

## 6 ZORG VOOR MONDGEZONDHEID IN HET CLB – AANBEVELINGEN

### INHOUDSTAFEL

6.1	INLEIDING	291
6.2	PROMOTIE VAN MONDGEZONDHEID – EEN INTEGRAAL DEEL VAN HET GEZONDHEIDSBELEID VAN DE SCHOOL	291
6.3	ZORG VOOR MONDGEZONDHEID IN HET CLB	297
6.3.1	HUIDIGE PRAKTIJK	297
6.3.2	SCREENING VOOR MONDPATHOLOGIE IN EEN CLB-SETTING OF OP SCHOOL – WAT IS DE WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE?	299
6.3.2.1	Wat is de doeltreffendheid van een mondonderzoek op school?	299
6.3.2.2	Wat is de nauwkeurigheid van een mondonderzoek uitgevoerd door een arts?	302
6.3.3	ZORG VOOR MONDGEZONDHEID IN HET CLB – CONCRETE ACTIES	304
6.3.3.1	Ondersteuning van het gezondheidsbeleid van de school	304
6.3.3.2	Consulten	304
6.3.3.2.1	Primaire en secundaire doelstellingen	304
6.3.3.2.2	Bespreking van de doelstellingen	305
6.3.3.2.3	Het mondonderzoek	311
6.3.3.2.3.1	Het mondonderzoek – bij wie?	311
6.3.3.2.3.1.1	Gewoon onderwijs – KO1 & KO2	311
6.3.3.2.3.1.2	Kansengroepen	314
6.3.3.2.3.1.3	Buitengewoon onderwijs	314
6.3.3.2.3.1.4	Andere indicaties voor mondonderzoeken	315
6.3.3.2.3.1.5	Gewoon onderwijs - LO1 tem SO3: geen systematisch mondonderzoek	316
6.3.3.2.3.2	Het mondonderzoek – Wat nakijken?	317
6.3.3.2.3.3	Het mondonderzoek – Door wie?	317
6.3.3.2.3.4	Het mondonderzoek - Materiaal	317
6.3.3.2.3.5	Het mondonderzoek – Positie van onderzoeker en kind/jongere	320
6.3.3.2.3.6	Het mondonderzoek – Methodiek	320
6.3.3.2.4	Zorg voor mondgezondheid in het CLB – communicatie	322
6.3.3.2.4.1	Vragen in het kader van de standaard mondgezondheid die standaard opgenomen worden in de vragenlijsten in te vullen door de ouders	322
6.3.3.2.4.2	Aspecten van de standaard mondgezondheid die opgenomen worden in de resultaatsbrief voor de ouders	322
6.3.3.2.4.2.1	Resultaatsbrief voor alle kinderen	322
6.3.3.2.4.2.2	Resultaatsbrief voor kinderen waarbij een klinisch mondonderzoek wordt uitgevoerd	323
6.3.3.2.4.3	Wanneer verwijzen naar de tandarts?	324
6.4	REFERENTIELIJST	325

### **Aanbevelingen voor een gezonde mond**

- Twee maal per jaar preventief bezoek aan de tandarts vanaf twee jaar
- Goede mondhygiëne (twee maal per dag tandenpoetsen)
- Gezond mondgezondheidsgerelateerd gedrag bevorderen (bv. afbouwen duimzuigen, bevorderen van water als dorstlesser, rookstop bevorderen)

### **Hoe deze aanbevelingen realiseren?**

- Ondersteuning van het gezondheidsbeleid van de school:
  - Gezond gedrag bevorderen:
    - Aanbeveling bezoek aan de tandarts bevorderen
    - Aanbeveling tweemaal per dag tandenpoetsen
    - Mondgezondheid gerelateerd gedrag bevorderen  
bv. werken rond gezonde voeding op school,  
water als dorstlesser aanbrengen, rookstop  
bevorderen
- Consulten, waarbij ingespeeld wordt op die elementen die in het gezondheidsbeleid rond dit thema opgenomen zijn:
  - Sensibiliseren tot tandartsbezoek
  - Sensibiliseren tot goede mondhygiëne
  - Sensibiliseren tot gezond  
mondgezondheidsgerelateerd gedrag

## 6.1 Inleiding

Uit voorgaande hoofdstukken mag duidelijk zijn dat een goede mondgezondheid maar kan bereikt worden door een regelmatig preventief bezoek aan de tandarts, een goede mondhygiëne en gezond gedrag (bv. gezonde voedingsgewoonten, rookstopbegeleiding).

(Mond-)gezondheid bevorderen is een complexe opdracht; het is het meest efficiënt als het wordt aangepakt in samenwerking met alle betrokken partners (d.i. kinderen/jongeren, ouders, school, CLB-medewerkers, externe hulpverleners zoals tandartsen). Ook zijn de **doelstellingen** van gezondheidswerkers en “mond-gezondheidswerkers” **vaak dezelfde**: naast een regelmatig preventief tandartsbezoek en een goede mondhygiëne, komt het bevorderen van gezonde leefgewoonten niet alleen de mondgezondheid maar ook de algemene gezondheid ten goede.

Het CLB kan op twee niveaus aan mondgezondheidspromotie doen: **(1)** ondersteunen van het **gezondheidsbeleid op school** met oog voor mondgezondheidspromotie en **(2)** aandacht hebben voor mondgezondheidspromotie en mondgezondheid tijdens de **medische consulten**.

## 6.2 Promotie van mondgezondheid – een integraal deel van het gezondheidsbeleid van de school

Het is wenselijk dat de school in haar gezondheidsbeleid ook aandacht heeft voor mondzorg en mondgezondheidspromotie. Het CLB kan daarbij een ondersteunende en stimulerende rol spelen.

Een schoolgezondheidsbeleid ontwikkelen is **maatwerk**; hierbij is het belangrijk dat men oog heeft voor de behoeften van de populatie van de school. Zo zullen scholen met veel kansengroepen of scholen voor buitengewoon onderwijs specifieke noden hebben (bv. informatiemateriaal op maat, hoe preventieve boodschappen overbrengen? hoe ouders betrekken?).

