

PREVENTIE VAN WIEGENDOOD/SUID

Gunnar Naulaers

Neonatologie

UZ Leuven

ENKELE AANDACHTSPUNTEN OVER PREVENTIE

- Dit zijn richtlijnen en niet in steen gebeitelde wetten.
- Maar ze zijn wel gebaseerd op grote wetenschappelijke studies, die ik in deze voordracht ook heb toegevoegd. Dit is niet om ze uitgebreid te bespreken, maar om aan te tonen dat het gegronde richtlijnen zijn.
- In preventie moeten we oranje lichten vermijden en liefst zoveel mogelijk rode en groene lichten benoemen.
- Soms moeten we, na communicatie met ouders en zorgdragers, streven naar zo goed mogelijke preventie zonder de volledige richtlijnen te kunnen verwezenlijken.
- Als zorgdrager ben je een zeer belangrijke bron van informatie voor ouders

SUDDEN UNEXPECTED INFANT DEATH

Er zijn verschillende definities...

- **Sudden unexpected infant death (SUID)** is een term die wordt gebruikt om ***elk plotseling en onverwacht overlijden*** te beschrijven, al dan niet verklaard, die optreedt bij zuigelingen.

Na casusonderzoek kan worden vastgesteld dat het onverwacht overlijden niet werd veroorzaakt door een specifieke onnatuurlijke of natuurlijke etiologie, zoals verstikking, mechanische verstikking, bekknelling, infectie, inslikken, stofwisselingsziekten of trauma (onbedoeld of niet-accidenteel).

- **Unexplained sudden death in infancy SIDS of wiegendood** beschrijft ***overlijden van zuigelingen jonger dan 1 jaar die onverklaard blijven*** na klinisch onderzoek, autopsie, beoordeling van de medische geschiedenis en passende laboratoriumtests

- **Sleep-related death** (infants implied) om onverklaarbare ***plotselinge overlijden*** in de zuigelingentijd of wiegendood en sterfgevallen door een ongeval door een fysiek gevaar ***in de slaapomgeving*** worden verklaard.

Reeds lang gekend in de geschiedenis...

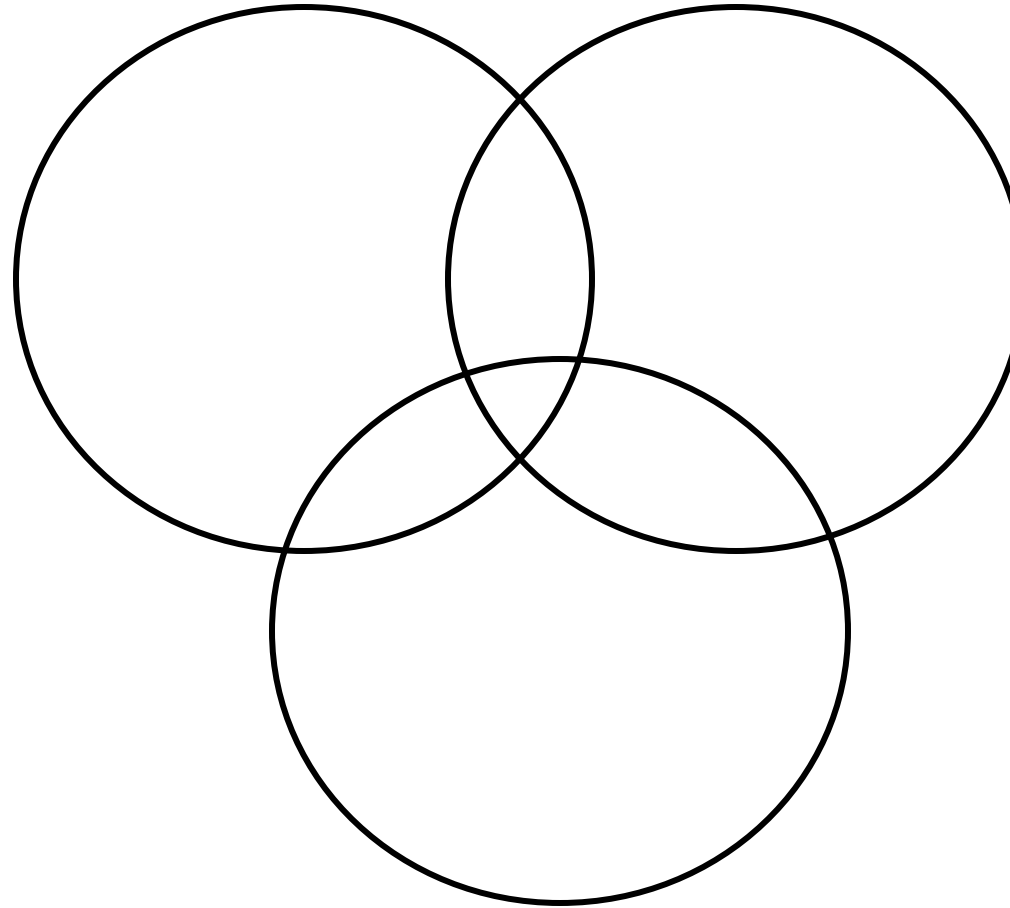


- The Old Testament : Oppressio infantium (infant suffocation).
- 9th century : infant suffocation is closely related to infanticide and a crime against the Fifth Commandment.
- Paus Stefan V (891) : baby's mogen niet in bed bij de moeders blijven gedurende de nacht.
- The Code of Guta (medieval) : De moeder moet voor het kind zorgen bij elke voeding, het terugplaatsen in de wieg naast haar of het op haar schoot houden of het in bed leggen en ernaast gaan liggen.

Het driecirkel model

Kwetsbare baby

Exogene stressoren



- Buiklig
- Temperatuur
- Roken
- Infectie
- Slaapomgeving

**Kritische periode in de ontwikkeling in het
eerste levensjaar**

KWETSBARE BABY

- GEKENDE AFWIJKINGEN TER HOOGTE VAN DE HERSENSTAM.
- AFWIJKINGEN TER HOOGTE VAN DE AROUSAL
- MULTIGENISCHE THEORIE
- Cardiale oorzaken (Long QT) en metabole stoornissen (MCAD).
- Infecties (RSV)

*OP DIT MOMENT KUNNEN WE DEZE KWETSBARE BABY'S
NIET DEDECTEREN.*

WHAT IS REALLY HAPPENING ?

9 patienten werden beschreven die overleden
terwijl een wiegendoodmonitor aanstond.

Deze metingen werden nadien bestudeerd

WHAT IS REALLY HAPPENING ?

- In de meerderheid was het eerste alarm een bradycardie (laag hartritme)
- Het hartritme ging lager dan 15 slagen per minuut.
- Apnea (> 20sec) begon in de meeste baby's 1 tot 13 minuten later.
- Gaspen was al aanwezig op het moment van het eerste alarm in 3 baby's en binnen de 3 minuten bij de ander vier baby's..
- Bij de vijf babies waar gaspen niet werd onderbroken door CPR duurde het 3 seconden tot 11 minuten.

WHAT IS REALLY HAPPENING ?

- Er zijn twee manieren om uit een moeilijke situatie te komen voor een baby :
 - AUTORESUSCITATIE (gaspings)
 - AROUSAL (wakker worden van de baby in moeilijke situatie)

Wiegendood ontstaat als één van deze mechanismen faalt.

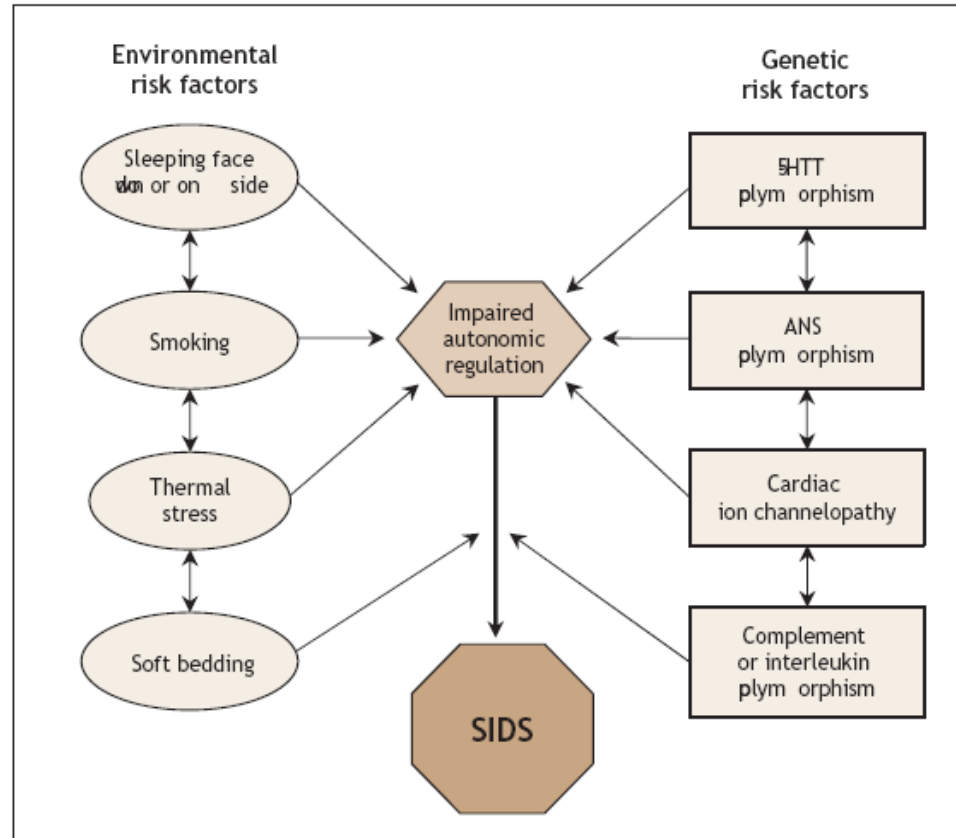
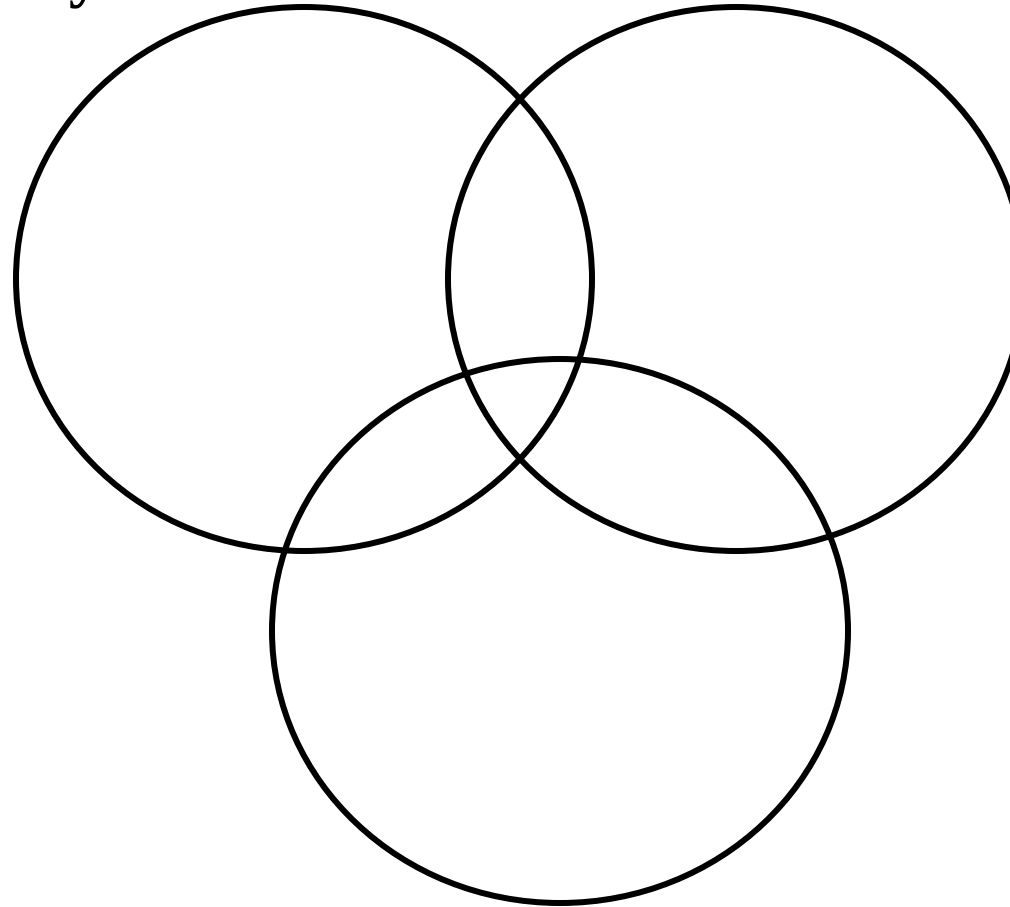


Fig. 1: Schematic summary of potential interactions between environmental and genetic risk factors for sudden unexpected death in infancy and sudden infant death syndrome (SIDS). The clinical consequences (phenotype) are not known for the autonomic nervous system and serotonin transporter (5-HTT) polymorphisms. Adapted from Hunt.⁷⁰

Kwetsbare baby

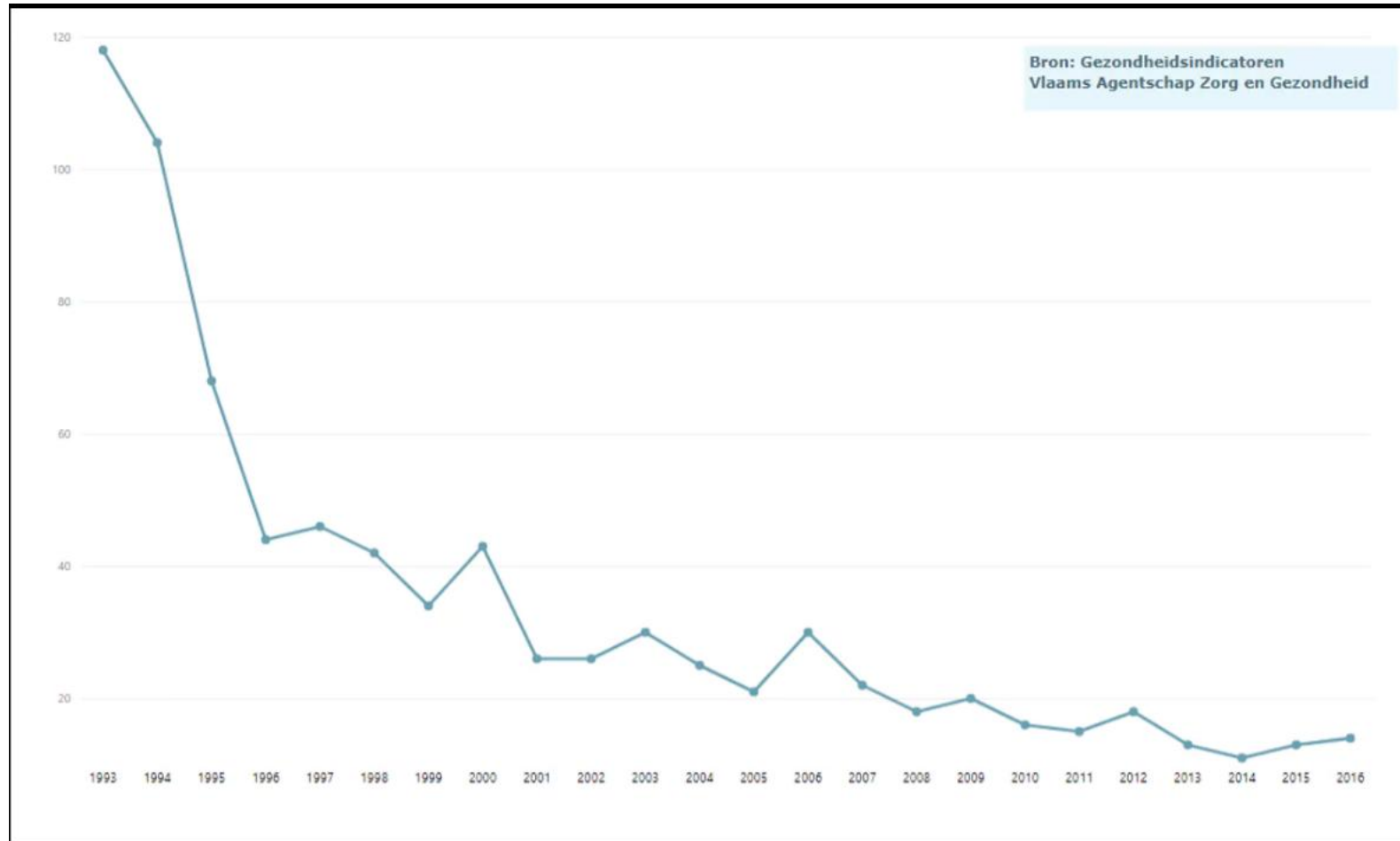
Exogene stressoren



- Buiklig
- Temperatuur
- Roken
- Infectie
- Slaapomgeving

**Kritische periode in de ontwikkeling in het
eerste levensjaar**

De incidentie van wiegendoed in Vlaanderen is tussen 1993 en 2016 aanzienlijk gedaald als gevolg van de preventiemaatregelen, maar we hebben geen cijfers voor SUDI



