

Tandartsbezoek bij peuters en kleuters. Resultaten van onderzoek in Vlaanderen

Op dit moment is onze kennis over het tandartsbezoek bij peuters en kleuters in Vlaanderen zeer beperkt. Om hier een beter beeld van te krijgen, is gebruik gemaakt van de databank van het mondgezondheidspromotieproject 'Tandje de Voorste'. Met behulp van gevalideerde vragenlijsten werd informatie verzameld over het tandartsbezoek van 1057 3- en 5-jarige kinderen. Op de leeftijd van 3 jaar had 62% van de kinderen nog geen bezoek gebracht aan de tandarts; op de leeftijd van 5 jaar was dat 21%. Multivariabele regressieanalyses lieten zien dat eerstgeborenen, kinderen van laaggeschoolde ouders en kinderen van wie de ouders zelf niet recent naar de tandarts waren geweest een veel kleinere kans hadden om op jonge leeftijd een bezoek aan de tandarts te brengen. Promotiecampagnes zouden vooral aan deze groepen extra aandacht moeten geven.

Dit artikel vat de belangrijkste bevindingen samen van: Leroy R, Bogaerts K, Hoppenbrouwers K, Martens LC, Declerck D. Dental attendance in preschool children - a prospective study. *Int J Paediatr Dent.* 2012. Feb 22. doi: 10.1111/j.1365-263X.2012.01227.x. [Epub ahead of print.]