Kwaliteitsvolle acties voor gezondheidspromotie worden bij voorkeur opgezet in overeenstemming met de principes die het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGEZ, voorheen VIG) aanbeveelt voor een schoolgezondheidsbeleid. Dit biedt immers de beste garantie voor een systematische, planmatige en doelgerichte werkwijze, die de effectiviteit van acties voor gezondheidspromotie ten goede komt. Via "PK+" (zie [www.vigez.be](http://www.vigez.be) > methodiek > projectmatig werken) stelt het VIGEZ een instrument voor kwaliteitsborging ter beschikking. Dit instrument biedt gezondheidswerkers of –organisaties de gelegenheid om zelf de kwaliteit van hun projecten na te gaan of ze te toetsen aan de mening van externe deskundigen. Verder is het belangrijk bij de uitwerking van een activiteit samen te werken met de lokale partners (bv. logo, tandartsen, ..).

We verwijzen hier graag naar het *Matrixmodel* van het VIGEZ.

*Hoe gezond gedrag bevorderen op school?*

- **Educatie** bv. lessenreeksen
- Zorgen voor een **gezond aanbod** bv. fruit als tussendoortje
- Zorgen voor een **gezonde regelgeving** bv. afspraken met het schoolteam, ouders en leerlingen over gezonde tussendoortjes
- **Faciliterende maatregelen** bv. mogelijkheid tot tandenpoetsen na de maaltijd, beschikbaar stellen van drinkwater

Door in te werken op denken, voelen en ontwikkelen van vaardigheden bij kinderen, kan de school gezond gedrag bij haar leerlingen bevorderen. Dat is echter **geen garantie** dat de kinderen/jongeren dat gezond gedrag ook effectief zullen stellen. Ook andere actoren zoals ouders, vrienden, familie, media, logo's, andere gezondheidswerkers, voedingsindustrie, overheid kunnen hierbij een belangrijke bijdrage leveren.

Op de website van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGEZ), kan men zoeken naar **promotiematerialen** waarbij mondgezondheid en voeding centraal staan. Via

“Gezondeschool.be”, kan men zoeken in “Invent”, een inventaris van klassieke lespakketten, videoprogramma's, toneelvoorstellingen, spelen, afzonderlijke les-activiteiten en andere producten die ook kort besproken worden. Deze inventaris richt zich op materialen die in Vlaanderen voor educatieve doeleinden zijn geproduceerd. Men kan zoeken op doelgroep, vorm, thema en/of een zelf ingegeven zoekwoord ([www.vigez.be](http://www.vigez.be)).

Er is ook een niet-exhaustieve lijst van **promotiematerialen** opgenomen in Hoofdstuk 7. Voor zover ons bekend, is er weinig onderzoek verricht naar de effectiviteit van de verschillende materialen.

In het kader van het gezondheidsbeleid op school krijgen volgende onderwerpen van **mondgezondheidspromotie prioriteit**:

- **Sensibiliseren tot regelmatig bezoek aan de tandarts**

Het is belangrijk dat kinderen de tandarts niet associëren met pijn of ongemak; dit kan gerealiseerd worden door kinderen al van jongsaf vertrouwd te maken met de tandarts en de tandartspraktijk.

*Adviezen:*

>> De aanbeveling is dat kinderen **vanaf de tweede verjaardag twee maal per jaar** naar de tandarts gaan voor een preventief mondonderzoek. Voor uitgebreidere info, zie Hoofdstuk 3 p242 e.v.

>> Voor achtergrondinformatie, zie Hoofdstuk 5 p273 e.v.

*Mogelijke methodieken:*

>> Bezoek van de tandarts in de klas en/of bezoek aan de tandarts in klasverband. Een klassikaal bezoek aan de tandarts kan drempelverlagend werken. Het kan goed zijn ouders hierbij te betrekken, zeker in scholen waar nog veel kinderen niet regelmatig een preventief bezoek brengen aan de tandarts. Op dat moment kan aan de ouders ook uitgelegd worden dat een preventief mondonderzoek en veel tandheelkundige behandelingen vanaf 1 mei 2009 volledig worden terugbetaald voor kinderen tot de leeftijd van 18 jaar, op voorwaarde dat de tandarts geconventioneerd is.

>> Voor meer promotiemateriaal: zie Hoofdstuk 7.

- **Sensibiliseren tot een goede mondhygiëne**

Tandplaque kan zowel cariës als parodontale ontstekingen veroorzaken. Een goede mondhygiëne is er dus op gericht de mond plaquevrij te houden.

*Adviezen:*

>> Het is raadzaam dat kinderen minstens **2 keer per dag** de tanden poetsen. Tot de leeftijd van zes jaar gebeurt dat best met een tandpasta die maximaal **1000 ppm** fluoride bevat en vanaf de leeftijd van zes jaar met een tandpasta met een fluorideconcentratie van **1000 tot 1500 ppm**.

>> Voor achtergrondinformatie, zie Hoofdstuk 3 p210 e.v.

*Mogelijke methodieken & materialen:*

>> Lessen(reeks), projectweek of rollenspel rond algemene hygiëne waar ook aandacht is voor mondhygiëne

>> Creëren van de mogelijkheden om tanden te poetsen op school (d.i. in een ruimte met stromend water en schone lavabo's) waar begeleiding en toezicht mogelijk zijn.

>> Info-avonden voor ouders over het belang van een degelijke mondhygiëne

>> Voor meer promotiemateriaal: zie Hoofdstuk 7.

- **Sensibiliseren tot gezond mondgezondheidsgerelateerd gedrag (i.c. gezonde voedings- en drankgewoonten)**

De laatste decennia gaat er steeds meer aandacht naar het effect van verkeerde voedingsgewoonten op het ontstaan van diabetes, obesitas, hart- en vaatziekten. Het advies dat in het kader van mondgezondheid gegeven wordt, sluit daar volledig bij aan; een gezonde voeding is immers ook tandvriendelijk. Deze boodschap moet onderdeel zijn van mondgezondheidspromotie.

*Adviezen:*

>> Gebruik **3 hoofdmaaltijden** per dag en **maximaal 2 tussendoortjes**.

>> **Water is de beste dorstlesser**; de meeste frisdranken en vruchtensappen bevatten niet alleen veel suikers (waardoor ze het ontstaan van *cariës* in de hand werken), ze hebben

bovendien ook een zeer lage pH (zijn m.a.w. zuur) waardoor ze *erosie* van tanden kunnen veroorzaken.

>> Voor achtergrondinformatie, zie Hoofdstuk 2 p102 e.v. (invloed van voedings- en drankgewoonten bij het ontstaan van cariës) en p120 e.v. (invloed van voedings- en drankgewoonten bij het ontstaan van erosie)

*Mogelijke methodieken & materialen:*

>> Lessen(reeks), projectweek of rollenspel rond gezonde voedings- en drankgewoonten

>> Aandacht voor gezonde maaltijden op school

>> Voorzien van drinkwater op school en garanderen van een evenwichtig voedings- en drankaanbod op school (voor meer info, zie het advies hierover van de Vlaamse Onderwijsraad, <http://www.vlor.be/bestanden/documenten/ar-adv002-0708.pdf>)

>> Info-avonden voor ouders

>> Voor meer promotiemateriaal: zie Hoofdstuk 7.

