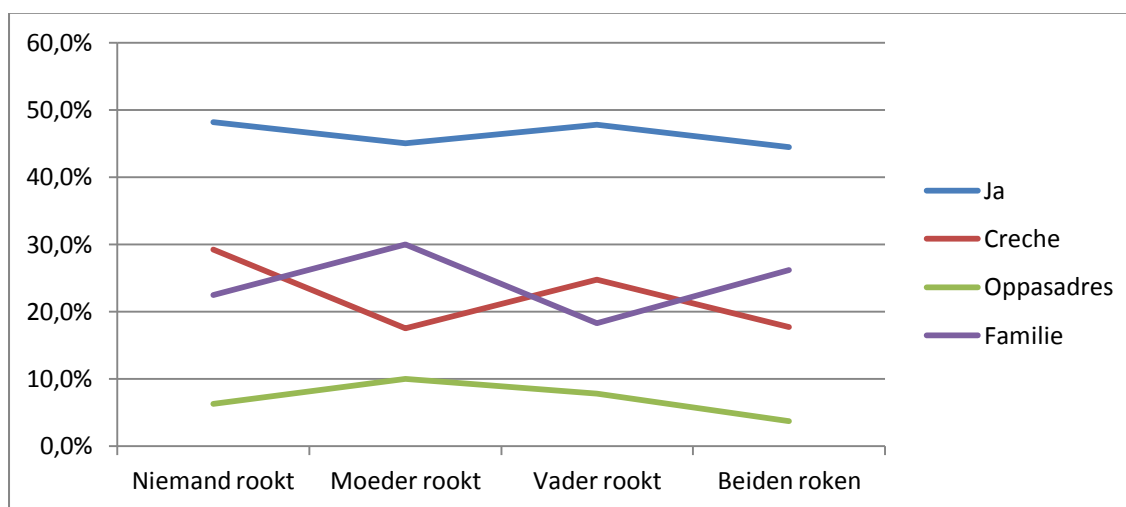
Tabel 55: Opvang verdeeld naar rangorde

Rangorde		Ja	Crèche	Oppasadres	Familie
1e	Aantal	514	291	72	255
	%	51,0%	56,6%	14,0%	49,6%
2e	Aantal	326	187	37	146
	%	49,5%	57,4%	11,3%	44,8%
3+	Aantal	78	44	10	34
	%	28,0%	56,4%	12,8%	43,6%

Roken

De percentages kinderen die opgevangen worden verschillen niet veel van elkaar, wanneer er gekeken wordt naar het rookgedrag van de ouders (figuur 47). De onderlinge verschillen zijn niet groter dan 3,7%, maar wel significant (chi-kwadraat 42,8; $p < 0,001$).

De plek waar de kinderen opgevangen worden verschilt wel tussen de groepen. Opvang door een familielid komt het meest voor in de groepen waarin de moeder rookt (30%, 12 kinderen) of waar beide ouders roken (26,2%, 43 kinderen) opvang door een crèche komt het meest voor in de groep waar alleen de vader rookt en de groep waarvan niemand rookt (respectievelijk 24,8% en 29,2%).



Figuur 47: Opvang naar rookgedrag ouders

Opleidingsniveau moeder

De grootste groep kinderen die opgevangen worden heeft een moeder met een hoog opleidingsniveau (tabel 56). Naarmate het opleidingsniveau lager is, is ook het percentage kinderen dat opgevangen wordt lager.

Tabel 56: Opvang naar opleidingsniveau moeder

		Opvang			
		Ja	Crèche	Oppasadres	Familie
Laag	Aantal	135	57	17	77
	%	35,9%	42,2%	12,6%	57,0%
Midden	Aantal	297	146	34	163
	%	47,9%	49,2%	11,4%	54,9%
Hoog	Aantal	479	314	68	193
	%	51,8%	65,6%	14,2%	40,3%

Etniciteit moeder

Autochtone moeders maken vaker gebruik van opvang voor hun kind dan allochtone moeders, zoals is te zien in tabel 57. Ook bij deze verdeling is de crèche de vorm waar het meeste gebruik van wordt gemaakt, gevolgd door opvang door een familielid. De verschillen zijn significant (chi-kwadraat 56,2; $p < 0,001$).

Tabel 57: Opvang naar etniciteit moeder

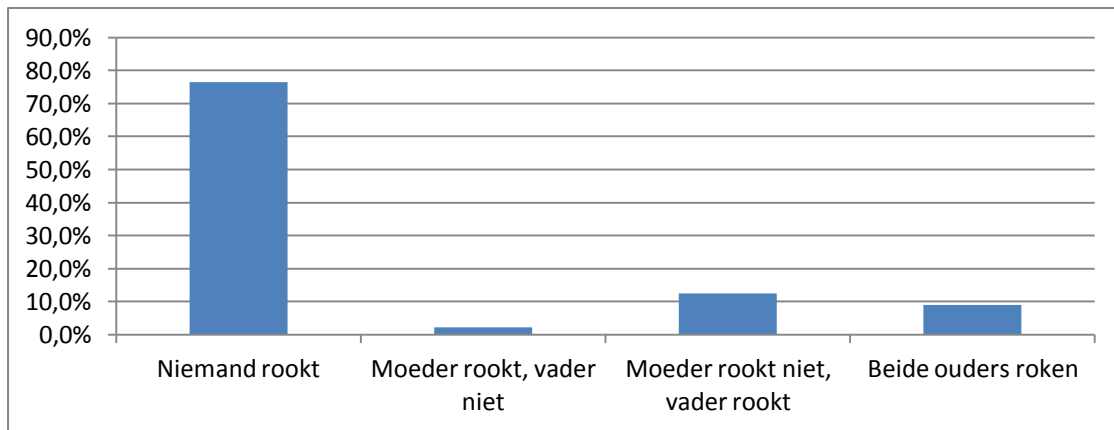
		Opvang			
		Ja	Crèche	Oppasadres	Familie
Autochtoon	Aantal	857	488	114	416
	%	49,1%	56,9%	13,3%	48,5%
Allochtoon	Aantal	54	30	4	17
	%	28,6%	55,6%	7,4%	31,5%

5.8.1. Gecombineerde opvang

Ten slotte zijn er ook kinderen die in een combinatie van de verschillende vormen worden opgevangen. 3,3% van de kinderen die naar de crèche gaan, worden ook opgevangen op een oppasadres. 27,5% van de kinderen die naar de crèche gaan, worden tevens opgevangen door een familielid. Als laatste wordt 17,6% van de kinderen die naar een oppasadres gaan ook opgevangen door een familielid.

5.9. Passief roken

In veruit de meeste gezinnen die hebben meegedaan aan de peiling wordt er door geen van beide ouders gerookt (figuur 48). Het gaat hier om 76,4% (1406) van de gezinnen. Het percentage gezinnen waarin beide ouders roken is 8,9% (164). In 2,2% (40) van de gezinnen rookt alleen de moeder en in 12,5% (230) van de gezinnen alleen de vader.



Figuur 48: Rookgedrag ouders

5.10. Melkvoeding

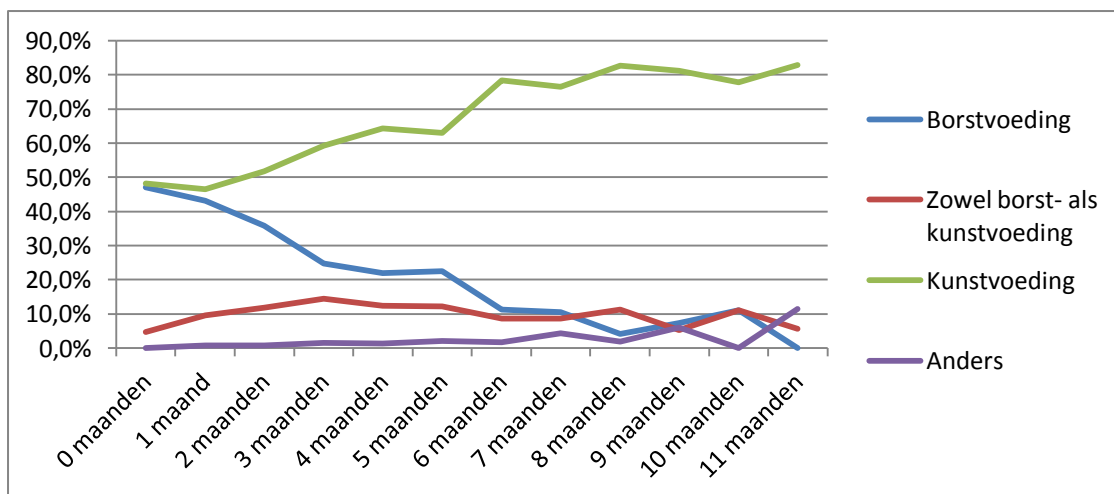
De meeste kinderen in de onderzoekspopulatie krijgen uitsluitend kunstvoeding. De overige percentages zijn af te lezen in tabel 58.

Tabel 58: Melkvoeding

Melkvoeding	Aantal	%
Borstvoeding	449	23,2%
Zowel borst- als kunstvoeding	202	10,4%
Kunstvoeding	1244	64,3%
Anders	40	2,1%

Leeftijd

Figuur 49 laat het verloop van de melkvoeding met toenemende leeftijd zien. Het valt op dat er bij de leeftijd van nul maanden procentueel gezien bijna net zo veel kinderen zijn die uitsluitend borstvoeding krijgen al kinderen die uitsluitend kunstvoeding krijgen. Verder is te zien dat het percentage kinderen dat uitsluitend borstvoeding krijgt met de tijd steeds verder daalt en de percentages kinderen die uitsluitend kunstvoeding krijgen met de tijd stijgt. Het percentage kinderen dat zowel kunst- als borstvoeding krijgt blijft vrij stabiel met het veranderen van de tijd. De verschillen zijn significant (chi-kwadraat 247,3; $p < 0,001$).



Figuur 49: Melkvoeding naar leeftijd

Geslacht

Meisjes krijgen zowel vaker, maar niet significant, uitsluitend borstvoeding als uitsluitend kunstvoeding (tabel 59). Er zijn meer jongens die een combinatie van die twee krijgen.

Tabel 59: Melkvoeding naar geslacht

		Borstvoeding	Borst-en kunstvoeding	Kunstvoeding	Anders
Jongen	Aantal	224	111	615	19
	%	23,1%	11,5%	63,5%	2,0%
Meisje	Aantal	225	91	625	21
	%	23,4%	9,5%	65,0%	2,2%

Rangorde

Tabel 60 laat zien dat het percentage kinderen dat borstvoeding krijgt toeneemt naarmate de rangorde van het kind oploopt. Het percentage kinderen dat uitsluitend kunstvoeding krijgt neemt af naarmate de rangorde oploopt. De onderlinge verschillen zijn significant (chi-kwadraat 20,6; $p = 0,002$).

Tabel 60: Melkvoeding naar rangorde

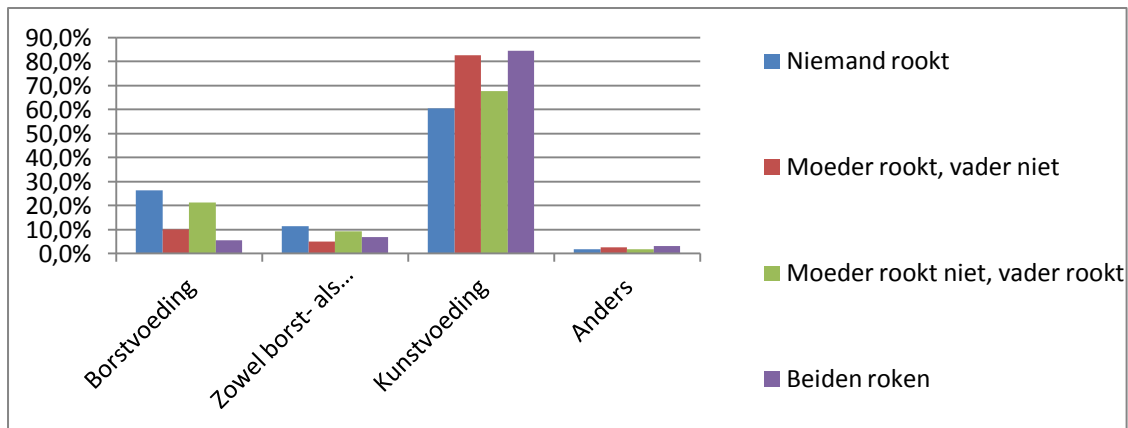
		Borstvoeding	Borst-en kunstvoeding	Kunstvoeding	Anders
1e	Aantal	206	100	677	22
	%	20,5%	10,0%	67,4%	2,2%
2e	Aantal	152	72	417	12
	%	23,3%	11,0%	63,9%	1,8%
3+	Aantal	90	30	149	6
	%	32,7%	10,9%	54,2%	2,2%

Roken

Van de ouders die beiden niet roken krijgt 26,1% (367) van de kinderen uitsluitend borstvoeding (figuur 50). Dit is de grootste groep kinderen die uitsluitend borstvoeding krijgen. De groep met het laagste percentage de kinderen die uitsluitend borstvoeding krijgen wordt gevormd door de ouders die beiden wel roken (5,5%; 9).

82,9% (136) van de kinderen met ouders die beiden roken krijgt uitsluitend kunstvoeding. Zij worden gevolgd door de kinderen van ouders waarvan alleen de moeder rookt; 82,5% (33) van deze kinderen krijgt uitsluitend kunstvoeding. Van de kinderen met ouders die beiden niet roken, krijgt 60,2% (846) uitsluitend kunstvoeding.

De onderlinge verschillen zijn significant (chi-kwadraat 56,9; $p < 0,001$).

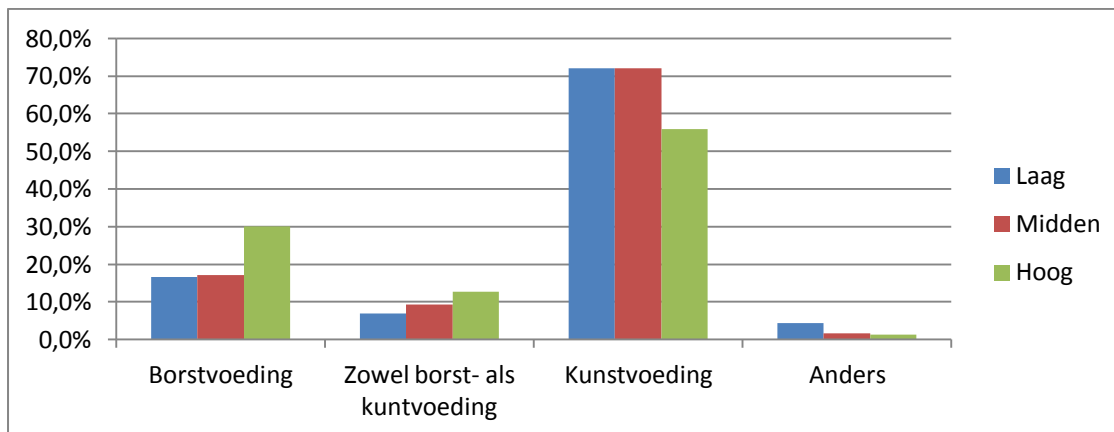


Figuur 50: Melkvoeding naar rookgedrag ouders

Opleidingsniveau moeder

Kijkende naar figuur 51, die de verdeling van de melkvoeding laat zien in verhouding tot het opleidingsniveau van de moeder, is te zien dat het percentage kinderen dat uitsluitend borstvoeding krijgt, bij de hoog opgeleide moeder het hoogst is. 30,1% (278) van de kinderen met een hoogopgeleide moeder krijgt uitsluitend borstvoeding, tegenover 16,7% (62) van de kinderen met een laag opgeleide moeder.

Een omgekeerd patroon is te zien bij de kinderen die uitsluitend kunstvoeding krijgen. Het percentage is het hoogst in de groep kinderen een moeder met een opleiding in de middencategorie en een laag opgeleide moeder; 72,0% (445;268) van deze kinderen krijgt uitsluitend kunstvoeding. De verschillen tussen de groepen met een verschillend opleidingsniveau zijn significant (chi-kwadraat 76,7; $p < 0,001$).