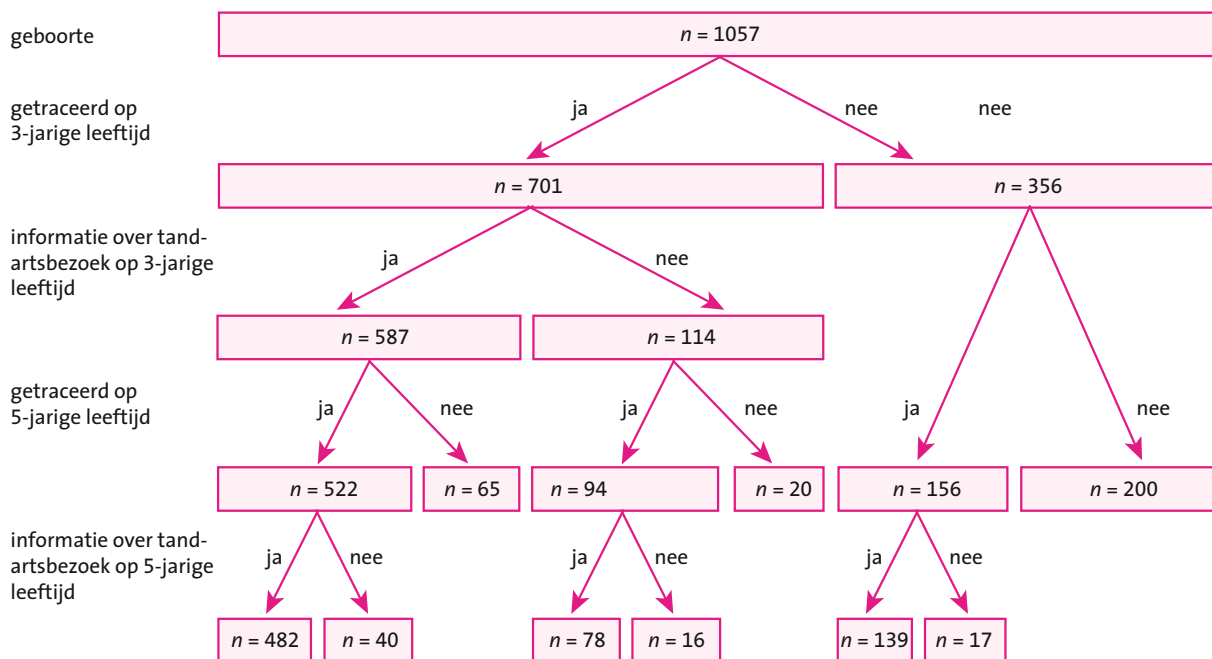
Inleiding

Gedrag, ook mondgezondheidgerelateerd gedrag (bijvoorbeeld mondhygiëne- en voedingsgewoonten en bezoek aan de tandarts), wordt op heel jonge leeftijd gevormd. Meestal wordt het thuis en in de naaste omgeving ontwikkeld: kinderen imiteren heel graag hun ouders en nemen op die manier veel gedragingen over.^{1,2} Ouders hebben een modelfunctie voor hun kinderen, vandaar dat het mondgezondheidsgedrag van de ouders zo belangrijk is.³ Kinderen zijn ook afhankelijk van hun ouders, niet alleen voor hun algemene gezondheid en emotioneel welzijn, maar het zijn ook de ouders die hun kinderen gezonde voeding en dranken aanbieden, hun kinderen aansporen om hun tanden te poetsen en ze daarbij helpen en samen met hen, van jongs af aan, met een vaste regelmaat naar de tandarts gaan. In België wordt mondzorg bijna uitsluitend aangeboden in privépraktijken; in België zijn (vooralsnog) geen mondhygiënisten of preventieassistenten. Een aantal jaren geleden is gestart met de invoering van 'gratis' mondzorg voor kinderen en jongeren. Sinds september 2005 is deze zorg beschikbaar voor kinderen en jongeren tot 12 jaar, sinds juli 2008 voor jongeren tot 15 jaar en sinds mei 2009 voor jongeren tot 18 jaar. De meeste preventieve en curatieve zorg wordt volledig terugbetaald door de ziekteverzekering (op voorwaarde dat de tandarts zich houdt

aan de conventietarieven^a), maar de terugbetaling van een orthodontische behandeling blijft beperkt. Het hangt volledig van de ouders af of een kind naar de tandarts gaat voor een preventief onderzoek. Door regelmatig tandartsbezoek vanaf de leeftijd van 2 jaar kan een kind rustig wennen aan de tandarts en de tandartspraktijk. Bovendien krijgt de tandarts ook de kans om al op jonge leeftijd individueel advies te geven op het gebied van voeding en mondhygiëne. Pathologie kan dan al in een vroeg stadium worden gediagnosticeerd en indien nodig aangepakt, nog voordat er sprake is van pijn of ongemak. Als een kind pas naar de tandarts gaat als het pijn heeft, kan het heel makkelijk de tandarts associëren met tandpijn. Dat kan natuurlijk niet de bedoeling zijn.

Deze studie had drie doelen: 1) nagaan welke proportie 3- en 5-jarigen al een bezoek bracht aan de tandarts, 2) de ervaring beschrijven van ouders bij het (eerste) tandartsbezoek van hun kleuter en 3) analyseren welke factoren een verband hebben met tandartsbezoek op jonge leeftijd.

a Belgische tandartsen zijn niet verplicht zich te houden aan de overeengekomen conventietarieven. Wanneer zij niet (of slechts gedeeltelijk) toetraden tot de conventie tussen ziekenfondsen en tandartsen (wat het geval is voor 40-60% van de tandartsen, afhankelijk van de provincie) (gegevens RIZIV, Gestandaardiseerd verslag, 2009), kunnen zij hogere bedragen rekenen voor de geleverde prestaties.



Figuur 1 Aantal kinderen dat werd teruggevonden, voor wie informatie verzameld werd in verband met tandartsbezoek op 3- en 5-jarige leeftijd.

Materiaal en methoden

In oktober 2003 werd het mondgezondheidspromotieproject 'Tandje de Voorste' opgestart in 2 regio's in Vlaanderen in samenwerking met Kind & Gezin^b. Om het effect van de interventie te evalueren, werden ook 2 controleregio's opgenomen in de studie. Dit manuscript gaat enkel over de kinderen die opgevolgd werden in de controleregio's (Tielt-Winge en Berlaar), waar dus geen interventie werd uitgevoerd. Op die manier kon de natuurlijke ontwikkeling van het tandartsbezoek bij peuters en kleuters in kaart worden gebracht. De onderzoekers kregen toestemming van het Ethisch Comité van de KU Leuven voor het uitvoeren van de studie. In zowel de interventie- als controleregio's werden de kinderen gerekruteerd kort na de geboorte (oktober 2002 - juli 2003). Kinderen van wie de ouders onvoldoende Nederlands begrepen om een vragenlijst in te vullen en kinderen die een algemeen medisch probleem hadden met een mogelijke impact op de mondgezondheid (bijvoorbeeld downsyndroom, vroeggeboorte, schisis) werden niet opgenomen in de studie. Van meerlingen werd enkel het kind van wie de voor naam alfabetisch het eerste gerangschikt werd, opgenomen in de studie. Na het ondertekenen van een toestemmingsverklaring ('informed consent'), vulden de ouders een vragenlijst in. Dat gebeurde 3 keer: de eerste keer kort na de geboorte en daarna wanneer hun kind 3 jaar en 5 jaar oud was. De vragenlijsten waren voorafgaand aan het onderzoek in een andere regio getest en gevalideerd. De sociaaleconomische situatie