In de VS zien we dezelfde afname van wiegendood, maar SUID lijkt zich te stabiliseren als gevolg van meer sterfgevallen door ongevallen en overlijden door onbekende oorzaken

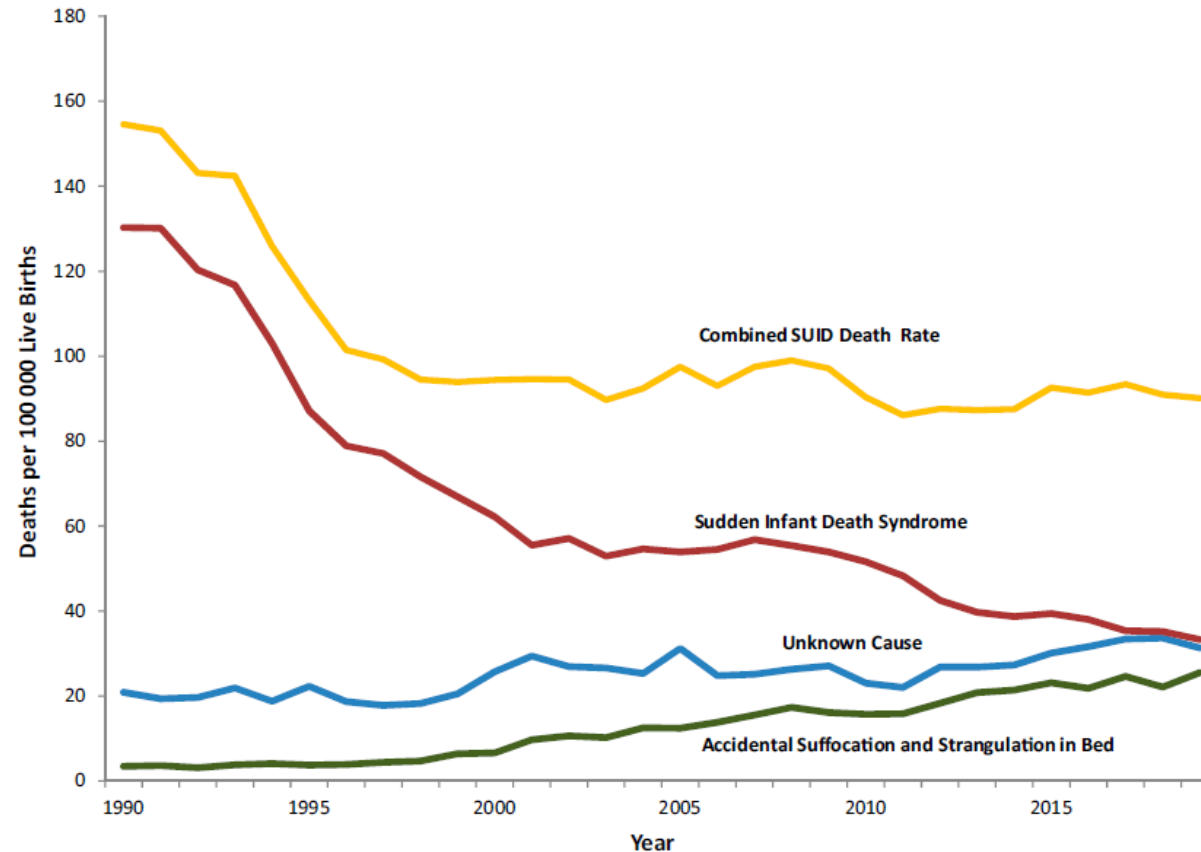
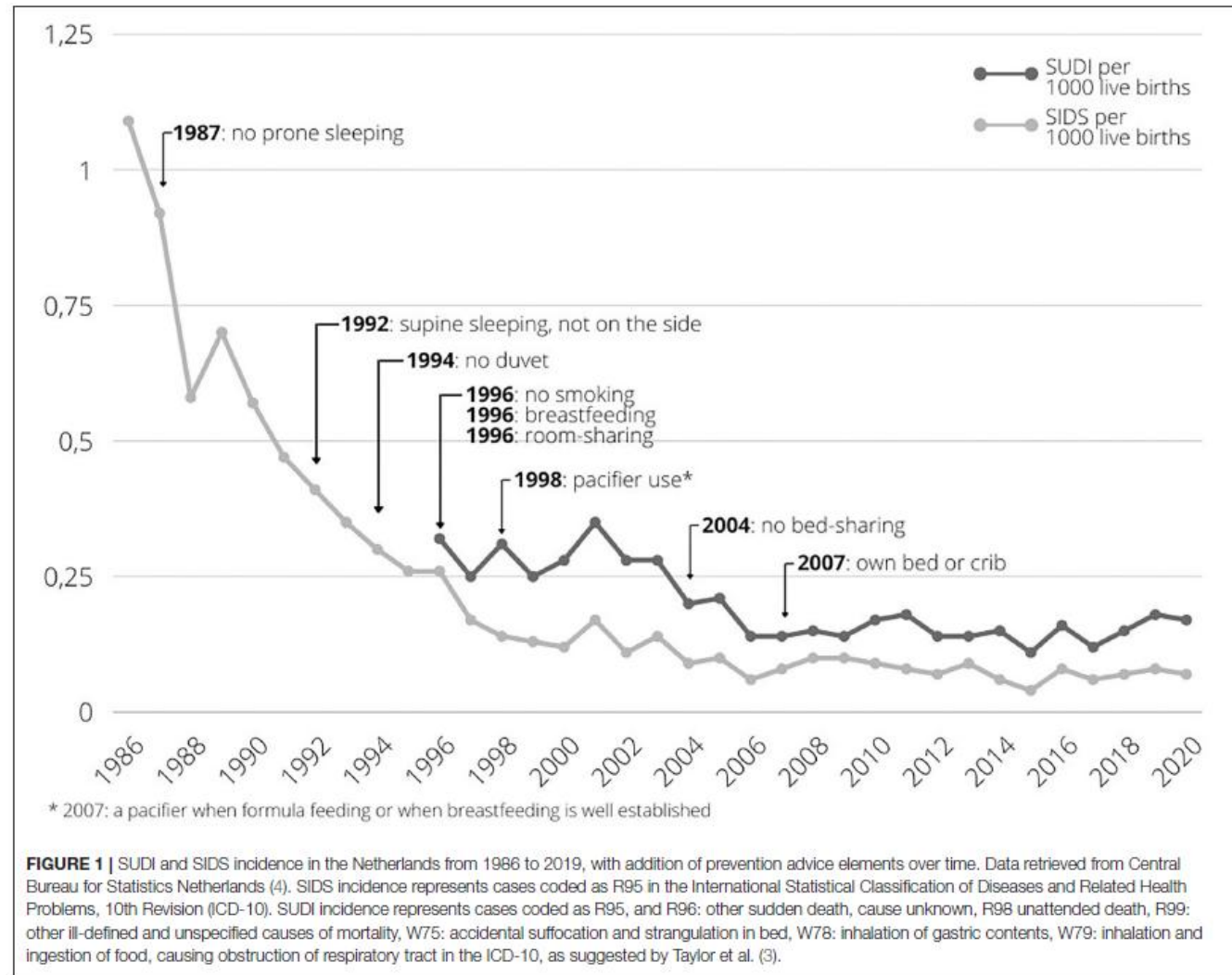
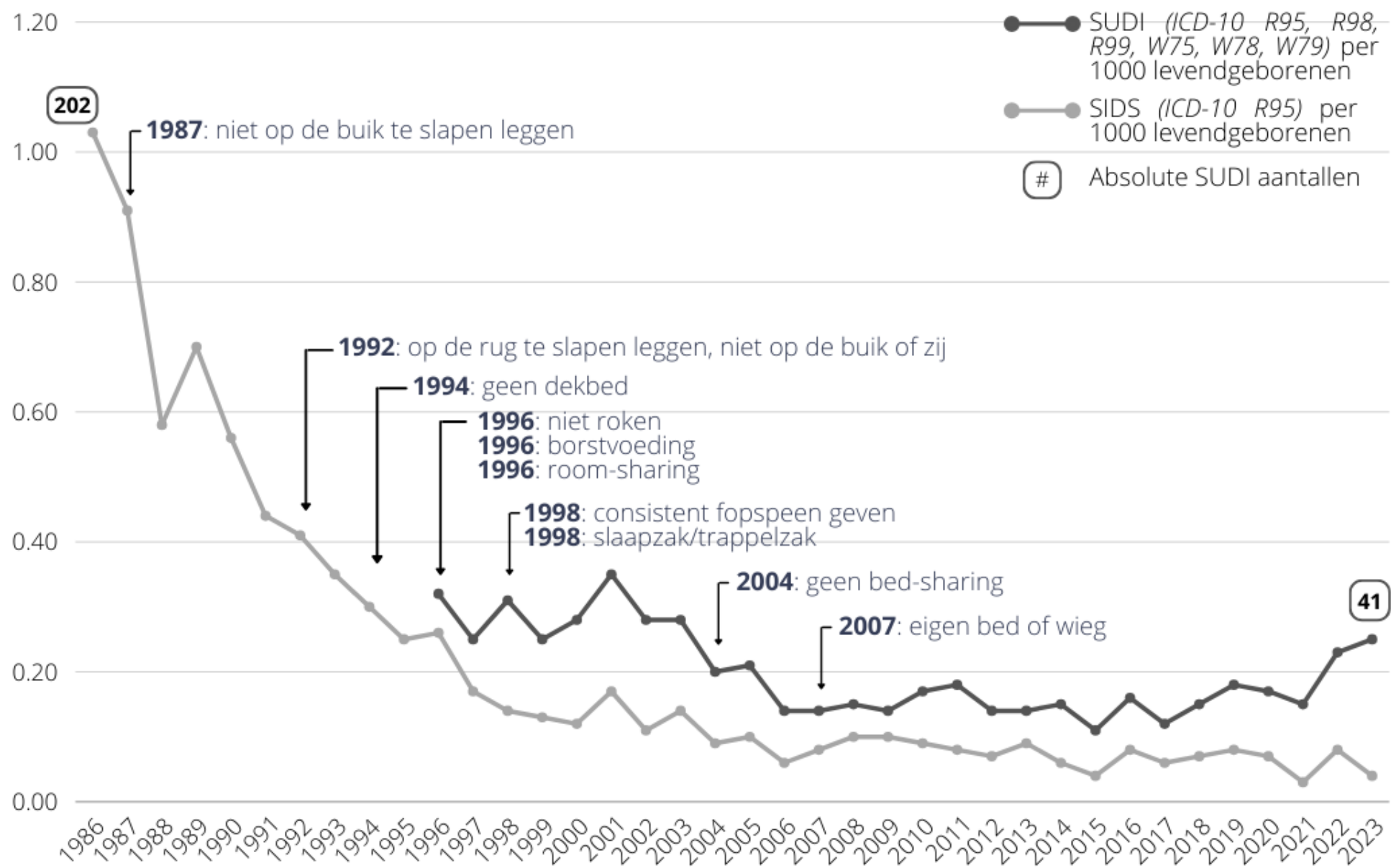


FIGURE 1

Trends in sleep-related infant deaths by cause from 1990 to 2019 from the Centers for Disease Control and Prevention and National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, Compressed Mortality File. Figure duplicated from <http://www.cdc.gov/sids/data.htm>.

En ook in Nederland is dezelfde trend te zien





Zorgwekkende stijging wiegendood: ruim 50% meer baby's overleden sinds 2022

Eerste 'Week van Veilig Slapen' benadrukt belang van kennis en preventie

Amsterdam, 22 september 2025 – **Het aantal gevallen van wiegendood in Nederland is schrikbarend gestegen, zonder dat het aantal geboorten evenredig toenam. In 2022, 2023 en 2024 overleden respectievelijk 36, 41 en 37 baby's plotseling en zonder duidelijke oorzaak – ruim 50% meer dan het gemiddelde van de 10 jaar daarvoor. BOinK, de Belangenvereniging van Ouders in de Kinderopvang, de Vereniging Ouders van Wiegedoodkinderen en VeiligheidNL, luiden de noodklok. Met de eerste editie van de Week van Veilig Slapen (22 t/m 26 september 2025) vragen zij extra aandacht voor preventie van wiegendood en het belang van veilig slapen.**

Daarom spreekt de American Academy of Pediatrics niet meer over wiegendood, maar over slaapgerelateerde kindersterfte

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

Evidence Base for 2022 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment to Reduce the Risk of Sleep-Related Infant Deaths

Rachel Y. Moon, MD, FAAP,^a Rebecca F. Carlin, MD, FAAP,^b Ivan Hand, MD, FAAP,^c and THE TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME and THE COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN

A-level recommendations:

Evidence Base for 2022 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment to Reduce the Risk of Sleep-Related Infant Deaths

Rachel Y. Moon, MD, FAAP^a; Rebecca F. Carlin, MD, FAAP^a; Ivan Hand, MD, FAAP^a; and THE TASK FORCE ON SUDDEN INFANT
DEATH SYNDROME and THE COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN

1. **Back to sleep** for every sleep.
2. Use a **firm, flat, noninclined sleep surface** to reduce the risk of suffocation or wedging/entrapment.
3. **Feeding of human milk** is recommended because it is associated with a reduced risk of SIDS.
4. It is recommended that infants **sleep in the parents' room, close to the parents' bed, but on a separate surface designed for infants, ideally for at least the first 6 mo.**
5. Keep soft objects, such as pillows, pillow-like toys, quilts, comforters, mattress toppers, fur-like materials, and loose bedding, such as blankets and nonfitted sheets, away from the infant's sleep area to reduce the risk of SIDS, suffocation, entrapment/wedging, and strangulation.
6. **Offering a pacifier at naptime and bedtime** is recommended to reduce the risk of SIDS.
7. **Avoid smoke and nicotine** exposure during pregnancy and after birth.
8. **Avoid alcohol, marijuana, opioids,** and illicit drug use during pregnancy and after birth.
9. **Avoid overheating** and head covering in infants.
10. It is **recommended that infants be immunized** in accordance with guidelines from the AAP and CDC.
11. **Do not use home cardiorespiratory monitors as a strategy** to reduce the risk of SIDS.