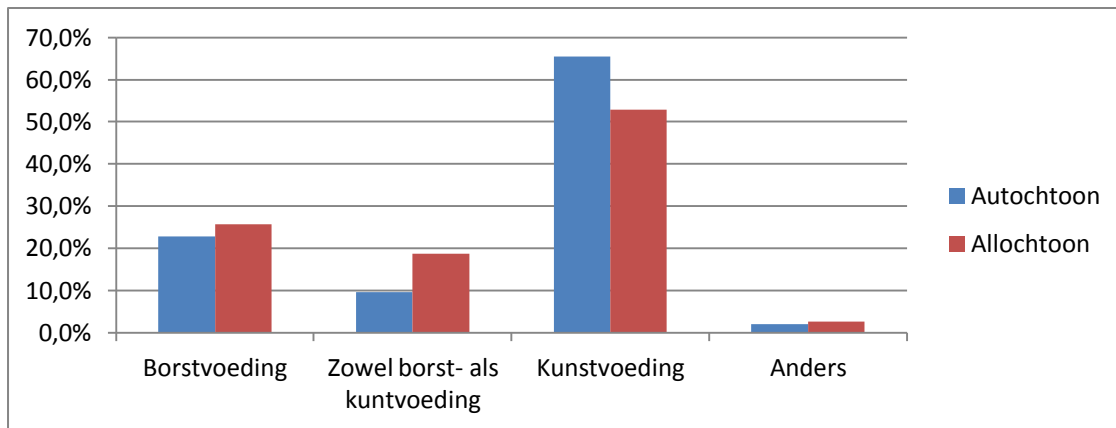


Figuur 51: Melkvoeding naar opleidingsniveau moeder

Etniciteit moeder

Figuur 52 laat het type melkvoeding zien in relatie tot de etniciteit van de moeder. Uit de figuur blijkt dat allochtone moeders vaker uitsluitend borstvoeding geven. Andersom zijn het meer autochtone moeders die hun kind uitsluitend kunstvoeding geven.

De verschillen tussen autochtone en allochtone moeders voor het type melkvoeding dat zij hun kind geven is significant (chi-kwadraat 23,6; $p = 0,001$).



Figuur 52: Melkvoeding naar etniciteit moeder

6. Veranderingen in de tijd

Om de veranderingen in het gedrag van de ouders te kunnen beschrijven is ervoor gekozen om een aantal onderwerpen naast elkaar te leggen en in het verloop van de tijd met elkaar te vergelijken. De keuze van de onderwerpen sluit aan bij de onderwerpen in de folder *“Laat uw baby veilig slapen”*, uitgegeven door de Stichting Wiegendood. Deze zijn: de positie waarin het kind te slapen wordt gelegd, de manier waarop het kind toegedekt wordt, de locatie waar het kind slaapt, het rookgedrag van de ouders en de melkvoeding die het kind krijgt.

De gegevens uit 2003 zijn afkomstig uit een peiling rond melkvoeding, die eveneens door TNO is uitgevoerd. Hierin waren een aantal vragen opgenomen in relatie tot het thema wiegendood en veilig slapen (van Schaijk, Lanting, van Wouwe, Engelberts & L’Hoir, 2006).

Voor de data uit 2005 is gebruik gemaakt van het onderzoek dat uitgevoerd is door G.A. de Jonge en F.C. Verboon, die in deze periode een onderzoek hebben uitgevoerd naar de risicofactoren voor wiegendood en het gedrag dat ouders van jonge zuigelingen hierin vertonen.

De steekproefpopulaties die onderzocht zijn in 2003, 2005 en 2011 zijn vergeleken voor wat betreft het geslacht en de rangorde van de kinderen. Tabel 61 laat de resultaten zien van deze vergelijking.

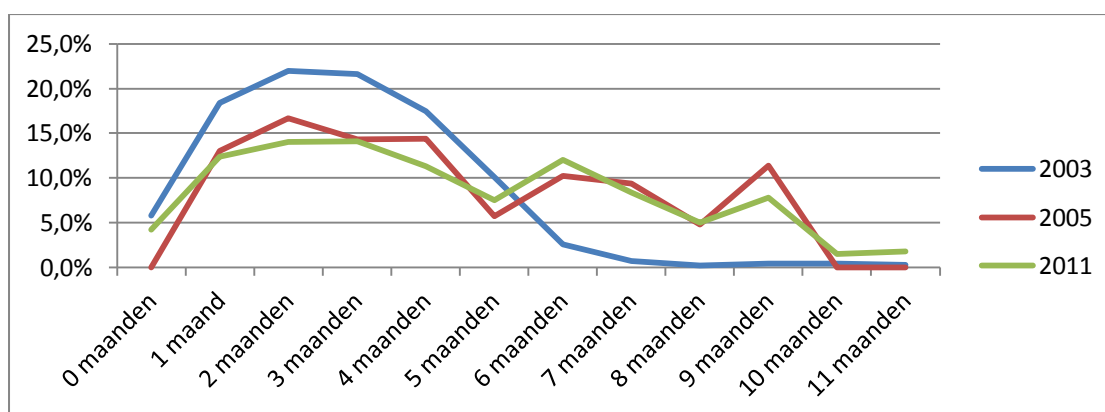
Tabel 61: Verdeling geslacht en rangorde

Jaartal		2003	%	2005	%	2011	%
Geslacht	Jongen	1458	50,6%	747	53,7%	981	50,3%
	Meisje	1425	49,4%	644	46,3%	971	49,7%
Rangorde	1e	1414	49,0%	628	45,1%	1012	51,8%
	2e	1049	36,3%	511	36,7%	659	33,7%
	3+	424	14,7%	254	18,2%	283	14,5%

In 2005 hebben er naar verhouding, maar niet significant, meer jongens in de onderzoekspopulatie gezeten dan in de andere jaren. De onderzoekspopulaties verschillen wat betreft de rangordes, wel significant, van elkaar (chi-kwadraat 19,6; $p=0,001$).

Kijkende naar de verdeling van de leeftijd van de kinderen in de verschillende onderzoekspopulaties, weergegeven in figuur 53, laat zien dat in de onderzoekspopulatie van 2003 voornamelijk kinderen zitten tot een leeftijd van zes maanden. Dit was in dit onderzoek ook de leeftijdsgrens.

De onderzoekspopulaties van 2005 en 2011 lijken qua leeftijd veel meer op elkaar. Zij vertonen ongeveer dezelfde leeftijdsverdeling.



Figuur 53: Leeftijd verdeling naar jaartal

In de analyse van de verschillen in gedrag tussen de onderzoekspopulaties van de verschillende jaren is er geen correctie uitgevoerd voor de onderlinge verschillen in de kenmerken van de populaties. Het gaat hierbij onder andere om de verschillen in de leeftijdsverdelingen en de rangordes.

6.1. Slaaphouding

Van alle mogelijke slaaphoudingen is in tabel 62 een overzicht gegeven hoe het gebruik van deze posities over de tijd zich ontwikkelt.

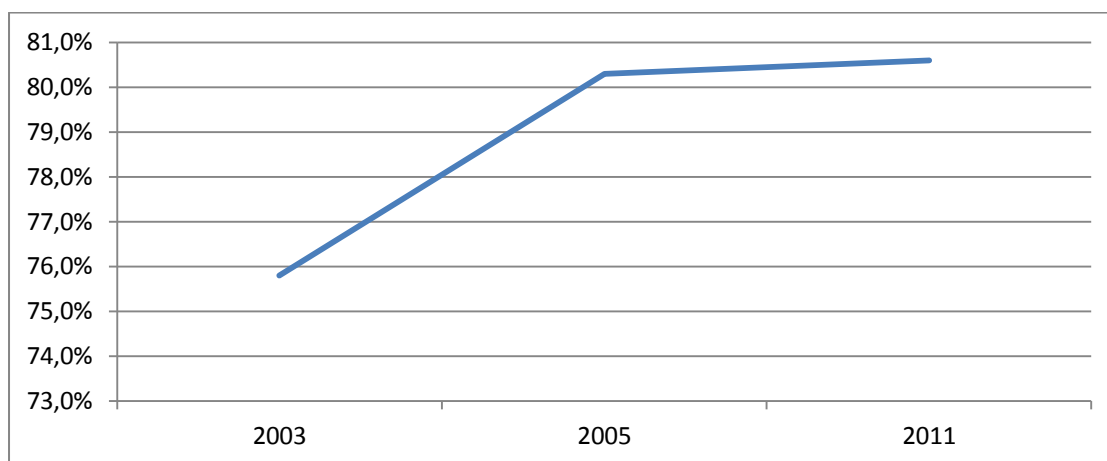
Tabel 62: Slaaphoudingen

Slaappositie	2003	%	2005	%	2011	%
Rug *	2189	75,8%	1124	80,3%	1577	80,6%
Zij *	188	6,5%	84	6,0%	80	4,1%
Buik	68	2,4%	42	3,0%	52	2,7%
Rug/zij *	304	10,5%	104	7,4%	186	9,5%
Rug/buik	40	1,4%	17	1,2%	18	0,9%
Buik/zij	17	0,6%	7	0,5%	14	0,7%
Rug/buik/zij	53	1,8%	20	1,4%	26	1,3%

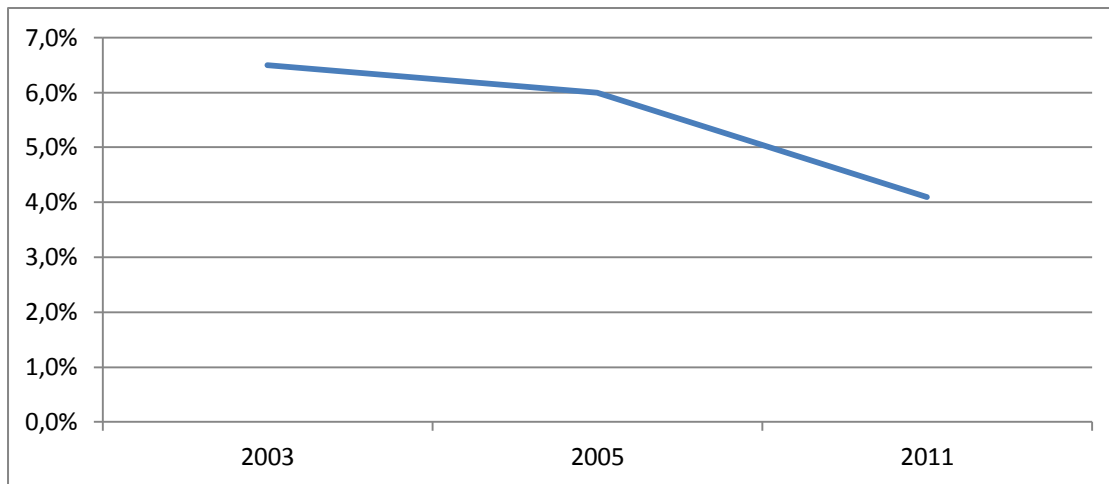
*Significante verschillen

Er zijn tussen de drie peiljaren significante verschillen voor het te slapen leggen op de rug (chi-kwadraat 20,3; $p < 0,001$), het te slapen leggen op de zij (chi-kwadraat 13,3; $p = 0,001$) en de combinatie van het te slapen leggen op de rug en de zij (chi-kwadraat 10,5; $p = 0,005$).

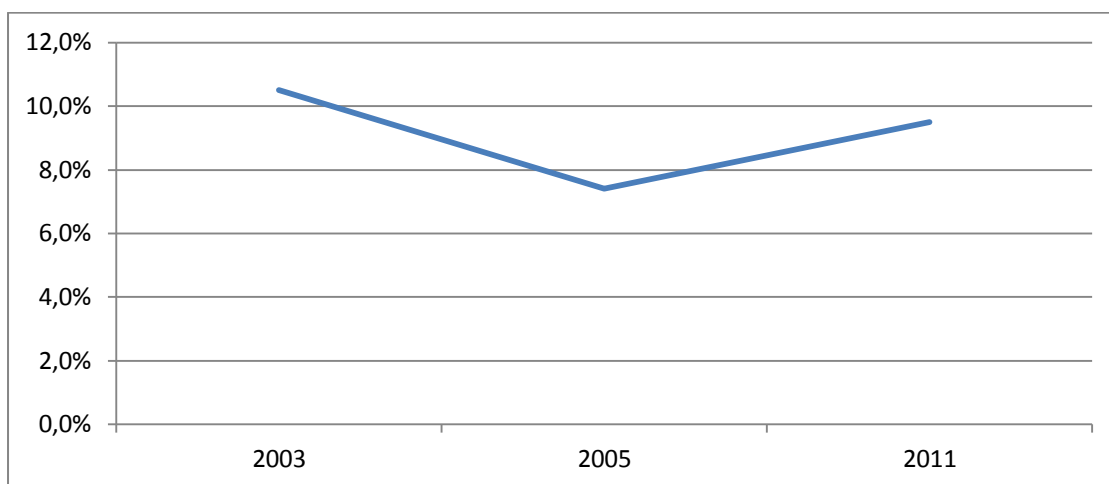
De onderstaande grafieken (figuur 54 tot en met 56) laten het verloop zien van deze drie slaaphoudingen in de tijd.



Figuur 54: Rugligging over de tijd



Figuur 55: Zijligging over de tijd



Figuur 56: Rug en zijligging over de tijd

6.2 Toedekking

Tabel 63, die het toedekken door de tijd weergeeft, laat zien dat het gebruik van een dekbed significant afneemt voor de periode 2005-2011 (chi-kwadraat 86,5; $p < 0,001$). Het gebruik van een deken in een dekbedhoes neemt door de tijd ook af. Ook het gebruik van een slaapzak neemt af door de tijd, terwijl het gebruik van een deken en een laken in de periode van 2005 naar 2011 significant gestegen is (chi-kwadraat 149,7; $p < 0,001$).

Het gebruik van een slaapzak in combinatie met een dekbedhoes daalt in de eerste periode en stijgt vervolgens tot 7,3% in 2011. Deze verschillen zijn significant (chi-kwadraat 96,3; $p < 0,001$). Het gebruik van een slaapzak in combinatie met een dekbed is over de jaren significant gedaald (chi-kwadraat 11,0; $p = 0,004$). De slaapzak in combinatie met een deken en een laken stijgt significant (chi-kwadraat 49,4; $p < 0,001$).

De overige, bijna, 6% van 2011 wordt gevuld door de ouders die aangeven het kind op een andere manier toe te dekken dan de onderstaande. De optie is echter in de andere onderzoeken niet gegeven, vandaar dat deze niet in de tabel opgenomen zijn.

Tabel 63: Toedekking over de tijd

	2003	%	2005	%	2011	%
Dekbed	125	7,1%	47	4,8%	44	2,2%
Deken in dekbedhoes	423	24,1%	105	10,8%	185	9,5%
Slaapzak	860	48,9%	311	31,9%	283	14,5%
Deken en laken			227	23,3%	690	35,3%
Slaapzak & dekbedhoes	273	15,5%	60	6,1%	142	7,3%
Slaapzak & dekbed	77	4,4%	25	2,6%	26	1,3%
Slaapzak & deken en laken			201	20,6%	474	24,2%

6.3. Slaaplocatie

Tabel 64 laat de percentages zien van de slaaplocaties van de kinderen. Uit de onderzoekspopulatie van 2005 zijn geen goed te interpreteren gegevens over de slaaplocatie naar voren gekomen. Daarom zijn deze niet opgenomen in de tabel. Een vergelijking tussen beide jaren (2003 en 2011) is niet mogelijk door het niet overeenkomen van de vraagstelling in beide onderzoeken.

Tabel 64: Slaapplaats naar jaartal

Slaapplaats	2003	%	2011	%
Eigen kamer	2037	70,5%	976	72,6%
Eigen bed op ouder slaapkamer	652	22,6%	282	21,0%
Bij een of beide ouders in bed	142	4,9%	20	1,5%
Eigen kamer + ouderlijke kamer			25	1,9%
Eigen kamer + ouderlijk bed			12	0,9%
Eigen kamer + ouderlijke kamer + ouderlijk bed			4	0,3%
Ouderlijke kamer + ouderlijk bed			26	1,9%

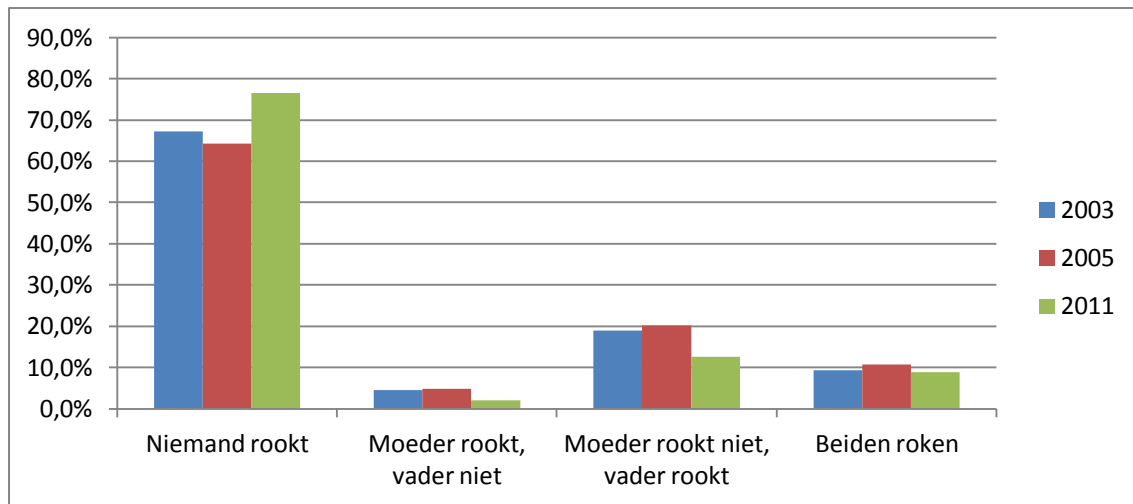
6.4. Roken

Figuur 57 toont de ontwikkeling van het rookgedrag van ouders in de loop van de jaren. Het aantal gezinnen waarin door geen van beide ouders wordt gerookt nam in de periode van 2003 naar 2005 licht af. In de periode van 2005 naar 2011 nam het percentage weer toe tot 76,5% van de gezinnen.