van het gezin waarin het kind opgroeide werd ingeschat op basis van het opleidingsniveau van de moeder. De kinderen werden op 3-jarige (februari - juni 2007) en op 5-jarige leeftijd (maart - juni 2009) onderzocht door een tandarts die hiervoor een specifieke opleiding had genoten. Alle mondonderzoeken werden uitgevoerd in de kleuterklas, waarbij het kind plaatsnam op een gewone stoel; het onderzoek gebeurde met een mondspiegel met verlichting en een stompe sonde. Tandbederf werd gescoord volgens de richtlijnen van de British Association for the Study of Community Dentistry (BASCD).⁴ Voor elke onderzoeksperiode werd er een kalibratiesessie^c georganiseerd voor de tandartsen. Zij kregen achteraf individuele feedback van de hoofdonderzoeker (DD), zodat ze wisten in welke situaties ze 'te streng' of 'te zwak' gescoord hadden tijdens de oefeningen.

Er werden zowel univariabele als multivariabele analyses uitgevoerd, met als afhankelijke variabele 'gerapporteerd tandartsbezoek'. De meervoudige imputatiemethodologie werd toegepast om het probleem van de ontbrekende onafhankelijke variabelen te ondervangen (bijvoorbeeld vragenlijsten die niet volledig of zelfs helemaal niet waren ingevuld).⁵ Voor meer informatie over de statistische verwerking van de gegevens wordt de geïnteresseerde lezer verwezen naar het originele artikel over deze studie.⁶ Het significantieniveau werd vastgelegd op $\alpha = 0,05$.

^b Kind en Gezin is een Vlaamse overheidsinstelling die preventieve gezondheidszorg aanbiedt aan ouders van jonge kinderen (tot 3 jaar).

^c Tijdens een kalibratiesessie worden afspraken gemaakt over de criteria om scores toe te kennen tijdens de klinische onderzoeken. Op die manier poogt men de betrouwbaarheid en reproduceerbaarheid van de resultaten te verhogen.

Tabel 1 Statistisch significante verschillen tussen responders en non-responders (achterhaald vanuit gegevens ten tijde van de geboorte van de kinderen).

	responders (%)	non-responders* (%)	p-waarde
3 jaar	n = 587	n = 470	
gebruik van floss/ragers door ouders			
nooit	33	36	0,003
5 jaar	n = 699	n = 358	
thuisituatie:			
beide ouders	97	94	0,025
opleidingsniveau moeder:			
lagere en middelbare school	36	46	0,005
opleidingsniveau vader:			
lagere en middelbare school	48	55	0,037
laatste tandartsbezoek van ouders:			
> 1 jaar geleden	23	33	0,002
gebruik van floss/ragers door ouders:			
nooit	32	38	0,007
vader/moeder rookt:			
ja	17	24	0,014

* Non-responder = geen gegevens beschikbaar op 3- en 5-jarige leeftijd.

