

6-7-2017

Het gedrag van ouders met zuigelingen met betrekking tot de risico- en beschermende factoren voor wiegendood

Peiling Veilig Slapen 2017



Anne Morssink s1600486 & Lisa Woortman s1605720

BACHELOROPDRACHT GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

UNIVERSITEIT TWENTE

EERSTE BEGELEIDER: DR. M.M. BOERE-BOONEKAMP

TWEEDE BEGELEIDER: A.A.J. KONIJNENDIJK, MSc

Voorwoord

Voor u ligt onze bachelor afstudeerscriptie ter afronding van de opleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. In de afgelopen maanden hebben wij onderzoek gedaan naar het gedrag van ouders van zuigelingen omtrent de risico- en beschermende factoren voor wiegendood.

Wij hebben dit als een interessante opdracht ervaren en hebben mogen ontdekken hoe het schrijven van een echt onderzoek werkt, om afhankelijk te zijn van andere mensen en alsmaar te blijven verbeteren.

Graag willen wij in het bijzonder Magda Boere-Boonekamp en Annemieke Konijnendijk bedanken voor de goede begeleiding en feedback. Verder gaat onze dank uit naar alle ouders die de vragenlijst hebben ingevuld en zo hebben bijgedragen aan het onderzoek.

Enschede, juli 2017

Anne Morssink & Lisa Woortman

Samenvatting

Wiegendood, ook wel *Sudden Infant Death Syndrome* (SIDS) genoemd, is in 1979 als officiële doodsoorzaak ingevoerd. Wiegendood wordt in Nederland gedefinieerd als *“het plotseling, onverwacht tijdens een slaaperiode overlijden van een kind jonger dan twee jaar bij wie geen lichamelijke aandoening wordt vastgesteld die op zichzelf het overlijden voldoende verklaart”*. De definitie van wiegendood is over de hele wereld nagenoeg hetzelfde.

Sinds het bijhouden van de registraties van alle gevallen van wiegendood kwam de hoogste incidentie in Nederland voor in 1984, namelijk 218 geregistreerde gevallen van wiegendood. De geregistreerde wiegendood sterfte bij zuigelingen per 100.000 levendgeborenen nam af van 193 in 1985 tot zeven in 2015.

Het plotseling overlijden van een zuigeling is niet volledig te voorkomen. Om de kans op wiegendood te verkleinen, zijn er verschillende onderzoeken uitgevoerd naar situaties waarin wiegendood is voorgekomen. Aan de hand van deze onderzoeken zijn er verschillende factoren in kaart gebracht die het risico op wiegendood vergroten of verkleinen. Deze factoren zijn onder te verdelen in risicofactoren, beschermende factoren, kinderfactoren en ouderfactoren.

In dit onderzoek is gekeken naar het gedrag van ouders en/of verzorgers van zuigelingen wonende in Nederland met betrekking tot de risico- en beschermende factoren voor wiegendood. De risico factoren die worden uitgelicht in dit onderzoek zijn: slaaphouding, slaappleats, samen in slaap vallen, rookgedrag en alcoholgebruik. De beschermende factoren die worden uitgelicht zijn: gebruik van fopspeen, het inbakeren en de melkvoeding.

De gedragingen van ouders zijn middels een vragenlijst verzameld. Deze gegevens zijn vergeleken met de resultaten van de vorige Peiling Veilig Slapen in 2011 om zo te bekijken of er ten opzichte van 2011 veranderingen zijn met betrekking tot het gedrag omtrent de risico- en beschermende factoren van wiegendood. Daarnaast is er gekeken naar deze gedragingen bij ouders met een verschillend opleidingsniveau en met een verschillende migratieachtergrond.

De analyse is uitgevoerd aan de hand van 920 bruikbare vragenlijsten, die ouders en/of verzorgers online of op papier hebben ingevuld. De papieren vragenlijsten zijn door de begeleiders online ingevoerd. De respondenten zijn geworven bij zestien jeugdgezondheidsorganisaties met in totaal 139 consultatiebureaus door heel Nederland. De consultatiebureaus werden gevraagd om flyers uit te delen aan ouders met zuigelingen, zodat ouders zelf de vragenlijst online konden invullen. Daarnaast hebben 21 consultatiebureaus zich opgegeven om de vragenlijst op locatie af te laten nemen.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de grootste groep zuigelingen (74,8%) op de rug te slapen werd gelegd. Ruim zeven procent (6,7%) van de respondenten legde hun zuigeling gewoonlijk op de buik te slapen. Dit percentage ligt hoger dan tijdens de Peiling in 2011, toen werd 2,3% van de zuigelingen te slapen gelegd op de buik. Bijna de helft van de ouders (46,3%) is wel eens samen in slaap gevallen met hun zuigeling. Bij deze ouders gebeurde dat het vaakst in bed (72,2%). Ook dit percentage ligt hoger dan in de voorgaande in 2011. Het samen in slaap vallen gebeurde toen bij 36,3% van de ouders. Het merendeel hiervan viel samen met hun zuigeling in slaap in bed (68,7%).

In 2017 zijn meer zuigelingen te slapen gelegd met een fopspeen dan in 2011 (2017: 60,9%; 2011: 56,0%). In 2017 kregen de meeste zuigelingen (60,7%) uitsluitend kunstvoeding. Dit percentage is ten opzichte van 2011 lichtelijk gedaald. In 2011 kreeg 64,0% van de zuigelingen uitsluitend kunstvoeding. Bij beide Peilingen kregen zuigelingen in de eerste twee maanden voornamelijk borstvoeding (2017: 53,4%; 2011: 52,5%). Vanaf drie maanden kregen de zuigelingen voornamelijk kunstvoeding.

Twee groepen zijn beter uitgelicht in dit onderzoek, namelijk ouders met een laag opleidingsniveau en ouders met een migratieachtergrond. Hieruit bleek dat ouders met een laag opleidingsniveau hun zuigeling vaker op de buik te slapen legden. Ook gaven ouders met een laag opleidingsniveau hun zuigelingen vaker kunstvoeding dan borstvoeding. Er is wel een samenhang naar voren gekomen tussen het rookgedrag en het opleidingsniveau. Het percentage ouders waarvan beiden niet roken is het hoogst bij de groep hoogopgeleiden (83,1%). Bij laagopgeleiden ligt dit percentage op 53,8%. Er was geen samenhang tussen de houding waarin de zuigeling te slapen werd gelegd en de migratieachtergrond. Er bestond wel een samenhang tussen migratieachtergrond en de slaappleaats van de zuigeling. De ouders met een migratieachtergrond legden hun zuigeling vaker bij hun op de kamer dan de ouders zonder migratieachtergrond. Het merendeel van de zuigelingen sliep echter in een wiegje of ledikant bij de ouders op de kamer, wat geen risicofactor vormt. Ongeacht de migratieachtergrond waren er meer ouders die kunstvoeding gaven dan borstvoeding.

Door de trends voor risico- en beschermende factoren in kaart te brengen, kan de huidige preventie van wiegendood worden aangescherpt op een aantal punten. Ten eerste blijft er onverminderd aandacht nodig voor een veilige slaaphouding en voor de positieve effecten van het geven van borstvoeding in plaats van kunstvoeding. Bij laagopgeleide ouders moet er meer aandacht komen voor de schadelijke effecten die roken voor de zuigeling met zich meebrengt, daar gebleken is dat deze groep vaker rookt. Voor ouders met een migratieachtergrond moet er meer aandacht gaan naar het samen in slaap vallen met de zuigelingen.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	1
Samenvatting.....	2
1. Inleiding	6
1.1. Incidentie in Nederland	6
1.2. Internationaal	6
1.3. Risicofactoren	7
1.4. Triple Risk Model	8
1.5. Peiling Veilig Slapen	8
1.6. Doel van het onderzoek.....	8
1.7. Hoofd- en deelvragen	9
2. Theoretisch kader	10
3. Methode	18
3.1. Onderzoekspopulatie	18
3.2. Inclusie- en exclusiecriteria	18
3.3. Meetinstrument	18
3.4. Procedure Dataverzameling	19
3.5. Statistische Analyse	20
3.6. Ethische verantwoording.....	21
4. Resultaten.....	22
4.1. Respons.....	22
4.2. Achtergrondgegevens.....	22
4.3. Huidig gedrag van de ouders.....	24
4.4. Veranderingen in de tijd	30
4.5. Gedrag naar opleidingsniveau	34
4.6. Gedrag naar migratieachtergrond.....	38
5. Discussie	41
5.1. Gedrag met betrekking tot risico- en beschermende factoren in 2017	41
5.2. Gedrag in 2017 vergeleken met 2011	42
5.3. Gedrag en opleidingsniveau	42
5.4. Gedrag en migratieachtergrond	43
5.5. Conclusie hoofdvraag	44
5.6. Representativiteit onderzoekspopulatie	45
5.7. Betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten.....	46
5.8. Sterke punten	46

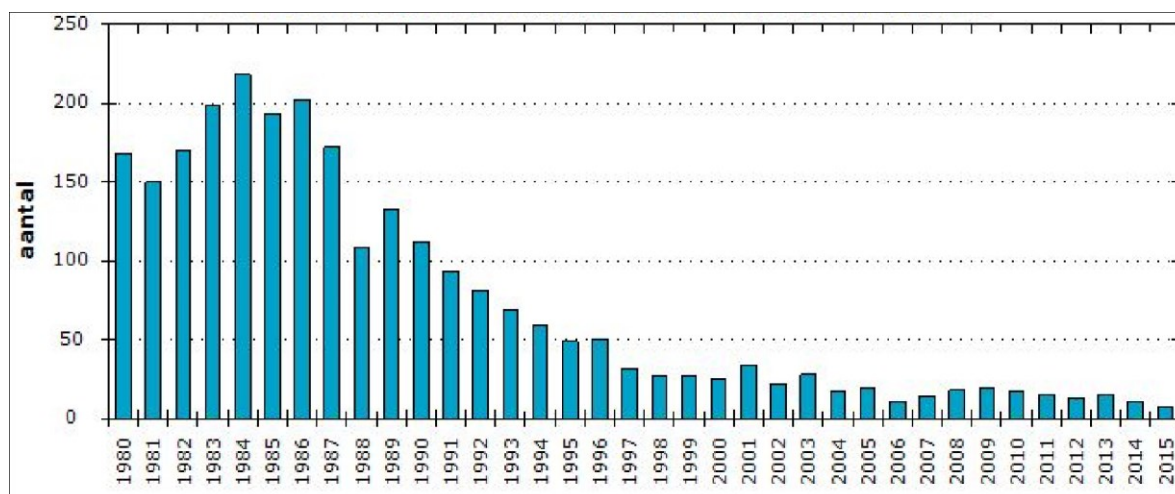
5.9. Statistische methoden.....	47
5.10. Aanbevelingen voor de praktijk.....	47
5.11. Aanbevelingen voor de wetenschap	47
6. Referentielijst	48
Appendix 1: Flyer.....	51
Appendix 2: De vragenlijst.....	52
Appendix 3: Volledige tabel van het aantal levendgeborenen.	58

1. Inleiding

Wiegendood, ook wel *sudden infant death syndrome* (SIDS) genoemd, wordt in Nederland gedefinieerd als “het plotseling, onverwacht tijdens een slaaperiode overlijden van een kind jonger dan twee jaar bij wie geen lichamelijke aandoening wordt vastgesteld die op zichzelf het overlijden voldoende verklaart” (1). Onder wiegendood valt ook het in kritieke toestand aantreffen van de zuigeling, waarna hij of zij alsnog komt te overlijden na reanimatiepogingen zonder een aantoonbare oorzaak. Wiegendood vindt in de meeste gevallen in het eerste levensjaar plaats, maar kan ook in het tweede levensjaar voorkomen. Dit wordt echter niet door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) geregistreerd (2). De diagnose kan pas worden gesteld na anamnese, een onderzoek dat wordt uitgevoerd ter plaatse van overlijden en een pathologisch- en pediatrisch postmortaal onderzoek.

1.1. Incidentie in Nederland

Sinds wiegendood in 1979 als officiële doodsoorzaak wordt gezien, registreert het CBS alle gevallen van wiegendood onder zuigelingen tussen zeven dagen en één jaar oud (2). Sterfte tijdens de eerste zeven dagen wordt gezien als vroeg-neonatale sterfte (3). Figuur 1 toont de incidentie van wiegendood in aantallen. De hoogste incidentie was in 1984. In dat jaar waren er in Nederland 218 gevallen van wiegendood geregistreerd (4). De geregistreerde wiegendood sterfte bij zuigelingen per 100.000 levendgeborenen nam af van 193 in 1985 tot elf in 2014 en zeven in 2015. Het Nederland Centrum Jeugdgezondheidszorg (NCJ) schreef deze lage incidentie toe aan de kwalitatief goede gezondheidszorg in Nederland samenhangend met de vele aandacht voor de preventie van wiegendood. Daarnaast is het advies goed opgevolgd door de ouders (5).



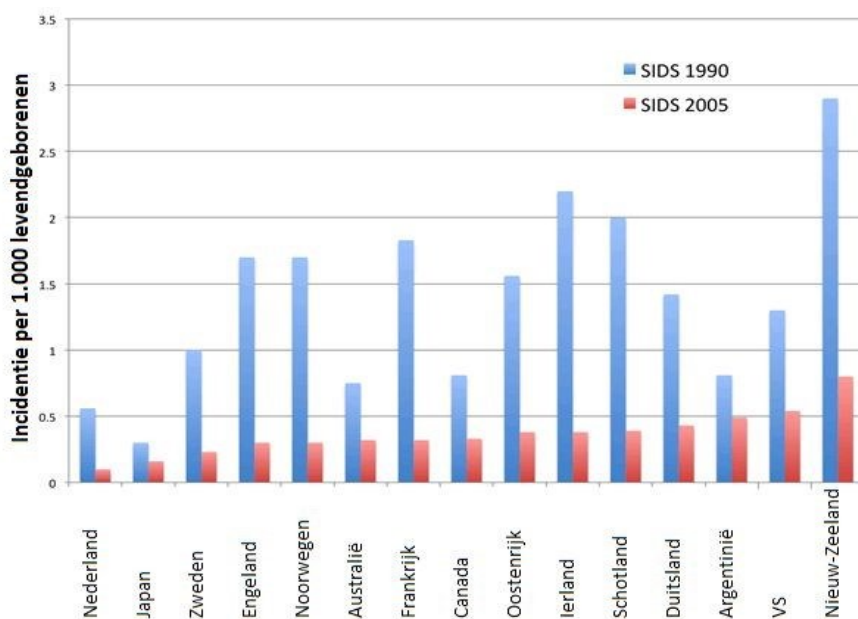
Figuur 1: Incidentie wiegendood in absolute aantallen (totaal jongens en meisjes onder de één jaar) (4)

1.2. Internationaal

De definitie van wiegendood is over de hele wereld nagenoeg hetzelfde (2). Het blijkt echter lastig om internationaal een vergelijking te maken betreffende de incidentie van wiegendood. Dit wordt veroorzaakt door een verschil in het uitvoeren van het onderzoek na het overlijden van een zuigeling en een verschil in de manier van registreren van de uitkomsten van dit onderzoek in verschillende landen. Gebleken is dat de term wiegendood door verschillende zorgprofessionals op verschillende manieren gedefinieerd wordt (6). Dit wordt mede veroorzaakt door een verschillend niveau van opleiding en vaardigheden. Een andere oorzaak is het bestaan van diagnostische voorkeuren, waaronder bijvoorbeeld het niet gebruiken van wiegendood als doodsoorzaak (6).

1.3. Risicofactoren

Eén van de risicofactoren voor wiegendood, die in het eind van de jaren tachtig als eerste aan het licht kwam, kwam uit een onderzoek van kinderarts dr. G.A. de Jonge (9, 10). Dr. de Jonge deed onderzoek naar het verband tussen wiegendood en buikligging en concludeerde dat er een verband is tussen buikligging en wiegendood. Hij adviseerde vervolgens in 1987 om zuigelingen niet langer op de buik te slapen te leggen (11). Later is het onderzoek van dr. de Jonge met meer wetenschappelijk onderzoek bewezen (9). Niet alleen in Nederland, maar ook op internationaal niveau is geadviseerd dat buikligging de belangrijkste risicofactor voor wiegendood is en de zuigeling daarom niet op de buik te slapen te leggen (2). In Figuur 2 is de afname in incidentie van wiegendood in verschillende landen te zien. Vanaf 1984 daalde de incidentie van wiegendood dan ook aanzienlijk (12). Nadat buikligging als belangrijke risicofactor werd gezien, werd dit in 1992 aangevuld met het gevaar van zijligging als slaaphouding en in 1994 met het gebruik van dekbedden en hoofdbeschermers in de wieg (9, 13).



Figuur 2: Incidentie wiegendood in verschillende landen in 1990 en 2005(7, 8)

In 1996 zijn al deze risicofactoren door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO in een rapport 'Consensus Preventie van Wiegendood' uitgegeven (5). Dit, om enerzijds wetenschappelijke onderzoeken betreffende wiegendood samen te vatten voor professionals en anderzijds om ouders en verzorgers van zuigelingen aanbevelingen aan te reiken voor de preventie van wiegendood (14). Sindsdien is er vooruitgang geboekt in de herkenning van risicofactoren. Naast risicofactoren, zoals roken tijdens en/of na de zwangerschap, het gebruik van onveilig bedmateriaal en samen slapen van ouder en zuigeling, worden ook beschermende factoren benoemd, zoals het gebruik van een fopspeen en borstvoeding (1, 15).

Al deze risicofactoren zijn verwerkt in richtlijnen voor medewerkers in de gezondheidszorg, die dagelijks te maken hebben met ouders van zuigelingen. Deze richtlijnen zijn in 2007 opgesteld door de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK) voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Op basis van deze richtlijnen adviseert de JGZ-ouders en verzorgers hoe zij hun kind veilig kunnen laten slapen. Deze adviezen zijn daarnaast ook beschreven in preventiefolders voor ouders en verzorgers. Voorlichting over de preventie van wiegendood heeft bijgedragen aan het dalende

prevalentiecijfer (16). Ook kunnen JGZ-professionals ouders, waarvan het kind is overleden aan wiegendood, ondersteuning bieden en eventueel doorverwijzen (16).

1.4. Triple Risk Model

In de afgelopen decennia is meer inzicht verkregen in de pathogenese van wiegendood. In 1994 is het 'Triple Risk Model' ontworpen door Filiano en Kinney, te zien in Figuur 3 (17). Dit model beschrijft de interactie tussen drie groepen van factoren die het risico op wiegendood verhogen. De kritieke ontwikkelingsfase omvat de snelle groei en ontwikkeling, zowel lichamelijk als fysiek, van een zuigeling gedurende de eerste zes maanden van hun leven. Het risico op wiegendood is dan ook het hoogst in deze zes maanden (7). Negentig procent van alle wiegendood gevallen komt voor bij zuigelingen jonger dan zes maanden (18). Ook kwetsbare zuigelingen hebben een verhoogd risico op wiegendood. Hierbij valt te denken aan prematuur geboren zuigelingen (zwangerschapsduur korter dan 37 weken) of zuigelingen met lichamelijke afwijkingen, zoals een luchtweginfectie (18). Tot slot spelen exogene factoren een rol, zoals de slaaphouding of het rookgedrag van ouders. Kwetsbare zuigelingen kunnen meer last ondervinden van deze factoren (7).



Figuur 3: Triple Risk Model voor wiegendood

1.5. Peiling Veilig Slapen

Om inzicht te krijgen in het gedrag van ouders van zuigelingen in Nederland wat betreft wiegendood, wordt sinds 1988 de Peiling Veilig Slapen uitgevoerd (19). De Peiling is in de afgelopen decennia enkele malen uitgevoerd, te weten in 2003, 2005 en 2011. Gedurende deze Peilingen is door middel van vragenlijsten inzicht verkregen in het gedrag van ouders betreffende de preventie van wiegendood. In de Peiling van 2011 is geconcludeerd dat enkele risicofactoren en risicogroepen extra aandacht nodig hebben. Dit is in het theoretisch kader uitgewerkt.

De resultaten van terugkerende Peilingen worden gebruikt om het huidige gedrag van ouders in kaart te brengen en professionals hierover te informeren. Door trends in de prevalentie van risicogedrag voor wiegendood te monitoren, kan vervolgens worden bepaald of en hoe de preventie moet worden aangepast. Uit de Peiling van 2011 is naar voren gekomen dat er een verband bestaat tussen het opleidingsniveau en etniciteit van ouders en de incidentie en prevalentie van risicogedragingen van wiegendood (20). Dit kan preventie mogelijk meer doelgroepgericht maken.

1.6. Doel van het onderzoek

Bij zowel zorgverleners als ouders kan door de lage incidentie van wiegendood het belang van preventie worden onderschat. Als gevolg van verminderde aandacht voor wiegendood kan de kennis van ouders en zorgverleners over de risicofactoren afnemen. Hierdoor kan het zijn dat er minder

aandacht wordt besteed aan de risicofactoren. Om de incidentie van wiegendood zo laag te laten blijven, blijft intensieve preventie zeer belangrijk. Dit onderzoek, Peiling Veilig Slapen 2017, heeft als doel te onderzoeken wat de prevalentie van risicofactoren voor wiegendood onder ouders van zuigelingen tot één jaar in Nederland is. Hierbij wordt onderzocht of deze prevalentie verschillend is voor groepen met een verschillend opleidingsniveau en/of met of zonder een migratieachtergrond. Door te weten of risicovol gedrag vaker voorkomt bij deze groepen, kan de preventie eventueel meer doelgroepgericht worden vormgegeven. De resultaten worden vergeleken met de vorige Peiling in 2011. Dit wordt gedaan om te kijken in hoeverre het gedrag van ouders nog gelijk is aan die van de ouders in 2011. Aan de hand hiervan kan mogelijk een advies gegeven worden om de preventie, waar nodig, aan te passen.