In de andere mogelijk combinaties van rookgedrag is te zien dat in 2011 het laagste percentage behaald wordt. Verder is te zien dat er in de minste gezinnen alleen de moeder rookt. En de meest voorkomende combinatie (waarbij gerookt wordt) is een gezin waarin alleen de vader rookt.

Verder is ook in alle mogelijke rookgedragingen te zien dat in de periode van 2003 naar 2005 het percentage stijgt, terwijl deze ook allemaal weer gedaald zijn in 2011 ten opzichte van 2005.

De verschillen in het rookgedrag tussen de verschillende jaren zijn significant gebleken (chi-kwadraat 381,7; $p < 0,001$).



Figuur 57: Rookgedrag naar jaartal

6.5. Melkvoeding

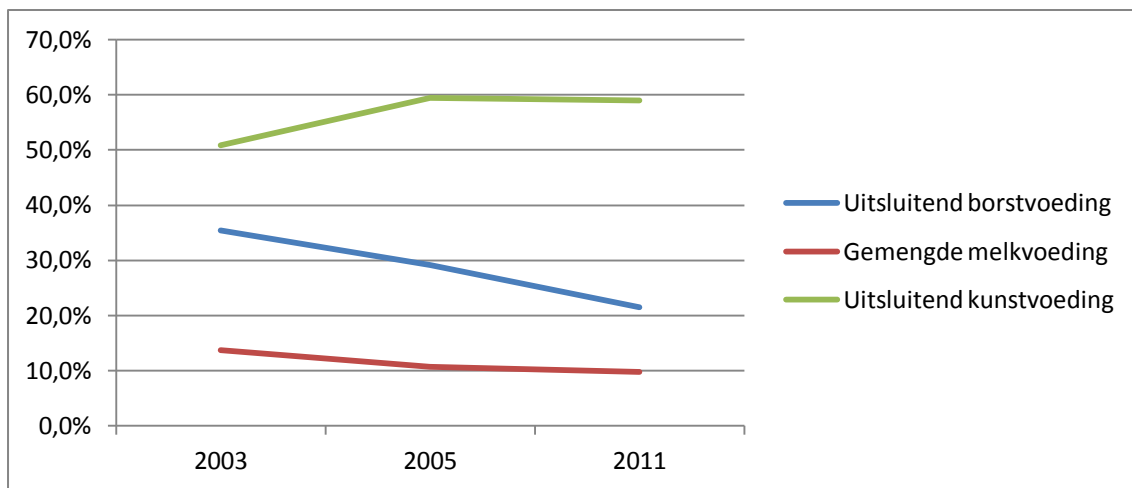
Figuur 58 laat zien hoe de melkvoeding die de kinderen in de onderzoekspopulatie krijgen zich ontwikkelt door de tijd. Te zien is dat in iedere peiling het grootste deel van de kinderen uitsluitend kunstvoeding krijgen. Figuren 59, 60 en 61 laten zien hoe de melkvoeding zich ontwikkelt door de jaren heen in verhouding tot de leeftijd van de kinderen.

Het percentage kinderen dat uitsluitend borstvoeding krijgt daalt met de jaren. Kreeg in 2003 nog 35,4% van de kinderen uitsluitend borstvoeding, in 2011 is dat gedaald tot 21,5%. Daarnaast is te zien dat het dalen van het percentage kinderen dat uitsluitend borstvoeding krijgt, naarmate de leeftijd stijgt, in de verschillende jaren ongeveer gelijk gaat. Afgezien van de piek die zich in 2003 vormt bij een leeftijd van acht maanden.

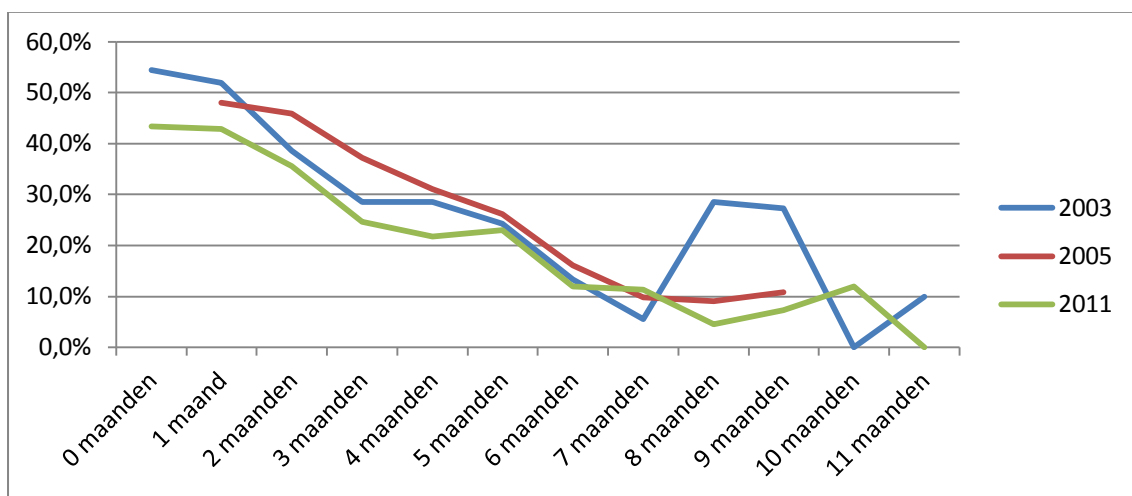
De combinatie van borstvoeding en kunstvoeding is in alle jaren het minst populair. Ook dit percentage daalt naarmate het jaartal oploopt. In acht jaar tijd is dit percentage met bijna 4% gedaald. Het verloop, rekening houdend met de leeftijd van het kind, door de jaren heen is grilliger.

Het stijgen van het percentage kinderen dat uitsluitend kunstvoeding krijgt, naarmate de leeftijd van het kind oploopt, loopt in alle jaren ongeveer volgens hetzelfde patroon.

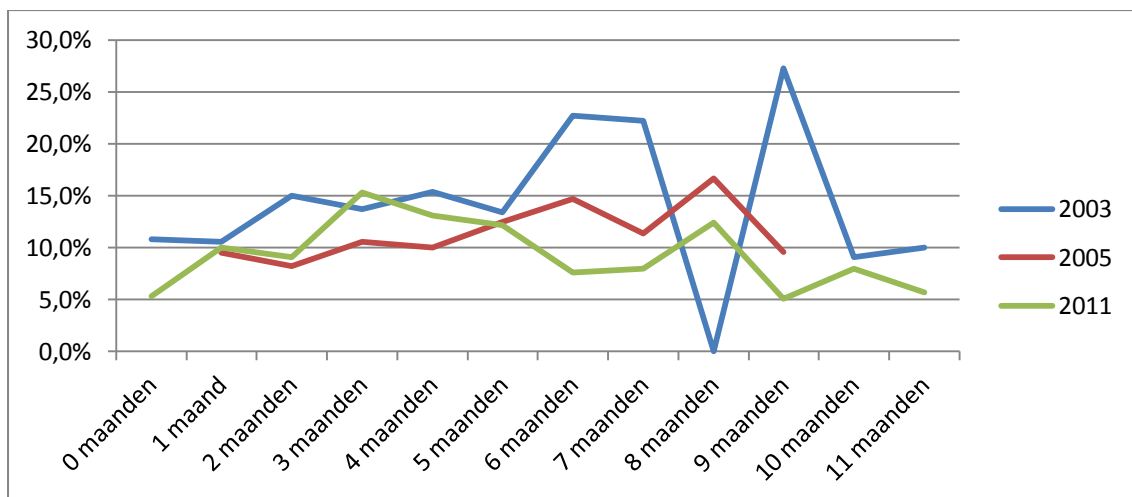
Voor alle vormen van melkvoeding geldt dat de onderlinge verschillen tussen de jaartallen significant zijn (borstvoeding chi-kwadraat 107,1; $p < 0,001$; combinatie chi-kwadraat 19,7; $p < 0,001$; kunstvoeding chi-kwadraat 44,7; $p < 0,001$).



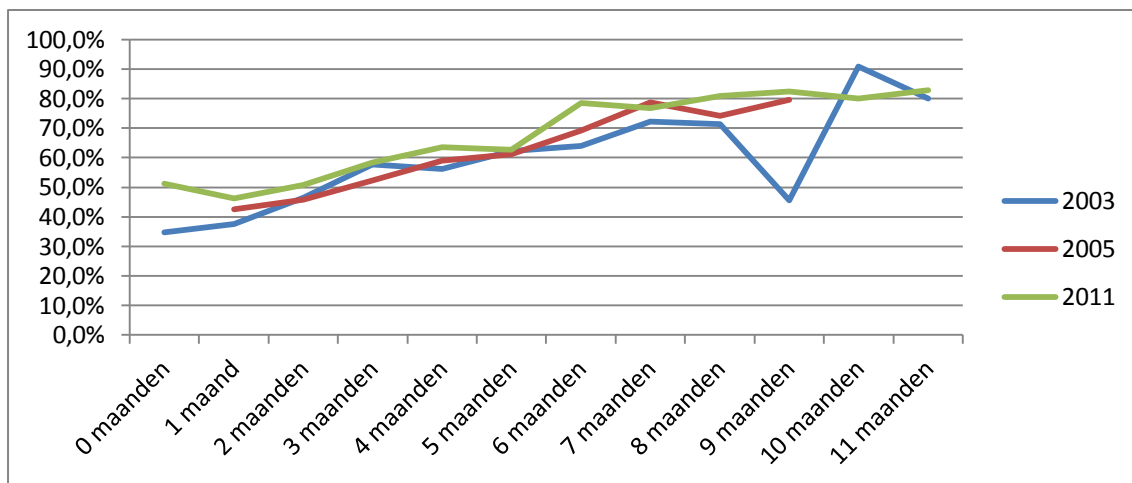
Figuur 58: Melkvoeding naar jaartal



Figuur 59: Borstvoeding naar jaartal en leeftijd



Figuur 60: Borst- en kunstvoeding naar jaartal en leeftijd



Figuur 61: Kunstvoeding naar jaartal en leeftijd

7. Discussie en conclusie

Dit onderzoek had tot doel het beschrijven van het gedrag dat ouders van jonge zuigelingen vertonen met betrekking tot de risicofactoren voor wiegendood. Dit is gedaan middels een schriftelijke peiling, waaraan uiteindelijk 1956 bruikbare respondenten deelnamen. Het onderzoek is in de afgelopen jaren een aantal keren in een vergelijkbare vorm uitgevoerd en daarmee is de mogelijkheid naar voren gekomen om de uitkomsten van de verschillende jaren met elkaar te vergelijken en mogelijk tot uitspraken te komen over veranderend of stabiel gedrag.

Algemene opmerkingen

Representativiteit

De verdeling van het aantal levendgeborenen in Nederland (per provincie en regio) wijkt iets af van de onderzoekspopulatie. Het grootste gedeelte van de vragenlijsten komt uit het westen van het land, terwijl het noorden niet vertegenwoordigd is in de onderzoekspopulatie. Naar verhouding tot het percentage levend geboren in het westen van het land zijn zij in de onderzoekspopulatie nog wel ondervertegenwoordigd. Ook het oosten van het land, dat niet in grote mate voorkomt in de onderzoekspopulatie, is ondervertegenwoordigd in verhouding tot de landelijke percentages. Het zuiden van het land is daarentegen oververtegenwoordigd.

De verdeling tussen geboren jongens en meisjes in de onderzoekspopulatie wijkt niet sterk af van de verdeling van de geboortes in Nederland. In de verdeling van de rangorde zijn kleine verschillen waargenomen tussen de verdeling van de onderzoekspopulatie en de verdeling binnen de levendgeborenen in Nederland. De eerstgeboren kinderen zijn lichtelijk oververtegenwoordigd in de onderzoekspopulatie (+5,4%). De andere twee groepen (2^e en 3^e en hoger) zijn licht ondervertegenwoordigd (-2,3% en -3,1%).

Het opleidingsniveau binnen de onderzoekspopulatie is ook anders verdeeld dan het opleidingsniveau van de populatie in Nederland. Het percentage hoog opgeleiden is in de onderzoekspopulatie hoger en het percentage laag opgeleiden is lager. Ook het percentage in de middencategorie is in de onderzoekspopulatie lager dan in Nederland.

Als laatste is het percentage autochtonen in de onderzoekspopulatie hoger dan in Nederland. Dit geldt voor zowel de vaders als de moeders.

Uit de vergelijkingen tussen de Nederlandse bevolking en de onderzoekspopulatie kan geconcludeerd worden dat de onderzoekspopulatie niet volledig vergelijkbaar is wat betreft de aspecten rangorde, opleidingsniveau en etniciteit. Door het hoge aantal respondenten in het onderzoek kunnen er toch uitspraken gedaan worden, die algemeen opgevat kunnen worden. In vervolganalyses (multivariate analyses) dient voor de eerder genoemde factoren gecorrigeerd te worden.

Selectiebias en betrouwbaarheid antwoorden

De methode die is gebruikt voor het verspreiden van de vragenlijsten kan selectiebias in de hand werken. Door het verspreiden van de vragenlijsten bij de medewerkers van de consultatiebureaus neer te leggen, wordt het onderzoek praktisch uitvoerbaar, maar daarmee ook tegelijk moeilijk te controleren. De instructie gaf aan dat alle opeenvolgende binnenkomende ouders van een vragenlijst voorzien moesten worden. Het is echter niet controleerbaar of dit daadwerkelijk gebeurd is.

Het invullen van de vragenlijsten kon ter plekke, of de lijst kon thuis ingevuld worden. Het invullen van de vragen kent in dit onderzoek geen controle en ondersteuning van, bijvoorbeeld, een medewerker van het consultatiebureau. Het alleen, al dan niet thuis, invullen van de vragenlijst kan ervoor gezorgd hebben dat er naar verhouding weinig allochtone en laag opgeleide respondenten in het onderzoek voorkomen. Allochtonen zouden moeite gehad kunnen hebben met de Nederlandse

vraagstelling en daardoor minder bereid of in staat zijn geweest de lijst in te vullen en in te leveren of op te sturen. Een andere verklaring voor het minder voorkomen van deze groepen in de onderzoekspopulatie kan het minder grote besef van het belang van het meewerken aan een dergelijk onderzoek zijn.

Het onderzoek is volledig gebaseerd op de antwoorden die in de vragenlijsten gegeven zijn. Dit vormt een risico voor de betrouwbaarheid van de resultaten. Ondanks dat de vragenlijsten anoniem behandeld worden en de ouders die de lijst invullen van te voren op de hoogte worden gebracht dat de gegeven antwoorden op geen enkele manier terug te voeren zijn naar de persoon die deze ingevuld heeft, blijft het risico van sociaal wenselijke antwoorden bestaan. Met name het rookgedrag en alcoholgebruik zal hier een risicovraag voor vormen. Ook de antwoorden over het type melkvoeding kunnen hierdoor beïnvloed zijn.

Statistische methoden

Er is in dit onderzoek geen correctie uitgevoerd voor de verschillen van de onderzoekspopulatie ten opzichte van de Nederlandse populatie. De representativiteit van de onderzoekspopulatie zou op een aantal punten beter kunnen, onder andere opleidingsniveau en etniciteit, en daarvoor zou een correctie gedaan kunnen worden. Dit is echter in dit onderzoek niet gebeurd.

Daarnaast is een groot aantal chi-kwadraat toetsen uitgevoerd in het onderzoek om een uitspraak te kunnen doen over de significantie van de verschillen tussen diverse groepen. Bij het gehanteerde betrouwbaarheidsniveau van 5% bij een chi-kwadraat toets is echter één op de twintig positieve uitkomsten (een significant verschil) niet daadwerkelijk een positieve uitkomst. Een aantal in dit onderzoek gevonden significante verschillen zal dus toch berusten op toeval. Het is echter niet aan te wijzen om welke uitkomsten het gaat.