Resultaten

Onderzoeksgroep

In de controleregio's werden 1057 kinderen kort na de geboorte gerekruteerd (*figuur 1*). Op grond van de privacy-wetgeving was het niet mogelijk om via de gegevensbank van het Departement Onderwijs informatie te verkrijgen over de school waar deze kinderen waren ingeschreven. Daardoor was het niet eenvoudig om de kinderen voor het vervolgonderzoek op te sporen. Toch werden van de gerekruteerde kinderen in de controleregio's 701 (66%) kinderen op 3-jarige leeftijd en 772 (73%) kinderen op 5-jarige leeftijd op school onderzocht en/of hun ouders bevraagd. De belangrijkste reden voor 'drop-out' op de leeftijd van 3 en 5 jaar was het feit dat de onderzoekers niet konden achterhalen waar die kinderen naar school gingen. Om na te gaan of de kinderen die op de leeftijd van 3 en/of 5 jaar niet teruggevonden werden ('non-responders') systematisch verschilden van de kinderen die wél teruggevonden werden ('responders') (men spreekt in dat geval van 'attrition bias'), werden de gegevens die kort na de geboorte in beide groepen verzameld werden met elkaar vergeleken (*tabel 1*). Op de leeftijd van 3 jaar was het enige significante verschil tussen 'non-responders' en 'responders' het gebruik van floss en/of ragers door de ouders. Op de leeftijd van 5 jaar bleken kinderen die teruggevonden werden ('responders') vaker op te groeien in tweeoudergezinnen en in een rookvrije omgeving; daarnaast waren significant meer ouders van 'responders' hoogopgeleid, gingen zij recent nog naar de tandarts en rapporteerden zij het gebruik van floss en/of ragers.

Tandartsbezoek

Op de leeftijd dat hun kind 3 jaar was, gaf 62% van de ouders aan dat hun kind nog niet bij de tandarts was geweest; voor 5-jarige kinderen was dat 21%. De voornaamste reden voor het meest recente tandartsbezoek van de 3-jarigen (69%) en 5-jarigen (80%) was een preventieve controle. Bij 11% van de 3-jarigen en 5% van de 5-jarigen was een trauma met impact ter hoogte van de mond de aanleiding voor het tandartsbezoek. Volgens de ouders werden kinderen maar in beperkte mate door de huisarts (< 1%), de kinderarts (< 1%), of de schoolarts (1%) naar de tandarts verwezen,. Volgens 72% van de ouders was het bezoek van hun kind aan de tandarts een aangename ervaring. Slechts 2% van de ouders (n = 5) rapporteerde het tandartsbezoek als traumatisch. Het is hierbij belangrijk op te merken dat een van die 5 kinderen naar de tandarts was meegenomen vanwege tandpijn en een ander kind na een ongeval waarbij de tanden waren beschadigd.

Verband tussen tandartsbezoek en mondgezondheid

Op beide leeftijden was er geen significant verschil in het voorkomen van zichtbare cariëslaesies^d tussen kinderen die wel en kinderen die nog niet naar de tandarts waren geweest (3 jaar: 4% vs. 4%; 5 jaar: 14% vs. 15%). Wanneer de totale 'cariësgeschiedenis' (met andere woorden, alle

d Met zichtbare cariëslaesies worden onbehandelde cariëslaesies bedoeld tot in het dentine van de aangetaste tanden; het zogenoemde d³-niveau. Deze laesies zijn niet omkeerbaar en moeten behandeld worden door het verwijderen van het tandbederf en het plaatsen van een vulling.

aangetaste, gevulde en omwille van tandbederf verwijderde tanden) in ogenschouw werd genomen, bleken significant meer 5-jarigen die al wel naar de tandarts waren geweest, aangetaste, gevulde en/of verwijderde tanden te hebben (26% vs. 14%; $p = 0,002$) vergeleken met de 5-jarigen die nog nooit een bezoek aan de tandarts hadden gebracht. Op de leeftijd van 3 jaar was er geen significant verschil. Verder bleken significant meer kinderen die al tandpijn hadden gehad reeds een tandarts bezocht te hebben (15% vs. 6%; $p = 0,006$).

Profiel van kinderen die al wel de tandarts bezochten

Uit de univariabele logistische regressieanalyses werd duidelijk dat er geen verschil was in tandartsbezoek tussen jongens en meisjes. Verder bleek dat, op beide leeftijden, niet-eerstgeboren kinderen en kinderen uit tweeoudergezinnen meer kans hadden om de tandarts bezocht te hebben. Ook kinderen van wie de ouders kort voor het onderzoek de tandarts hadden bezocht, hoger opgeleid waren (dit zijn ouders met een diploma hoger dan dat van het middelbaar onderwijs) en regelmatig gebruik maakten van floss en/of ragers, hadden een grotere kans. Ook werd duidelijk dat op de leeftijd van 3