Evidence Base for 2022 Updated
Recommendations for a Safe Infant
Sleeping Environment to Reduce the
Risk of Sleep-Related Infant Deaths

Rachel Y. Moon, MD, FAAP^a, Rebecca F. Carlin, MD, FAAP^b, Ivan Han, MD, FAAP^c, and THE TASK FORCE ON SUDDEN INFANT
DEATH SYNDROME and THE COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN

A-level recommendations:

1. **Altijd op de rug slapen.**
2. Gebruik een **stevige, vlakke en niet hellende slaapoppervlakte** om het risico voor verstikking of inklemming te vermijden.
3. **Moedermelk** is aangeraden omdat het geassocieerd is met een verminderd risico op wiegendood.
4. Het is aanbevolen dat zuigelingen **in de kamer van de ouders slapen, dichtbij het bed van de ouders, maar op een gescheiden oppervlakte ontworpen voor zuigelingen en dit voor minstens de eerste zes maanden.**
5. Vermijd zachte voorwerpen, zoals kussens, speelgoed, dekbedden, dons, pluizig speelgoed, los beddengoed zoals denkens en losse lakens om het risico op wiegendood, verstikking, inklemming of wurging te vermijden.
6. **Aanbieden van een speentje tijdens dutjes of slaaptijd** is aangeraden om het risico op wiegendood te verminderen.
7. **Vermijd blootstelling aan rook en nicotine** tijdens de zwangerschap en na de geboorte.
8. **Vermijd het gebruik van alcohol, marihuana, opioïden en illegale drugs** tijdens de zwangerschap en na de geboorte.
9. **Vermijd oververhitting** en overdekken van het hoofd bij zuigelingen.
10. Het wordt aanbevolen om zuigelingen te **immuniseren** in overeenstemming met de richtlijnen van Kind en Gezin.
11. **Gebruik geen cardiorespiratoire thuismonitoren** als strategie om het risico op wiegendood te verminderen.

RUGLIG, ZIJLIG OF BUIKLIG ?

- RUGLIG IS DE ENIGE VEILIGE LIGGING VOOR DE BABY.
- LEG EEN BABY NOOIT OP DE BUIK TE SLAPEN. OOK NIET ALS HIJ VEEL HUILT! LEG HEM ZELFS NIET 1 ENKELE KEER OP DE BUIK TE SLAPEN.
- ALS EEN BABY WAKKER IS EN ONDER TOEZICHT VAN EEN VOLWASSENE MAG HIJ OP DE BUIK GELEGD WORDEN
- HOU EEN ZUIGELING IN DE BOX OOK IN HET OOG ALS HIJ OP ZIJN RUG LIGT. HIJ DRAAIT GEMAKKELIJKER OP DE BUIK IN DE BOX DAN IN BED.



RUGLIG, ZIJLIG OF BUIKLIG ?

- OPGEAST VOOR BABY'S DIE GEWOON ZIJN OP DE RUG TE SLAPEN EN DAN OP BUIKLIG KOMEN.
- ZIJLIGGING IS AF TE RADEN GEZIEN HET HOGERE RISICO OP SECUNDAIRE BUIKLIG.



Table 3 Results of meta-regression adjusted for prevalence of front or side position in control infants^a

Parameter	Adjusted measure of effect (OR)	95% credibility interval	Heterogeneity (95% credibility interval ^b)	Change in heterogeneity parameter ^c
Front vs back				
Front vs back	4.92	3.62–6.58	0.31 (0.10–0.71)	0.47
Prevalence of front position	0.75	0.64–0.87		
Midpoint of recruitment period	1.03	1.00–1.07		
Front vs non-front				
Front vs non-front	4.30	3.39–5.39	0.40 (0.21–0.71)	0.07
Prevalence of front position	0.84	0.71–1.00		
Midpoint of recruitment period	1.04	1.01–1.07		
Side vs back				
Side vs back	1.40	3.62–1.84	0.31 (0.11–0.70)	0.002
Prevalence of side position	0.69	0.54–0.89		

^a Restricted to 38 case-control studies.

^b Credibility interval: there is a 95% probability that the true value lies within the 95% credibility interval.

^c Absolute reduction in between-study variance between the crude meta-analysis model and the meta-regression model.

PRONE, SUPINE OR ON THE SIDE ?

BABIES SHOULD NEVER SLEEP ON THE SIDE



-We zien niet meer aspiratie in de zijlig.

-Plagiocephalie kan voorkomen worden op andere manieren



PREVENTIE VAN SIDS

RUGLIG EN PLAGIOCEPHALIE

Occipital Plagiocephaly

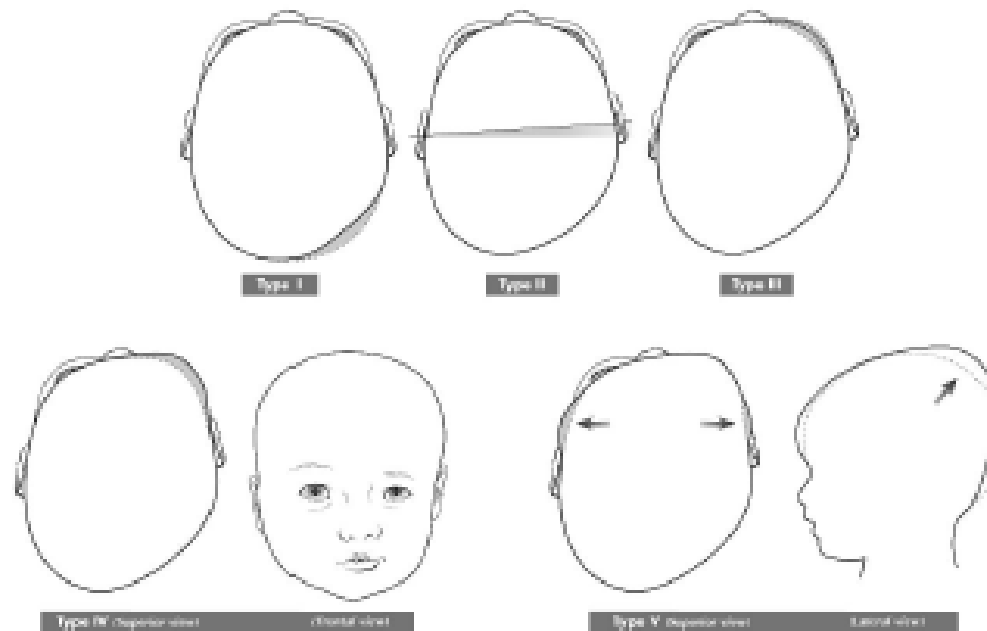


Fig 1 Five stages of occipital plagiocephaly progressing from minimal to severe deformity. Type I deformity is restricted to the back of the skull. Type II adds malposition of the affected ear. Type III adds forehead deformity. Type IV adds malar deformity. Type V adds attempts of the brain to decompress vertically or temporally.

RUGLIG EN PLAGIOCEPHALIE

Supervised, awake tummy time is recommended to facilitate development and to minimize the risk of positional plagiocephaly. Parents are encouraged to place the infant in tummy time while awake and supervised for short periods of time beginning soon after hospital discharge, increasing incrementally to at least 15 to 30 min total daily by age 7 wk.

Moon RY et al. Pediatrics. 2022;150(1).

RAADGEVINGEN :

- Eerst laten wennen op de buik door dragen op de buik en buiklig tijdens aankleding en verzorging.
 - Bewegingsspelletjes op het eigen lichaam
 - Nadien geregelde periodes van gesuperviseerd spelen op de buik.
 - Baby rechthouden voor knuffels.
 - Verschillende houdingen aanbieden op verschillende momenten (niet steeds in Maxi-Cosi of relax of autostoel)
 - Regelmatig hoofdje draaien.
- 

RUGLIG EN PLAGIOCEPHALIE

BELANGRIJKE ALARMTEKENS :

- Een vlakke plaats achteraan het hoofd met weinig haar.
- Een voorkeurshouding.
- Weinig of overdreven oprichting in buiklig (in kader van hypo- of hypertonie).



Ouderinstructie zal vaak voldoende zijn, indien tijdig gestart.

Indien nodig, dient kinesitherapie gestart te worden

Zeldzaam is helmtherapie nodig

Evidence Base for 2022 Updated
Recommendations for a Safe Infant
Sleeping Environment to Reduce the
Risk of Sleep-Related Infant Deaths

Rachel Y. Moon, MD, FAAP* Rebecca F. Carlin, MD, FAAP* Ivan Hand, MD, FAAP* and THE TASK FORCE ON SUDDEN INFANT
DEATH SYNDROME and THE COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN

A-level recommendations:

1. **Altijd op de rug slapen.**
2. Gebruik een **stevige, vlakke en niet hellende slaoppervlakte** om het risico voor verstikking of inklemming te vermijden.
3. **Moedermelk** is aangeraden omdat het geassocieerd is met een verminderd risico op wiegendood.
4. Het is aanbevolen dat zuigelingen **in de kamer van de ouders slapen, dichtbij het bed van de ouders, maar op een gescheiden oppervlakte ontworpen voor zuigelingen en dit voor minstens de eerste zes maanden.**
5. Vermijd zachte voorwerpen, zoals kussens, speelgoed, dekbedden, dons, pluizig speelgoed, los beddengoed zoals denkens en losse lakens om het risico op wiegendood, verstikking, inklemming of wurging te vermijden.
6. **Aanbieden van een speentje tijdens dutjes of slaaptijd** is aangeraden om het risico op wiegendood te verminderen.
7. **Vermijd blootstelling aan rook en nicotine** tijdens de zwangerschap en na de geboorte.
8. **Vermijd het gebruik van alcohol, marihuana, opioïden en illegale drugs** tijdens de zwangerschap en na de geboorte.
9. **Vermijd oververhitting** en overdekken van het hoofd bij zuigelingen.
10. Het wordt aanbevolen om zuigelingen te **immuniseren** in overeenstemming met de richtlijnen van Kind en Gezin.
11. **Gebruik geen cardiorespiratoire thuismonitoren** als strategie om het risico op wiegendood te verminderen.



BEDMATERIAAL

- DONSDEKENS, KUSSENS, HOOFDBESCHERMERS, SCHAAPSVACHT EN PLASTIC ZIJN ABSOLUUT TEGENAANGEWEZEN.
- GEBRUIK EEN STEVIG MATRAS.
- Verwijder kettingen, fopspeentouwtjes, plastic zakken, pluchen dieren en kussens uit het bedje of de wieg. Ook de hemel van de wieg mag de lucht niet afsluiten

Evidence Base for 2022 Updated
Recommendations for a Safe Infant
Sleeping Environment to Reduce the
Risk of Sleep-Related Infant Deaths

Rachel Y. Moon, MD, FAAP* Rebecca F. Carlin, MD, FAAP* Ivan Hand, MD, FAAP* and THE TASK FORCE ON SUDDEN INFANT
DEATH SYNDROME and THE COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN

A-level recommendations:

1. **Altijd op de rug slapen.**
2. Gebruik een **stevige, vlakke en niet hellende slaoppervlakte** om het risico voor verstikking of inklemming te vermijden.
3. **Moedermelk** is aangeraden omdat het geassocieerd is met een verminderd risico op wiegendood.
4. Het is aanbevolen dat zuigelingen **in de kamer van de ouders slapen, dichtbij het bed van de ouders, maar op een gescheiden oppervlakte ontworpen voor zuigelingen en dit voor minstens de eerste zes maanden.**
5. Vermijd zachte voorwerpen, zoals kussens, speelgoed, dekbedden, dons, pluizig speelgoed, los beddengoed zoals denkens en losse lakens om het risico op wiegendood, verstikking, inklemming of wurging te vermijden.
6. **Aanbieden van een speentje tijdens dutjes of slaaptijd** is aangeraden om het risico op wiegendood te verminderen.
7. **Vermijd blootstelling aan rook en nicotine** tijdens de zwangerschap en na de geboorte.
8. **Vermijd het gebruik van alcohol, marihuana, opioïden en illegale drugs** tijdens de zwangerschap en na de geboorte.
9. **Vermijd oververhitting** en overdekken van het hoofd bij zuigelingen.
10. Het wordt aanbevolen om zuigelingen te **immuniseren** in overeenstemming met de richtlijnen van Kind en Gezin.
11. **Gebruik geen cardiorespiratoire thuismonitoren** als strategie om het risico op wiegendood te verminderen.

Does Breastfeeding Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome?

M. M. Vennemann, MD, MPH, PD^a, T. Bajanowski, MD, PD^b, B. Brinkmann, MD, PD^a, G. Jorch, MD, PD^c, K. Yücesan, MD^a, C. Sauerland, MSc^d, E. A. Mitchell, FRACP, DSc^e, and the GeSID Study Group

TABLE 1 Infant Feeding at 2 Weeks of Age, 1 Month, and Last Month and the Risk of SIDS

Breastfeeding	Cases		Controls		Univariate		Multivariate	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	OR	95% CI	OR	95% CI
Any at 2 wk of age								
Yes	165	49.6	827	82.9	0.19	0.14–0.25	0.43	0.27–0.69
No	168	50.4	171	17.1	1.00	—	1.00	—
At 1 mo of age								
Exclusive	130	39.0	718	71.9	0.17	0.13–0.23	0.48	0.28–0.82
Partial	35	10.5	109	10.9	0.30	0.19–0.47	0.48	0.21–1.10
None	168	50.5	171	17.1	1.00	—	1.00	—
In the month before death/interview								
Exclusive	31	9.3	334	33.5	0.08	0.05–0.13	0.27	0.13–0.56
Partial	43	12.9	278	27.9	0.18	0.12–0.27	0.29	0.16–0.53
None	259	77.7	386	38.7	1.00	—	1.00	—



BORSTVOEDING

- Borstvoeding beschermt tegen wiegendood onafhankelijk van de andere factoren.
 - Zelfs één maand borstvoeding beschermt tegen wiegendood.
- 

Evidence Base for 2022 Updated
Recommendations for a Safe Infant
Sleeping Environment to Reduce the
Risk of Sleep-Related Infant Deaths

Rachel Y. Moon, MD, FAAP* Rebecca F. Carlin, MD, FAAP* Ivan Hand, MD, FAAP* and THE TASK FORCE ON SUDDEN INFANT
DEATH SYNDROME and THE COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN

A-level recommendations:

1. **Altijd op de rug slapen.**
2. Gebruik een **stevige, vlakke en niet hellende slaoppervlakte** om het risico voor verstikking of inklemming te vermijden.
3. **Moedermelk** is aangeraden omdat het geassocieerd is met een verminderd risico op wiegendood.
4. Het is aanbevolen dat zuigelingen **in de kamer van de ouders slapen, dichtbij het bed van de ouders, maar op een gescheiden oppervlakte ontworpen voor zuigelingen en dit voor minstens de eerste zes maanden.**
5. Vermijd zachte voorwerpen, zoals kussens, speelgoed, dekbedden, dons, pluizig speelgoed, los beddengoed zoals denkens en losse lakens om het risico op wiegendood, verstikking, inklemming of wurging te vermijden.
6. **Aanbieden van een speentje tijdens dutjes of slaaptijd** is aangeraden om het risico op wiegendood te verminderen.
7. **Vermijd blootstelling aan rook en nicotine** tijdens de zwangerschap en na de geboorte.
8. **Vermijd het gebruik van alcohol, marihuana, opioïden en illegale drugs** tijdens de zwangerschap en na de geboorte.
9. **Vermijd oververhitting** en overdekken van het hoofd bij zuigelingen.
10. Het wordt aanbevolen om zuigelingen te **immuniseren** in overeenstemming met de richtlijnen van Kind en Gezin.
11. **Gebruik geen cardiorespiratoire thuismonitoren** als strategie om het risico op wiegendood te verminderen.