1.7. Hoofd- en deelvragen

De hoofdvraag in dit onderzoek luidt: *“Hoe ziet het gedrag eruit van ouders van zuigelingen in Nederland met verschillende achtergronden met betrekking tot de risico- en beschermende factoren voor wiegendood en zijn er verschillen in gedrag in 2017 ten opzichte van 2011?”*

De volgende deelvragen dragen bij aan het beantwoorden van de hoofdvraag:

- 1. “Hoe ziet in 2017 het gedrag eruit van ouders van zuigelingen in Nederland met betrekking tot de risico- en beschermende factoren voor wiegendood?”*
- 2. “Op welke manier is het gedrag van ouders van zuigelingen in Nederland met betrekking tot risicofactoren voor wiegendood in 2017 veranderd ten opzichte van het gedrag van de onderzoekspopulatie in 2011?”*
- 3. “In hoeverre bestaat er samenhang tussen het gedrag van ouders van zuigelingen in Nederland met betrekking tot risico- en beschermende factoren voor wiegendood in 2017 en het opleidingsniveau van de ouders?”*
- 4. “In hoeverre bestaat er samenhang tussen het gedrag van ouders van zuigelingen in Nederland met betrekking tot risico- en beschermende factoren voor wiegendood in 2017 en de migratieachtergrond¹ van de ouders?”*

¹ In verband met de gewijzigde terminologie in het vervolg waar mogelijk de term migratieachtergrond gebruikt wordt.

2. Theoretisch kader

Het plotseling overlijden van een zuigeling is niet volledig te voorkomen. Om de kans op wiegendood te verkleinen, zijn er verschillende onderzoeken uitgevoerd naar situaties waarin wiegendood is voorgekomen om zo de risico- en beschermende factoren in kaart te brengen (2).

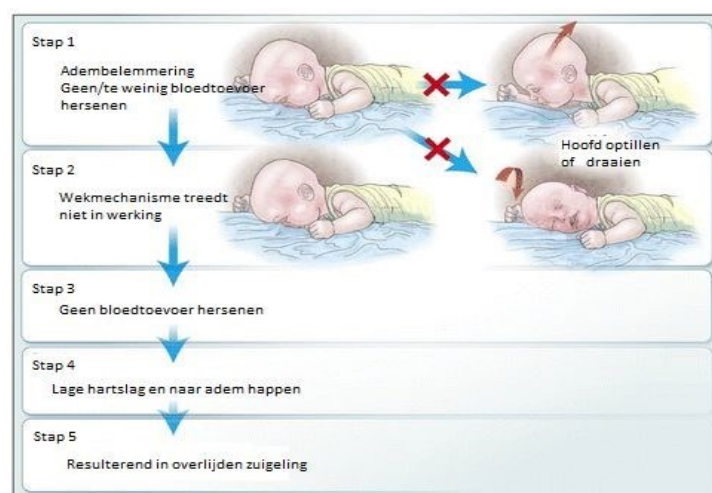
Zoals al eerdergenoemd, brengt volgens het Triple Risk Model de interactie tussen drie factoren, te weten de kritieke ontwikkelingsfase, kwetsbaarheid en exogene factoren, een risico op het vóórkomen van wiegendood met zich mee. Ook al is de oorzaak van wiegendood onduidelijk, het Triple Risk Model is een raamwerk dat kan helpen bij het onderzoek naar het plotseling overlijden van een zuigeling en de factoren die hierbij een rol spelen (21). Deze factoren zijn onder te verdelen in risicofactoren, beschermende factoren, kindfactoren en ouderfactoren (22).

2.1. Risicofactoren

Risicofactoren zijn factoren die te beïnvloeden zijn door de ouders/verzorgers van de zuigeling (13). Kijkend naar het eerdergenoemde Triple Risk Model, vallen risicofactoren onder de exogene factoren (23).

2.1.1. Slapen in buikligging

In 1987 is de belangrijkste risicofactor voor wiegendood vastgesteld, het slapen op de buik door de zuigeling (24). Bij buikligging wordt onderscheid gemaakt tussen primaire buikligging en secundaire buikligging. Zowel primaire als secundaire buikligging worden tot de belangrijkste risicofactoren voor wiegendood gerekend (25). Uit onderzoek is gebleken dat bij veertien procent van de zuigelingen die met het gezicht recht naar beneden liggen en drie procent van de zuigelingen die schuin naar beneden liggen met het gezicht, adembelemmering optreedt. Gewoonlijk treedt in deze gevallen een wekmechanisme op. Het komt echter in sommige gevallen voor dat dit wekmechanisme niet in werking treedt, wat het risico op wiegendood vergroot. In Figuur 4 is het niet optreden van het wekmechanisme afgebeeld. Een mogelijke oorzaak voor het niet in werking treden van het wekmechanisme is een verminderde warmteafgifte van het lichaam, ook wel warmtestress genoemd (26). Andere mogelijke oorzaken zijn herademem en een (mechanisme) obstructie van de luchtweg.



Figuur 4: Adembelemmering door buikligging, waardoor het wekmechanisme (arousal) niet in werking treedt (27)

2.1.2. Primaire buikligging

In de jaren zeventig werd in Nederland aanbevolen zuigelingen op de buik te slapen te leggen (10). In 1987 is gesteld dat de kans op wiegendood drie keer zo groot is wanneer ouders hun zuigeling op de buik te slapen leggen dan wanneer ouders hun zuigeling in rugligging te slapen leggen (2). Sindsdien wordt het te slapen leggen van een zuigeling in buikligging afgeraden in Nederland en wordt de prevalentie van de buikligging in Peilingen gemeten. Sindsdien is het te slaap leggen in buikligging afgenomen van 65 procent in 1987 tot vijf procent in 2005. De incidentie is stabiel gebleven tot 2011 (20). De afname van het te slapen leggen in buikligging werd gevolgd door een afname van het vóórkomen van wiegendood.

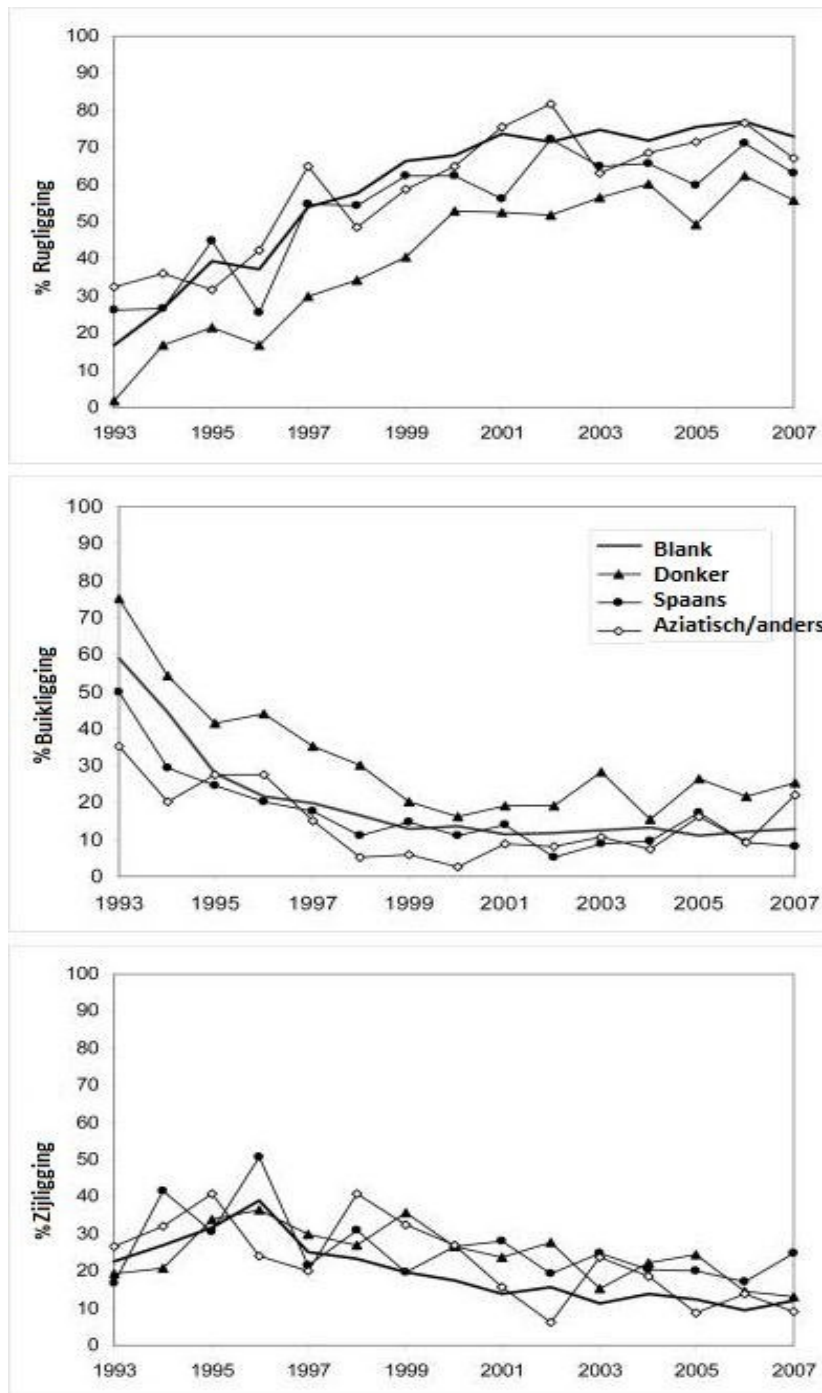
2.1.3. Secundaire buikligging

Bij secundaire buikligging wordt de zuigeling niet te slapen gelegd op de buik, maar rolt de zuigeling zelf in een buikligging tijdens de slaaperiode. Vanaf een paar weken na de geboorte is een zuigeling in staat van zijligging naar buikligging te draaien (2). Na enkele maanden is een zuigeling in staat van rugligging naar buikligging te draaien. Na het advies een zuigeling in rugligging te slapen te brengen, is de secundaire buikligging een grotere rol gaan spelen wat betreft wiegendood. In 67 procent van overlijdensgevallen in primaire buikligging, werd het hoofd in een zij-positie gevonden. Bij overlijden in secundaire buikligging is in 69 procent van de gevallen het hoofd naar beneden gericht, wat een vergrote kans op adembelemmering met zich meebrengt (2).

2.1.4. Zijligging

Het op de zij leggen van een zuigeling tijdens de slaaperiode geeft een minder groot risico op wiegendood dan de buikligging (2). Toch wordt de zijligging afgeraden en is het te slapen leggen in zijligging afgenomen van 6,0% naar 4,1% in 2011 (20). De kans bestaat dat vanuit zijligging de zuigeling in een secundaire buikligging gaat liggen. Bij zuigelingen met een laag geboortegewicht of die vroeggeboren zijn (zwangerschapsduur van minder dan 37 weken) (3), is het risico op wiegendood door zijligging zevenmaal hoger dan bij zuigelingen met een normaal geboortegewicht of niet-vroeg geboren (20).

Het wisselend slapen op de rug en op de zij is in Nederland vanaf 2005 gestegen van 7,4 procent naar 9,5 procent in 2011 (20). In 2011 sliep ongeveer een op de vijf zuigelingen niet in rugligging. Het te slapen leggen in rugligging is tussen 2005 en 2011 wel toegenomen, maar deze toename blijkt klein (20). In Figuur 5 is de prevalentie van achtereenvolgens de rugligging, de buikligging en de zijligging in de Verenigde Staten per etniciteit in kaart gebracht.



Figuur 5: Percentage zuigelingen in bed gelegd in rugligging (boven) in buikligging(midden) en in zijligging(onder) (28)

Te zien is dat de prevalentie van het op de rug te slapen leggen sterk is toegenomen in de periode 1993-2007. Een mogelijke oorzaak hiervoor is het aanpassen van richtlijnen over veilig slapen. Met name het afraden van de buikligging. Dit is ook te zien in de prevalentie van de buikligging, die in dezelfde periode is afgenomen. Er is hier ook een duidelijke procentuele afname bij alle etnische groepen. De prevalentie van de zijligging laat een minder groot verschil zien in deze periode.

2.1.5. Warmtestress

Bij warmtestress dreigt het temperatuur-evenwicht uit balans te raken (25). De lichaamstemperatuur is afhankelijk van de verhouding tussen de warmteproductie en warmteafgifte van het lichaam. Het

hoofd van een zuigeling speelt hierbij een belangrijke rol vanwege het relatief grote oppervlak. Wanneer de zuigeling op zijn of haar buik ligt, kan de warmteafgifte zestig procent lager liggen dan in rugligging. Hierdoor kan de prikkeldeempel voor het wekmechanisme worden verhoogd, wat kan leiden tot apnoe. In buikligging heeft een zuigeling een grotere mobiliteit, waardoor hij of zij onder het beddengoed kan raken, met mogelijke warmtestress tot gevolg. Warmtestress treedt niet alleen op door buikligging, maar ook door een grote warmte-isolatie van het beddengoed, waardoor de warmteafgifte van het lichaam van de zuigeling wordt geremd, te warme kleding of een te warme (slaap)omgeving.

Volgens het NCJ is het mogelijk dat warmtestress als een 'ondergewaardeerd risicofactor' wordt beschouwd en zou er op het gebied van preventie meer aandacht aan besteed moeten worden (2).

2.1.6. Mechanische obstructie van de luchtweg

Wanneer een zuigeling in buikligging ligt, bestaat de kans dat het hoofd recht naar beneden komt te liggen, waardoor zowel de neus en de mond volledig kunnen worden afgesloten (25). Ook als de neus en mond niet afgesloten zijn, kan er druk ontstaan op de onderkaak. Dit kan leiden tot het vernauwen of volledig afsluiten van de luchtweg, doordat zowel de onderkaak als de tong naar achteren worden geplaatst.

2.1.7. Herademmen

Herademmen (rebreathing) is het inhaleren van een of meerdere eerder uitgeademde gassen en kan meerdere oorzaken hebben. In buikligging kan het gezicht van de zuigeling tegen het matras aan liggen, waardoor het opnieuw inademen van koolstofdioxide kan optreden (25). Deze ogenschijnlijke oorzaak van wiegendood kan ook worden verklaard door warmtestress. Een andere oorzaak van herademmen is het beddengoed of andere voorwerpen in het bed van de zuigeling.

2.1.8. Onveilig bedmateriaal

Het gebruik van onveilig bedmateriaal brengt verschillende risicofactoren met zich mee voor het creëren van een onveilige slaapsituatie voor een zuigeling (25).

2.1.9. Dekbed

Een dekbed isoleert evenveel warmte als drie à vier dunne dekens bij elkaar, wat warmtestress kan veroorzaken, vooral in combinatie met een hoelaken (25). Uit de Peiling Veilig Slapen uitgevoerd in 2011 is naar voren gekomen dat 4,1 procent van alle zuigelingen werd toegedekt met een dekbed (20).

2.1.10. Inbakeren

Inbakeren is het van schouders tot en met voetjes inwikkelen van een zuigeling in doeken, waardoor een zuigeling in beperkte mate kan bewegen en daardoor gemakkelijker in slaap kan vallen (2). Zodra een zuigeling pogingen doet om te draaien, moet het inbakeren onmiddellijk gestopt worden (24). Vanaf een leeftijd van vier maanden moet er niet meer gestart worden met inbakeren. Bij een leeftijd van zes maanden moet er altijd afgebouwd worden met het inbakeren volgens de JGZ-richtlijnen. Ook kan inbakeren de warmteafgifte verminderen en daardoor de kans op warmtestress vergroten (25). Uit onderzoek is gebleken dat slechts een kwart van de ouders die hun zuigeling inbakert, het inbakeren heeft geleerd op het consultatiebureau, zoals aanbevolen. Het niet goed

aanleren van het inbakeren kan tot gevolg hebben dat zuigelingen niet goed worden ingewikkeld of dat dit langer dan zes maanden wordt gedaan (30).

2.1.11. Matras

Het te slapen leggen van een zuigeling op een zacht matras is een risicofactor voor wiegendood, met name in combinatie met buikligging (25). Het hoofdje kan te ver wegzakken in het matras, wat verstikking tot gevolg kan hebben (30).

2.1.12. Samen in bed slapen

Het samen slapen van ouder en zuigeling werd gedurende lange tijd aangemoedigd, omdat dit het geven van borstvoeding zou stimuleren. Het in één bed slapen van ouder en zuigeling jonger dan vier maanden geeft echter een verhoogd risico op wiegendood (1). Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het bedmateriaal (een zacht matras, dekbed en kussens). Ook bestaat er het risico op verdrinking van de zuigeling. Ook na de leeftijd van vier maanden blijft het samen slapen van ouder en zuigeling een risico. Het nabij slapen in dezelfde kamer blijkt echter gunstig te zijn voor de zuigeling, naar de ouders de zuigeling in bepaalde mate in de gaten kan houden. De zuigeling kan zo beter in de gaten worden gehouden. Uit een Amerikaans onderzoek is gebleken dat in de periode 2001-2010, 46 procent van de ouders in de afgelopen twee weken weleens samen met hun kind (jonger dan acht maanden) in bed heeft geslapen (6). Veertien procent van de ouders gaf aan in de meeste gevallen samen met hun kind in één bed te slapen. Dit percentage is hoger bij bepaalde etnische groepen, te weten ouders met een donkere huidskleur, ouders van Spaanse afkomst en ouders van Amerikaans Indiase afkomst. Uit de Peiling van 2011 is naar voren gekomen dat in Nederland het percentage zuigelingen dat samen in bed slaapt met zijn of haar ouders toegenomen is (20). Het samen in één bed slapen heeft vaak een persoonlijke of culturele reden, waaronder het makkelijk geven van borstvoeding, familietradities of de overtuiging dat het in bed slapen veiliger is voor de zuigeling. Een veilig alternatief is het te slapen leggen van de zuigeling in een bedje of wieg naast het ouderlijk bed. Hierdoor zijn ouders in staat toezicht te houden op de zuigeling. Het samen slapen op een bank of stoel, waarbij de zuigeling in buikligging bovenop de ouder ligt, blijkt ook een risico met zich mee te brengen. De zuigeling kan vallen en zich ernstig verwonden (2).

2.2. Beschermende factoren

Onder beschermende factoren wordt verstaan de factoren die beschermend werken voor de zuigeling tegen wiegendood.

2.2.1. Fopspeen

Nog voordat het te slapen leggen op de buik van de zuigeling naar voren kwam als risicofactor, werd in 1979 al gesuggereerd dat een fopspeen de kans op wiegendood zou kunnen verkleinen (25). In 1996 werd in Nederland het gebruik van een fopspeen geadviseerd, omdat het als beschermende factor werkt (2). Wel wordt aangeraden de fopspeen in beperkte mate te gebruiken, voornamelijk bij het in slaap vallen of bij vermoeidheid. Het gebruik van de fopspeen heeft een geruststellende werking op zuigelingen, waardoor ze op een rustige manier in slaap kunnen vallen. De exacte reden waarom een fopspeen een beschermende factor is, is niet duidelijk. Een mogelijke verklaring is dat de wekmechanisme drempel wordt verlaagd (25). De fopspeen kan als beschermende factor dienen, mits het consequent gebruikt wordt. Het doorbreken van het dagelijkse ritme kan het effect

verstoren of zelfs averechts werken. Het is van belang de borstvoeding goed op gang te laten komen voor er begonnen wordt met het gebruiken van een fopspeen. Dit kan soms al vanaf twee weken (2).

2.2.2. Trappelzak

In Nederland wordt een zuigeling vaak te slapen gelegd in een trappelzak (slaapzak). Dit gebeurt voornamelijk in het tweede halfjaar bij meer dan de helft van de zuigelingen. Dit wordt gedaan, omdat er al jaren aandacht is vanwege het beschermende effect van deze methode voor het instoppen van het kind. Uit onderzoek van L'Hoir in 1998 bleek dat de trappelzak een significante bescherming biedt tegen wiegendood (24). Alleen kon de beschermende werking van de trappelzak in een ander onderzoek van de landelijk werkgroep wiegendood niet worden bevestigd (9). Toch adviseert het Nederlands Centrum van Jeugdgezondheid een katoenen, ongevoerde slaap- of trappelzak te gebruiken in plaats van een opgemaakt bedje met laken en een deken (2). De trappelzak moet goed bij de zuigeling passen qua afmetingen. De hals- en armopening mogen daarom niet te groot zijn, anders kan de zuigeling in de trappelzak verdwijnen. De veiligste sluiting van een trappelzak is door middel van een rits van boven naar onder, zodat de zuigeling er zelf niet bij kan. Verder mag een trappelzak nooit in combinatie met een dekbed gebruikt worden. Als de zuigeling onder het dekbed terecht komt, kan hij/zij stikken of oververhit raken. Wel kan er bij een dunne trappelzak een deken of laken gebruikt worden over het voeteneinde.

2.2.3. Borstvoeding

Het geven van borstvoeding blijkt een beschermende factor te zijn voor wiegendood. De precieze reden is nog niet duidelijk, maar een mogelijke verklaring is dat het krijgen van borstvoeding de prikkel drempel verlaagt bij een zuurstoftekort (25). Dit houdt in dat het wekmechanisme eerder in werking treedt (6). Er wordt steeds vaker gebruik gemaakt van kunstvoeding als alternatief voor borstvoeding (20).