jaar significant meer kinderen die de tandarts nog niet bezocht hadden, nog een fopspeen gebruikten en de tanden nog niet dagelijks poetsten. Op de leeftijd van 5 jaar bleken significant meer kinderen die de tandarts nog niet bezocht hadden, nog een zuigfles te gebruiken en regelmatig fruitsap en/of frisdranken te consumeren. Door middel van multivariabele logistische regressie-analyse werd simultaan de impact van verschillende factoren op het tandartsbezoek van een kind berekend (tabel 2). Hieruit werd duidelijk dat kinderen van wie de ouders zelf kort voor het onderzoek een tandarts hadden geconsulteerd, aanzienlijk meer kans hadden om naar de tandarts te zijn geweest. Ook kinderen van hoger opgeleide moeders hadden meer kans om naar de tandarts te gaan. Tot slot brachten de analyses ook aan het licht dat kinderen die in een gezin de oudste waren een kleinere kans hadden om op jonge leeftijd naar de tandarts te gaan dan tweede of derde kinderen.

Discussie

Deze studie toont voor het eerst aan dat veel Vlaamse peuters en kleuters nog nooit bij de tandarts zijn geweest. De resultaten komen overeen met gegevens die

Tabel 2 Resultaten van de multivariabele logistische regressieanalyses met bezoek aan de tandarts op 3- en 5-jarige leeftijd als afhankelijke variabele.

variabele	OR	95%-BI
<i>tandartsbezoek op 3-jarige leeftijd (n = 587)</i>		
opleidingsniveau moeder:		
lagere of middelbare school (ref)		
hogeschool of universiteit	1,89	1,27-2,80
plaats in de kinderrij:		
oudste kind (ref)		
tweede en volgende kind	1,91	1,33-2,74
laatste bezoek aan de tandarts door ouders:		
> 1 jaar geleden (ref)		
≤ 1 jaar geleden	4,98	2,94-8,43
<i>tandartsbezoek op 5-jarige leeftijd (n = 699)</i>		
opleidingsniveau moeder:		
lagere of middelbare school (ref)		
hogeschool of universiteit	2,33	1,50-3,63
plaats in de kinderrij:		
oudste kind (ref)		
tweede en volgende kind	2,06	1,35-3,17
laatste bezoek aan de tandarts door ouders:		
> 1 jaar geleden (ref)		
≤ 1 jaar geleden	5,35	3,41-8,37
laatste bezoek aan de tandarts door ouders bij geboorte kind:		
> 1 jaar geleden (ref)		
≤ 1 jaar geleden	1,97	1,21-3,22

OR = odds ratio; 95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval; ref = referentiecategorie. Resultaten werden verkregen na meervoudige imputatie met 5 imputaties.

recent werden gerapporteerd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). In 2006 had slechts 10% van de 0- tot 4-jarigen en 57% van de 5- tot 9-jarigen contact met een tandarts.⁷ Wel moeten we er in deze studie rekening mee houden dat het hier gaat om gerapporteerd bezoek, wat wellicht tot overschatting leidde van de kant van de ouders.⁸

Vlaamse (en wellicht ook Brusselse en Waalse) ouders moeten geïnformeerd worden over het belang van een tandartsbezoek op jonge leeftijd. Ruim 10% van de kinderen bezocht de tandarts na een periode van tandpijn of na een orofaciaal trauma, wat dus zeker geen ideale uitgangssituatie is, omdat de kans groot is dat zo'n kind de tandarts zal associëren met pijn en ongemak.