Peiling 2011

Slaaphoudingen

80,6% van alle kinderen in de onderzoekspopulatie wordt 's nachts op de rug te slapen gelegd; 75,9% overdag en 73,0% zowel overdag als 's nachts. Meisjes worden significant vaker overdag en overdag plus 's nachts op de rug te slapen gelegd. Voor de kinderen die 's nachts op de rug worden gelegd blijkt dat dit percentage terugloopt naarmate de rangorde van het kind oploopt. In gezinnen waar beide ouders niet roken, worden kinderen het vaakst op de rug te slapen gelegd. In gezinnen waarin beide ouders roken, gebeurt dit het minst vaak. Laagopgeleide moeders leggen hun kinderen het minst vaak op de rug te slapen, net als allochtone moeders.

4,1% van alle kinderen wordt 's nachts op de zij te slapen gelegd; 4,1% overdag en 2,4% van de kinderen wordt zowel overdag als 's nachts op de zij te slapen gelegd. Kinderen met een rangorde van drie of hoger worden op alle momenten van de dag het vaakst op de zij te slapen gelegd. Allochtone moeders leggen hun kinderen overdag significant vaker op de zij te slapen dan autochtone moeders.

3,0% van de kinderen wordt overdag op de buik te slapen gelegd; 2,7% 's nachts en 2,3% van de kinderen wordt zowel overdag als 's nachts op de buik te slapen gelegd. Gezinnen waarin alleen de vader rookt leggen hun kind overdag het minst vaak op de buik te slapen. Gezinnen waarin beide ouders roken leggen hun kind overdag het vaakst op de buik te slapen. Middencategorie opgeleide moeders leggen hun kind het vaakst op de buik en hoog opgeleide moeders het minst vaak. Autochtone moeders leggen zowel overdag als 's nachts hun kind vaker op de buik te slapen dan allochtone moeders.

Toedekking

4,1% van de kinderen in de onderzoekspopulatie wordt toegedekt met een dekbed. Kinderen met een rangorde van drie of hoger worden significant vaker met een dekbed toegedekt dan kinderen met een lagere rangorde. Gezinnen waarin beide ouders niet roken doen dit het minst vaak. In gezinnen waarin alleen de moeder rookt, worden de kinderen het vaakst toegedekt met een dekbed. Hoogopgeleide moeders dekken hun kinderen het minst vaak met een dekbed toe en moeders met een laag opleidingsniveau doen dit het vaakst. Tot slot dekken allochtone moeders hun kinderen vaker met een dekbed toe dan autochtone moeders.

17,7% van de kinderen wordt toegedekt met een deken in een dekbedhoes. Het gebruik hiervan loopt op naarmate de rangorde van het kind oploopt. Hoogopgeleide moeders dekken hun kind het minst vaak met een deken in een dekbedhoes toe, terwijl laag opgeleide moeders dit het vaakst doen.

47,8% van de kinderen wordt met een slaap- of trappelzak te slapen gelegd. Naarmate de leeftijd van het kind oploopt, loopt ook het gebruik van een slaapzak op. Eerste kinderen worden vaker op deze manier toegedekt dan kinderen met een rangorde van drie of hoger. In gezinnen waar beide ouders roken, gebeurt dit het minst vaak. In gezinnen waar alleen de moeder rookt, gebeurt dit het vaakst. Hoog opgeleide moeders maken ook het meest gebruik van een slaap- of trappelzak.

Van een deken met een laken maakt 61,6% van de ouders gebruik om hun kind toe te dekken. Het percentage kinderen dat op deze manier toegedekt wordt neemt af naarmate de leeftijd van het kind oploopt. In gezinnen waar beide ouders niet roken wordt het vaakst gebruik gemaakt van deze manier om een kind toe te dekken. In gezinnen waar alleen de moeder rookt gebeurt dit het minst vaak. Hoog opgeleide moeders dekken hun kind ook het vaakst toe met een deken en een laken, net als autochtone moeders.

Een slaapzak met een deken en een laken is een combinatie waar 24,3% van de ouders gebruik van maakt om hun kind toe te dekken. Onder autochtone moeders is deze methode populairder dan onder allochtone moeders.

Slaapplaats

72,6% van de kinderen in het onderzoek slaapt op een eigen kamer. Daarnaast slaapt 3,1% van de kinderen op een eigen kamer in combinatie met een andere slaapplaats. Het gebruik van een eigen slaapkamer neemt tot een leeftijd van 5-6 maanden toe. Eerste kinderen slapen het vaakst in een eigen slaapkamer. Dit neemt af naarmate de rangorde oploopt. In gezinnen waar alleen de moeder rookt, slapen de meeste kinderen in een eigen slaapkamer. Gezinnen waarin alleen de vader rookt gebruiken dit het minst vaak als slaapplaats voor het kind. Laag opgeleide moeders gebruiken ook het minst vaak een eigen kamer als slaapplaats voor het kind, terwijl middencategorie opgeleide moeders dit het vaakst doen. Tenslotte maken autochtone moeders vaker gebruik van deze slaapplaats dan allochtone moeders.

Een eigen bed op de ouderlijke slaapkamer is voor 21,0% van de kinderen de slaapplaats. 4,1% van de kinderen wordt buiten deze slaapplaats ook elders te slapen gelegd. Allochtone moeders maken bijna twee keer zo vaak gebruik van deze plaats om het kind te slapen te leggen.

Slapen in het ouderlijke bed doet 1,5% van de kinderen. 3,1% van de kinderen slaapt naast in het ouderlijke bed ook elders. Allochtone moeders laten hun kind bijna zes keer zo vaker in het ouderlijke bed slapen dan autochtone moeders.

Andere verzorgingskenmerken

1,5% van de kinderen in de onderzoekspopulatie heeft een hoofdkussen tijdens het slapen. Kinderen uit gezinnen waarin alleen de vader rookt hebben het vaakst een hoofdkussen in het bed liggen. Allochtone moeders gebruiken naar verhouding twaalf keer zo vaak een hoofdkussen dan autochtone moeders.

55,9% van de kinderen krijgt een fopspeen. Meer jongens dan meisjes blijken een fopspeen te krijgen.

Inbakeren gebeurt bij 11,0% van de kinderen. Naarmate de leeftijd van het kind oploopt neemt het percentage kinderen dat ingebakerd wordt af. Gezinnen waarin beide ouders roken baken hun kind het vaakst in en gezinnen waarin alleen de vader rookt het minst vaak. Allochtone moeders baken hun kind vaker in dan autochtone moeders. Slechts een kwart van de ouders geven aan dat zij het inbaken hebben geleerd van een medewerker van het consultatiebureau. Van de ouders die aangeven het van iemand anders geleerd te hebben, heeft een kwart dit geleerd van een familielid.

47,2% van de kinderen wordt opgevangen, anders dan door de eigen ouders. Naarmate de leeftijd van het kind oploopt, neemt het percentage kinderen dat opgevangen wordt toe. Bij het oplopen van de rangorde neemt het gebruik van opvang af. Kinderen uit gezinnen waarin alleen de vader rookt worden het vaakst opgevangen, net als kinderen met een autochtone moeder.

Bijna een kwart van de kinderen krijgt uitsluitend borstvoeding. 64,3% van de kinderen krijgt uitsluitend kunstvoeding. Het gebruik van de verschillende typen melkvoeding verandert mee met de leeftijd van het kind. Naarmate de leeftijd oploopt, neemt het percentage kinderen dat uitsluitend borstvoeding krijgt af en neemt tegelijkertijd het percentage kinderen dat uitsluitend kunstvoeding krijgt toe. Daarnaast krijgen kinderen met een rangorde van drie of hoger het vaakst uitsluitend borstvoeding en eerste kinderen het vaakst uitsluitend kunstvoeding. In gezinnen waar beide ouders niet roken wordt het vaakst uitsluitend borstvoeding gegeven. In gezinnen waar beide ouders wel roken krijgen kinderen het vaakst uitsluitend kunstvoeding. Hoog opgeleiden maken vaker gebruik van borstvoeding en opgeleide moeders in de middencategorie en met een laagopleidingsniveau vaker van kunstvoeding. Tot slot geven meer allochtone moeders uitsluitend borstvoeding en autochtone moeders meer kunstvoeding.

Vergelijkbaarheid 2003, 2005 en 2011

Er is een aantal kenmerken waarop de verschillende onderzoekspopulaties vergeleken kunnen worden met elkaar en op basis waarvan een uitspraak kan worden gedaan over de onderlinge vergelijkbaarheid. Dit zijn de verdelingen van het geslacht, de rangordes en de leeftijden van de kinderen.

Kijkende naar de onderlinge verdeling van de geslachten in de onderzoekspopulaties blijkt dat de populatie van 2003 en 2011 goed met elkaar overeen komen. De populatie van 2005 heeft echter naar verhouding meer jongens.

Ook de verhoudingen van de rangordes in de populaties verschillen van elkaar. Zo komen de percentages eerste kinderen in de populaties van 2003 en 2011 redelijk met elkaar overeen maar zijn er in de populatie van 2005 veel minder van deze kinderen opgenomen. Bij de kinderen met een rangorde van twee komen de populaties van 2003 en 2005 goed met elkaar overeen, maar zijn er in de populatie van 2011 naar verhouding minder van deze kinderen. De percentages kinderen met een rangorde van drie of hoger komen in de populaties van 2003 en 2011 goed overeen maar in de populatie van 2005 zijn naar verhouding meer van deze kinderen opgenomen.

Kijkende naar de verdeling van de leeftijden van de kinderen in de verschillende populaties valt op dat er in de populatie van 2003 geen kinderen voorkomen die ouder zijn dan zeven maanden. Dit is te verklaren door de instructies die bij dat betreffende onderzoek zijn afgegeven. Deze instructies gaven aan alleen kinderen op te nemen tot en met een leeftijd van zes maanden. De verdelingen van de leeftijden in de populaties van 2005 en 2011 komen veel meer overeen.

Aangezien de onderzoekspopulaties uit de verschillende jaren niet volledig met elkaar overeen komen had er een correctie uitgevoerd kunnen worden voor de factoren waarop de populaties van elkaar verschillen. Dit is in dit onderzoek echter niet gedaan. In de toekomst zou bij een nieuw onderzoek hier rekening mee gehouden kunnen worden. Ook kan hiervoor in nadere analyses worden gecorrigeerd.

Gedrag door de jaren heen

Slaaphouding

Het op de rug te slapen leggen van het kind kent door de jaren heen een stijgende lijn. In 2003 werd nog 75,8% van de kinderen op deze manier te slapen gelegd, in 2005 was dit 80,3% en in 2011 is dit ongeveer stabiel gebleven op 80,6%. Het op de zij te slapen leggen kent een tegenovergesteld verloop. Het percentage kinderen dat op deze manier te slapen wordt gelegd loopt terug. In 2003 6,5%; in 2005 6,0% en in 2011 4,1% van de kinderen. Een wisselende houding van de rug en de zij daalde van 10,5% in 2003 naar 7,4% in 2005, maar steeg vervolgens naar 9,5% in 2011. Het te slapen leggen op de buik is door de jaren heen stabiel gebleven.

Toedekking

Het gebruik van een deken en een laken is in de periode van 2005 naar 2011 gestegen. Werd in 2005 23,3% van de kinderen op deze manier toegedekt, in 2011 is dit percentage gestegen tot 35,3%. Het percentage kinderen dat met een slaapzak in combinatie met een deken en een laken wordt toegedekt neemt toe. In 2005 werd 20,6% van de kinderen op deze manier toegedekt en in 2011 is dit gestegen tot 24,2% van de kinderen. Het dekbedgebruik is significant afgenomen in de periode 2005-2011.

Roken

Waar het aantal niet rokende ouders in 2005 was gedaald ten opzichte van 2003 (67,3% naar 64,2%) steeg dit percentage in 2011 weer naar een hoger percentage dan in 2003, namelijk 76,5%. Het percentage gezinnen waarin beide ouders wel roken nam in de periode van 2003 (9,3%) naar 2005 (10,8%) toe. Dit percentage nam echter in 2011 af tot 8,9%. Het percentage gezinnen waarin alleen de moeder rookt is door de tijd wel afgenomen. In 2003 rookte in 4,4% van de gezinnen alleen de moeder, in 2005 was dit 4,8% en in 2011 nog maar 2,1%. Ook het percentage gezinnen waarin alleen de vader rookt is afgenomen. In 2003 rookte in 19,0% van de gezinnen alleen de vader, in 2005 in 20,2% en in 2011 in 12,6% van de gezinnen. Wat opvalt aan het verloop van de percentages rokende ouders is dat in zowel het geval van een rokende moeder, als een rokende vader, als twee rokende ouders het percentage in 2005 ten opzichte van 2003 gestegen is, maar dat ook in alle gevallen in 2011 het percentage is gedaald ten opzichte van 2005 en 2003. Samengevat komt het erop neer dat bijna een kwart van de kinderen binnen het onderzoek worden blootgesteld aan het gevaar van meeroken door één of beide ouders.

Melkvoeding

Het percentage kinderen dat uitsluitend borstvoeding krijgt is door de jaren heen afgenomen. In 2003 kreeg 35,4% van de kinderen uitsluitend borstvoeding. In 2005 kreeg 29,2% uitsluitend borstvoeding en in 2011 is dit nog verder gedaald naar 21,5%. Het percentage kinderen dat

uitsluitend kunstvoeding krijgt is toegenomen. In 2003 kreeg 50,8% van de kinderen uitsluitend kunstvoeding, in 2005 59,4% en in 2011 59%. Een mix van borst- en kunstvoeding kreeg in 2003 13,7% van de kinderen, in 2005 10,7% en in 2011 9,8%.

Een deel van de afname van het percentage kinderen dat borstvoeding krijgt in de periode van 2003 naar 2005 zou te verklaren kunnen zijn aan de hand van de leeftijdsverdeling in de populatie van 2003. Hierin zaten uitsluitend kinderen tot een leeftijd van zeven maanden, terwijl in de populatie van 2005 kinderen tot en met een leeftijd van tien maanden voorkomen. De leeftijd lijkt echter geen verklaring te kunnen geven voor de verschillen in de periode van 2005 en 2011. De leeftijdsverdeling komt in deze populaties vrijwel overeen.

Conclusie

Uit de beschrijving van de peiling en de vergelijking van de gegevens van de verschillende jaren kan opgemaakt worden dat bepaalde risicofactoren en risicogroepen extra aandacht verdienen in de preventie van wiegendood.

De slaaphouding blijft aandacht nodig hebben. Een op de vijf kinderen wordt nog altijd niet op de rug te slapen gelegd. Ondanks dat de vergelijking door de tijd heen wel uitwijst dat het percentage kinderen dat op de rug te slapen wordt gelegd toeneemt. De toename in 2011 ten opzichte van 2005 zeer klein geweest .

Ook het materiaal waarmee het kind wordt toegedekt moet aandacht behouden. 4,1% van alle kinderen wordt met een dekbed toegedekt. Dit percentage zou lager kunnen.

Het stijgen van het gebruik van een deken in een dekbedhoes laat zien dat hier extra aandacht aan besteed moet worden. Dit is een veilige manier van toedekken, mits de deken niet dubbel gevouwen in de hoes zit, anders vormt deze methode dezelfde gevaren als een dekbed.

De gevaren van het slapen bij de ouder(s) in bed moet ook meer aandacht krijgen. De verschillende onderzoeken laten zien dat het percentage kinderen dat bij de ouder(s) in bed slaapt toeneemt, terwijl het ouderlijke bed een erg gevaarlijke omgeving is voor het kind om te slapen. Het slapen in een eigen bedje op de ouderlijke kamer zou verder gestimuleerd moeten worden. Na een stijging van het percentage kinderen dat op deze plek te slapen wordt gelegd is in 2011 weer een daling ingezet. Toch blijft het percentage kinderen dat bij de ouders in bed te slapen wordt gelegd ook in 2011 hoger dan in 2003, ondanks de grote daling ten opzichte van het percentage in 2005.

Het rookgedrag van de ouders gaat de goede kant op. Ondanks dat in veel gevallen in 2005 de percentages rokende ouders zijn toegenomen, zijn ze in 2011 allemaal ook weer afgenomen. Het blijft belangrijk dat er voldoende aandacht blijft voor het niet roken in de buurt van het kind.

Inbakeren wordt niet altijd volgens advies aangeleerd en wordt te lang doorgevoerd. Slechts ruim een kwart van de ouders geeft aan het inbakeren geleerd te hebben van een medewerker van het consultatiebureau. Dat houdt in dat bijna drie kwart van de ouders, tegen de adviezen in, het inbakeren op een andere manier leert. Daarnaast wordt 1,8% van de kinderen van zes maand en ouder, tegen de adviezen in, nog altijd ingebakerd. Gezinnen waarin beide ouders roken bakeren het kind het vaakst in ten opzichte van de andere ouders en gezinnen waarin alleen de vader rookt het minst.