2.2.4. Inbakeren

Zoals al eerder vermeld, kan inbakeren ook een beschermend effect met zich meebrengen, mits dit op een goede en veilige manier gedaan wordt. Door een zuigeling in te bakeren kan hij of zij zich weinig tot niet bewegen, waardoor de zuigeling niet in staat is om te rollen van rugligging naar zij- of buikligging.

2.3. Kinderfactoren

Onder kinderfactoren, ook wel *'vulnerable infant'* van het Triple Risk Model worden factoren verstaan die bijdragen aan de kwetsbaarheid van de zuigeling, ofwel kinderfactoren (23).

2.3.1. Zwangerschapsduur/geboortegewicht

Prematuur geboren zuigelingen (zwangerschapsduur van minder dan 37 weken) en zuigelingen met een laag geboortegewicht (gewicht van minder dan 2500 gram) hebben een verhoogd risico op wiegendood (25). Dit wordt mogelijk veroorzaakt door onderontwikkelde motorische vaardigheden of spierkracht (6). Onder het aantal wiegendood gevallen is het percentage zuigelingen met een laag geboortegewicht twee keer zo groot als het percentage zuigelingen met een hoger geboortegewicht. Voor vroeggeboren zuigelingen is dit risico nog groter. Het Project *'On Preterm and Small for gestational age'* (POPS) heeft in een onderzoek in 1983 aangetoond dat vroeggeboren zuigelingen, waarvan de zwangerschapsduur minder dan 32 weken is, en/of een zeer laag geboortegewicht

hadden (minder dan 1500 gram), een tien keer zo groot risico hadden op wiegendood als zuigelingen met een langere zwangerschapsduur en/of een hoger geboortegewicht.

2.3.2. Geslacht

In de meeste landen, waaronder Nederland, komt wiegendood vaker voor bij jongens dan bij meisjes (2). Het blijkt dat enkele risicofactoren bij het mannelijk geslacht vaker voorkomen dan bij het vrouwelijk geslacht, bijvoorbeeld dat jongens vaker in buikligging worden gelegd dan meisjes. De reden dat de incidentie van wiegendood bij jongens hoger ligt dan bij meisjes is nog niet bekend. Jongens zijn vaker oververtegenwoordigd bij andere doodsoorzaken op deze jonge leeftijd (2).

2.3.3. Meerlingen

Het hebben van meerling broertje(s)- en/of zusje(s) op zich brengt geen verhoogd risico op wiegendood met zich mee. (2) Dit gebeurt wel wanneer de broertje(s) en/of zusje(s) bij elkaar te slapen worden gelegd. Zoals al eerder benoemd, brengt het samen slapen van ouder en zuigeling in één bed een verhoogd risico met zich mee. Dit is ook het geval bij twee of meerdere zuigelingen in één bed (2). Ten eerste kan door bewegingen van de ene zuigeling de ademhaling van de andere zuigelingen worden bemoeilijkt door bijvoorbeeld een arm op zijn of haar mond te laten rusten. Ten tweede geeft het lichaam warmte af, wat warmtestress kan veroorzaken.

2.4. Ouderfactoren

Onder '*vulnerable infant*' behoort niet alleen de kwetsbaarheid van de zuigeling, ook intrinsieke factoren vallen onder '*vulnerable infant*' (23).

2.4.1. Roken

Passief roken is, na buikligging, de belangrijkste risicofactor voor wiegendood (2). Het roken tijdens de zwangerschap blijkt een groter risico te vormen dan na de geboorte. Bij onderzoeken onder proefdieren is gebleken dat roken tijdens de zwangerschap hypoxie kan veroorzaken, een toestand waarin lichaamscellen niet van voldoende zuurstof worden voorzien. Dit heeft als gevolg dat de hersencellen zullen afnemen. Bij mensen is dit echter nog niet aangetoond. Wel is aangetoond dat zuigelingen lastiger te wekken zijn. De drempel van het wekmechanisme ligt hoger. Dit betreft zowel spontane wekreacties als wekreacties veroorzaakt door prikkels.

2.4.2. Ongunstige SES

Een ongunstige Sociaal Economische Status (SES) is een belangrijke determinant voor het optreden van risicofactoren betreffende wiegendood. SES wordt door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) als volgt gedefinieerd: "*De positie van mensen op de maatschappelijke ladder met het daaraan verbonden aanzien en prestige*" (31).

Onder een lage SES vallen meerdere eigenschappen. Hierbij valt te denken aan een jonge leeftijd van de ouders tijdens de zwangerschap en geboorte, een laag opleidingsniveau en alleenstaande ouders (25). Het aantal wiegendood gevallen is hoger bij moeders jonger dan twintig jaar vergeleken met moeders met een hogere leeftijd. Bij laagopgeleide moeders komen meer risicofactoren naar voren dan bij hoogopgeleide moeders. Het grootste verschil is merkbaar bij de risicofactoren. Zowel moeders met een laag opleidingsniveau als moeders met een hoog opleidingsniveau blijken op de hoogte te zijn van de risicofactoren. Bij moeders met een laag opleidingsniveau blijkt dit echter niet terug te zien in hun gedrag. In de Peiling van 2011 is naar voren

gekomen dat ouders met een laag opleidingsniveau meer risicovol gedrag vertonen en minder beschermend gedrag (20). Hieruit zou afgeleid kunnen worden dat zij, ondanks het krijgen van de juiste informatie, deze minder vaak omzetten naar het gewenste gedrag.

2.4.3. Rangorde in het gezin

De incidentie van wiegendood ligt hoger bij het tweede (of het daaropvolgend) geboren kind dan bij het eerstgeboren kind. In voorgaande Peilingen is geconcludeerd dat ouders veiligheidsadviezen minder strikt opvolgen en sneller geneigd zijn risico's te nemen bij het tweede (of daaropvolgende) kind (20). Dit zou te wijten kunnen zijn aan de grotere belastbaarheid die ouders/verzorgers ondervinden bij het opvoeden van meerdere kinderen. Enkele risicofactoren waarbij dit naar voren komt zijn het op de buik te slapen leggen, onder één dekbed liggen van de ouders/verzorgers en zuigeling of passief roken (25). De reden waarom deze risicofactoren meer vóórkomen is niet duidelijk.

2.4.4. Etnische verschillen

Er bestaan verschillen in de incidentie van wiegendood tussen verschillende etnische groepen. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het verschil in de zorg voor hun zuigelingen. Risicofactoren waarin dit vooral naar voren komt is het rookgedrag, het te slapen leggen van de zuigeling, het bedmateriaal en het al dan niet geven van borstvoeding in plaats van kunstvoeding (25). Ondanks de afname in incidentie in alle etnische groeperingen is het aantal gevallen van wiegendoodsterfte in de Verenigde Staten het hoogst onder Amerikaanse Indiaanse zuigelingen (191 per 100.000 levendgeborenen) en zwarte niet Latijn-Amerikaanse Amerikanen zuigelingen (172 per 100.000 levendgeborenen) in de periode 2010-2013 (6,7).

Uit voorgaande Peilingen Veilig Slapen is gebleken dat ouders met een migratieachtergrond meer risicovol gedrag vertonen, waardoor de incidentie van wiegendood bij deze groepen hoger ligt (20).

3. Methode

Dit onderzoek is een beschrijvend dwarsdoorsnedeonderzoek en heeft als doel nauwkeurig het gedrag van ouders en/of verzorgers van zuigelingen wonende in Nederland met betrekking tot de risicofactoren voor wiegendood in kaart te brengen. Gegevens over het gedrag van ouders werden middels een vragenlijst verzameld.

3.1. Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie betreft ouders (inclusief verzorgers) van zuigelingen jonger dan 12 maanden oud wonende in Nederland. Voor het leesgemak wordt er uitsluitend gesproken over ouders. De doelpopulatie van ouders werd benaderd via JGZ-organisaties met het verzoek om mee te doen aan het vragenlijstonderzoek. De daadwerkelijke steekproefgrootte in dit onderzoek werd bepaald door het aantal respondenten, de ouders die daadwerkelijk de vragenlijst hebben ingevuld.

3.2. Inclusie- en exclusiecriteria

Om mee te mogen doen met het onderzoek waren er enkele inclusie- en exclusiecriteria. De inclusiecriteria waren dat de invuller een ouder/verzorger moet zijn van de zuigeling, deze zuigeling jonger dan twaalf maanden oud is en wonende in Nederland. Daarnaast waren het exclusiecriteria dat ouders die de Nederlandse taal niet begrijpen, niet konden deelnemen aan het onderzoek. Ook zijn onvolledig ingevulde vragenlijsten geëxcludeerd van het onderzoek.

3.3. Meetinstrument

De vragenlijst (Appendix 2) is samengesteld door onderzoekers van de Universiteit Twente aan de hand van eerder afgenomen vragenlijsten in de Peiling Veilig Slapen. Dit om de vergelijking met de Peiling in 2011 mogelijk te maken. De vragenlijst is eerst onder 6 ouders van zuigelingen getest voordat deze definitief online ging. Er is hen gevraagd te kijken of de vragen begrijpelijk en volledig zijn of er eventueel nog fouten in stonden en hoeveel tijd zij kwijt waren met het invullen ervan.

De vragenlijst Peiling Veilig Slapen bestaat uit maximaal 52 vragen die voornamelijk meerkeuze zijn. Veel vragen hiervan betroffen 'doorvragen'. De vragenlijst is ingedeeld in zes onderdelen: de achtergrondgegevens van de zuigeling, de slaaphouding van de zuigeling in de afgelopen vier weken, de slaapplek van de zuigeling in de afgelopen vier weken, overige verzorgingsfactoren rond het slapen van de zuigeling (o.a. fopspeengebruik, inbakeren,), verzorging rondom het slapen in de afgelopen nacht, informatie over veilig slapen, kenmerken van de ouder(s)/verzorger(s).

Als achtergrondgegevens van de zuigeling zijn verzameld: geslacht (jongen of meisje); of het een eenling of een meerling is; de geboortedatum; de zwangerschapsduur (indeling in drie categorieën, namelijk: korter dan 32 weken, 32-37 weken, langer dan 37 weken(4)); de rangorde van de zuigeling (eerste kind, tweede kind, derde kind, vierde kind of daaropvolgend kind) en tot slot het geboortegewicht (indeling in twee categorieën, namelijk: minder dan 2500 gram (laag geboortegewicht), meer dan 2500 gram (25)). In deze Peiling wordt geanalyseerd met geslacht, leeftijd en rangorde.

Over de slaaphouding zijn de volgende gegevens gevraagd: in welke houding de ouder de zuigeling in de afgelopen vier weken te slapen heeft gelegd (rugligging, zijligging, buikligging, wisselend op de rug en op de zij, wisselend op de rug en op de buik, wisselend op de zij en op de buik, wisselend op de rug, zij en buik) en of er eventuele hulpmiddelen werden gebruikt om het kind

in de gewenste slaaphouding te laten slapen (voedingskussen, opgerolde handdoek, riem of band door slaapzak, slaapwikkel, stabilisatiekussen of wig).

De vragen over de slaapplek van de zuigeling gaan over waar de zuigeling slaapt (alleen op een kamer, met broertje(s) en/of zusje(s) op een kamer, bij ouders op de kamer); hoe de zuigeling in bed wordt gelegd (voetjes bij het voeteneind, in het midden van het bedje, hoofdje bij het hoofdeind); of de ouder wel eens samen met het kind in slaap gevallen is en welke attributen er in het bedje lagen van de zuigeling. De vragen over de slaapplek en het samen in slaap vallen zijn meegenomen in de analyse van dit onderzoek.

Over de verzorgingsfactoren rond het slapen zijn ook een aantal vragen gesteld: of er gebruik wordt gemaakt van een fopspeen; of de moeder het kind heeft ingebakerd (nee, alleen 's nachts, alleen overdag, zowel 's nachts of overdag); tijd per week bij de kinderopvang of oppas; het aantal minuten per dag onder toezicht op de buik spelen (nooit, 0-10 minuten, 11-20 minuten, 21-30 minuten, 31-45 minuten, meer dan 45 minuten) en tot slot welke type melkvoeding de zuigeling kreeg ((borstvoeding, kunstvoeding, beide). Voor dit onderzoek zijn alleen de fopspeen, het inbakeren en welk type melkvoeding meegenomen.

Over informatie over veilig slapen wordt aan de ouders gevraagd of ze bekend zijn met de volgende sites: www.ncj.nl (adviezen veilig slapen), www.opvoeden.nl (veilig in bed en in de box) en of ze bekend zijn met de folder 'Slaapplekker' van VeiligheidNL. Deze informatie is in deze Peiling niet gebruikt. Echter werd dit deel van de vragenlijst niet meegenomen in de analyse van dit onderzoek.

Tenslotte zijn er nog een aantal kenmerken van de ouder(s) en/of verzorger(s) gevraagd. Allereerst is gevraagd naar de migratieachtergrond van de moeder/eerste verzorger en vader/tweede verzorger, gemeten aan de hand van het geboorteland van henzelf en hun ouders (indeling in Nederlandse en niet-Nederlandse herkomst); het opleidingsniveau van de moeder en vader werd gemeten aan de hand van de hoogst afgemaakte opleiding (indeling in vier categorieën, namelijk: basisonderwijs; vmbo, mbo1, avo onderbouw; havo, VWO, mbo 2-4; HBO, Universiteit. In dit onderzoek zijn ze onderverdeeld in drie categorieën, namelijk: laag (basisonderwijs, vmbo, mbo1, avo onderbouw), midden (havo-, vwo- of mbo-2-4) en hoog (hbo- of universitaire opleiding) (33); het alcoholgebruik van de moeder en vader (0 glazen, 1-2 glazen, 3-5 glazen, 6 of meer glazen); verder zijn er nog een tweetal vragen gesteld over het roken: het rookgedrag van de moeder en vader (moeder rookt, vader rookt, beide ouders roken, beide ouders roken niet) en of de moeder tijdens haar zwangerschap heeft gerookt. Voor de analyse van dit onderzoek zijn al deze onderdelen meegenomen op een onderdeel na; of de moeder tijdens de zwangerschap heeft gerookt. De SES kan op verschillende manieren gemeten worden. In dit onderzoek is SES gemeten door middel van het opleidingsniveau.

3.4. Procedure Dataverzameling

Er zijn 35 JGZ-organisaties in Nederland aangeschreven met het verzoek deel te nemen aan de Peiling Veilig Slapen 2017. Zij werden verzocht om maximaal 250 flyers aan de ouders uit te delen. Vervolgens hebben zestien JGZ-organisaties zich gemeld om te helpen bij de verspreiding van de vragenlijsten. Het onderzoeksteam van de Universiteit Twente heeft flyers naar de desbetreffende JGZ-organisaties verstuurd voor deelname aan het onderzoek. Deze flyer (Appendix 1) bevat de link naar de vragenlijsten. Er staat een kortingscode op als bedankje voor het invullen van de vragenlijst. De organisaties hebben de flyers aan de ouders tijdens hun bezoek aan het consultatiebureau tussen februari en mei 2017 uitgedeeld. De vragenlijst kon op verschillende manieren worden ingevuld. Allereerst konden de ouders zelf online de vragenlijst invullen. Daarnaast konden de

consultatiebureaus zich opgeven om medewerking te verlenen aan het laten afnemen van digitale of papieren vragenlijsten in de wachtkamer van de consultatiebureaus. Hier hebben 21 locaties binnen elf JGZ-organisaties gehoor aan gegeven, waaronder twee locaties van CJG Den Haag die niet meededen met flyers uitreiken aan ouders. Deze vragenlijsten zijn afgenomen door een onderzoeksassistent van de Universiteit Twente.

3.5. Statistische Analyse

De gegevens zijn geanalyseerd met het programma Statistical Package for Social Science, versie 23.

Als eerst is de dataset opgeschoond om te kijken of er missende waarden zijn in de data. Deze missende waarden hebben een speciale code gekregen in de dataset, zodat er met dat getal rekening wordt gehouden bij het analyseren. Mochten er missende waarden zijn bij dit onderzoek staan ze onderaan vermeld bij de tabel. Ook is er gekeken naar eventuele fout ingevoerde gegevens, omdat dit kan leiden tot verkeerde conclusies.

Daarna zijn er een aantal frequentie analyses uitgevoerd om de achtergrondgegevens van de steekproef te analyseren (leeftijd van de zuigeling, regio, geslacht en rangorde) Met deze uitkomsten is gekeken of de onderzoekspopulatie overeenkomt met de Nederlandse populatie.

Voor het beantwoorden van onze onderzoeksvragen waren een aantal variabelen belangrijk, te weten de slaaphouding, de slaappleaats, het samen in slaap vallen, rookgedrag en alcohol. Deze factoren zijn de risicofactoren. Ook waren gebruik van de fopspeen, inbakeren en melkvoeding belangrijk om te weten. Deze factoren zijn de beschermende factoren. Vervolgens zijn deze risico- en beschermende factoren geanalyseerd, middels kruistabellen, voor de onderzoekspopulatie in deze Peiling. Ook zijn deze risico- en beschermende factoren geanalyseerd voor verschillende leeftijdscategorieën. Op deze manier is deelvraag één beantwoord. Om deelvraag twee te beantwoorden is voorafgaand eerst de onderzoekspopulatie van 2017 wat betreft geslacht, leeftijd, rangorde en de relevante risico- en beschermende factoren voor zover mogelijk vergeleken met de onderzoekspopulatie (n=1951) van 2011, afkomstig van de Peiling Veilig Slapen, uitgevoerd door TNO in 2011. Om de resultaten te vergelijken met de Peiling van 2011 zijn zo veel mogelijk dezelfde analyses uitgevoerd. Hiervoor is gekozen, omdat in 2011 ook gebruik is gemaakt van deze analyse om de resultaten met de voorgaande Peiling te vergelijken.

Om deelvraag drie en vier te beantwoorden, zijn de relevante risico- en beschermende factoren geanalyseerd naar opleidingsniveau en naar migratieachtergrond van de ouders in de steekproef.

Bij alle data is van de volgende nulhypothese uitgegaan: “Er is geen significant verschil tussen de twee factoren”. De alternatieve hypothese luidt: “Er is wel een significant verschil tussen de twee factoren”. Om conclusies te kunnen trekken of er daadwerkelijk een significant verschil is, is er een Chi-kwadraat test uitgevoerd. Bij deze toets is gebruik gemaakt van een betrouwbaarheidsinterval van 95%. Verschillen met een p-waarde <0,05 zijn als significant beschouwd. De nulhypothese is dan verworpen. Op het moment dat meer dan 20% van de cellen een waarde minder dan vijf aangeeft, geldt de Chi-kwadraattest niet meer. In dit geval is er gebruik gemaakt van de Fisher’s Exact test.

De leeftijd van de zuigelingen wordt uitgedrukt in voltooide maanden. Dit wil zeggen dat in de tabellen ‘leeftijd = 1 maand’ betekent dat de zuigeling tenminste een maand oud is en nog geen twee maanden oud.

3.6. Ethische verantwoording

Om dit onderzoek ethisch te verantwoorden is er voldaan aan een aantal eisen, te weten: vrijwillige medewerking; juiste voorlichting; anonimiteit; afwezigheid van negatieve effecten (32). De respondenten zijn geworven via consultatiebureaus of door een onderzoeksassistent van de Universiteit Twente. Er is vooraf duidelijk gemaakt dat het invullen van de vragenlijst ongeveer tien minuten tijd kost en dat de respondent op elk willekeurig moment kan stoppen. Bij de introductie van de vragenlijst is verteld wat het doel van het onderzoek is. De resultaten zijn anoniem verwerkt en hebben geen nadelige gevolgen voor de respondenten. Dit onderzoek is intern beoordeeld door de ethische commissie "*Behavioural, Management and Social sciences*" (BMS). Dit onderzoek is goedgekeurd onder het nummer 17004.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten die uit de analyse van de gegevens naar voor zijn gekomen beschreven. Als eerst wordt de respons beschreven. Daaropvolgend zijn achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie beschreven. Vervolgens worden de resultaten van de analyses van de data ten behoeve van beantwoording van de vier deelvragen gepresenteerd.

4.1. Respons

Van de 35 JGZ-organisaties hebben in totaal zeventien JGZ-organisaties (51%) meegedaan. Hierbij gaat het in totaal om 139 consultatiebureaus, waarvan 21 consultatiebureaus hebben toegezegd om vragenlijsten op locatie af te nemen. Tijdens de werving zijn, met behulp van 9000 flyers, in totaal door 964 respondenten de vragenlijsten ingevuld. Dit is een responspercentage van 10,7%. Er zijn 35 vragenlijsten verwijderd, omdat het kind ouder was dan één jaar. Negen respondenten zijn verwijderd, daar de invuller oma, opa, nicht of gastouder was van het kind. In totaal zijn er 920 vragenlijsten overgebleven waarmee geanalyseerd is.

4.2. Achtergrondgegevens

In deze paragraaf wordt de algemene kenmerken van de onderzoekspopulatie in de Peiling Veilig Slapen 2017 beschreven. De verdeling van deze algemene kenmerken wordt vergeleken met de verdeling van algemene kenmerken in de landelijke populatie van pasgeborenen en van volwassenen van 25 tot 45 jaar (35, 36).

Zowel voor de onderzoekspopulatie als voor de landelijke populatie geeft Tabel 1 de verdeling van elk van de kenmerken weer.

