

# Landelijke Samenwerking Afspraak

## Preventie van wiegendood

---

### Auteurs

Maaïke Beltman (bioloog, TNO), Astrid Bodewes (jeugdverpleegkundige, V&VN Vakgroep Jeugd), Dr. Magda Boere-Boonekamp (arts Maatschappij & Gezondheid, Universitair Hoofddocent, Universiteit Twente), Dr. Adèle Engelberts (kinderarts, NVK), Dr. Monique L'Hoir (klinisch pedagoog, psychotherapeut, TNO), Henrike ter Horst (jeugdarts, AJN Jeugdartsen Nederland), Fleurisca Korteweg (gynaecoloog, NVOG), Marijke Labots-Vogelesang (huisarts, NHG), Naziha Laghmani (pedagogisch medewerker kinderdagverblijf), Dr. Djien Liem (kinderarts-neonatoloog, NVK), Myrte van Lonkhuijsen (lactatiekundige IBCLC, NVL), Kiki Mulder (jeugdverpleegkundige, V&VN), Dr. Ben Semmekrot (kinderarts, neonatoloog, NVK/LWW), Dr. Bregje van Sleuwen (bioloog, TNO), Dr. Cor Spreeuwenberg (emeritus hoogleraar Integratie Zorg Chronisch Zieken), Merel Streng (verloskundige, KNOV), Dr. Leo van Vlimmeren (kinderfysiotherapeut, NVFK), Margriet Zijlstra (beleidsmedewerker, KCKZ).

### Voorwoord

Het plotseling en onverwacht overlijden van een ogenschijnlijk gezonde zuigeling, ook wel wiegendood genoemd, is een van de grootste trauma's die een ouder kan meemaken. In Nederland heeft voortgaande preventie de incidentie van dit ingrijpende verlies teruggebracht van iets minder dan 200 baby's in 1986 naar nu 10 tot 15 baby's per jaar. Ook nu de incidentie laag is, blijft specifieke aandacht voor dit onderwerp en afstemming tussen beroepsgroepen nodig. Er zullen altijd nieuwe ouders zijn die baat hebben bij betrouwbare voorlichting. Ontwikkelingen in het buitenland tonen aan dat aandacht kan verslappen, juist omdat wiegendood zo weinig voorkomt, met als gevolg dat de aantallen weer toenemen. Deze overwegingen hebben geleid tot het opstellen van een Landelijke Samenwerking Afspraak (LSA).

## LSA Preventie van Wiegendood

### Doel

Deze LSA geeft aanbevelingen voor samenwerking tussen alle professionals die op enigerwijze betrokken zijn bij de preventie van wiegendood van zuigelingen, opdat ouders op ieder moment en van alle professionals inhoudelijk dezelfde voorlichting en adviezen ontvangen.

### Voor wie bedoeld

Alle professionals die op enigerwijze betrokken zijn bij zuigelingen, op volgorde van de ketenzorg:

- verloskundige, verloskundig actieve huisarts en gynaecoloog (verder: verloskundig zorgverlener)
- kraamverzorgende
- obstetrie- en kraamverpleegkundige
- zorgverleners die zich bezig houden met zieke en/of kwetsbare zuigelingen: kinderarts, neonatoloog, neonatologie-/kinderverpleegkundige, ambulanceverpleegkundige, SEH verpleegkundige en kinder-IC verpleegkundige
- jeugdverpleegkundige, verpleegkundig specialist, jeugdarts
- lactatiekundige, babyconsulente
- huisarts, dokters-/praktijkassistent
- kindertfysiotherapeut
- gastouders en medewerkers van de kinderopvang op een kinderdagverblijf (later genoemd: kinderopvang)

# Kernpunten voor optimale samenwerking

---

- De LSA Preventie van wiegendood is het resultaat van overleg tussen vertegenwoordigers van beroeps- en brancheverenigingen van verloskundig zorgverleners, kraamverzorgenden, jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, neonatologie- en kinderverpleegkundigen, huisartsen, kinderartsen/neonatologen, kinderfysiotherapeuten, lactatiekundigen en medewerkers in de kinderopvang over de gewenste afspraken rond de preventie van wiegendood. Deze beroepsgroepen moeten kennis hebben van de inhoud van hun eigen richtlijn en deze LSA. Beide moeten gebruikt worden om op regionaal of lokaal niveau concrete werkafspraken te maken, rekening houdend met de lokale situatie.
- Alle professionals moeten dezelfde voorlichting en adviezen aangaande veilig slapen en de preventie van wiegendood hanteren. Voor prematuur geboren baby's en/of baby's met een laag geboortegewicht vullen specifieke adviezen de basisadviezen aan.
- Voorlichting en adviezen zijn gebaseerd op bestaande evidentie. Die evidentie is beschreven in bestaande richtlijnen. Onderwerpen die pas sinds kort in de belangstelling staan in relatie tot de preventie van wiegendood, zoals de risico's van het slapen van een baby op een bank en de (zeldzame) risico's van huid-op-huid contact kort na geboorte of tijdens borstvoeding, worden apart in deze LSA genoemd.
- Bij het voorlichten en adviseren houden professionals rekening met de leeftijd en de ontwikkelingsfase van het kind.
- Professionals zoeken naar aansluiting bij het begripsniveau van de (aanstaande) ouders. In het bijzonder houden zij rekening met ouders met beperkte gezondheidsvaardigheden (bijvoorbeeld ouders die laaggeletterd zijn, de Nederlandse taal onvoldoende beheersen of een laag ontwikkelingsniveau hebben) en ouders die met andere cultureel gebonden opvattingen, gewoonten en gebruiken vertrouwd zijn.
- Wanneer een professional constateert dat een ouder, al dan niet gemotiveerd, besluit af te wijken van de adviezen, noteert de professional dit in het (digitaal) dossier. Maak regionaal duidelijke afspraken wie op welke wijze en wanneer hierover communiceert.
- Professionals informeren ouders dat bij verwijzing gegevensuitwisseling hierover tussen huisarts en jeugdarts of tussen jeugdarts/-verpleegkundige en kinderarts/-verpleegkundige routinematig plaatsvindt.

