



INTERUNIVERSITAIRE MANAMA JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Masterproef

Het mondonderzoek tijdens het systematisch contactmoment in de CLB-setting.

Dr. Ines Van Troyen

Promotor: Prof. dr. D. Declerck

Verhandeling voorgedragen tot het behalen van de graad ManaMa in de Jeugdgezondheidszorg – Juni 2021

Inhoud

Afkortingen	5
Voorwoord	6
Inleiding	7
Inleiding.....	9
Onderzoeksvragen literatuurstudie	9
Methode.....	10
Resultaten.....	11
1. Wat is het belang van de mondgezondheidsscreening op school?.....	11
2. Wat is de aanbeveling voor de uitvoering van mondgezondheidsscreening op school?.....	14
3. Is de verwijzing vanuit mondgezondheidsscreening op school effectief?	18
Eigen onderzoek	22
Onderzoeksthema.....	22
Onderzoeksdoel.....	22
Onderzoeksvragen	23
Methodologie.....	24
Onderzoeksdesign	24
Populatie.....	24
Meetinstrument.....	25
Gegevensverzameling en analyse	26
Dataprotectie	26
Resultaten.....	28
Respons en exclusie	28
Beschrijving van de steekproef	29
Demografische gegevens.....	31
Werkgerelateerde gegevens	31
Huidige uitvoering van het mondonderzoek	32
Verwijzing.....	37
Attitude ten opzichte van de mondgezondheid	38
Vaardigheden en kennis van het klinisch mondonderzoek.....	39
Plaats van het klinisch mondonderzoek in het systematisch contactmoment.....	41
Open vragen	43
Discussie.....	47

Aanbeveling voor jeugdgezondheidszorg	55
Kritische reflectie.....	57
Verder onderzoek.....	59
Algemeen besluit	60
Literatuurlijst.....	62
Bijlagen.....	66
Bijlage 1: Vragenlijst.....	66
Bijlage 2: goedkeuring Ethische Commissie UZ/KU Leuven.....	82

Afkortingen

BVR= Besluit Vlaamse regering

CLB= Centrum voor leerlingenbegeleiding

KB= Koninklijk besluit

LARS= Leerlingen Activiteiten en Registratie Systeem

MeSH= Medical Subject Headings

PMW= Paramedisch Werker

POC= Permanente Ondersteuningscel

RCT= Randomized controlled trial

RIZIV= Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

SES= Socio-economische status

VWVJ= Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg

WHO= World Health Organisation

Voorwoord

Het schrijven van deze masterproef was niet mogelijk geweest zonder de vele hulp die ik hierbij gekregen heb. Hiervoor wil ik graag iedereen bedanken.

In het bijzonder wil ik mijn promotor, professor Dominique Declerck, bedanken. Gedurende deze twee jaar stond ze me telkens bij met snelle en waardevolle feedback.

Ik wil graag Dr. Katelijne Van Hoeck bedanken voor de validering van mijn vragenlijst.

Verder wil ik mijn collega's in de jeugdgezondheidszorg bedanken voor de feedback en de steun om door te zetten in een erg drukke periode, met in het bijzonder Dr. Hanne Crevecoeur.

Een woordje van dank gaat ook naar de artsen en verpleegkundigen die mijn vragenlijst invulden, ondanks ze te kampen hadden met een zeer zware werkdruk.

Als laatste wil ik graag mijn vriend bedanken die me de kneepjes van het programma Excel leerde.

Inleiding

De fundamenteën van een optimale mond- en algemene gezondheid worden gelegd in de kindertijd. Het tandheelkundige zorgpatroon als kind heeft een cumulatieve impact op de mond- en algemene gezondheid gedurende de hele levenscyclus. Kinderen die reeds op jonge leeftijd naar de tandarts gaan voor een preventief mondonderzoek zijn meer geneigd om zich door de tandarts verder preventief te laten opvolgen (1, 2). Dit heeft een significant positief effect op zowel de mondgezondheid als de algemene gezondheid en benadrukt het belang om in brede lijn mondgezondheidsproblemen te voorkomen (3).

Mondgezondheidsproblemen waaronder cariës, erosie, gingivitis en kaasmolaren zijn nog steeds een frequente bevinding bij Vlaamse jongeren. Cariës is de meest voorkomende chronische infectieziekte bij kinderen (2). Wereldwijd treft cariës 60% van de kinderen (4). Onderzoek uitgevoerd in Vlaanderen (2003) bracht aan het licht dat bij ongeveer 1 op 3 van de kinderen van de derde kleuterklas het gebit al was aangetast door cariës (1). Cariës is een multifactoriële aandoening, waarbij consumptie van suikerhoudende bestanddelen en slechte mondhygiëne een grote invloed hebben op het optreden van tandbederf. Hoewel carieuze laesies grotendeels te voorkomen én zelfs omkeerbaar zijn in een vroeg stadium, blijft het de meest voorkomende chronische aandoening bij schoolgaande kinderen (5, 6).

Sinds de jaren '60 zien we een dalende trend in de prevalentie van cariës in de Westerse wereld door het implementeren van preventieve maatregelen, waaronder promotie van dagelijks tandenpoetsen, gebruik van fluoride en de terugbetaling van de meeste behandelingen bij de tandarts voor kinderen onder de leeftijd van 18 jaar. Echter is er wel een sterke polarisatie in het voorkomen van cariës: tien tot vijftien procent van de kinderen heeft nu meer dan de helft van alle cariëslaesies. Detectie en een effectieve verwijzing van deze risicogroepen is aangewezen (1).

In Vlaanderen wordt de mondgezondheid van schoolgaande kinderen opgevolgd via de systematische contactmomenten van het CLB. Indien onregelmatigheden worden vastgesteld, ontvangen de ouders een verwijsbrief om naar de tandarts te gaan. De systematische contactmomenten vinden sinds schooljaar 2019-2020 plaats in de eerste kleuterklas, het eerste, vierde en zesde leerjaar en het derde jaar secundair onderwijs. Het gaat hierbij om een nieuwe regelgeving waarbij de contactmomenten teruggeschroefd werden van 7 naar 5. Voordien vonden zij plaats in de eerste en tweede kleuterklas, het eerste, derde en vijfde leerjaar en het eerste en derde jaar secundair onderwijs (1).

De mondgezondheidsscreening in de CLB-setting kent 3 primaire doelstellingen, waarbij de nadruk ligt op sensibilisatie. De eerste doelstelling is aansporen tot een preventief tandartsbezoek. De tweede doelstelling bestaat uit het aansporen tot een goede mondhygiëne. De derde doelstelling bestaat uit het aanleren van gunstig mondgezond gedrag.

In de oude regelgeving met 7 contactmomenten werd er nog systematisch een klinisch mondonderzoek uitgevoerd in de eerste en tweede kleuterklas, sinds schooljaar 2019-2020 is dit niet meer het geval. Momenteel hebben we geen betrouwbaar beeld van hoe én bij wie er wel nog een mondonderzoek wordt uitgevoerd. Om in deze nieuwe werking de risicopatiënten te identificeren, zonder een klinisch mondonderzoek, neemt het belang van het bevragen van de mondgezondheidsgewoonten en het tandartsbezoek toe. Op heden zijn er geen cijfers in welke mate deze bevraging gebeurt en of dit zich aftekent in de verwijzingsgraad. Er zijn wel cijfers over primair tandartsbezoek bij de Vlaamse jeugd. De gezondheidsenquête uit 2004 toonde aan dat 27% van de Vlaamse kinderen tussen 0 en 14 jaar niet bij de tandarts was geweest gedurende de laatste 5 jaar. Slechts bij 32% van de jongeren die wel de tandarts bezochten bleek het om een preventieve controle te gaan (7).

Wanneer een kind verwezen wordt naar de tandarts vanuit het systematisch contactmoment op het CLB is het belangrijk dat het kind effectief een mondonderzoek bij de tandarts krijgt. Dit benadrukt het belang van het controleren van de verwijzing.

Tot op heden is er geen vastgelegde richtlijn over de opvolging van de verwijzing naar de tandarts. In andere domeinen van het medisch onderzoek zoals het gehoor en het zicht wordt de verwijzing wel opgevolgd. Aan de verwijzing koppelt men een code van al dan niet hoogdringendheid. Indien er geen antwoord van de specialist is ontvangen bij verwijzingen met hoogdringendheidscode, wordt na een drietal maanden een rappelbrief gestuurd. Een studie van Marynen S. uit het jaar 2000 toonde aan dat slechts 19% van de kinderen die naar de tandarts verwezen werd een verwijsbrief terug bezorgde aan het toenmalige Centrum Medisch Schooltoezicht (8). In een kleinere studie van Piette C. uit het jaar 2013 was dit slechts 2,5% (9). Hier zijn geen recentere gegevens over.

Deze masterproef omvat twee delen, een literatuuronderzoek en een eigen onderzoek. Het doel van de literatuurstudie is inzicht te verwerven in het belang, uitvoering en verwijzing van de mondgezondheidsscreening in het systematisch contactmoment.

Het eigen onderzoek zou moeten in kaart brengen hoe de mondgezondheidsscreening tijdens het systematisch contactmoment wordt uitgevoerd, aan de hand van een online vragenlijst.

Literatuurstudie

Inleiding

Mondgezondheid vormt een belangrijke pijler van de preventieve jeugdgezondheidszorg. Het CLB kan op twee niveaus aan mondgezondheidspromotie doen: (A) door het ondersteunen van het gezondheidsbeleid op school met oog voor mondgezondheidspromotie en (B) door aandacht te hebben voor mondgezondheid tijdens de systematische contactmomenten aan de hand van screening. Screening van tanden en mond maakt namelijk vroege detectie en tijdige interventies van mondpathologie mogelijk, wat leidt tot substantiële besparingen” (WHO, 2003). Ondanks de verschillende aangetoonde negatieve gezondheidseffecten van een slechte mondgezondheid merken we zowel in het uitvoeren van het mondonderzoek als in de verwijzing naar de tandarts en opvolging door de CLB-arts, hiaten. Verwijzingen worden niet opgevolgd en hierdoor is informatie over een effectief tandartsbezoek na verwijzing door de CLB-arts schaars.

In deze literatuurstudie volgt er een kort overzicht over het belang en de uitvoering van het mondonderzoek binnen de preventieve jeugdgezondheidszorg met nadruk op verwijzing naar de tandarts en opvolging door het CLB.

Onderzoeksvragen literatuurstudie

1. Wat is het belang van mondgezondheidsscreening op school?
2. Wat is de aanbeveling voor de uitvoering van mondgezondheidsscreening op school?
3. Is de verwijzing vanuit mondgezondheidsscreening op school effectief?

Methode

Om inzicht te krijgen in het onderzoeksonderwerp werden er eerst een aantal leerboeken geraadpleegd. Boeken bevinden zich echter onderaan de ladder van de *'evidence based medicine'* piramide. In tweede instantie werd er gezocht naar bronnen uit de top van de piramide: richtlijnen van de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging Voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ). De 'Standaard Mondgezondheid' werd gebruikt als uitgangspunt voor de literatuurstudie. Uit de referentielijst van deze richtlijn werden 16 artikels op basis van titel en abstract weerhouden.

Ook andere eindwerken over het mondonderzoek binnen de jeugdgezondheidszorg werden geraadpleegd.

Vervolgens werd er op Pubmed gezocht naar relevante en recente reviews.

Om te kijken naar de gevolgen van een slechte mondgezondheid op zowel korte als lange termijn werden de volgende combinaties MeSH-termen gebruikt: 'oral health' AND 'public health'. Telkens beperkt tot de reviews die geschreven waren in de laatste 5 jaar, werden 86 hits gevonden, waarvan 20 weerhouden op basis van titel en 9 weerhouden op basis van abstract.

Om meer te weten te komen over het mondgezondheidsbeleid binnen de schoolse context werden de MeSH-termen 'dental screening', 'programs' en 'school' gebruikt. Er werden 5 hits verkregen waarvan 1 weerhouden op basis van titel en abstract. Uit de referentielijsten van de gevonden reviews werden andere relevante artikels geselecteerd op basis van titel en abstract.

Uiteindelijk werden 46 artikels verzameld, waaronder zowel richtlijnen, wetteksten, reviews als oorspronkelijke bronnen.

Resultaten

1. Wat is het belang van de mondgezondheidsscreening op school?

Het belang van mondgezondheidsscreening wordt door de WHO aangehaald:

“Screening van tanden en mond maakt vroege detectie en tijdige interventies van mondpathologie mogelijk, wat leidt tot substantiële besparingen” (WHO, 2003).

In de Verenigde Staten hebben kinderen met het hoogste risico op mondgezondheidsproblemen, de minste kans op tandzorg. Hulpverleners in de eerste lijn moeten met een preventieve aanpak inzetten op het voorkomen van de meest voorkomende chronische infectieziekte bij kinderen (10). Screening van de mond op school heeft hier zijn plaats en is bedoeld om hen in een vroeg stadium van symptomen te identificeren, met preventieve en therapeutische mondzorg als gevolg (3).

Sensibilisatie tot tandartsbezoek is één van de primaire doelstellingen van het mondonderzoek binnen het CLB. Gratrix et al. toonde aan dat de gewoonte om van jongsaf aan naar de tandarts te gaan én de houding van ouders tegenover het tandartsbezoek, een belangrijke invloed heeft op het tandartsbezoek op latere leeftijd. Kinderen die reeds op jonge leeftijd naar de tandarts gaan voor een preventief mondonderzoek zijn meer geneigd om zich door de tandarts verder preventief te laten opvolgen: bij een preventieve controle wordt de tandarts niet geassocieerd met een negatieve ervaring zoals pijn (1).

Tijdens het mondonderzoek, zowel bij de tandarts als in de CLB-setting krijgt het kind ook poetsinstructies en voedingsadvies mee. Deze factoren dragen bij aan minder mondzorg-gerelateerde kosten (11). Een gezond melkgebit staat namelijk garant voor een gezond definitief gebit. Een goede mondhygiëne ligt hier aan de basis en is er op gericht de mond plaquevrij te houden (5, 6, 12, 13, 14).

Kwalitatief onderzoek van Tickle et al uitgevoerd in 2006 toont aan dat ouders, leerkrachten en schoolverpleegkundigen belang hechten aan het mondonderzoek op school. Ook Evans et al. en Preston et al. komen tot dezelfde vaststelling (11, 14, 15).

Kinderen die het minst geneigd zijn om op jonge leeftijd naar de tandarts te gaan, lopen het grootste risico op tandproblemen. (1, 2, 8, 16).

Er zijn verschillende redenen om cariës in het melkgebit op te sporen maar veruit de belangrijkste is dat cariës in het melkgebit de hoogst voorspellende waarde heeft voor cariës in het definitieve gebit (1, 5, 17, 18).

Tandbederf in het melkgebit heeft belangrijke directe gevolgen, zoals pijn bij kauwen, verminderde eetlust, pijn bij tandenpoetsen, abcesvorming en koorts; maar ook een indirecte weerslag door de levenskwaliteit van het kind en zijn gezin negatief te beïnvloeden.

Op middellange termijn kan het vroegtijdig verwijderen van aangetaste melktanden aanleiding geven tot een verstoorde doorbraak van de opvolgers.

Ook op langere termijn heeft een ongezond melk- en definitief gebit belangrijke gevolgen (2, 16, 18, 19, 20).

Tandbederf heeft een negatief effect op de ontwikkeling van het kind. Jackson et al toonde aan dat onbehandelde cariës de schoolresultaten en aanwezigheid op school negatief beïnvloedt. Het wordt ook in verband gebracht met een slechte nutritionele status en het beïnvloedt groei en gewichtstoename in negatieve zin. Verder kan tandbederf aan de basis liggen van een ontwikkelingsachterstand (12).

Tandplaque komt voor bij 15 tot 60% van de kleuters en kan zowel cariës als parodontale ontstekingen veroorzaken (7). Met een goede mondhygiëne wordt tandplaque voorkomen en daardoor ook de gevolgen ervan: gingivitis wordt voorkomen en genezen, parodontitis wordt voorkomen (21).

Gingivitis komt relatief frequent voor met een prevalentie van 18% bij 5jarigen, is symptomloos en meestal te wijten aan onvoldoende poetsen. Gingivitis wordt voorkomen en genezen door een goede mondhygiëne. Verder voorkomt een goede mondhygiëne parodontitis (17).

Parodontitis is een inflammatoire aandoening van de gingiva en het alveolaire bot die leidt tot progressieve destructie van het parodontaal ligament en het alveolaire bot, veroorzaakt door specifieke micro-organismen. Dit resulteert in de vorming van een pocket, recessie van de gingiva, of beiden. Infectiehaarden in de mondholte kunnen allerlei systemische aandoeningen veroorzaken zoals endocarditis en abscesvorming in verschillende organen, gewrichten, ... (19, 20).

Parodontitis heeft een ongunstig effect op de algemene gezondheid door het veroorzaken van een systemische inflammatoire toestand. Mensen met parodontitis zijn vatbaarder voor aandoeningen van hart en bloedvaten. De oorzaak hiervan is multifactorieel. Naast de systemische inflammatie, kruisreageren antilichamen tegen parodontale pathogenen met de intima-wand van het endotheel én zullen de binnengedrongen orale pathogenen de ontwikkeling van atheromateuze plaques bevorderen (20). Zwangere vrouwen met parodontitis lopen een groter risico op vroeggeboorte of een baby met een laag geboortegewicht. Diabetici met parodontitis kunnen hun glycemie minder goed controleren. Reumatoïde artritis zou meer voorkomen bij mensen met parodontitis (21). In de literatuur is er een klein verband tussen apicale parodontitis en coronaire hartziekte (19). Verder is een slechte orale gezondheid op lange termijn mogelijks geassocieerd met dementia en veranderde smaakperceptie (22, 23).

Een fopspeen en functionele afwijkingen zoals duim- en vingerzuigen of een habituele mondademhaling kunnen leiden tot afwijkingen in tandstand en kaakontwikkeling: een open beet komt voor bij 30% van de kleuters, een kruisbeet bij 10% (17). Om de kans op orthodontische behandeling te verminderen is het belangrijk dat de persisterende zuiggewoontes gestopt worden voor de wisseling van de fronttanden (1). Een open beet kan

dan nog spontaan regresseren. Kruisbeten regresseren niet spontaan en een tijdige diagnose en verdere opvolging zijn belangrijk voor de verdere beet- en gelaatsontwikkeling (17).

Deze onderzoeken tonen aan dat kinderen die genoten van preventieve tandzorg, de gezondheidszorg op lange termijn minder geld kosten. Het significant positief effect op zowel mondgezondheid als de algemene gezondheid benadrukt de nood om in brede lijn preventief mondgezondheidsproblemen te voorkomen (10).

2. Wat is de aanbeveling voor de uitvoering van mondgezondheidsscreening op school?

Tot schooljaar 2019-2020 waren jeugdartsen de enigen die systematisch een screening van de mond uitvoerden via de verplichte systematische contactmomenten. Vanuit de federale overheid is er geen systematische opsporing van mondgezondheidsproblemen via preventieve screening bij de tandarts. Tandartsen werken enkel vraaggestuurd en het raadplegen van de tandarts is afhankelijk van de patiënt zelf. Hieruit volgt dat een preventief tandartsbezoek bij (jonge) kinderen afhangt van de motivatie van de ouders. Wel is er vanuit de federale overheid een terugbetaling door het R.I.Z.I.V. (*Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering*) van tandheelkundig onderzoek en behandeling tot de leeftijd van 18 jaar, indien de tandarts geconventioneerd is. Vanuit het gemeenschapsniveau wordt er wel aan preventieve tandzorg gedaan via de consultatiebureaus bij Kind en Gezin, de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) en het Vlaams Instituut Mondgezondheid, de Vlaamse partnerorganisatie voor preventieve mondzorg.

Doelstelling screening

Het CLB kan op twee niveaus aan mondgezondheidspromotie doen: (A) door het ondersteunen van het gezondheidsbeleid op school met oog voor mondgezondheidspromotie en (B) door aandacht te hebben voor mondgezondheidspromotie en mondgezondheid tijdens de medische consulten aan de hand van screening. Deze mondgezondheidsscreening moet ervoor zorgen dat mondpathologie in een vroeger stadium ontdekt wordt (1). De mondgezondheidsscreening beperkt zich niet tot het identificeren van kinderen met een verhoogd risico op mondpathologie maar fungeert ook als *snelweg* naar tandheelkundige zorgen (24).