Wat voor andere gezondheidsaspecten geldt, geldt duidelijk ook voor tandartsbezoek: kinderen uit minder goeie families hebben een kleinere kans om op jonge leeftijd preventieve zorg aangeboden te krijgen dan kinderen van goeden huize.⁹⁻¹¹ Promotiecampagnes zullen zich dus vooral op de eerste groep moeten richten. Een verrassend maar bij nader inzien volledig plausibel resultaat was dat oudste kinderen een kleinere kans hadden om op jongere leeftijd door de tandarts gezien te worden. Zodra de ouders de weg naar de tandarts gevonden hebben met hun kroost, worden jongere broertjes en zusjes makkelijk meegenomen. Promotiecampagnes zouden met dit gegeven ook rekening moeten houden. Een positief resultaat van dit onderzoek was dat het merendeel van de ouders rapporteerde dat het tandartsbezoek als bijzonder aangenaam ervaren werd. Over het algemeen werkten de kinderen goed mee tijdens het onderzoek en/of de behandeling. De ouders waardeerden ook het advies dat ze gekregen hadden van de tandarts. Deze informatie kan ouders die terughoudend zijn om hun jonge kinderen 'bloot te stellen' aan de tandarts en zijn behandelkamer (omdat ze bijvoorbeeld zelf een traumatische ervaring bij de tandarts op hadden gedaan) over de streep trekken om toch met hun kroost naar de tandarts te gaan. Eerdere studies gaven reeds aan dat de ervaringen die ouders tijdens hun kindertijd op hadden gedaan bij de tandarts een grote invloed hadden op het tandartsbezoek van hun eigen kinderen.³ Tot slot moeten we vermelden dat deze studie is uitgevoerd onder ouders en kinderen in twee regio's in Vlaanderen en om die reden niet representatief is voor de hele Vlaamse bevolking. Toch werd geprobeerd om de steekproef zo representatief mogelijk te maken door alle na elkaar geboren baby's op te nemen in de studie. Een van de voorwaarden voor deelname aan de studie was het beschikken over voldoende kennis van het Nederlands. De onderzoekers realiseren zich dat daardoor kinderen van anderstaligen en migranten ondervertegenwoordigd zijn in de studie.

Conclusie

Uit bovenstaand onderzoek kan geconcludeerd worden dat er nog veel werk verzet moet worden om Vlaamse

ouders te informeren over het belang van tandartsbezoek voor jonge kinderen en hen hiervoor te motiveren. Promotiecampagnes moeten vooral gericht zijn op lager geschoolde ouders en ouders die zelf niet regelmatig naar de tandarts gaan.

Aan het 'Tandje de Voorste' werkten mee: Dominique Declerck (Projectcoördinator) en Roos Leroy (Department Mondgezondheidswetenschappen, KU Leuven); Karel Hoppenbrouwers (Dienst Jeugdgezondheidszorg, KU Leuven en Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging Jeugdgezondheidszorg); Emmanuel Lesaffre (I-Biostat, KU Leuven en Universiteit Hasselt; Erasmus Universiteit Rotterdam); Stephan Vanden Broucke (Onderzoeksgroep voor stress, gezondheid en welzijn, KU Leuven; Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Université Catholique de Louvain); Luc Martens (School voor Tandheelkunde, Universiteit Gent); Team Waregem (Kind en Gezin).

Dit onderzoek werd financieel mogelijk gemaakt door de steun van GABA Benelux en GABA International.

Literatuur

1. Christensen P. The health-promoting family: a conceptual framework for future research. *Soc Sci Med.* 2004;59:377-87.
2. Tolvanen M, Lahti S, Poutanen R, Seppä L, Pohjola V, Hausen H. Changes in children's oral health-related behavior, knowledge and attitudes during a 3.4-yr randomized clinical trial and oral health-promotion program. *Eur J Oral Sci.* 2009;117:390-7.
3. Mattila ML, Rautava P, Sillanpää M, Paunio P. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *J Dent Res.* 2000;79:875-81.
4. Pine CM, Pitts NB, Nugent ZJ. British Association for the Study of Community Dentistry (BASCD) guidance on the statistical aspects of training and calibration of examiners for surveys of child dental health. A BASCD coordinated dental epidemiology programme quality standard. *Community Dent Health.* 1997;14 Suppl 1:18-29.
5. Rubin DB. Multiple imputation for nonresponse in surveys. New York: John Wiley & Sons; 1987.
6. Leroy R, Bogaerts K, Hoppenbrouwers K, Martens LC, Declerck D. Dental attendance in preschool children - a prospective study. *Int J Paediatr Dent.* 2012. Feb 22.
7. Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Gestandaardiseerd Verslag; 2009. Brussel.
8. Sjöström O, Holst D, Lind SO. Validity of a questionnaire survey: the role of non-response and incorrect answers. *Acta Odontol Scand* 1999;57:242-6.
9. Petersen PE. Social inequalities in dental health. Towards a theoretical explanation. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1990;18:153-8.
10. Edelstein BL. Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. *Ambul Pediatr.* 2002;2:141-7.
11. Pine CM, Adair PM, Petersen PE, Douglass C, Burnside G, Nicoll AD, e.a. Developing explanatory models of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dent Health.* 2004;21:86-95.