## LSA Preventie van Wiegendood

- Professionals maken regionale afspraken over wie welke voorlichtingsmaterialen en websites gebruikt ter ondersteuning van de adviezen ter preventie van wiegendood. Gebruik voor beschikbaarheid van adequate, consistente voorlichtingsmaterialen (verkrijgbaar via de websites van [www.ncj.nl](http://www.ncj.nl) en [www.veiligheid.nl](http://www.veiligheid.nl)). Evalueer jaarlijks of de gemaakte afspraken nog volstaan.
- Professionals zorgen voor onderlinge bereikbaarheid, zodat de mogelijkheid voor afstemming en overleg wordt geoptimaliseerd. Hiertoe moeten verloskundig zorgverleners, kraamverzorgenden, huisartsen, jeugdartsen en de overige disciplines met contactgegevens opgenomen zijn in de sociale kaart van de regio, bijvoorbeeld via zorgplatforms. Controleer jaarlijks of de gegevens nog kloppen.
- Professionals maken regionaal heldere afspraken over het vervolgtraject wanneer in een gezin een kind plotseling is overleden onder het beeld van wiegendood en moeder opnieuw zwanger wordt. Hierbij hanteert iedere beroepsgroep het protocol 'Zorg voor het volgend kind' (NCJ) en vult dit in zoals beschreven.

## Inleiding

Een werkgroep van vertegenwoordigers van de AJN Jeugdartsen Nederland, de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) afdelingen Verpleegkundigen Maatschappij en Gezondheid, Kinderverpleegkunde en Voortplanting, Obstetrie en Gynaecologie, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), de Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie (NVFK), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), het Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ), de Landelijke Werkgroep Wiegendood (LWW), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) en de Brancheorganisatie Kinderopvang en experts op het gebied van het onderwerp Wiegendood stelde de Landelijke Samenwerking Afspraak (LSA) Preventie van Wiegendood op en onderschreven het eindresultaat.

De taken en verantwoordelijkheden van alle beroepsgroepen inzake preventie van wiegendood zijn zo geformuleerd, dat ouders/verzorgers heldere en eenduidige informatie ontvangen over veilig slapen en volledig geïnformeerd worden over de risico's van bepaalde verzorgingsgewoonten. Kennis van elkaars werkwijze en (regionale) afstemming van taken bevorderen een optimale zorg voor het kind en zijn ouders, zowel voor wat betreft de kwaliteit van de zorg als voor de inhoud van de adviezen.

## LSA Preventie van Wiegendood

De aanbevelingen voor samenwerking zijn gebaseerd op de uitgangsdocumenten en de aan het onderwerp preventie van wiegendood gerelateerde richtlijnen en protocollen, alsmede op de consensus binnen de werkgroep.

De uitgangsdocumenten voor deze LSA zijn:

- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ): JGZ-richtlijn Preventie wiegendood (juni 2009). Auteurs: J.H. Ruys, A.C. Engelberts, H.W.M. van Velzen-Mol
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK): Richtlijn Preventie Wiegendood (juli 2007). Auteurs: J.H. Ruys, A.C. Engelberts, H.W.M. van Velzen-Mol
- Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ): Zorgprotocol Veilig Slapen en Preventie Wiegendood (september 2015). Auteur: protocollencommissie KCKZ
- NCJ: Model-protocol Veilig slapen in kinderopvang en bij gastouders (Stichting Wiegendood 2015)
- Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG): Aanvullende adviezen voor veilig slapen ter preventie van wiegendood. Auteurs: J.M.A. Munsters, H. Wierenga, M.M Boere-Boonekamp, B.A. Semmekrot, A.C. Engelberts. NTvG 2013;157:A5568
- Artikel Rosemary S C Horne, Fern R Hauck, Rachel Y Moon. Sudden infant death syndrome and advice for safe sleeping. BMJ 2015; 350 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h1989> (Published 28 April 2015)
- NCJ: Multidisciplinaire richtlijn Borstvoeding, hoofdstuk 20: Slapen met de baby (juni 2015).

De aan het onderwerp preventie van wiegendood gerelateerde richtlijnen en protocollen zijn:

- NCJ: JGZ-richtlijn Voorkeurshouding en Schedelvervorming (mei 2012)
- KCKZ: zorgprotocol voorkomen van voorkeurshouding (september 2015)
- NCJ: JGZ-richtlijn Vroeg en/of small for gestational age (SGA) geboren kinderen (juli 2013)
- NCJ: Multidisciplinaire richtlijn Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij zuigelingen (maart 2013)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG): NHG-standaard Preconceptiezorg (juni 2011)
- NVK/CBO: Richtlijn Apparent Life Threatening Event (ALTE) (oktober 2006)