De mondgezondheidsscreening in de CLB-setting kan uitgevoerd worden door zowel een arts als een verpleegkundige. De focus ligt hierbij op sensibiliseren.

De belangrijkste boodschap die wordt meegegeven is om twee maal per jaar voor een preventief mondonderzoek de tandarts te bezoeken. Doordat er niet meer actief in de mond gekeken wordt, kunnen risicopatiënten gemist worden. Anderzijds wordt zo voorkomen dat ouders het mondonderzoek door de CLB-arts of –verpleegkundige gelijkstellen aan tandartsbezoek.

De tweede doelstelling van het mondonderzoek bestaat uit het aansporen tot een goede mondhygiëne. Het belang van tanden poetsen wordt benadrukt en poetsinstructies worden gegeven.

De derde doelstelling bestaat uit het aanleren van mondgezondgedrag. De mondgezondheid wordt gepromoot met gezonde voedingsgewoontes en tandvriendelijke voeding.

Er wordt tevens gepeild naar factoren die de mondgezondheid negatief beïnvloeden zoals een fopspeen, duim- of vingerzuigen, en voeding waaronder het gebruik van een zuigfles (1).

Het besluit van de Vlaamse regering (BVR) heeft als doelstelling tijdens alle contactmomenten in het kleuter- en lager onderwijs: *'kennisnemen van en aanmoedigen tot preventief tandartsbezoek en mondgezondgedrag om gebitsaantasting op jonge leeftijd te voorkomen'*. De systematische aandacht voor de mondgezondheid moet eveneens aanzetten tot gedrag dat de mondgezondheid bevordert. Wat opvalt is dat in het BVR er niets is vastgelegd over het topic mondgezondheid tijdens het algemeen consult in het derde jaar secundair onderwijs (1).

Voor de hervorming werden de algemene consulten georganiseerd in de tweede kleuterklas, het vijfde jaar lager onderwijs en het eerste en derde jaar secundair onderwijs. De gerichte consulten vonden plaats tijdens het eerste jaar kleuteronderwijs en in het eerste en derde jaar lager onderwijs. Volgens het KB was de uitvoering van mondgezondheidsscreening een verplicht onderdeel van elk algemeen consult en van het gericht consult in het eerste jaar lager onderwijs.

De richtlijn mondgezondheid schreef toen voor dat het klinisch mondonderzoek binnen de CLB-setting wordt uitgevoerd in de tweede kleuterklas en indien haalbaar, bij voorkeur ook in de eerste kleuterklas. Hierbij lag de nadruk ook al voornamelijk op sensibilisatie en werd er pas in tweede instantie beoogd om manifest cariës op te sporen aan de hand van een klinisch onderzoek van de mond.

Het klinisch mondonderzoek werd niet meer standaard uitgevoerd tijdens de consulten van de lagere en secundaire school maar was vervangen door een gesprek over het belang van een goede mondgezondheid.

Deze aanbeveling is behouden in het nieuwe besluit voor de lagere school. Het klinisch mondonderzoek gebeurt nu enkel in het systematisch contactmoment van de eerste kleuterklas. Deze aanbeveling komt er omdat men wil voorkomen dat ouders het klinisch mondonderzoek uitgevoerd door de CLB-arts of verpleegkundige gelijkstellen met een preventief tandartsbezoek. Ook gebeurt detectie van risicopatiënten best al op kleuterleeftijd omdat kinderen met uitgebreidere gebitsaantasting dit reeds vanaf jonge leeftijd vertonen. Het contactmoment in de eerste kleuterklas vindt plaats met ouders wat als bijkomend voordeel biedt dat er een gericht gesprek kan gevoerd worden over het belang van een goede mondgezondheid. Als extra stimulans kan er worden toegelicht dat de kosten van een tandheelkundig onderzoek en behandeling, met uitzondering van orthodontie, tot de leeftijd van 18 jaar terugbetaald worden, indien de tandarts geconventioneerd is (1).

Het klinisch mondonderzoek

Tot voor schooljaar 2019-2020 werd tijdens het consult van de tweede kleurterklas, het gebit systematisch nagekeken, nu gebeurt dit enkel nog in de eerste kleuterklas. Het gebit wordt nagekeken met behulp van een ontsmette stompe sonde en een mondspiegeltje. Aangezien er niet gewerkt wordt in een professionele tandartssetting is het aanbevolen een verlichte mondspiegel te gebruiken om de zichtbaarheid in de mond te verhogen. Het dragen van handschoenen is niet noodzakelijk, wel dienen de handen te worden ontsmet voor en na het medisch onderzoek van elk kind. De verschillende kwadranten worden systematisch nagekeken waarbij er primair gefocust wordt op de aanwezigheid van tandplaque en tandsteen. Rood, gezwollen tandvlees dat bloedt bij het plaatsen van de sonde in de pocket is positief voor gingivitis, maar dit wordt niet actief opgespoord. Wegens een beperkte uitvoeringstijd heeft het mondonderzoek tot doel om de belangrijkste elementen voor preventie te weerhouden (1).

Het systematisch opsporen van orthodontische afwijkingen is geen prioriteit binnen het mondonderzoek. De aanwezigheid van een prominente open beet, kruisbeet of dwangbeet wordt aan de ouders meegedeeld. Er wordt geen verwijzing opgemaakt rechtstreeks naar de orthodont, het is de taak van de tandarts om dit te beoordelen (1). Een open beet komt voor bij 30% van de kleuters en kruisbeet bij 10% (17). Een open beet kan nog spontaan regresseren als persisterende zuiggewoontes tijdig gestopt worden, bij voorkeur voor de leeftijd van 4 jaar. Kruisbeten regresseren niet spontaan. Een tijdige diagnose en verdere opvolging zijn belangrijk voor de verdere gelaatsontwikkeling (1).

Aandacht voor kwetsbare groepen

Uit de Public Health studie uitgevoerd in 2013 blijkt dat ondanks de globale prevalentie van cariës daalt in de meeste geïndustrialiseerde landen, de ongelijkheid bij kansarme en kwetsbare kinderen standhoudt. Geaccumuleerde plaque en beginnende carieuze letsels zijn regelmatige bevindingen bij kinderen die behoren tot een kansengroep (anderstalige nieuwkomers, lagere sociaal-economische groepen, ...). Ze hebben in het algemeen een slechtere mondgezondheid, meer cariës en bezoeken minder frequent hun tandarts voor een preventief onderzoek (1). Poulton et al toonde aan dat een lage sociaal-economische status (SES) bijdraagt aan een verhoogd voorkomen van cariës en parodontitis op volwassen leeftijd, zelfs na het corrigeren voor de SES op volwassen leeftijd (12). Listl et al bevestigde deze bevindingen wat aantoont dat financiële problemen op kinderleeftijd neveneffecten hebben op de mondgezondheid als volwassene (21). Kansarme kinderen worden via het mondonderzoek op school geïnformeerd over hun orale gezondheid en kunnen op deze manier gemotiveerd worden om een passende behandeling te ondergaan (1). Echter is een verwijsbrief vanuit het CLB vaak een onvoldoende stimulans. Vandaar wordt er aanbevolen bij deze kinderen ook een klinisch mondonderzoek uit te voeren tijdens de consulten in het lager en secundair onderwijs (1).

Ook in het buitengewoon onderwijs is de mondgezondheid in het algemeen slechter. Door de verscheidenheid in deze groep is er geen vast protocol maar wordt er aanbevolen om bij onregelmatig tandartsbezoek ook tijdens de consulten van het lager en secundair onderwijs een klinisch mondonderzoek uit te voeren (1).

Uit het onderzoek van Gratrix et al. blijkt dat verwijzing na screening een grotere invloed heeft op het tandartsbezoek dan de sociale achtergrond van het kind. Vermits kinderen die het minst naar de tandarts gaan het grootste risico lopen op een slechte mondgezondheid wordt er aanbevolen de screening op te drijven: een klinisch mondonderzoek is ook geïndiceerd bij kinderen die de laatste 12 maanden niet naar de tandarts zijn geweest. Andere indicaties voor het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek zijn kinderen die nog nooit door het CLB onderzocht werden, kinderen met een vermoeden van of onbehandelde mondpatologie en een kind met pijn in de mond (1).

Verwijzing naar de tandarts

Er wordt voor de ouders een verwijsbrief voor de tandarts opgemaakt als blijkt dat het kind nog nooit of in de laatste 12 maanden geen tandarts bezocht voor een preventief mondonderzoek.

Bij aanwezigheid van tandplaque, tandsteen, gingivitis of carieuze letsels wordt er ook verwezen. Andere indicaties tot verwijzen zijn orthodontische afwijkingen en problemen met het afbouwen van duim- en vingerzuigen (1).

Opvolging door het CLB

Tot op heden is er geen vastgelegde richtlijn over de opvolging van de verwijzing naar de tandarts. In andere onderzoeksdomeinen van het medisch onderzoek zoals het gehoor en het zicht wordt de verwijzing wel gecontroleerd. Aan de verwijzing koppelt men een code van al dan niet hoogdringendheid. Indien er geen antwoord van de specialist is ontvangen bij verwijzingen met hoogdringendheidscode wordt na een drietal maanden een rappelbrief verstuurd.

De effectiviteit van de verwijzing is belangrijk daar de fundamenteën van optimale mond- en algemene gezondheid gelegd worden in de kindertijd (14).

3. Is de verwijzing vanuit mondgezondheidsscreening op school effectief?

Hiaten binnen de mondgezondheidsscreening

Er bestaat onzekerheid over de effectiviteit van het mondonderzoek op school. De tegenstrijdige bevindingen in de literatuur zorgen bij gebrek aan systematische beoordeling in veel landen tot een voortzetting of net stopzetting van deze interventie (14). Uit twee recente systematische reviews blijkt ook onzekerheid over een mogelijk voordeel van het mondonderzoek op school op de mondgezondheid en het tandartsbezoek (3, 14). Milsom toont aan dat slechts 50% van de kinderen met onbehandelde cariës die verwezen werden naar de tandarts, behandeld wordt (15). De auteurs besluiten dat een tandartsbezoek onvoldoende informatie biedt om de klinische voordelen van het mondonderzoek op school te beoordelen (25).

In ons land verloopt de uitvoering en opvolging van het mondonderzoek niet vlekkeloos: beperkte uitvoeringstijd, middelen, kennis en ervaring met het specifieke mondonderzoek liggen hier aan de basis.

A. Kennis

Uit de literatuur blijkt dat artsen onvoldoende kennis en ervaring hebben om een mondonderzoek grondig uit te voeren. CLB-artsen weten vaak niet wat ze exact moeten onderzoeken in de mond: ze zijn onvoldoende opgeleid om een degelijk mondonderzoek uit te voeren (26, 27). Na een opleiding 'screening van de mond' hebben artsen (nog) de neiging cariës te onderscoren (27).

Ook in andere landen komt men tot dezelfde conclusie: artsen weten onvoldoende vanuit hun opleiding geneeskunde over tandheelkundige diagnoses en behandeling (28).

B. Uitvoering

Het onderzoeken van een gebit vergt veel tijd, zeker wanneer dit niet routinematig is ingeoeft. Wegens een beperkte uitvoeringstijd heeft het mondonderzoek tot doel om de belangrijkste elementen voor preventie te weerhouden. Uit een onderzoek voor de 'Standaard Mondgezondheid' blijkt dat 41% van de artsen bij een algemeen consult een klinisch mondonderzoek uitvoert. 18% doet dit ook tijdens het gericht consult van de eerste kleuterklas en het derde leerjaar (1). Deze gegevens dateren uit het jaar 2006, wanneer het KB dit nog als verplicht voorschreef. Volgens het KB is de uitvoering van een klinisch mondonderzoek nu geen verplicht onderdeel meer van het contactmoment. Nu er niet meer systematisch in de mond gekeken wordt, neemt het belang van het bevragen van de mondgezondheidsgewoonten en het tandartsbezoek in het afgelopen jaar toe. Hier zijn momenteel geen cijfers over bekend.

C. Verwijzing

Informatie over een effectief tandartsbezoek na verwijzing door de CLB-arts is schaars (1). Zonder het controleren van de doorverwijzingen is het evalueren van de opvolging van de mondgezondheidsscreening niet mogelijk.

Uit de masterproef jeugdgezondheidszorg van Marynen werd de verwijzing in twee centra Medisch Schooltoezicht geëvalueerd. 78 kinderen uit een onderzoekspopulatie van 1505 kinderen uit zowel kleuter-, lager, secundair, bijzonder kleuter- als bijzonder lager onderwijs werden verwezen naar de tandarts in de periode van 1 oktober tot 31 december 1999. Negentien procent van de 78 kinderen die naar de tandarts verwezen werden, brachten een verwijsbrief terug naar het Medisch Schooltoezicht. Na het versturen van een herinneringsbrief naar de ouders steeg het percentage naar 35% (8).

Uit de masterproef jeugdgezondheidszorg van Piette blijkt dat de cijfers 15 jaar later niet beter zijn. Van de 39 doorverwijsbrieven die werden meegegeven kwam er slechts één enkel antwoord terug naar het CLB. Er werden rappels verstuurd maar hierop kwam nooit respons (9).

Een succesvol screeningsprogramma bestaat uit meer dan enkel de screeningstest. Er moet een zorgcontinuüm zijn dat ervoor zorgt dat zij die doorverwezen worden, ook effectief een behandeling krijgen. Uit verschillende internationale studies blijkt dat het aanbieden van gratis tandheelkundige diensten het probleem niet oplost. Er zijn extra inspanningen vereist om de doorverwijzing naar de gezondheidsdienst te vergemakkelijken (2, 24, 25).

Mondgezondheidsscreening in het buitenland

Aangezien kinderen een groot gedeelte van hun tijd op school doorbrengen, is het mondonderzoek in de schoolomgeving één van de maatregelen die kan worden gebruikt om vroege opsporing en behandeling van mondgezondheidsproblemen te garanderen. Literatuur uit het buitenland levert echter geen eenduidig bewijs over de effectiviteit van dergelijke interventies op het gebruik van tandheelkundige diensten (30).

Hebbal en Nagarajappa toonden in 2004 aan dat screening in India het percentage schoolkinderen dat de tandarts consulteerde significant deed toenemen; 31% in de interventiegroep en slechts 10% in de controlegroep onderging na verwijzing binnen de drie maand effectief een behandeling (31). De studie van Praveen et al, ook uitgevoerd in India kwam tot gelijkaardige resultaten. Zij toonden aan dat de sterkste predictor om na verwijzing de tandarts te consulteren, eerdere tandartscontroles zijn en de tijd sinds het laatste tandartsbezoek van de ouders (29).

De studie van Donaldson en Kinirons uitgevoerd in Noord-Ierland in 2001 toonde dat het opkomstpercentage bij de tandarts twee maanden na de screening 45,5% bedroeg in de interventiegroep en 27,6% in de controlegroep. Het effect was het grootst in de kansengroepen (24). Ook twee studies uit het Verenigd Koninkrijk uitgevoerd in 1992 kwamen tot gelijkaardige bevindingen (32, 33). Hogere percentages werden maar bereikt door intensievere follow-up van non-responders (24, 33, 34).

Uit de RCT van Burden uit 1994 bleek een specifieke verwijsbrief ook te zorgen voor een hogere follow-up. De specifieke verwijsbrief die ouders aanspoort om advies bij hun tandarts in te winnen om een bepaalde mondpathologie bij hun kind te behandelen was effectiever dan de standaard brief die op een niet specifieke manier ouders aanspoort om een tandarts te consulteren (35).

Daarentegen besloot Milsom et al in 2006 dat het mondonderzoek op school in Engeland slechts een minimale impact heeft op het tandartsbezoek na verwijzing, slechts een klein gedeelte van positief geteste kinderen vindt de weg naar de tandarts voor een gepaste behandeling. Ook slaagt het mondonderzoek er niet in om de kloof in socio-economische ongelijkheid in de mondgezondheidszorg te dichten (15).

Een systematische review van Joury et al. uit 2017 suggereert geen klinisch voordeel van screening op school om de mondgezondheid van kinderen te verbeteren. Routinematig tandheelkundige screening verhoogt mogelijks niet het bezoek van schoolkinderen aan de tandarts. Er is echter veel onzekerheid over deze bevinding vanwege de kwaliteit van het bewijs (14).

Een recente meta-analyse uit 2019 (30) die bovenstaande artikels onder de loep nam besloot dat er een toename is van 16% in het tandartsbezoek, na screening op school. Wanneer de ouders naast deze traditionele screening mede een brief ontvingen die het belang van mondgezondheid benadrukte, volgde er een minimale extra toename. Enkel een brief meegeven aan de ouders, zonder mondonderzoek had geen effect. Screening aangevuld met mondgezondheidseducatie en het aanbieden van gratis tandheelkundige diensten lijkt tandartsbezoek te stimuleren. Echter was enkel de toename van het tandartsbezoek significant in de onderzoeken uitgevoerd in India, maar bij het uitvoeren van een subgroep analyse om te corrigeren voor de populatie, is het effect in de Caucasische populatie slechts minimaal. De auteurs hypothetiseren dat de afwezigheid van betaalbare en goed toegankelijke mondzorg in India aan de basis kan liggen van de grotere respons na screening, met als enige motivator zich kosteloos te kunnen laten behandelen. In tegenstelling tot vele geïndustrialiseerde landen, is er geen verplichte tandheelkundige screening op school. Screening in India wordt voornamelijk uitgevoerd op eigen initiatief door niet gouvernementele instellingen, wat de verminderde efficiëntie in verwijzing kan verklaren.

Omwille van de heterogeniteit in de meta-analyse moeten deze resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Deze systematische review includeerde de studies van Milsom et al. en Cunningham et al. niet omdat de interventie niet per se moest bestaan uit een mondonderzoek maar een brief of brochure over het belang van mondgezondheid ook volstond (14). Twee systematic reviews uit 2017 kwamen tot gelijkaardige resultaten (3,36).

De studie van Tikare, uitgevoerd in Saudi-Arabië in 2017 onderzocht de factoren verantwoordelijk voor het lage percentage verwijzingen die effectief de tandarts consulteert. De meest voorkomende reden is tijdsgebrek bij de ouders, gevolgd door logistieke problemen en ouders die ervan uit gingen dat tandheelkundige behandeling niet belangrijk was als hun kind geen pijn ervaart. De kosten van een tandartsbezoek, schoolafwezigheden

en examens werden minder frequent als barrières gezien (37). Studies in andere landen komen tot gelijkaardige resultaten. Zij voegen toe dat het melkgebit als minder belangrijk wordt geacht door ouders omdat het vervangen wordt door het definitief gebit (29, 32).

Op basis van deze resultaten kan worden geconcludeerd dat er geen kwalitatief hoogstaand bewijs bestaat om de effectiviteit van het mondonderzoek te ondersteunen of te weerleggen. Bovendien waren de studies klinisch heterogeen, waardoor de uitkomst niet te veralgemenen valt (30).

Het duaal proces van klinisch onderzoek en informeren van de ouders over de mondgezondheid van hun kind, kan door aanklappend te werken de motivatie om hun kind naar de tandarts te brengen doen stijgen. Mondgezondheidseducatie, persoonlijke verwijsbrieven en een *reminder* sturen naar de ouders kan een toegevoegde waarde hebben op de effectiviteit van de mondscreening (14).

Eigen onderzoek

Onderzoeksthema

Tandheelkundige screening op school is de afgelopen decennia in verschillende landen opgenomen in hun beleid. De schoolloopbaan is een invloedrijke periode in de ontwikkeling van een kind. Kinderen zijn in deze periode bijzonder receptief voor het aanleren van gezonde gewoontes. De school kenmerkt zich dus als ideale setting om mondgezondheidsbevorderend gedrag bij te brengen (38).

De Scandinavische landen dienen hier als voorbeeld met een lange traditie van publieke organisatie en financiering van een goed uitgestippelde schoolgezondheidszorg voor alle kinderen en jongeren tot 18 jaar (39). Daarbij ligt de nadruk op preventie en gezondheidseducatie voor studenten, schoolpersoneel en ouders (40). Uit epidemiologische gegevens op lange termijn blijkt dat tandheelkundige kennis, attitudes, gedrag en de gezondheidstoestand van de kinderen hierdoor sterk verbeterd (41).