Het is verder **wenselijk** dat wanneer volgende onderwerpen aan bod komen -al dan niet in het kader van het gezondheidsbeleid op school- ook de link gelegd wordt met **mondgezondheidspromotie**:

- ***Tabakspreventie en rookstop***

Roken heeft niet alleen desastreuze gevolgen voor de algemene gezondheid, het schaadt ook de mondgezondheid. Het zou goed zijn dat tijdens rookstopcampagnes voor jongeren ook aandacht geschonken wordt aan dit facet en dat jongeren geïnformeerd worden dat roken tot veel meer leidt dan bruin verkleurde tanden.

>> Roken is een zeer belangrijke risicofactor bij de ontwikkeling van premaligne en maligne letsels in de mond.

>> Roken is ook een bijzonder belangrijke risicofactor bij de ontwikkeling van parodontitis; rokers reageren bovendien minder goed op een parodontale behandeling.

>> Kinderen die opgroeien in een omgeving waar gerookt wordt (gedwongen blootstelling aan tabaksrook), hebben ook meer kans op tandbederf, zelfs wanneer rekening gehouden wordt met andere mogelijke beïnvloedende factoren zoals socio-economische achtergrond, mondhygiënegewoonten, voedingsgewoonten, etc.

>> Voor achtergrondinformatie, zie Hoofdstuk 2 p149 e.v. en p193 e.v. (invloed van roken op parodontale gezondheid) en Hoofdstuk 2 p74 e.v. (invloed van blootstelling aan tabaksrook op tandbederf).

*Mogelijke methodieken & materialen:*

>> Zie Website VIGEZ, via thema "Tabakspreventie" en verder naar "Jongeren", waar je informatie vindt over o.a. de rookstopcursus "Feel Free" (stappenplan om te stoppen met roken, test je nicotine-afhankelijkheid, ..), wedstrijd rookvrije klassen (zie ook [www.gezondeschool.be](http://www.gezondeschool.be)), "Help" een Europese campagne tegen roken gericht op jongeren.

>> Tabakstoplijn: 0800 11100

- **Piercings**

Steeds meer jongeren dragen piercings, ook ter hoogte van de mond. Piercings kunnen schade toebrengen aan tanden en tandvlees.

>> Voor achtergrondinformatie, zie Hoofdstuk 2, p195 e.v.

*Mogelijke methodieken & materialen:*

Voor zover ons bekend zijn er geen specifieke methodieken hiervoor uitgewerkt. Uiteraard kunnen begeleiders, leerkrachten en CLB-medewerkers jongeren wijzen op de mogelijke gevaren van het aanbrengen en dragen van lichaamspiercings.

- **Illegale drugs**

Het gebruik van illegale drugs heeft niet alleen desastreuze gevolgen voor de algemene gezondheid, het schaadt ook de mondgezondheid. Het zou goed zijn dat tijdens campagnes voor jongeren ook aandacht geschonken wordt aan dit facet.

>> Voor achtergrondinformatie, zie Hoofdstuk 2, p194 e.v.

*Mogelijke methodieken & materialen:*



Zie hiervoor oa. [www.vad.be](http://www.vad.be) (Vereniging voor alcohol- en andere drugproblemen), [www.druglijn.be](http://www.druglijn.be) of [www.partywise.be](http://www.partywise.be).

Het is ook belangrijk dat wanneer de CLB-medewerkers betrokken worden bij infosessies rond **EHBO** ook aandacht geschonken wordt aan de impact van een **trauma op de tanden**.

>> Kinderen en jongeren die contactsporten beoefenen lopen een groter risico op tandbeschadiging en kunnen best een mondbeschermer dragen (zie Hoofdstuk 3, p 240).

>> Voor "Eerste hulp bij avulsie (uitslaan) van een tand", zie Hoofdstuk 2 p187 e.v.

>> Voor achtergrondinformatie, zie Hoofdstuk 2 p181 e.v. (gevolgen van traumata ter hoogte van de melktanden) en 183 e.v. (gevolgen van traumata ter hoogte van de definitieve tanden).

### **6.3 Zorg voor mondgezondheid in het CLB**

#### **6.3.1 Huidige praktijk**

Volgens het Besluit van de Vlaamse Regering inzake sommige opdrachten van de centra voor leerlingenbegeleiding (17 maart 2000) ligt het binnen de opdracht van de CLB's te zorgen voor algemene en gerichte consulten; de algemene consulten worden georganiseerd in de tweede kleuterklas, het vijfde jaar lager onderwijs en het eerste en derde jaar secundair onderwijs. De gerichte consulten vinden plaats tijdens het eerste jaar kleuteronderwijs en in het eerste en derde jaar lager onderwijs.

Volgens het Besluit is de uitvoering van een mondonderzoek een verplicht onderdeel van elk algemeen consult en van het gericht consult in het eerste jaar lager onderwijs (Zie Tabel 6.1).

Tabel 6.1. Overzicht van consulten georganiseerd door de CLB's, met aanduiding of een mondonderzoek er deel van uitmaakt (BVR, 17/03/2000)

	KO1	KO2	KO3	L01	L02	L03	L04	L05	L06	S01	S02	S03
Algemeen Consult		X						X		X		X
Gericht Consult	X			X		X						
Mondonderzoek		X		X				X		X		X

(KO: kleuteronderwijs; LO: lager onderwijs; SO: secundair onderwijs; X: consult/onderzoek wordt georganiseerd)

Ter voorbereiding van de standaard Mondgezondheid werd in 2006 een bevraging uitgevoerd bij de CLB-medewerkers om de huidige manier van mondonderzoek in kaart te brengen. De vragenlijst werd uitgestuurd naar 135 CLB-vestigingsplaatsen. In totaal namen 215 CLB-medewerkers deel aan de bevraging, waarvan 148 artsen.

Op de vraag bij welke leeftijdsgroepen artsen systematisch een mondonderzoek uitvoeren, antwoordde respectievelijk 41% en 18% dat zij dit ook doen in het gericht onderzoek van de eerste kleuterklas en het derde leerjaar. De gegevens zijn samengevat in tabel 6.2.