Enkele definities..

- COSLEEPING : dezelfde kamer delen met de ouder(s)
- BEDSHARING : hetzelfde bed delen met de ouder(s)
- SURFACE SHARING : dezelfde ondergrond delen met de ouder(s)



Waarom moeten we het
hebben over bedsharing?

Steeds meer suggesties in de media (boeken, internet, instagram, ..) dat bedsharing veilig is.



*It is advised that media and manufacturers follow safe sleep guidelines in their messaging and advertising to promote safe sleep practices as the social norm. Continue the NICHD “Safe to Sleep” campaign, focusing on ways to reduce the risk of all sleep-related deaths. **Pediatricians and other maternal and child health providers can serve as key promoters of the campaign messages***

[Original Paper](#)

Infant Safe Sleep Practices as Portrayed on Instagram: Observational Study

Samuel Chin¹, BS; Rebecca Carlin², MD; Anita Mathews³, MS; Rachel Moon¹, MD

¹Department of Pediatrics, University of Virginia School of Medicine, Charlottesville, VA, United States

²Department of Pediatrics, Columbia University School of Medicine, New York, NY, United States

³Children's National Medical Center, Washington, DC, United States

Objective: The objective of this study was to determine the extent of adherence of Instagram images of infant sleep and sleep environments to safe infant sleep guidelines.

Methods: We searched Instagram using hashtags that were relevant to infant sleeping practices and environments. We then used an open-source web scraper to collect images and the number of “likes” for each image from 27 hashtags. Images were analyzed for adherence to AAP safe sleep guidelines.

Results: A total of 1563 images (1134 of sleeping infant; 429 of infant sleep environment without sleeping infant) met inclusion criteria and were analyzed. Only 117 (7.49%) of the 1563 images were consistent with AAP guidelines. The most common reasons for inconsistency with AAP guidelines were presence of bedding (1173/1563, 75.05%) and nonrecommended sleep position (479/1134, 42.24%). The number of “likes” was not correlated with adherence of the image to AAP guidelines.

#sleepingbaby on Instagram: Nonadherence of images to safe sleeping advice and implications for prevention of Sudden Unexpected Death in Infancy

Floortje Kanits¹*, Monique P. L'Hoir¹, Magda M. Boere-Boonekamp², Adèle C. Engelberts³, Edith J. M. Feskens¹

1 Department of Global Nutrition, Division of Human Nutrition and Health, Wageningen University and Research, Wageningen, the Netherlands, **2** Department of Health Technology & Service Research, University of Twente, Enschede, the Netherlands, **3** Department of Pediatrics, Zuyderland Medical Center, Sittard-Geleen, the Netherlands

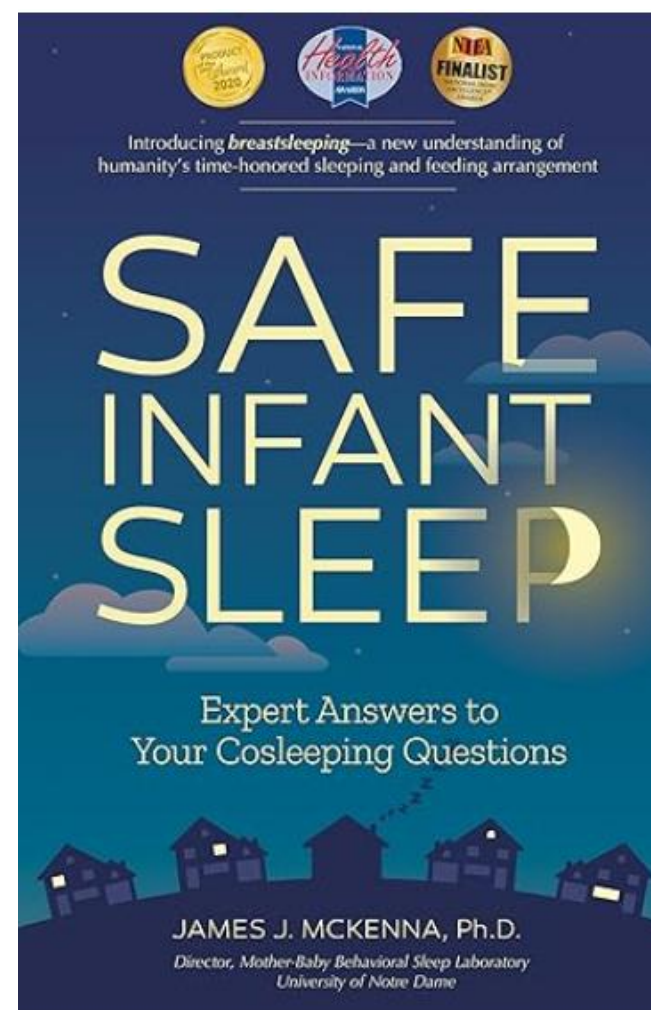
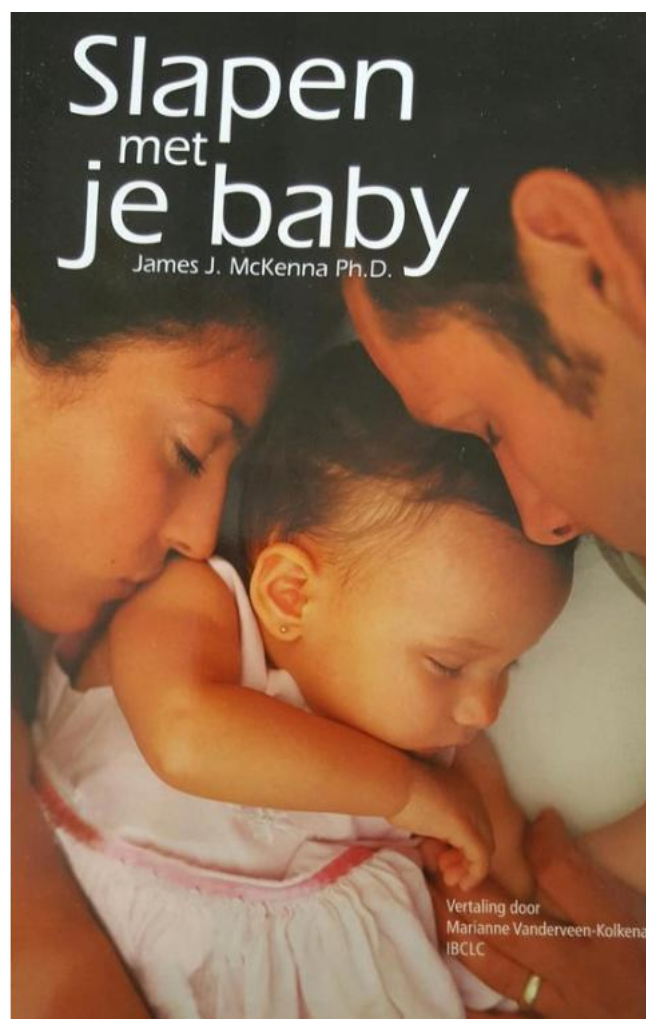
* floortje.kanits@wur.nl

Design

A systematic social media analysis on Instagram was performed using 22 hashtags and 9 accounts of Dutch companies or platforms related to infants. Images of sleeping infants were analyzed on consistency with the criteria: supine sleeping position, own cot or crib, sleep sack, and an empty bed.

Results

Based on 514 collected images, 5.9% was consistent with sleep sack use, 16.8% with an empty bed, 30.7% with an own cot or crib, and 67.5% with the supine sleeping position. For 311 images (60.5%), all four criteria could be rated, as for the others, at least one criterion was not clearly depicted. Only 6 of these images (1.9%) were consistent with all four criteria.

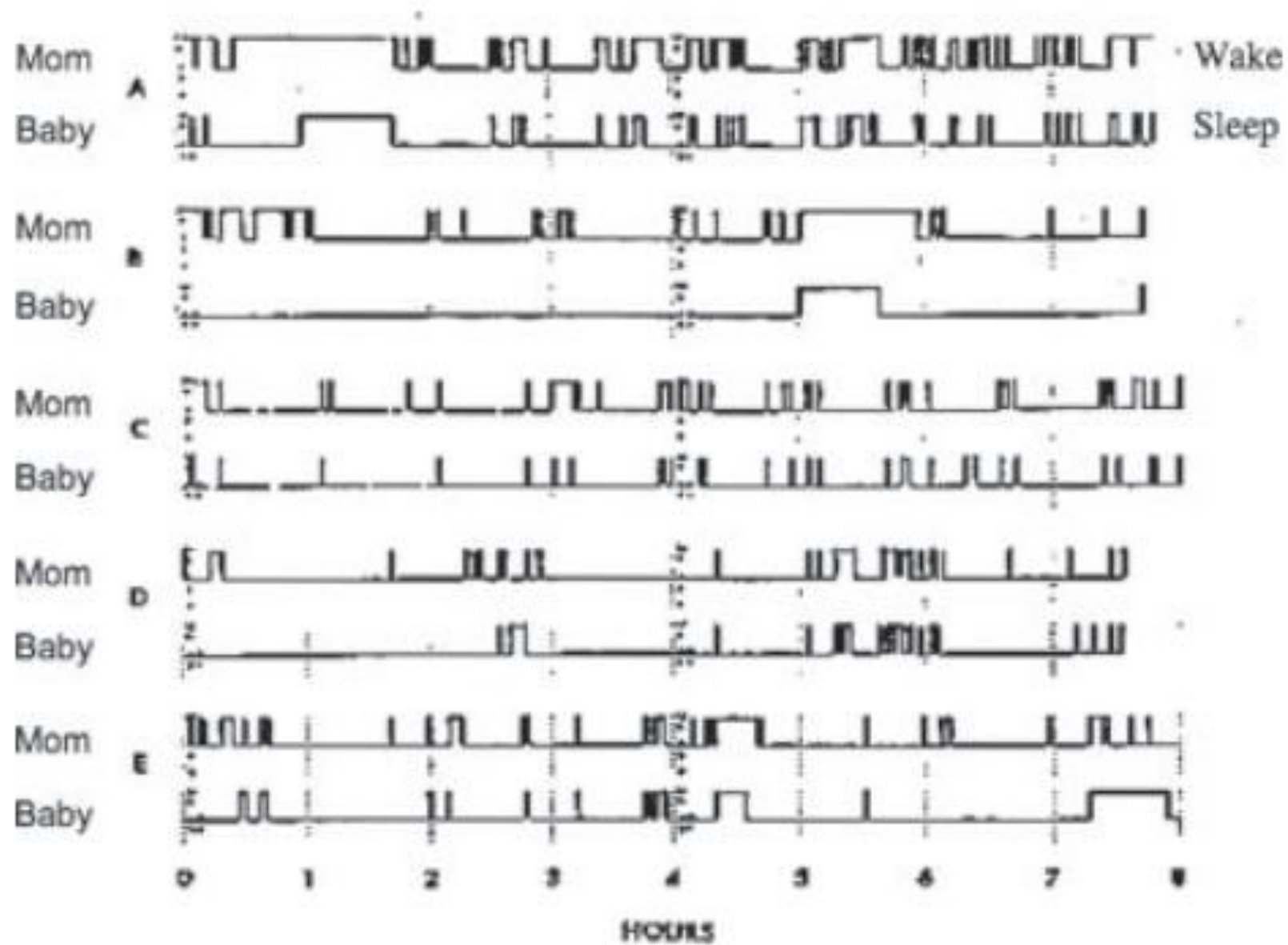


BEDSHARING and COSLEEPING

Voordelen bedsharing en cosleeping :

- Meest voorkomende manier van slapen voor baby's in de geschiedenis
- Minder huilen
- Meer slaap bij moeder en baby
- Meer melk bij het geven van borstvoeding door frequentere voedingen
- Meer maternale arousals tijdens de nacht
- Cosleeping, niet bedsharing, vermindert het risico op wiegendood





VOORDELEN BEDSHARING

- Meer REM-slaap
- Meer arousals
- Meer synchronisatie tussen de slaap van moeder en kind
- Meer borstvoeding





Wat is de evidence ?

Enkele cijfers: de klassieke Fleming SIDS-studie.

Table 4--Multivariate analysis of significant factors in sleeping environment for risk of the sudden infant death syndrome. Figures are odds ratios (95% confidence intervals)

Variable*	Multivariate		
	Univariate	Sleeping+	All factors++
Prone sleeping	9.58 (4.86 to 18.87)	10.03 (4.33 to 23.24)	9 (2.84 to 28.47)
Side sleeping	2.01 (1.38 to 2.93)	2.16 (1.36 to 3.43)	1.84 (1.02 to 3.31)
Infant found with covers over head	18.93 (8.05 to 44.48)	31.38 (10.4 to 95.0)	21.58 (6.21 to 74.99)
Tog value (6-9 togs)	1.5 (0.99 to 2.26)	0.95 (0.55 to 1.63)	0.89 (0.45 to 1.76)
Tog value (≥ 10 togs)	3.38 (1.94 to 5.87)	1.04 (0.44 to 2.46)	0.94 (0.31 to 2.83)
Wearing hat	P = 0.015&	6.21 (0.74 to 51.93)	4.13 (0.22 to 77.89)
Heating on all night	2.14 (1.30 to 3.50)	3.14 (1.60 to 6.17)	2.37 (0.96 to 5.84)
Whether mother ever breast fed	0.5 (0.35 to 0.71)	0.42 (0.26 to 0.67)	1.06 (0.57 to 1.98)
Bed sharing with parents all night	4.12 (2.30 to 7.40)	4.06 (1.78 to 9.23)	4.36 (1.59 to 11.95)
Using dummy	0.59 (0.42 to 0.84)	0.44 (0.27 to 0.70)	0.38 (0.21 to 0.70)
Using duvet	2.82 (1.95 to 4.08)	1.88 (1.14 to 3.12)	1.72 (0.90 to 3.30)
Loose bed covering	1.92 (1.35 to 2.73)	1.25 (0.79 to 1.99)	1.07 (0.61 to 1.89)

*All variables are for last or reference sleep except for breast feeding.

+ Controlled for all sleeping environment factors listed in table.

++Controlled for maternal age, parity, gestation, birth weight, whether family received family income supplement, exposure to tobacco smoke, and factors in sleeping environment that remain significant.

&Fisher's exact test, hence odds ratio not given.

Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study

R G Carpenter, L M Irgens, P S Blair, P D England, P Fleming, J Huber, G Jorch, P Schreuder

	Cases	Controls	Unifactorial ORs*	Multivariate ORs* (95% CI)
Risk factor				
Mothers smoking and bed-sharing on last occasion				
Mother did not smoke or bed-share	249 (34.6%)	1621 (67.8%)	1	1
Mother did not smoke but shared bed†	32 (4.5%)	139 (5.8%)	1.61	1.56 (0.91–2.68)
Mother smoked <10 cigarettes per day but did not bed-share	133 (18.5%)	328 (13.7%)	2.87	1.52 (1.10–2.09)
Mother smoked >10 cigarettes per day but did not bed-share	194 (27.0%)	247 (10.3%)	5.64	2.43 (1.76–3.36)
Mother smoked less or more than 10 cigarettes and bed-shared†	111 (15.4%)	56 (2.3%)	14.8	17.7§ (10.3–30.3)

Table 1. Sleep place and sharing during last sleep

Sleep place and sharing last sleep	Cases (%)	Control (%)	Univariate (95% CI)	Multivariate* (95% CI)
Room with parent(s) not sharing	44 (36)	167 (63)	1	1
Room with parent(s) some bedsharing	46 (37)	44 (17)	3.97 (2.34, 6.74)	3.49 (1.54, 7.92)
Separate room not sharing	15 (12)	43 (19)	1.32 (0.67, 2.60)	3.26 (1.03, 10.35)
Separate room some bedsharing	0	6 (2)**	†	†
Share couch	14 (11)	2 (1)	26.57 (5.82, 121)	66.95 (2.81, 1596)
Share chair	2 (2)	0	†	†
Share cot with twin	2 (2)	1 (1)	†	†
Total	123 (100)	263 (100)		

*Multivariate model included: maternal age; quadratic function of maternal age; birth weight; infant age; parity; either parent smoked; laid prone to sleep; laid on side to sleep; found with head covered in the past; found with head covered after last sleep; infant routinely slept on a used infant mattress.

**Parents perceived their child to have slept for most of last sleep in a separate room. These infants were brought into parent(s) room and their bed to share during last sleep, 5 for <2 hours and 1 for 2-5 hours.

†The number of cases or controls is too small for meaningful odds ratios to be calculated.

Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies

Robert Carpenter,¹ Cliona McGarvey,² Edwin A Mitchell,³ David M Tappin,⁴ Mechtild M Vennemann,⁵ Melanie Smuk,¹ James R Carpenter^{1,6}

Variable	Cases		Controls		Percentage of missing records	Complete records Single factor		Complete and imputed data			
	No	%	No	%		OR	95% CI	OR*	95% CI	AOR‡	95% CI
Bed sharing					0.9						
No	1131	77.8	4192	90.4		1	2.2 to 3.1	1	—	1	—
Yes	323	22.2	446	9.6		2.6		2.6	2.2 to 3.1	2.7‡	1.4 to 5.3

Table 2 The AORs for avoidable factors that interact with bed sharing, adjusted for all other factors. Therefore, they relate to the baseline corresponding to babies of non-smoking mothers who do not use drugs, and taking <2 units of alcohol in the last 24 hours, having a non-smoking partner, and no other risk factors

Factor	Room sharing		Bed sharing		At 10 weeks		At 20 weeks	
	AOR	95% CI	AOR	95% CI	AOR	95% CI	AOR	95% CI
Position last left								
Back	1.0	—	8.3	3.7 to 18.6	3.6	1.8 to 7.2	1.2	0.6 to 2.8
Side	1.8*	1.3 to 2.4					0.8	0.3 to 2.0
Front	12.0*	8.6 to 16.8					5.3	1.8 to 16.0
Parental smoking								
None	1.0	—	8.3	3.7 to 18.6	3.6	1.8 to 7.2	1.2	0.6 to 2.8
Partner	1.1	0.8 to 1.4	17.6	8.1 to 38.5	7.6	3.8 to 15.1	2.6	1.2 to 6.0
Mother	1.5	1.2 to 2.1	47.5	18.9 to 118.9	20.4	8.9 to 47.7	7.1	2.8 to 18.0
Both	2.9	2.3 to 3.6	64.9	30.8 to 136.9	28.0	15.0 to 52.3	9.7	4.7 to 20.2
Mother's alcohol								
2+ vs <2 units or none	4.7	2.6 to 8.7	89.7	25.3 to 317.7	38.6	12.6 to 117.8	13.5	4.6 to 39.4
Mother illegal drug user								
Yes vs no	11.4	2.2 to 57.8	1	Inestimably large				

*After 3 months, the AOR for put down on side is 1.4 (1.1 to 1.8) and front 7.7 (5.8 to 10.1) when room sharing.

Note: For the first 3 months when bed sharing, risk is not affected by the position put down. All AORs are adjusted for other factors in the table and bottle feeding, sex, whether matched or unmatched, race, birth weight group, mother's age group, number of live births (grouped), mother single and where slept.

AOR, Adjusted OR.

BMJ Open Changes in background characteristics and risk factors among SIDS infants in England: cohort comparisons from 1993 to 2020

Anna Pease ¹, Nicholas Turner ¹, Jenny Ingram ¹, Peter Fleming,¹
Karen Patrick,² Tom Williams,³ Vicky Sleaf,³ Kieren Pitts ⁴, Karen Luyt ³,
Becky Ali ¹, Peter Blair ¹

Table 2 Comparison of risk factors in the sleeping environment (combined study data vs NCMD)								
Variable	Category	Data from observational studies				Data from NCMD		1) vs 2)*
		1) SIDS		Surviving controls		2) SIDS		P value
		n/N	%	n/N	%	n/N	%	
Sleeping position	Supine	191/391	48.8	968/1382	70.0	61/90	67.8	0.001
Put down	Side	143/391	36.6	370/1382	26.8	15/90	16.7	<0.001
	Prone	57/391	14.6	44/1382	3.2	14/90	15.6	0.81
Sleeping position	Supine	159/382	41.6	1106/1333	83.0	47/89	52.8	0.06
Found	Side	88/382	23.0	141/1333	10.6	6/89	6.7	<0.001
	Prone	135/382	35.3	86/1333	6.5	36/89	40.4	0.37
Sleeping location	Cot-type bed [†]	202/395	51.1	1021/1383	73.8	42/132	31.8	<0.001
	Baby carrier [‡]	22/395	5.6	94/1383	6.8	4/132	3.0	0.24
	Car seat	3/395	0.8	14/1383	1.0	1/132	0.8	1.0 ^{¶¶}
	Adult bed (sharing)	112/395	28.4	206/1383	14.9	55/132	41.7	0.004
	Adult bed (alone)	16/395	4.1	7/1383	0.5	12/132	9.1	0.03
	Sofa/chair (sharing)	33/395	8.4	7/1383	0.5	15/132	11.4	0.30
	Sofa/chair (alone)	6/395	1.5	28/1383	2.0	1/132	0.8	0.69 ^{¶¶}
	Other [§]	1/395	0.3	6/1383	0.4	2/132	1.5	0.16 ^{¶¶}
	Co-sleeping	252/397	63.5	1174/1386	84.7	62/132	47.0	<0.001
	Any co-sleeping	145/397	36.5	212/1386	15.3	70/132	53.0	



Risico- en beschermende factoren voor SUDI/wiegedood

Moeten de huidige preventieadviezen in Nederland worden aangepast?

F. Kanits · M. P. L'Hoir · M. M. Boere-Boonekamp · A. C. Engelberts · E. J. M. Feskens

	cases	controles	OR	aOR ^a
<i>risicofactoren</i>				
houding bij te slapen leggen <i>buik versus rug</i>	12 (27,3%)	105 (8,9%)	3,9 (1,9–7,8)	4,6 (2,1–10,3)
– <i>leeftijd < 4 maanden</i>	5 (21,7%)	23 (4,8%)	6,0 (2,0–17,9)	6,9 (2,0–23,9)
– <i>leeftijd ≥ 4 maanden</i>	7 (33,3%)	82 (11,6%)	3,4 (1,4–8,8)	3,5 (1,2–10,3)
– <i>geboortegewicht < 2.500 gr</i>	2 (22,2%)	3 (6,3%)	4,1 (0,6–28,3)	12,6 (0,9–168,3)
– <i>geboortegewicht ≥ 2.500 gr</i>	10 (28,6%)	101 (8,9%)	4,0 (1,9–8,7)	4,3 (1,8–10,1)
bed-sharing <i>ja versus nee</i>	7 (16,3%)	118 (10,0%)	1,8 (0,8–4,0)	2,0 (0,8–4,7)
– <i>leeftijd < 4 maanden</i>	6 (26,1%)	44 (9,1%)	3,5 (1,3–9,4)	3,3 (1,1–9,3)
– <i>leeftijd ≥ 4 maanden</i>	1 (5,0%)	75 (10,6%)	0,4 (0,1–3,4)	0,5 (0,1–4,2)
– <i>geboortegewicht < 2.500 gr</i>	1 (11,1%)	3 (6,2%)	1,9 (0,2–20,4)	1,4 (0,1–21,9)
– <i>geboortegewicht ≥ 2.500 gr</i>	6 (17,6%)	115 (10,2%)	1,9 (0,8–4,7)	2,0 (0,8–5,0)
dekbed <i>ja versus nee</i>	10 (24,4%)	55 (4,6%)	6,6 (3,1–14,2)	8,6 (3,7–20,2)
– <i>leeftijd < 4 maanden</i>	7 (30,4%)	12 (2,5%)	16,6 (5,8–47,5)	17,6 (5,3–57,8)
– <i>leeftijd ≥ 4 maanden</i>	3 (16,7%)	43 (6,1%)	3,1 (0,9–11,2)	5,6 (1,4–22,4)
– <i>geboortegewicht < 2.500 gr</i>	3 (42,9%)	2 (4,1%)	16,2 (2,1–122,6)	386,5 (2,0–74013,4)
– <i>geboortegewicht ≥ 2.500 gr</i>	7 (20,6%)	53 (4,6%)	5,3 (2,2–12,8)	7,1 (2,8–18,1)
<i>beschermende factoren</i>				
slaapzak <i>ja versus nee</i>	9 (24,3%)	657 (55,1%)	0,3 (0,1–0,6)	0,3 (0,1–0,7)
– <i>leeftijd < 4 maanden</i>	3 (15,8%)	141 (29,2%)	0,5 (0,1–1,6)	0,5 (0,1–2,0)
– <i>leeftijd ≥ 4 maanden</i>	6 (33,3%)	516 (72,7%)	0,2 (0,1–0,5)	0,2 (0,1–0,6)
– <i>geboortegewicht < 2.500 gr</i>	0 (0,0%)	26 (54,2%)	–	–
– <i>geboortegewicht ≥ 2.500 gr</i>	9 (29,0%)	631 (55,2%)	0,3 (0,2–0,7)	0,4 (0,2–1,0)
room-sharing, geen bed-sharing <i>ja versus nee</i>	10 (21,7%)	362 (30,6%)	0,6 (0,3–1,3)	0,3 (0,1–0,6)
– <i>leeftijd < 4 maanden</i>	6 (25,0%)	246 (51,5%)	0,3 (0,1–0,8)	0,2 (0,0–0,5)
– <i>leeftijd ≥ 4 maanden</i>	4 (18,2%)	116 (16,5%)	1,1 (0,4–3,4)	0,6 (0,2–2,2)
– <i>geboortegewicht < 2.500 gr</i>	5 (55,6%)	14 (29,0%)	3,1 (0,7–13,1)	1,3 (0,2–7,6)
– <i>geboortegewicht ≥ 2.500 gr</i>	5 (13,5%)	348 (30,7%)	0,4 (0,1–0,9)	0,2 (0,1–0,5)
gewoonlijk fopspeen <i>ja versus nee</i>	17 (43,6%)	699 (58,7%)	0,5 (0,3–1,0)	0,4 (0,2–0,8)
– <i>leeftijd < 4 maanden</i>	9 (45,0%)	303 (62,9%)	0,5 (0,2–1,2)	0,4 (0,1–1,0)
– <i>leeftijd ≥ 4 maanden</i>	8 (42,1%)	396 (55,9%)	0,6 (0,2–1,4)	0,4 (0,1–1,0)
– <i>geboortegewicht < 2.500 gr</i>	3 (50,0%)	31 (63,3%)	0,6 (0,1–3,2)	0,4 (0,0–2,8)
– <i>geboortegewicht ≥ 2.500 gr</i>	14 (42,4%)	668 (58,5%)	0,5 (0,3–1,1)	0,4 (0,2–0,8)

^aGecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, geboortegewicht en geboortetang van de baby.
N cases: totaal = 47, < 4 maanden = 25 (53,2%), ≥ 4 maanden = 22 (46,8%), < 2.500 gr = 9 (19,1%), ≥ 2.500 gr = 38 (80,9%). N controles: totaal = 1.192, < 4

Bed-Sharing in the Absence of Hazardous Circumstances: Is There a Risk of Sudden Infant Death Syndrome? An Analysis from Two Case-Control Studies Conducted in the UK

Peter S. Blair^{1*}, Peter Sidebotham², Anna Pease¹, Peter J. Fleming¹

¹ School of Social & Community Medicine, University of Bristol, Bristol, United Kingdom, ² Medical School, University of Warwick, Warwick, United Kingdom

Blair PS et al. , PLoS One. 2014;9(9):e107799.



Bed-sharing is a risk for sudden unexpected death in infancy

David Tappin ,¹ Edwin A Mitchell,² James Carpenter,³ Fern Hauck,⁴ Lynsay Allan⁵

Tappin D et al. Arch Dis Child. 2023;108(2):79-80.

Het risico op bedsharing n wiegendood bij afwezigheid van deze gevaarlijke omstandigheden lijkt minimaal te zijn; Er moet daarom meer moeite worden gedaan om ouders te adviseren over de zeer reële gevaren die gepaard gaan met het delen van bedden in deze specifieke gevaarlijke omstandigheden.

We dringen er bij de Britse regeringen op aan om het beleid van de Britse regering te veranderen. Volg het voorbeeld van gezondheidsinstanties over de hele wereld die zich richten op veiligheid om te voorkomen dat het risico op overlijden voor veel baby's toeneemt en niet te bezwijken onder de druk om dit advies te veranderen: "De veiligste plek voor uw baby om 's nachts te slapen, tijdens de eerste zes maanden, is op zijn rug in een bedje in uw kamer."

Postnatal care

NICE guideline [NG194] Published: 20 April 2021

American Academy
of Pediatrics

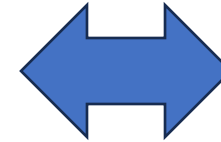


DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

Bed sharing

Bespreek met ouders veiligere praktijken voor het delen van bedden, waaronder: ervoor zorgen dat de baby op een stevige, platte matras slaapt, met het gezicht naar boven (in plaats van met het gezicht naar beneden of op zijn zij)

- geen kussens of dekbedden in de buurt van de baby hebben
- geen andere kinderen of huisdieren in bed hebben als je een bed deelt met een baby.
- Adviseer ouders ten eerste om geen bed met hun baby te delen als hun baby een laag geboortegewicht had of als een van beide ouders:
 - 2 of meer eenheden alcohol heeft gedronken
 - Rookt
 - medicijnen heeft gebruikt die slaperigheid veroorzaken
 - recreatieve drugs heeft gebruikt.



Evidence Base for 2022 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment to Reduce the Risk of Sleep-Related Infant Deaths

Rachel Y. Moon, MD, FAAP,^a Rebecca F. Carlin, MD, FAAP,^b Ivan Hand, MD, FAAP,^c and THE TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME and THE COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN

Het wordt aanbevolen dat baby's slapen in de kamer van de ouders, dicht bij de ouderlijk bed, maar op een aparte oppervlak ontworpen voor baby's, idealiter voor ten minste de eerste 6 maanden

The slide features decorative curved lines in the top-left and bottom-right corners. These lines are composed of multiple overlapping layers in shades of light green and light blue, creating a sense of depth and movement.