Ondanks de verschillende aangetoonde negatieve gezondheidseffecten van een slechte mondgezondheid bestaan er bij navraag in het werkveld, zowel wat betreft het uitvoeren van de mondgezondheidsscreening als in de verwijzing naar de tandarts en opvolging door de CLB-arts, hiaten. Verwijzingen worden niet opgevolgd en hierdoor is informatie over effectief tandartsbezoek na verwijzing door de CLB-arts schaars en onbetrouwbaar (1).

Onderzoeksdoel

In deze studie wordt er gepeild naar de kennis en aanpak van de mondgezondheidsscreening bij jeugdartsen en –verpleegkundigen. Op basis van de resultaten zal er gekeken worden waar er moet bijgestuurd worden. Zo wordt beoogd om te komen tot een uniforme uitvoering en verwijzing na de mondgezondheidsscreening en een betere opvolging van de mondgezondheid van jonge kinderen in het kader van de jeugdgezondheidszorg.

Onderzoeksvragen

Hoe uniform wordt de mondgezondheidsscreening tijdens een systematisch contactmoment uitgevoerd? Meer bepaald

- wordt tandartsbezoek in het afgelopen jaar nagevraagd?
- welke variabelen bij een leerling bepalen of de onderzoeker een klinisch mondonderzoek uitvoert?
- wordt mondhygiëne en mondgezond gedrag aangeleerd/bevraagd?

Methodologie

Onderzoeksdesign

De studie bestaat uit een kwantitatief exploratief, observationeel cross-sectioneel onderzoek, uitgevoerd bij CLB-artsen en verpleegkundigen, waarin werd nagegaan hoe de mondgezondheidsscreening wordt uitgevoerd. Dit gebeurde aan de hand van een gestructureerde online vragenlijst. Er werd gekozen om deze vragenlijst online af te nemen om de drempel tot deelname van CLB-artsen en -verpleegkundigen kleiner te maken.

Populatie

Voor deze studie is er gestreefd naar een zo groot mogelijke steekproefomvang. De vragenlijsten werden online afgenomen in de 4 netten: Centra voor leerlingenbegeleiding van het gemeenschapsonderwijs (CLB – GO!), Vrije Centra voor leerlingenbegeleiding (Vrij – CLB) en Centra voor leerlingenbegeleiding van de Steden en Gemeenten (OVSG) samen met de Centra voor leerlingenbegeleiding Provinciaal Onderwijs Vlaanderen (POV). Deze gegevens werden verkregen via het Agentschap voor Onderwijsdiensten die een lijst ter beschikking heeft van alle CLB in Vlaanderen. Alle CLB werden uitgenodigd om hun verpleegkundigen en artsen te sensibiliseren voor deelname aan dit onderzoek. Indien de respons uit een bepaald centrum uitbleef werd na 14 dagen een *reminder* verstuurd. Gedurende de maand januari 2021 werden de data voor deze studie verzameld.

Inclusiecriteria

- Artsen en verpleegkundigen uit de verschillende netten: Vrij CLB, CLB GO!, OVSG, POV

Exclusiecriteria

-/

Meetinstrument

De studie werd uitgevoerd aan de hand van een online vragenlijst. Deze vragenlijst werd opgesteld op basis van de literatuur en overleg met een expert op het vlak van kindertandheelkunde, dr. Dominique Declerck. De vragenlijst werd op voorhand gevalideerd door dr. Katelijne Van Hoeck, jeugdarts en coördinator van de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor jeugdgezondheidszorg. Na aanpassingen op basis van haar feedback, werd de vragenlijst in een voorstudie ingevuld door 3 artsen en 2 verpleegkundigen behorende tot verschillende leeftijdscategorieën. Zij vonden de vragenlijst duidelijk en interessant. De kleine opmerkingen die ze hadden in het kader van de formulering van bepaalde vragen werden meegenomen.

De vragenlijst bevat zowel meerkeuze vragen als open vragen. Bij verschillende meerkeuzevragen konden de respondenten bij de optie 'andere' een aanvullend antwoord neerschrijven. Hieronder vindt u een kort overzicht van de vragen. Meer details kan u vinden op de gebruikte vragenlijst in bijlage.

De vragenlijst werd opgedeeld in 4 verschillende secties. In de eerste sectie werden sociodemografische gegevens verzameld. Het geslacht, geboortejaar, functie, aantal jaar ervaring en de hoofdopdrachtgever werden bevestigd.

In de tweede sectie werd informatie over de huidige uitvoering van de mondgezondheidsscreening verzameld op basis van een aantal stellingen. Het gaat hierbij onder meer over het bevragen van de mondgezondheid en het tandartsbezoek aan zowel ouder als leerling, het poetsen van de tanden en het geven van mondgezondheidsadvies. Hierbij werd er verduidelijking gevraagd welk advies er concreet gegeven wordt (*afbouwen van duimzuigen, afbouwen van zuigfles en langdurig verdergezette borstvoeding, gebruik van fluoride, bevorderen van water als dorstlesser, bevorderen van rookstop, afraden van frisdrank en alcohol, afraden van piercings, afraden van drugs, beperking van het aantal tussendoortjes, andere, geen*). Er werd vervolgens ook nagevraagd wat de indicaties voor een klinisch mondonderzoek zijn (*steeds, specifieke leeftijd, kansarm, OKAN, buitengewoon onderwijs, nog nooit naar de tandarts geweest, in de laatste 12 maanden niet naar de tandarts geweest, vermoeden van aangetaste tanden, geen gevolgen gegeven aan verwijzing in verleden, nieuwe leerling, leerling die klaagt over tandpijn, pijn in de mond, val, andere of geen enkel van bovenstaande groepen*). Er werd ook bevestigd hoe dit klinisch mondonderzoek gebeurde (*stompe sonde en mondspiegel, tongspatel en lampje, enkel een lampje, andere of geen*). Tenslotte werd er bevestigd waarop het gebit nagekeken wordt (*manifeste cariës, tandplaque, tandsteen, erosie, gingivitis, afwijkende tandstand, effect van duimzuigen effect van langdurig gebruik van zuigfles, andere en geen*).

In de derde sectie werd het doorverwijzingsprofiel bepaald door na te vragen onder welke omstandigheden de arts een leerling verwijst naar de tandarts (*leerling nog nooit bij de tandarts geweest, de voorbije 12m niet bij de tandarts geweest, slechte mondhygiëne, cariës,*

erosie, problemen met de tandstand, problemen met afbouwen fopspeen of duim, andere, niet) en het opvolgen van de verwijzing met eventueel een rappel.

In de laatste sectie werd de eigen mening over het mondonderzoek nagegaan aan de hand van stellingen. Deze stellingen werden beoordeeld aan de hand van een Visueel Analoge Schaal. De vragenlijst bestond uit 26 vragen. De invultijd werd berekend via het programma Qualtrics en bedroeg gemiddeld 5 tot 10 minuten.

Gegevensverzameling en analyse

In de vragenlijst is er voornamelijk gebruik gemaakt van meerkeuzevragen, om deelname snel en eenvoudig te maken en zo de responsgraad positief te beïnvloeden. Indien bepaalde vragen onbeantwoord bleven of foutief werden ingevuld, werden deze vragen geëxcludeerd uit de vragenlijst. De vragenlijst werd opgesteld via de software Qualtrics (toegang via de KULeuven). Een oproep tot het invullen van de vragenlijst en een link naar de online vragenlijst werd via het algemeen e-mailadres van het CLB-centrum doorgemailed met vraag deze te verspreiden onder hun artsen en verpleegkundigen. Na 14 dagen werd een *reminder* verstuurd.

De data werden verder verwerkt in Excel. Er werd gebruik gemaakt van formules in Excel, waarmee percentages, gemiddeldes en standaarddeviaties werden berekend om gegevens samen te vatten voor de beschrijvende analyses. Om de statistische significantie tussen groepen na te gaan werd gebruik gemaakt van de Fisher's Exact test en zijn uitbreiding: de Freeman-Halton extension.

Dataproductie

De link naar de online vragenlijst voor CLB medewerkers werd via e-mail verzonden naar het algemeen e-mail adres van het CLB met vraag deze door te sturen naar hun artsen en verpleegkundigen. Na 10 dagen werd een *reminder* verstuurd om de respons positief te beïnvloeden. Het invullen van de vragenlijst was volledig vrijwillig en anoniem.

Het studieprotocol en bijhorende documenten werden ingediend bij de ethische commissie (MP016440).

De gegevens werden via het programma Qualtrics anoniem verzameld. Alle data werden anoniem verwerkt. Het IP-adres van de respondent werd niet verwerkt en er werden verder ook geen identificatiegegevens verzameld. De datawarehouse van het CLB is geanonimiseerd, daar het enkel mogelijk is groepen uit Lars te halen.

Alle data werden tijdens het project met vertrouwelijkheid behandeld. De data werden verzameld in functie van wetenschappelijk onderzoek in het kader van de masterproef.

De documenten werden op de persoonlijke computer van de kandidaat, afgeschermd met een persoonlijk paswoord, of op een beveiligde server van de KULeuven bewaard.

Resultaten

Respons en exclusie

Voor de verdeling van de vragenlijsten werden alle 140 vestigingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding aangeschreven, aan de hand van 60 e-mail adressen verkregen via de website <https://data-onderwijs.vlaanderen.be/>. Verschillende hoofdzetels hebben meerdere vestigingen waarvan het centraal e-mailadres identiek is. De enquête was online toegankelijk van 18 januari tot 7 februari 2021. Via het programma Qualtrics werd de vragenlijst per automatische e-mail verstuurd. Hierop volgde een respons van slechts 30 participanten. De beperkte respons valt te verklaren door de te sterke beveiliging van de servers van bepaalde centra. Wanneer deze personeelsleden de vragenlijst wilden invullen kregen zij een foutmelding te zien. Na 10 dagen werd een *reminder* met een anonieme link verstuurd vanuit het CLB e-mailadres van de onderzoeker zelf, om dergelijke foutmelding te voorkomen.

Door de sterke toename in het aantal besmettingen met SARS-CoV-2 tijdens de tweede golf werd de werkdruk op de Centra voor Leerlingbegeleiding erg hoog met het uitvoeren van de contacttracing van een besmette leerling op school. Dit had een grote impact op de responsgraad: bepaalde directies beslisten namelijk om de vragenlijst betreffende mondgezondheid niet onder hun artsen en verpleegkundigen (PMW) te verdelen. Om alsnog personeelsleden uit deze centra te kunnen bereiken werd er gebruik gemaakt van sociale media. De vragenlijst werd via een anonieme link in de Facebook groep 'CLB-medewerker' geplaatst.

Bij het afsluiten van de vragenlijsten werden er 155 deelnames genoteerd over de verschillende netten heen. Voor de start van de analyse dienden we eerste verschillende respondenten te excluderen uit de databank. De reden was hiervoor telkens dezelfde, een onvolledig ingevulde vragenlijst. Door 2 personen werd er geen consent gegeven. Verder gaven 8 personen wel een consent maar vulden verder geen enkele vraag in. Nog eens 9 personen vulden enkel de eerste algemene vragen in. Eén persoon vulde enkel het laatste gedeelte betreffende de eigen mening aan de hand van een visueel analoge schaal niet in. Daar de rest van de vragenlijst wel relevante informatie bevat wordt deze persoon niet geëxcludeerd. Uiteindelijk werden zo 19 personen geëxcludeerd en weerhouden we 136 vragenlijsten die verder geanalyseerd zullen worden.

In Vlaanderen worden in totaal 1208 medische personeelsleden op het CLB gefinancierd door de Vlaamse Overheid, waarvan 355 betrekkingen voor een arts en 853 voor een verpleegkundige. Deze betrekkingen zijn over het algemeen deeltijdse functies. Deze functies zijn verspreid over 57 hoofdzetels, in verhouding tot het aantal gewogen leerlingen dat een CLB begeleidt.

In tabel 1 wordt het aantal deelnemers in de steekproef en de responsgraad weergegeven.

Het totaal aantal CLB-artsen en verpleegkundigen bedraagt 1208 (N=1208). Op basis van het aantal ingevulde vragenlijsten bekomen we zo een steekproef van 12,8%.

Tabel 1: Participatiegraad in functie van type medewerker.

	DEELNEMERS	POPULATIE	PARTICIPATIEGRAAD
ARTSEN	57	355	16,05%
VERPLEEGKUNDIGEN	89	853	10,43%
BLANCO FUNCTIE	9	1208	0,74%
TOTAAL	155	1208	12,83%

Beschrijving van de steekproef

In tabel 2 zien we de verdeling van de steekproef per CLB-net. Hier zien we dat het vrij CLB het grootste deel uitmaakt van de steekproef, gevolgd door het CLB-GO! en het CLB-OVSG. Er is slechts 1 deelname vanuit het Provinciaal CLB. Om *response bias* na te gaan werden de proporties in beide groepen volgens CLB-net vergeleken aan de hand van de Chi-kwadraattest.

Om een beter zicht te krijgen op mogelijke response-bias vergeleken we de proporties in beide groepen volgens CLB-net, voor elke beroepsgroep apart en volgens beroepsgroep in het algemeen. Hieruit blijkt dat de steekproef van de artsen niet significant verschilt van de populatie artsen op basis van CLB-net ($P=0,516$). Dit is wel het geval bij de verpleegkundigen, waarbij het CLB-OVSG oververtegenwoordigd is in de steekproef ($P=0,028$). Als de proporties in de steekproef vergeleken worden met de populatie op basis van beroepsgroep zien we dat de artsen met 15,5% licht oververtegenwoordigd zijn in de steekproef ten opzichte van de verpleegkundigen met 9,5% ($P=0,079$).

Tabel 2: Aantal artsen en verpleegkundigen (PMW) per CLB-net en hun aandeel in de steekproef.

	AANTAL DEELNAMES	AANTAL ARTSEN	AANTAL VERPLEEGKUNDIGEN	PERCENTAGE
VRIJ-CLB	86	40	46	63,24%
CLB-GO!	30	8	22	22,06%
CLB-OVSG	17	5	12	12,50%
PROVINCIAAL CLB	1	1	0	0,74%
BLANCO	2	1	1	1,47%
TOTAAL	136	55	81	100%

	AANTAL CLB	AANTAL ARTS	PROCENTUELE VERDELING POPULATIE	RESPONS	PROCENTUELE VERDELING RESPONDENTEN
VRIJ-CLB	33	245	69,01%	40	74,07%
CLB-GO!	19	85	23,94%	8	14,81%
CLB- OVSG	3	25	7,04%	5	9,26%
POV-CLB	2	5	1,41%	1	1,85%
TOTAAL	57	355	100%	54	100%

	AANTAL CLB	AANTAL PMW	PROCENTUELE VERDELING POPULATIE	REPONS	PROCENTUELE VERDELING RESPONDENTEN
VRIJ-CLB	33	550	64,48%	46	57,50%
CLB-GO!	19	235	27,55%	22	27,50%
CLB- OVSG	3	58	6,80%	12	15%
POV-CLB	2	19	2,23%	0	0%
TOTAAL	57	853	100%	80	100%

Demografische gegevens

In de Centra voor Leerlingenbegeleiding werken voornamelijk vrouwen. Dit weerspiegelt zich ook in de steekproef waarbij de vragenlijst werd ingevuld door 5,2% mannen.

De leeftijd van de deelnemers uit de steekproef wordt berekend op basis van hun geboortejaar. Bij de berekening werd hun geboortejaar afgetrokken van het jaar 2021 (start van het onderzoek). Hieruit kan afgeleid worden dat de leeftijd bij de artsen schommelt tussen 27 en 68 jaar. Bij de verpleegkundigen schommelt de leeftijd tussen 24 en 62 jaar. De gemiddelde leeftijd bij de artsen bedraagt 41,7 jaar (SD= 10,7) en bij de verpleegkundigen 43,7 jaar (SD= 10,1). Daar we niet over de exacte geboortedatum beschikken is dit slechts een benadering. Uit de univariate variantieanalyse blijkt dat de verdeling van de leeftijden tussen de 3 netten bij de verpleegkundigen niet significant verschillend was ($P= 0,850$). Ook bij de artsen was dit het geval ($P= 0,980$). Vermits er slechts 1 respondent uit het Provinciaal CLB genoteerd werd, wordt dit CLB-net niet meegenomen in verdere analyses.

Werkgerelateerde gegevens

Alle respondenten die deze vragenlijst invulden werken per definitie in de preventieve sector. Gemiddeld genomen werken zij 11,8 jaar bij het CLB (SD= 9,3), waarvan de artsen 9,9 jaar en de verpleegkundigen 13,1 jaar. 37,1% heeft 15 jaar of meer ervaring. Bijna 4 op de 10 respondenten heeft een voorgeschiedenis in de curatieve sector (38,2%). Gemiddeld genomen gaat het om een werkervaring van 8,7 jaar (SD= 8,3). Bij bijna de helft hiervan gaat het om een relatief korte periode van minder dan 5 jaar (42,3%), 15% van de respondenten heeft ook ervaring in een andere zorgsector zoals een woonzorgcentrum of thuisverpleging. Met behulp van een univariate variantieanalyse bleek dat de verdeling van het aantal jaren werkervaring bij het CLB tussen de netten niet significant verschilde ($P= 0,940$).

Huidige uitvoering van het mondonderzoek

Ouderbrief

Voor de start van een systematisch contactmoment krijgen ouders een vragenlijst mee naar huis. In deze vragenlijst wordt er onder andere gepeild naar de mondgezondheid van het kind. Als er op de ouderbrief staat aangeduid dat het kind in het laatste jaar niet naar de tandarts is geweest, bevraagt 28,1% in de totale steekproef de mondgezondheid verder niet. 34,8% doet dit zoals voorgeschreven altijd. Aan de hand van de Fisher's Exact test werd er nagegaan dat er geen significant verschil is tussen de 3 CLB-netten ($P= 0,053$). Wel zien we een significant verschil tussen de artsen en de verpleegkundigen ($P= 0,020$). De helft van de artsen bevraagt steeds de mondgezondheid indien blijkt dat het kind in het laatste jaar niet meer naar de tandarts is geweest, terwijl dit bij de verpleegkundigen slechts een kwart is. Eén op vijf artsen bevraagt de mondgezondheid niet, ten opzichte van een derde van de verpleegkundigen.

Tabel 3: bevragen van de mondgezondheid indien het kind in het laatste jaar niet naar de tandarts ging in functie van type medewerker.

	STEEDS	NOOIT	BEPAAALDE SITUATIE
ARTSEN	50,00%	20,37%	29,63%
VERPLEEGKUNDIGEN	24,69%	33,33%	41,98%
ALGEMEEN	34,81%	28,15%	37,04%

Systematisch contactmoment 1KK

Het systematisch contactmoment van de eerste kleuterklas wordt uitgevoerd in aanwezigheid van de ouders. Hier geeft 80,6% aan altijd tandartsbezoek in het laatste jaar te bevragen, 9,7% bevraagt de ouders hierover nooit. Ook hier toont de Fisher's Exact test dat er geen verschil bestaat tussen de 3 netten ($P= 0,052$). We zien geen significant verschil tussen de artsen en de verpleegkundigen ($P= 0,053$). Deze cijfers liggen in lijn met het bevragen van dagelijks tandenpoetsen. 73,1% doet dit altijd, 14,2% nooit. Het valt op dat van de 30 respondenten aangesloten bij het GO! niemand het tandenpoetsen niet navraagt, meer dan 8 op de 10 doet dit steeds, wat duidelijk significant hoger ligt dan in de andere netten waarbij het vrij-CLB 70,9% en het CLB-OVSG 64,7% scoren. ($P= 0,018$).

Tabel 4: bevragen van tandenpoetsen aan de ouders in functie van CLB-net.