## LSA Preventie van Wiegendood

- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en NHG: LESA Onderzoek van de pasgeborene (2008)
- NHG: NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode. Huisarts Wet 2012:55(3):112-25
- KNOV: RL Postnatale zorg *in ontwikkeling*
- NVK: Richtlijn Gastro-oesofageale reflux(ziekte) bij zuigelingen en kinderen van 0-18 jaar (juli 2012)
- TNO en de Landelijke Werkgroep Wiegendood: Zorg voor een volgend kind na een wiegendoodkind, een begeleidingsprogramma.  
<https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=11&rlpag=664>
- NHG: LESA Kindermishandeling (2016): [www.nhg.org](http://www.nhg.org)

### Inbreng van de (aanstaande) ouders, afweging door de hulpverlener

Professionals adviseren ouders volgens de voor hun beroepsgroep geldende richtlijnen en stemmen hun voorlichting en adviezen af op behoeften van de (aanstaande) ouders. Zij houden daarbij rekening met specifieke omstandigheden van de ouders. Denk daarbij ook aan ouders met beperkte gezondheidsvaardigheden, ouders met een (lichamelijke of geestelijke) beperking of ouders van een kind met een beperking. Professionals erkennen de eigen verantwoordelijkheid van de (aanstaande) ouders. Afweging van relevante factoren in concrete situaties kan het rechtvaardigen om beredeneerd af te wijken van Landelijke Samenwerking Afspraken, richtlijnen of protocollen. Indien beredeneerd wordt afgeweken van de bestaande adviezen, is het des te belangrijker om de overige risicofactoren en beschermende factoren voor wiegendood extra aandacht te geven. Om praktische redenen staat dit niet overal in de LSA vermeld.

## Achtergronden

### Begrippen

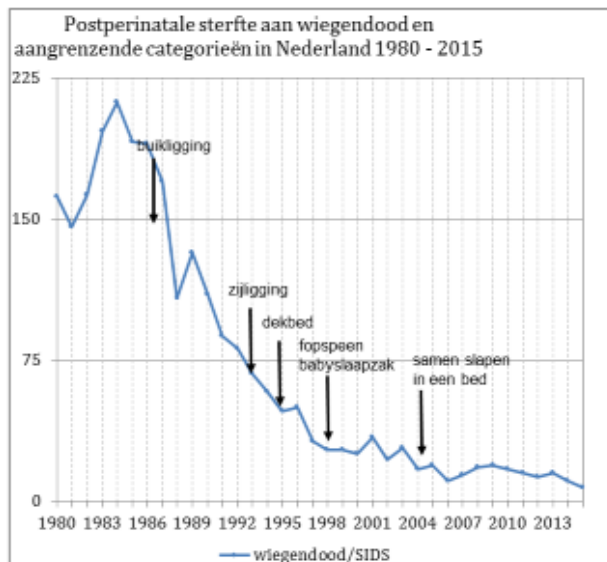
#### *Wiegendood*

Wereldwijd bestaat geen algemeen aanvaarde definitie van de diagnose wiegendood. In Nederland (sinds 1991) en in veel andere landen wordt de definitie wiegendood in ruimere zin gebruikt:

## LSA Preventie van Wiegendood

“Wiegendood is het plotseling en onverwacht overlijden van een kind beneden de leeftijd van twee jaar, dat ogenschijnlijk gezond of in elk geval niet duidelijk ziek was en bij wie geen lichamelijke afwijking is vastgesteld die op zichzelf het overlijden voldoende verklaart”. De ‘diagnose’<sup>i</sup> berust idealiter op een zorgvuldige anamnese, onderzoek ter plaatse van het overlijden, pediatrisch postmortaal onderzoek en een volledige obductie. Indien geen verklaring wordt gevonden voor het overlijden na uitvoerig pediatrisch én postmortaal onderzoek (obductie en onderzoek op de plaats van overlijden) spreekt men van ‘Sudden Infant Death Syndrome’ (SIDS). In deze LSA spreken we over ‘wiegendood’.

In Nederland publiceert men niet alleen de incidentiecijfers van de categorie Wiegendood/SID, maar ook de aangrenzende categorieën, zoals acute luchtweginfecties/longontsteking/algemene symptomen/diagnose onbekend of niet gespecificeerd/stikken door voedsel/accidentele suffocatie en strangulatie in wieg of bed.



Figuur 1

Incidentie van wiegendood en aangrenzende categorieën per 1000 levend geboren en het moment van invoeren van de specifieke preventie-adviezen gedurende de jaren 1980 – 2015.

### Epidemiologie

De incidentie van wiegendood nam vanaf 1987 in Nederland sterk af na het advies van kinderarts en hoogleraar Guus de Jonge om kinderen op de rug te laten slapen: van 193 gevallen van wiegendood in 1985 (1,22 per 1000 levendgeborenen) tot 49 in 1995 (0,56 per 1000 levensgeborenen). In de afgelopen 10 jaar trad er een verdere daling op tot 15 gevallen in 2014 (0,10 per 1000 levendgeborenen). Dit is de laagste incidentie in de Westerse wereld<sup>ii</sup>.

## LSA Preventie van Wiegendood

Vanaf 1990 ontstonden nieuwe inzichten in de achtergronden van wiegendood en werden preventieve adviezen opgesteld op grond van epidemiologisch onderzoek. In de jaren daarna volgde een daling van de incidentie. In 2007 introduceerde de NVK voor Nederland een herziene richtlijn 'Preventie wiegendood'. Een nieuw advies hierin was om af te zien van het samen in één bed slapen van ouders en baby tot de leeftijd van 4 maanden. Een ander nieuw advies was om voldragen zuigelingen al vanaf de geboorte in rugligging te leggen in plaats van de eerste 2 weken nog in zijligging. In 2011 publiceerde de American Academy of Pediatrics een uitbreiding van haar aanbevelingen uit 2005<sup>iii</sup> (zie figuur 1).