*NAAST WIEGENDOOD IS ER NOG
EEN ANDERE CONFOUNDER IN
DEZE DISCUSSIE EN DAT IS
ACCIDENTELE VERSTIKKING*

Maternal Bedsharing Practices, Experiences, and Awareness of Risks

Christine A. Ateah and Kathy J. Hamelin

- 70% agreed that it was “natural” that the baby slept in the parents bed
- 49% agreed that bedsharing should be promoted for breastfeeding mothers
- 42% slept regularly with the baby in bed.
- 88,8% agreed that there were increased risks when bedsharing
- 13% reported a risk situation that they had experienced

Maternal Bedsharing Practices, Experiences, and Awareness of Risks

Christine A. Ateah and Kathy J. Hamelin

- "Yes, I've rolled onto my baby in my sleep. I woke myself up when I felt her. She didn't move or cry. Thank goodness I'm a very light sleeper."
- "Have found that my hand was partly covering the [baby's] face as my initial intention was just to help hold pacifier in mouth"
- "With my second child, I woke up on top of her and the scary thing was that she wasn't crying."
- "Once I had him not on my arm, beside me. And I wasn't aware and fell asleep hard and almost rolled on him but [someone else] woke me up."
- "I have not rolled onto my baby but my husband has. We had noticed a few times when she was less than 1 month old, when we woke she was under the covers and very hot."
- "I have slept with my baby maybe twice and both times he would wake me when he moves. Once I turned over to find that he had rolled slightly and a pillow was on top of him. No more co-sleeping after that."

Observations on Increased Accidental Asphyxia Deaths in Infancy While Cosleeping in the State of Maryland

TABLE 4. Scene Investigation and Autopsy Findings in Asphyxia Deaths

Case	Sleeping Location	Cosleepers (Age)	Scene Findings	Autopsy Findings	Cause of Death
1	Queen size bed	Mother (21) & brother (3-y)	Mother on top of baby, found by father	Negative	Asphyxia due to overlay
2	Couch	Mother (23)	Baby face down on pillow, found by mother	Petechiae of both conjunctivae	Asphyxia due to overlay
3	Queen size bed	Mother (15)	Wedged between mattress and wall, found by father	Negative	Positional asphyxia
4	Couch	Father (24)	Wedged between sofa back and father, found by mother	Negative	Positional asphyxia
5	Full size bed	Mother (19)	Mother's arm over baby's face, found by father	Negative	Compressional asphyxia
6	Full size bed	Brother (5)	Wedged between headboard and wall, found by mother	Negative	Asphyxia
7	Couch	Father (18)	Wedged between back of couch and father, found by grandmother	Negative	Positional asphyxia
8	Couch	Babysitter (14)	Babysitter on top of baby, found by mother	Negative	Asphyxia due to overlay
9	Reclining chair	Mother (22) & sister (3-y)	Sister on top of baby, found by mother	Negative	Asphyxia due to overlay
10	Couch	Mother (18)	Mother on top of baby, found by father	Negative	Asphyxia due to overlay

Infant suffocation in place of sleep: New Zealand national data 2002–2009

Rebecca M Hayman,¹ Gabrielle McDonald,² Nick J de C Baker,³ Edwin A Mitchell
Stuart R Dalziel^{1,5}

Table 3 Number of deaths due to overlay or wedging		
Mechanism	N (%)	Rate per 1000 live births
Wedging		
Trapped between sleep surface and bedding	2 (4%)	<0.01
Trapped between sleep surface and wall/cot	10 (21%)	0.02
Trapped between cushions and couch	6 (13%)	0.01
Overlay		
While feeding	8 (17%)	0.02
By sibling co-sleeping	4 (8%)	0.01
By parent co-sleeping	17 (35%)	0.04
Undetermined	1 (2%)	<0.01
Total	48	0.10

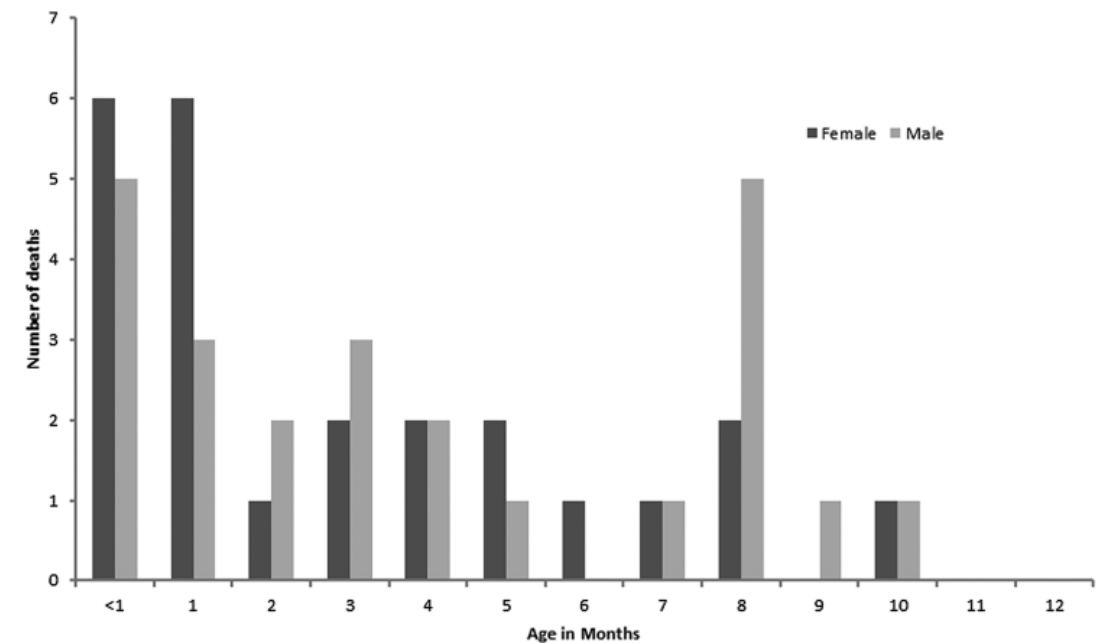


Figure 1 Mortality from accidental suffocation and strangulation in place of sleep in infants age 0 days to 12 months by age and gender, New Zealand 2002 to 2009 (n=48).

Table 2 Mortality from suffocation in place of sleep in infants aged <1 year by prioritised ethnicity, New Zealand 2002–2009										
Ethnic group	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	2002–2009 rate per 1000 live births (95% CI)*
European	2	3		1		1	1		8	0.03 (0.01 to 0.07)
Maori	2	3	6	4	3	6	7	1	32	0.23 (0.16 to 0.32)
Pacific peoples		1			2	1	1	2	7	0.13 (0.05 to 0.27)
Asian		1							1	0.02 (0.00 to 0.12)
Grand total	4	8	6	5	5	8	9	3	48	0.10 (0.07 to 0.13)

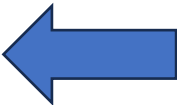
*Rates calculated are ethnicity specific, using the ethnicity specific live birth denominators.

Sleep-Related Infant Suffocation Deaths Attributable to Soft Bedding, Overlay, and Wedging

Alexa B. Erck Lambert, MPH^a, Sharyn E. Parks, PhD, MPH^b, Carri Cottengim, MA^b, Meghan Faulkner, MA^c, Fern R. Hauck, MD, MS^d, and Carrie K. Shapiro-Mendoza, PhD, MPH^b

Selected Characteristics of Suffocation Deaths Overall (n = 250) and by Mechanism

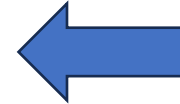
	Overall		Soft Bedding		Overlay		Wedging	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Overall	250		190	69	51	19	33	12
Infant sex								
Male	137	55	104	55	26	51	17	52
Female	112	45	85	45	25	49	16	48
Missing	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>
Location of death								
Infant’s home	209	84	154	81	45	88	28	85
Friend’s or relative’s home	24	10	21	11	3	6	3	9
Day care	7	3	6	3	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>
Missing or other	10	4	9	5	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>
Exposure to prenatal maternal smoking								
Yes	89	36	69	36	25	49	9	27
No	138	55	104	55	19	37	21	64



Sleep-Related Infant Suffocation Deaths Attributable to Soft Bedding, Overlay, and Wedging

Alexa B. Erck Lambert, MPH^a, Sharyn E. Parks, PhD, MPH^b, Carri Cottengim, MA^b, Meghan Faulkner, MA^c, Fern R. Hauck, MD, MS^d, and Carrie K. Shapiro-Mendoza, PhD, MPH^b

	All Ages		0–4 mo		5–11 mo	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sleep place						
Adult bed	93	49	71	49	22	50
Crib or bassinet	51	27	41	28	10	23
Chair or couch	26	14	22	15	4	9
Other	20	11	12	8	8	18
Position found						
Prone	155	82	126	86	29	69
Side	19	10	10	7	9	21
Supine	14	7	10	7	4	10
Sharing a sleep surface with another person						
No	95	50	69	47	26	59
Yes	92	48	75	51	17	39
Unknown	3	2	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>



Conclusies

Er is een hoger risico op wiegendood bij bedsharing met risicofactoren zoals

Roken

Laag geboortegewicht

Gebruik van dekbedden

Gebruik van alcohol of drugs

Oververmoeidheid

Er is waarschijnlijk ook een hoger risico op wiegendood bij het delen van het bed zonder risicofactoren

Er is een belangrijke relatie tussen bedsharing en slaapgerelateerde verstikking.

Conclusie

Het wordt aanbevolen dat baby's slapen in de kamer van de ouders, dicht bij de ouderlijk bed, maar op een aparte oppervlak ontworpen voor baby's, idealiter voor ten minste de eerste 6 maanden



Hoe moeten we deze richtlijnen implementeren in de realiteit?

De evidence-based aanbevelingen zijn bedoeld om kinderartsen, andere artsen en niet-artsen te begeleiden bij gesprekken met ouders en anderen die voor baby's zorgen.

Artsen en niet-artsen worden aangemoedigd om open en niet-oordelende gesprekken te voeren met gezinnen over hun slaapproaktijken.

Individuele medische aandoeningen kunnen rechtvaardigen dat een arts anders adviseert na afweging van de relatieve risico's en voordelen.

We moeten dus zoeken naar oplossingen die ouders kunnen helpen om de aanbevelingen op te volgen



JAMA | Original Investigation

The Effect of Nursing Quality Improvement and Mobile Health Interventions on Infant Sleep Practices A Randomized Clinical Trial

Rachel Y. Moon, MD; Fern R. Hauck, MD, MS; Eve R. Colson, MD, MHPE; Ann L. Kellams, MD; Nicole L. Geller, MPH; Timothy Heeren, PhD; Stephen M. Kerr, MPH; Emily E. Drake, PhD, RN; Kawai Tanabe, MPH; Mary McClain, RN, MS; Michael J. Corwin, MD



RESEARCH ARTICLE

Open Access



Community-based approaches to infant safe sleep and breastfeeding promotion: a qualitative study

Meera Menon¹, Rebecca Huber^{1*}, Dana D. West¹, Stacy Scott¹, Rebecca B. Russell¹ and Scott D. Berns^{1,2,3}

En soms moeten we blij zijn met risicobeperkende methoden, als het niet mogelijk is om het volledig eens te zijn met alle aanbevelingen.



RESEARCH Open Access

Infant mortality inequities for Māori in New Zealand: a tale of three policies



Christopher Rutter^{1,2,3*} and Simon Walker³

Table 2 Infant mortality, SUDI, and SIDS rates in 1996–1998 and 2012–2014 for Māori and non-Māori populations

Infant mortality criteria (deaths per 1000 live births)	1996–1998	2012–2014	Difference (% decrease)
Infant mortality			
Māori	10.2	5.8	−4.4 (43%)
Non-Māori	4.6	4.6	0 (0%)
Sudden unexpected death in infancy (SUDI)			
Māori	3.9	1.3	−2.6 (67%)
Non-Māori	0.8	0.4	−0.4 (50%)
Sudden infant death syndrome (SIDS) mortality			
Māori	3.3	0.5 (nssd)	−2.8 (85%)
Non-Māori	0.7	0.2 (nssd)	−0.5 (71%)

No statistically significant difference between Māori and non-Māori is indicated by the label "(nssd)". Values are derived from the New Zealand Ministry of Health's Wai Health Trends Report 2019, which has the most recent publicly available data as of 2019 [10]



Er is echter geen bewijs dat deze babyboxprogramma's veiliger zijn in standaardsituaties en ze mogen niet worden gepromoot als een manier om kindersterfte te verminderen in de westerse wereld, waar de incidentie laag is met de huidige richtlijnen...



International Journal of
*Environmental Research
and Public Health*



Article

A Box to Put the Baby in: UK Parent Perceptions of Two Baby Box Programmes Promoted for Infant Sleep

Helen L. Ball ^{1,*} , Catherine E. Taylor ¹ and Cassandra M. Yuill ²





Keep box away from open flames and heat sources.



Do NOT carry the box when your baby is in it.



Do not use on a table or surface where serious fall can occur.



Do not let anyone smoke around your baby.



Place the Baby Bed Box on your bed between you and your partner or you and the wall. The box should be put at the top of you bed and no bed covers should go over it.

ALWAYS put your baby on his or her **BACK** to sleep.

CONCLUSIONS

Als richtlijn voor de hele Belgische bevolking blijft de recente AAP-richtlijn het meest evidence-based en moet de standaard blijven:

Het wordt aanbevolen dat baby's in de kamer van de ouders slapen, dicht bij het bed van de ouders, maar op een apart oppervlak dat is ontworpen voor baby's, idealiter gedurende ten minste de eerste 6 maanden

Open en niet-oordelende communicatie met de ouders is echter belangrijk en kan leiden tot risicobeperkende implementaties als een op één na beste manier om kindersterfte terug te dringen.

Evidence Base for 2022 Updated
Recommendations for a Safe Infant
Sleeping Environment to Reduce the
Risk of Sleep-Related Infant Deaths

Rachel Y. Moon, MD, FAAP* Rebecca F. Carlin, MD, FAAP* Ivan Hand, MD, FAAP* and THE TASK FORCE ON SUDDEN INFANT
DEATH SYNDROME and THE COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN

A-level recommendations:

1. **Altijd op de rug slapen.**
2. Gebruik een **stevige, vlakke en niet hellende slaoppervlakte** om het risico voor verstikking of inklemming te vermijden.
3. **Moedermelk** is aangeraden omdat het geassocieerd is met een verminderd risico op wiegendood.
4. Het is aanbevolen dat zuigelingen **in de kamer van de ouders slapen, dichtbij het bed van de ouders, maar op een gescheiden oppervlakte ontworpen voor zuigelingen en dit voor minstens de eerste zes maanden.**
5. Vermijd zachte voorwerpen, zoals kussens, speelgoed, dekbedden, dons, pluizig speelgoed, los beddengoed zoals denkens en losse lakens om het risico op wiegendood, verstikking, inklemming of wurging te vermijden.
6. **Aanbieden van een speentje tijdens dutjes of slaaptijd** is aangeraden om het risico op wiegendood te verminderen.
7. **Vermijd blootstelling aan rook en nicotine** tijdens de zwangerschap en na de geboorte.
8. **Vermijd het gebruik van alcohol, marihuana, opioïden en illegale drugs** tijdens de zwangerschap en na de geboorte.
9. **Vermijd oververhitting** en overdekken van het hoofd bij zuigelingen.
10. Het wordt aanbevolen om zuigelingen te **immuniseren** in overeenstemming met de richtlijnen van Kind en Gezin.
11. **Gebruik geen cardiorespiratoire thuismonitoren** als strategie om het risico op wiegendood te verminderen.