Tabel 1: Achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie in de Peiling Veilig Slapen 2017 in vergelijking met de landelijke populatie van levendgeborenen in 2016 (regio, geslacht, rangorde) en de landelijke populatie van volwassenen van 25-45 jaar oud (opleidingsniveau, migratieachtergrond) (35,36)

Kenmerk	Peiling Veilig Slapen 2017		Landelijke populatie 2016	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Regio				
Noord	67	7,3%	15.631	9,1%
Oost	450	48,9%	35.933	20,8%
West	178	19,3%	87.955	51,0%
Zuid	173	18,8%	33.001	19,1%
Onbekend	52	5,7%		
Leeftijd zuigeling				
0-2 maanden	283	30,8%		
3-4 maanden	194	21,1%		
5-6 maanden	157	17,1%		
7-8 maanden	86	9,3%		
9-12 maanden	200	21,7%		
Geslacht zuigeling				
Jongen	461	50,1%	88.587	51,3%
Meisje	459	49,9%	83.933	48,7%
Rangorde zuigeling				
Eerste	511	55,5%	78.092	45,3%
Tweede	292	31,7%	63.287	36,7%
Derde en hoger	117	12,7%	31.141	18,1%
Opleidingsniveau moeder				
Hoog	497	54,4%	946.000	46,1%
Middelbaar	270	29,6%	811.000	39,6%
Laag	140	15,3%	293.000	14,3%
Opleidingsniveau vader				
Hoog	413	46,4%	819.000	40,0%
Middelbaar	300	33,7%	863.000	42,2%
Laag	167	18,8%	364.000	17,8%
Etnische groepering moeder				
Met migratieachtergrond	139	15,1%	621.301	29,5%
Zonder migratieachtergrond	781	84,9%	1.482.348	70,5%
Etnische groepering vader				
Met migratieachtergrond	148	16,1%	586.456	27,8%
Zonder migratieachtergrond	772	83,9%	1.526.854	72,2%

* missende waarde: 0,3%; ** missende waarde: 3,3%

Spreiding over Nederland

In Tabel 1 wordt de verdeling naar regio van de onderzoekspopulatie van de Peiling Veilig Slapen in 2017 vergeleken met de Nederlandse populatie van levendgeborenen in 2016. Dit is verdeeld over de regio's (Noord, Oost, West en Zuid). De volledige tabel per provincie staat in Appendix 3. Uit Tabel 1 blijkt dat de onderzoekspopulatie in deze Peiling Veilig Slapen 2017 niet evenredig verspreid is over

de verschillende regio's vergeleken met de spreiding van het aantal levendgeborenen in Nederland. Regio Oost (48,9%) is oververtegenwoordigd in deze onderzoekspopulatie vergeleken met de spreiding van het aantal levendgeborenen in Nederland in regio Oost (20,8%).

Leeftijd

Tabel 1 geeft de verdeling van de leeftijd in maanden van de zuigelingen in de onderzoekspopulatie weer. De leeftijden zijn verdeeld in leeftijdscategorieën, zoals ook gedaan is in voorgaande Peilingen.

Geslacht

De verdeling naar geslacht in de Peiling Veilig Slapen 2017 is vergeleken met de landelijke verdeling en weergegeven in Tabel 1 (34). De verdeling van het geslacht in de Peiling komt goed overeen met de landelijke verdeling van het geslacht.

Rangorde

In Tabel 1 is de verdeling naar rangorde voor de Peiling in 2017 weergegeven. Deze gegevens zijn vergeleken met de verdeling van de rangorde van alle pasgeborenen in 2016 (34). Uit deze tabel blijkt dat het eerste kind van de ouder(s) is oververtegenwoordigd in de Peiling (55,5%) ten opzichte van het landelijke verdeling van levendgeborenen naar rangorde (45,3%). De rangorde van het tweede kind en derde of daaropvolgend kind is juist ondervertegenwoordigd (tweede kind: 31,7%; derde en hoger: 12,7%) ten opzichte van de landelijke verdeling (tweede kind: 36,7%; derde en hoger: 18,1%).

Opleidingsniveau

In Tabel 1 is de verdeling van het opleidingsniveau van de respondenten (de moeders en de vaders) in de Peiling Veilig Slapen 2017 vergeleken met de landelijke verdeling. Bij de landelijke verdeling is gekozen om de groep mannen en vrouwen te kiezen in de leeftijdscategorie 25-45 jaar. Er is gekozen om met deze leeftijdscategorie te vergelijken, daar de leeftijdsgroep van de onderzoekspopulatie hier ook toe behoort. (35)

Bij zowel het opleidingsniveau van de moeder als van de vader in deze Peiling is het grootste percentage hoogopgeleid (moeder: 54,4%; vader: 46,4%). Het kleinste percentage ouders is in deze Peiling laagopgeleid (moeder: 15,3%; vader: 18,8%). Het opleidingsniveau is redelijk vergelijkbaar met de landelijke verdeling, waar 46,1% van de vrouwen en 40,0% van de mannen hoogopgeleid zijn. En waar 14,3% van de vrouwen en 17,8% van de mannen laagopgeleid zijn.

Migratieachtergrond

Tot slot geeft Tabel 1 de migratieachtergrond van de onderzoekspopulatie in de Peiling Veilig Slapen 2017 in vergelijking met de landelijke verdeling in 2016 weer. Hieruit blijkt dat in de Peiling van 2017 vaders en moeders met een migratieachtergrond (vaders: 16,1 %, moeders: 15,1%) ondervertegenwoordigd zijn vergeleken met de landelijke verdeling naar migratieachtergrond in de leeftijdscategorie 25-45 jaar (vaders: 27,8%, moeders: 29,5%) (36).

4.3. Huidig gedrag van de ouders

In deze paragraaf wordt de vraag beantwoord hoe in 2017 het gedrag van ouders van zuigelingen met betrekking tot de risico- en beschermende factoren voor wiegendood eruitziet. Eerst worden de risicofactoren voor wiegendood beschreven: slaaphouding; slaapplek; samen in slaap vallen; roken

en alcohol. Daarna worden de beschermende factoren voor wiegendood beschreven: fopspeen; inbakeren en melkvoeding.

Tabel 2: Prevalentie van de risicofactoren voor wiegendood van de onderzoekspopulatie in de Peiling Veilig Slapen 2017

Risicofactoren voor wiegendood		
Risicofactor	Aantal	Percentage
Slaaphouding		
Gewoonlijk op de rug	688	74,8%
Gewoonlijk op de zij	26	1,3%
Gewoonlijk op de buik	62	6,7%
Wisselend op de rug, zij en of buik	144	14,1%
Slaaphulpmiddel		
Ja	114	12,4%
Nee	806	87,6%
Slaapplek		
Alleen op de kamer	543	59,0%
Met broertje(s) of zusje(s) op een kamer	13	1,4%
Bij de ouder(s) op de kamer	358	38,9%
Niet ingevuld of onduidelijk	6	0,6%
Slaapplek ouderslaapkamer		
In een wiegje of ledikant	264	75,4%
In een aanschuifbedje of co-sleeper	48	13,7%
Bij één of beide ouders in bed	38	10,9%
Samen in slaap vallen		
Ja	426	46,3%
Nee	494	53,7%
Plek samen in slaap vallen		
In bed	369	72,2%
Op de bank	119	23,3%
Op de stoel	16	3,1%
Op een andere plek	7	1,4%
Rookgedrag		
Moeder rookt	13	1,5%
Vader rookt	143	16,1%
Beide roken	50	5,6%
Geen van beiden rookt	683	76,7%
Alcoholgebruik*		
Moeder geen alcohol	843	91,6%
Vader geen alcohol	667	72,5%
Beide ouders geen alcohol	661	71,8%

* missing moeder 12 (1,3%); weet ik niet vader 7 (0,8%); missing vader: 38 (4,1%)

Slaaphouding

Van de gehele onderzoekspopulatie van 920 zuigelingen, wordt 74,8% doorgaans te slapen gelegd in rugligging en 6,7% wordt gewoonlijk op de buik te slapen gelegd. De overige percentages zijn af te lezen in Tabel 2. Hierbij moet vermeld worden dat de slaaphouding van de zuigeling zowel overdag als 's nachts is.

Ouders gebruiken in 12,4% van de gevallen een hulpmiddel om hun zuigeling in de gewenste houding te laten slapen. Het stabilisatiekussen wordt daarvoor het meest gebruikt (27,2%). Daarna wordt de opgerolde handdoek het meest gebruikt (23,5%). De slaapwikkel wordt door 13,2% van de ouders gebruikt om hun zuigeling in de gewenste houding te laten slapen. Een voedingskussen wordt het minst gebruikt, namelijk door 8,8% van de ouders. De overige 27,2% gebruikt een ander hulpmiddel dan aangegeven was in de vragenlijst.

In Figuur 7 valt af te lezen dat hoe hoger de leeftijd van de zuigeling, hoe vaker hij of zij gewoonlijk op de rug te slapen wordt gelegd. Wat opvalt is dat de ouders hun zuigeling met het toenemen van de leeftijd vaker op de buik laten slapen. Het verband tussen de slaaphouding en de leeftijd van de zuigeling is significant. (Fisher's Exact: 59,598; $p < 0.001$)



Figuur 7: Slaaphouding per leeftijdscategorie in procenten

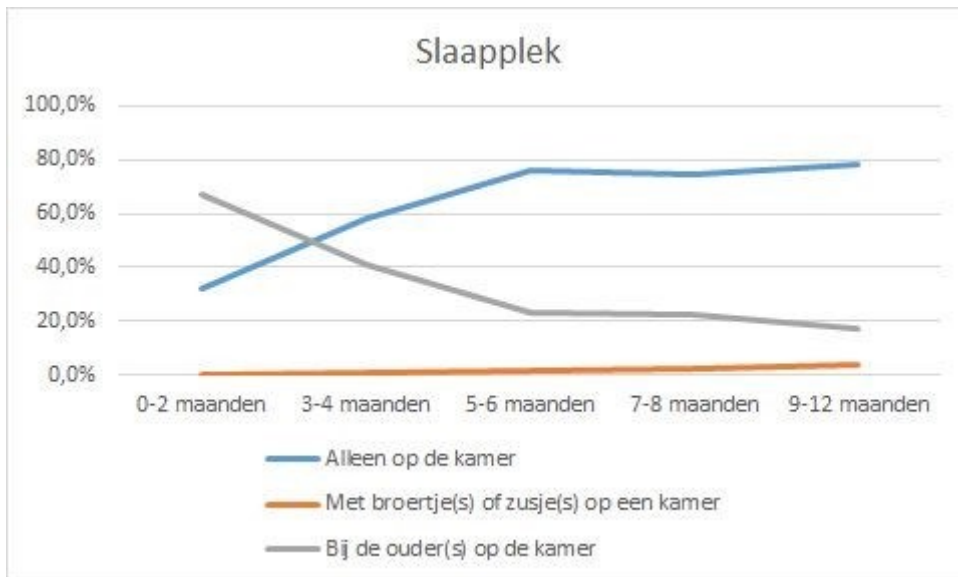
Slaapplaats

Tabel 2 laat zien dat 59,0% van de ouders hun zuigeling alleen op een eigen kamer te slapen legt. Van de zuigelingen slaapt 1,4% samen met hun broertje of zusje en 38,9% bij de ouders(s) op de kamer. Op het moment dat de zuigeling bij één of beide ouders op de kamer slaapt, slaapt 75,4% van de zuigelingen wel in een eigen wiegje of ledikant en 24,6% samen met de ouders in bed. Dit betekent dat 9,6% van de ouders daadwerkelijk samen met hun zuigeling slaapt. Van 0,6% van de zuigelingen is niet bekend op welke plek ze slapen.

Van alle 920 ouders laat 21,5% hun zuigeling wel eens in de kinderwagen in huis slapen; 21% van de ouders laat hun zuigeling wel eens in de box slapen; in de Maxi-Cosi in huis wordt 14,8% van de zuigelingen wel eens te slapen gelegd; 11,8% slaapt wel eens in een draagdoek of draagzak; 8,6% van de zuigelingen wordt wel eens te slapen gelegd in een kampeerbedje; in een wipstoeltje wordt 5,3% van de kinderen te slapen gelegd; 4,2% van de zuigelingen wordt wel eens te slapen gelegd in een bank of stoel; op een voedingskussen wordt nog eens 3,0% van de zuigelingen te slapen gelegd; het kleinste percentage kinderen wordt ook wel eens te slapen gelegd in een zitzak, namelijk 0,4%. De

overige 9,3% van de zuigelingen is op geen van deze plekken te slapen gelegd. De percentages komen hoger uit dan 100%, omdat ouders meerdere antwoorden konden invullen.

In de eerste drie maanden worden zuigelingen vaak bij de ouders(s) op de slaapkamer te slapen gelegd. In de eerste maand is dit percentage het hoogst (87,5%). Vanaf vier maanden liggen zuigelingen voornamelijk op een eigen kamer. Dit is te zien in Figuur 8. Zuigelingen worden niet tot nauwelijks op een kamer te slapen gelegd met hun broertje(s) en/of zusje(s). De samenhang tussen de slaapplek en de leeftijd is significant (Fisher's Exact: 175,265; $p < 0,001$).

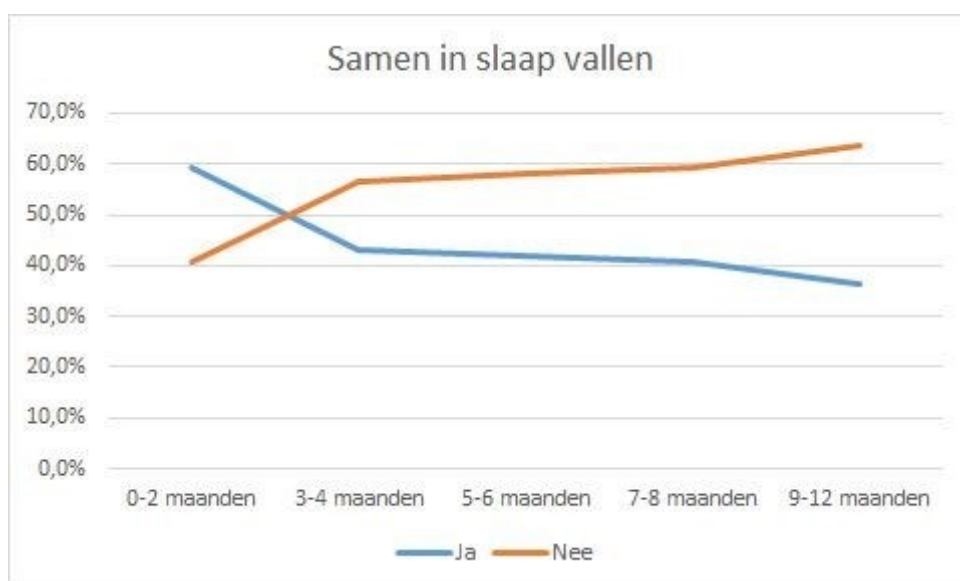


Figuur 8: De slaapplek van de zuigeling uitgezet naar leeftijd

Samen in slaap vallen

Van de 920 ouders gaf 46,3% aan dat ze weleens samen met hun zuigeling in slaap zijn gevallen, te zien in Tabel 2. De meesten van deze ouders vielen samen in slaap in bed (72,2%). Op de bank viel 23,3% van de ouders samen in slaap met hun zuigeling. In de stoel vielen het minste percentage ouders samen in slaap met hun zuigeling, dit was 3,1%. De overige 1,4% viel op een andere plek samen in slaap. De percentages komen boven de 100% uit. Dit is vanwege het feit dat ouders bij het invullen van de vragenlijst de mogelijkheid hadden meerdere locaties aan te geven.

In Figuur 9 valt te zien dat in de eerste twee maanden ouders het vaakst samen met hun zuigeling te slapen vallen. Het verschil in prevalentie van samen in slaap vallen tussen de verschillende leeftijdscategorieën van zuigelingen is significant (Chi-kwadraat: 30,086; $p < 0,001$).



Figuur 9: Samen in slaap vallen van ouders met hun zuigeling uitgezet naar leeftijd

Rookgedrag en alcoholgebruik

Uit Tabel 2 komt naar voren dat 91,6% van de moeders en 72,5% van de vaders de dag voor het invullen van de vragenlijst geen alcohol hebben genuttigd. Het aantal gezinnen waarbij geen van beide ouders de dag voor het invullen van de vragenlijst alcohol heeft genuttigd, ligt op 71,8%. In Tabel 2 valt af te lezen dat in 76,7% van de gezinnen beide ouders niet roken. In 16,1% van de gezinnen rookt alleen de vader. Gezinnen waarvan beide ouders roken ligt op 5,6%. Gezinnen waarvan alleen de moeder rookt is de kleinste groep, dit is 1,6%.

Beschermende factoren

Tabel 3 geeft de beschermende factoren voor wiegendood weer in de onderzoekspopulatie in de Peiling Veilig Slapen 2017.

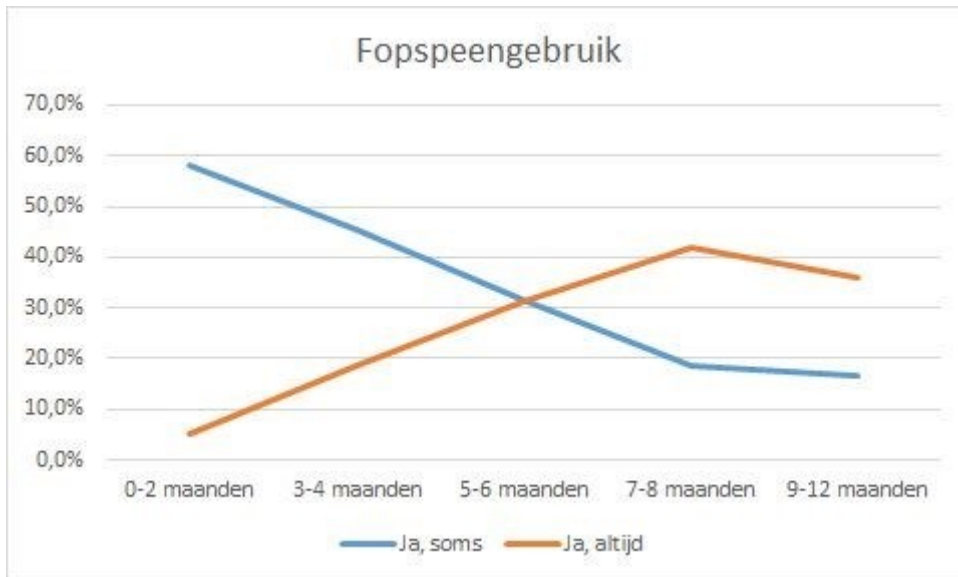
Tabel 3: Prevalentie van beschermende factoren voor wiegendood in de onderzoekspopulatie in de Peiling Veilig Slapen 2017

Beschermende factoren voor wiegendood		
Beschermingsfactor	Aantal	Percentage
Fopspeen		
Nee	360	39,1%
Ja, soms	352	38,3%
Ja, altijd	208	22,6%
Inbakeren		
Nee	773	84,0%
Ja, alleen 's nachts	59	6,4%
Ja, alleen overdag	9	1,0%
Ja, zowel 's nachts als overdag	79	8,6%
Melkvoeding		
Borstvoeding	253	27,5%
Kunstvoeding	558	60,7%
Zowel borst- als kunstvoeding	98	10,7%
Anders	11	1,2%

Fopspeen

Tabel 3 laat zien hoe het fopspeengebruik is binnen de huidige onderzoekspopulatie. Van de 920 ouders(s) laat 60,9% hun zuigelingen soms of altijd met een fopspeen slapen.

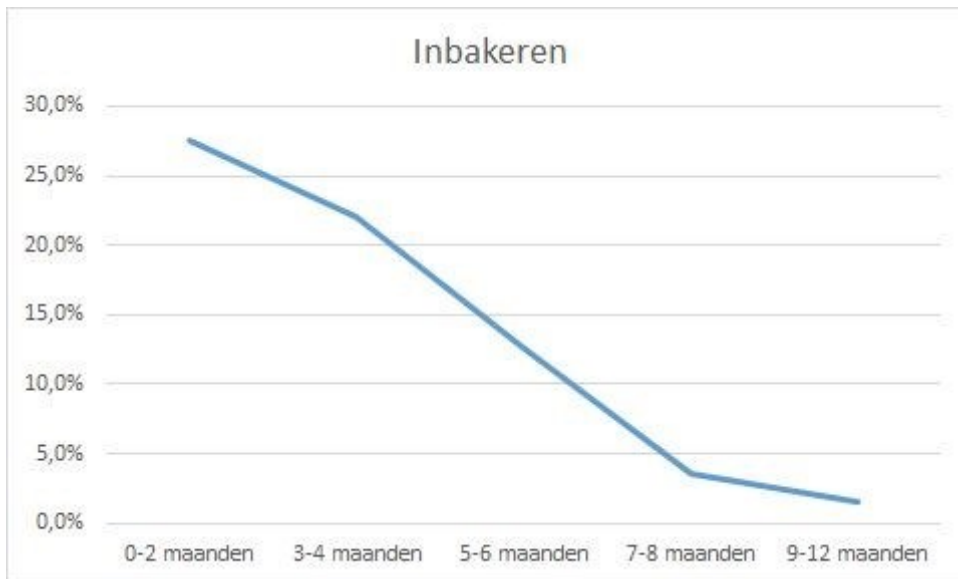
Zoals Figuur 10 laat zien, krijgen zuigelingen in de leeftijdscategorie een tot twee maanden het vaakst een fopspeen. Vanaf zeven maanden neemt dit aanzienlijk af. In de eerste drie tot vier maanden krijgen zuigelingen het vaakst 'soms' een fopspeen vanaf vijf tot zes maanden worden ze het vaakst 'altijd' te slapen gelegd met een fopspeen. Het verband tussen de leeftijd en het fopspeengebruik is significant (Chi-kwadraat: 146,180; $p < 0,001$).