Ten slotte lijkt de trend door te zetten dat er steeds minder borstvoeding wordt gegeven aan de kinderen en steeds vaker (en waarschijnlijk eerder) wordt overgestapt naar kunstvoeding. En dat terwijl borstvoeding, niet alleen voor bescherming tegen wiegendood maar ook voor tal van andere factoren, een gunstig effect heeft op het kind.

Uit het onderzoek komt naar voren dat er zich een tweetal belangrijke risicogroepen vormen in de preventie van wiegendood. Het gaat hierbij om allochtone moeders en laag opgeleide moeders. Zij vertonen over het algemeen meer risicovol gedrag en minder beschermend gedrag. Hieruit zou kunnen worden afgeleid dat zij, ondanks dat zij dezelfde informatie tot hun beschikking hebben, deze minder goed omzetten in minder risicovol gedrag en meer beschermend gedrag.

8. Aanbevelingen

Huidige preventie programma

Naar aanleiding van de conclusies van het onderzoek zijn er een aantal aanbevelingen geformuleerd. Deze staan hier onder op een rijtje.

- Extra aandacht voor de slaaphouding;
- Extra aandacht voor het toedekken op de meest veilige manier;
- Extra aandacht voor het wijzen op de grote gevaren van het slapen in het ouderlijke bed door het kind;
- Aandacht blijven houden voor het belang van het niet roken in het algemeen, of in ieder geval niet in de buurt van het kind;
- Stimulatie van het geven van borstvoeding;
- Extra aandacht voor het veilig inbakeren;
- Extra aandacht en wellicht een apart preventieprogramma voor de risicogroepen (allochtone vrouwen en laag opgeleide vrouwen).

Toekomstig onderzoek

Ook voor onderzoek dat eventueel in de toekomst uitgevoerd kan worden zijn een aantal aanbevelingen naar voren gekomen uit zaken die in het huidige onderzoek onvoldoende (of overmatig) belicht of gebruikt zijn.

Er moet bij het maken van de vragenlijst goed gelet worden op de toegevoegde waarde van een vraag. Wanneer deze van weinig tot geen toegevoegde waarde blijkt te zijn, kan deze wellicht beter vervangen worden voor een meer waardevolle vraag. Zo werd er in de vragenlijst gevraagd naar het geboortegewicht van het kind. Echter werd er niet gevraagd naar de zwangerschapsduur of de lengte van het kind. Hierdoor is de informatie van geringe waarde geweest voor de verwerking en interpretatie van de gegevens die uit het onderzoek naar voren komen.

Bij de distributie en inname van de vragenlijsten kan kritischer gekeken worden naar de verdeling over het land. Wanneer blijkt dat een bepaalde regio of provincie ondervertegenwoordigd (of helemaal niet voorkomt) is zou er een herinnering gestuurd kunnen worden. In dit onderzoek is geen enkele vorm van follow-up gedaan in een poging tot een grotere respons te komen.

In de statistische analyse van het onderzoek moet er kritischer gekeken worden naar het aantal toetsen dat uitgevoerd wordt met de intentie iets te zeggen over de significantie van verschillen tussen groepen. Hierbij moet in het achterhoofd gehouden worden dat een op de twintig uitspraken op basis van de toetsen niet correct is.

Daarnaast kan in aanvullende analyses ook gecorrigeerd worden voor de verschillen in de kenmerken van de onderzoekspopulatie(s) (onder andere opleidingsniveau en etniciteit). Hiermee worden de uitkomsten van het onderzoek beter te generaliseren over het hele land.

Als laatste is het aan te bevelen om in de toekomst onderzoek uit te voeren naar de meest geschikte en effectieve methode voor de preventie van wiegendoed bij lager opgeleiden en allochtone vrouwen. Deze groepen blijken, zoals eerder genoemd, meer risico- en minder beschermend gedrag te vertonen. Onderzocht zou moeten worden welke (alternatieve) preventiemaatregelen bij deze groepen ervoor zorgen dat de verstrekte informatie beter omgezet wordt naar het gewenste gedrag.

9. Referenties

- Alm, B., Möllborg, P., Erdes, L., Pettersson, R., Aberg, N., Norvenius, G. & Wennergren, G. (2006). SIDS risk factors and factors associated with prone sleeping in Sweden. *Archives of disease in childhood- BMJ journal* (91 (11)), 915-919.
- Ateah, C.A. & Hamelin, K.J. (2008). Maternal bedsharing practices, experiences, and awareness of risks. *Journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing*. (vol 37; issue 3), 274-281.
- Babbie, E. (2007) *The practice of social research*. Belmont; Thomson Wadsworth.
- Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten; Bohn Stafleu van Loghum.
- Bouter, L.M., Dongen, van, M.C.J.M. & Zielhuis, G.A. (2005). *Epidemiologisch onderzoek; opzet en interpretatie*. Houten; Bohn Stafleu van Loghum.
- Brand, P.L.P. (2005). Wiegendood: de tijden veranderen. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* (149; 23), 1254-1256.
- CBO/MWR (2005). *Consensus preventie van wiegendood*. Utrecht; Centraal begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). *Begrippen*. Verkregen op 15-07-2011 van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=37>.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). *Beroepsbevolking; behaalde onderwijs naar herkomst geslacht en leeftijd*. Verkregen op 24-05-2011 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71822NED&D1=0&D2=1-2&D3=0&D4=0-4&D5=a&D6=0&D7=l&HDR=T,G2,G1,G5,G6&STB=G4,G3&VW=T>.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). *Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en herkomstgroepering, 1 januari*. Verkregen op 30-05-2011 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/default.aspx?DM=SLNL&PA=37325&D1=0&D2=a&D3=0&D4=0&D5=1-4%2c137%2c152%2c215%2c232&D6=14-15&HDR=T%2cG2%2cG3%2cG5&STB=G1%2cG4&VW=D>.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). *Bevolkingsontwikkeling; levendgeborenen, overleden en migratie per regio*. Verkregen op 24-05-2011 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/default.aspx?DM=SLNL&PA=37259ned&D1=1&D2=1-2&D3=0-16&D4=47-49&HDR=T&STB=G2%2cG1%2cG3&VW=T>.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). *Geboorte naar diverse kenmerken*. Verkregen op 30-05-2011 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37422ned&D1=0,3,7-14,36-39&D2=57-59&HDR=T&STB=G1&VW=T>.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). *Sterfte; kinderen tot 5 jaar naar diverse kenmerken*. Verkregen op 26-4-2011 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/default.aspx?DM=SLNL&PA=60026ned&D1=181&D2=a&STB=G1%2cT&CHARTTYPE=3&VW=T>.
- Encyclo (z.d.). *Opzoeken: pariteit*. Verkregen op 09-05-2011 van <http://www.encyclo.nl/begrip/pariteit>.
- Fleming P.J., Blair, P.S., Pollard, K., Platt, M.W., Leach, C., Smith, I., e.a. (1999). Pacifier use and SIDS: results from the CESDI/SUDI case control study. *Arch Dis Child* 1999; 81:112-6.

Hagen, van, E.E., Wouwe, van, J.P., Buuren, van, S., Burgmeijer, R.J.F., Hirasing, R.A. & Jonge, de, G.A. (2000). *Peiling veilig slapen 1999*. Leiden: TNO-PG, 2000.

Huizingh, E. (2006). *Inleiding SPSS 14.0 voor Windows en Data Entry*. Den Haag; Sdu Uitgevers BV.

Jonge, de, G.A. & Hoogenboezem, J. (2005). Epidemiologie van 25 jaar wiegendood in Nederland; incidentie van wiegendood en prevalentie van risicofactoren in 1980-2004. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* (2005; 149), 1273-8.

Jonge, de, G.A., L'Hoir, M.P., Ruys, J.H. & Semmekrot, B.A. (2002). *Wiegendood; ervaringen en inzichten*. Den Haag; Pasmans.

Jonge, de, G.A. & Semmekrot, B.A. (2005). Wiegendood in een box. *Nederlands tijdschrift geneeskunde* (2005;149), 1279-82.

Jonge, de, G.A. & Verboon, F.C. (2006). Risicofactoren voor wiegendood: peiling 2005. *Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg* (december 2006), 129-130.

Liebrechts-Akkerman, G., Lao, O., Lui, F., Sleuwen, van, B.E., Engelberts, A.C., L'Hoir, P.L., Tiemeier, H.W. & Mayser, M. (2010). Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. *European journal of pediatrics*; doi: 10.1007/s00431-011-1433-6.

Maat, B. (2008). Preventie van spontane preterme geboorte. *Medisch farmaceutische mededelingen* 2;24-25.

McGarvey, C., McDonnell, M., Chong, A., O'Regan, M. & Matthews, T. (2003). Factors relating to the infant's last sleep environment in sudden infant death syndrome in the Republic of Ireland. *Archives of disease in childhood*. BMJ 2003;88:1058-64.

Mitchell, E.A., Taylor, B.J., Ford, R.P.K., Stewart, A.W., Becroft, D.M.O., Thompson, J.M.D. e.a. (1993). Dummies and SIDS. *Arch Dis Child* 1993; 68:501-4.

Mitchell, E.A., Tuohy, P.G., Brunt, J.M., Thompson, J.M.D., Clemens, M.S. & Stewart, A.W., e.a. (1997). Risk factors for SIDS following the prevention campaign in New Zealand: a prospective study. *Pediatrics* 1997; 100:835-40.

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2010). *Sociaal economische gezondheidsverschillen*. Verkregen op 15-06-2011 van <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/segv/wat-is-sociaaleconomische-status/>

Office for national statistics (2002). *Infant mortality*. Verkregen op 26-05-2011 van <http://www.statistics.gov.uk/StatBase/ssdataset.asp?vlnk=5223&More=Y>.

Punch, K.F. (2006) *Developing effective research proposals*. Londen; SAGE Publications Ltd.

Ryckewaert-D'Halluin, A., Roussey, M., Branger, B., Venisse, A. & Pladys, P. (2010). Formative evaluation to improve prevention of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS): a prospective study. *Acta Paediatrica* (accepted article); doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02331-x.

Ruys, J.H., Engelberts, A.C. & Velzen-Mol, van, H.W.M. (2007). *Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde Richtlijn Preventie Wiegendood*. Verkregen op 25-05-2011 van <http://www.nvk.pedinet.nl/pdfs/lww.pdf>.

Schaijk, van, M., Lanting, C.I., Wouwe, van, J.P., Engelberts, A.C. & L'Hoir, M.P. (2006). *Peiling risicofactoren wiegendood bij zuigelingen november 2002- april 2003*. Leiden: TNO-PG.

SIDS.org (2009). *U.S. Annual SIDS Rate per 1000 Live Births*. Verkregen op 26-05-2011 van <http://www.sids.org/nannualrates.htm>.

Stichting wiegedood (z.d.). *Producten veilig/onveilig; Dekbedhoes met dekentje*. Verkregen op 23-08-2011 van <http://www.wiegedood.nl/modules/content/index.php?section=251&contentID=144>.

Stichting wiegedood (z.d.). *Producten veilig/onveilig; Inbakerproducten*. Verkregen op 13-07-2011 van <http://www.wiegedood.nl/modules/content/index.php?section=251&contentID=122>.

Stichting wiegedood (z.d.). *Producten veilig/onveilig; Puckababy of Bakerzak*. Verkregen op 02-05-2011 van <http://www.wiegedood.nl/modules/content/index.php?section=252&contentID=92>.

Vennemann, M.M., Bajanowski, T., Brinkmann, B., Jorch, G., Sauerland, C., Mitchell, E.A. & the GeSID Study Group (2011). *Sleep environment risk factors for sudden infant death syndrome: The German sudden infant death syndrome study*. Verkregen op 26-05-2011 van <http://pediatrics.aappublications.org/content/123/4/1162.long>.

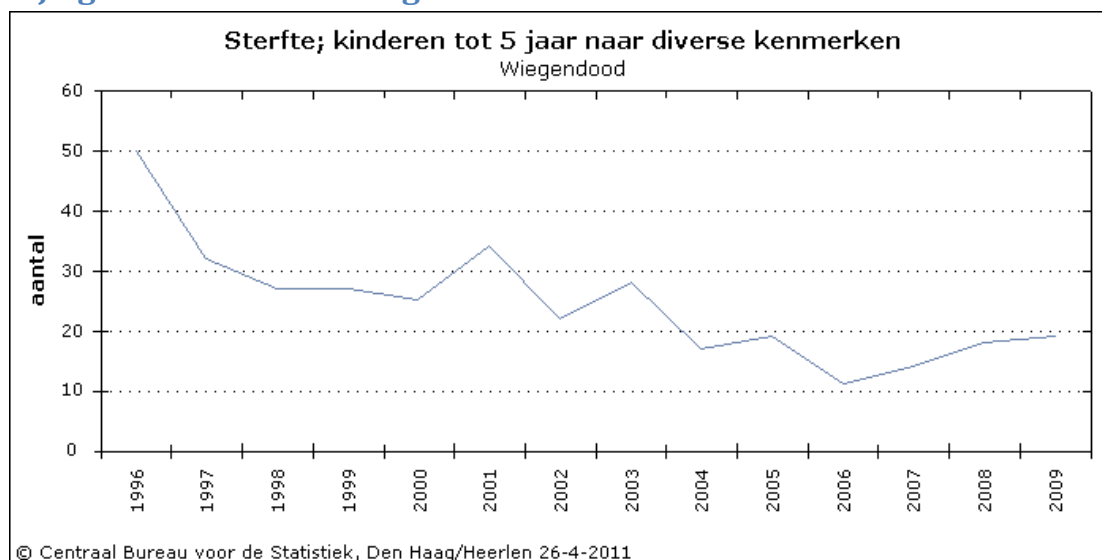
www.inbakeren.nl (z.d.). *Inbakeren afbouwen*. Verkregen op 23-08-2011 van <http://www.inbakeren.nl/afbouwen.htm>.

www.inbakeren.nl (z.d.). *Wat is inbakeren?* Verkregen op 02-05-2011 van <http://www.inbakeren.nl/watisinbakeren.htm>

www.puckababy.com (z.d.). *Uitleg*. Verkregen op 02-05-2011 van <http://www.puckababy.com/nl/shop/The+Original/uitleg>.