Figure 1. *Madonna with the Siskin*: Albrecht Dürer,
1506



Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? A Meta-analysis

Fern R. Hauck, Olanrewaju O. Omojokun and Mir S. Siadaty
Pediatrics 2005;116:e716-e723; originally published online Oct 10, 2005;
 DOI: 10.1542/peds.2004-2631

TABLE 3. Relationship Between “Last-Sleep” Pacifier Use and SIDS

Author	No. of Infants With Last Sleep Pacifier Use, n/N (%)		Univariate OR (95% CI)	Multivariate OR (95% CI)	Confounders Adjusted for in Multivariate Analysis*
	SIDS	Controls			
Carpenter et al ⁷	130/359 (36)	653/1185 (55)	0.47 (0.34–0.64)	0.44 (0.29–0.68)	1–8, 10, 14, 16, 21, 25–32
Fleming et al ¹⁰	124/313 (40)	664/1296 (51)	0.62 (0.46–0.83)	0.41 (0.22–0.77)	1–7, 9, 11, 12, 23–25, 27, 29–32
Hauck et al ¹¹	39/260 (15)	83/260 (32)	0.33 (0.21–0.54)	0.34 (0.17–0.71)	1, 4, 7, 8, 16, 19, 20, 22, 24 (univariate OR and CI second decimal places provided by author [F.R.H.], which were not in the published article)
L’Hoir et al ⁴	8/73 (11)	69/146 (47)	0.16 (0.07–0.36)	0.05 (0.01–0.29)	2–7, 9, 10, 13, 21, 32
McGarvey et al ¹²	45/151 (30)	355/635 (55)	0.34 (0.22–0.50)	0.10 (0.03–0.31)	1, 3, 5, 7–9, 11, 12, 19, 21, 24, 25, 27, 30
Mitchell et al ¹³	19/391 (5)	165/1586 (10)	0.44 (0.26–0.73)	0.43 (0.24–0.78)	1–4, 7–14, 16–20, 26, 32
Tappin et al ¹⁴ : “a little” use	27/116 (2)	94/265 (35)	0.55 (0.32–0.95)	0.59 (0.30–1.17)	1–2, 4, 5, 7, 8, 22, 26
Tappin et al ¹⁴ : “a lot” use	20/116 (17)	39/265 (15)	0.91 (0.47–1.76)	Not provided	Not applicable

* Multivariate adjustments: 1, maternal age; 2, parity; 3, birth weight; 4, infant exposure to tobacco smoke (prenatal or postpartum); 5, factors related to socioeconomic status; 6, found with head/face covered; 7, infant sleep position; 8, bed sharing; 9, infant age; 10, infant gender; 11, ever breastfed; 12, gestation; 13, maternal age at first live birth; 14, region; 15, breastfeeding duration; 16, marital status; 17, ethnic group; 18, occupation; 19, education; 20, factors relating to prenatal care; 21, blanket used; 22, factors relating to surface on which infant was placed; 23, sleep location; 24, pillow used; 25, factors related to overheating; 26, admitted to NICU; 27, postneonatal infant health problems; 28, room sharing; 29, singleton birth; 30, infant exposure to alcohol; 31, infant exposure to illegal drugs; and 32, other(s).

Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? A Meta-analysis

Fern R. Hauck, Olanrewaju O. Omojokun and Mir S. Siadaty
Pediatrics 2005;116:e716-e723; originally published online Oct 10, 2005;
 DOI: 10.1542/peds.2004-2631

A. Univariate Analyses

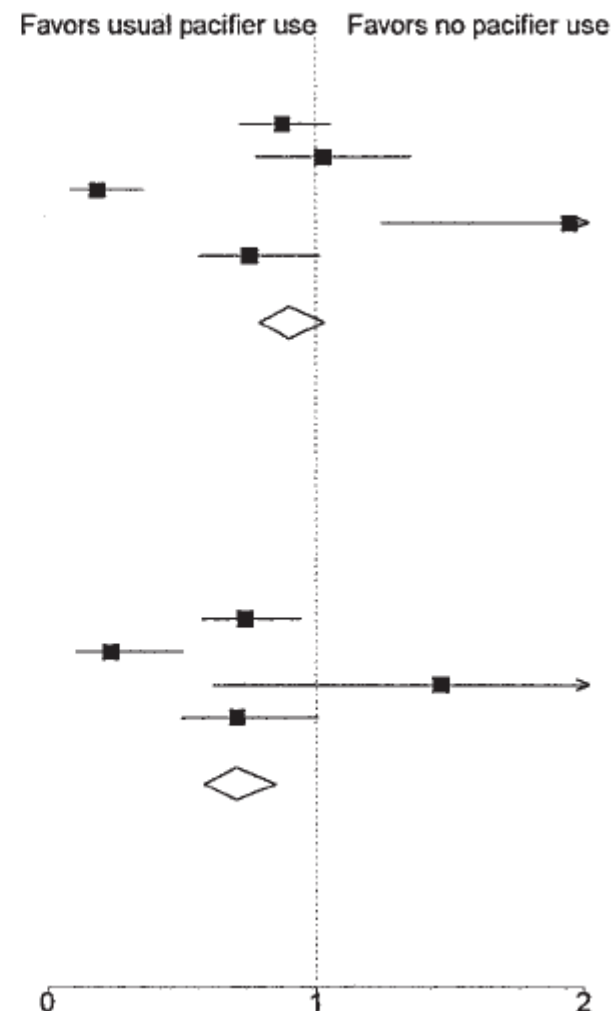
Source	Odds Ratio
Carpenter et al, 2004	0.88 (0.72-1.06)
Fleming et al, 1999	1.03 (0.78-1.36)
L'Hoir et al, 1999	0.19 (0.09-0.36)
McGarvey et al, 2004	1.95 (1.25-3.06)
Mitchell et al, 1993	0.76 (0.57-1.02)
Summary Odds Ratio	0.90 (0.79-1.03)

Test for homogeneity $P < 0.001$
 Test for overall effect $P = 0.069$

B. Multivariate Analyses

Source	Odds Ratio
Carpenter et al, 2004	0.74 (0.58-0.95)
L'Hoir et al, 1999	0.24 (0.11-0.51)
McGarvey et al, 2004	1.47 (0.62-3.50)
Mitchell et al, 1993	0.71 (0.50-1.01)
Summary Odds Ratio	0.71 (0.59-0.85)

Test for homogeneity $P = 0.016$
 Test for overall effect $P < 0.001$



Gebruik van speentjes en wiegendood

- Verschillende grote studies tonen aan dat het gebruik van speentjes het risico op wiegendood vermindert.
- Het effect is wel veel minder groot dan bv het effect van ruglig, stoppen met roken of borstvoeding.



Evidence Base for 2022 Updated
Recommendations for a Safe Infant
Sleeping Environment to Reduce the
Risk of Sleep-Related Infant Deaths

Rachel Y. Moon, MD, FAAP* Rebecca F. Carlin, MD, FAAP* Ivan Hand, MD, FAAP* and THE TASK FORCE ON SUDDEN INFANT
DEATH SYNDROME and THE COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN

A-level recommendations:

1. **Altijd op de rug slapen.**
2. Gebruik een **stevige, vlakke en niet hellende slaoppervlakte** om het risico voor verstikking of inklemming te vermijden.
3. **Moedermelk** is aangeraden omdat het geassocieerd is met een verminderd risico op wiegendood.
4. Het is aanbevolen dat zuigelingen **in de kamer van de ouders slapen, dichtbij het bed van de ouders, maar op een gescheiden oppervlakte ontworpen voor zuigelingen en dit voor minstens de eerste zes maanden.**
5. Vermijd zachte voorwerpen, zoals kussens, speelgoed, dekbedden, dons, pluizig speelgoed, los beddengoed zoals denkens en losse lakens om het risico op wiegendood, verstikking, inklemming of wurging te vermijden.
6. **Aanbieden van een speentje tijdens dutjes of slaaptijd** is aangeraden om het risico op wiegendood te verminderen.
7. **Vermijd blootstelling aan rook en nicotine** tijdens de zwangerschap en na de geboorte.
8. **Vermijd het gebruik van alcohol, marihuana, opioïden en illegale drugs** tijdens de zwangerschap en na de geboorte.
9. **Vermijd oververhitting** en overdekken van het hoofd bij zuigelingen.
10. Het wordt aanbevolen om zuigelingen te **immuniseren** in overeenstemming met de richtlijnen van Kind en Gezin.
11. **Gebruik geen cardiorespiratoire thuismonitoren** als strategie om het risico op wiegendood te verminderen.

NICOTINE

Table 4--Postnatal exposure to tobacco smoke and risk of sudden death syndrome

Level of exposure	No (%) of babies who died	No (%) of controls	Odds ratio (95% confidence interval)
No of smokers in household*:			
None	101 (52.3)	615 (80.4)	1
1	22 (11.4)	66 (8.6)	2.44 (1.36 to 4.37)
2	59 (30.6)	77 (10.1)	5.15 (3.24 to 8.21)
>/=3	11 (5.7)	7 (0.9)	10.43 (3.34 to 32.54)
No with data available	193	765	
No of cigarettes smoked daily*:			
None	101 (52.3)	615 (80.4)	1
1-19	18 (9.3)	56 (7.3)	2.47 (1.29 to 4.73)
20-39	40 (20.7)	67 (8.8)	3.96 (2.40 to 6.55)
>/=40	34 (17.6)	27 (3.5)	7.57 (4.00 to 14.32)
No with data available	193	765	
Infant's daily exposure to tobacco smoke (hours):			
0	85 (45.7)	593 (76.9)	1
1-2	26 (14)	90 (11.7)	1.99 (1.14 to 3.46)
3-5	22 (11.8)	45 (5.8)	3.84 (1.97 to 7.48)
6-8	19 (10.2)	18 (2.3)	6.78 (3.17 to 14.49)
>8	34 (18.3)	25 (3.2)	8.29 (4.28 to 16.05]
No with data available	186+	771+	

*In households where smoking was allowed in the same room as the infant.

+Of the nine sets of index and control parents who did not answer this question, at least one parent smoked.

NICOTINE

Table 2--Dose-response effects of smoking on risk of sudden infant death syndrome

No of cigarettes smoked	No (%) of babies who died	No (%) of controls	Odds ratio (95% confidence interval)
Mother during pregnancy:			
None	73 (37.4)	584 (74.9)	1.00
1-9	53 (27.2)	108 (13.8)	4.59 (2.71 to 7.77)
10-19	42 (21.5)	58 (7.4)	5.38 (2.96 to 9.75)
>/=20	27 (13.8)	30 (3.8)	7.88 (3.87 to 12.26)
Father:			
None	77 (39.5)	498 (63.8)	1.00
1-9	33 (16.9)	100 (12.8)	2.18 (1.28 to 3.69)
10-19	52 (26.7)	112 (14.4)	3.81 (2.31 to 6.29)
>/=20	33 (16.9)	70 (9.0)	3.50 (1.86 to 6.56)
Others (excluding parents):			
None	167 (85.6)	734 (94.1)	1.00
1-9	6 (3.1)	15 (1.9)	P = 0.257*
10-19	7 (3.6)	15 (1.9)	P = 0.161*
>/=20	15 (7.7)	16 (2.1)	4.12 (1.85 to 9.08)

NICOTINE

- ROKEN IS MOMENTEEL DE BELANGRIJKSTE RISICOFACITOR VOOR WIEGENDOOD.
- ROKEN TIJDENS DE ZWANGERSCHAP IS DE MEEST SCHADELIJKE OORZAAK.
- ROKEN NA DE ZWANGERSCHAP GEEFT OOK EEN VERHOOGD RISICO.
- PATERNEEL ROKEN IS OOK EEN RISICO.
- HET IS EEN DOSISAFHANKELIJK EFFECT.
- HOE MEER MENSEN IN HET HUISGEZIN ROKEN, HOE HOGER HET RISICO.



Evidence Base for 2022 Updated
Recommendations for a Safe Infant
Sleeping Environment to Reduce the
Risk of Sleep-Related Infant Deaths

Rachel Y. Moon, MD, FAAP* Rebecca F. Carlin, MD, FAAP* Ivan Hand, MD, FAAP* and THE TASK FORCE ON SUDDEN INFANT
DEATH SYNDROME and THE COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN

A-level recommendations:

1. **Altijd op de rug slapen.**
2. Gebruik een **stevige, vlakke en niet hellende slaoppervlakte** om het risico voor verstikking of inklemming te vermijden.
3. **Moedermelk** is aangeraden omdat het geassocieerd is met een verminderd risico op wiegendood.
4. Het is aanbevolen dat zuigelingen **in de kamer van de ouders slapen, dichtbij het bed van de ouders, maar op een gescheiden oppervlakte ontworpen voor zuigelingen en dit voor minstens de eerste zes maanden.**
5. Vermijd zachte voorwerpen, zoals kussens, speelgoed, dekbedden, dons, pluizig speelgoed, los beddengoed zoals denkens en losse lakens om het risico op wiegendood, verstikking, inklemming of wurging te vermijden.
6. **Aanbieden van een speentje tijdens dutjes of slaaptijd** is aangeraden om het risico op wiegendood te verminderen.
7. **Vermijd blootstelling aan rook en nicotine** tijdens de zwangerschap en na de geboorte.
8. **Vermijd het gebruik van alcohol, marihuana, opioïden en illegale drugs** tijdens de zwangerschap en na de geboorte.
9. **Vermijd oververhitting** en overdekken van het hoofd bij zuigelingen.
10. Het wordt aanbevolen om zuigelingen te **immuniseren** in overeenstemming met de richtlijnen van Kind en Gezin.
11. **Gebruik geen cardiorespiratoire thuismonitoren** als strategie om het risico op wiegendood te verminderen.

TEMPERATUUR

- Pas de kamertemperatuur aan. De eerste 8 weken tussen 18 en 20 °C, daarna 18 °C.
- Kleet je kindje niet te warm aan.
- Leg nooit een elektrisch deken of kersenpitkussen bij je baby. Die geven te veel warmte af.
- Gebruik geen dekbedden en bedrandbeschermers tot 1 jaar, geen kussens tot 2 jaar. Laat je baby gewoon slapen met een deken en lakentje of in een slaapzak met armsgaten en op zijn maat.
- Let op dat het gezichtje van je kind niet bedekt is. Een zuigeling in een groot kinderbed kan de eerste maanden te slapen gelegd worden in de onderste helft van het bed, dus meer naar het voeteinde toe.

Evidence Base for 2022 Updated
Recommendations for a Safe Infant
Sleeping Environment to Reduce the
Risk of Sleep-Related Infant Deaths

Rachel Y. Moon, MD, FAAP[®], Rebecca F. Carlin, MD, FAAP[®], Ivan Hand, MD, FAAP[®], and THE TASK FORCE ON SUDDEN INFANT
DEATH SYNDROME and THE COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN

A-level recommendations:

1. **Altijd op de rug slapen.**
2. Gebruik een **stevige, vlakke en niet hellende slaoppervlakte** om het risico voor verstikking of inklemming te vermijden.
3. **Moedermelk** is aangeraden omdat het geassocieerd is met een verminderd risico op wiegendood.
4. Het is aanbevolen dat zuigelingen **in de kamer van de ouders slapen, dichtbij het bed van de ouders, maar op een gescheiden oppervlakte ontworpen voor zuigelingen en dit voor minstens de eerste zes maanden.**
5. Vermijd zachte voorwerpen, zoals kussens, speelgoed, dekbedden, dons, pluizig speelgoed, los beddengoed zoals denkens en losse lakens om het risico op wiegendood, verstikking, inklemming of wurging te vermijden.
6. **Aanbieden van een speentje tijdens dutjes of slaaptijd** is aangeraden om het risico op wiegendood te verminderen.
7. **Vermijd blootstelling aan rook en nicotine** tijdens de zwangerschap en na de geboorte.
8. **Vermijd het gebruik van alcohol, marihuana, opioïden en illegale drugs** tijdens de zwangerschap en na de geboorte.
9. **Vermijd oververhitting** en overdekken van het hoofd bij zuigelingen.
10. Het wordt aanbevolen om zuigelingen te **immuniseren** in overeenstemming met de richtlijnen van Kind en Gezin.
11. **Gebruik geen cardiorespiratoire thuismonitoren** als strategie om het risico op wiegendood te verminderen.