Figuur 10: Het soms of altijd geven van een fopspeen tijdens het slapen uitgezet naar leeftijd

Inbakeren

Van de 920 ouders geeft 16,0% aan hun zuigeling in te bakeren, te zien in Tabel 3. Van de 16% van de zuigelingen die wordt ingebakerd, wordt 53,7% zowel 's nachts als overdag ingebakerd. Van de ouders die inbakeren heeft 20,4% het aangeleerd via een medewerker van het consultatiebureau; 5,9% heeft het inbakeren zelf aangeleerd; en de rest (81,0%) op een andere manier dan via een JGZ-professional. In de eerste twee maanden komt inbakeren het vaakst voor, namelijk 28,3%. Vanaf de derde maand nam het aantal zuigelingen dat ingebakerd werd af, vanaf de zesde maand kwam het nog sporadisch voor, zie Figuur 11. Het verband tussen inbakeren en het leeftijdsverloop is significant (Fisher's Exact: 83,349; $p < 0,001$).

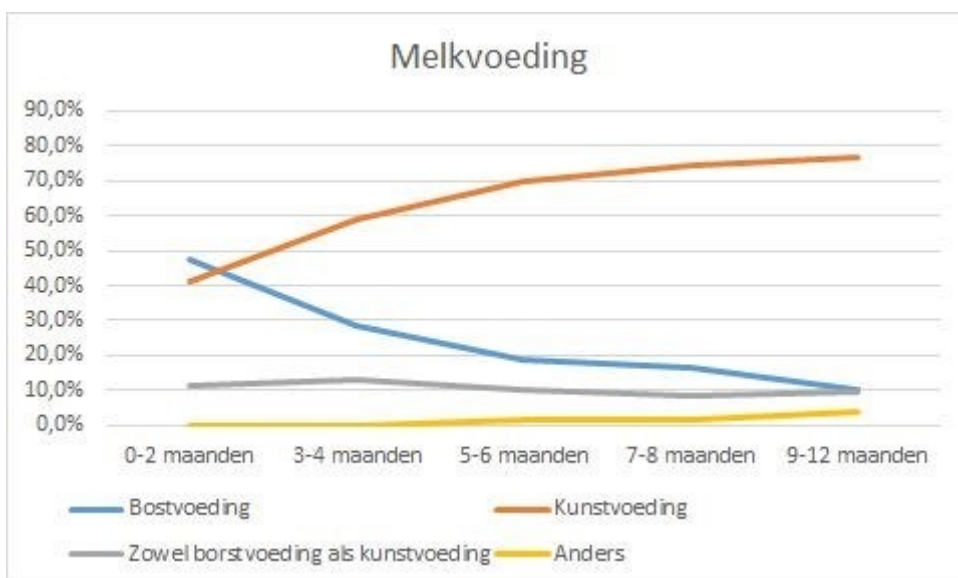


Figuur 11: Inbakeren van de zuigeling naar leeftijd uitgezet

Melkvoeding

Van de 920 ouders in de onderzoekspopulatie in de Peiling Veilig Slapen 2017 geeft 60,7% van de ouders hun zuigelingen uitsluitend kunstvoeding. De ouders geven aan 27,5% van de zuigelingen uitsluitend borstvoeding. Zie Tabel 3.

In Figuur 12 is het soort melkvoeding uitgezet tegen de leeftijd. Deze grafiek laat het verloop van melkvoeding zien met toenemende leeftijd van de zuigeling. Wat opvalt is dat in de eerste twee maanden meer borstvoeding wordt gegeven dan kunstvoeding. Vanaf een leeftijd van twee maanden krijgen procentueel meer zuigelingen kunstvoeding dan borstvoeding. De zuigelingen die zowel borst- als kunstvoeding krijgen blijven over de maanden nagenoeg gelijk. De samenhang tussen melkvoeding en leeftijd is significant (Fisher's Exact Test: 121,283; $p < 0,001$).



Figuur 12: Type melkvoeding uitgezet naar leeftijd

4.4. Veranderingen in de tijd

Om een beeld te krijgen van de mogelijke verandering van het gedrag van de ouders in 2017 ten opzichte van de voorgaande Peiling in 2011 wordt het gedrag voor enkele belangrijke risico- en beschermende factoren vergeleken. Allereerst wordt beschreven of de populaties vergelijkbaar zijn wat betreft geslacht en leeftijd, daarna zullen de prevalenties van de beschermende en risico gedragingen worden vergeleken.

De gegevens uit 2011 zijn afkomstig van de Peiling Veilig Slapen, uitgevoerd door TNO in 2011 (20). De factoren worden zo goed mogelijk met elkaar vergeleken. Het kan voorkomen dat de vragen over bepaalde factoren in 2011 anders zijn gesteld dan in 2017.

4.4.1. Achtergrondgegevens

De steekproefpopulatie, onderzocht in 2011 en 2017, zijn met elkaar vergeleken naar leeftijd, geslacht en rangorde.

Tabel 4: Verdeling van achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie in de Peiling Veilig Slapen 2017 en de onderzoekspopulatie in de Peiling Veilig Slapen 2011

Achtergrondgegevens	Peiling Veilig Slapen 2017		Peiling Veilig Slapen 2011		
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	
Leeftijd in maanden					<i>p</i> <0,001
0-2 maanden	283	30,8%	600	30,7%	
3-4 maanden	194	21,1%	491	25,1%	
5-6 maanden	157	17,1%	373	19,1%	
7-8 maanden	86	9,3%	249	12,7%	
9-12 maanden	200	21,7%	243	12,4%	
Geslacht					<i>n.s.</i>
Jongen	461	50,1%	981	50,3%	
Meisje	459	49,9%	971	49,7%	
Rangorde					<i>n.s.</i>
Eerste	511	55,5%	1012	51,8%	
Tweede	292	31,7%	659	33,7%	
Derde en hoger	117	12,7%	283	14,5%	

In Tabel 4 is te zien dat de leeftijdsverdeling tussen beide onderzoekspopulaties goed overeenkomen. In 2017 waren er echter meer zuigelingen in de leeftijdscategorie 9-12 maanden (21,7%) ten opzichte van de Peiling in 2011 (12,4%). Het verband tussen de Peilingen is significant (Chi-kwadraat 46,999; $p < 0,001$). Ook is te zien dat qua geslacht en rangorde de percentages nagenoeg overeenkomen. De onderzoekspopulatie kan op deze twee factoren vergeleken worden. Het verband tussen geslacht en jaartal is niet significant (Chi-kwadraat: 0,005; $p = 0,941$). Het verband tussen rangorde en jaartal is ook niet significant (Chi-kwadraat: 3,809; $p = 0,149$).

Risicofactoren

In deze paragraaf worden de risicofactoren voor wiegendood vergeleken tussen de Peiling Veilig Slapen in 2017 en 2011.

Tabel 5: De risicofactoren voor wiegendood vergeleken tussen de onderzoekspopulatie in de Peiling Veilig slapen 2017 met de onderzoekspopulatie in de Peiling Veilig Slapen 2011

Risicofactor	Peiling Veilig Slapen 2017		Peiling Veilig Slapen 2011		
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	
Slaaphouding					<i>p</i> <0,001
Gewoonlijk op de rug	688	74,8%	1427	73,1%	
Gewoonlijk op de zij	26	1,3%	46	2,4%	
Gewoonlijk op de buik	62	6,7%	45	2,3%	
Wisselend op de rug, zij en of buik	144	14,1%	433	22,1%	
Slaapplek					<i>p</i> <0,001
Alleen op de kamer	543	59,0%	1341	68,9%	
Met broertje(s) of zusje(s) op een kamer	13	1,4%	0	0,0%	
Bij de ouder(s) op de kamer	358	38,9%	604	31,1%	
Niet ingevuld of onduidelijk	6	0,6%			
Slaapplek ouderslaapkamer					<i>p</i> <0,001
Eigen bed	312	89,1%	503	83,3%	
Bij één of beide ouders in bed	38	10,9%	101	16,7%	
Samen in slaap vallen					<i>p</i> <0,001
Ja	426	46,3%	708	36,3%	
Nee	494	53,7%	1243	63,7%	
Plek samen in slaap vallen					<i>n.s.</i>
In bed	369	72,2%	570	68,7%	
Op de bank	119	23,3%	236	28,4%	
Op de stoel	16	3,1%	20	2,4%	
Op een andere plek	7	1,4%	4	0,5%	
Rookgedrag					<i>p</i> <0,005
Moeder rookt	13	1,5%	36	2,1%	
Vader rookt	143	16,1%	220	12,5%	
Beide roken	50	5,6%	155	8,8%	
Geen van beiden rookt	683	76,7%	1338	75,9%	
Alcoholgebruik					<i>n.s.</i>
Geen alcohol	1409	77,0%	661	71,8%	
Wel alcohol	420	23,0%	220	23,9%	

Slaaphouding

Wat opvalt aan Tabel 5 is dat er in 2017 procentueel meer zuigelingen (6,7%) op de buik te slapen wordt gelegd ten opzichte van 2011 (2,3%). Ook is er een lichte stijging te zien in de rugligging (73,1% in 2011; 74,8% in 2017). De verschillen in houding en jaartal zijn significant (Chi-kwadraat: 59,081; *p*<0,001).

Slaapplaats

De zuigelingen worden in 2017 (39,0%) vaker bij de ouder(s) op de kamer te slapen gelegd dan in 2011 (31,1%). Dit is te zien in Tabel 5. Het verband tussen de slaapplek en verloop van tijd is significant (Fisher's Exact: 54,763; *p*<0,001).

Slaapplaats op de ouderslaapkamer

Van de zuigelingen die te slapen worden gelegd op de ouderslaapkamer slaapt in 2017 nog maar 10,9% van de zuigelingen bij de ouders in bed. In 2011 was dit nog 16,7% van de zuigelingen. Dit is te zien in Tabel 5. Er is een significant verband tussen het aantal kinderen dat in 2011 en in 2017 bij een of beide ouders in bed sliep (Chi-kwadraat: 835,127; $p < 0,001$).

Samen in slaap vallen

In Tabel 5 valt te zien dat ouder(s) in 2017 vaker met hun kind in slaap zijn gevallen dan dat dit in 2011 het geval was. In 2017 valt 46,3% van de ouders samen in slaap met hun zuigeling. In 2011 gebeurde dit bij 36,3% van de ouders. Deze samenhang is significant (Chi-kwadraat: 26,242; $p < 0,001$).

Waar in slaap gevallen

In Tabel 5 staan de percentages waar de ouder(s) samen met hun zuigeling in slaap zijn gevallen. Het merendeel van de ouder(s) valt samen in slaap in bed (68,7% in 2011; 72,2% in 2017). De percentages komen nagenoeg overeen in beide jaartallen. Het verband tussen jaartal en de slaapplek waar ze samen in slaap zijn gevallen, is niet significant.

Rookgedrag en alcoholgebruik

Positief is dat in gezinnen waarvan alleen de moeder rookt in 2017 (1,5%) de moeder procentueel minder is gaan roken dan de moeders in 2011 (2,1%). De vaders roken daarentegen procentueel meer. Dit was in 2011 12,5% en is gestegen naar 16,1% in 2017. Het percentage gezinnen waarvan beide ouders rookt is ook gedaald. Het percentage gezinnen waarvan geen van beide ouders rookt is in 2017 (75,9%) gestegen ten opzichte van 2011 (76,7%). Deze cijfers en de overige cijfers zijn te vinden in Tabel 5. Er is een significante samenhang tussen het rookgedrag en de twee jaartallen (Fisher's Exact: 19,035; $p < 0,005$).

In Tabel 5 is het alcoholgebruik van beide ouders van nacht voor het invullen van de vragenlijst te zien. In vergelijking met 2011 zijn de moeders in de onderzoekspopulatie van 2017 (92,8%), die nul glazen alcohol hebben gedronken, procentueel gestegen ten opzichte van 2011 (91,6%). De vaders, die nul glazen alcohol dronken, zijn procentueel gedaald in 2017 (75,6%) ten opzichte van 2011 (79,1%). Het percentage gezinnen waarbij geen van beide ouders alcohol heeft genuttigd, is gedaald van 77,0% naar 71,6%. Er is geen significant verband tussen het alcoholgebruik en de jaartallen (Chi kwadraat: 1,329; $p = 0,249$).

Beschermende factoren

In deze paragraaf worden de beschermende factoren voor wiegendood vergeleken tussen de Peiling Veilig Slapen 2017 en 2011.

Tabel 6: Beschermingsfactoren voor wiegendood in de onderzoekspopulatie van Peiling Veilig Slapen 2017 vergeleken met de onderzoekspopulatie van Peiling Veilig Slapen 2011

Beschermingsfactor	Peiling Veilig Slapen 2017		Peiling Veilig Slapen 2011		
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	
Fopspeen					<i>n.s.</i>
<i>Nee</i>	360	39,1%	856	44,0%	
<i>Ja, soms</i>	352	38,3%	682	35,1%	
<i>Ja, altijd</i>	208	22,6%	405	20,8%	
Inbakeren					<i>p = 0,003</i>
<i>Nee</i>	769	83,6%	586	88,6%	
<i>Ja</i>	147	16,0%	200	11,2%	
<i>Weet ik niet</i>	4	0,4%	5	0,3%	
Melkvoeding					<i>p = 0,048</i>
<i>Borstvoeding</i>	253	27,5%	421	23,3%	
<i>Kunstvoeding</i>	558	60,7%	1155	64,0%	
<i>Zowel borst- als kunstvoeding</i>	98	10,7%	192	10,6%	
<i>Anders</i>	11	1,2%	27	2,0%	

Fopspeen

In Tabel 6 valt te zien dat er in 2017 procentueel meer zuigelingen te slapen worden gelegd met een fopspeen dan dat dit in 2011 gebeurde (2017: 60,9%; 2011; 56,0%). Dit verband is niet significant (Fisher's Exact: 6,783; p : 0,063). In Tabel 7 is er nog onderscheid gemaakt in 'ja, soms' en 'ja, altijd'. In 2017 (38,3%) worden procentueel meer zuigelingen altijd met een fopspeen te slapen gelegd dan in 2011 (35,1%). Dit verband tussen het gebruik van de fopspeen en de jaartalen is ook niet significant.

Inbakeren

Het percentage ouders dat hun zuigeling inbakert tijdens het slapen is in 2017 toegenomen ten opzichte van het percentage ouders in 2011. In 2017 laten 16,0% van de ouders hun zuigeling inbakeren. In 2011 werd dit door 11,2% van de ouders gedaan. Dit is af te lezen uit Tabel 6. Dit verband tussen inbakeren en de jaartallen is significant (Chi-kwadraat: 16,412; p : 0,003).

Melkvoeding

Tabel 6 laat het type melkvoeding zien in het jaar 2011 en 2017. Hieruit blijkt dat de zuigelingen in de onderzoekspopulatie voornamelijk kunstvoeding krijgen. Het percentage is wel gedaald in 2017 (60,7%) ten opzichte van 2011 (64,0%). Dat houdt in dat het percentage zuigelingen die alleen borstvoeding krijgen in 2017 (27,5%) is gestegen ten opzichte van 2011 (23,3%). Het verband tussen het type melkvoeding en jaartal is significant (Chi-kwadraat: 7,900; p : 0,048).

4.5. Gedrag naar opleidingsniveau

In deze paragraaf wordt de prevalentie van gedrag met betrekking tot de risico- en beschermende factoren voor wiegendood beschreven in relatie tot het opleidingsniveau van de ouders. Er is gekozen voor de hoogst genoten opleiding, daar hiermee daadwerkelijk kan worden gekeken of het hebben van een lagere of hogere opleiding een effect kan hebben op het gedrag dat door ouders wordt vertoond. Door de beschermende- en risicofactoren uit te zetten tegen het opleidingsniveau,

kan worden gekeken of er samenhang bestaat tussen het opleidingsniveau en het gedrag dat ouders vertonen.

Risicofactorenfactoren

In Tabel 7 is het verband tussen het hoogst genoten opleidingsniveau van de ouders en het gedrag met betrekking tot de risicofactoren af te lezen.

Tabel 7: De risicofactoren voor wiegendood per hoogst genoten opleiding van de ouders in de onderzoekspopulatie van Peiling Veilig Slapen 2017

Risicofactor	Laag		Middelbaar		Hoog		
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	
Slaaphouding							<i>n.s.</i>
Gewoonlijk op de rug	66	72,5%	155	74,5%	447	76,0%	
Gewoonlijk op de zij	2	2,2%	5	2,4%	18	3,1%	
Gewoonlijk op de buik	4	4,4%	14	6,7%	42	7,1%	
Wisselend op de rug, buik en/of zij	19	20,9%	34	16,4%	81	13,8%	
Slaapplek							<i>n.s.</i>
Alleen op de kamer	56	62,2%	122	58,7%	350	59,6%	
Met broertje(s) of zusje(s) op een kamer	1	1,1%	3	1,4%	8	1,4%	
Bij de ouder(s) op de kamer	33	36,7%	83	39,9%	255	38,3%	
Slaapplek ouderslaapkamer							<i>n.s.</i>
In een wiegje of ledikant	27	81,8%	65	78,3%	159	73,3%	
In een aanschuifbedje of co-sleeper	1	3,0%	10	12,0%	36	16,6%	
Bij één of beide ouders in bed	5	15,2%	8	16,6%	22	10,1%	
Samen in slaap vallen							<i>n.s.</i>
Ja	34	37,4%	103	49,5%	275	46,8%	
Nee	57	62,6%	105	50,5%	313	53,2%	
Rookgedrag							<i>p < 0,001</i>
Moeder rookt	2	2,2%	6	2,9%	4	0,7%	
Vader rookt	19	21,1%	59	28,5%	63	10,8%	
Beide roken	16	17,8%	19	9,2%	13	2,2%	
Geen van beiden rookt	53	58,9%	123	59,4%	501	86,1%	
Alcoholgebruik							<i>n.s.</i>
Wel alcohol	15	16,7%	44	21,6%	160	27,7%	
Geen alcohol	75	83,3%	160	78,4%	417	72,3%	

Slaaphouding

In Tabel 7 is de slaaphouding van de zuigelingen te zien. Er is geen sprake van samenhang tussen het opleidingsniveau en de slaaphouding van de zuigeling (Fisher's Exact: 20,325; $p = 0,670$).

Slaapplaats

In Tabel 7 is het percentage zuigelingen te zien dat alleen op een kamer te slapen wordt gelegd of bij de ouder(s) op de kamer te slapen wordt gelegd. Er is geen significant verbandtussen het opleidingsniveau van de ouders en de slaapplek van de zuigeling. (Fisher exact: 14,446; $p = 0,994$).

Slaapplaats bij ouder(s) op kamer

In Tabel 7 is af te lezen welke percentage van de zuigelingen, die bij de ouder(s) op de kamer te slapen wordt gelegd, bij de ouder(s) in bed slapen of een eigen slaapplek heeft. Er bestaat geen significant verband tussen het opleidingsniveau van de ouders/verzorgers en de slaapplek van de zuigeling in de ouderslaapkamer (Fisher's Exact: 5,517; $p=0,220$).

Samen in slaap vallen

In Tabel 7 is het percentage ouder(s) te zien dat weleens samen met hun zuigeling in slaap is gevallen per opleidingsniveau. Er bestaat geen significant verband tussen het opleidingsniveau en het voorkomen dat de ouders samen in slaap vallen met de zuigeling (Fisher's Exact: 4,914; $p=0,134$).

Waar in slaap gevallen

Uit Tabel 7 is af te lezen waar ouders met hun zuigeling in slaap zijn gevallen. Er is geen sprake van een significant verband tussen het opleidingsniveau van de ouders en de plek waar zij weleens samen met hun zuigeling in slaap zijn gevallen. Dit is te zien in Figuur 18. Dit geldt voor zowel het samen in slaap vallen in bed (Chi-kwadraat: 2,077; $p=0,150$), op de bank (Chi-kwadraat: 0,310; $p=0,578$), op een stoel (Chi-kwadraat=0,021; $p=0,885$) of op een andere plek (Chi-kwadraat: 0,467; $p=0,494$).

Roken

Uit Tabel 7 is af te lezen wat het gemiddelde rookgedrag is van de ouders per opleidingsniveau. Er bestaat wel een significant verband tussen het opleidingsniveau van de ouders en hun rookgedrag (Fisher exact: 99,797; $p=0,001$).

Alcohol

Tabel 7 laat het nuttigen van alcohol zien van de ouders per opleidingsniveau. Het opleidingsniveau heeft geen significante invloed op het wel of niet nuttigen van een glas alcohol (Fisher exact: 7,277; $p=0,051$).

Beschermende factoren

In Tabel 8 is het verband tussen het hoogst genoten opleidingsniveau van de ouders en het gedrag met betrekking tot de risicofactoren af te lezen.