Bijlagen

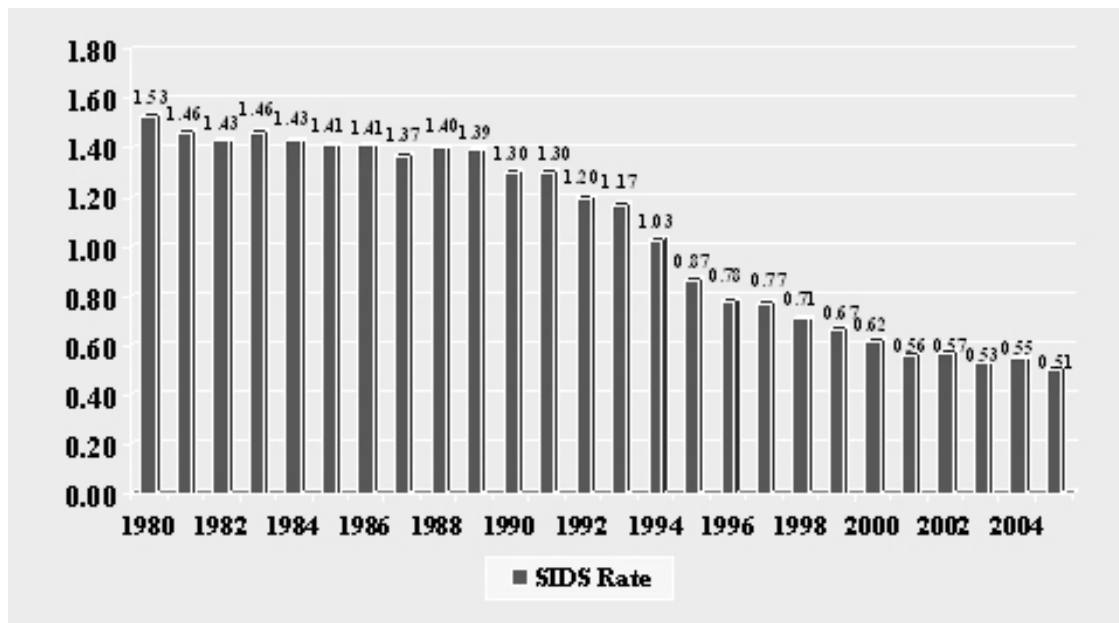
Bijlage A: “Incidentie wiegendood”



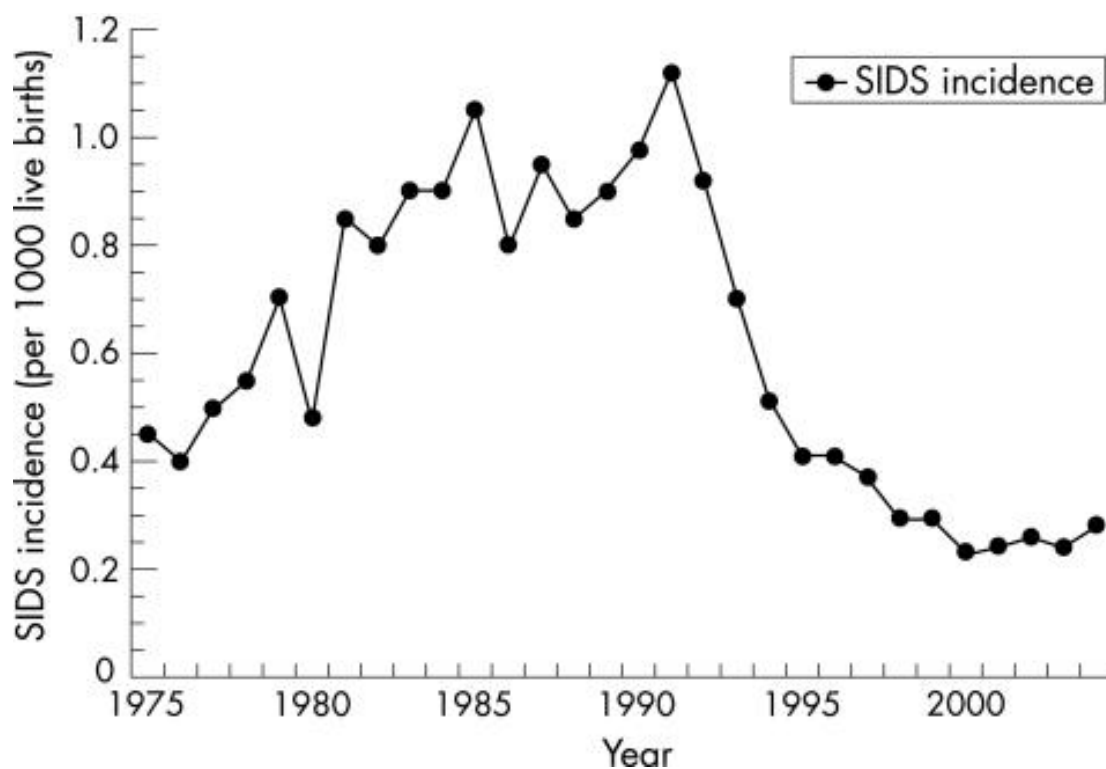
Figuur 62: Wiegendood incidentie in Nederland

Onderwerpen	Doodsoorzaak bij 0-jarigen
	Wiegendood
Perioden	aantal
1996	50
1997	32
1998	27
1999	27
2000	25
2001	34
2002	22
2003	28
2004	17
2005	19
2006	11
2007	14
2008	18
2009	19
© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen 26-4-2011	

Tabel 65: Wiegendood incidentie in Nederland



Figuur 63: SIDS incidentie in Zweden



Figuur 64: SIDS incidentie in Amerika

Vragenlijst 2010/2011



Landelijke Peiling Veilig Slapen 2010/2011



VRAGENLIJST

1. Datum waarop deze vragenlijst wordt ingevuld	/...../.....
2. Wat is de geboortedatum van uw kind?	/...../.....
3. Wat is het geslacht van uw kind?	☐ jongen ☐ meisje
4. Het hoeveelste kind is dit van deze moeder?	☐ eerste kind ☐ tweede kind ☐ derde kind of hoger
5. Wat was het geboortegewicht?	 gram ☐ onbekend
6. In welke houding is uw kind in de laatste 4 weken 's nachts te slapen gelegd?	☐ gewoonlijk op de rug ☐ gewoonlijk op een zij ☐ gewoonlijk op de buik ☐ wisselend op de rug en een zij ☐ wisselend op de rug en de buik ☐ wisselend op een zij en de buik ☐ wisselend op de rug en de buik en een zij
7. In welke houding is uw kind in de laatste 4 weken overdag te slapen gelegd?	☐ gewoonlijk op de rug ☐ gewoonlijk op een zij ☐ gewoonlijk op de buik ☐ wisselend op de rug en een zij ☐ wisselend op de rug en de buik ☐ wisselend op een zij en de buik ☐ wisselend op de rug en de buik en een zij
8. Waarmee werd uw kind de afgelopen nacht toegedekt? <i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	☐ deken(s) met laken ☐ deken in een (dekbed)hoes ☐ dekbed ☐ slaapzak, trappelsak ☐ anders, namelijk: ☐ onbekend
9. Slaapt uw kind gewoonlijk met een hoofdkussen(tje)?	☐ nee ☐ ja ☐ onbekend
10. Wordt uw kind met een fopspeen te slapen gelegd?	☐ nee ☐ ja, maar niet tijdens elke slaap ☐ ja, tijdens elke slaap ☐ onbekend
11. Slaapt uw kind 's nachts gewoonlijk	
a) op een kamer zonder ouder?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend
b) op de ouderslaapkamer in een eigen bed?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend
c) bij 1 of beide ouders in bed?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend
12. Bent u in de laatste 4 weken wel eens samen met uw kind in slaap gevallen? <i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	☐ nee ☐ ja ☐ in bed ☐ op de bank ☐ op een stoel ☐ op een andere plek, namelijk

13. Maakte u de laatste 7 dagen gebruik van een crèche of oppasadres? Meerdere antwoorden mogelijk	☐ ja, van een crèche:uur in de week ☐ ja, van een oppasadres: uur in de week ☐ ja, van een familielid:uur in de week ☐ nee ☐ onbekend
14. Wordt er gebruik gemaakt van hulpmiddelen om uw kind in een gewenste slaaphouding te fixeren?	☐ nee ☐ ja, namelijk ☐ wiggen ☐ rolletjes ☐ riem door slaapzak ☐ safe-T-sleep / Snoozzz ☐ anders, namelijk
15. Gebruikt u gewoonlijk een box voor uw kind?	☐ nee ☐ ja, om te spelen ☐ ja, om te spelen én te slapen
16. Hoeveel tijd zit uw kind gemiddeld per dag in een wipstoel of maxi-cosi? Wilt u alstublieft alle keren per dag bij elkaar optellen?	☐ minder dan een half uur ☐ tussen een half uur en 2 uur ☐ tussen 2 en 4 uur ☐ meer dan 4 uur
17. Hoe lang ligt uw kind gemiddeld per dag onder toezicht op de zij of de buik om te spelen? Wilt u alstublieft alle keren per dag bij elkaar optellen? Meerdere antwoorden mogelijk	☐ nooit op de zij of de buik ☐ op de zij gemiddeld 0-10 minuten per dag ☐ op de zij gemiddeld 11-20 minuten per dag ☐ op de zij gemiddeld 21-30 minuten per dag ☐ op de zij gemiddeld meer dan 30 minuten per dag ☐ op de buik gemiddeld 0-10 minuten per dag ☐ op de buik gemiddeld 11-20 minuten per dag ☐ op de buik gemiddeld 21-30 minuten per dag ☐ op de buik gemiddeld meer dan 30 minuten per dag
18. Is bij uw kind een voorkeurshouding vastgesteld? Voorkeurshouding betekent dat het kind of met het hoofd steeds naar links of steeds naar rechts gedraaid ligt.	☐ nee ☐ ja, met het hoofd naar rechts gedraaid (vanuit het kind gezien) ☐ ja, met het hoofd naar links gedraaid (vanuit het kind gezien)
19. Is bij uw kind een afplatting van het hoofd vastgesteld? Meerdere antwoorden mogelijk	☐ nee ☐ ja, aan achterzijde van het hoofd, vanuit het kind gezien ☐ midden achter ☐ rechts achter ☐ links achter ☐ ja, aan de voorzijde van het hoofd, vanuit het kind gezien ☐ rechts voor ☐ links voor
20. Wordt uw kind gewoonlijk ingebakerd tijdens het slapen?	☐ nee ☐ ja, zowel 's nachts als overdag ☐ onbekend ☐ ja, alleen 's nachts ☐ ja, alleen overdag
21. Van wie heeft u het inbakeren geleerd?	☐ van een medewerker van het consultatiebureau ☐ zelf geleerd uit een boekje, namelijk (titel) ☐ van iemand anders, namelijk ☐ op een andere manier, namelijk

22. Hoe oud was uw kind toen u begon met inbakeren?	 weken	☐ niet van toepassing
23. Hoe oud was uw baby toen u gestopt bent met inbakeren?	 weken/maanden	☐ nog niet gestopt ☐ niet van toepassing
24. Is uw kind wel eens naar de buik gedraaid terwijl hij/zij ingebakerd was?	☐ nee, nooit ☐ ja, voor het eerst op de leeftijd van maanden ☐ niet van toepassing	
25. Welke melkvoeding krijgt uw kind op dit moment?	☐ uitsluitend borstvoeding ☐ zowel borstvoeding als kunstvoeding ☐ uitsluitend kunstvoeding ☐ anders.....	
26. Rookt moeder / vader?	Moeder ☐ nee ☐ ja, gemiddeldsigaretten per dag ☐ onbekend	Vader ☐ nee ☐ ja, gemiddeldsigaretten per dag ☐ onbekend
27. Hoeveel glazen met alcohol heeft u gisteravond gedronken?	Moeder glazen	Vader glazen
28. Tot welke etnische groepering rekenen de ouders zichzelf?	Moeder ☐ Nederlands ☐ Marokkaans ☐ Antilliaans ☐ Turks ☐ Surinaams ☐ Zuid Europees (Grieks, Italiaans, etc.) ☐ Overig, namelijk:	Vader ☐ Nederlands ☐ Marokkaans ☐ Antilliaans ☐ Turks ☐ Surinaams ☐ Zuid Europees (Grieks, Italiaans, etc.) ☐ Overig, namelijk:
29. Welke is de hoogst afgemaakte opleiding?	Moeder ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Vader ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

De Stichting Wiegedood, de Landelijke Werkgroep Wiegedood en TNO Kwaliteit van Leven zijn ouders en consultatiebureau medewerkers zeer erkentelijk voor hun medewerking!

Opmerkingen n.a.v. deze vragenlijst:

Bijlage C : “Correspondentie rond respondenten”

Brief JGZ instellingen peiling wiegendood

TNO Kwaliteit van Leven

Retouradres: Postbus 2215, 2301 CE LEIDEN

De Zorggroep, Groene Kruis Thuiszorg
mevrouw Y. Faas
Postbus 694
5900 AR VENLO

Onderwerp
Peiling Veilig Slapen 2010

Geachte heer, mevrouw,

In 2007 is voor het laatst een (verkorte) peiling uitgezet naar verzorgingsfactoren van baby's in relatie tot de preventie van wiegendood, de zogenaamde **Peiling Veilig Slapen**. Uw organisatie heeft destijds mogelijk ook meegewerkt aan één van de eerdere peilingen. Door het uitvoeren van landelijke peilingen hebben we in Nederland vroegtijdig nieuwe risicofactoren kunnen opsporen en de preventieve maatregelen kunnen aanpassen (www.wiegendood.nl; www.veiligslapen.info). De wiegendoodaantallen blijven hierdoor laag in vergelijking met omliggende landen.

Om de lage wiegendoodincidentie te kunnen behouden en tijdig op nieuwe ontwikkelingen te kunnen reageren, vragen wij uw medewerking aan de komende peiling van december 2010 tot april 2011.

Concreet betreft ons verzoek aan u om vanuit uw organisatie maximaal 300 vragenlijsten te verspreiden onder ouders van baby's van **0 tot 10 maanden**. Vanzelfsprekend laten we het aan u over hoe u deze verdeelt over de verschillende consultatiebureaus/locaties. Elke cb-locatie ontvangt een kleine vergoeding voor zijn medewerking aan de Peiling Veilig Slapen 2010.

Bij elke vragenlijst zit een antwoordsenvelop. We zouden het bijzonder waarderen als de ouders gevraagd wordt de vragenlijst **in de wachtkamer** in te vullen en bij de assistente in te leveren. Dat verhoogt de respons absoluut.

Het is belangrijk dat de steekproef representatief is voor de totale bevolking. Daarom zullen we enkele bureaus in achterstandwijken apart benaderen met de vraag of een medewerker van TNO Kwaliteit van Leven de vragenlijst in de wachtkamer mag komen afnemen. Enkele organisaties krijgen hierover nog bericht.

Nederlandse Organisatie voor
toegepast-natuurwetenschappelijk
onderzoek / Netherlands Organisation
for Applied Scientific Research



Preventie en Zorg
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 88 866 90 00
F +31 88 866 06 10
info-zorg@tno.nl

Datum
22 november 2010

Onze referentie
KvL/Jeugd/2010.710/BvS/mv

E-mail
bregje.vansleuwen@tno.nl

Doorkiesnummer
+31 88 866 61 52

Doorkiesfax
+31(0)888660613

Op opdrachten aan TNO zijn van toepassing de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, zoals gedeponeerd bij de Rechtbank Den Haag en de Kamer van Koophandel Haaglanden; de Algemene Voorwaarden zullen op verzoek worden toegezonden.



Datum
22 november 2010

Onze referentie
KvL/Jeugd/2010.710/BvS/mv

Blad
2/2

Meer informatie en aanmelden

Als uw organisatie of cb-locatie belangstelling heeft om deel te nemen aan de Peiling Veilig Slapen 2010, kunt u zich aanmelden bij diana.vanputten@tno.nl. TNO zal dan contact met u opnemen en met u overleggen over mogelijke deelname. Wilt u in uw e-mail aangeven wanneer en hoe u het beste te bereiken bent?

Voor vragen over de Peiling Veilig Slapen 2010 kunt u zich richten tot:
Bregje van Sleuwen, T 0888 666 152, E bregje.vansleuwen@tno.nl
Monique L'Hoir, T 0888 666 250, E monique.lhoir@tno.nl

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw bereidwilligheid zich in te zetten voor een betrouwbare Peiling Veilig Slapen!

Met vriendelijke groet, mede namens Professor Guus de Jonge, die zich wederom voor een succesvol verloop van deze peiling inzet.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Bregje van Sleuwen', is written over a circular stamp or watermark.

dr. Bregje van Sleuwen, dr. Monique L'Hoir,
drs. Mariette Jaspers, dr. Magda Boere-Boonekamp

Retouradres: Postbus 2215, 2301 CE Leiden

Child Health
Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 88 866 90 00
F +31 88 866 06 10
info-zorg@tno.nl

Datum
Januari 2011

Onze referentie
CH/11.033/15096/BS/hc

E-mail

Doorkiesnummer
+31 88 8666152

Projectnummer
031.15096

Onderwerp
Instructie uitdelen peiling veilig slapen 2010/2011

Geachte medewerker van het consultatiebureau,

Hartelijk dank dat u bereid bent uw medewerking te verlenen aan de landelijke **Peiling Veilig Slapen 2010/2011!**
Alleen door uw inzet is het mogelijk de peiling op deze manier uit te voeren.

We willen u vragen op een zo kort mogelijke termijn te starten met het uitdelen van de vragenlijsten. De cb-assistent zou de taak op zich kunnen nemen om de vragenlijsten uit te reiken aan de ouders, na het wegen en meten van de baby.

Neem bij het uitreiken van de vragenlijst de volgende aanwijzingen in acht:

INSTRUCTIE UITDELEN PEILING VEILIG SLAPEN 2010/2011

- Deel de vragenlijst uit **in de wachtkamer** en vraag ouders deze in te vullen terwijl ze wachten op hun afspraak
- Deel de vragenlijst uit aan ouders van **zuigelingen van 0 tot 10 maanden**
- Pas **geen selectie** toe, maar deel de vragenlijst uit aan **alle ouders** van zuigelingen die opeenvolgend het consultatiebureau bezoeken
- U kunt het onderzoek wel over meer dan één CB-zitting verdelen
- Deel per consultatiebureaulocatie **20 - 40 vragenlijsten** uit

Op opdrachten aan TNO zijn de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, zoals gedeponeerd bij de Griffie van de Rechtbank Den Haag en de Kamer van Koophandel Den Haag van toepassing. Deze algemene voorwaarden kunt u tevens vinden op www.tno.nl.
Op verzoeken zenden wij u deze toe.
Handelsregisternummer 27376655.