	STEEDS	NIET	BEPAAALDE SITUATIES
VRIJ-CLB	70,93%	17,44%	11,63%
CLB-GO!	82,14%	0%	17,86%
CLB-OVSG	64,71%	23,53%	11,76%
ALGEMEEN	73,13%	14,18%	12,69%

Overige systematische contactmomenten

Tijdens de systematische contactmomenten vanaf het eerste leerjaar bevrageet 29,4% van de respondenten het tandartsbezoek aan de leerling zelf. Er is een duidelijk statistisch significant verschil tussen artsen en verpleegkundigen. Bijna 4 op 10 artsen vraagt dit steeds na in vergelijking met slechts een kwart van de verpleegkundigen ($P= 0,005$). Er is geen significant verschil tussen de netten ($P= 0,088$). Bij het navragen van het tandenpoetsen aan de leerling zelf noteren we gelijkaardige cijfers: meer dan 4 op de 10 vraagt dit steeds na, bijna een kwart doet dit niet. Ook hier zien we een significant verschil naargelang beroepsgroep waarbij de helft van de artsen dit steeds navraagt, ten opzichte van 34,6% van de verpleegkundigen. 10,9% van de artsen vraagt tandenpoetsen aan de leerling niet na, ten opzichte van 32,1% van de verpleegkundigen. We noteren geen verschil tussen de netten.

Tabel 5: bevragen van tandartsbezoek en tandenpoetsen aan de leerling zelf in functie van type medewerker.

TANDARTSBEZOEK	STEEDS	NIET	BEPAAALDE SITUATIE
ARTSEN	38,18%	14,55%	47,27%
VERPLEEGKUNDIGEN	23,46%	37,04%	39,51%
ALGEMEEN	29,41%	27,94%	42,65%

TANDENPOETSEN	STEEDS	NIET	BEPAAALDE SITUATIE
ARTSEN	50,91%	10,91%	38,18%
VERPLEEGKUNDIGEN	34,57%	32,10%	33,33%
ALGEMEEN	41,18%	23,53%	35,29%

Advies

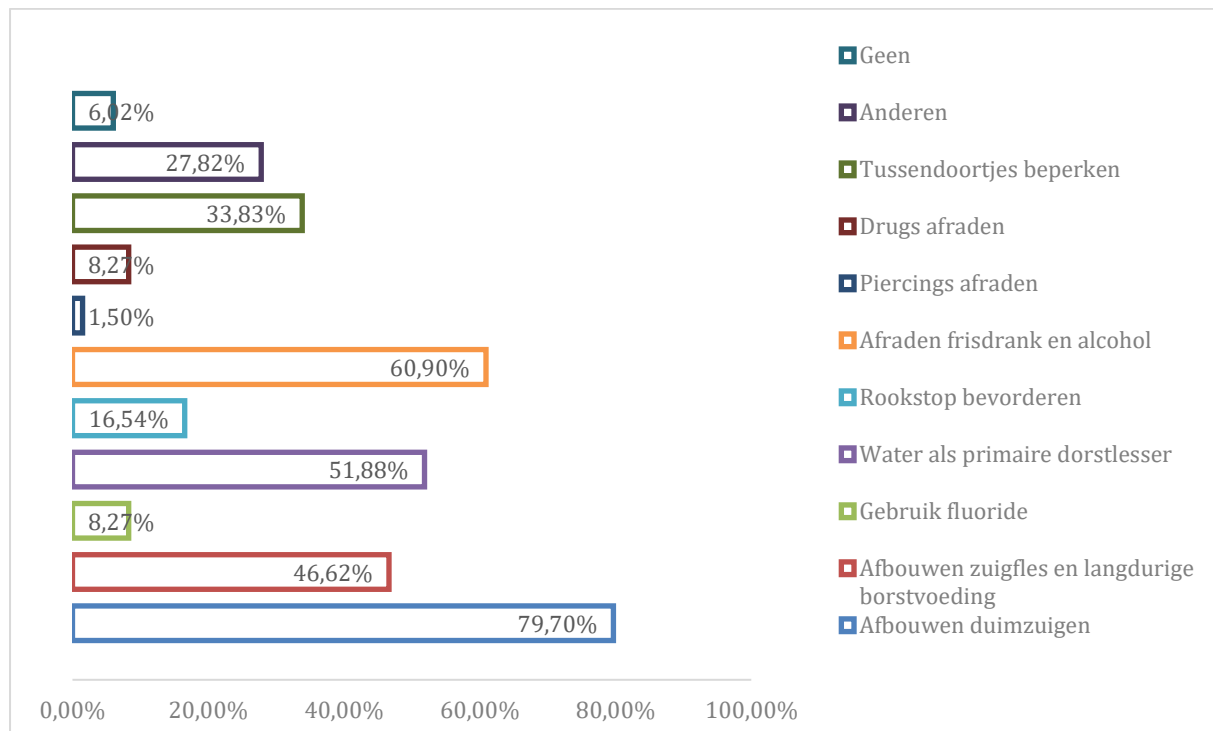
Tijdens het systematisch contactmoment geeft 3 op de 10 respondenten aan mondgezondheidsadvies aan de leerling te verstrekken, minder dan 1 op 10 doet dit niet. Bij meer dan 6 op 10 is het afhankelijk van de situatie. We zien geen significant verschil naargelang CLB-net en beroepsgroep.

Het meest voorkomende advies dat wordt meegegeven houdt in duimzuigen af te bouwen. Verder wordt er ook regelmatig geadviseerd om frisdrank en alcohol te beperken, water als primaire dorstlesser te nuttigen, gevolgd door het gebruik van een zuigfles en langdurig verder gezette borstvoeding af te bouwen en het aantal tussendoortjes te beperken. Van diegene die aanraden om frisdrank en alcohol te beperken, moedigt bijna 7 op de 10 ook aan om water als primaire dorstlesser te gebruiken. 95% van de respondenten die aangaf om het gebruik van een zuigfles en langdurig verdergezette borstvoeding te minderen bespreekt ook het afbouwen van duimzuigen.

Bijna 3 op de 10 respondenten geeft bijkomend advies. In de meeste gevallen gaat dit over bijkomende info rond het tandenpoetsen: het belang van tandenpoetsen, de frequentie (2 maal per dag minimaal, indien 1 maal bij voorkeur 's avonds), napoetsen tot de leeftijd van 8-9 jaar, het vervangen van de tandenborstel om de 4-5 maanden, het tijdstip van tandenpoetsen (niet onmiddellijk na de maaltijd), uitleg over correct poetsen.

Verder wordt er ook informatie gegeven over de terugbetaling van het tandartsbezoek, het beperken van snoep/suiker en het afbouwen van een fopspeen. Er wordt ook aangegeven advies te verstrekken over openmondgedrag en glazuurbeschadiging.

Figuur 1: adviezen gegeven tijdens de systematische contactmomenten door artsen en verpleegkundigen.



Klinisch mondonderzoek

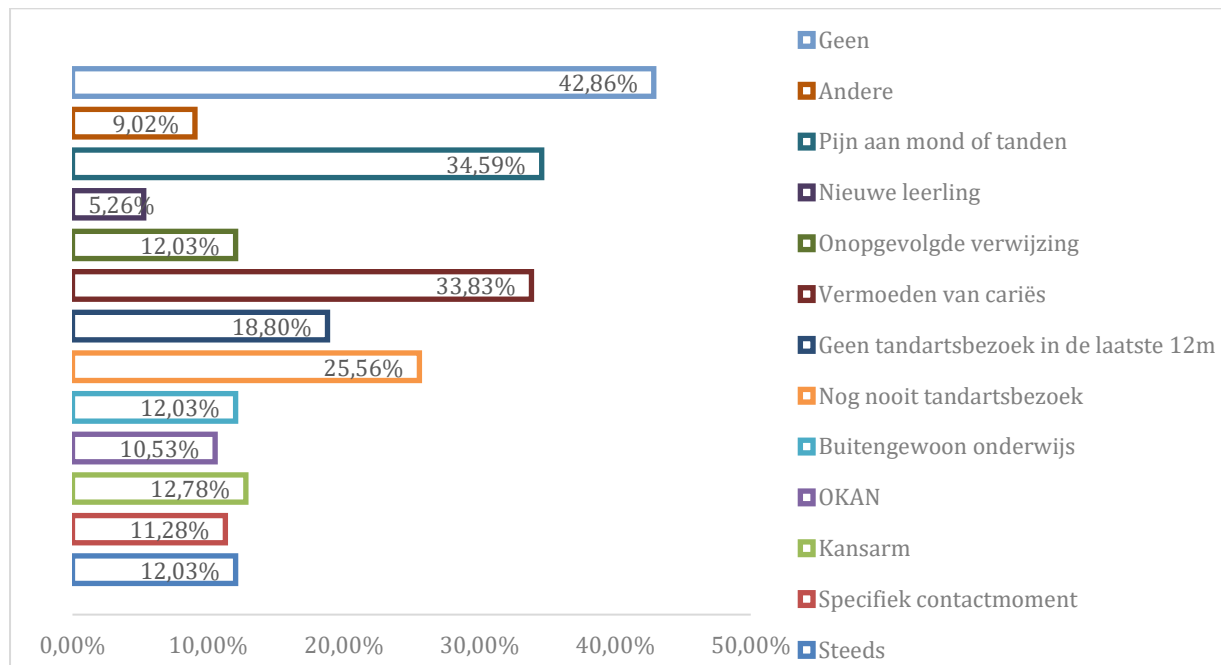
Meer dan 4 op de 10 respondenten geeft aan nooit een klinisch mondonderzoek uit te voeren. 95% hiervan zijn verpleegkundigen. Een vaak voorkomend antwoord is dat dit de taak van de arts inhoudt. Bij de artsen zien we dat slechts 5,5% nooit een klinisch mondonderzoek uitvoert, terwijl meer dan een kwart van de artsen dit altijd uitvoert. Er is hierbij geen statistisch significant verschil in de verdelingen tussen de netten (Fisher's Exact test verpleegkundigen: $P=0,944$, artsen: $P=0,578$).

2 op de 10 verpleegkundigen voert wel een klinisch mondonderzoek uit wanneer er een vermoeden van cariës is en bij een kind dat klaagt over tandpijn, pijn in de mond of gevallen is op een tand.

De meest voorkomende indicatie waarop een arts een klinisch mondonderzoek uitvoert is een kind dat klaagt over tandpijn, pijn in de mond of gevallen is op een tand, gevolgd door een vermoeden van door cariës aangetaste tanden, een kind dat nog nooit bij de tandarts is geweest of in de laatste 12 maanden niet naar de tandarts ging.

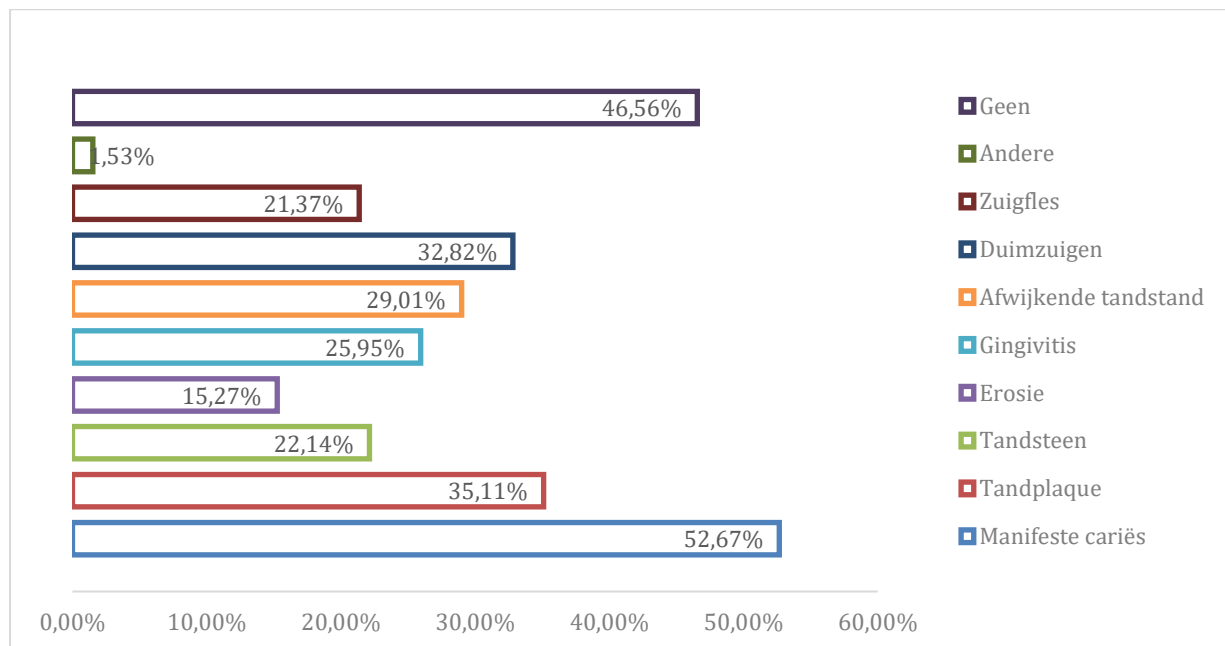
Bijna een kwart van de artsen voert tijdens een specifiek consult een klinisch mondonderzoek uit: 9 op de 10 van hen voert dit uit in het eerste leerjaar, bijna de helft ook in de eerste kleuterklas. 1 arts doet dit ook tijdens het contactmoment van het derde secundair.

Figuur 2: indicaties waarop artsen en verpleegkundigen een klinisch mondonderzoek uitvoeren.



Alle respondenten die een klinisch mondonderzoek uitvoeren kijken het gebit steeds na op manifeste cariës. 35,1% beoordeelt ook de aanwezigheid van tandplaque. De effecten van duimzuigen worden door 32,8% nagegaan. Bijna 3 op de 10 personen kijkt de tandstand na. Een kwart screent op de aanwezigheid van gingivitis. 2 op de 10 personen kijkt de aanwezigheid van tandsteen en de effecten van langdurig gebruik van een zuigfles na.

Figuur 3: aandoeningen waarop gescreend wordt tijdens het klinisch mondonderzoek.

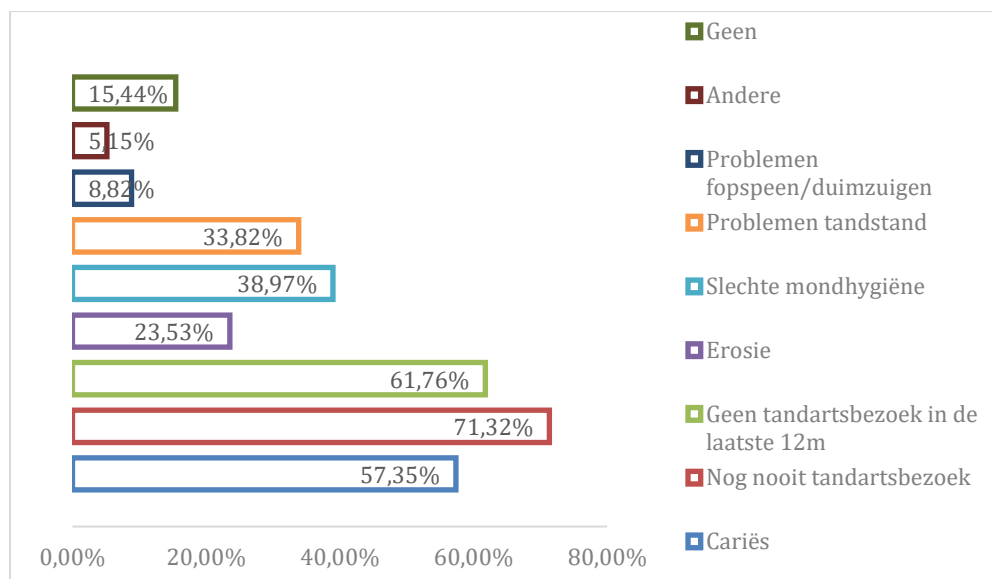


Het mondonderzoek wordt in 32,8% uitgevoerd met een tongspatel en lampje, in 13,4% enkel met een lampje. Een kleine minderheid gebruikt hiervoor een stompe sonde. De helft van de respondenten duidt aan dat ze geen klinisch mondonderzoek uitvoeren.

Verwijzing

7 op de 10 respondenten verwijst een kind als het nog nooit bij de tandarts is geweest. 6 op de 10 doet dit ook wanneer ze enkel de voorbije 12 maanden niet meer geweest zijn. Bijna 6 op de 10 verwijst naar de tandarts bij het vaststellen van cariës. Voor erosie is dit bijna een kwart van de respondenten. Bij het vaststellen van een algemene slechte mondhygiëne verwijst bijna 4 op de 10 door. 33,8% verwijst bij een afwijkende tandstand. Bij problemen met afbouwen van een fopspeen of duimzuigen verwijst bijna 1 op de 10 door naar de tandarts. 15,4% van de respondenten geeft aan dat ze niet doorverwijzen naar de tandarts. Het gaat hierbij om 20 verpleegkundigen en 1 arts. In de opmerkingen lezen we dat deze verpleegkundigen dit de taak van de arts vinden, of dat ze niet specifiek verwijzen maar een gericht advies meegeven. Wel is er een significant verschil tussen de netten waarbij 37% van de verpleegkundigen van het vrij-CLB aangeven niet te verwijzen, terwijl dit bij het CLB-GO! En het CLB-OVSG slechts respectievelijk 9,1% en 8,3% is (Fisher's Exact test $P=0,017$).

Figuur 4: indicaties waarop artsen en verpleegkundigen verwijzen tijdens een klinisch mondonderzoek.



Van zij die doorverwijzen als een kind nog nooit naar de tandarts is geweest zal 80,4% ook doorverwijzen als het kind in de laatste 12 maanden niet meer bij de tandarts is geweest, terwijl 67% ook doorverwijst bij het vaststellen van cariës. Andersom zien we dat 83,3% van de personen die doorverwijst voor cariës en 92,5% voor een algemene slechte mondhygiëne, ook doorverwijst wanneer het kind nog nooit bij de tandarts geweest is. 93,8% van de personen die doorverwijst bij erosie, verwijst ook door bij cariës.

Slechts 14,2% controleert of een verwijsbrief ingevuld werd teruggestuurd. Bijna de helft van de respondenten doet dit niet. We zien hier geen statistisch significant verschil tussen de

netten en beroepsgroep (Fisher's Exact Test: respectievelijk $P=0,856$ en $P=0,942$). Indien de verwijsbrief onbeantwoord bleef, zien we dat 1 op 10 een rappel stuurt. Bijna 6 op 10 respondenten doen dit niet en 3 op 10 enkel in bepaalde omstandigheden.

Van de 19 personen die steeds controleren of de verwijsbrief ingevuld teruggestuurd werd, versturen 9 steeds een rappel indien ze geen antwoord ontvingen. 8 personen doen dit enkel in bepaalde situaties, 2 personen doen dit niet. Hier zien we wel een significant verschil tussen de netten waarbij 65,5% van de respondenten van het vrij-CLB geen rappel versturen, ten opzichte van 46,7% bij het CLB-GO! en 41,2% bij het CLB-OVSG (Fisher's Exact test $P=0,040$).

Attitude ten opzichte van de mondgezondheid

De respondenten zijn het voor meer dan 80% eens met de stellingen die het belang van mondgezondheid benadrukken (helemaal eens, gedeeltelijk eens). Dit is zo voor wat betreft de negatieve gevolgen van een slechte mondgezondheid en het belang van tandartsbezoek en voor het effect van de mondgezondheid op de algemene gezondheid. Het valt op dat alle respondenten helemaal of gedeeltelijk akkoord gaan met de stelling *'Een goede mondgezondheid is belangrijk voor de algemene gezondheid van kinderen'*. Alleen het vertrouwen in het belang van een tandartsbezoek 2 keer per jaar scoort lager, namelijk 82,9%. 6 respondenten (6%) zijn het hier gedeeltelijk mee oneens en 2 (2%) helemaal oneens.