Tabel 8: De beschermende factoren voor wiegendood per hoogst genoten opleiding van de ouders in de onderzoekspopulatie van Peiling Veilig Slapen 2017

Beschermende factor	Laag		Middelbaar		Hoog		
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	
Fopspeen							<i>n.s.</i>
<i>Nee</i>	28	30,8%	80	38,5%	239	40,6%	
<i>Ja, soms</i>	41	45,1%	77	37,0%	222	37,8%	
<i>Ja, altijd</i>	22	24,2%	51	24,5%	127	21,6%	
Inbakeren							<i>n.s.</i>
<i>Nee</i>	72	79,1%	172	82,7%	498	84,7%	
<i>Ja, alleen 's nachts</i>	8	8,8%	15	7,2%	35	6,0%	
<i>Ja, alleen overdag</i>	1	1,1%	1	0,5%	6	1,0%	
<i>Ja, zowel 's nachts als overdag</i>	8	8,8%	20	9,6%	48	8,2%	
Melkvoeding							<i>p < 0,001</i>
<i>Borstvoeding</i>	9	9,9%	42	20,2%	196	33,3%	
<i>Kunstvoeding</i>	70	76,9%	148	71,2%	15	54,6%	
<i>Zowel borst- als kunstvoeding</i>	10	11,0%	15	7,2%	65	11,1%	

Fopspeen

Tabel 8 beeldt het percentage zuigelingen die te slapen worden gelegd met een fopspeen af naar opleidingsniveau van de ouders. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen het altijd te slapen worden gelegd met een fopspeen, soms te slapen worden gelegd met een fopspeen of nooit te slapen worden gelegd met een fopspeen. Er is geen significant verband tussen het opleidingsniveau en het gebruik van een fopspeen (Fisher exact: 5,588; $p=0,448$).

Inbakeren

Uit Tabel 8 is af te lezen welk percentage van de ouders hun zuigelingen inbakert per opleidingsniveau. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen het zowel 's nachts als overdag inbakeren, alleen overdag inbakeren, alleen 's nachts inbakeren of niet inbakeren. Er is geen significant verband tussen het opleidingsniveau van de ouders/verzorgers en het inbakeren van hun zuigeling (Fisher exact: 17,622; $p=0,391$). Tabel 8 laat zien hoe ouder(s) met een verschillend opleidingsniveau het inbakeren is aangeleerd. Dit kan door een medewerker van een consultatiebureau, een andere professional dan een JGZ, het zelf aanleren of via een andere manier. Er bestaat geen samenhang tussen het opleidingsniveau en de wijze van het aanleren van inbakeren. Dit geldt voor het aanleren door een medewerker van het consultatiebureau (Chi-kwadraat: 2,722; $p=0,256$), door een andere professional dan een JGZ (Fisher exact: 2,181; $p=0,713$), het zelf aanleren (Fisher exact: 2,414; $p=0,565$) en andere manieren om het inbakeren te leren (Chi-kwadraat: 1,468; $p=0,480$).

Melkvoeding

Uit Tabel 8 is af te lezen welk percentage zuigelingen borstvoeding en/of kunstvoeding krijgt. De p -waarde is kleiner dan 0,05. Er bestaat een significant verband tussen het opleidingsniveau en het type melkvoeding dat aan de zuigelingen gegeven wordt (Fisher exact= 42,748; $p=0,001$).

4.6. Gedrag naar migratieachtergrond

In deze paragraaf is allereerst de migratieachtergrond van de ouders in kaart gebracht. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen ouders met een Nederlandse achtergrond en ouders met een migratieachtergrond. Daarna zijn de beschermende- en risicofactoren uitgezet tegen de migratieachtergrond.

Risicofactoren

In Tabel 9 is het verband tussen de migratieachtergrond van de ouders en het gedrag met betrekking tot de risicofactoren af te lezen.

Tabel 9: De risicofactoren voor wiegendood per migratieachtergrond van de ouders in de onderzoekspopulatie van Peiling Veilig Slapen 2017

Risicofactor	Nederlandse achtergrond		Migratieachtergrond		
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	
Slaaphouding					<i>n.s.</i>
Gewoonlijk op de rug	642	75,2%	46	69,7%	
Gewoonlijk op de zij	3	3,0%	0	0,0%	
Gewoonlijk op de buik	58	6,8%	4	6,1%	
Wisselend op de rug, buik en/of zij	128	15,0%	16	24,2%	
Slaapplek					<i>p < 0,001</i>
Alleen op de kamer	524	61,5%	19	28,8%	
Met broertje(s) of zusje(s) op een kamer	10	1,2%	3	4,5%	
Bij de ouder(s) op de kamer	315	37,0%	43	65,2%	
Slaapplek ouderslaapkamer					<i>n.s.</i>
In een wiegje of ledikant	227	73,9%	37	68,0%	
In een aanschuifbedje of co-sleeper	45	14,7%	3	7,0%	
Bij één of beide ouders in bed	35	11,4%	3	7,0%	
Samen in slaap vallen					<i>p = 0,031</i>
Ja	387	45,3%	39	59,1%	
Nee	467	54,7%	27	40,9%	
Rookgedrag					<i>p < 0,001</i>
Moeder rookt	11	1,3%	2	3,5%	
Vader rookt	121	14,5%	22	38,6%	
Beide roken	44	5,3%	6	10,5%	
Geen van beiden rookt	656	78,8%	27	47,4%	
Alcoholgebruik					<i>p = 0,003</i>
Wel alcohol	216	26,1%	4	7,7%	
Geen alcohol	613	73,9%	48	92,3%	
Opleidingsniveau					<i>p = 0,007</i>
Laag	80	9,6%	11	19,0%	
Middelbaar	188	22,7%	20	34,5%	
Hoog	561	67,6%	27	46,6%	

Ligging

In Tabel 9 staat de slaaphouding van de zuigeling naar de migratieachtergrond afgebeeld. Er bestaat geen significant verband tussen de migratieachtergrond van de ouders/verzorgers en de slaaphouding van hun zuigeling (Fisher's Exact: 8,584; $p=0,152$).

Slaapplaats

In Tabel 9 is de slaapplaats af te lezen waar ouders met een verschillend migratieachtergrond hun zuigelingen te slapen leggen. Er bestaat een significant verband tussen de slaapplaats van de zuigeling en de migratieachtergrond (Fisher's Exact: 32,250; $p<0,001$).

Slaapplaats ouderslaapkamer

In Tabel 9 is de slaapplaats van de zuigelingen in de ouderslaapkamer uitgezet tegen de migratieachtergrond. Er bestaat geen significant verband tussen de migratieachtergrond en de slaapplaats (Chi-kwadraat: 3,035; $p=0,219$).

Samen in slaap gevallen

In Tabel 9 is te zien welk percentage ouders soms samen in slaap valt met hun zuigeling, verdeeld over de migratieachtergrond. Er bestaat een significant verband tussen de migratieachtergrond van de ouders/verzorgers en het wel of niet samen in slaap vallen met hun zuigeling (Chi-kwadraat: 4,675; $p=0,031$).

Roken

Tabel 9 laat het percentage ouders zien dat rookt per migratieachtergrond. Er is sprake van een significant verband tussen de migratieachtergrond en het rookgedrag van de ouders. (Fisher's Exact: 28,307; $p=0,001$).

Alcohol

Uit Tabel 9 is het alcoholgebruik van ouders met een verschillend migratieachtergrond af te lezen. Er bestaat een significant verband tussen de migratieachtergrond en het wel of niet nuttigen van alcohol Chi-kwadraat: 8,807; $p=0,003$).

Opleidingsniveau

In Tabel 9 is het opleidingsniveau van de ouders afgezet tegen de migratieachtergrond. Er bestaat een samenhang tussen de migratieachtergrond en de hoogst genoten opleiding van de ouders/verzorgers (Fisher's Exact: 12,305; $p=0,007$).

Beschermende factoren

In Tabel 10 is het verband tussen de migratieachtergrond van de ouders en het gedrag met betrekking tot de beschermende factoren af te lezen.

Tabel 10: De beschermende factoren voor wiegendood migratieachtergrond van de ouders in de onderzoekspopulatie van Peiling Veilig Slapen 2017

Beschermende factor	Nederlandse achtergrond		Migratieachtergrond		
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	
Fopspeen					<i>n.s.</i>
<i>Nee</i>	332	38,9%	28	42,4%	
<i>Ja, soms</i>	329	38,5%	23	34,8%	
<i>Ja, altijd</i>	193	22,6%	15	22,7%	
Inbakeren					<i>n.s.</i>
<i>Nee</i>	715	83,7%	54	81,8%	
<i>Ja, alleen 's nachts</i>	53	6,2%	6	9,1%	
<i>Ja, alleen overdag</i>	7	0,8%	2	3,0%	
<i>Ja, zowel 's nachts als overdag</i>	75	8,8%	4	6,1%	
Melkvoeding					<i>n.s.</i>
<i>Borstvoeding</i>	235	27,5%	18	27,3%	
<i>Kunstvoeding</i>	519	60,8%	39	59,1%	
<i>Zowel borst- als kunstvoeding</i>	89	10,4%	9	13,6%	

Fopspeen

In Figuur Tabel 10 is het fopspeengebruik van ouders met een verschillend migratieachtergrond in kaart gebracht. Er wordt onderscheid gemaakt tussen 'ja, altijd', 'ja, soms' en 'nee'. Er is geen significant verband tussen de migratieachtergrond en het gebruik van een fopspeen. (Chi-kwadraat: 0,414; $p=0,813$).

Inbakeren

Tabel 10 laat het percentage ouders met een verschillende migratieachtergrond zien dat hun zuigeling wel of niet inbakert. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen het zowel 's nachts als overdag inbakeren, alleen overdag inbakeren, alleen 's nachts inbakeren of het niet inbakeren van hun zuigeling. De nulhypothese kan niet verworpen worden. Er bestaat geen significant verband tussen de migratieachtergrond van de ouders en het inbakeren van hun zuigeling (Chi-kwadraat: 2,616; $p=0,455$).

In Tabel 10 is af te lezen hoe ouders met een verschillende migratieachtergrond het inbakeren hebben aangeleerd gekregen. Er bestaat geen samenhang tussen de migratieachtergrond en de manier van aanleren van het inbakeren. Dit geldt voor het aanleren door een medewerker van een consultatiebureau (Chi-kwadraat: 0,170; $p=0,680$), een andere professional dan een JGZ-instelling (Chi-kwadraat: 0,307; $p=0,580$), het zelf aanleren (Chi-kwadraat: 0,266; $p=0,635$) en een andere manier van aanleren (Chi-kwadraat: 0,300; $p=0,584$).

Melkvoeding

Tabel 10 laat zien welk percentage van de zuigelingen borstvoeding en/of kunstvoeding krijgt van ouders met verschillende migratieachtergronden. De samenhang tussen het type borstvoeding en ouders met verschillende migratieachtergronden is niet significant (Chi-kwadraat: 1,474; $p=0,688$).

5. Discussie

In deze Peiling Veilig Slapen is het gedrag van ouders van zuigelingen omtrent de risico- en beschermende factoren voor wiegendood bestudeerd. Er wordt in dit hoofdstuk per deelvraag een conclusie en discussie gegeven. Door het beantwoorden van deze deelvragen kan uiteindelijk de hoofdvraag beantwoord worden: *“Hoe ziet het gedrag eruit van ouders van zuigelingen in Nederland met verschillende achtergronden met betrekking tot de risico- en beschermende factoren voor wiegendood en zijn er verschillen in gedrag in 2017 ten opzichte van 2011?”*

Vervolgens zullen de sterke punten en beperkingen van de in dit onderzoek gebruikte methodologie beschreven worden, waarna de gevolgen hiervan voor de resultaten worden besproken. Tot slot zal een advies gegeven worden over de huidige voorlichting en aanbevelingen voor nader onderzoek.

5.1. Gedrag met betrekking tot risico- en beschermende factoren in 2017

Hoe de ouders in deze Peiling hun zuigeling verzorgen wat betreft de risico- en beschermende factoren voor wiegendood, wordt met de eerste deelvraag bekeken: *“Hoe ziet in 2017 het gedrag eruit van ouders van zuigelingen met betrekking tot de risico- en beschermende factoren voor wiegendood?”* Uit de resultaten van de Peiling Veilig Slapen 2017 kan de volgende conclusie getrokken worden.

Kijkend naar de houding en dan voornamelijk naar de risicofactor buikligging, de belangrijkste risicofactor, is te zien dat het grootste percentage ouders (74,8%) hun zuigeling in rugligging te slapen leggen. Het blijkt dat, naarmate de leeftijd oploopt, het percentage ouders dat hun zuigeling op de buik te slapen legt toeneemt. Buikligging en zijligging komen weinig voor (6,7% buik en 1,3% zij). Het risico op wiegendood is hoger op het moment dat de zuigeling te slapen wordt gelegd op de zij en gevonden wordt op de buik (OR:8,7). De zijligging is namelijk niet stabiel, omdat de kans significant groter is dat de zuigeling op de buik rolt dan op de rug rolt (6).

Verder is gebleken dat 46,3% van de ouders wel eens samen in slaap is gevallen met hun zuigeling. Een groot deel van de ouders (38,9%) legt hun zuigeling te slapen op de ouderslaapkamer. Dit neemt af naarmate de zuigeling ouder is. Van de zuigelingen die op de ouderkamer slapen, slaapt 10,9% van de zuigelingen bij één of beide ouders in bed. Het percentage zuigelingen dat in een eigen wiegje of ledikant op de ouderslaapkamer slaapt is 75,4%. Dit komt overeen met het landelijk advies aan ouders om hun zuigeling op de ouderslaapkamer in een wiegje of ledikant te laten slapen. Geadviseerd wordt om de zuigeling tot een leeftijd van zes maanden te slaap te leggen op de ouderslaapkamer. De natuurlijke waakzaamheid van ouders verlaagt het risico op wiegendood en die nabijheid versterkt dat (38, 39). De meeste ouders, zowel vaders als moeders, hebben de dag voor het invullen van de vragenlijst geen alcohol genuttigd, namelijk 72,5% van de vaders en 91,5% van de moeders. Het percentage ouders waarbij beiden niet gedronken hebben, is 71,8%. Het nuttigen van alcohol wordt volgens de JGZ-richtlijn Preventie Wiegendood niet afgeraden (14). Er wordt wel geadviseerd om nooit samen met de zuigeling in één bed te slapen wanneer één of beide ouders diezelfde avond alcohol gedronken hebben, daar dit gevaarlijk kan zijn voor de zuigeling. Een ruime meerderheid van de ouders rookt niet. In 76,7% van de gevallen rookt geen van beide ouders.

Kijkend naar de beschermende factoren (fopspeengebruik, inbakeren en het geven van borstvoeding), kan er geconcludeerd worden dat het grootste deel van de ouders hun zuigeling niet inbakert en geen borstvoeding geeft. Het inbakeren gebeurt vooral in de eerste vier maanden, nadat de zuigeling geboren is en neemt dan sterk af. Ook het geven van borstvoeding neemt af naarmate de leeftijd van de zuigeling hoger ligt. Kunstvoeding wordt dan steeds meer als alternatief gebruikt.

Ongeveer de helft van de ouders geeft wel een fopspeen. Dit gebruik neemt toe naarmate de zuigeling ouder is. Het geven van een fopspeen zodra de zuigeling drie weken oud is kan bescherming bieden tegen wiegendood tijdens de piekleeftijd (twee tot vier maanden oud) (40). Van de ouders die hun zuigeling inbakert heeft ongeveer 20% dit via een consultatiebureau geleerd. Inbakeren kan een risicofactor zijn voor wiegendood als dit niet op een veilige manier gedaan wordt. Daarom is het van belang dat inbakeren goed wordt aangeleerd. Volgens de richtlijnen van het NCJ mag inbakeren nooit plaatsvinden zonder begeleiding door een zorgprofessional die scholing gevolgd heeft over het inbakeren. Vooral ouders met een migratieachtergrond moeten goed geïnformeerd worden, daar waar zij vaak andere tradities hebben betreffende inbakeren. Hun traditionele gewoonte kan hier niet zomaar toegepast kan worden vanwege het feit dat hier ander beddengoed wordt gebruikt (41).

5.2. Gedrag in 2017 vergeleken met 2011

Nu het gedrag van de ouders uit deze Peiling in kaart is gebracht kunnen de uitkomsten worden vergeleken met die van de voorgaande Peiling door de volgende vraag te beantwoorden: *“Op welke manier is het gedrag van ouders van zuigelingen in Nederland met betrekking tot risicofactoren voor wiegendood in 2017 veranderd ten opzichte van de onderzoekspopulatie in 2011?”*

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat in 2017 vrijwel evenveel zuigelingen op de rug te slapen wordt gelegd dan in 2011, zo'n 74,8% tegen 73,1%. Het percentage zuigelingen dat in buikligging te slapen wordt gelegd is echter ook gestegen, van 2,3% naar 6,7%. Het verschil tussen deze prevalentie is significant. Ook bij de slaappleats van de zuigeling is er sprake van samenhang tussen het jaartal en de slaappleats. In 2017 worden procentueel meer zuigelingen op de ouderkamer te slapen gelegd dan in de vorige Peiling. Dit is gestegen van 31,1% naar 39,0%. Van de zuigelingen die op de ouderslaapkamer te slapen wordt gelegd, sliep in 2011 nog 16,7% samen met hun ouders. Dit percentage is gedaald naar 10,9% in 2017. De ouders die hebben deelgenomen aan deze Peiling blijken vaker samen met hun zuigeling in slaap te vallen dan de ouders die hebben deelgenomen aan de 2011. Het percentage was in de vorige Peiling 36,3%. Dit is gestegen naar 46,3% in 2017. Het percentage moeders dat de dag voor het invullen van de vragenlijst geen alcohol heeft genuttigd is in 2017 gestegen ten opzichte van 2011, van 91,6% naar 92,8%. Het percentage vaders dat geen alcohol heeft genuttigd is echter gedaald van 79,1% naar 75,6%. Het percentage gezinnen waarbij beide ouders geen alcohol heeft genuttigd is ook gedaald in 2017 (71,6%) ten opzichte van de vorige Peiling (77,0%). Dit verband is niet significant. Kijkend naar het rookgedrag tussen de Peiling Veilig Slapen in 2017 en 2011 rookten in 2011 procentueel meer moeders dan in 2017 (2,1% tegenover 1,5%). In 2017 rookten procentueel meer vaders dan in 2011 (16,1% tegenover 12,5%). Het percentage gezinnen waar geen van beide ouders roken is ook gestegen, van 75,9% naar 76,7%.

Het fopspeengebruik is toegenomen in de afgelopen paar jaren, van 55,9% in 2011 naar 60,9% in 2017. Er is geen sprake van een significant verschil. Het percentage ouders dat hun zuigeling inbakert is gestegen van 11,2% in 2011 naar 16,0% in 2017. Dit is wel een significant verschil. Er bestaat ook samenhang tussen het jaartal en het type melkvoeding dat de zuigelingen krijgen. In 2011 kregen procentueel minder zuigelingen borstvoeding in plaats van kunstvoeding (23,3%) dan in 2017 (27,5%). Naarmate de leeftijd vordert, neemt het percentage zuigelingen dat borstvoeding krijgt af, terwijl het aantal zuigelingen dat kunstvoeding krijgt toeneemt.

5.3. Gedrag en opleidingsniveau

Een factor die uitgelicht is in de Peiling Veilig Slapen van 2017 is het opleidingsniveau van de ouders. De volgende deelvraag is beantwoord om eventuele verschillen in het gedrag tussen

opleidingsniveaus in kaart te brengen: *“In hoeverre bestaat er samenhang tussen het gedrag van ouders van zuigelingen in Nederland met betrekking tot risico- en beschermende factoren voor wiegendood in 2017 en het opleidingsniveau van de ouders?”*

Er zijn bij enkele factoren significante verschillen gevonden in het gedrag van ouders met een verschillend opleidingsniveau.

Er is een samenhang te zien tussen het rookgedrag en het opleidingsniveau van de ouders. Het percentage ouders waarvan beiden niet roken is het hoogst bij de groep hoogopgeleiden (83,1%). Dit is terug te zien in de statistieken van het CBS (42). Ook op internationaal niveau is dit vergelijkbaar. In de Verenigde Staten komt het rookgedrag overeen met het rookgedrag in Nederland (43). Bij laagopgeleiden ligt dit percentage op 53,8%. Bij middelhoog opgeleiden komt het hoogste percentage vaders die roken voor. Het percentage ouders waarvan beide wel roken ligt het hoogst bij laagopgeleiden.

Ook bij het type melkvoeding is een verband te zien tussen verschillende opleidingsniveaus. Laagopgeleide ouders geven hun zuigelingen procentueel vaker kunstvoeding in plaats van borstvoeding dan hoger opgeleide ouders. Dit komt overeen met het landelijke gemiddelde. Ook daaruit blijkt dat ouders met een hoog opleidingsniveau vaker borstvoeding geven in plaats van kunstvoeding dan ouders met een laag opleidingsniveau. Bij beide groepen neemt dit echter wel af naarmate de zuigeling ouder is (44).

Bij de overige factoren blijkt dat er geen sprake is van samenhang tussen het gedrag van de ouders en het opleidingsniveau.

5.4. Gedrag en migratieachtergrond

Een tweede factor dat uitgelicht is in de Peiling Veilig Slapen 2017 is migratieachtergrond van ouders, daar uit de literatuur naar voren is gekomen dat ouders met een migratieachtergrond vaker risicovol gedrag vertonen dan ouders met een Nederlandse achtergrond. Over de vierde deelvraag: *“In hoeverre bestaat er samenhang tussen het gedrag van ouders van zuigelingen in Nederland met betrekking tot risico- en beschermende factoren voor wiegendood in 2017 en de etniciteit van de ouders?”* zijn de volgende conclusies getrokken.

Bij enkele factoren is naar voren gekomen dat er een significant verband bestaat in het gedrag van de ouders met een verschillende migratieachtergrond.

Er is sprake van samenhang tussen de migratieachtergrond en de slaappleaats van de zuigeling. Waar de meeste ouders met een Nederlandse achtergrond hun zuigeling alleen op een kamer te slapen leggen (64,4%), leggen de meeste ouders met een migratieachtergrond hun zuigeling te slapen op de ouderslaapkamer (65,2%).