COMMERCIELE HULPMIDDELEN.

- ER BESTAAT GEEN ENKEL HULPMIDDEL WAARVAN WERKELIJK BEWEZEN IS DAT HET HELPT WIEGENDOOD TE VOORKOMEN.



B level recommendations: Avoid the use of commercial devices that are inconsistent with safe sleep recommendations.

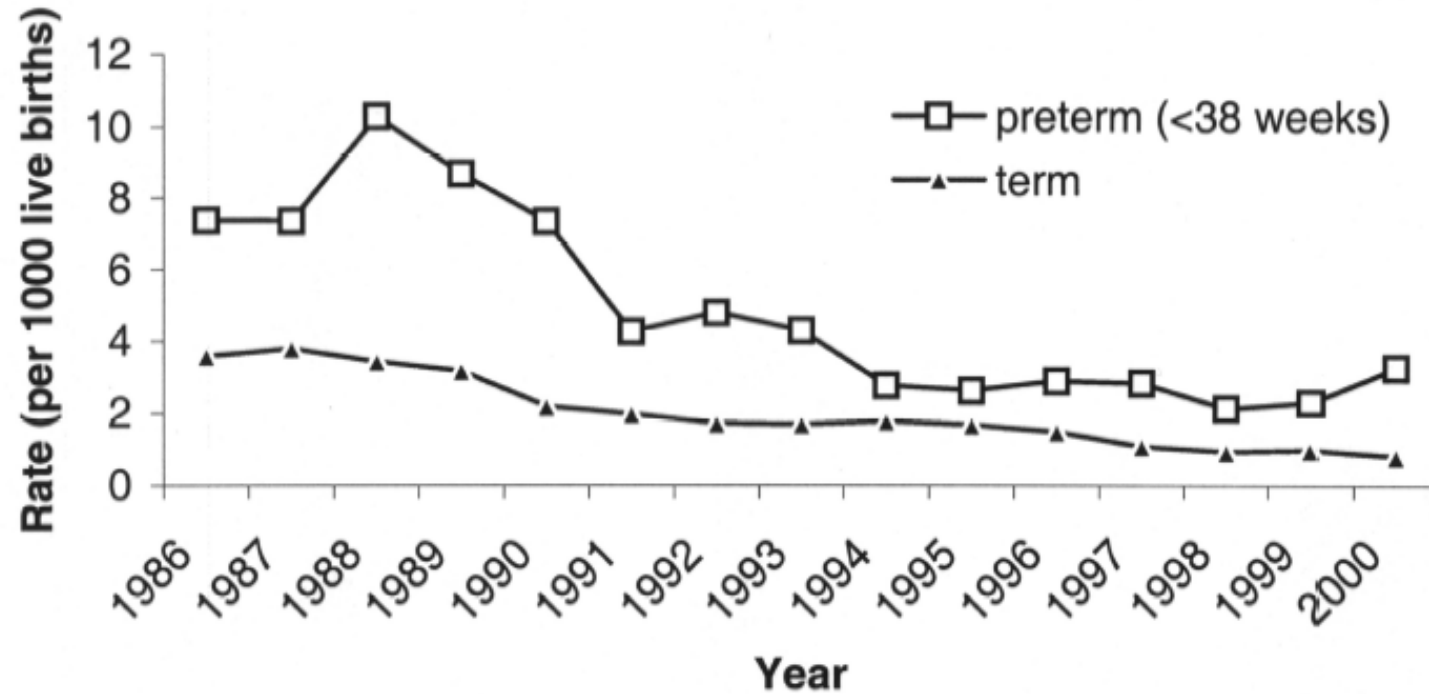
ZIN EN ONZIN VAN POLYSOMNOGRAFIE

POLYSOMNOGRAFIE ALS POPULATIE SCREENING HEEFT GEEN ZIN :

- Er zijn verschillende casussen van zuigelingen met een normale polysomnografie die nadien overleden aan wiegendood.
- Er is geen bewijs dat zuigelingen met een verhoogd risico op SIDS kunnen geïdentificeerd worden door polysomnografie.

American Academy of Pediatrics. Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome. Pediatrics 105 : 650-6, 2000.

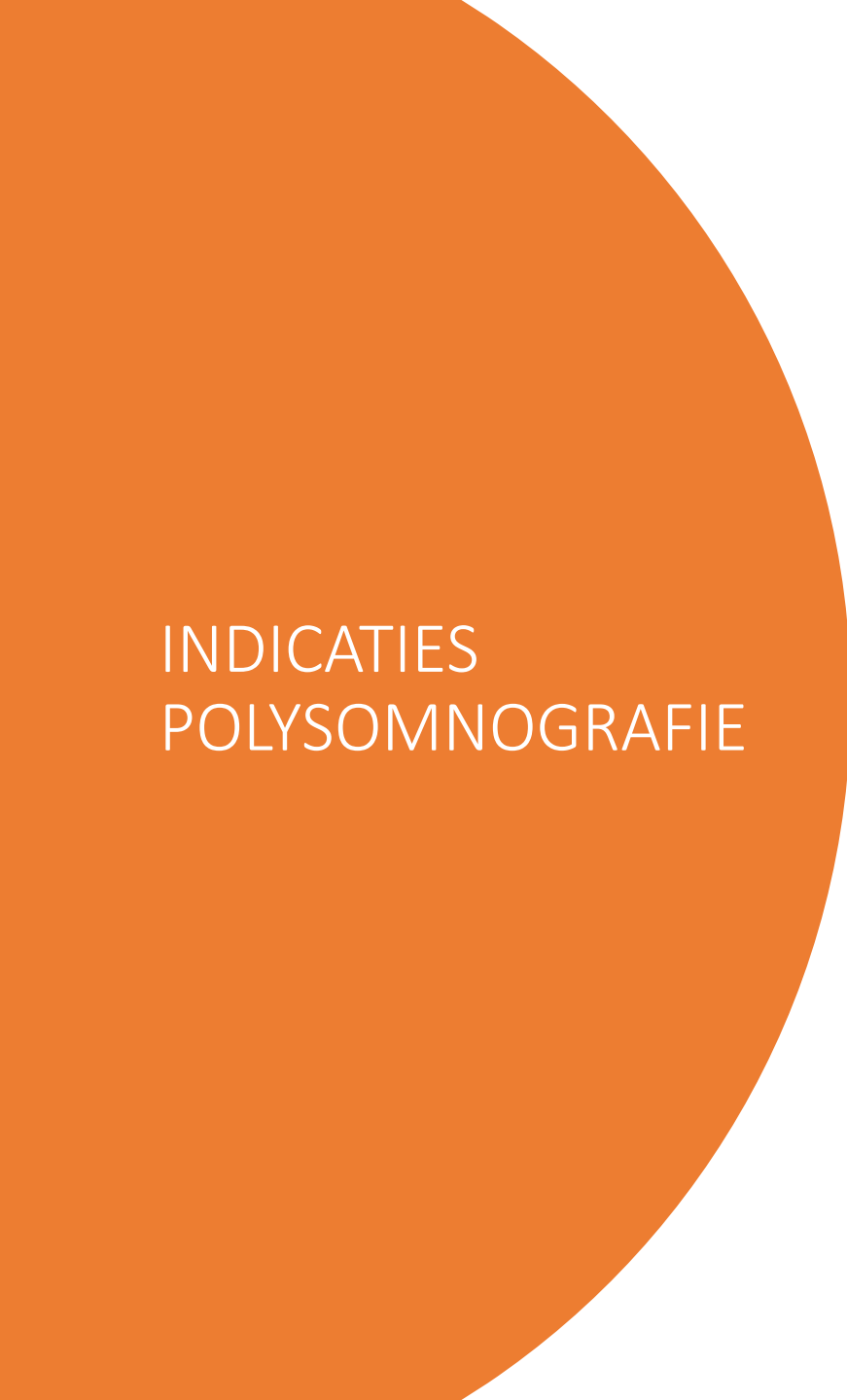
INDICATIES POLYSOMNOGRAFIE



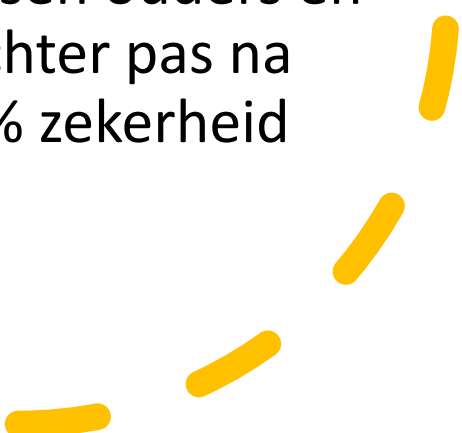


INDICATIES POLYSOMNOGRAFIE

- ZUIGELINGEN MET ALTE (ACUTE LIFE THREATENING EVENTS).
 - 12% van de baby's overleden aan wiegendood vertoonden minstens één ALTE in de periode voor het overlijden (vs 3 % in controlegroep en dit na de preventiecampagnes)*.
 - In casu van ALTE dient polysomnografie ook en vooral als een diagnostische test, die de oorzaak van ALTE kan weergeven (bv. RSV-infectie, epilepsie, reflux, ...)

A large orange circle is positioned on the left side of the slide, partially cut off by the edge.

INDICATIES POLYSOMNOGRAFIE

- **SIBLINGS VAN EEN OVERLEDEN BABY :**
 - geen verhoogd risico aangetoond, maar medisch, wetenschappelijk en emotioneel belangrijk en het betreft een klein aantal patienten.
 - **ONGERUSTE OUDERS :**
 - indien het een ALTE betreft.
 - Soms nodig wanneer de relatie tussen ouders en baby hierdoor verstoord wordt. Echter pas na een goede uitleg dat we geen 100% zekerheid hebben
- 
- A series of yellow dashed lines are located in the bottom right corner of the slide, forming a curved shape.

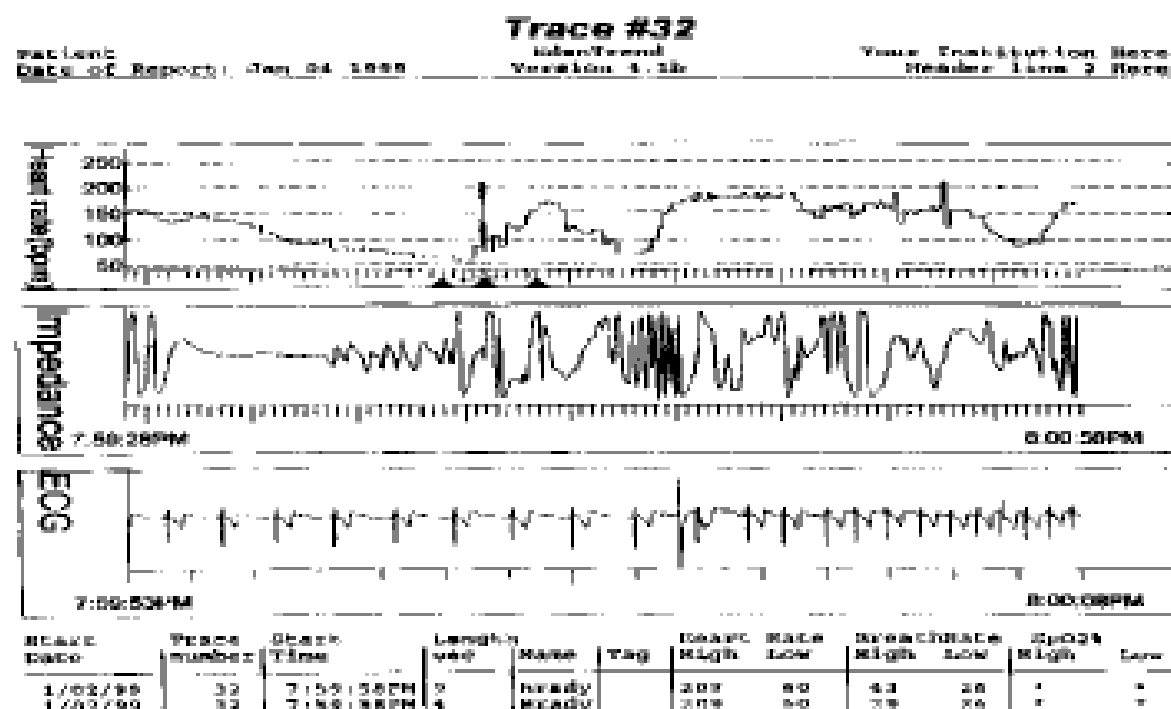


Fig. 2. Print of a cardio-respiratory home monitor from patient 3: the upper channel shows the heart rate; the second channel reflects the respiration based on impedance; the last channel shows the detailed ECG of the event marked in the upper channel by three triangles. An apnoea of 15 s was accompanied by a bradycardia of 60 per min during 9 s.

CONVENTIE THUISMONITORING

- AANGEPASTE INDICATIES :
 - PREMATUUR GEBOREN BABY'S MINDER DAN 31 WEKEN OF MINDER DAN 1500 GRAM
 - PREMATUUR GEBOREN BABY'S TUSSEN 32 EN 36 WEKEN WAARBIJ NOG APNEES OF BRADYCARDIES EN EEN AFWIJKENDE POLYSOMNOGRAFIE
 - SPECIFIEKE MEDISCHE INDICATIES WAARBIJ OOK EEN AFWIJKENDE POLYSOMNOGRAFIE
 - ERNSTIGE ALTE : WANNEER ERNST BEWEZEN OF ALS AFWIJKENDE POLYSOMNOGRAFIE.
- AANGEPASTE DUUR VAN MONITORING
 - MONITORING BIJ PREMATUUR GEBOREN BABY'S EN BABY'S MET ALTE WORDT MAXIMAAL VOOR TWEE MAANDEN TERUGBETAALD
 - BIJ SPECIFIEKE MEDISCHE INDICATIES : DRIE MAANDEN MONITORING
- POLYSOMNOGRAFIE ALS SCREENING WORDT NIET MEER TOEGEPAST.

BESLUIT.

- De enige manier om wiegendood te beperken is de preventiefactoren adequaat toe te passen. De communicatie met de ouders speelt hierbij een belangrijke rol.
- Cardiorespiratoire thuismonitoring kan nuttig zijn in een goed gedefinieerde groep van patiënten. Dit detecteert acute ernstige gebeurtenissen thuis, doch het kan niet bewezen worden dat dit de incidentie van wiegendood vermindert.

BESLUIT

Alhoewel wiegendood op een lage incidentie blijft dankzij de preventiemaatregelen, zien we toch een stijging van SUID over de jaren in verschillende landen.

Deze stijging heeft vaak te maken met slaapgerelateerd overlijden, waarbij bedsharing en slapen op andere oppervlaktes (zetel, stoel,...) in vaak onveilige omstandigheden een belangrijke rol speelt

Het promoten van de gekende en evidence-based richtlijnen door gezondheidsmedewerkers blijft de enige manier om deze plotse overlijdens te vermijden

In het bespreken van richtlijnen met ouders zijn open en niet-oordelende gesprekken essentieel.

Als gezondheidsmedewerker heb je een zeer grote invloed op het gedrag van ouders en dat geeft je een grote verantwoordelijkheid om de juiste adviezen aan te dragen.