Mochten ouders de vragenlijst niet ter plekke kunnen invullen, dan kunt u ze vragen de lijst zo snel mogelijk na ontvangst thuis in te vullen en met bijgevoegde antwoordenvelop (kosteloos) naar ons retour te sturen.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Mw. dr. B.E. (Bregje) van Sleuwen Mw. dr. M.P. (Monique) L'Hoir

Datum

Januari 2011

Onze referentie

CH/11.033/15096/BS/hc

Blad

2/2

ANTWOORDNUMMER :

TNO

Child Health (Projectnummer 031.15096)

T.a.v. Mw. dr. B.E. van Sleuwen

Antwoordnummer 10080

2300 VB LEIDEN

Instructiebrief ouders

Beste ouder(s),

Uw consultatiebureau heeft u gevraagd om mee te doen aan de **Peiling Veilig Slapen 2010/2011**. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door TNO, in samenwerking met consultatiebureaus in Nederland. Met de resultaten van deze peiling optimaliseren wij de voorlichting over veilig slapen van jonge baby's in Nederland.

We hopen dat u mee wilt doen aan dit belangrijke onderzoek voor alle jonge ouders!

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer **10 minuten**. U kunt de vragenlijst invullen in de wachtkamer, terwijl u wacht op uw afspraak bij de jeugdarts of –verpleegkundige. Lukt dat niet, dan kunt u de vragenlijst thuis invullen. Liefst binnen een paar dagen.

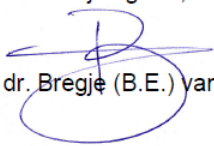
Bij de vragenlijst vindt u een **antwoordenvelop**. Hiermee kunt u de vragenlijst **gratis** naar TNO opsturen.

Het invullen van de vragenlijst is volledig **anoniem**. Op geen enkele manier kunnen deze gegevens gekoppeld worden aan uw persoonsgegevens. Het wel of niet invullen van de vragenlijst heeft geen enkel gevolg voor de begeleiding van u en uw kind door het consultatiebureau.

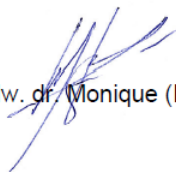
Wij hopen van harte dat wij op uw medewerking kunnen rekenen!

Met vriendelijke groet,

Mw. dr. Bregje (B.E.) van Sleuwen



Mw. dr. Monique (M.P.) L'Hoir



Antwoordnummer :

TNO

Afdeling Jeugd (Projectnummer 031.15096)

T.a.v. Mw. dr. B.E. van Sleuwen

Antwoordnummer 10080

2300 VB LEIDEN

Bijlage D : “Tabellen met ruwe data”

Rugligging

		Overdag		's Nachts		Overdag en 's nachts	
		n	%	n	%	n	%
Geslacht							
	Jongen	714	72,8%	777	79,3%	687	70,1%
	Meisje	767	79,2%	796	82,1%	736	76,0%
Rangorde							
	1	775	76,7%	836	82,8%	746	73,9%
	2	497	75,4%	528	80,2%	478	72,6%
	3+	211	74,6%	211	74,6%	201	71,0%
Leeftijd							
	0-2 maanden	396	66,0%	451	75,3%	370	61,8%
	3-4 maanden	390	78,5%	424	85,5%	385	77,6%
	5-6 maanden	322	84,7%	325	85,8%	314	82,8%
	7-8 maanden	214	81,7%	217	82,5%	207	78,7%
	9-11 maanden	163	75,8%	160	74,1%	151	69,9%
Opleiding moeder							
	Laag	273	72,0%	288	76,0%	253	66,8%
	Midden	448	72,0%	481	77,6%	431	69,5%
	Hoog	744	80,5%	786	85,1%	723	78,2%
Roken							
	Niemand rookt	1087	77,4%	1160	82,6%	1057	75,2%
	Moeder rookt, vader niet	31	77,5%	29	72,5%	27	67,5%
	Moeder rookt niet, vader rookt	169	73,5%	187	81,7%	165	71,7%
	Beiden roken	118	72,0%	124	75,6%	108	65,9%
Etniciteit moeder							
	Autochtoon	1360	77,8%	1442	82,6%	1309	74,9%
	Allochtoon	113	58,9%	123	64,4%	107	55,7%

Zijligging

		Overdag		's Nachts		Overdag en 's nachts	
		n	%	n	%	n	%
Geslacht							
	Jongen	48	4,9%	45	4,6%	26	2,7%
	Meisje	32	3,3%	35	3,6%	20	2,1%
Rangorde							
	1	49	4,8%	37	3,7%	25	2,5%
	2	16	2,4%	25	3,8%	9	1,4%
	3+	15	5,3%	18	6,4%	12	4,2%
Leeftijd							
	0-2 maanden	27	4,5%	32	5,3%	16	2,7%
	3-4 maanden	27	5,4%	18	3,6%	12	2,4%
	5-6 maanden	10	2,6%	13	3,4%	9	2,4%
	7-8 maanden	11	4,2%	10	3,8%	6	2,3%
	9-11 maanden	5	2,3%	7	3,2%	3	1,4%
Opleiding moeder							
	Laag	18	4,7%	14	3,7%	8	2,1%
	Midden	25	4,0%	30	4,8%	18	2,9%
	Hoog	36	3,9%	36	3,9%	20	2,2%
Roken							
	Niemand rookt	59	4,2%	58	4,1%	33	2,3%
	Moeder rookt, vader niet	3	7,5%	1	2,5%	1	2,5%
	Moeder rookt niet, vader rookt	9	3,9%	10	4,4%	6	2,6%
	Beiden roken	4	2,4%	5	3,0%	2	1,2%
Etniciteit moeder							
	Autochtoon	69	3,9%	74	4,2%	41	2,3%
	Allochtoon	11	5,7%	6	3,1%	5	2,6%

Buikligging

		Overdag		's Nachts		Overdag en 's nachts	
		n	%	n	%	n	%
Geslacht							
	Jongen	33	3,4%	30	3,1%	25	2,6%
	Meisje	26	2,7%	22	2,3%	20	2,1%
Rangorde							
	1	29	2,9%	25	2,5%	22	2,2%
	2	19	2,9%	18	2,7%	15	2,3%
	3+	11	3,9%	9	3,2%	8	2,8%
Leeftijd							
	0-2 maanden	9	1,5%	5	0,8%	3	0,5%
	3-4 maanden	14	2,8%	12	2,4%	10	2,0%
	5-6 maanden	14	3,7%	12	3,2%	12	3,2%
	7-8 maanden	6	2,3%	6	2,3%	5	1,9%
	9-11 maanden	16	7,4%	17	7,9%	15	6,9%
Opleiding moeder							
	Laag	14	3,7%	13	3,4%	10	2,6%
	Midden	24	3,9%	24	3,9%	21	3,4%
	Hoog	20	2,2%	14	1,5%	13	1,4%
Roken							
	Niemand rookt	40	2,8%	33	2,4%	29	2,1%
	Moeder rookt, vader niet	1	2,5%	1	2,5%	1	2,5%
	Moeder rookt niet, vader rookt	2	0,9%	4	1,7%	2	0,9%
	Beiden roken	11	6,7%	9	5,5%	8	4,9%
Etniciteit moeder							
	Autochtoon	56	3,2%	46	2,6%	43	2,5%
	Allochtoon	3	1,6%	6	3,1%	2	1,0%

Rug/zij ligging

		Overdag		's Nachts		Overdag en 's nachts	
		n	%	n	%	n	%
Geslacht							
	Jongen	124	12,6%	99	10,1%	66	6,7%
	Meisje	93	9,6%	87	9,0%	53	5,5%
Rangorde							
	1	100	9,9%	87	8,6%	51	5,0%
	2	81	12,3%	64	9,7%	42	6,4%
	3+	36	12,7%	35	12,4%	26	9,2%
Leeftijd							
	0-2 maanden	121	20,2%	97	16,2%	64	10,7%
	3-4 maanden	44	8,9%	36	7,3%	21	4,2%
	5-6 maanden	24	6,3%	22	5,8%	18	4,7%
	7-8 maanden	17	6,5%	17	6,5%	8	3,0%
	9-11 maanden	11	5,1%	14	6,5%	8	3,7%
Opleiding moeder							
	Laag	44	11,6%	43	11,3%	22	5,8%
	Midden	78	12,5%	62	10,0%	42	6,8%
	Hoog	92	10,0%	76	8,2%	52	5,6%
Roken							
	Niemand rookt	145	10,3%	120	8,5%	79	5,6%
	Moeder rookt, vader niet	5	12,5%	8	20,0%	3	7,5%
	Moeder rookt niet, vader rookt	34	14,8%	22	9,6%	15	6,5%
	Beiden roken	18	11,0%	15	9,1%	10	6,1%
Etniciteit moeder							
	Autochtoon	180	10,3%	143	8,2%	93	5,3%
	Allochtoon	35	18,2%	39	20,4%	7	12,6%

Rug/buik ligging

		Overdag		's Nachts		Overdag en 's nachts	
		n	%	n	%	n	%
Geslacht							
	Jongen	25	2,5%	7	0,7%	6	0,6%
	Meisje	23	2,4%	11	1,1%	7	0,7%
Rangorde							
	1	27	2,7%	6	0,6%	5	0,5%
	2	19	2,9%	10	1,5%	7	1,1%
	3+	2	0,7%	2	0,7%	1	0,4%
Leeftijd							
	0-2 maanden	18	3,0%	6	1,0%	3	0,5%
	3-4 maanden	11	2,2%	2	0,4%	1	0,2%
	5-6 maanden	8	2,1%	4	1,1%	4	1,1%
	7-8 maanden	4	1,5%	2	0,8%	1	0,4%
	9-11 maanden	7	3,3%	4	1,9%	4	1,9%
Opleiding moeder							
	Laag	14	3,7%	11	2,9%	7	1,8%
	Midden	19	3,1%	5	0,8%	4	0,6%
	Hoog	14	1,5%	2	0,2%	2	0,2%
Roken							
	Niemand rookt	27	1,9%	11	0,8%	8	0,6%
	Moeder rookt, vader niet	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Moeder rookt niet, vader rookt	7	3,0%	1	0,4%	1	0,4%
	Beiden roken	6	3,7%	2	1,2%	0	0,0%
Etniciteit moeder							
	Autochtoon	37	2,1%	14	0,8%	9	0,5%
	Allochtoon	10	5,2%	4	2,1%	4	2,1%

Zij/buik ligging

		Overdag		's Nachts		Overdag en 's nachts	
		n	%	n	%	n	%
Geslacht							
	Jongen	13	1,3%	6	0,6%	3	0,3%
	Meisje	7	0,7%	8	0,8%	3	0,3%
Rangorde							
	1	8	0,8%	6	0,6%	4	0,4%
	2	9	1,4%	5	0,8%	2	0,3%
	3+	3	1,1%	3	1,1%	0	0,0%
Leeftijd							
	0-2 maanden	7	1,2%	3	0,5%	0	0,0%
	3-4 maanden	4	0,8%	3	0,6%	2	0,4%
	5-6 maanden	0	0,0%	1	0,3%	0	0,0%
	7-8 maanden	3	1,1%	4	1,5%	2	0,8%
	9-11 maanden	6	2,8%	3	1,4%	1	0,5%
Opleiding moeder							
	Laag	3	0,8%	2	0,5%	2	0,5%
	Midden	9	1,4%	7	1,1%	3	0,5%
	Hoog	8	0,9%	5	0,5%	1	0,1%
Roken							
	Niemand rookt	15	1,1%	8	0,6%	3	0,2%
	Moeder rookt, vader niet	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%
	Moeder rookt niet, vader rookt	2	0,9%	1	0,4%	1	0,4%
	Beiden roken	3	1,8%	3	1,8%	2	1,2%
Etniciteit moeder							
	Autochtoon	15	0,9%	12	0,7%	5	0,3%
	Allochtoon	5	2,6%	2	1,0%	1	0,5%

Rug/zij/buik ligging

		Overdag		's Nachts		Overdag en 's nachts	
		n	%	n	%	n	%
Geslacht							
	Jongen	24	2,4%	16	1,6%	9	0,9%
	Meisje	21	2,2%	10	1,0%	6	0,6%
Rangorde							
	1	22	2,2%	13	1,2%	6	0,6%
	2	18	2,7%	8	1,2%	6	0,9%
	3+	5	1,8%	5	1,8%	3	1,1%
Leeftijd							
	0-2 maanden	22	3,7%	5	0,8%	3	0,5%
	3-4 maanden	7	1,4%	1	0,2%	1	0,2%
	5-6 maanden	2	0,5%	2	0,5%	1	0,3%
	7-8 maanden	7	2,7%	7	2,7%	5	1,9%
	9-11 maanden	7	3,3%	11	5,1%	6	2,8%
Opleiding moeder							
	Laag	13	3,4%	8	2,1%	3	0,8%
	Midden	19	3,1%	11	1,8%	8	1,3%
	Hoog	10	1,1%	5	0,5%	2	0,2%
Roken							
	Niemand rookt	32	2,3%	14	1,0%	11	0,8%
	Moeder rookt, vader niet	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Moeder rookt niet, vader rookt	7	3,0%	4	1,7%	1	0,4%
	Beiden roken	4	2,4%	6	3,7%	3	1,8%
Etniciteit moeder							
	Autochtoon	30	1,7%	15	0,9%	7	0,4%
	Allochtoon	15	7,8%	11	5,8%	8	4,2%

Toedekking

		Dekbed		Dekbedhoes		Slaapzak		Deken en laken	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Geslacht									
	Jongen	44	4,5%	165	16,9%	472	48,2%	600	61,3%
	Meisje	36	3,7%	181	18,5%	460	47,4%	603	62,1%
Rangorde									
	1	33	3,3%	134	13,2%	510	50,4%	639	63,1%
	2	19	2,9%	147	22,3%	306	46,5%	396	60,2%
	3+	28	9,9%	65	23,0%	117	41,5%	169	59,9%
Leeftijd									
	0-2 maanden	13	2,2%	91	15,2%	150	25,0%	445	74,3%
	3-4 maanden	22	4,4%	67	13,5%	264	53,1%	322	64,8%
	5-6 maanden	14	3,7%	79	20,8%	223	58,7%	210	55,3%
	7-8 maanden	19	7,3%	56	21,4%	158	60,3%	135	51,5%
	9-11 maanden	12	5,6%	93	43,1%	139	64,4%	93	43,1%
Opleiding moeder									
	Laag	26	6,9%	84	22,2%	161	42,6%	209	55,3%
	Midden	24	3,9%	119	19,1%	292	46,9%	373	60,0%
	Hoog	20	2,2%	140	15,1%	467	50,5%	611	66,1%
Roken									
	Niemand rookt	46	3,3%	239	17,0%	692	49,2%	896	63,7%
	Moeder rookt, vader niet	4	10,0%	7	17,5%	21	52,5%	18	45,0%
	Moeder rookt niet, vader rookt	13	5,7%	38	16,5%	111	48,3%	132	57,4%
	Beiden roken	8	4,9%	36	22,1%	71	43,6%	98	60,1%
Etniciteit moeder									
	Autochtoon	61	3,5%	319	18,3%	848	48,5%	1099	69,2%
	Allochtoon	14	7,3%	27	14,1%	81	42,2%	98	51,0%

Slaapzak gecombineerd

Slaapzak met	Deken & laken		Dekbedhoes		Dekbed	
	n	%	n	%	n	%
Geslacht						
Jongen	231	23,5%	72	7,3%	14	1,4%
Meisje	244	25,1%	69	7,1%	12	1,2%
Rangorde						
1	264	26,1%	53	5,2%	13	1,3%
2	159	24,1%	53	8,0%	5	0,8%
3+	52	18,4%	35	12,4%	8	2,8%
Leeftijd						
0-2 maanden	88	14,7%	21	3,5%	2	0,3%
3-4 maanden	143	28,8%	32	6,4%	10	2,0%
5-6 maanden	116	30,5%	33	8,7%	6	1,6%
7-8 maanden	77	29,3%	29	11,0%	4	1,5%
9-11 maanden	51	23,6%	27	12,5%	4	1,9%
Opleiding moeder						
Laag	68	17,9%	28	7,4%	9	2,4%
Midden	142	22,8%	44	7,1%	7	1,1%
Hoog	259	28,0%	69	7,5%	9	1,0%
Roken						
Niemand rookt	371	26,4%	108	7,7%	18	1,3%
Moeder rookt, vader niet	6	15,0%	4	10,0%	1	2,5%
Moeder rookt niet, vader rookt	50	21,7%	15	6,5%	4	1,7%
Beiden roken	33	20,1%	10	6,1%	1	0,6%
Etniciteit moeder						
Autochtoon	452	25,9%	133	7,6%	20	1,1%
Allochtoon	21	10,9%	8	4,2%	5	2,6%

Slaapplaats (1)