### Pathogenese

Aan de kans op plotseling onverklaard overlijden dragen drie groepen risicofactoren bij: 1) een kwetsbaar kind, 2) een kritieke periode in de ontwikkeling en 3) risicofactoren in de omgeving. De kans is het grootst waar deze factoren samenvallen.

Lopend en toekomstig onderzoek moet duidelijk maken wat en hoe groot de invloed is van genetische risicofactoren.



# Kernadviezen betrokken beroepsgroepen

---

Om het risico van wiegendood zo veel mogelijk te verkleinen, adviseert iedere professional (aanstaande) ouders volgens de landelijk geldende aanbevelingen, zoals beschreven in de Richtlijn Preventie Wiegendood (NCJ/NVK).

## Leg de baby altijd op de rug te slapen

- Het slapen op de buik is een van de belangrijkste risicofactoren voor wiegendood. Leg de baby daarom niet, ook niet bij uitzondering, bijvoorbeeld als hij hevig huilt of ontroostbaar is, op de buik te slapen. Het risico van wiegendood van voldragen baby's die slapen in zijligging is ruim 2 keer hoger dan in de veilige rugligging, en in buikligging ruim 8 keer hoger dan in rugligging.
- Risico's van baby's lichter dan 2500 gram zijn verhoogd: het risico om te overlijden onder het beeld van wiegendood is bijna 5 keer hoger voor baby's lichter dan 2500 gram dan voor een voldragen baby in rugligging, bijna 15 keer hoger in zijligging en ongeveer 24 keer hoger in buikligging.
- Voor het maken van een uitzondering op het vermijden van buikligging bestaan enkele medische redenen:
  - o Baby's op de couveuseafdeling van een ziekenhuis, die te vroeg of te licht voor hun leeftijd geboren zijn, worden regelmatig ter bevordering van een efficiënte ademhaling gecontroleerd op de buik verpleegd. Deze controle geschiedt via een cardiorespiratoire monitor. Zodra de baby naar huis mag, is het advies de baby op zijn rug te slapen te leggen. Het is aan te raden de baby al in het ziekenhuis, dus ruim voor ontslag, te laten wennen aan rugligging.
  - o Kinderen met het syndroom van Pierre Robin hebben in buikligging vaak minder problemen met de ademhaling omdat hun tong dan uit de mond zakt en zo niet de keelholte kan afsluiten. Kinderen met het syndroom van Pierre Robin slapen vaak aan een monitor om eventuele stilstanden van de ademhaling op te merken.
  - o Een kind dat is geboren met een open ruggetje (thoracolumbale meningomyelocele).

Ouders kunnen zich zorgen maken over het ontwikkelen van een voorkeurshouding of het ontstaan van een scheef of afgeplat (achter)hoofd bij hun baby. Ter voorkoming van een dergelijke vervorming

## LSA Preventie van Wiegendood

hanteren alle professionals de volgende drie kernadviezen zoals beschreven in de JGZ-richtlijn Voorkeurshouding en Schedelvervorming:

- Leg tijdens de wakkere momenten de baby minimaal drie keer per dag op de buik (onder toezicht van een volwassene).
- Houdt de baby tijdens het voeden afwisselend op de rechter- en linkerarm vast of leg de baby, in geval van kunstvoeding, recht voor op de benen.
- Leg de baby tijdens het slapen altijd op de rug en het hoofd afwisselend per slaap naar links en rechts gedraaid.

Gebruik in de voorlichting aan ouders de twee folders die bij deze richtlijn horen (<https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=14>).

Stabilisatiemiddelen of fixatiemiddelen gebruikt tijdens de slaap ter preventie van of als therapie voor een voorkeurshouding of een scheef of afgeplat hoofd verhogen het risico van wiegendood.

Ouders leggen een baby die veel spuugt of bij wie reflux is vastgesteld wel eens op de zij of buik te slapen vanwege het vele spugen. Dit is een onveilige slaappositie; een baby slaapt altijd het veiligst op zijn rug. Ondanks dat ouders het gevoel kunnen hebben dat rugligging “eng” is als een kind spuugt, blijkt dat sinds de introductie van de rugligging het aantal kinderen dat in voedsel is gestikt verder is afgenomen.

Ook wordt soms geadviseerd de baby schuin omhoog te laten slapen door het bed of de matras aan het hoofdeind te verhogen. Dit helpt niet om het spugen tegen te gaan. Daarbij is het risico dat de baby in een onveilige positie terecht komt verhoogd doordat hij bijvoorbeeld onder de dekens zakt.

### Zorg voor een veilige slaapomgeving

- De beste slaappleats gedurende de eerste zes maanden is 's nachts in een eigen wieg of spijlenbed op de slaapkamer van de ouders (“room-sharing”). Na het 's nachts voeden van een baby in het ouderlijk bed, moet de ouder de baby terugleggen in het eigen bedje, voordat de ouder zelf weer gaat slapen. Samen met één of beide ouders in één bed slapen (“bed-sharing”) is risicovol in de eerste vier maanden<sup>iv</sup>. Dit risico is hoger en langer aanwezig als de ouder rookt, alcohol heeft gedronken, vermoeid is, overgewicht heeft, of als de ouder onder een dekbed slaapt of een kussen gebruikt. Dit geldt ook voor de moeder die borstvoeding geeft. Daarom moeten professionals samen met de baby in één bed slapen aan alle ouders afraden in de eerste vier maanden en aan ouders die roken gedurende de eerste zes maanden. Bij te