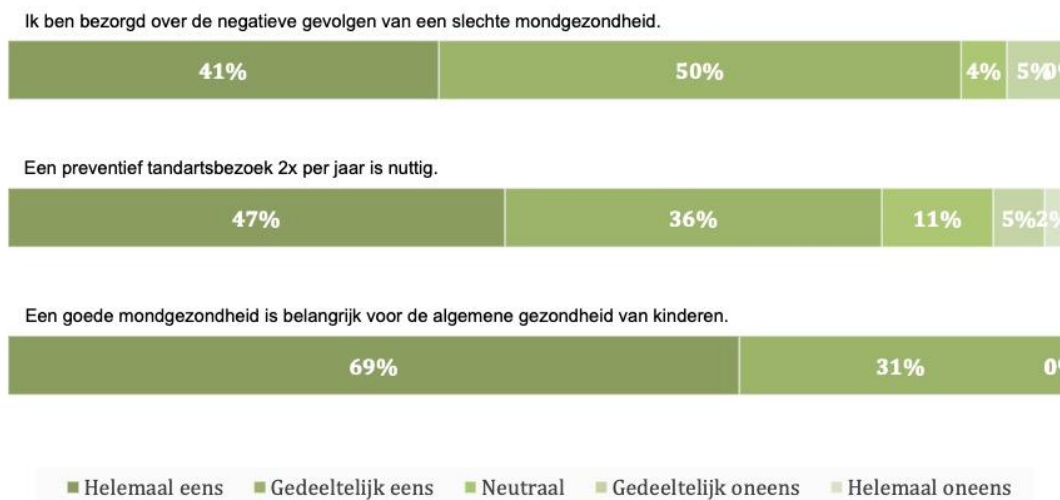
Wanneer we de proporties artsen en verpleegkundigen bekijken die helemaal of gedeeltelijk akkoord gaan met de stellingen, zien we dat er slechts minieme maar niet statistisch significante verschillen zijn tussen beroepsgroepen en tussen de netten (Fisher's Exact test, respectievelijk $P=0,999$ en $P=0,999$).

We zien dat de artsen en verpleegkundigen van het GO! vaker aangeven minder overtuigd te zijn van het belang van een preventief tandartsbezoek 2 keer per jaar (77,8% t.o.v. 81,8% vrij-CLB en 88,9% CLB-OVSG) maar wel vaker aangeven bezorgd te zijn over de negatieve effecten van een slechte mondgezondheid (96,2% t.o.v. 87,5% vrij-CLB en 93,3% CLB-OVSG).

Wanneer er gekeken wordt naar de leeftijd van de respondenten valt het op dat er kleine maar niet significante verschillen zijn naar de attitude over mondgezondheid. 83,5% van de respondenten ouder dan 35 jaar geeft aan dat een preventief tandartsbezoek 2 keer per jaar belangrijk is, ten opzichte van 81,6% in de groep jonger dan 35 jaar (Fisher's Exact test $P=0,473$). Ook is 92,4% in de groep ouder dan 35 jaar bezorgd naar de negatieve gevolgen van een slechte mondgezondheid, ten opzichte van 86,1% in de groep jonger dan 35 jaar (Fisher's Exact test $P=0,269$).

Het aantal jaar werkervaring is geen determinant van de attitude ten opzichte van mondgezondheid. Het aantal jaar werkervaring is niet statistisch significant voor zowel de stelling over het belang van een preventief tandartsbezoek 2 keer per jaar als de stelling over de bezorgdheid over de negatieve gevolgen van een slechte mondgezondheid (Fisher's Exact test resp. $P=0,885$ en $P=0,750$).

Figuur 5: attitude van artsen en verpleegkundigen ten opzichte van mondgezondheid.



Vaardigheden en kennis van het klinisch mondonderzoek

Slechts 17,9% van de artsen en verpleegkundigen geeft aan zich zelfzeker te voelen tijdens het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek. Meer dan 7 op de 10 geeft aan hiervoor onvoldoende kennis te bezitten en bijna 9 op 10 beschikt over onvoldoende vaardigheden om een klinisch mondonderzoek uit te voeren met stompe sonde en mondspiegel.

Het valt op dat verpleegkundigen zich vaker onzeker voelen bij het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek dan artsen. Er is een statistisch significant verschil waarbij 94,7% van de verpleegkundigen zich onzeker voelt ten opzichte van 36,1% van de artsen (Fisher's Exact test $P= <0,001$). Dit weerspiegelt zich ook in de kennis en vaardigheden die nodig zijn voor het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek. 93,2% van de verpleegkundigen geeft aan niet over voldoende kennis te beschikken ten opzichte van 34,8% van de artsen ($P= <0,0001$). Alle verpleegkundigen bezitten onvoldoende vaardigheden voor het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek, ten opzichte van 7 op de 10 artsen ($P= <0,001$).

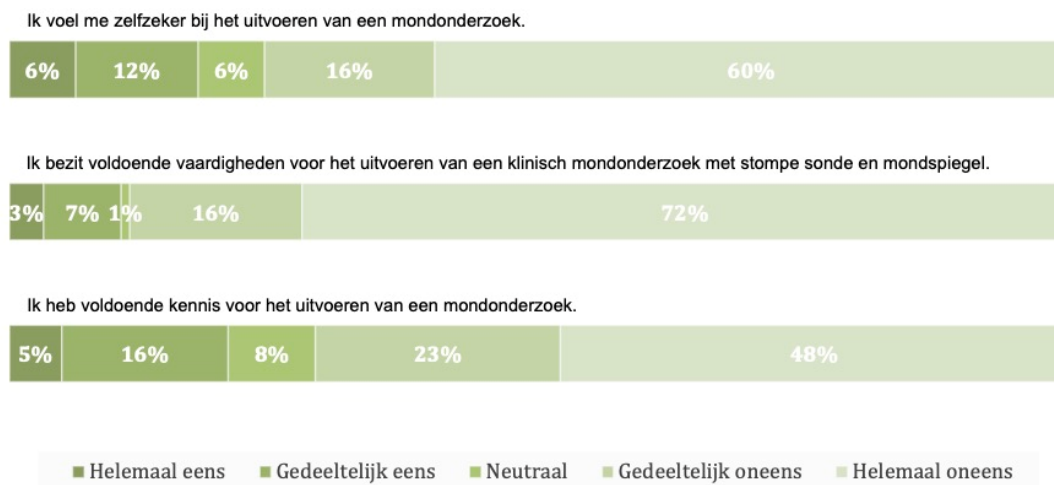
Hoewel niet statistisch significant zien we een trend in de vaardigheden en kennis van het klinisch mondonderzoek tussen de netten. De artsen en verpleegkundigen van het vrij-CLB scoren hoger op zelfzekerheid tijdens de uitvoering van een klinisch mondonderzoek dan in de andere netten (18,6% t.o.v. 14,8% CLB-GO! en 11,1% CLB-OVSG). Ook scoren ze hoger op de benodigde kennis (24% t.o.v. 11,1% CLB-GO! en 12,2% CLB-OVSG). Bij het CLB-GO! scoren ze het laagst op de vaardigheden die ze noodzakelijk achten voor het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek (8% t.o.v. 10% vrij-CLB en 11,1% CLB-OVSG).

Het valt op dat leeftijd geen rol speelt in hoe zelfzeker men zich voelt tijdens het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek. In beide groepen is 18% het helemaal of gedeeltelijk eens met de stelling *'Ik voel me zelfzeker tijdens het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek'*, 76% is het helemaal of gedeeltelijk oneens (Fisher's Exact $P=0,594$). In de groep respondenten ouder dan 35 jaar zien we een hoger percentage dat aangeeft voldoende kennis te hebben voor de uitvoering van het mondonderzoek: 22% ten opzichte van 18% in de jongere groep (Fisher's Exact test $P=0,566$). We zien dat de jongere artsen en verpleegkundigen vaker aangeven dat ze zich vaardig voelen bij het uitvoeren van het klinisch mondonderzoek. 16,7% in de groep jonger dan 35 jaar geeft aan voldoende vaardigheden te bezitten, ten opzichte van 8,1% in de groep ouder dan 35 jaar (Fisher's Exact test $P=0,127$).

Het aantal jaar werkervaring is geen determinant van de benodigde vaardigheden en kennis om het mondonderzoek uit te voeren. In de groep met meer dan 20 jaar werkervaring geeft 26,1% aan over voldoende kennis en 12% over voldoende vaardigheden te beschikken, ten opzicht van 21,3% en 12,1% in de groep met minder dan 10 jaar werkervaring (Fisher's Exact test resp. $P=0,665$ en $P=0,742$). Het valt op dat personen met een werkervaring tussen 10-20 jaar het laagste scoren, 16,2% geeft aan over voldoende kennis te beschikken en 7,5% over voldoende vaardigheden.

Ook als er gekeken wordt naar zich zelfzeker voelen tijdens het mondonderzoek zien we dat het aantal jaar werkervaring geen determinant is. In de groep met minder dan 10 jaar werkervaring is 16,7% het eens met de stelling *'Ik voel mij zelfzeker tijdens het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek'*, in de groep met 10-20 jaar werkervaring is 22,2% het eens, in de groep met meer dan 20 jaar werkervaring bedraagt dit 13,6% (Fisher's Exact test $P=0,720$).

Figuur 6: vaardigheden en kennis van artsen en verpleegkundigen over het klinisch mondonderzoek.



Plaats van het klinisch mondonderzoek in het systematisch contactmoment

Meer dan de helft van de deelnemers is het gedeeltelijk of volledig eens met de stelling 'Het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek vormt voor mij een meerwaarde bij het systematisch contactmoment'. 37,3% is het met bovenstaande stelling helemaal of gedeeltelijk oneens.

Tussen de netten zien we kleine maar niet significante verschillen (Fisher's Exact test $P=0,531$). De artsen en verpleegkundigen van het CLB-GO! scoren het laagst op het nut van een klinisch mondonderzoek tijdens het systematisch contactmoment: slechts 38,1% vindt het een meerwaarde terwijl 5 op de 10 respondenten hier niet van overtuigd is. Met 56,1% zijn de artsen en verpleegkundigen van het vrij-CLB het meest overtuigd, gevolgd door het CLB-OVSG, waarvan 46,7% akkoord is.

Er is een significant verschil tussen de artsen en verpleegkundigen (Fisher's Exact test $P=0,025$). 7 op de 10 artsen is ervan overtuigd dat een klinisch mondonderzoek een belangrijke plaats heeft in een systematisch contactmoment, terwijl dit bij de verpleegkundigen maar 4 op de 10 is.

Ook leeftijd blijkt statistisch significant te zijn in de rol van het klinisch mondonderzoek tijdens het systematisch contactmoment (Fisher's Exact test $P=0,038$). In de oudere groep zien we dat 45,7% overtuigd is, terwijl dit in de jongere groep 68,8% is.

Ook werkervaring blijkt een determinant te zijn van het belang van het klinisch mondonderzoek tijdens het systematisch contactmoment (Fisher's Exact test $P=0,020$). We zien dat naarmate de werkervaring toeneemt, artsen en verpleegkundigen kritischer staan ten opzichte van het belang van een mondonderzoek in een systematisch contactmoment. Van de artsen en verpleegkundigen die nog aan het begin van hun carrière staan vindt 66,7%

een mondonderzoek een meerwaarde, terwijl dit vanaf 20 jaar werkervaring nog slechts 26,3% bedraagt.

Als er gekeken wordt naar de stelling *'Ik vind de kwaliteit van de mondgezondheidsscreening minder, nu er niet meer standaard een klinisch mondonderzoek bij elke leerling in het kleuteronderwijs wordt uitgevoerd.'* valt het op dat 6 op 10 artsen en verpleegkundigen het hiermee volledig of gedeeltelijk eens zijn.

Er zijn kleine maar niet significante verschillen te zien tussen de netten (Fisher's Exact test $P=0,292$). Het CLB-OVSG scoort het hoogst op het nut van het mondonderzoek in het kleuteronderwijs, 81,8% van de artsen en verpleegkundigen is het eens met bovenstaande stelling. In het vrij-CLB is dit 56,9%, in het CLB-GO! is dit 52,2%.

Bij het vergelijken van beroepsgroep valt het op dat verpleegkundigen het wegvallen van het klinisch mondonderzoek in het kleuteronderwijs minder erg vinden dan artsen. De helft van hen vindt de kwaliteit zonder klinisch mondonderzoek minder, in tegenstelling tot 7 op 10 artsen (Fisher's Exact test $P=0,052$).

Er bestaat een kleine maar niet statistisch significante trend in de leeftijd van de respondenten waarbij jongere artsen en verpleegkundigen het vaker eens zijn dat de kwaliteit van de mondgezondheidsscreening in het kleuteronderwijs daalt zonder klinisch mondonderzoek (Fisher's Exact test $P=0,213$). 71% is het in de jongere groep eens, ten opzichte van 54,1% in de oudere groep.

Ook het aantal jaar werkervaring blijkt geen determinant te zijn van de inschatting van de kwaliteit van de mondgezondheidsscreening, nu er niet meer standaard een klinisch mondonderzoek bij elke leerling in het kleuteronderwijs wordt uitgevoerd (Fisher's Exact test $P=0,999$).

Figuur 7: plaats van het klinisch mondonderzoek tijdens het systematisch contactmoment.

Ik vind de kwaliteit van de mondgezondheidsscreening minder, nu er niet meer standaard een klinisch mondonderzoek bij elke leerling in het kleuteronderwijs wordt uitgevoerd.



Het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek vormt voor mij een meerwaarde bij het systematisch contactmoment.



■ Helemaal eens ■ Gedeeltelijk eens ■ Neutraal ■ Gedeeltelijk oneens ■ Helemaal oneens

Open vragen

Door middel van een open vraag aan het einde van de vragenlijst wilden we de respondenten de kans geven hun mening te uiten. Van de 136 ingevulde vragenlijsten vulden 45 personen de open vraag in: *‘Hier kan u nog bijkomende suggesties of opmerkingen kwijt.’*

Heel wat aspecten van de mondgezondheidsscreening als het klinisch mondonderzoek werden aangehaald.

Om de data duidelijk voor te stellen werden de opmerkingen onderverdeeld in categorieën, waarbij sommige antwoordmogelijkheden meer dan één categorie omvatten. De verschillende thema's die aan bod komen zijn:

- Het huidige beleid inzake mondgezondheid schiet tekort (14/45)
- De setting leent zich niet tot mondonderzoek (8/45)
- Nood aan vorming en achtergrondinformatie (7/45)
- Mondonderzoek is de taak van de arts (11/45)
- Tandartsbezoek (4/45)
- Nood aan uniformiteit binnen de netten (1/45)
- Andere (5/45)

Het huidige beleid inzake mondgezondheid schiet tekort

Bezorgdheid rond de huidige richtlijnen van het mondonderzoek kwam het meest naar voor in de open vraag. Enkele voorbeelden hiervan zijn: *‘Er wordt op dit moment weinig aandacht gegeven aan preventieve mondgezondheidszorg binnen het CLB.’* Een arts formuleerde het als volgt: *‘De huidige outcome van de systematische contactmoment voorziet enkel het sensibiliseren voor een gezonde mondhygiëne en regelmatig tandartsbezoek. Vroeger werd er systematisch naar de tanden gekeken maar met de duidelijke raad om NIET teveel met een sonde de tanden te inspecteren (beginnende cariës kan mogelijk nog een dun laagje glazuur hebben en een tandartsbezoek is niet altijd snel geregeld). Er was dus de inspectie naar cariës / slechte tandhygiëne / afwijkende tandenstand. Persoonlijk vond ik dat een goede benadering. De huidige richtlijnen schieten volgens mij tekort.’* Een andere arts formuleerde het als volgt: *‘Bij mijn start bij het CLB hadden we tijd en ruimte voor elk kind in een medisch circuit, waardoor mondonderzoek zeker een vast onderdeel was van het consult. Maar de afgelopen jaren zijn we van het ene noodplan in het andere gerold waardoor de arts minder en minder betrokken werd bij de consulten, en de consulten ook eerder op school plaats vinden. We kregen 1 keer een vorming op het CLB voor mondonderzoek 1leerjaar met stompe sonde, maar dit werd nooit in praktijk gebracht. Ik heb ook geruime tijd in kansarme Brusselse scholen gewerkt waar de mondhygiëne in sommige groepen bar slecht was. Het heeft volgens mij een enorme impact op de algemene gezondheid van de kinderen, dus ik vind het zeer jammer dat we hier*

niet veel meer betekenen op dit moment dan het "signaleren". Ik hoop dat dit veranderd/aangepakt kan worden.' Een andere arts schreef: 'Afgelopen jaren was het steeds beter gesteld met mondgezondheid. Bij scholen waar veel verwijzingen waren (kansarme populatie) werkte de school een projectweekje uit voor alle kleuters en kwam CLB (vpk en arts) een namiddagje alle kleuters controleren. Ze kregen ook een tandenborstel cadeau. Dit zorgde voor een enorme verbetering in de mondgezondheid van die kinderen op latere controles (1^e lj, 4^e lj en 6^e lj). Het is jammer dat deze samenwerking school-CLB door de CLB-directie bestempeld wordt als "behoort niet tot het takenpakket". Ik merk nu -door lockdown en waarschijnlijk ook uitstellen van tandartsbezoek- terug een stijging in het aantal verwijzingen naar tandarts omwille van manifeste caries. Beide voorvallen geven aan: investeren in preventie loont! ("Elke euro in preventie spaart er 3 uit!")'.

Verskillende respondenten geven aan dat de uitvoering van een klinisch mondonderzoek opnieuw standaard dient te gebeuren. Een verpleegkundige is bezorgd: *'Ik ben benieuwd naar de tandheelkundige gevolgen voor onze kinderen, nu er geen systematisch nazicht meer gedaan wordt van de mond.'*

Ook wordt er vermeld dat de precieze uitvoering van de mondgezondheidsscreening niet altijd helder is. *'Ik vind het eigenlijk niet zo duidelijk wat van ons nog verwacht wordt met betrekking tot het mondonderzoek'.*

Er wordt door een arts gesuggereerd om het beleid inzake mondzorg in het CLB af te stemmen op dat van Kind en Gezin: *'Het zou misschien nuttig kunnen zijn om het beleid ivm mondzorg bij 1KK af te toetsen met de richtlijnen van Kind&Gezin. Er wordt mijn inziens niet voldoende aandacht besteed aan de afbouw van de zuigflessen en tut/duim.'*

De setting leent zich niet tot mondonderzoek

Kwaliteitsvol een mondonderzoek uitvoeren in de setting van het CLB werpt ook de nodige vragen op. Het tijdsgebrek en een gebrek aan materiaal zijn de meest aangehaalde oorzaken. Een CLB-arts en tandarts in spé formuleerde het als volgt: *'De omstandigheden laten ook geen goed mondonderzoek toe (weinig licht, leerling zit rechtop, het moet snel gaan). Mijn mondonderzoek beperkt zich vaak tot een snelle blik werpen op de tanden m.b.v. een lampje, eventueel controle met sonde en vervolgens doorverwijzen.'*

Een andere CLB-arts schreef het volgende: *'Het in de standaard voorgestelde mondonderzoek met liggend kind en onderzoeker gepositioneerd aan het hoofdeinde bleek niet haalbaar in de praktijk wegens te weinig tijd. Het blijft meestal bij een vluchtige inspectie. gebruik van spiegeltje en stompe sonde werd vlug afgevoerd, ook al door de noodzaak van de sterilisatie; alweer om organisatorische, tijdsdrukbetreffende redenen. En uiteraard mede ook door het organiseren van de systematische contactmomenten op de school...'* Er komen ook meer specifieke vragen naar voren betreffende het materiaal: *'onze mondspiegeltjes gingen snel stuk, werden nu niet meer vervangen, kan er een advies gegeven worden over welke mondspiegels met lampje best kan worden aangekocht met adviezen voor proper maken.'*

Nood aan vorming en achtergrondinformatie

De elementen hiervoor aangehaald door artsen en verpleegkundigen worden geïllustreerd in volgend antwoord: *'Ik heb als verpleegkundige nooit aangeleerd om het mondonderzoek te doen. Het voelt niet fijn om nu bij elk kind een standaardzinnetje te plaatsen en niet om maat van het kind te kunnen werken. Ook als ouders iets specifiek zouden vragen via de brief zou ik het niet zelf kunnen evalueren en moet ik hiervoor een arts contacteren. Heel graag hierover een vorming, want het basisonderzoek kan gerust door een PMW gebeuren.'*

Mondonderzoek is de taak van de arts

11 verpleegkundigen noteerden bij de opmerkingen dat het klinisch mondonderzoek een opdracht van de arts is. *'Ben verpleegkundige en doe bijgevolg geen mondcontroles. Ben hiervoor niet opgeleid. Wat betreft rappelbrieven: het is onbegonnen werk om rappelbrieven te sturen voor een niet-jaarlijkse tandcontrole. Wél voor cariës, ...'. 'Als verpleegkundige geef ik vooral advies (ipv echte doorverwijzingsbrief) aan ouders/leerlingen bij onderzoeken zonder arts.'*

Tandartsbezoek

Binnen dit thema gaan 2 verpleegkundigen in op het belang van de terugbetaling van de tandzorg voor kinderen. *'Aangezien de tandzorg t.e.m. 18 jaar in Vlaanderen gratis is, vinden wij het vooral belangrijk om kinderen, jongeren en ouders te motiveren hiervan gebruik te maken.'*

'Ander beleid bij tandartsen nastreven: niet betalen van de volle pot ter plekke door het gezin, maar direct in mindering gebracht, zal mensen veel makkelijker naar de tandarts laten gaan.' Ook geeft een verpleegkundige aan dat er geen opvolging gebeurt na doorverwijzing: *'We sporen aan tot tandarts bezoek, maar doen geen opvolging meer bij doorverwijzing.'*

Nood aan uniformiteit binnen de netten

Een verpleegkundige kaart de verschillende werking binnen de netten aan: *'Aandachtspunt dat de taakverdeling bij CLB medewerkers kan verschillen. Wie het klinisch mondonderzoek al dan niet doet en het bespreken hiervan kan ook nog verschillen van CLB tot CLB.'*

Andere

In deze categorie zien we voornamelijk bemerkingen over het mondonderzoek, waarbij er zowel voor- als tegenstanders zijn. Bijvoorbeeld: *'Een snelle algemene evaluatie van de tanden om manifeste cariës en erg slechte tandhygiëne op te sporen vind ik erg zinvol. Een onderzoek met sonde en spiegel vind ik in onze preventieve setting zinloos. Mondproblemen die echt een impact hebben op de ontwikkeling van een kind willen we opsporen, voor de kleinere afwijkingen vind ik het voldoende om tandartsbezoek aan te moedigen.'*

'Ik vind het goed dat er geen standaard mondonderzoek meer gebeurt, maar vind het wel belangrijk dat we ouders blijven bevestigen in hun goede inzet om jaarlijks naar de tandarts te gaan met hun kind.'