		Eigen kamer		Ouderlijke kamer		Ouderlijk bed	
		n	%	n	%	n	%
Geslacht							
	Jongen	463	47,2%	142	14,5%	12	1,2%
	Meisje	510	52,5%	139	14,3%	8	0,8%
Rangorde							
	1	534	52,8%	129	12,7%	12	1,2%
	2	331	50,2%	103	15,6%	5	0,8%
	3+	109	38,5%	50	17,7%	3	1,1%
Leeftijd							
	0-2 maanden	219	36,5%	158	26,3%	8	1,3%
	3-4 maanden	222	44,7%	69	13,9%	6	1,2%
	5-6 maanden	247	65,0%	29	7,6%	1	0,3%
	7-8 maanden	165	62,7%	19	7,2%	3	1,1%
	9-11 maanden	123	56,9%	7	3,2%	2	0,9%
Opleiding moeder							
	Laag	159	42,0%	51	13,5%	2	0,5%
	Midden	330	53,1%	81	13,0%	10	1,6%
	Hoog	477	51,6%	148	16,0%	7	0,8%
Roken							
	Niemand rookt	715	50,9%	211	15,0%	16	1,1%
	Moeder rookt, vader niet	25	62,5%	4	10,0%	0	0,0%
	Moeder rookt niet, vader rookt	116	50,4%	38	16,5%	1	0,4%
	Beiden roken	85	51,8%	16	9,8%	2	1,2%
Etniciteit moeder							
	Autochtoon	935	53,5%	231	13,2%	12	0,7%
	Allochtoon	35	18,2%	50	26,0%	8	4,2%

Slaapplaats (2)

	Eigen kamer + ouderlijke kamer		Eigen kamer + ouderlijk bed		Eigen kamer+ouderlijke kamer+ouderlijk bed		Ouderlijke kamer+ ouderlijk bed	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Geslacht								
Jongen	16	1,6%	7	0,7%	3	0,3%	15	1,5%
Meisje	9	0,9%	5	0,5%	1	0,1%	11	1,1%
Rangorde								
1	14	1,4%	7	0,7%	2	0,2%	19	1,9%
2	8	1,2%	3	0,5%	2	0,3%	4	0,6%
3+	3	1,1%	2	0,7%	0	0,0%	3	1,1%
Leeftijd								
0-2 maanden	14	2,3%	0	0,0%	1	0,2%	11	1,8%
3-4 maanden	6	1,2%	5	1,0%	2	0,4%	7	1,4%
5-6 maanden	2	0,5%	3	0,8%	0	0,0%	3	0,8%
7-8 maanden	2	0,8%	2	0,8%	0	0,0%	2	0,8%
9-11 maanden	1	0,5%	2	0,9%	1	0,5%	3	1,4%
Opleiding moeder								
Laag	9	2,4%	4	1,1%	1	0,3%	2	0,5%
Midden	7	1,1%	4	0,6%	2	0,3%	7	1,1%
Hoog	9	1,0%	4	0,4%	1	0,1%	17	1,8%
Roken								
Niemand rookt	19	1,4%	9	0,6%	2	0,1%	20	1,4%
Moeder rookt, vader niet	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,5%
Moeder rookt niet, vader rookt	1	0,4%	1	0,4%	0	0,0%	4	1,7%
Beiden roken	1	0,6%	0	0,0%	2	0,2%	0	0,0%
Etniciteit moeder								
Autochtoon	19	1,1%	10	0,6%	3	0,2%	15	0,9%
Allochtoon	6	3,1%	2	1,0%	1	0,5%	10	5,2%

Samen in slaap gevallen

		Samen in slaap	
		n	%
<u>Opleiding moeder</u>			
	Laag	133	35,2%
	Midden	221	35,6%
	Hoog	342	37,0%
<u>Roken</u>			
	Niemand rookt	490	34,9%
	Moeder rookt, vader niet	19	47,5%
	Moeder rookt niet, vader rookt	90	39,1%
	Beiden roken	58	35,4%
<u>Etniciteit moeder</u>			
	Autochtoon	614	35,2%
	Allochtoon	86	45,0%

Fopspeengebruik

		Nee		Ja, elke slaap		Ja, niet tijdens elke slaap	
		n	%	n	%	n	%
Geslacht							
	Jongen	397	40,5%	217	22,3%	361	37,0%
	Meisje	459	47,3%	187	19,3%	320	33,1%
Rangorde							
	1	440	43,5%	211	21,0%	353	35,1%
	2	286	43,4%	149	22,6%	223	33,9%
	3+	130	45,9%	45	16,0%	106	37,7%
Leeftijd							
	0-2 maanden	261	43,5%	41	6,9%	295	49,4%
	3-4 maanden	205	41,2%	88	17,8%	200	40,5%
	5-6 maanden	172	45,3%	105	27,6%	103	27,1%
	7-8 maanden	109	41,4%	95	36,3%	57	21,8%
	9-11 maanden	110	50,9%	76	35,5%	28	13,1%
Opleiding moeder							
	Laag	149	39,3%	82	21,8%	144	38,3%
	Midden	266	42,8%	135	21,7%	220	35,4%
	Hoog	427	46,2%	182	19,7%	313	33,9%
Roken							
	Niemand rookt	634	45,1%	285	20,3%	482	34,4%
	Moeder rookt, vader niet	14	35,0%	13	32,5%	12	30,0%
	Moeder rookt niet, vader rookt	92	40,0%	46	20,0%	92	40,0%
	Beiden roken	65	39,6%	35	21,6%	62	38,3%
Etniciteit moeder							
	Autochtoon	774	44,3%	366	21,0%	602	34,5%
	Allochtoon	77	40,1%	38	20,0%	75	39,5%

Hoofdkussen

	Ja n	%	Nee n	%
Geslacht				
Jongen	16	1,6%	960	98,0%
Meisje	14	1,4%	956	98,5%
Rangorde				
1	18	1,8%	989	97,8%
2	8	1,2%	650	98,6%
3+	4	1,4%	279	98,6%
Leeftijd				
0-2 maanden	6	1,0%	594	99,0%
3-4 maanden	9	1,8%	484	97,4%
5-6 maanden	4	1,1%	375	98,7%
7-8 maanden	3	1,1%	260	98,9%
9-11 maanden	8	3,7%	207	95,8%
Opleiding moeder				
Laag	4	1,1%	372	98,2%
Midden	12	1,9%	608	97,9%
Hoog	10	1,1%	914	98,8%
Roken				
Niemand rookt	22	1,6%	1381	98,2%
Moeder rookt, vader niet	0	0,0%	40	100,0%
Moeder rookt niet, vader rookt	5	2,2%	224	97,4%
Beiden roken	1	0,6%	162	99,4%
Etniciteit moeder				
Autochtoon	12	0,7%	1733	99,2%
Allochtoon	17	8,9%	172	89,6%

Inbakeren

		Ja		Nee		Overdag en 's nachts		Dag		's Nachts	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geslacht											
	Jongen	114	11,6%	867	88,4%	59	6,0%	7	0,7%	48	4,9%
	Meisje	100	10,3%	871	89,7%	57	5,9%	1	0,1%	42	4,3%
Rangorde											
	1	115	11,4%	897	88,6%	58	5,8%	3	0,3%	54	5,4%
	2	67	10,2%	592	89,8%	42	6,4%	3	0,5%	22	3,3%
	3+	31	11,0%	252	89,0%	16	5,7%	2	0,7%	13	4,6%
Leeftijd											
	0-2 maanden	108	18,0%	492	82,0%	44	7,3%	6	1,0%	58	9,7%
	3-4 maanden	58	11,7%	439	88,3%	37	7,4%	1	0,2%	20	4,0%
	5-6 maanden	26	6,8%	354	93,2%	17	4,5%	1	0,3%	8	2,1%
	7-8 maanden	16	6,1%	247	93,9%	14	5,3%	0	0,0%	2	0,8%
	9-11 maanden	6	2,8%	210	97,2%	4	1,9%	0	0,0%	2	0,9%
Opleiding moeder											
	Laag	44	11,6%	335	88,4%	26	6,9%	0	0,0%	18	4,8%
	Midden	79	12,7%	543	87,3%	41	6,6%	4	0,6%	34	5,5%
	Hoog	89	9,6%	836	90,4%	48	5,2%	3	0,3%	38	4,1%
Roken											
	Niemand rookt	148	10,6%	1258	89,5%	82	5,8%	5	0,4%	61	4,4%
	Moeder rookt, vader niet	4	10,0%	36	90,0%	4	10,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Moeder rookt niet, vader rookt	20	8,7%	210	91,3%	9	3,9%	0	0,0%	11	4,8%
	Beiden roken	23	14,0%	141	86,0%	8	4,9%	3	1,8%	12	7,3%
Etniciteit moeder											
	Autochtoon	178	10,2%	1570	89,8%	95	5,4%	7	0,4%	76	4,3%
	Allochtoon	34	17,7%	158	82,3%	19	9,9%	1	0,5%	14	7,3%

Opvang

		Ja n	%	Nee n	%	Crèche n	%	Oppasadres n	%	Familie n	%
Geslacht											
	Jongen	454	46,6%	516	52,6%	270	27,5%	56	5,7%	209	21,3%
	Meisje	462	47,7%	501	51,6%	253	26,1%	62	6,4%	224	23,1%
Rangorde											
	1	514	51,0%	491	48,6%	291	28,8%	72	7,1%	255	25,2%
	2	326	49,5%	325	49,3%	187	28,4%	37	5,6%	146	22,2%
	3+	78	28,0%	201	71,0%	44	15,5%	10	3,5%	34	12,0%
Leeftijd											
	0-2 maanden	61	10,2%	531	88,5%	17	2,8%	6	1,0%	38	6,3%
	3-4 maanden	260	52,4%	132	46,8%	143	28,8%	35	7,0%	126	25,4%
	5-6 maanden	264	69,5%	113	29,7%	159	41,8%	34	8,9%	122	32,1%
	7-8 maanden	186	70,7%	75	28,5%	111	42,2%	27	10,3%	69	26,2%
	9-11 maanden	148	68,5%	68	31,5%	93	43,1%	17	7,9%	60	27,8%
Opleiding moeder											
	Laag	135	35,9%	238	62,8%	57	15,0%	17	4,5%	77	20,3%
	Midden	297	47,9%	319	51,3%	146	23,5%	34	5,5%	163	26,2%
	Hoog	479	51,8%	442	47,8%	314	33,9%	68	7,4%	193	20,9%
Roken											
	Niemand rookt	677	48,2%	720	51,2%	411	29,2%	88	6,3%	317	22,5%
	Moeder rookt, vader niet	18	45,0%	22	55,0%	7	17,5%	4	10,0%	12	30,0%
	Moeder rookt niet, vader rookt	109	47,4%	117	50,9%	57	24,8%	18	7,8%	42	18,3%
	Beiden roken	73	44,5%	90	54,9%	29	17,7%	6	3,7%	43	26,2%
Etniciteit moeder											
	Autochtoon	857	49,1%	876	50,1%	488	27,9%	114	6,5%	416	23,8%
	Allochtoon	54	28,6%	135	70,3%	30	15,6%	4	2,1%	17	8,9%

Melkvoeding

		Borstvoeding		Borst- en kunst		Kunstvoeding		Anders	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Geslacht									
Jongen		224	23,1%	111	11,5%	615	62,7%	19	1,9%
Meisje		225	23,4%	91	9,5%	625	64,4%	21	2,2%
Rangorde									
1		206	20,5%	100	10,0%	677	66,9%	22	2,2%
2		152	23,3%	72	11,0%	417	63,3%	12	1,8%
3+		90	32,7%	30	10,9%	149	52,7%	6	2,1%
Leeftijd									
0		39	47,0%	4	4,8%	40	48,2%	0	0,0%
1		103	43,1%	23	9,6%	111	46,4%	2	0,8%
2		98	35,8%	32	11,8%	140	51,7%	2	0,7%
3		68	24,7%	40	14,5%	163	59,3%	4	1,5%
4		48	21,9%	27	12,3%	141	64,4%	3	1,4%
5		33	22,6%	18	12,3%	92	63,0%	3	2,1%
6		26	11,3%	20	8,7%	181	78,4%	4	1,7%
7		17	10,5%	14	8,6%	124	76,5%	7	4,3%
8		4	4,1%	11	11,2%	81	82,7%	2	2,0%
9		11	7,4%	8	5,4%	121	81,2%	9	6,0%
10		3	11,1%	3	11,1%	21	77,8%	0	0,0%
11		0	0,0%	2	5,7%	29	82,9%	4	11,4%
Opleiding moeder									
Laag		62	16,7%	26	7,0%	268	72,0%	16	4,3%
Midden		106	17,2%	57	9,2%	445	72,0%	10	1,6%
Hoog		278	30,1%	117	12,7%	517	56,0%	12	1,3%
Roken									
Niemand rookt		367	26,1%	161	11,5%	846	60,2%	26	1,8%
Moeder rookt, vader niet		4	10,0%	2	5,0%	33	82,5%	1	2,5%
Moeder rookt niet, vader rookt		49	21,3%	21	9,1%	155	67,4%	4	1,7%
Beiden roken		9	5,5%	11	6,7%	136	82,9%	5	3,0%
Etniciteit moeder									
Autochtoon		398	22,9%	167	9,6%	1140	65,6%	34	2,0%
Allochtoon		48	25,7%	35	18,7%	99	52,9%	5	2,7%

Overig

	n	%
Rookgedrag		
Niemand rookt	1307	76,4%
Moeder rookt, vader niet	36	2,2%
Moeder rookt niet, vader rookt	213	12,5%
Beiden roken	156	8,9%
Opleidingsniveau moeder		
Laag	379	19,4%
Midden	622	31,8%
Hoog	925	47,3%
Etniciteit moeder		
Autochtoon	1748	89,4%
Allochtoon	192	9,8%

Vergelijking 2003-2005-2011

	2003		2005		2011	
	n	%	n	%	n	%
Geslacht						
Jongen	1458	50,6%	747	53,7%	981	50,3%
Meisje	1425	49,4%	644	46,3%	971	49,7%
Rangorde						
1e	1414	49,0%	628	45,1%	1012	51,8%
2e	1049	36,3%	511	36,7%	659	33,7%
3+	424	14,7%	254	18,2%	283	14,5%
Leeftijd						
0 maanden	167	5,8%	0	0,0%	83	4,2%
1 maand	530	18,4%	182	13,0%	243	12,4%
2 maanden	636	22,0%	234	16,7%	274	14,0%
3 maanden	624	21,6%	200	14,3%	276	14,1%
4 maanden	506	17,5%	202	14,4%	221	11,3%
5 maanden	292	10,1%	80	5,7%	146	7,5%
6 maanden	75	2,6%	143	10,2%	234	12,0%
7 maanden	19	0,7%	132	9,4%	165	8,4%
8 maanden	7	0,2%	67	4,8%	98	5,0%
9 maanden	11	0,4%	159	11,4%	152	7,8%
10 maanden	11	0,4%	0	0,0%	29	1,5%
11 maanden	10	0,3%	0	0,0%	35	1,8%
Slaappositie						
Rug	2189	75,8%	1124	80,3%	1577	80,6%
Zij	188	6,5%	84	6,0%	80	4,1%
Buik	68	2,4%	42	3,0%	52	2,7%
Rug/zij	304	10,5%	104	7,4%	186	9,5%
Rug/buik	40	1,4%	17	1,2%	18	0,9%
Buik/zij	17	0,6%	7	0,5%	14	0,7%
Rug/zij/buik	53	1,8%	20	1,4%	26	1,3%
Toedekking						
Dekbedhoes	423	24,1%	105	10,8%	185	9,5%
Dekbed	125	7,1%	47	4,8%	44	2,2%
Slaapzak	860	48,9%	311	31,9%	283	14,5%
Deken en laken			227	23,3%	690	35,3%
Slaapzak + deken in dekbedhoes	273	15,5%	60	6,1%	142	7,3%
Slaapzak + dekbed	77	4,4%	25	2,6%	26	1,3%
Slaapzak + deken en laken			201	20,6%	474	24,2%
Slaaplocatie						
Eigen kamer	2037	70,5%			976	72,6%
Ouderlijke kamer	652	22,6%			282	21,0%
Ouderlijk bed	142	4,9%			20	1,5%
Ouderlijke kamer en ouderlijk bed					26	1,9%
Rookgedrag						
Niemand rookt	1923	67,3%	887	64,2%	1338	76,5%

Moeder rookt, vader niet	127	4,4%	66	4,8%	36	2,1%
Moeder rookt niet, vader rookt	542	19,0%	279	20,2%	220	12,6%
Beiden roken	266	9,3%	149	10,8%	155	8,9%
Melkvoeding						
Borstvoeding	1021	35,4%	409	29,4%	421	23,3%
Borst- en kunstvoeding	397	13,8%	149	10,7%	192	10,6%
Kunstvoeding	1466	50,8%	831	59,8%	1155	64,0%