vroeg geboren baby's is het verstandig een termijn van zes maanden aan te houden. Besteedt specifieke aandacht aan het huid-op-huid contact kort na geboorte. Dit heeft een positief effect op het op gang komen en bestendigen van borstvoeding en op de moeder-kind binding, maar kan in zeldzame situaties risico's met zich meebrengen, zoals een acute, onverwachte postnatale collaps bij de pasgeborenen<sup>6</sup>. Ook het samen in één bed slapen met een (meerling) broer of zus verhoogt het risico van wiegendood. Een veilige manier om dicht bij elkaar te slapen is een co-sleeper of een clip-on bed, waarbij de baby in zijn eigen bed tegen het bed van de ouders aan staat of het bed van de baby aan de zijkant van het ouderlijk bed hangt. Hierbij moeten alle zijwanden omhoog staan bij het te slapen leggen van de baby en mag geen spleet tussen de matras van de baby en die van het ouderlijk bed bestaan.

- Een sterk verhoogd risico ontstaat wanneer een baby op een bank slaapt<sup>v</sup>. Het risico om te overlijden is 46-67 keer hoger in vergelijking met slapen in een spijlenbed<sup>7</sup>.
- Overdag kan een baby in het eigen bed of in een goed campingbedje slapen, bij voorkeur in de nabijheid van een ouder of verzorger. Leg de baby bij voorkeur niet in de box te slapen; deze is daarvoor niet veilig ingericht.
- De spijlenafstand in alle wanden van een kinderbedje moet volgens de Europese norm minimaal 4,5 cm en maximaal 6,5 cm zijn. Lang niet alle in gebruik zijnde kinderbedjes voldoen aan elementaire veiligheidscriteria zoals de afwezigheid van uitstekende delen.
- Leg ook overdag een baby niet in een bed voor volwassenen te slapen; dit is daarvoor niet veilig ingericht.
- Een dekbed, een hoofdkussen en een zogenaamde hoofdbeschermer horen in de eerste twee jaar niet in een wieg of bed.
- Een schapenvacht in wieg, spijlenbed of kinderwagen geeft risico's wanneer de baby op zijn buik draait; deze wordt dus afgeraden.
- Gebruik een stevige matras en geen plastic of zeiltje onder het onderlaken bij het hoofdgedeelte. Gebruik voor een baby geen waterbed.
- In een niet-gevoerde babyslaapzak kan een baby in de zomer zonder extra beddengoed slapen. Kies een babyslaapzak die goed past rond hals en schouders zodat de baby niet in de slaapzak kan schuiven. Bij lage temperaturen is een gevoerde babyslaapzak aan te raden of kan een deken worden toegevoegd aan de niet-gevoerde babyslaapzak. Gebruik ook hierbij

nooit een dekbed. Slapen in een babyslaapzak stelt het moment van voor het eerst draaien naar de buik tijdens de slaap in bed uit.

- Gebruik een bovenlaken met een enkele deken of een enkele deken in een dekbedhoes, maar geen combinaties. Vanzelfsprekend ook niet met een dekbed.
- Leg de baby met de voeten bij het voeteneinde van de wieg of het bedje en maak dat kort op, zodat de baby niet onder deken of laken kan schuiven. Met kort opmaken wordt bedoeld dat de baby onderaan in het bed ligt, waarbij de dekens wel tot aan de schouders reiken. De kans dat een baby onder het beddengoed terecht komt, is hierdoor sterk verkleind. Als alternatief hiervoor kan, bij baby's die de neiging hebben zich naar boven te verplaatsen, een zogenaamd matrozenbed gebruikt worden. Bij een matrozenbed wordt het ledikant opgemaakt met een 1-persoons laken. Dit onderlaken wordt halverwege het bed terug geslagen zodat het tevens het bovenlaken vormt. Een deken wordt er dwars overheen gelegd en tot onder de matras ingestopt. Zo ligt een baby bovenin het ledikant, maar kan hij toch niet onder de dekens zakken, doordat het terug geslagen laken de ondergrens vormt. Een matrozenbed is veilig tot het moment dat de baby laken en deken zelf los weet te trappelen. Vanaf dat moment dient de baby weer met de voeten bij het voeteneind te slapen gelegd te worden.
- Fixatiemiddelen om het omdraaien van de rug naar de buik te voorkomen moeten professionals afraden, omdat noch de effectiviteit noch de veiligheid is bewezen. Als ouders toch kiezen voor fixatie, gebruik dan bij uitzondering een slaapwikkel (met een stukje stof met klittenband tussen de benen). Als de baby al goed van rug naar buik én van buik naar rug draait, moeten ouders het fixeren staken.
- Een ingebakerde baby moet zich niet kunnen omdraaien naar de buik, omdat dit het risico van wiegendood sterk verhoogt. Zodra een goed ingebakerde baby pogingen doet om te draaien moeten ouders/verzorgers het inbakeren onmiddellijk staken. Om het risico van ingebakerd draaien naar de buik maximaal te verkleinen, moet er niet meer met inbakeren gestart worden wanneer de baby vier maanden oud is en altijd afgebouwd zijn voor de leeftijd van zes maanden. Volg bij de begeleiding van overmatig huilen van baby's de Multidisciplinaire richtlijn Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij zuigelingen (<https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=21>).
- Een wieg of spijlenbed is geen speelbox. Vermijd kussentjes, tuigjes, speelgoed met snoer of koord, speeltjes van zacht plastic en (grote) knuffelbeesten.