Discussie

CLB-artsen en verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in de implementatie van de preventieve tandzorg aan de hand van het mondonderzoek tijdens de systematische contactmomenten. In Vlaanderen hebben we echter geen zicht op hoe CLB-artsen en verpleegkundigen kijken naar deze belangrijke opdracht. In dit eigen onderzoek werd aan de hand van een online vragenlijst in kaart gebracht hoe de mondgezondheidsscreening tijdens het systematisch contactmoment wordt uitgevoerd. Naast enkele socio-demografische en werkgerelateerde gegevens werden de huidige uitvoering, het doorverwijzingsprofiel en de attitude ten opzichte van mondgezondheid bevraagd aan de hand van 8 stellingen. Verder was er ook plaats voor een open vraag waarin suggesties en opmerkingen genoteerd konden worden.

Doelstellingen van het mondonderzoek

De eerste doelstelling van de mondgezondheidsscreening tijdens het systematisch contactmoment betreft het aansporen tot een preventief tandartsbezoek aan een frequentie van twee maal per jaar (1). Wanneer er gekeken wordt naar de cijfers van deze studie zien we dat er aan deze hoofddoelstelling niet volledig tegemoet gekomen wordt. Tijdens het systematisch contactmoment van de eerste kleuterklas bevraagt 80,6% altijd het tandartsbezoek in het laatste jaar, terwijl dit vanaf het systematisch contactmoment van het eerste leerjaar slechts 29,4% bedraagt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat wanneer de CLB-arts of verpleegkundige ziet dat tandartsbezoek in het laatste jaar werd aangeduid op de ouderbrief, hij of zij het niet meer noodzakelijk acht om het ook aan de leerling zelf te bevragen. Beroepsgroep blijkt een determinant te zijn bij het bevragen van tandartsbezoek, waarbij artsen dit vaker doen dan verpleegkundigen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat verpleegkundigen de mondgezondheid de taak van de arts vinden.

Indien er op de ouderbrief staat dat het kind in het laatste jaar niet naar de tandarts is geweest, bevraagt bijna 3 op de 10 respondenten de mondgezondheid verder niet. Daar deze kinderen net het meest kwetsbaar zijn voor mondgezondheidsproblemen, is dit cijfer erg onrustwekkend. Er werd hierbij een significant verschil vastgesteld qua beroepsgroep waarbij de helft van de artsen dit wel bevraagt ten opzichte van slechts 24,7% van de verpleegkundigen.

Wanneer we kijken naar onze buurlanden zien we dat aansporen tot tandartsbezoek ook één van de pijlers van de preventieve jeugdgezondheidszorg is. In Nederland wordt er tijdens alle contactmomenten gecontroleerd of het kind bij de tandarts is geweest. Indien dit niet het geval is wordt er een klinisch mondonderzoek uitgevoerd en wordt het advies om 1 tot 2 keer per jaar naar de tandarts te gaan herhaald. Ook in Nederland worden alle tandheelkundige controles en behandelingen, behalve orthodontie, kroon- en brugwerk, vergoed door de basisverzekering voor kinderen van 0 tot en met 18 jaar (42). In Frankrijk is niet alle tandheelkundige zorg voor jongeren tot en met 18 jaar terugbetaald.

Zij krijgen een zorgvoucher met als doel kinderen bij de tandarts te krijgen. Deze zorgvoucher geeft recht op een gratis anamnese, een klinisch mondonderzoek en preventief advies en gezondheidsvoorlichting aangepast aan de leeftijd. De voucher is 1 jaar geldig en wordt uitgereikt op de leeftijden die het hoogste cariërisico inhouden, zijnde 6, 9, 12, 15, 18, 21 en 24 jaar. De zorgverzekering betaalt de kosten rechtstreeks aan de tandarts waardoor de patiënt niets dient voor te schieten. Verder wordt tandartsbezoek gepromoot doordat de ziekteverzekering in de derde kleuterklas groepseducatiesessies aanbiedt. Tijdens deze collectieve onderwijssessies wordt er door een speciaal opgeleide tandarts ingegaan op de noodzaak tot regelmatige tandartscontrole (43, 44).

In Luxemburg wordt tandartsbezoek gestimuleerd door het geven van mondgezondheidseducatie in het kleuter- en basisonderwijs (45).

Tandartsbezoek in Duitsland wordt gestimuleerd via vroege screeningsonderzoeken bij de kinderarts en tandarts. Het gaat om 9 gratis preventieve consultaties bij een kinderarts tussen de geboorte en de leeftijd van 5 jaar. Tijdens deze onderzoeken wordt er ingegaan op het belang van tandartsbezoek en mondhygiëne. Hiernaast zijn er ook nog 3 gratis tandartsbezoeken die plaatsvinden tussen de leeftijd van 30 en 42 maanden, 49 en 52 maanden en 60 en 72 maanden. Tussen deze afspraken dient minstens 12 maanden te zitten. Er vindt een mondonderzoek plaats en er wordt ingegaan op het belang van tandvriendelijke voeding, tandenpoetsen en indien nodig een preventieve fluoridelak aangebracht (46).

De tweede doelstelling van het mondonderzoek in de CLB-setting is de leerling aansporen tot een goede mondhygiëne (1). Ook deze doelstelling wordt niet steeds ingevuld. 14,2% van de respondenten bevaart het tandenpoetsen nooit aan de ouders op het systematisch contactmoment van de eerste kleuterklas, vanaf het consult in het eerste leerjaar gaat het om een kwart van de respondenten die het tandenpoetsen aan de leerling zelf niet navraagt. Ook hier is er verbetering mogelijk. Er wordt hierbij een significant verschil waargenomen tussen de netten: het CLB-GO! bevaart het tandenpoetsen aan de ouders vaker (82,1%) dan het vrij-CLB en CLB-OVSG. Van de 30 respondenten aangesloten bij het GO!, is er niemand die het tandenpoetsen niet navraagt. Een mogelijke verklaring voor de betere cijfers van het GO! is dat er vanuit de Permanente Ondersteuningscel (POC) van het GO! jaarlijks een overlegplatform wordt georganiseerd. Tijdens dit overlegplatform worden onder andere de doelstellingen van de 'Standaard Mondgezondheid' besproken. Het belang van mondgezond gedrag en de verwijzing werden hier, zeker in de afwezigheid van een klinisch mondonderzoek, benadrukt. Verder zien we dat er in het GO! een leertraject wordt georganiseerd voor nieuwe medewerkers waar de standaarden worden overlopen. Wel dient er rekening mee worden gehouden dat dit de resultaten zijn van een kleine subgroep.

In onze buurlanden is het aansporen tot een goede mondhygiëne ook onderdeel van het beleid. In Nederland wordt er tijdens alle contactmomenten vanaf het kleuteronderwijs poetsinstructies meegegeven en advies over mondgezonde voeding. Vanaf het secundair onderwijs wordt er bijkomend advies gegeven over interdentale reiniging. Er wordt tevens tijdens alle contactmomenten van de kleuter- en lagere school aandacht gegeven aan het

mondgedrag. Er wordt nagegaan of er sprake is van mondademhaling, duimzuigen en het slikpatroon wordt beoordeeld (42).

In Frankrijk bestaat de preventieve jeugdgezondheidszorg uit 2 medische consulten tijdens de kleuter en lagere schoolloopbaan. Het eerste medisch consult wordt uitgevoerd door een arts en vindt plaats in het zesde levensjaar van het kind. Hier wordt een klinisch mondonderzoek uitgevoerd door de arts, aangevuld met adviezen. Ook in het 12^e levensjaar wordt een medisch consult uitgevoerd door een verpleegkundige. Hier wordt er geen klinisch mondonderzoek uitgevoerd maar wordt er kennis genomen van de mondhygiëne, aangevuld met adviezen. Verder wordt het belang van mondhygiëne tijdens collectieve onderwijssessies aangehaald. Deze workshop streeft na dat er 2 keer per dag met een fluoride houdende tandpasta wordt gepoetst, 3 à 4 evenwichtige maaltijden worden genuttigd en een jaarlijks preventief tandartsbezoek gebeurt, met op de leeftijd van 6 jaar een eventuele fissuurverzegeling (43, 44).

In Luxemburg wordt er tijdens de mondgezondheidseducatie, naast het belang van tandartsbezoek, ook aandacht besteed aan correct tandenpoetsen en een evenwichtige tandvriendelijke voeding (45).

In Duitsland vormt mondgezondheid geen basisonderdeel van de medische contactmomenten die plaats vinden op de leeftijd van 3 jaar, in het 4^e leerjaar van het basisonderwijs en het tweede jaar secundair onderwijs. De mondgezondheid wordt jaarlijks apart onder de loep genomen door een externe tandarts die naar de school komt, in aanwezigheid van een jeugdverpleegkundige. Naast een klinisch mondonderzoek wordt er preventief advies gegeven over tandenpoetsen en gezonde, tandvriendelijke voeding (46).

Het klinisch mondonderzoek

Bijna 4 op 10 voert geen klinisch mondonderzoek uit. Bij de opmerkingen wordt er herhaaldelijk aangegeven dat tekort aan kennis, vaardigheden en tijd belemmerende factoren zijn.

Wat betreft het zelfstandig uitvoeren van een klinisch mondonderzoek werd tussen de artsen en verpleegkundigen een verschillend profiel verwacht. In deze studie werd dit vermoeden bevestigd. Bij de artsen zien we dat slechts 5,5% van de artsen nooit een klinisch mondonderzoek uitvoert, terwijl dit bij de verpleegkundigen 69,2% bedraagt.

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat veel verpleegkundigen het mondonderzoek de taak van de arts vinden, zoals in de open vraag herhaaldelijk aangegeven werd. Indicaties waarbij verpleegkundigen wel geneigd zijn om een mondonderzoek uit te voeren zijn vermoeden van cariës en een kind dat klaagt over tandpijn, pijn in de mond of gevallen is op een tand.

Mogelijk ligt het concrete aantal verpleegkundigen die een mondonderzoek uitvoeren lager en is het beeld vertekend door response bias, doordat verpleegkundigen die geen mondonderzoek uitvoeren sneller geneigd zouden kunnen geweest zijn om niet deel te nemen aan dit onderzoek. Ook moet er rekening worden gehouden met het aangepaste beleid sinds de SARS-CoV-2 pandemie waardoor de onderzoeken van een aantal

systematische contactmomenten tot een minimum herleid werden. Hierdoor vindt er niet telkens meer een klinisch mondonderzoek plaats waar dit vroeger mogelijk wel het geval was.

In de richtlijn 'Standaard Mondgezondheid' worden de CLB-arts en verpleegkundige geacht om ook een klinisch mondonderzoek uit te voeren bij kansengroepen tijdens de systematische contactmomenten van het lager en secundair onderwijs (1). Wanneer er gekeken wordt naar de resultaten van dit onderzoek zien we dat dit slechts in 12,8% van de gevallen gebeurt. Wanneer dit cijfer opgesplitst wordt in functie van beroepsgroep, blijkt dat 20,8% van de artsen en 7,7% van de verpleegkundigen een klinisch mondonderzoek uitvoert bij kinderen van een kansengroep. Dit zijn erg lage cijfers. Een mogelijke verklaring wordt gevonden bij de suggesties van twee artsen. De ene arts schrijft dat ze standaard een klinisch mondonderzoek uitvoert bij iedereen met als reden dat het haar meer tijd kost om op de vragenlijst of in LARS na te gaan wie behoort tot een kansengroep. Door dit standaard uit te voeren zit het in de routine van haar onderzoek waardoor dit niet vergeten kan worden. Een andere arts schrijft dat gericht een klinisch mondonderzoek uitvoeren bij kwetsbare groepen absoluut niet kan, wegens stigmatisatie. Zij stelt zich ook de vraag wie kwetsbaar is, daar dit niet altijd geweten is. Dit dient meegenomen te worden bij een herziening van de richtlijnen. Verder vallen de lage cijfers bij de verpleegkundigen te verklaren doordat ze het mondonderzoek de taak van de arts vinden.

Van de artsen die aangeven tijdens een specifiek consult telkens een mondonderzoek uit te voeren, zien we dat dit bijna altijd in het eerste leerjaar is. Slechts de helft van hen voert zoals voorgeschreven het mondonderzoek uit tijdens het systematisch contactmoment van de eerste kleuterklas. Een mogelijke verklaring is dat het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek op een semiprofessionele manier, met behulp van mondspiegel en sonde, bij de ouders het beeld kan opwekken dat een systematisch contactmoment het tandartsbezoek voor dat jaar kan vervangen. Echter beschrijft de 'Standaard Mondgezondheid' net dat dit als voordeel heeft dat een klinisch mondonderzoek waar ouders bij zijn de ideale gelegenheid vormt om het belang van een goede mondgezondheid en preventief tandartsbezoek te bespreken, wat veel meer impact heeft dan de verwijfsbrief op zich (1). Wel moet er rekening gehouden worden met het feit dat slechts een kwart van de artsen aangeeft het mondonderzoek uit te voeren tijdens een specifiek contactmoment waardoor dit de resultaten zijn van een kleine subgroep van de totale steekproef en deze resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Uit een onderzoek uitgevoerd voor de 'Standaard Mondgezondheid' blijkt dat 41% van de artsen bij een algemeen consult een klinisch mondonderzoek uitvoert. 18% doet dit ook tijdens het gericht consult van de eerste kleuterklas en het derde leerjaar. Deze gegevens dateren uit het jaar 2006 (1).

In deze studie voert 28% van de artsen steeds een klinisch mondonderzoek uit, ongeacht om welk systematisch contactmoment het gaat. Deze cijfers nemen toe wanneer het gaat om

een specifiek contactmoment (24,5%), de leerling nog nooit of in de laatste 12 maanden niet bij de tandarts is geweest (47,1%), en of er een vermoeden van cariës is (52,8%). Vergelijking met de huidige cijfers is moeilijk, vermits de hervorming van de contactmomenten op dat ogenblik nog niet was doorgevoerd en het KB dit nog als verplicht voorschreef.

In het CLB-OVSG net wordt het systematisch contactmoment in de eerste kleuterklas niet uitgevoerd door een arts, maar werkt de verpleegkundige volledig zelfstandig het consult af. Dit in tegenstelling tot de andere netten waarbij het consult wel door een arts wordt uitgevoerd. In de richtlijn mondgezondheid staat dat er tijdens het contactmoment van de eerste kleuterklas verwacht wordt dat er een mondonderzoek wordt uitgevoerd indien haalbaar. Omwille van de grote terughoudendheid van verpleegkundigen om een mondonderzoek uit te voeren werd verwacht dat er een significant verschil zou zijn volgens CLB-net bij het systematisch contactmoment van de eerste kleuterklas. Met 66,7% scoren de verpleegkundigen van het CLB-OVSG het hoogst op de stelling 'Ik vind de kwaliteit van de mondgezondheidsscreening minder, nu er niet meer standaard een klinisch mondonderzoek bij elke leerling in het kleuteronderwijs wordt uitgevoerd'. De verpleegkundigen van het vrij-CLB en het CLB-GO! scoren respectievelijk 42,9% en 44,4%, lager maar statistisch niet significant. Ook voor de andere stellingen die pijlden naar de uitvoering van het klinisch mondonderzoek was er geen significant verschil volgens CLB-net. De hypothese, dat verpleegkundigen van het CLB-OVSG zich meer bewust zijn van het belang van de uitvoering van het klinisch mondonderzoek, wordt aldus verworpen.

In Nederland wordt het klinisch mondonderzoek niet standaard uitgevoerd tijdens de contactmomenten gedurende de schoolloopbaan. Indicaties om een mondonderzoek uit te voeren zijn een kind dat niet naar de tandarts is geweest, de jeugdarts die het nodig acht, klachten of op verzoek van de ouders of het kind zelf. Het mondonderzoek bestaat dan uit het screenen op afwijkingen aan de slijmvliezen en de blijvende elementen, cariës en vanaf de leeftijd van 10 jaar ook afwijkingen van de kaakstand en gingivitis (42).

In Frankrijk wordt er slechts éénmaal een klinisch mondonderzoek uitgevoerd door de schoolarts. Dit vindt plaats tijdens het zesde levensjaar van het kind (43, 44).

In Luxemburg krijgen alle leerlingen vanaf het kleuteronderwijs en het basisonderwijs jaarlijks een klinisch mondonderzoek uitgevoerd door een externe tandarts. In het secundair onderwijs vinden 3 medische consulten plaats. In het 2^e en 4^e jaar van het secundair onderwijs wordt het klinisch mondonderzoek uitgevoerd door de schoolarts, in het 6^e jaar secundair onderwijs wordt dit uitgevoerd door de tandarts. Het klinisch mondonderzoek heeft hier tot doel om cariës in een vroeg stadium op te sporen, afwijkende tandstand na te gaan en de kaakstand te beoordelen. De resultaten van dit klinisch mondonderzoek wordt op individuele fiches in het medisch schooldossier van het kind genoteerd om zo de mondgezondheid gedurende de schoolloopbaan nauwkeurig op te volgen. Bij problemen of afwijkingen krijgen de ouders een brief mee. Indien de schoolarts ernstige mondpathologie constateert buiten de systematische onderzoeken kan deze beroep doen op de tandartsen van het ministerie van Volksgezondheid (45).

In Duitsland vindt het mondonderzoek plaats op school en wordt het uitgevoerd door een

externe, hiervoor opgeleide tandarts in aanwezigheid van de jeugdverpleegkundige. Het klinisch mondonderzoek omvat een algemeen nazicht van de gebitstatus, een nazicht van de mondholte en het registreren van afwijkende tand- en kaakstand. Hierna krijgt de leerling een brief mee naar huis met een eventueel behandelplan op. De schooltandarts kan ook preventief aan fissuurverzegeling doen, indien deze over de toestemming van de ouders beschikt. Indien dit onderzoek geweigerd wordt door de ouders is een onderzoek bij hun eigen tandarts verplicht (46).