Tabel 6.2. Bij wie voeren CLB-artsen systematisch een mondonderzoek uit?

	Ja (%)	Neen (%)	Weet niet (%)	Blanco (%)
KO1	41	45	0	14
KO2	91	1	0	8
LO1	85	5	0	10
LO3	18	65	0	17
LO5	87	3	0	10
SO1	86	4	0	10
SO3	86	1	3	10
BULO	29	2	16	53
BUSO	23	3	16	58

(KO: kleuteronderwijs; LO: lager onderwijs; SO: secundair onderwijs; BULO: buitengewoon lager onderwijs; BUSO: buitengewoon secundair onderwijs; "weet niet" verwijst naar artsen die geen ervaring hebben in die leeftijdsgroep of onderwijsgroep; resultaten gebaseerd op antwoorden van 148 CLB-artsen)

### **6.3.2 Screening voor mondpathologie in een CLB-setting of op school – Wat is de wetenschappelijke evidentie?**

#### *6.3.2.1 Wat is de doeltreffendheid van een mondonderzoek op school?*

Screening is (volgens de Commission on Chronic Illness, Massachusetts, VSA, 1957) “de identificatie, gebaseerd op redelijke veronderstelling, van een nog niet herkende ziekte of defect, d.m.v. testen, onderzoeken of andere procedures die snel kunnen toegepast worden”. Het belangrijkste doel van screenen is de detectie van een ziekte in een vroeger stadium dan het moment waarop normaalgezien behandeling zou ingeroepen worden, en dit in een fase dat vroegtijdige behandeling tot gezondheidswinst leidt. Toegepast op het mondonderzoek, uitgevoerd tijdens de CLB-consulten, zou mondscreening ertoe moeten leiden dat mondpathologie in een vroeger stadium wordt ontdekt en dat dit zou leiden tot winst in mondgezondheid (Milsom, 1999). Recent onderschreef de WHO nog de mondonderzoeken van kinderen op school: “Screening van tanden en mond maakt vroege detectie en tijdige interventies van mondpathologie mogelijk, wat leidt tot substantiële besparingen” (WHO, 2003).

❖ Screening van tanden en mond maakt vroege detectie en tijdige interventies van mondpathologie mogelijk.

Nochtans is hierover (ook internationaal) weinig onderzoek gebeurd. Voor zover ons bekend werd er in Vlaanderen nooit onderzocht wat de impact is van de mondonderzoeken uitgevoerd door de CLB-artsen op de mondgezondheid van de leerlingen. Informatie over effectief tandartsbezoek door kinderen na verwijzing door de CLB-arts is schaars.

In het kader van een eindwerk jeugdgezondheidszorg, werd de verwijspolitiek in twee centra Medisch Schooltoezicht geëvalueerd [15]. Van de 1505 kinderen (uit kleuter-, lager, secundair, bijzonder kleuter- en bijzonder lager onderwijs) die in de periode 1 oktober -31 december 1999 een preventief medisch onderzoek kregen, werden er 338 kinderen voor 1 of meer redenen verwezen, wat resulteerde in 428 verwijzingen. Negentien procent van de 78 kinderen die naar de tandarts verwezen

werden, brachten een verwijfsbrief terug naar het Medisch Schooltoezicht. Na het versturen van een herinneringsbrief naar de ouders steeg dat percentage tot 35%. Er zijn geen aanwijzingen dat de resultaten in het CLB, nu bijna 10 jaar later, beter zijn.

Ook uit internationale literatuur blijkt dat slechts **12 tot 53 %** van de kinderen die **na een schoolonderzoek** werden verwezen naar de tandarts **ook effectief de tandarts** hebben geconsulteerd [10]. De hogere percentages werden maar bereikt na extra opvolging, wat er volgens de auteurs op wijst dat tandartsbezoek niet alleen afhankelijk is van de kennis van mondproblemen, maar bijvoorbeeld ook van motivatie.

- ❖ Slechts 12 tot 53 % van de kinderen die na een schoolonderzoek werden verwezen naar de tandarts, gingen ook effectief.
- ❖ Tandartsbezoek is niet alleen afhankelijk van de kennis van mondproblemen, maar bijvoorbeeld ook van motivatie.

De groep van Milsom deed een grondig onderzoek naar de effectiviteit van mondonderzoeken uitgevoerd door schooltandartsen bij Britse kinderen [18], [19]. In totaal werden 13570 6- tot 9-jarige kinderen twee keer gezien door de schooltandarts. De test-kinderen werden na het eerste contact op basis van bepaalde criteria (afhankelijk van de testgroep waartoe ze behoorden) verwezen naar de tandarts, terwijl er bij de kinderen van de controlegroep geen interventie (d.i. verwijzing) was. Vier maanden na het eerste onderzoek werden zowel test- als controlekinderen opnieuw gezien door de schooltandarts. De gegevens van het tweede contact met de schooltandarts leerden dat er geen significante verschillen in het voorkomen van onbehandelde cariës waren tussen de test- en controlegroepen. Ook het voorkomen van sepsis, de aanwezigheid van grote hoeveelheden tandplaque of tandsteen was niet significant meer gedaald bij de kinderen van de testgroepen. **Mondonderzoeken op school** waren niet alleen **niet effectief in het reduceren van actief tandbederf**, ze slaagden er **evenmin** in om **kinderen bij hun eigen tandarts** te krijgen. Bovendien slaagde de screening er niet in om kinderen van kansengroepen ook effectief te laten behandelen door de tandarts [19].

- ❖ Mondonderzoeken op school waren niet effectief om kinderen bij de tandarts te krijgen of om de behandeling van actief tandbederf te starten.
- ❖ Kinderen van kansengroepen worden door screening op school niet aangezet om zich te laten behandelen door hun eigen tandarts.

In een Noord-Ierse interventiestudie bleek daarentegen dat men door middel van mondonderzoek op school kinderen (en hun ouders) kon stimuleren naar hun eigen tandarts te gaan voor behandeling (van de kinderen). In vergelijking met een controlegroep bleek dit positief effect van mondonderzoek op school significant te zijn bij kinderen van werkloze en hoog opgeleide ouders. [7] Volgens de auteurs geeft vooral het goede resultaat binnen de socio-economisch zwakste groep aan dat de **kloof in mondgezondheid kan verkleind worden door screening op school**. Belangrijke methodologische problemen van deze studie, zoals de lage response rate van een bevraging van ouders over tandartsbezoek, en de mogelijke "information bias" en "recall bias" verbonden aan deze bevraging, hypothekeren deze bevindingen.