## LSA Preventie van Wiegendood

- Als een baby aan een fopspeen is gewend, is het belangrijk om die dan ook altijd (ook tijdens de kinderopvang) voor het inslapen aan te bieden en dit niet te vergeten. Een fopspeen heeft een beschermend effect. Bij borstvoeding moet eerst de borstvoeding volledig op gang zijn voor het aanbieden van een fopspeen. Het is wenselijk het fopspeengebruik voor de eerste verjaardag af te bouwen.
- In de praktijk bestaat verwarring over het gebruik van een campingbed. Een campingbed is een veilige slaapplek, mits er gebruik gemaakt wordt van het bij het campingbed geleverde matras en dit voldoende stevig is. Het gebruik van een extra of niet-passende (ledikant-) matras verhoogt het risico van wiegendood.
- Daarnaast bestaat er onduidelijkheid over matrasbeschermers met een niet-vochtdoorlatende onderlaag met daarop een laag met een honingraatstructuur. Een dergelijke matrasbeschermer is een veilig product. Er is geen onderzoek dat aantoont dat het gebruik ervan voordelen biedt. Let hierbij wel op dat een baby ook op deze matrasbeschermer altijd op zijn rug slaapt. De claim dat een baby zou kunnen doorademen op een matrasbeschermer met een honingraatstructuur is ongegrond. Buikligging blijft een belangrijke risicofactor voor wiegendood.

### Zorg voor een veilige situatie wanneer de baby wakker is

- Laat een baby die wakker is niet alleen als hij op zijn buik kan draaien en nog niet terug kan draaien. Hij kan dan in moeilijkheden komen. Vooral de eerste keer draaien naar de buik geeft een relatief verhoogde kans op overlijden. Daarom is oefenen in de box of op een speelkleed, in aanwezigheid van de ouder/verzorger, zo belangrijk.
- Kies veilig speelgoed zonder snoer of koord en gebruik geen kussenachtige materialen.
- Zet de box niet in de volle zon.
- Laat een baby nooit alleen achter in een auto.
- Bij het gebruik van een draagzak of draagdoek moeten ouders het gezicht van de baby kunnen blijven zien (dan zijn neus en mond vrij). Ouders moeten na blijven gaan of de baby het niet te warm krijgt. De zijwanden van de draagdoek moeten van dun materiaal gemaakt zijn. Vooral bij pasgeboren baby's, te vroeg en te licht geboren baby's moeten ouders opletten dat de baby niet in 'kommavorm' ligt. Door deze kromme houding (kin op de borst) sluit de luchtweg gemakkelijk af en kan de baby in ademnood komen.

## LSA Preventie van Wiegendood

- Bij het vervoer in een baby-autostoeltje van een pasgeboren baby, een te klein of een te vroeg geboren baby, na ontslag uit het ziekenhuis maar ook daarna, moet dit niet te rechtop staan in de auto. Dan kan het relatief grote hoofd voorover zakken en aldus de luchtweg afsluiten<sup>vi</sup>.
- Geneesmiddelen met slaapverwekking als bijwerking, zoals sommige hoestdrankjes, zijn ongeschikt voor baby's.

### Rook niet tijdens de zwangerschap en rook ook niet na de geboorte in het bijzijn van de baby

- Roken van de moeder en passief (mee)roken tijdens de zwangerschap vergroot de kans op wiegendood aanzienlijk. Nicotine beschadigt hersencellen. Bovendien treedt tijdens de zwangerschap door (mee)roken van de moeder ook al schade bij de baby op aan de zich ontwikkelende longen.
- Passief roken van de baby na de geboorte door het roken van de ouders, verzorgers of anderen in bijzijn van de baby maakt de kans op wiegendood minstens tweemaal zo groot. Rook daarom niet in huis.

### Zorg dat de baby niet te warm ligt

- Overmatige omgevingswarmte vermindert de wekbaarheid van de baby. Dit gevaar dreigt bij een te hoge kamertemperatuur (centrale verwarming), directe zonnestraling op wieg of bed, te veel beddengoed, te warme kleding, te dikke doeken bij inbakeren en inbakeren met het hoofd bedekt, een muts of beddengoed over het hoofd en een warme kruik of een elektrische deken. Pak zeker bij koorts een baby niet extra warm in. Zolang de voeten lauwwarm aanvoelen heeft een baby het niet te koud, terwijl een zwetende baby het in de regel te warm heeft. De slaapkamer hoeft voor een voldragen baby niet warmer te zijn dan voor een volwassene. Een kamertemperatuur tussen 15 tot 18 graden Celcius is prima.
- Raad in de eerste twee jaren een dekbed af vanwege het kussenachtige materiaal en vanwege de warmte. Eén gewoon dekbed is namelijk even warm als drie tot vier dekens! Een éénlaags dekentje in een ongevoerde dekbedhoes (hoesdeken) is wel veilig.

In de praktijk bestaat verwarring over de duur van het gebruik van een kruik. Vanaf het moment dat een baby zichzelf goed op temperatuur houdt, is het gebruik van een kruik niet (meer) nodig. Ook is een mutsje binnenshuis dan overbodig. Gebruik van een kruik is enkel voor het voorverwarmen van het bedje.

### Andere maatregelen

- Borstvoeding verlaagt het risico van wiegendood aanzienlijk; hoe langer borstvoeding gegeven wordt, hoe lager het risico van wiegendood is.

## Aanbevelingen voor samenwerking

### Werkwijze betrokken beroepsgroepen

Iedere professional geeft ouders tijdens ieder contactmoment bij de leeftijd van de baby passende voorlichting en advies over veilig slapen. Hierbij worden de landelijke richtlijnen gevolgd. Wanneer een professional vindt dat afwijken van de geldende richtlijn gepast is, noteert de professional dit, met de argumentatie voor deze keuze én de aandacht voor de overige beschermende factoren, in het (digitaal) dossier en worden (volgende) collega's hiervan op de hoogte gesteld.