Ook bij het samen in slaap vallen is er sprake van samenhang. Er zijn procentueel meer ouders met een migratieachtergrond die weleens samen met hun zuigeling in slaap zijn gevallen dan ouders met een Nederlandse achtergrond.

Er is een significant verband naar voren gekomen bij het alcoholgebruik. De groep ouders die de vorige avond geen alcohol heeft genuttigd, is procentueel groter bij ouders met een migratieachtergrond (92,3%) dan bij ouders met een Nederlandse achtergrond (73,9%). Dit is terug te zien in de Nederlandse populatie, waar het alcoholgebruik ook procentueel lager ligt bij ouders met een migratieachtergrond (45).

Ook is er een samenhang zichtbaar tussen het rookgedrag van de ouders en hun migratieachtergrond. Het percentage ouders waarvan beide ouders niet roken is significant groter bij ouders met een Nederlandse achtergrond (78,8%) dan bij ouders met een migratieachtergrond

(47,4%). In de Verenigde Staten ligt het percentage mensen dat rookt ook hoger bij ouders met een migratieachtergrond. De groep waarvan de vader rookt, is groter bij ouders met een migratieachtergrond (43).

Tot slot is er sprake van een significante samenhang tussen de migratieachtergrond en het opleidingsniveau van de ouders. Ouders met een Nederlandse achtergrond blijken een hoger opleidingsniveau te hebben dan ouders met een migratieachtergrond. Zo'n 67,6% van de ouders met een Nederlandse achtergrond is hoogopgeleid, tegenover 46,6% van de ouders met een migratieachtergrond. In de categorie 'laagopgeleid' zijn ouders met een migratieachtergrond oververtegenwoordigd, zo'n 19% tegenover 9,6% van de ouders met een Nederlandse achtergrond. Dit komt overeen met het opleidingsniveau per migratieachtergrond van de Nederlandse populatie (46).

5.5. Conclusie hoofdvraag

Aan de hand van bovenstaande conclusies die getrokken zijn, kan de hoofdvraag beantwoord worden *“Hoe ziet het gedrag eruit van ouders van zuigelingen in Nederland met verschillende achtergronden met betrekking tot de risico- en beschermende factoren voor wiegendood en zijn er verschillen in gedrag in 2017 ten opzichte van 2011?”*

Uit bovenstaande resultaten valt af te leiden dat sommige risico- en beschermende factoren in de loop van 2011 tot 2017 meer aandacht hebben gekregen van ouders, daar het gedrag van ouders met betrekking tot de risico- en beschermende factoren op meerdere punten verbeterd is. Er zijn echter ook factoren die nog meer aandacht nodig hebben om het risico op wiegendood te verkleinen. Gedragingen die verbeterd zijn in 2017 ten opzichte van 2011 zijn het te slapen leggen in rugligging, het samen slapen in bed, het rookgedrag, het alcoholgebruik, het fopspeengebruik, het inbakeren en het geven van borstvoeding. Dat het rookgedrag verbeterd is in 2017 ten opzichte van 2011 komt overeen met het rookgedrag van de Nederlandse populatie (47). Het alcoholgebruik onder de Nederlandse bevolking is in de afgelopen jaren gedaald, evenals het alcoholgebruik van ouders deelnemend aan de twee Peilingen (48). Ook is er eenzelfde trend te zien bij het geven van borstvoeding in de deze Peiling (vergeleken met de vorige Peiling) en de Nederlandse bevolking (49). Factoren die in deze Peiling verslechterd zijn ten opzichte van de vorige Peiling zijn het te slapen leggen in buikligging en het samen in slaap vallen.

De verschillen tussen ouders met een lage opleiding en ouders met een hoge opleiding komen vooral naar voren bij het rookgedrag van ouders en het type melkvoeding dat wordt toegediend. Ouders met een laag opleidingsniveau blijken vaker te roken dan ouders met een hoog opleidingsniveau. Dit komt overeen met de statistieken van het CBS (42). Te zien is dat bij een leeftijd vanaf 25 jaar het roken in de afgelopen jaren is afgenomen, net als naar voren is gekomen in dit onderzoek bij de vergelijking met de Peiling in 2011. Er valt ook op te merken dat zowel in deze Peiling als bij de Nederlandse populatie het percentage rokers hoger ligt bij de groep laagopgeleiden.

Ook geven ouders met een lager opleidingsniveau vaker borstvoeding in plaats van kunstvoeding dan ouders met een hogere opleiding. Ook dit is vergelijkbaar met de statistieken van de Nederlandse populatie (49). De verschillen tussen ouders met een Nederlandse achtergrond en ouders met een migratieachtergrond komen vooral naar voren bij de slaappleaats van de zuigeling, het samen in slaap vallen van ouder en zuigeling, het alcoholgebruik en het rookgedrag.

Ouders met een migratieachtergrond blijken hun zuigeling vaker op de ouderslaapkamer te slapen te leggen dan ouders met een Nederlandse achtergrond. Daar dit in de meeste gevallen in een wiegje of ledikant is, valt dit niet onder de risicofactoren, maar kan het juist een beschermend effect

hebben. Het alcoholgebruik ligt hoger bij ouders met een Nederlandse achtergrond dan bij ouders met een migratieachtergrond. Dit is ook naar voren gekomen in een onderzoek naar opvoeding van het Nederlands Jeugd Instituut (45). Hoewel het verschil in het wel of niet nuttigen redelijk groot is, hoeft dit niet te betekenen dat het risico op wiegendood vergroot wordt. In de JGZ-Richtlijn wordt alleen gesproken van een verhoogd risico op wiegendood na het nuttigen van alcohol in combinatie met het samen in één bed slapen (14).

Tot slot blijkt dat procentueel meer ouders met een migratieachtergrond roken dan ouders met een Nederlandse achtergrond. Het bleek dat ouders met een lager opleidingsniveau en ouders met een migratieachtergrond meer risicovol gedrag vertonen. Het percentage ouders met een laag opleidingsniveau lag hoger bij ouders met een migratieachtergrond en visa versa. Dit komt overeen met de literatuur die hierover te vinden is, onder andere in het onderzoek van het NJI (45).

Door meer aandacht te besteden aan bovengenoemde factoren, kan het verschil in gedrag naar de preventie van wiegendood tussen ouders met verschillende achtergronden worden verkleind.

5.6. Representativiteit onderzoekspopulatie

In deze paragraaf wordt besproken of de onderzoekspopulatie in deze Peiling Veilig Slapen goed te vergelijken is met de verdeling in Nederland. Om zo te kijken of de conclusies uit deze Peiling generaliseerbaar zijn. Ook wordt er bekeken hoe de overeenkomst is tussen de twee Peilingen (2017 en 2011) op achtergrondkenmerken.

De verdeling van het totale aantal levendgeborenen in Nederland wijkt af van de verdeling in de onderzoekspopulatie van de Peiling Veilig Slapen 2017. Twee provincies, Drenthe en Flevoland, zijn niet vertegenwoordigd in de onderzoekspopulatie. De spreiding van de onderzoekspopulatie is verder niet representatief ten opzichte van de landelijke verdeling. Oost-Nederland is oververtegenwoordigd (48,9%) en West-Nederland ondervertegenwoordigd (19,3%) ten opzichte van de landelijke verdeling. De verdeling van de onderzoekspopulatie in de Peiling Veilig Slapen 2017 komt in regio Noord- Nederland en Zuid-Nederland aardig overeen met de landelijke verdeling. Dit betekent dat de uitkomsten in dit onderzoek niet generaliseerbaar zijn voor de gehele Nederlandse bevolking. In het Westen wonen namelijk meer ouders met een migratieachtergrond en bij hen is het belang van preventieve maatregelen vaak minder bekend. De uitkomsten in de Peiling kunnen daardoor een vertekend beeld geven (50,51). Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de lagere respons van ouders met een migratieachtergrond.

De verdeling van het opleidingsniveau van de ouders in de onderzoekspopulatie komt aardig overeen met de landelijke verdeling. Het percentage ouders met een migratieachtergrond ligt een stuk lager dan de landelijke verdeling. Dit geldt zowel voor de vaders als voor de moeders. Voor de landelijke verdeling is gekozen om de onderzoekspopulatie te vergelijken met de landelijke groep van 25-45 jaar. Dit is gedaan voor zowel opleidingsniveau als migratieachtergrond, de respondenten zitten veelal in deze leeftijdscategorie. Hierdoor kan er een betere vergelijking gemaakt worden.

De achtergrondgegevens tussen beide Peilingen (2017 en 2011) zijn met elkaar te vergelijken. Qua geslacht en rangorde komen de percentages nagenoeg overeen. De onderzoekspopulatie kon op deze twee factoren vergeleken worden. De leeftijdsverdeling tussen beide onderzoekspopulaties komen ook goed overeen. In 2017 waren er echter meer zuigelingen in de leeftijdscategorie 9-12 maanden (21,7%) ten opzichte van de Peiling in 2011 (12,4%). Het verband tussen de leeftijdsverdeling en de Peilingen is significant.

5.7. Betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten

In deze paragraaf wordt de validiteit van de antwoorden besproken om te zien hoe betrouwbaar de resultaten in deze Peiling Veilig Slapen zijn.

Er kan selectiebias zijn opgetreden tijdens het verspreiden van de flyers, daar het niet controleerbaar was of de medewerkers van de consultatiebureaus aan alle ouder(s) met zuigelingen onder de een jaar een flyer heeft geven. Het kan zijn dat de medewerker het aan selecte personen heeft meegegeven, daar waar ze zeker van waren dat de ouder het zou invullen. Bijvoorbeeld hoogopgeleiden en ouders zonder een migratieachtergrond. Ze hebben wel duidelijke instructies gekregen om de selectiebias zoveel mogelijk te voorkomen.

De betrouwbaarheid van de resultaten is belangrijk voor een goede interpretatie van de verzamelde data. Het invullen van de vragenlijst gebeurde volledig anoniem. Toch zijn sociaal wenselijke antwoorden niet uit te sluiten.

Tijdens de werving van respondenten is het voorgekomen dat het voor dat ouders weigerde mee te werken aan het onderzoek. Dit wordt non-respons genoemd. Er is tijdens deze Peiling geen non-responsonderzoek gehouden om te achterhalen waarom ouders de vragenlijst niet hebben willen invullen. Dit kan een vertekend beeld geven van de werkelijkheid, omdat de personen die de vragenlijst niet hebben willen invullen misschien wel andere antwoorden hadden kunnen geven. Een reden om deelname te weigeren aan dit onderzoek kan zijn dat de ouder(s) zijn of haar gedrag met betrekking tot de risico- en beschermende factoren voor wiegendood niet willen delen, bijvoorbeeld omdat ze risicovol gedrag vertonen. Het effect hiervan is moeilijk in te schatten. Het is echter wel zo dat als ouders met een laag opleidingsniveau en/of een migratieachtergrond daadwerkelijk meer risicovol gedrag vertonen en zij daardoor sneller geneigd zijn deelname te weigeren, er selectieve non-respons kan ontstaan en de antwoorden die verkregen zijn een positiever beeld opleveren dan in werkelijkheid het geval is, daar de vragenlijsten in dat geval voornamelijk door hoogopgeleiden of ouders zonder migratieachtergrond ingevuld zijn.

Het exclusie criterium was dat de invuller van de vragenlijst de Nederlandse taal moest beheersen. Mensen die de Nederlandse taal niet beheersen kunnen problemen ondervinden met het begrijpen van de vragen.

5.8. Sterke punten

Een sterk punt van dit onderzoek is het aantal respondenten dat heeft deelgenomen en het aantal bruikbare vragenlijsten (n=920) dat daaruit zijn voortgekomen. Door dit grote aantal is het gedrag van ouders in 2017 goed in kaart gebracht. Een ander sterk punt is dat de Peiling Veilig Slapen ongeveer iedere vijf jaar herhaald wordt. Zo kunnen de resultaten met elkaar vergeleken worden en de trends in het gedrag van ouders goed in kaart worden gebracht. Op basis hiervan kan worden geconcludeerd of er een andere of stevigere aanpak van preventie nodig is om het risico op wiegendood te verkleinen. Ook zijn er in deze Peiling twee factoren extra uitgelicht, het opleidingsniveau en de migratieachtergrond van de ouders. Daar deze een invloed kunnen hebben op het gedrag van ouders, is het van belang dit goed in kaart te brengen, zodat er wellicht een alternatief preventieplan ontwikkeld kan worden voor ouders met verschillende achtergronden. Op basis van dit onderzoek kunnen hier echter nog geen concrete aanbevelingen over worden gedaan, omdat niet gekeken is naar de beweegredenen van het gedrag van deze ouders. Wel kan er naar aanleiding van de resultaten aanbevelingen voor de praktijk worden gedaan over waar de huidige preventie nog aangescherpt kan worden.

5.9. Statistische methoden

In dit onderzoek is voornamelijk geanalyseerd middels het uitvoeren van de Chi-kwadraat toets om te bepalen of er significante verschillen zijn tussen bepaalde groepen. De Chi-kwadraat toets beoordeelt of het verschil tussen twee (of meerdere) groepen bestaat of dat het toevallig is. Bij het gehanteerde betrouwbaarheidsniveau van 5% in dit onderzoek, kan één op de twintig uitkomsten bij een Chi-kwadraat test niet positief zijn. Een aantal positieve uitkomsten in dit onderzoek, zullen daarom niet positief zijn en berusten op toeval. Het is niet te bepalen welke uitkomsten dit zijn.

5.10. Aanbevelingen voor de praktijk

Door de trends en het huidige gedrag voor risico- en beschermende factoren in kaart te brengen, kan de huidige preventie van wiegendood nog worden aangescherpt op de volgende punten:

- Meer aandacht voor een veilige slaaphouding;
- Meer aandacht voor het samen slapen in het ouderlijk bed. Dit komt vaker voor bij ouders met een migratieachtergrond;
- Meer aandacht voor samen in slaap vallen van ouder met de zuigeling in bijvoorbeeld het ouderlijk bed of bank;
- Meer aandacht voor het belang van niet roken, voornamelijk bij laagopgeleiden;
- Zorgen dat inbakeren op een veilige manier wordt aangeleerd door consultatiebureaus en dat consultatiebureaus hier meer aandacht aan besteden;
- Meer aandacht voor de positieve effecten van borstvoeding op de zuigeling;

Op het niveau van risico- en beschermende factoren kunnen geen concrete aanbevelingen gedaan worden waar preventiestrategieën zich specifiek op moeten richten.

5.11. Aanbevelingen voor de wetenschap

Na het uitvoeren van dit onderzoek, kunnen enkele aanbevelingen voor toekomstig onderzoek op het gebied van de preventie van wiegendood.

Het aantal volledig ingevulde vragenlijsten lag in deze Peiling een stuk lager dan in de Peiling van 2011. Gesprekken met medewerkers van consultatiebureaus brachten naar voren dat, wanneer er geen vragenlijsten op locatie werden afgenomen door één van de studenten of begeleiders, vrij weinig ouders interesse toonden in het invullen van de vragenlijst. Ook zou er een non-respons onderzoek gedaan kunnen worden om de reden te achterhalen waarom ouders de vragenlijst niet wilden invullen. Als blijkt dat vooral ouders met een lage opleiding en/of migratieachtergrond deelname hebben geweigerd, bestaat er een kans dat de verkregen antwoorden positiever uitvallen dan in werkelijkheid het geval is.

In deze Peiling is gekeken naar het gedrag van ouders omtrent de risico- en beschermende factoren voor wiegendood en of ouders meer of minder risicovol gedrag zijn gaan vertonen ten opzichte van enkele jaren geleden. Hierbij is uitsluitend de prevalentie van deze factoren in kaart gebracht. Daar er niet gekeken is naar de reden waarom ouders met een laag opleidingsniveau en ouders met een migratieachtergrond vaker risicovol gedrag vertonen, kunnen er geen uitspraken worden gedaan over alternatieve manieren van preventie, behalve dat er meer aandacht besteed moet worden aan de betreffende factoren. Door in de toekomst de motivering van de ouders mee te nemen, kan er daadwerkelijk gekeken worden hoe de preventie van wiegendood verbeterd zou kunnen worden.

6. Referentielijst

1. De Jonge G.A., Hoogenboezem J. Epidemiologie van 25 jaar wiegendood in Nederland. Nederlands Tijdschrift van de Geneeskunde. 2005;149(23):1273-9.
2. Nederlands Centrum voor Jeugdgezondheid. Preventie Wiegendood 2013 Beschikbaar via: <https://www.ncj.nl/dossier-s/preventie-wiegendood/wat-is-wiegendood> gezien op 27 maart 2017.
3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Trend in wiegendood 2017 Beschikbaar via: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sterfte-rond-de-geboorte/cijfers-context/trends#!node-trend-wiegendood> gezien op 28 maart 2017.
4. Centraal bureau voor de statistiek. Overledenen wiegendood 2016 Beschikbaar via: http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=7052_95&D1=76&D2=0&D3=1&D4=17-65&HDR=G1,G3&STB=G2,T&CHARTTYPE=1&VW=G gezien op 28 maart 2017.
5. Nederland Centrum Jeugdgezondheid. Wat weten wij van wiegendood. 2015. Beschikbaar via: <https://assets.ncj.nl/docs/8f9871f8-9550-405c-8314-fac27e981fe1.pdf> gezien op 31 mei 2017.
6. Rachel Y. Moon M, Faap, task force on sudden infant death syndrome SIDS and other sleep-related infant deaths: evidence base for 2016 updated recommendations for a safe infant sleeping environment. the American Academy of Pediatrics. 2016;138(5).
7. National Center for Education in Meternal and Child Health. Statistics 2013. Bijgewerkt in oktober 2013. Beschikbaar via: <https://www.ncemch.org/suid-sids/statistics/index.php>.
8. CDC Grand Rounds. Public Health Approaches to Reducing U.S. Infant Mortality. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2013;62(31):625-8.
9. Schaijk M. van Laning C.I., Wouwe J.P. van et al. Peiling risicofactoren wiegendood bij zuigelingen november 2002 april 2003. TNO kwaliteit van Leven. 2006.
10. De jonge G.A. Engelberts, A.C., Koomen-Liefting A.J.M., Kostense P.J. Cot death and prone sleeping position in The Netherlands. BMJ. 1989; 298:722.
11. De Jonge G.A. Ik had haast om onze uitkomsten te delen. Door: van Dijk M., editor: Kinderarts & Wetenschap; 2014. p. 36-40.
12. Brand P.L.P. Wiegendood: de tijden veranderen. Nederlands Tijdschrift van de Geneeskunde. 2005;149(23):1254-7.
13. Van Velzen-Mol, H.W.M., Burgmeijer R.J.F., Hofkamp M., Ouden den A.L. Consensus preventie van wiegendood. Nederlands Tijdschrift van de Geneeskunde. 1997;141(8):1779-83.
14. Nederlands centrum voor Jeugdgezondheid. Richtlijn: Preventie wiegendood 2009 Beschikbaar via: <https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=11&rlpag=659>. Gezien op 30 maart 2017.
15. Munsters J.M.A, Wierenga H., Boere-Boonekamp M.M., Semmekrot B.A., Engelberts A.C. Aanvullende adviezen voor veilig slapen ter preventie van wiegendood. Nederlands Tijdschrift van de Geneeskunde. 2013;157(8):1-8.
16. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Betrokken partijen. Beschikbaar via: <https://www.ncj.nl/preventie-wiegendood/betrokken-partijen/> gezien 2 juni 2017.
17. Filiano J., Kinney, H.C., A perspective on neuropathologic findings in victims of the sudden infant death syndrome: the triple risk model. Biology of the Neonate. 1994;65(3-4):194-7.
18. Oyen N. MT, Skaerven R., Irgens L.M., Helweg-Larsen K., Alm B., Norvenius G., Wennergren G. Combined Effects of Sleeping Position and Prenatal Risk Factors in Sudden Infant Death Syndrome: The Nordic Epidemiological SIDS Study. Pediatrics. 1997;100(4).
19. Van Schaijk M. van Laning C.I., van Wouwe J.P., Engelberts A.C., L'Hoir M.P. Preventie van wiegendood op maat. Tijdschrift voor verloskundigen. 2007:39-44.
20. L'Hoir M.P., Groothuis-Oudshoorn, C.G.M., Scheltes M., Sleuwen B.E., Boere-Boonekamp M.M. Tiende peiling veilig slapen. JGZ: tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg 2013;45:32-9.