- ❖ In een andere studie leidden mondonderzoeken op school door een schooltandarts wél tot bezoek aan de eigen tandarts voor behandeling.
- ❖ Belangrijke methodologische beperkingen van de studie kunnen een invloed gehad hebben op deze resultaten.

Om het effect van screening bij kinderen op de mondgezondheid op lange termijn te onderzoeken zou er een prospectief onderzoek moeten opgezet worden, waarbij eveneens rekening gehouden wordt met mogelijk beïnvloedende factoren (bv. voeding, mondhygiënegewoonten, socio-economische variabelen, etc.). Op die manier kan de wetenschappelijke evidentie voor het uitvoeren van screening van de mond in het kader van een preventief medisch onderzoek op school uitgebouwd worden [20].

Feit is wel dat de **gewoonte om van kindsbeen af naar de tandarts te gaan** en de **houding van ouders** tegenover het tandartsbezoek een

belangrijke invloed hebben op het tandartsbezoek op latere leeftijd (Gratrix et al., 1990). Volgens de studie van Gratrix had verwijzing na screening een belangrijker invloed op tandartsbezoek dan bijvoorbeeld de sociale achtergrond van het kind. Vandaar dat de auteurs adviseren om in scholen waar slechts **weinig kinderen regelmatig naar de tandarts** gaan, de **frequentie van de screening op te drijven**. De realiteit leert immers dat die kinderen die het minst geneigd zijn om op jonge leeftijd naar de tandarts te gaan, nu net de grootste kans lopen om tandbederf te krijgen [3]. Dit advies wordt in deze standaard concreet opgenomen door een mondonderzoek uit te voeren bij alle kinderen die de afgelopen 12 maanden niet naar de tandarts zijn geweest (zie verder).

Een Amerikaanse studie bracht aan het licht dat de **kosten** die gemiddeld genomen aan mondzorg besteed worden, **kleiner** zijn **voor kinderen die al op jonge leeftijd preventieve zorgen** kregen [25].

- ❖ De gewoonte om van kindsbeen af naar de tandarts te gaan en de houding van ouders tegenover het tandartsbezoek hebben een belangrijke invloed op het tandartsbezoek op latere leeftijd.
- ❖ De kosten die gemiddeld genomen aan mondzorg besteed worden, zijn kleiner voor kinderen die al op jonge leeftijd preventieve zorgen kregen.

#### *6.3.2.2 Wat is de nauwkeurigheid van een mondonderzoek uitgevoerd door een arts?*

Hiervoor verwijzen we eerst naar de resultaten van enkele eindwerken jeugdgezondheidszorg waarin een voorstel tot mondonderzoek in tweede kleuterklas, eerste en vijfde leerjaar wordt geformuleerd [17], [26], [6]. De auteurs geven aan dat ze eigenlijk onvoldoende werden opgeleid om een “degelijk” mondonderzoek uit te voeren. Na eigen literatuurstudie en vooral dankzij de individuele feedback bij het onderzoeken van een eerste groep kinderen, wordt de sensitiviteit en specificiteit van hun onderzoek bij een tweede groep beter. Ook een bevraging bij CLB-artsen leert dat artsen vaak niet weten wat ze precies moeten onderzoeken in de mond.

In de internationale literatuur wordt bevestigd dat de opleiding mondgezondheid en –pathologie in de opleiding tot arts over het algemeen tekort schiet [11].

❖ Artsen zijn over het algemeen onvoldoende opgeleid om een “degelijk” mondonderzoek uit te voeren.

In een Amerikaanse studie kregen artsen eerst een opleiding mondgezondheid van 2 uur voor ze de mond van peuters (tot 3 jaar) onderzochten [22]. Hun onderzoeksgegevens werden vergeleken met die van een tandarts. De resultaten leren dat deze artsen de neiging hadden om cariës te onderscoren. Op tand-niveau bereikten ze een sensitiviteit van 0,49 in vergelijking met de gouden standaard (een tandarts); concreet wil dat zeggen dat 49% van de tanden met cariës door de onderzoeker ook effectief geklasseerd werd als cariëspositief en 51% van de aangetaste tanden dus niet als dusdanig werden gescoord. Ze bereikten (op tandniveau) wel een specificiteit van 0,99 in vergelijking met de gouden standaard; concreet wil dat zeggen dat 99% van de tanden zonder zichtbare aantasting door cariës door de onderzoeker ook effectief geklasseerd werd als gaaf. Op kind-niveau waren de resultaten beter: de onderzoekers bereikten een sensitiviteit van 0,76 (concreet: 76% van de kinderen met tandbederf werd door de onderzoeker ook effectief geklasseerd als cariëspositief en 24% niet) en een specificiteit van 0,95 (concreet: 95% van de kinderen zonder zichtbare cariës werd door de onderzoeker ook effectief geklasseerd als cariësvrij). Er waren 6 vals-negatieve en 11 vals-positieve scores.

❖ Na een opleiding ‘screening van de mond’ hebben artsen (nog) de neiging cariës te onderscoren.

Op basis van een recente bevraging van Vlaamse pediaters werd ook besloten dat de theoretische kennis van artsen over onderwerpen i.v.m. mondgezondheid zeker kan verbeterd worden [4].

### 6.3.3 Zorg voor mondgezondheid in het CLB – Concrete acties

#### 6.3.3.1 Ondersteuning van het gezondheidsbeleid van de school

Zie hierboven

#### 6.3.3.2 Consulten

##### 6.3.3.2.1 Primaire en secundaire doelstellingen

##### *Primaire doelstellingen voor **alle leerlingen***

- ☞ Sensibiliseren tot tandartsbezoek: kinderen **zo vroeg mogelijk naar de tandarts** toe leiden voor een **preventief mondonderzoek** en hen (en hun ouders) adviseren **twee keer per jaar** naar de tandarts te gaan voor een preventief mondonderzoek.
- ☞ Sensibiliseren tot goede mondhygiëne
- ☞ Sensibiliseren tot gezond mondgezondheidsgerelateerd gedrag (gezonde voeding, afbouwen van gebruik van zuigfles en fopspeen en duim- of vingerzuigen, rookstop)

Hierbij wordt er vertrokken vanuit de bevindingen van de vragenlijsten die ouders en/of jongeren invulden, de observaties van verpleegkundige, arts of leerkracht en het gesprek met de leerling zelf. Afhankelijk hiervan kan er bijvoorbeeld geopteerd worden om een van deze items extra aandacht te geven.