### Overdracht tussen ketenpartners in bijzondere situaties

Wanneer ouders ervoor kiezen af te wijken van de landelijke adviezen ter preventie van wiegendood, dient dit vermeld te worden op de bestaande overdrachtsformulieren naar volgende collega's of professionals in de zorg (verloskundig zorgverlener naar kraamzorg, kraamzorg en verloskundig zorgverlener naar JGZ, kindergeneeskundigen naar kraamzorg, JGZ naar huisarts of kinderarts, kinderarts naar JGZ, JGZ naar kinderopvang, etc.). Volgens de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) is het enkel toegestaan met een andere professional op wie een geheimhoudingsplicht rust gegevens over een patiënt/cliënt uit te wisselen en enkel met uitdrukkelijke toestemming van de betrokken patiënt/cliënt. Deze wet versterkt nog eens de noodzaak dat een volgende hulpverlener in de keten alle factoren, beschermend en risico verhogend, opnieuw bespreekt met ouders. Herhaling versterkt de boodschap. Indien ouders ervoor kiezen af te wijken van de adviezen, noteert de professional dit in het (digitaal) dossier en stelt de professional in overleg met de ouders vast hoe het risico van wiegendood door aandacht voor de overige risicofactoren maximaal kan worden verkleind.

### Onderlinge samenwerking en afstemming tussen de verschillende beroepsgroepen

Zowel in de verloskundige zorg, de kraamzorg als de JGZ zijn preventieve adviezen beschreven in eenduidige richtlijnen. Alle huisartsen, niet alleen verloskundig actieve huisartsen, sluiten hierbij aan met hun adviezen en instrueren hun doktersassistenten om deze adviezen te geven. Door keten breed dezelfde informatie te geven, krijgen ouders eenduidige adviezen en wordt de kans groter dat de wiegendoodincidentie in Nederland laag blijft. Alle professionals geven dezelfde adviezen, waarbij de

## LSA Preventie van Wiegendood

neonatoloog en de neonatologie/kinderverpleegkundige op de hoogte zijn van de specifieke aandachtspunten voor de vroeg en/of te klein geboren baby's. Paramedici, zoals bijvoorbeeld de fysiotherapeut, moeten goed op de hoogte te zijn van de adviezen over veilig slapen en preventie van wiegendood en sluiten hierop aan bij het geven van adviezen inzake preventie of aanpak van scheefhoofdigheid.

### Aandachtspunten voor bespreking in de regio

- Lokaal maakt de keten, bij voorkeur vanuit bestaande samenwerkingsstructuren, zoals een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) of een regionale Geboortezorg-organisatie, samenwerkingsafspraken tussen alle professionals die met baby's werken over de werkwijze, de verdeling van taken en verantwoordelijkheden in de voorlichting aan ouders over veilig slapen en de preventie van wiegendood. Maak afspraken over wie welke voorlichtingsmaterialen en websites gebruikt ter ondersteuning van de adviezen ter preventie van wiegendood. Evalueer jaarlijks of de gemaakte afspraken nog volstaan.
- Informeer ouders dat bij verwijzing routinematig gegevensuitwisseling tussen huisarts en jeugdarts of tussen jeugdarts/-verpleegkundige, verloskundig hulpverlener en huisarts, verloskundig hulpverlener en kraamzorg, of tussen kinderarts/-verpleegkundige plaatsvindt.
- Zorg voor de beschikbaarheid van adequate, consistente voorlichtingsmaterialen (verkrijgbaar via de websites van [www.ncj.nl](http://www.ncj.nl) en [www.veiligheid.nl](http://www.veiligheid.nl)).
- Zorg voor onderlinge bereikbaarheid, ter optimalisatie van afstemming en overleg . Hiertoe moeten verloskundig zorgverleners, kraamverzorgenden, huisartsen, jeugdartsen en de overige disciplines met contactgegevens opgenomen zijn in de sociale kaart van de regio, bijvoorbeeld via zorgplatforms. Controleer jaarlijks of de gegevens nog kloppen.

### Totstandkoming LSA

In januari 2016 startte een werkgroep met vertegenwoordigers benoemd door de AJN Jeugdartsen Nederland, de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), afdelingen Verpleegkundigen Maatschappij en Gezondheid, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), de Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie (NVFK), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), het Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ), de Landelijke Werkgroep Wiegendood (LWW), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) en experts



## LSA Preventie van Wiegendood

op het gebied van het onderwerp Wiegendood. De auteurs van deze LSA zaten als vertegenwoordigers van hun beroeps- en brancheverenigingen in de werkgroep.

In april-mei en in juli-september 2016 is een conceptversie ter becommentariëring voorgelegd aan en onderschreven door de meelesgroep met betrokkenen namens de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA (0-4)), de Vereniging ouders van Wiegendoodkinderen, de Stichting Onderzoek en Preventie Zuigelingensterfte (Stichting Wiegendood) (secretaris), de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) Afdelingen Verpleegkundigen Maatschappij en Gezondheid, Kinderverpleegkunde en Voortplanting, Obstetrie en Gynaecologie (V&VN), NICU-verpleegkundige, PICU-verpleegkundige, antroposofisch jeugdverpleegkundige, de Vereniging Ouders van Couveuse kinderen (VOC), de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Patiëntenfederatie Nederland, BOINK, Pharos, Trimbos, VeiligheidNL, Nederlandse Vereniging van Osteopatie (NVO).