Doorverwijzing

De meest voorkomende indicatie om door te verwijzen was een kind dat nog nooit bij de tandarts was geweest, gevolgd door een kind dat in de laatste 12 maanden niet bij de tandarts was geweest en het vaststellen van manifeste cariës, gevolgd door een algemeen slechte mondhygiëne.

15,4% van de respondenten geeft aan nooit te verwijzen, waarvan 95% verpleegkundigen zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor vinden we in de open vraag waarbij ze aangeven dat dit niet hun taak is maar die van de arts. Wel lezen we dat zij adviezen op de resultaatsbrief plaatsen, zonder een echte doorverwijzing.

Er bestaat een significant verschil tussen de netten waarbij 37% van de verpleegkundigen bij het vrij-CLB niet verwijzen, terwijl dit bij het CLB-GO! en CLB-OVSG slechts respectievelijk 9,1% en 8,3% is. Ook hier vinden we een mogelijke verklaring in het jaarlijks overlegplatform van de Permanente Ondersteuningscel van het GO!, dat mede toegankelijk is voor het CLB-OVSG. Er moet wel mee rekening worden gehouden dat dit gaat om een kleine subgroep in de totale steekproef waardoor dit resultaat mogelijk minder betrouwbaar is.

Slechts 14,2% controleert of een verwijsbrief ingevuld werd teruggestuurd, bijna de helft controleert dit niet. Van de artsen en verpleegkundigen die controleren of de verwijsbrief werd teruggestuurd, zien we dat slechts 1 op de 10 een rappel stuurt. Dit zijn slechte cijfers waarvoor er niet onmiddellijk een verklaring wordt gevonden. In de opmerkingen staat genoteerd dat er geen opvolging meer gedaan wordt bij doorverwijzing, omdat het volgens de verpleegkundige onbegonnen werk is om rappelbrieven te sturen voor een niet-jaarlijks tandartsbezoek.

Attitude ten opzichte van mondgezondheid

Bij vergelijking van de proporties CLB-artsen en verpleegkundigen die akkoord gaan met de 3 stellingen over de mondgezondheid werden er geen significante verschillen vastgesteld tussen de verschillende netten.

Alle CLB-artsen en verpleegkundigen zijn 100% akkoord met de stelling over het belang van een goede mondgezondheid voor de algemene gezondheid van kinderen. Ook met de andere stellingen die het belang van mondgezondheid benadrukken zijn de respondenten het voor meer dan 80% eens. Deze cijfers tonen aan dat de CLB-artsen en verpleegkundigen het belang van een goede mondgezondheid van de kinderen hoog in het vaandel dragen.

Vaardigheden en kennis

Bij vergelijking van de proporties respondenten die akkoord gaan met de 3 stellingen over de praktische uitvoering van het mondonderzoek, werden er significante verschillen vastgesteld tussen de artsen en verpleegkundigen. 94,7% van de verpleegkundigen voelt zich onzeker ten opzichte van 36,1% van de artsen bij de uitvoering van een klinisch mondonderzoek. Ook 93,2% van de verpleegkundigen geeft aan over onvoldoende kennis te beschikken, ten opzichte van 34,8% van de artsen. Wat betreft vaardigheden, geven alle verpleegkundigen aan over onvoldoende vaardigheden te beschikken, ten opzichte van 70,6% van de artsen. Deze cijfers tonen aan dat er nood is aan vorming, zowel bij de artsen als de verpleegkundigen. De nood hieraan werd herhaaldelijk benoemd in de open vraag. Het verschil tussen artsen en verpleegkundigen ligt mogelijks in de opleiding waarbij in de opleiding manama jeugdgezondheidszorg er hieraan één praktijkles werd besteed. In de basisopleiding geneeskunde en verpleegkunde wordt een basis aan anatomie en pathologie verkregen, maar geen praktijk. Ook de hogere verantwoordelijkheid als arts speelt mogelijk een rol. Uit de open vraag blijkt dat verpleegkundigen aangeven dat het basis mondonderzoek gerust uitgevoerd kan worden door een PMW.

Plaats van het klinisch mondonderzoek in het systematisch contactmoment

Zeven op de 10 artsen is ervan overtuigd dat een klinisch mondonderzoek een belangrijke plaats heeft in het systematisch contactmoment, terwijl dit bij de verpleegkundigen maar 4 op de 10 is. We zien hierbij dat naast beroepsgroep ook leeftijd en werkervaring een determinant zijn van het belang van een klinisch mondonderzoek. Hoe ouder en meer werkervaring, hoe kritischer de CLB-arts of verpleegkundige ten opzichte van het mondonderzoek staat. Het zou kunnen dat naarmate de werkervaring toeneemt de CLB-arts en verpleegkundige ervaren dat de resultaten die ze bij schoolkinderen boeken op het vlak van mondgezondheid beperkt zijn. Het zou ook kunnen dat mondgezondheid in de vroegere geneeskunde en verpleegkunde opleidingen minder aan bod kwam. De vraag naar opleiding is dan ook de meest prangende vraag die in de suggesties naar boven komt. Eén van de redenen om geen klinisch mondonderzoek uit te voeren heeft niet alleen te maken met de noodzakelijke technische vaardigheden, maar ook met het gevoel onvoldoende kennis te bezitten. Of omgekeerd: zij die minder kennis hebben over de mondgezondheid gaan minder snel een klinisch mondonderzoek uitvoeren.

Aanbeveling voor jeugdgezondheidszorg

Het klinisch mondonderzoek uitgevoerd tijdens het systematisch contactmoment kan zowel door een arts als verpleegkundige worden uitgevoerd. In de open vraag werd herhaaldelijk vermeld dat het mondonderzoek de taak is van de arts. Er is nood aan duidelijke richtlijnen wie welke functie in de mondgezondheidsscreening op zich neemt, bij voorkeur uniform over de netten heen. Nu is dit niet helemaal duidelijk waardoor het vaak niet gebeurt of niet zoals door de richtlijn aangegeven in het systematisch contactmoment van de eerste kleuterklas.

Veel verpleegkundigen staan open voor een opleiding in verband met het mondonderzoek. Zoals in de open vraag werd aangegeven kan het basisonderzoek gerust door een CLB-verpleegkundige gebeuren om zo gericht de mond te inspecteren op tekenen van cariës, slechte mondhygiëne en afwijkende tandstand tijdens alle systematische contactmomenten. Het gaat hierbij om een preventief nazicht gericht op de evaluatie van de mondhygiëne, niet om een volledig diagnostisch onderzoek waar alleen een tandarts voor is bevoegd. Nu gebeurt het bij hen in 69,2% van de gevallen niet, met als oorzaak te weinig kennis, vaardigheden of niet hun taak. Het organiseren van vormingen voor het bijschaven van kennis en vaardigheden op vlak van het klinisch mondonderzoek blijkt dus een belangrijk aandachtspunt voor het beleid.

Ook wordt er herhaaldelijk benoemd dat het mondonderzoek op basis van de huidige richtlijnen tekort schiet. Er wordt te weinig in de mond gekeken, kansengroepen worden niet bereikt, verwijzingen worden niet opgevolgd en rappels worden niet verstuurd. Op heden is er geen continuïteit voorzien in de mondzorg vanuit het CLB. Dit zou heel wat beter kunnen. Een betere opvolging van de doorverwijsbrieven en rappels biedt niet per se een oplossing. Uit eerder onderzoek is gebleken dat een verwijsbrief bij ouders weinig effectief is, zeker bij kansengroepen (8, 9, 24, 32, 33, 34, 35).

Het standaard toepassen van de regel derde betalende bij de tandarts kan een mogelijkheid bieden om kansengroepen sneller naar de tandarts te brengen voor een preventief mondonderzoek. In deze gezinnen is er vaak financieel geen ruimte om dit bedrag voor te schieten in afwachting van terugbetaling door het ziekenfonds. Echter blijft het vaak ook een moeilijkheid om hen te bereiken. Daarom is het belangrijk om blijvend in te zetten op het systematisch contactmoment van de eerste kleuterklas met aanwezigheid van de ouders om het belang van een goede mondhygiëne en een preventief tandartsbezoek te benadrukken.

Hiernaast kan ook gedacht worden aan het tewerkstellen van mondhygiënisten in de CLB-setting. Mondhygiënisten voeren uitsluitend preventieve behandelingen uit wat thuishoort in het kader van de preventieve gezondheidszorg. Dit zou de tijdsdruk op artsen en verpleegkundigen kunnen verlichten. Dit zou tevens het probleem van de verwijsbrieven kunnen opvangen doordat de leerlingen een preventief nazicht krijgen, los van de motivatie van de ouders. Het is gekend dat men ouders zeer moeilijk kan overtuigen door alleen een doorverwijsbrief en eventueel een brochure mee te geven. Er is een persoonlijke aanpak nodig om de ouders te motiveren om op de doorverwijzing in te gaan. Wanneer ouders een doorverwijsbrief krijgen van een professioneel mondhygiënist voor de tandarts heeft dit mogelijk meer effect dan de klassieke verwijsbrief. Wel dient er te worden benadrukt dat het preventief nazicht door de mondhygiënist een tandartsbezoek niet kan vervangen. Mondhygiënisten zijn namelijk niet bevoegd om RX-foto's van de tanden te nemen, waardoor pathologiën waaronder cariëslaesies gemist kunnen worden.

Vermits we zien dat de huidige richtlijnen tekort schieten kan er gepoogd worden om ook in te zetten op gedragsverandering bij de kinderen zelf. Dit kan bijvoorbeeld door vanuit het CLB de leerkracht te faciliteren om een project te doen op het vlak van mondgezondheid. Deze vertrouwensfiguur staat dicht bij de leerlingen, waardoor het motiverende effect, zeker in klasverband mogelijk groter is. Ook zien we dat er in bepaalde CLB projecten zijn geweest in het verleden die werkten op mondgezondheid en hun vruchten afwierpen. Het project 'Glimlachen' ontwierp voor verschillende leeftijdsgroepen en onderwijstypes educatief materiaal. Van vertelplaten voor kleuters, interactieve lespakketten voor het lager en bijzonder onderwijs tot presentaties voor het secundair onderwijs. Ook bestaat er de 'Gezonde Mondkoffer', een uitleenbox vol didactisch materiaal over mondgezondheid voor kleuter-, basis- en secundaire scholen, die gratis te ontlenen is. Het is een mogelijkheid om in scholen waar er veel verwijzingen zijn gericht een projectweek rond mondgezondheid te organiseren, gestuurd vanuit het CLB.

In de 'Standaard Mondgezondheid' is kansarmoede een expliciete indicatie voor een klinisch mondonderzoek uit te voeren bij elk systematisch contactmoment, daar waar het onderzoek in andere gevallen beperkt is tot de eerste kleuterklas. Vermits er vaak niet geweten is wie leeft in kansarmoede of behoort tot een andere kansengroep kan dit gemist worden. Dit dient meegenomen te worden bij een herziening van de richtlijnen.

Kritische reflectie

Met deze bevraging werd een zeer breed spectrum van ervaring afgetast bij de respondenten. De sterkte van deze studie houdt in dat er een ruim beeld werd geschetst van de kennis, ervaring en attitude van CLB-artsen en verpleegkundigen betreffende de mondgezondheid. Een kritische noot betreft de brede aftasting van het mondonderzoek, is dat er verder niet in de diepte werd ingegaan op verschillende thema's. Om aan de nodige responsgraad te komen werd er namelijk gekozen voor een vragenlijst met multiple choice antwoordmogelijkheden, om het invullen snel en efficiënt te houden.

Respons

In totaal noteerden we 155 deelnames en hielden we na exclusie 136 bruikbare vragenlijsten over. Op basis van het aantal ingevulde vragenlijsten bekwamen we zo een steekproef van 11,3%. De steekproef is vrij beperkt in grootte waardoor onvoldoende bewijskracht aanwezig was om bepaalde stellingen statistisch te toetsen. Om een voldoende steekproefomvang te bekomen in de populatie van CLB-artsen en verpleegkundigen, bij een betrouwbaarheidsinterval van 95% en een foutmarge van 5% hadden er 284 CLB-artsen en verpleegkundigen moeten antwoorden.

Er werd gekozen om alle CLB-artsen en verpleegkundigen aan te schrijven om een zo breed mogelijk beeld te schetsen van de uitvoering van het mondonderzoek. Alle verschillende centra over de verschillende netten heen werden aangeschreven via het centraal e-mailadres op de website van Onderwijs Vlaanderen. Dit brengt bias met zich mee omdat ook pas begonnen artsen en verpleegkundigen meegenomen worden die mogelijks nog niet geroutineerd zijn in de uitvoering van een systematisch contactmoment.

Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor de lage respons.

Ten eerste was er de foutmelding door het programma Qualtrics waarbij te sterk beveiligde servers de vragenlijst niet wouden openen.

Ten tweede zorgde de SARS-CoV-2 pandemie ervoor dat CLB-artsen verantwoordelijk werden voor de contacttracing in de scholen. Vermits dit een enorm tijdsopslopende bevoegdheid is, werd de reguliere werking afgebouwd en werden ook andere disciplines, waaronder de verpleegkundigen, mee ingeschakeld in de contacttracing. Om de werknemers te beschermen tegen de erg hoge werkdruk werd er van bovenaf beslist om enquêtes niet meer naar het personeel door te sturen. De vragenlijst had een relatief korte invultijd van 7 minuten, berekend door het programma Qualtrics, wat in deze drukke tijden mogelijks toch te lang was.

Een derde verklaring is dat de deelname volledig vrijwillig was. Er was geen verplichting noch beloning aan gekoppeld.

Het is bovendien mogelijk dat artsen of verpleegkundigen die geen mondonderzoek uitvoeren of dit de taak van de arts vinden, minder geneigd zijn geweest om deel te nemen aan het onderzoek. Hierdoor zijn de resultaten mogelijks beter dan de werkelijkheid.

Tevens zijn er door de Sars-CoV-2 pandemie extra middelen voor de CLB vrijgemaakt om aan contacttracing te doen. Hierdoor zijn er dit jaar meer artsen en verpleegkundigen in dienst die geen mondonderzoek uitvoeren. Ook deze artsen en verpleegkundigen zullen naar alle waarschijnlijkheid de vragenlijst niet ingevuld hebben, wat ook een impact heeft op de voorgestelde responsgraad.

Socio-demografische gegevens

Alle CLB-artsen en verpleegkundigen werden uitgenodigd om deel te nemen aan de studie. De analyse van deze studie werd uitgevoerd op 136 deelnames. Het theoretisch aantal deelnames bedraagt 1208. 94,9% van de respondenten zijn vrouwen. De gemiddelde leeftijd bedraagt 41,7 jaar (SD= 10,7) bij de artsen en 43,7 jaar (SD= 10,1) bij de verpleegkundigen. Er zijn geen gegevens beschikbaar over de reële geslachts- en leeftijdsverdeling.

Een belangrijke proportie van de CLB-artsen en verpleegkundigen bleek een korte tot jarenlange ervaring te hebben in een andere niet-preventie zorgsector. Mogelijks kan dit impact hebben op de bereidheid en ervaring van de uitvoering van het mondonderzoek.

Wanneer er gekeken wordt naar de verdeling artsen en verpleegkundigen in de populatie, bleek dat deze statistisch significant verschillend was. In de steekproef werd een lichte oververtegenwoordiging gezien van de artsen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de vragenlijst persoonlijk naar meer artsen werd verstuurd vanuit de manama jeugdgezondheidszorg.

De steekproef van artsen verschilde niet statistisch significant van die van de populatie volgens CLB-net. Wel was er bij de steekproef van verpleegkundigen een oververtegenwoordiging van het CLB-OVSG. De vragenlijst werd via de directie van de onderzoeker naar alle verpleegkundigen van het CLB N-Brussel, behorend tot het OVSG-net, verstuurd met de uitdrukkelijke vraag deze vragenlijst in te vullen.

Verder onderzoek

Het belang van mondgezondheidspromotie bij jongeren voorbij de leeftijd van de lagere school is groot. Vanuit het wetenschappelijk rapport van de projecten van 'Glimlachen' is een duidelijke trend zichtbaar waarbij goed mondgezondheidsgedrag terug afneemt naargelang jongeren en adolescenten ouder worden. Wanneer er gekeken wordt naar het KB zien we dat er bij het systematisch contactmoment van het derde secundair niets vermeld staat over het luik mondgezondheid. Het zou interessant zijn om na te gaan hoe er in deze populatie vanuit de CLB-context gewerkt kan worden aan het optimaliseren van de mondgezondheid.

Er werden reeds twee studies uitgevoerd in Vlaanderen die het effect van een verwijsbrief nagingen. De studie van Marynen S. uit het jaar 2000 toonde aan dat slechts 19% van de kinderen die naar de tandarts verwezen werd een verwijsbrief terug bezorgde aan het toenmalige Centrum Medisch Schooltoezicht (8). In een kleinere studie van Piette L. uit het jaar 2013 was dit slechts 2,5% (9). Hier zijn geen recentere gegevens van. Er kan een vervolgstudie worden uitgevoerd om te kijken of er technieken zijn die de doorverwijzing efficiënter en effectiever maken. Bijvoorbeeld door een online tool te ontwikkelen of een gedeelte van het tandheelkundig dossier te koppelen met LARS, zoals dit heden ten dage ook gebeurt met het dossier van Kind en Gezin.

Vermits mondgezondheidsproblemen vaak een voorspeller zijn van multiproblematiek binnen het gezin, zoals lage SES, opvoedingsproblemen, etc. kan er gekeken worden op welke manier kansengroepen de weg naar de tandarts sneller vinden. Kansengroepen zijn niet altijd even goed geïnformeerd over de kosten en terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen. De jeugdarts kan hierin een belangrijke rol spelen door dit toe te lichten in het systematisch contactmoment van de eerste kleuterklas, dat wordt uitgevoerd in aanwezigheid van ouders. Er kan bijvoorbeeld een studie uitgevoerd worden die onderzoekt wat het effect is op kansengroepen als er met een verwijsbrief vanuit het CLB standaard beroep wordt gedaan op de regel derde betalende. Een tandarts kan dit namelijk niet weigeren voor kinderen onder de 18 jaar.

Er zou een proefproject opgestart kunnen worden met mondhygiënist in regio's waar men veel verwijzingen ziet. Op deze manier kan er geëvalueerd worden of dit een interessante piste is om aan de noden op vlak van de mondgezondheid van schoolgaande kinderen te voldoen.

Verder kan er ook nagegaan worden in welke mate het beleid inzake mondgezondheid tussen Kind en Gezin en CLB op elkaar zijn afgestemd. Daar er overlap is in de contactmomenten tussen beide instanties, kan een gezamenlijk beleid de *outcome* versterken. Verder kan ook het initiatief 'Ieders Mond Gezond' van 'Gezonde Mond' doorgetrokken worden naar de CLB-setting zodat ook mensen in kansarmoede hun weg naar de tandarts vinden.

Algemeen besluit

Sinds de ‘Standaard Mondgezondheid’ in het jaar 2009 werd gelanceerd, werd er nog geen onderzoek uitgevoerd naar de mate waarin de aanbevelingen worden opgevolgd. Dit onderzoek is de eerste studie in Vlaanderen die hiervan een beeld tracht te scheppen.

De cijfers inzake de uitvoering van een mondonderzoek op de systematische contactmomenten zijn teleurstellend, ondanks dat alle respondenten overtuigd zijn dat een goede mondgezondheid belangrijk is voor de algemene gezondheid van kinderen.

Er worden duidelijke verschillen gezien tussen artsen en verpleegkundigen in de doelstellingen van het luik mondgezondheid tijdens de systematische contactmomenten. Artsen sensibiliseren meer tot tandartsbezoek, geven meer mondgezondheid gerelateerd advies en voeren vaker een klinisch mondonderzoek uit. Er is daarom nood aan uniforme richtlijnen met duidelijke invulling van de taken inzake mondgezondheid volgens beroepsgroep.

Het basis klinisch mondonderzoek is een onderzoek dat zowel door een CLB-arts als verpleegkundige uitgevoerd kan worden. Dit onderzoek wordt nu veel te weinig uitgevoerd met als voornaamste oorzaak het tekort aan kennis en vaardigheden. Het klinisch mondonderzoek zou moeten plaatsvinden in het systematisch contactmoment van de eerste kleuterklas maar wordt in praktijk verdeeld toegepast.