Belangrijk hierbij is dat de CLB-medewerker op de hoogte is van de aanbevelingen voor een gezonde mond en die aanbevelingen op een positieve manier kan aanbrengen bij de leerling (en evt. aanwezige ouders).

Probeer ook **positief te bekrachtigen!!**

De klemtoon tijdens de consulten ligt dus eerder bij **sensibiliseren** dan bij screenen. De **screening van de mond** zal nog systematisch gebeuren bij alle kinderen van de **tweede kleuterklas** en bij voorkeur en indien haalbaar ook bij alle kinderen van de **eerste kleuterklas**. Andere indicaties voor mondonderzoeken worden verder besproken.



Secundaire doelstelling voor **leerlingen waarbij een mondonderzoek wordt uitgevoerd** (zie verder):

#### Detectie van **manifeste vormen van cariës**

Opsporen van orthodontische en andere afwijkingen is geen prioriteit (zie verder).

#### 6.3.3.2.2 *Bespreking van de doelstellingen*

**1. Sensibiliseren tot tandartsbezoek: kinderen zo vroeg mogelijk naar de tandarts** toe leiden voor een **preventief mondonderzoek** en hen (en hun ouders) adviseren **twee keer per jaar** naar de tandarts te gaan voor een preventief mondonderzoek.

*Ter info: volgens de gegevens van de gezondheidsenquête (2004) is 27% van de kinderen jonger dan 14 jaar nog nooit naar de tandarts geweest; gegevens verzameld in het kader van het mondgezondheidspromotieproject Tandje de Voorste (2003), geven aan dat 72% van de driejarigen en 32% van de vijfjarigen nog nooit bij de tandarts is geweest. Voor uitgebreidere info, zie Hoofdstuk 3 p242 e.v.*

WAT KAN EEN CLB CONCREET DOEN?

Om deze primaire doelstelling te bereiken zal het nodig zijn **leerlingen en ouders te informeren** dat:

- Het mondonderzoek door de CLB-arts/verpleegkundige **in geen geval het mondonderzoek van de tandarts vervangt.**
- Een **preventief mondonderzoek op jonge leeftijd alleen maar voordelen** heeft: kinderen krijgen rustig de tijd te wennen aan de tandarts en de tandartspraktijk; de tandarts wordt niet geassocieerd met tandpijn of een traumatische ervaring in de mond; de tandarts kan geïndividualiseerd advies geven over mondhygiëne (poetsen) en tandvriendelijke voeding en drank; de tandarts kan problemen in een vroeg stadium diagnosticeren en behandelen (voor er tandpijn is).

- Kinderen die op jonge leeftijd naar de tandarts gaan, meer geneigd zijn om **verder regelmatig op controle te gaan bij de tandarts** voor preventieve mondonderzoeken [25].
- Een preventief mondonderzoek en veel tandheelkundige behandelingen bovendien vanaf 1 mei 2009 (**volledig terugbetaald**) worden tot de leeftijd van **18 jaar**, op voorwaarde dat de tandarts geconventioneerd is. (Zie ook Hoofdstuk 5 p277 e.v.)
- **Mondzorg-gerelateerde kosten lager** zijn voor kinderen die op jonge leeftijd naar de tandarts gaan voor een preventief mondonderzoek [25].
- Dat ook melktanden best zo goed mogelijk verzorgd worden. Vele ouders denken nog steeds dat dit advies enkel voor definitieve tanden geldt. Een **gezond melkgebit is de beste "garantie" voor een gezond definitief gebit** [24], [2], [23], [16], [13], [12].

Om deze primaire doelstelling te bereiken zal het nodig zijn **leerlingen en ouders te sensibiliseren:**

- Het is belangrijk dat de onderzoeker zelf een **positieve houding** t.o.v. een preventief mondonderzoek uitstraalt. Vragen in de zin van "Ben je al eens naar de tandarts móeten gaan?" zijn dus absoluut te vermijden. De onderzoeker kan dus beter vragen stellen in de zin van "Ben je met mama of papa al eens naar de tandarts geweest? Heeft de tandarts toen naar je tanden gekeken? Was het leuk bij de tandarts? Wat heeft de tandarts gedaan? .."
- Indien uit de vragenlijst en/of uit het gesprek met het kind/de jongere blijkt dat het kind nog nooit naar de tandarts is geweest, wordt het advies om vanaf de leeftijd van twee jaar 2 keer per jaar een tandarts te raadplegen voor een preventief mondonderzoek meegedeeld aan het kind (als het daar oud genoeg voor is) en genoteerd op de resultaatsbrief voor de ouders. De standaard mededeling op de resultaatsbrief kan bv. ook met fluostift worden gemarkeerd.
- Wanneer uit de vragenlijst en/of uit het gesprek met het kind/de jongere blijkt dat het kind wel al naar de tandarts is geweest, is het belangrijk dat hierop **positieve feedback** wordt gegeven.

## 2. Sensibiliseren tot een goede **mondhygiëne**

>> **Tandplaque** kan zowel **cariës** als **parodontale ontstekingen** veroorzaken.

Onderzoek heeft bovendien uitgewezen dat de aanwezigheid van tandplaque **bij kleuters** een **belangrijke voorspeller** is voor de **ontwikkeling van cariës** [1].

Tandplaque is een zachte massa die zich o.a. hecht op het tandoppervlak bij onvoldoende mondhygiëne. Een goede mondhygiëne is er dus op gericht de mond plaquevrij te houden. Wanneer tandplaque langdurig op de tanden aanwezig blijft door een onvoldoende mondhygiëne, wordt het omgezet in **tandsteen**.

>> Voor info over het verband tussen tandplaque en het ontstaan van cariës of tandbederf, zie Hoofdstuk 2 p74 e.v.

>> Voor info over het verband tussen tandplaque en het ontstaan van gingivitis, zie Hoofdstuk 2 p135 e.v.