Naamsvermelding als referent betekent niet dat iedere referent de LSA inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

In november 2016 is de concepttekst door het NHG, de AJN Jeugdartsen Nederland, de V&VN, de NVOG, het KCKZ, de KNOV, de LWW, de NVL, de NVFK en de NVK onderschreven en vastgesteld. De Richtlijn AdviesCommissie van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid heeft op 6 juni 2016 aangegeven de tekst van deze LSA te onderschrijven. De coördinatie was in handen van drs. M. Beltman, dr. M.P. L'Hoir en dr. B.E. van Sleuwen (TNO).

De totstandkoming van de LSA Preventie van wiegendood was mogelijk door een subsidie van ZonMw.

© 2016, TNO

---

<sup>i</sup> Wiegendood is feitelijk geen diagnose, maar een diagnose 'per exclusionem'.

<sup>ii</sup> Taylor BJ, Garstang J, Engelberts A, Obonai T, Cote A, Freemantle J, Vennemann M, Healey M, Sidebotham P, Mitchell EA, Moon RY. International comparison of sudden unexpected death in infancy rates using a newly proposed set of cause-of-death codes. Arch Dis Child 2015;100:1018-23

<sup>iii</sup> American Academy of Pediatrics. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics 2011;128:e1341-67

<sup>iv</sup> *Achtergrondinformatie over samenslapen van een baby met ouders in het volwassen bed*

In Nederland, waar de incidentie van wiegendood het laagst is van de Westerse landen<sup>viii</sup>, is voldoende evidentie dat samen slapen met een baby jonger dan 4 maanden in het volwassen bed risicovol is. Dit risico is nog hoger als de ouder rookt, alcohol heeft gedronken, vermoeid is of als de ouder onder een dekbed slaapt en een kussen gebruikt. Dit geldt ook als de moeder borstvoeding geeft. Daarom wordt samen slapen aan alle ouders afgeraden in de eerste 4 maanden en aan ouders die roken gedurende de eerste 6 maanden. Al jaren komen gevallen van wiegendood voor wanneer het kind samen met de ouder(s) in één bed slaapt. Uit de landelijke peiling veilig slapen (n=1852) uit 2011 blijkt dat 1,9% van de baby's van 0 tot 11 maanden

uitsluitend bij de ouders in bed sliep en bij 3,1% dit werd afgewisseld met een andere slaapplek. Bij ouders met een allochtone achtergrond kwam slapen met de baby in één bed iets vaker voor, namelijk 5,2%<sup>vii</sup>. Wanneer we naar eerdere peilingen kijken dan blijkt dat in 1999 13% van de baby's nachts of een gedeelte daarvan bij de ouders in één bed sliep<sup>vii</sup>. In 2003 is dit percentage gezakt tot 4,9%<sup>ix</sup>. Tijdens de peiling van 2005 sliep 10% van de kinderen tussen één en twee maanden oud gewoonlijk bij de ouder(s) in één bed<sup>x</sup>; bij uitzondering bij de ouders in bed slapen kwam bij 17% voor. In Nederland zien we al enkele jaren dat een kwart van de wiegendoodbaby's is overleden terwijl zij bij de ouders in bed sliepen. In het Verenigd Koninkrijk is dit momenteel de helft (persoonlijke mededeling P. Blair). Gevaren in het bed van de ouders vormen met name de bed-materialen: een zachte matras, kussens, een dekbed en een spleet tussen twee losse matrassen. Daarnaast bestaat het risico van het verdrukken van het kind wanneer één van de ouders draait in de slaap en bovenop het kind terecht komt<sup>x</sup>. Nederlands onderzoek laat zien dat samen slapen met de baby in het volwassenen bed het risico op wiegendood verhoogt<sup>x</sup>. Wanneer het kind samen in één bed bij de ouders slaapt, is de kans op wiegendood bij een baby van 1 maand oud 9 keer hoger, bij een baby van 2 maanden 4 keer hoger, bij 3 maanden 1,7 keer hoger en bij 4 maanden 1,3 keer hoger<sup>x</sup>.

<sup>v</sup> Rechtman LR, Colvin JD, Blair PS, Moon RY. Sofas and infant mortality. *Pediatrics* 2014;134:e1293-300

<sup>vi</sup> Matthijsse P.R., Semmekrot BA, Liem KD. Huid-op-huidcontact en borstvoeding na de geboorte. Niet altijd zonder risico. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2016;160:D171

<sup>7</sup> McIntosh CG, Tonkin SL, Gunn AJ. Randomized controlled trial of a car safety seat insert to reduce hypoxia in term infants. *Pediatrics* 2013;132:326-31

<sup>vii</sup> L'Hoir MP, Groothuis-Oudhoorn CGM, Scheltes M, Sleuwen BE van, Boere-Boonekamp MM. Tiende peiling veilig slapen. *Tijdschr Jeugdgezondheidsz* 2013;45:32-8

<sup>viii</sup> Jonge GA de, Hagen EE van, Wouwe JP van. Veilig slapen en wiegendood anno 1999. *Tijdschr Jeugdgezondheidsz* 2000; 32: 112-5

<sup>ix</sup> Schaijk M van, Lanting CI, Wouwe JP van, Engelberts AC, L'Hoir MP. Peiling risicofactoren wiegendood bij zuigelingen. *TNO Kwaliteit van Leven* 2006 (KvL 2006.039)

<sup>x</sup> Ruys JH, de Jonge GA, Brand R, Engelberts AC, Semmekrot BA. Bed-sharing in the first four months of life: a risk factor for sudden infant death. *Acta Paediatr* 2007;96:1399-403