Om tegemoet te komen aan de richtlijnen van de ‘Standaard Mondgezondheid’ is er nood aan vorming om de kennis en vaardigheden noodzakelijk voor het mondonderzoek de onderzoeker eigen te maken.

Veel CLB-artsen en verpleegkundigen geven aan dat de huidige richtlijnen inzake mondgezondheid tekort schieten. De meesten zijn ook overtuigd van het belang van een klinisch mondonderzoek tijdens het systematisch contactmoment. Artsen geven aan dat ze niet alleen in het systematisch contactmoment van de eerste kleuterklas bereid zijn een klinisch mondonderzoek uit te voeren. Daar we in de studie van ‘Glimlachen’ zien dat de motivatie om een goede mondhygiëne te behouden zakt naarmate de kinderen ouder worden, dient het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek tijdens alle systematische contactmomenten te worden overwogen.

Wil deze maatregel effect hebben is het belangrijk om de continuïteit van de dienstverlening op het vlak van mondzorg te garanderen. In de CLB-setting gebeurt dit op heden niet daar de verwijzing nauwelijks gecontroleerd wordt. Daar een slechte mondgezondheid een hogere prevalentie kent in kansengroepen en deze populatie de weg naar mondzorg moeilijker vindt, vergroten deze cijfers de reeds bestaande polarisatie in het voorkomen van cariës en andere mondgezondheidsproblemen.

Er is dus nood aan duidelijke richtlijnen inzake de opvolging van de verwijzing en de daarbij horende rappels, met nadruk op de specifieke aanpak bij kansengroepen.

Literatuurlijst

1. VVVJ. Standaard Mondgezondheid voor het CLB. 2012
2. Savage MF, Lee JY, Kotch JB, Vann WFJ. Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. *Pediatrics* 2004;114(4):e418-e423.
3. Ankita Arora, Shivi Khattri, Noorliza Mastura Ismail, Sumanth Kumbargere Nagraj, and Eachempati Prashanti. School dental screening programmes for oral health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;CD012595.
4. Mejare I, Kallestal C, Stenlund H. Incidence and progression of approximal caries from 11 to 22 years of age in Sweden: A prospective radiographic study. *Caries Res.* 1999;33(2):93-100.
5. Li Y, Wang W. Predicting caries in permanent teeth from caries in primary teeth: an eight-year cohort study. *J Dent Res.* 2002;81(8):561-566.
6. Leroy R, Bogaerts K, Lesaffre E, Declerck D. Multivariate survival analysis for the identification of factors associated with cavity formation in permanent first molars. *Eur J Oral Sci.* 2005;113(2):145-152.
7. Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J et al. Gezondheidsenquête door middel van Interview in België. *IPH/EPI reports.* 2006;035.
8. Marynen S. Verwijzingen vanuit het Medisch Schooltoezicht: wordt het doel bereikt? 2000.
9. Piette C. Mondgezondheid bij jonge kinderen. Een kwaliteitsverbeterend onderzoek naar mondgezondheid bij kleuters en kinderen van het eerste leerjaar in een basisschool te Stabroek. 2013.
10. Fisher-Owens SA, Mertz E. Preventing Oral Disease: Alternative Providers and Places to Address This Commonplace Condition. *Pediatr Clin North Am.* 2018;65(5):1063-1072.
11. Preston ST, Davies GM, Craven R. An investigation of parents' attitudes to dental health and school dental screening. *Community Dent Health.* 2001;18(2):105-9.
12. Poulton R, Caspi A, Milne BJ, et al. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *The Lancet.*

2002;360:1640–5.

13. Batisse C, Bonnet G, Eschevins C, Hennequin M, Nicolas E. The influence of oral health on patients' food perception: a systematic review. *J Oral Rehabil.* 2017;44(12):996-1003.
14. Joury E, Bernabe E, Sabbah W, Nakhleh K, Gurusamy K. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials on the effectiveness of school-based dental screening versus no screening on improving oral health in children. *J Dent.* 2017;58:1-10.
15. Milsom K, Blinkhorn A, Worthington H, Threlfall A, Buchanan K, Kearney- Mitchell P, Tickle M. The effectiveness of school dental screening: a cluster- randomized control trial. *J Dent Res.* 2006;85(10):924–8.
16. Christopher Okunseri, Cesar Gonzalez. Children's Oral Health Assessment, Prevention and Treatment. *Pediatric Clinics of North America.* 2015;62(5):1215-1226.
17. Milis J. Standaardisering van het CLB mondonderzoek van 4-jarigen. 2003.
18. Powell LV. Caries prediction: a review of the literature. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998;26(6):361-371.
19. Bains R, Bains VK. Lesions of endodontic origin: An emerging risk factor for coronary heart diseases. *Indian Heart J.* 2018;70 Suppl 3:S431-S434.
20. Carrizales-Sepúlveda EF, Ordaz-Farías A, Vera-Pineda R, Flores-Ramírez R. Periodontal Disease, Systemic Inflammation and the Risk of Cardiovascular Disease. *Heart Lung Circ.* 2018;27(11):1327-1334.
21. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet.* 2019;394(10194):261-272.
22. Daly B, Thompsell A, Sharpling J, Rooney YM, Hillman L, Wanyonyi KL et al. Evidence summary: the relationship between oral health and dementia. *Br Dent J.* 2018;223(11):846-853.
23. Batisse C, Bonnet G, Eschevins C, Hennequin M, Nicolas E. The influence of oral health on patients' food perception: a systematic review. *J Oral Rehabil.* 2017;44(12):996-1003.

24. Donaldson M, Kinirons M. Effectiveness of the school dental screening program in stimulating dental attendance for children in need of treatment in Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29(2):143-149.
25. Haya A, Wael S, Bernabé E. Effectiveness of school dental screening on dental visits and untreated caries among primary schoolchildren: Study protocol for a cluster randomised controlled trial. Alayadi et al. *Trials.* 2018;19:224.
26. Snoeck H. Voorbereiding tot standaardisering van het CLB- onderzoek in het eerste leerjaar. 2004.
27. Pierce KM, Rozier RG, Vann WFJ. Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries. *Pediatrics.* 2002;109(5):E82.
28. Krol DM. Educating pediatricians on children's oral health: past, present, and future. *Pediatrics.* 2004;113(5):e487-e492.
29. Praveen G, Yadav Rao K, Effectiveness of school dental screening on stimulating dental attendance rates in Vikarabad town: A randomized controlled trial. *Indian J Dent Res.* 2014;12(2):70.
30. Sanjeevan V, Janakiram C, Joseph J. Effectiveness of school-based dental screening in increasing dental care utilization: A systematic review and meta-analysis. *Indian J Dent Res.* 2019;30(1):117-124.
31. Hebbal M, Nagarajappa R. Does school-based dental screening for children increase follow-up treatment at dental school clinics? *J Dent Educ.* 2005;69(3):382-6.
32. Zarod BK, Lennon MA. The effect of school dental screening on dental attendance. The results of a randomised controlled trial. *Community Dental Health.* 1992,9(4):361-368.
33. Harding M, Taylor G. The outcome of school dental screening in two suburban districts of Greater Manchester, UK. *Community Dent Health* 1993;10:269-75.
34. Cunningham C, Elton R and Gail VA Topping. A randomised control trial of the effectiveness of personalised letters sent subsequent to school dental inspections in increasing registration in unregistered children. *BMC Oral Health.* 2009;12;9:8.
35. Burden DJ, Mitropoulos CM. Effectiveness of a personalised referral letter following orthodontic screening. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1994;22(5 Pt 1):323-6.

36. Khoshnevisan MH, Pakkhesal M. School-Based Oral Health Promotion: A Thorough Review. *Journal of Dental School*. 2017;35(4)143-149.
37. Tikare S, Algahtani N, Eroje A, AlQahtani KM, Jawaher A, Assiri A et al. Effectiveness of School Oral Health Screening and Factors Affecting Dental Attendance Among Female Primary School Children in Saudi Arabia. *Journal of Advanced Oral Research*. 2017;8(1&2)63–68.
38. Somaraj V. School Dental Health Programs – A way to meet the unmet oral health needs. *J Dent Treat Oral Care*. 2017;1(1):103.
39. Kwan S, Petersen PE. Oral health promotion through schools – WHO WHO information series on school health - WHO Global Oral Health Programme. 2003;Document 11. WHO/NMH/NPH/ORH/School/03.3.
40. Petersen PE, Torres AM. Preventive oral health care and health promotion provided for children and adolescents by the Municipal Dental Health Service in Denmark. *Int J Paediatr Dent*. 1999;9:81-91.
41. Petersen PE. Effectiveness of Oral Health Care - Some Danish experiences. *Proc Finn Dent Soc*. 1992;88(1-2):13-23.
42. NIGZ. Handleiding: Aandachtspunten preventieve mondzorg 0-19j voor de Jeugdgezondheidszorg. 2005
43. Arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation. 2015
44. UFSBD. Convention de partenariat entre le ministère de l'éducation nationale et l'Union française pour la santé bucco-dentaire. 2012
45. Légilux. Règlement grand-ducal du 24 octobre 2011 déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-socio-scolaire. 2011
46. Landesrecht. Verordnung über kinder- und jugendärztliche sowie -zahnärztliche Untersuchungen. 1996

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst

Informatiebrief

Beste CLB-arts en verpleegkundige,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de mondgezondheid tijdens het systematisch contactmoment. Deze studie werd opgezet om te luisteren naar uw mening over de mondgezondheidsscreening en het mondonderzoek algemeen.

Doelstellingen en verloop van de studie:

We hebben momenteel geen betrouwbaar beeld van het verloop van de mondgezondheidsscreening. Daarom willen we graag uw medewerking vragen. Deze studie wordt uitgevoerd in het kader van een masterproef in de manama jeugdgezondheidszorg van Dr. Ines Van Troyen, onder begeleiding van Prof. Dominique Declerck (KU Leuven). Door deel te nemen aan deze studie kan u ons helpen om een beter inzicht te verwerven in de uitvoering van de mondgezondheidsscreening. De bevindingen van deze studie kunnen ons helpen om de CLB-arts en verpleegkundige te ondersteunen tijdens de systematische contactmomenten. Wij stellen u voor om aan deze studie deel te nemen omdat u als CLB-arts en verpleegkundige ervaring hebt met de uitvoering van de mondgezondheidsscreening tijdens het systematisch contactmoment. Aan deze studie zullen ongeveer een 1000-tal personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u werkzaam zijn als arts of verpleegkundige in een CLB. We vragen u hierbij om een vragenlijst in te vullen die peilt naar de uitvoering van de mondgezondheidsscreening, de verwijzing ervan en uw eigen mening aan de hand van zowel MPC-vragen, open vragen als de VAS-schaal. Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer 5 minuten van uw tijd in beslag nemen en zal afgenomen worden tussen 18/01/2020 en 07/02/2021.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in. U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan een betere ondersteuning van de mondgezondheidsscreening tijdens het systematisch contactmoment. Deelnemen aan het onderzoek kost tijd: het invullen van de vragenlijst neemt een 5 tal minuten in beslag.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

Deze studie opgesteld is na evaluatie door EC Onderzoek UZ/KU Leuven.

Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.

De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn volledig anoniem. Er worden geen persoonsgegevens zoals naam, geboortedatum, adres, enz. verzameld. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.

Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Van Troyen Ines via inesvantroyen@gmail.com of via het telefoonnummer +32498372939 en de hoofdonderzoeker professor Declerck Dominique via het telefoonnummer +3216 33 23 07 (werkuren) of via e-mail (dominique.declerck@kuleuven.be).

We willen u alvast hartelijk danken voor de tijd die u wilt nemen om deze vragenlijst in te vullen.

Aarzel niet om mij te contacteren voor verdere vragen.

Met vriendelijke groeten,

Ines Van Troyen

Ik heb bovenstaande informatiebrief gelezen en begrijp de informatie en wat er van mij verwacht wordt. Ik kies ervoor om vrijwillig deel te nemen aan de studie.

ja nee

Algemeen

In een eerste deel willen we graag wat achtergrondinformatie verzamelen. Kruis het vakje overeenkomend met uw antwoord aan of vul aan.

Wat is uw geboortejahr?

U bent:

- man
- vrouw
- X

U bent:

- arts
 - verpleegkundige
-

Hoeveel jaar werkervaring heeft u?

- In de preventieve sector (CLB, K&G, ...)
 - In de curatieve sector (ziekenhuis, huisartsenpraktijk, ...)
 - In een andere zorgsector (thuisverpleging, woonzorgcentrum, ...)
-

Uw hoofdwerkgever is:

- CLB-GO!
- Vrij-CLB
- CLB-OVGC
- Provinciaal CLB

Huidige werkwijze

In dit deel verzamelen we informatie over de huidige uitvoering van de mondgezondheidsscreening op basis van een aantal stellingen. Kruis het vakje overeenkomend met uw antwoord aan.

Indien tandartsbezoek in het laatste jaar werd aangekruist op de ouderbrief bevroeg ik mondgezondheid

- Niet
 - Enkel in bepaalde situaties
 - Steeds
-

Ik bevroeg standaard het tandartsbezoek aan de ouders op het 1KK consult.

- Neen
 - Enkel in bepaalde situaties
 - Steeds
-

Ik bevroeg standaard het tandartsbezoek aan de leerling zelf vanaf het 1e LJ.

- Neen
- Enkel in bepaalde situaties
- Steeds

Ik bevroeg standaard op het 1KK consult aan de ouders of de tanden dagelijks gepoetst worden.

- Neen
 - Enkel in bepaalde situaties
 - Steeds
-

Ik bevroeg standaard of de tanden dagelijks gepoetst worden aan de leerling zelf vanaf het 1e LJ.

- Neen
 - Enkel in bepaalde situaties
 - Steeds
-

Ik geef standaard aan elke leerling mondeling mondgezondheidsadvies.

- Neen
 - Enkel in bepaalde situaties
 - Steeds
-

Bij het geven van advies over mondgezond gedrag bespreek ik *(afhankelijk van de leeftijd)* (meerdere antwoorden mogelijk)

- Afbouwen van duimzuigen
 - Afbouwen zuigfles en langdurig verder gezette borstvoeding
 - Gebruik van fluoride
 - Bevorderen van water als dorstlesser
 - Bevorderen van rookstop
 - Afraden van frisdrank en alcohol
 - Afraden van piercings
 - Afraden van drugs
 - Beperking van het aantal tussendoortjes
 - Andere:
 - Geen
-

Bij volgende subgroepen voer ik een klinisch mondonderzoek uit: (meerdere antwoorden mogelijk)

- Steeds
 - Specifiek contactmoment, specificeer:
 - Kansarm
 - OKAN
 - Buitengewoon onderwijs (indien geen georganiseerd bezoek aan de tandarts)
 - Leerling is nog nooit bij de tandarts geweest
 - Leerling is in de voorbije 12m niet bij de tandarts geweest
 - Vermoeden van (door cariës) aangetaste tanden
 - Geen gevolg gegeven aan verwijzing bij vorig consult
 - Leerling is nieuw voor CLB
 - Leerling klaagt over tandpijn, pijn in de mond, is gevallen op een tand
 - Andere:
 - Geen enkel van deze groepen
-

Wanneer ik een klinisch mondonderzoek uitvoer doe ik dit met behulp van:

- Stompe sonde en mondspiegel
 - Tongspatel en lampje
 - Lampje
 - Andere:
 - Ik voer geen klinisch mondonderzoek uit
-

Q24 Tijdens het mondonderzoek kijk ik het gebit na op: (meerdere antwoorden mogelijk)

- Manifeste cariës
- Tandplaque
- Tandsteen
- Erosie
- Gingivitis
- Afwijkende tandstand
- Effect van duimzuigen (open beet, naar buiten kippen boven snijtanden, naar binnen kippen onder snijtanden, kruisbeet kiezen, habituele mondademhaling)
- Effect van langdurig gebruik van zuigfles (habituele mondademhaling, zuigflescariës met gaatjes op de gladde vlakken van de melksnijtanden in de bovenkaak)
- Andere:
- Geen

Verwijzing

In dit deel willen we graag het doorverwijzingsprofiel bepalen. Kruis het vakje overeenkomend met uw antwoord aan.

Ik verwijs een leerling naar de tandarts wanneer: (meerdere antwoorden mogelijk)

- Leerling nog nooit bij de tandarts is geweest
 - Leerling de voorbije 12m niet bij de tandarts is geweest
 - Slechte mondhygiëne
 - Tekens van cariës
 - Tekens van erosie
 - Problemen met de tandstand
 - Problemen met afbouwen fopspeen, duim
 - Andere:
 - Niet
-

Q23 Wanneer ik een kind verwijs naar de tandarts controleer ik of de ingevulde verwijsbrief terug gestuurd werd.

- Neen
 - Enkel in bepaalde situaties
 - Steeds
-

Q24 Ik verstuur een rappel indien de verwijsbrief onbeantwoord bleef.

- Neen
- Enkel in bepaalde situaties
- Steeds

Uw eigen mening

Verschuif de slider naargelang uw mening:

- 1= Helemaal oneens
- 2= Gedeeltelijk oneens
- 3= Neutraal
- 4= Gedeeltelijk eens
- 5= Helemaal eens

Een goede mondgezondheid is belangrijk voor de algemene gezondheid van kinderen.



Een preventief tandartsbezoek 2x per jaar is nuttig.



Ik ben bezorgd over de negatieve gevolgen van een slechte mondgezondheid.



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Ik heb voldoende kennis voor het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek.



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Ik bezit voldoende vaardigheden voor het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek met stompe sonde en mondspiegel.



- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
-

Ik voel mezelf zelfzeker bij het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Het uitvoeren van een klinisch mondonderzoek vormt voor mij een meerwaarde bij het systematisch contactmoment.



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Ik vind de kwaliteit van de mondgezondheidsscreening minder, nu er niet meer standaard een klinisch mondonderzoek bij elke leerling in het kleuteronderwijs wordt uitgevoerd.



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Tot slot

Hier kan u nog bijkomende suggesties of opmerkingen kwijt.



[English version below.](#)

Ons kenmerk: MP016440

Uw kenmerk: Masterproef studie: Het mondonderzoek tijdens het systematisch contactmoment in de CLB-setting.

Leuven, 12-01-2021

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Dominique Declerck

Geachte Ines Van Troyen

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 12-01-2021

(Goedkeuring) Het betreft een online anonieme vragenlijst over evaluatie van mondhygiëne en gebitsstatus door artsen en verpleegkundigen van CLB. Proefopzet is volledig en in orde. Kleine bemerking: protocol vermeldt dat invullen van vragenlijst 1

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haarverantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 16-12-2020 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet

dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels

Voorzitter

Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry

Voorzitter

Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuven

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienst vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplandestudie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP016640

Your reference: Master's thesis study: Het mondonderzoek tijdens het systematisch contactmoment in de CLB-setting

Leuven, 12-01-2021

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Dominique Declerck

Dear Ines Van Troyen

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 12-01-2021

(Goedkeuring) Het betreft een online anonieme vragenlijst over evaluatie van mondhygiëne en gebitsstatus door artsen en verpleegkundigen van CLB. Proefopzet is volledig en in orde. Kleine bemerking: protocol vermeldt dat invullen van vragenlijst 1

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the Educational- Support Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 16-12-2020 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent version of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels

President/Chairperson

Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Bourry

President/Chairperson

Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students. The Ethics Committee refers to the guidelines of the ICH/GCP here on the website, and emphasises that GCP-training is expected from every head-researcher for studies that come under the Law on Medical Experimentation. The Ethics Committee refers at the same time to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical board is required. The study promoter is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

In vitro research on embryos comes under the Law of 11 May 2003. For such research, besides positive approval from the Ethics Committee, approval by the Federal Committee for Medical and Scientific Research on Embryos In Vitro is also necessary before a project can commence.

Before you may commence animal experimentation, approval is required from the Animal Ethics Committee. You must register with this committee for the animal testing component and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

Research on human cadavers requires approval of the Care and Support Ethics Committee. You must therefore register with this committee and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

This favorable opinion from the Commission does not mean that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to both the study promoter (if applicable, the producer) and the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.