### WAT KAN EEN CLB CONCREET DOEN?

Om deze primaire doelstelling te bereiken zal het nodig zijn **leerlingen en ouders te informeren** én te **sensibiliseren**:

- Het is belangrijk dat de onderzoeker zelf een **positieve houding** t.o.v. een goede mondhygiëne uitstraalt en in het gesprek met de jongere niet alleen registrerend aanwezig is, maar vooral ook **motiverend**. Wie nog niet poetst, wordt aangemoedigd dat toch te doen en wie 1 keer per dag poetst, wordt aangemoedigd daar zowel 's morgens voor het naar school gaan als 's avonds voor het slapengaan tijd voor uit te trekken.
- Indien uit de vragenlijst en/of uit het gesprek met het kind/de jongere blijkt dat het kind niet minstens twee keer per dag poetst, wordt het advies om vanaf de leeftijd van twee jaar zeker 2 keer per dag de tanden poetsen, met fluostift extra benadrukt op de **resultaatsbrief** voor de ouders.
- Wanneer uit het klinisch onderzoek en/of uit de vragenlijst en/of uit het gesprek met het kind/de jongere blijkt dat de mondhygiëne goed is en dat hieraan thuis veel aandacht wordt besteed, is het belangrijk dat hierop ook **positieve feedback** wordt gegeven.

- Bij die kinderen waarbij een mondonderzoek wordt uitgevoerd, wordt de aanwezigheid van tandplaque en tandsteen nagekeken. Indien de mondhygiëne te wensen over laat, wordt de leerling aangemoedigd minstens twee maal daags tijd uit te trekken voor een degelijke mondhygiëne. Indien de mondhygiëne goed is, wordt positief bekrachtigd. De ouders worden hiervan op de hoogte gebracht in de resultaatsbrief (zie verder).

### 3. Sensibiliseren tot **gezond mondgezondheidsgerelateerd gedrag**

#### a. **Gezonde voeding** is meestal **ook tandvriendelijk**.

>> Voor achtergrondinformatie, zie Hoofdstuk 2 p102 e.v. (invloed van voedings- en drankgewoonten bij het ontstaan van cariës) en p120 e.v. (invloed van voedings- en drankgewoonten bij het ontstaan van erosie)

#### b. Het langdurige gebruik van **fopspeen of zuigfles of het langdurig duimzuigen** tot in de kleutertijd of zelfs langer, kan leiden tot een afwijking van de **tandstand** en van de positie van de tong in rust en bij slikken. Het is deze afwijkende tongpositie die de **habituele mondademhaling** in de hand werkt.

>> Voor achtergrondinformatie over de gevolgen van een habituele mondademhaling, zie Hoofdstuk 2 p64 e.v.

>> Voor achtergrondinformatie over de effecten van duim- en vingerzuigen op de tandstand, de kaken, de positie van de tong en de vorm van het gelaat, zie Hoofdstuk 2 p66 e.v.

#### c. **Roken** en **illegale drugs** hebben niet alleen desastreuze gevolgen voor de algemene gezondheid, het schaadt ook de mondgezondheid.

>> Voor achtergrondinformatie, zie Hoofdstuk 2, p193 e.v.

#### d. Steeds meer jongeren dragen **piercings**, ook ter hoogte van de mond. Piercings kunnen schade toebrengen aan tanden en tandvlees.

>> Voor achtergrondinformatie, zie Hoofdstuk 2, p195 e.v.

## WAT KAN EEN CLB CONCREET DOEN?

Om deze primaire doelstelling te bereiken zal het nodig zijn **leerlingen en ouders te informeren** én te **sensibiliseren**:

- Wanneer uit de vragenlijst en/of uit het gesprek met het kind/de jongere blijkt dat fopspeen, duim of zuigfles nog frequent gebruikt worden, is het belangrijk dat hierop wordt ingegaan door de CLB-medewerker. Het is belangrijk dat ouders in de **resultaatsbrief** kunnen lezen dat het gebruik van de zuigfles **best zo snel mogelijk wordt afgebouwd**, dat het gebruik van een fopspeen ook best wordt afgebouwd (bv. eerst enkel nog een fopspeen toelaten om in te slapen, maar dan uit de mond van het kind halen zodra het kind inslaapt en zo geleidelijk afbouwen) en dat ook het gebruik van de duim best wordt afgebouwd (adviezen die ook door Kind & Gezin worden gegeven) (bv. handjes in washandjes steken die met strikjes zijn vastgemaakt rond de handen of eventueel zijn bevestigd aan de pyjama).
- Afhankelijk van de ernst van het probleem en de leeftijd van het kind kan verwezen worden naar de tandarts of naar een logopedist.
- Wanneer uit de vragenlijst en/of uit het gesprek met de jongere blijkt dat de leerling rookt of illegale drugs gebruikt, is het belangrijk dat hierop wordt ingegaan door de CLB-medewerker.
- Wanneer blijkt dat de leerling piercings draagt ter hoogte van de mond, is het belangrijk dat hierop wordt ingegaan door de CLB-medewerker. De CLB-medewerker informeert de jongere over de mogelijke nadelige consequenties voor tanden en tandvles en geeft advies ze te verwijderen.

### *Secundaire doelstelling*

**4. Detectie van **manifeste vormen van cariës** bij leerlingen waarbij een mondonderzoek wordt uitgevoerd (zie verder).**

Het is hierbij niet de bedoeling dat er per tand een score wordt meegedeeld aan de ouders, maar wel dat de aanwezigheid van **manifeste cariëslaesies** aanleiding geeft tot een vermelding in de resultaatsbrief voor de ouders en het verwijzen naar de tandarts voor verzorging (zie verder).

#### WAT KAN EEN CLB CONCREET DOEN?

- Van zodra de onderzoeker bij een kind minstens één tand ziet die aangetast is door cariës en die niet behandeld werd (d.i. de tand is niet gevuld), leidt dit tot een verwijzing naar de tandarts, ook als bijvoorbeeld uit de vragenlijst of het gesprek met het kind/de jongere zou blijken dat het kind zesmaandelijks naar de tandarts gaat. Onder "manifeste cariëslaesie" wordt een duidelijke cavitatie (d.i. een "gat") in de tand verstaan.

#### WAT MET ORTHODONTISCHE AFWIJKINGEN?

Prominente orthodontische afwijkingen (open beet, kruisbeet, dwangbeet) die door de CLB-medewerker worden vastgesteld, worden meegedeeld aan de ouders. De systematische opsporing van orthodontische afwijkingen is echter **geen prioriteit** van het mondonderzoek in het CLB.

Het is evenmin de bedoeling dat de CLB-medewerker rechtstreeks doorstuurt naar de orthodontist; kinderen moeten eerst onderzocht worden door de eigen tandarts.

>> Het is de **taak van de algemeen tandarts** om de gebitsontwikkeling op te volgen, orthodontische afwijkingen op te sporen en kinderen indien nodig door te sturen naar de orthodontist. Hierbij is het goed terug te verwijzen naar de primaire doelstelling van het mondonderzoek in de CLB's: kinderen zo vroeg mogelijk naar de tandarts toe leiden voor preventief mondonderzoek.