21. Spinelli J., Collins-Praino L., Heuvel van den C., Byard R.W. Evolution and significance of the triple risk model in sudden infant death syndrome. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2016; 53:112-15.
22. Engelberts A. Wiegendood in Nederland, feiten en fabels. 2016. Beschikbaar via: <http://www.lviz.nl/media/1467/wiegendood-presentatie-18-april.pdf> gezien 27 maart 2017.
23. Trachtenberg F.L. Haas E.A. Kinney H.C. Stanley C. Krous H.F. Risk factor changes for sudden infant death syndrome after initiation of back-to-sleep campaign. *Pediatrics*. 2012;129(4):630-38.
24. De Jonge G.A. Hoogeboezem J. Een kwart eeuw wiegendood in Nederland. *Bevolkingstrends*. 2005;3e kwartaal:57-63.
25. Ruys J.H. Engelberts A.C., van Velzen-Mol H.W.M. JGZ-richtlijn Preventie Wiegendood. Door: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. 2007.
26. Franco P., Lipshutz W., Valente F., Adams S., Scaillet S., Kahn A. Decreased arousals in infants who sleep with the face covered by bedclothes. *Pediatrics*. 2002;109(6):1112-7.
27. Hannah C. Kinney MD, and Bradley T. Thach, M.D. The Sudden Infant Death Syndrome. *The New England Journal of Medicine*. 2009;361:795-805.
28. Colson E.R. Rybin D. Smith L.A. Colton T. Lister G. Corwin M.J. Trends and factors associated with infant sleeping position: the national infant sleep position study 1993-2007. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163(12):1122-28.
29. Zuigelingcenter Editorial Team. Zuigeling milestones: 1 to 6 months. 2015. Beschikbaar via: https://www.zuigelingcenter.com/0_zuigeling-milestones-1-to-6-months_1496585.bc gezien op 28 maart 2017.
30. van der Weel N. (consumentenbond). Wiegendood; zuigelingmatras. Beschikbaar via: <https://www.consumentenbond.nl/kindermatras/wiegendood>. Gezien 28 maart 2017.
31. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Sociaal economische status. 2014 Beschikbaar via: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sociaaleconomische-status> gezien op 29 maart 2017.
32. Baarda, B., Bakker, E., Hulst, M. van der, Fischer, T., Julsing, M., Vianen, R. van, en Goede, M. P. M. de. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek* (5e druk). Groningen: Noordhoff.
33. Volksgezondheid en Zorg. Opleidingsniveau. 2014. Beschikbaar via: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sociaaleconomische-status/cijfers-context/opleiding#node-opleidingsniveau> gezien op 01-06-2017.
34. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geboorte; kerncijfers vruchtbaarheid, leeftijd moeder, regio. 2017 Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37201&D1=0-3,16-19&D2=0,5-16&D3=I&HDR=G1,T,G2&VW=T> gezien op 01-06-2017.
35. Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolking; hoogst behaald onderwijsniveau; geslacht, leeftijd en herkomst. 2017. Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82275NED&D1=0&D2=1-2&D3=3-4&D4=0&D5=1,7,11&D6=69&HDR=T,G1,G3,G5&STB=G2,G4&VW=T> gezien op 01-07-2017.
36. Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en herkomstgroepering, 1 januari. 2016. Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37325&D1=0&D2=a&D3=106-109&D4=0&D5=1-2&D6=I&HDR=G5&STB=G1,G2,G3,G4,T&VW=T>. Gezien op 24-06-2017.
37. Centraal Bureau voor de Statistiek. Vooral hoogopgeleiden roken minder. Rookgedrag naar opleidingsniveau onder bevolking van 5 jaar of ouder. 31 mei 2017. Beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/22/vooral-hoogopgeleiden-roken-minder-gezien-op-18-06-2017> Gezien op 23-06-2017.
38. Munsters J.M.A. Wierenga H. Boere-Boonekamp M.M. Semmekrot B.A. Engelberts A.C. Aanvullende adviezen voor veilig slapen ter preventie van wiegendood. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 2013;157(A5568).

39. Carpenter R. McGarvey C. Mitchell E.A. *et al* Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open* 2013;3(e002299).
40. Horne R.S.C. Hauck F.R. Moon R.Y. L'Hoir M.P. Blair S.P. Dummy (pacifier) use and sudden infant death syndrome: potential advantages and disadvantages. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2014;50(3):170-174.
41. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Richtlijn: excessief huilen. Bijlage Inbakeren. 2013. Beschikbaar via: <https://www.ncj.nl/richtlijnen/allenrichtlijnen/richtlijn/?richtlijn=21&rlpag=815>. Gezien op 23-06-2017.
42. Centraal Bureau voor de Statistiek. Vooral hoogopgeleiden roken minder. 2017. Beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/22/vooral-hoogopgeleiden-roken-minder> Gezien op 23-06-2017.
43. Centers for Disease Control and prevention. Current Cigarette Smoking Among Adults in the United States. 2016. Beschikbaar via: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/index.htm Gezien op 03-07-2017.
44. Volksgezondheid en Zorg. Borstvoeding naar opleidingsniveau. 2015. Beschikbaar via: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/borstvoeding/cijfers-context/bevolkingsgroepen#node-borstvoeding-naar-opleidingsniveau> Gezien op 03-07-2017.
45. Nederlands Jeugd Instituut (Ince D. Berg van den G.). Culturele diversiteit in opgroeien en opvoeden: feiten en cijfers. 2013. p1-12.
46. Centraal Bureau voor de Statistiek. Beroepsbevolking; behaalde onderwijs naar persoonskenmerken 2001-2012. Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71822NED&D1=0&D2=a&D3=0&D4=1,3-9&D5=0-2,4,8-10&D6=0&D7=l&HD=081216-1451&HDR=T,G6,G2,G5,G3&STB=G1,G4> Gezien op 03-07-2017.
47. Volksgezondheid en Zorg. Trend in roken volwassenen. 2015. Beschikbaar via: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/trends> Gezien op 22-06-2017.
48. Trimbos Instituut. Alcoholinfo feiten en trends. 2015. Beschikbaar via: <https://www.alcoholinfo.nl/publiek/cijfers/feiten-trends> Gezien op 22-06-2017.
49. Centraal Bureau voor de Statistiek. Moeders kiezen vaker voor borstvoeding. 2005. Beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2005/31/moeders-kiezen-vaker-voor-borstvoeding> Gezien op 23-06-2017.
50. Planbureau voor de Leefomgeving (Jong de A. Daalhuizen F.). De Nederlandse bevolking in beeld. Populariteit van de stad. 2014. p27-30.
51. Volksgezondheid en Zorg. Wiegendood naar etniciteit: vaker wiegendood bij niet-westerse kinderen. Beschikbaar via: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sterfte-rond-de-geboorte/cijfers-context/bevolkingsgroepen#node-wiegendood-naar-etniciteit> Gezien op 22-06-2017.

Appendix 1: Flyer



Beste ouder(s),

Uw zorgverleners willen alle ouders de beste voorlichting geven over veilig slapen voor hun baby. Uw ervaringen zijn daarbij heel belangrijk. Wilt u daarom onze vragenlijst invullen?

Ga daarvoor naar:
www.peilingslapen.nl

Hartelijk dank namens het onderzoeksteam.

Als dank voor het invullen van de vragenlijst ontvangt u € 5,- euro korting op een aankoop bij Greetz (excl. postzegels of verzending).

Ga daarvoor naar www.greetz.nl en kies een kaart of cadeau naar keuze. Gebruik de kortingscode in het winkelmandje. De code is geldig t/m 30 juni 2017 en kan niet samen met andere kortingscodes worden gebruikt.

[lege ruimte om later kortingscode op te drukken]

**veilig
slapen
baby!**

**UNIVERSITEIT
TWARTE.**

Appendix 2: De vragenlijst

Fijn dat u mee wilt doen aan het onderzoek over het verzorgen van baby's tot 1 jaar rond het slapen!

- De vragenlijst kan worden ingevuld door de moeder of vader van het kind, of door een andere persoon die zorg draagt voor het kind.
- Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Universiteit Twente samen met consultatiebureaus.
- Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig en u kunt op elk moment stoppen.
- We gaan vertrouwelijk met uw gegevens om en we verwerken uw antwoorden anoniem.
- Het invullen van de vragenlijst kost ongeveer 10 minuten.
- Wanneer u meer dan één antwoord mag aankruisen staat dit bij de vraag vermeld.

Alvast hartelijk dank namens het onderzoeksteam van Universiteit Twente!

Vragenlijst

Gegevens ouder/verzorgers

- | | | |
|--|---|--|
| 1. Door wie wordt de vragenlijst ingevuld? | <input type="checkbox"/> moeder
<input type="checkbox"/> vader | <input type="checkbox"/> anders, namelijk
..... |
| 2. Wat zijn de vier cijfers van uw postcode? | | |
| 3. Onder welke JGZ-organisatie valt het consultatiebureau dat u bezoekt? | | |

Gegevens kind

- | | | |
|---|--|---|
| 4. Bent u in de afgelopen 12 maanden ouder/ verzorger geworden van één kindje of van een meerling (tweeling, drieling, etc.)? | <input type="checkbox"/> van één kindje | <input type="checkbox"/> van een meerling → vult u a.u.b. de vragenlijst in voor het kind dat als eerste is geboren |
| 5. Wat is de geboortedatum van het kind waarvoor u deze vragenlijst invult? |/...../..... | |
| 6. Wat is het geslacht van uw kind? | <input type="checkbox"/> jongen | <input type="checkbox"/> meisje |
| 7. Na hoeveel weken zwangerschap is uw kind geboren? | <input type="checkbox"/> minder dan 32 weken
<input type="checkbox"/> 32-37 weken | <input type="checkbox"/> meer dan 37 weken |
| 8. Het hoeveelste kind is dit van de moeder? | <input type="checkbox"/> eerste kind
<input type="checkbox"/> tweede kind | <input type="checkbox"/> derde kind
<input type="checkbox"/> vierde of daaropvolgende kind |
| 9. Wat was het geboortegewicht van uw kind? Als u het niet precies weet, kunt u een schatting geven. Weet u het helemaal niet, vul dan 'weet ik niet' in. |gram | <input type="checkbox"/> weet ik niet |

De volgende vragen gaan over hoe u uw baby verzorgt rond het slapen. Eerst gaat het over hoe dat meestal ging in de afgelopen 4 weken. Later komen nog enkele vragen over hoe dat de afgelopen nacht ging.

Slaaphouding

10. In welke houding is uw kind *in de afgelopen 4 weken* te slapen gelegd?
Meerdere antwoorden mogelijk
- gewoonlijk op de rug → *ga naar vraag 12*
 - gewoonlijk op de zij
 - gewoonlijk op de buik
 - 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 buik en de zij
 - anders, namelijk

11. Wat is de reden dat u ervoor kiest uw kind (soms) op de zij en/of de buik te slapen te leggen?
-
-
-

12. Gebruikt u hulpmiddelen om uw kind in de gewenste slaaphouding te laten slapen?
Meerdere antwoorden mogelijk
- nee
 - ja, een voedingskussen
 - ja, een opgerolde handdoek
 - ja, een riem of band door de slaapzak
 - ja, een slaapwikkel zoals de Save-T-Sleep of Snoozzz
 - ja, een stabilisatiekussen of wig
 - ja, anders, namelijk

Slaapplekken

13. Waar slaapt uw kind *s 'nachts* gewoonlijk?
- alleen op een kamer → *ga naar vraag 19*
 - met broertje(s) of zus(je) op een kamer → *ga naar vraag 17*
 - bij de ouder(s) op de kamer

14. Waarin slaapt het kind op de ouderslaapkamer?
- in een wiegje of ledikant → *ga naar vraag 19*
 - in een aanschuifbedje of co-sleeper → *ga naar vraag 19*
 - bij één of beide ouders in bed

15. Wat is de reden dat u ervoor kiest om uw kind bij u (beiden) in bed te laten slapen?
-
-
-

16. Gebruikt u hulpmiddelen om uw kind bij u (beiden) in bed te laten slapen?
Meerdere antwoorden mogelijk
- nee
 - ja, een snuggle-bed of babyneest
 - ja, een aankleedkussen
 - ja, anders, namelijk.....

17. Slaapt uw kind gewoonlijk met zijn/haar meerlingbroertje of -zusje in één bed?
- ja
 - nee
 - niet van toepassing → *ga naar vraag 19*

18. Wat is de reden dat u ervoor kiest om uw kind bij zijn/haar meerlingbroertje(s) of -zusje(s) in één bed te laten slapen?
-
-
-

19. Hoe legt u gewoonlijk uw kind in bed?
- met de voetjes bij het voeteneind (of matrozenbedje)
 - in het midden van het bedje
 - met het hoofdje bij het hoofdeind
 - anders, namelijk

20. **Bent u de afgelopen vier weken wel eens samen met uw kind in slaap gevallen?**
Meerdere antwoorden mogelijk

nee
 ja, in bed
 ja, op een stoel

ja, op de bank
 ja, op een andere plek, namelijk.....

21. **Heeft u uw kind in de afgelopen vier weken wel eens laten slapen op één van de volgende plekken?**
Meerdere antwoorden mogelijk

maxi-cosi in huis
 wipstoeltje
 voedingskussen
 bank of stoel
 waterbed
 zitzak

kinderwagen in huis
 box
 draagdoek of draagzak
 kampeerbedje
 geen van deze plekken

22. **Wat voor matras gebruikt(e) u in het kampeerbedje?**

een matras die qua afmetingen past bij het kampeerbedje
 een matras die qua afmetingen niet past bij het kampeerbedje
 niet van toepassing

23. **Wat ligt er gewoonlijk in het bedje van uw kind?**
Meerdere antwoorden mogelijk

matras die qua afmetingen goed past in het bed
 zeiltje om doorlekken te voorkomen en de matras te beschermen
 matras of matrashoes met ventilerende toplaag (b.v. aerosleep)
 hoofdbeschermer of stootkussen
 gevulde knuffel, kleiner dan 10 centimeter
 gevulde knuffel, groter dan 10 centimeter
 knuffeldoekje
 hydrofiele luier
 kussen(tje)
 anders, namelijk

24. **Om wat voor kussen(tje) gaat het?**

kussen(tje) met ventilerende toplaag (b.v. aerosleep)
 kussen(tje) zonder ventilerende toplaag
 weet ik niet
 niet van toepassing

Fopspeen

25. **Werd uw kind in de afgelopen vier weken met een fopspeen te slapen gelegd?**

nee
 ja, soms
 ja, vaak
 ja, altijd
 weet ik niet

Inbakeren

26. **Is uw kind in de afgelopen vier weken gewoonlijk ingebakerd tijdens het slapen?**

nee → ga naar vraag 31
 ja, alleen 's nachts
 ja, alleen overdag
 ja, zowel 's nachts als overdag
 weet ik niet → ga naar vraag 31

27. **Hoe heeft u het inbakeren geleerd?**
Meerdere antwoorden mogelijk

van een medewerker van het consultatiebureau
 op een andere manier, namelijk

28. **Hoe oud was uw kind toen u begon met inbakeren?**

..... weken

29. **Is uw kind wel eens naar de buik gedraaid terwijl hij/zij was ingebakerd?**

ja
 nee → ga naar vraag 31

30. Hoe oud was uw kind toen?

..... weken

Overige verzorgingsfactoren

31. Maakte u in de afgelopen week gebruik van kinderopvang of oppas? *Meerdere antwoorden mogelijk*

- nee
- ja, van een kinderdagverblijf: uur in de afgelopen week
- ja, van gastouderopvang: uur in de afgelopen week
- ja, van een oppas: uur in de afgelopen week
- ja, anders, namelijk..... uur in de afgelopen week
- weet ik niet

32. Hoe lang lag uw kind in de afgelopen week gemiddeld per dag onder toezicht op de buik te spelen? *Wilt u alstublieft alle keren per dag bij elkaar optellen?*

- nooit op de buik
- 0-10 minuten
- 11-20 minuten
- 21-30 minuten
- 31-45 minuten
- meer dan 45 minuten
- moeilijk te beantwoorden omdat mijn kind al rolt, kruipt, zit en/of staat
- weet ik niet

33. Welke melkvoeding krijgt uw kind op dit moment?

- borstvoeding
- kunstvoeding
- zowel borstvoeding als kunstvoeding
- anders, namelijk

Afgelopen nacht

34. In welke houding is uw kind gisteravond te slapen gelegd?

- op de rug
- op de zij
- op de buik
- weet ik niet
- anders, namelijk

35. In welke houding trof u of uw partner uw kind vanmorgen in bed aan?

- op de rug
- op de zij
- op de buik
- zittend
- staand
- weet ik niet
- anders, namelijk

36. Waarmee werd uw kind de afgelopen nacht toegedekt? *Meerdere antwoorden mogelijk*

- deken
- laken
- dekbed
- dekbedhoes
- slaapzak of trappelzak
- weet ik niet
- anders, namelijk

37. Is uw kind gisteravond met een fopspeen te slapen gelegd?

- ja
- nee
- weet ik niet

38. Op wat voor slaapplek heeft uw kind het grootste deel van de afgelopen nacht geslapen?

- alleen op een kamer
- met broertje(s) en/of zusje(s) op een kamer
- op de ouderslaapkamer in een wieg of ledikant
- op de ouderslaapkamer in een aanschuifbedje of co-sleeper

- bij één of beide ouders in bed
- weet ik niet
- anders, namelijk

39. Was uw kind afgelopen nacht ingebakerd?

- ja
- nee
- weet ik niet

40. Wat lag er vannacht in het bed van uw kind?
Meerdere antwoorden mogelijk

- matras die qua afmetingen goed past in het bed
- zeiltje om doorlekken te voorkomen en de matras te beschermen
- matras of matrashoes met ventilerende toplaag (b.v. aerosleep)
- hoofdbeschermer of stootkussen
- gevulde knuffel, kleiner dan 10 centimeter
- gevulde knuffel, groter dan 10 centimeter
- knuffeldoekje
- hydrofiele luier
- kussen(tje)
- anders, namelijk

41. Om wat voor kussen(tje) gaat het?

- kussen(tje) met ventilerende toplaag (b.v. aerosleep)
- kussen(tje) zonder ventilerende toplaag
- weet ik niet
- niet van toepassing

Informatie over veilig slapen

42. Kent u de volgende websites of folders?

www.ncj.nl: adviezen veilig slapen
www.opvoeden.nl: veilig in bed en in de box
folder 'Slaap lekker' van VeiligheidNL

- | ja | nee |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kenmerken ouder(s) / verzorger(s)

Hieronder volgen vragen over de ouders/verzorgers van het kind. Dit kunnen de (biologische) vader en moeder zijn. In andere situaties, b.v. bij twee vaders, twee moeders, stiefouders of adoptieouders, bedoelen we de eerste en tweede verzorger van het kind.

43. Is er naast u nog iemand die de zorg draagt voor uw kind?

- nee → u kunt bij de vragen over de andere ouder / verzorger 'niet van toepassing' invullen.
- ja, de vader van het kind
- ja, de moeder van het kind
- ja, iemand anders dan de vader of moeder van het kind

44. In welk land is de biologische moeder geboren, en de moeder en vader van de biologische moeder?

Nederland
(voormalig) Nederlandse Antillen of Aruba
Suriname
Marokko
Turkije
Weet ik niet
Anders, namelijk

- | biologische moeder | moeder van de biologische moeder | vader van de biologische moeder |
|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<p>45. In welk land is de <u>biologische vader</u> geboren, en de moeder en vader van de biologische vader? Nederland (voormalig) Nederlandse Antillen of Aruba Suriname Marokko Turkije Weet ik niet Anders, namelijk</p>	<p>biologische vader</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>moeder van de biologische vader</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>vader van de biologische vader</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>46. Wat is de hoogst afgemaakte opleiding van ouders / verzorgers? basisonderwijs vmbo, mbo1, avo onderbouw havo, VWO, mbo 2-4 HBO, Universiteit weet ik niet niet van toepassing</p>	<p>moeder / verzorger 1</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>vader / verzorger 2</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>47. Hoeveel glazen met alcohol hebben ouders/verzorgers <u>gisteravond</u> gedronken? 0 glazen 1-2 glazen 3-5 glazen 6 of meer glazen weet ik niet niet van toepassing</p>	<p>moeder / verzorger 1</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>vader / verzorger 2</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>48. Roken moeder en vader? ja nee weet ik niet niet van toepassing</p>	<p>moeder / verzorger 1</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>vader / verzorger 2</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>49. Hoeveel sigaretten rookte <u>moeder / verzorger 1</u> gemiddeld per dag?</p>	<p>..... sigaretten per dag <input type="checkbox"/> niet van toepassing</p>		
<p>50. Hoeveel sigaretten rookte <u>vader / verzorger 2</u> gemiddeld per dag?</p>	<p>..... sigaretten per dag <input type="checkbox"/> niet van toepassing</p>		
<p>51. Rookte moeder tijdens de zwangerschap?</p>	<p><input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, maar niet elke dag <input type="checkbox"/> ja, elke dag <input type="checkbox"/> weet ik niet</p>		
<p>52. Zo ja, hoeveel sigaretten rookte de moeder gemiddeld per dag?</p>	<p>..... sigaretten per dag</p>		

Hartelijk dank voor uw medewerking aan dit onderzoek!

Appendix 3: Volledige tabel van het aantal levendgeborenen.

Tabel 11: Volledige verspreiding van het aantal levendgeborenen in de onderzoekspopulatie van de Peiling Veilig Slapen 2017 vergeleken met de landelijke verspreiding.

	Peiling Veilig Slapen 2017	Percentage	Levendgeborenen per provincie (landelijk)	Percentage
<i>Groningen</i>	2	0,2%	5406	3,1%
<i>Friesland</i>	65	7,1%	6017	3,5%
<i>Drenthe</i>	0	0,0%	4208	2,4%
Noord	67	7,3%	15631	9,1%
<i>Overijssel</i>	246	26,7%	11728	6,8%
<i>Flevoland</i>	0	0,0%	4706	2,7%
<i>Gelderland</i>	204	22,2%	19499	11,3%
Oost	450	48,9%	35933	20,8%
<i>Utrecht</i>	1	0,1%	14465	8,4%
<i>Noord- Holland</i>	15	1,6%	29876	17,3%
<i>Zuid-Holland</i>	155	16,8%	40155	23,3%
<i>Zeeland</i>	7	0,8%	3459	2,0%
West	178	19,3%	87955	51,0%
<i>Noord- Brabant</i>	80	8,7%	24007	13,9%
<i>Limburg</i>	93	10,1%	8994	5,2%
Zuid	173	18,8%	33001	19,1%
Onbekend	52	5,7%		
Totaal	920		172520	