>> **Vroegtijdige detectie van pathologie in de mond** door de tandarts kan er vaak toe leiden dat melktanden niet vroegtijdig verloren gaan, waardoor ook veel orthodontische problemen kunnen vermeden worden. Bovendien kan de tandarts ook parafuncties (bv. duimzuigen) bespreken en samen met de ouders zoeken naar een oplossing.

>> In sommige gevallen kan de **tandarts zelf al ingrijpen** bij mineure orthodontische afwijkingen bij jonge kinderen (bv. spatelbijten bij inversie van een snijtand; tussen de lippen klemmen van een spatel of een blaadje om ademen door de neus te stimuleren). Regelmatige consultaties (d.i. om de 6 of 12 maanden) laten de tandarts toe op te volgen, bij te sturen en zo nodig door te sturen.

>> De orthodontist zal (in samenspraak met de algemeen tandarts) op basis van de **gebitsontwikkeling** van het kind, de **leeftijd**, de **algemene ontwikkeling** (bv. bij meisjes op basis van de menarche) en de eventuele **urgentie** van het probleem (bv. sterk naar voor geïnclineerde tanden die bij een trauma kunnen beschadigd worden) nakijken wanneer de orthodontische behandeling best wordt opgestart.

#### CONCRETE AANBEVELINGEN BIJ ARTICULATIESTOORNISSEN

- In geval van een articulatiestoornis van 1 of een paar klanken (bv. "r" wordt uitgesproken als "l", een kind lispelt) is het niet zinvol een kind door te sturen vooraleer het in het derde kleuterklasje zit. Vaak gaat het probleem spontaan over; bovendien zijn kinderen van de eerste en tweede kleuterklas vaak nog te jong voor logopedische therapie.
- In geval het gaat om een complex probleem waarbij een kind verschillende articulatiestoornissen heeft bij het uitspreken van apico-alveolaire klanken (dat zijn de klanken waarbij de tong contact maakt met de tanden, bv. "t", "d", "n", "s", "z") en bovendien ook tonginterpositie en/of "tonguethrust" en/of lage tongligging in rust en/of habituele mondademhaling en/of afwijkende mondgewoonten (bv. duimzuigen) vertoont, is het aangewezen om vroeger in te grijpen omdat de veelheid aan factoren een nadelige invloed kan hebben op de ontwikkeling van de kaken en het gebit. Verwijzen naar een logopedist is in deze situatie zeker geïndiceerd. Hij/zij zal dan evalueren of doorsturen naar een tandarts zinvol is.
- Verder is het ook belangrijk op te merken dat niet elke open beet aanleiding zal geven tot lispelen, maar ook dat niet elk kind dat lispelt een open beet heeft. Plotse veranderingen in de mond (bv. orthodontische apparatuur) kunnen bijvoorbeeld ook aanleiding geven tot tijdelijk lispelen.

#### 6.3.3.2.3 *Het mondonderzoek*

##### 6.3.3.2.3.1 *Het mondonderzoek – bij wie?*

###### 6.3.3.2.3.1.1 Gewoon onderwijs – KO1 & KO2

Omdat:

- het de primaire doelstelling is om kinderen zo vroeg mogelijk naar de tandarts toe te leiden voor een preventief mondonderzoek

- tandplaque, een belangrijke risicofactor bij het ontstaan van cariës in het melkgebit, eenvoudig te scoren is in een CLB-setting
- het melkgebit (20 melktanden) vrij overzichtelijk en gemakkelijk te onderzoeken is, ook voor minder ervaren (mond-) onderzoekers
- een inhoudelijk gesprek over mondgezondheidsgedrag (bezoek aan de tandarts, tanden poetsen, gezonde voeding) moeilijk te voeren is met een kleuter

wordt de **screening van de mond**, zoals verder in dit hoofdstuk beschreven, **systematisch** uitgevoerd **bij alle kinderen van de tweede kleuterklas** en bij voorkeur en indien haalbaar ook bij alle kinderen van de **eerste kleuterklas**.

Het is aan te bevelen een mondonderzoek uit te voeren in de **eerste kleuterklas** –voorheen niet het geval- en wel om volgende redenen:

- omdat kinderen met **uitgebreide gebitsaantasting** dit reeds **vanaf jonge leeftijd** hebben. Vroegtijdige detectie is dus nodig én mogelijk.
- omdat de aanwezigheid van **tandplaque**, die een belangrijke predictor is voor cariësontwikkeling, **gemakkelijk te scoren** is in een CLB-setting.
- omdat de literatuur aangeeft dat een **gezond melkgebit** de beste “garantie” is voor een gezond definitief gebit.
- omdat die kinderen die het meest pathologie hebben in de mond het minst een tandarts zien. Door de **laagdrempeligheid van het CLB** proberen we die kinderen toch zo vroeg mogelijk naar de tandarts toe leiden.
- omdat de literatuur aangeeft dat **hoe vroeger een kind start met regelmatige controles bij de tandarts des te minder de verzorging zal kosten** aan de ouders en de gemeenschap.
- omdat in heel wat CLB's men er naar streeft het onderzoek in het eerste kleuterklasje in de **aanwezigheid van de ouders** uit te voeren. De screening van de mond van het kind is een ideale aanleiding om bij de ouders het belang van



mondgezondheidspromotie (incl. bezoek aan de tandarts, mondhygiëne, voedingsgewoonten) aan te kaarten. Deze informatie rechtstreeks aan de ouders kunnen meedelen tijdens de screening, zal meer impact hebben dan een verwijsbrief.

- omdat het belangrijk is dat de CLB's het beleid van Kind&Gezin verderzetten. Bij een eventuele implementatie van het project Tandje de Voorste in het zorgaanbod van Kind&Gezin zal er meer aandacht geschonken worden aan mondgezondheidspromotie in de zuigelingenverzorging.

Uit voorgaande wordt duidelijk dat het sterk wordt aanbevolen om ook bij de eerste kleuters een mondonderzoek uit te voeren, ook al is er op dit moment nog geen wettelijk kader voor. Indien een mondonderzoek wordt uitgevoerd, zal het gebeuren zoals verder beschreven.

Idealiter wordt het mondonderzoek **aangevuld met** activiteiten in het kader van het gezondheidsbeleid met aandacht voor mondgezondheidspromotie, voor kinderen en hun ouders (zie boven).

**Onderwerpen** die bij een groepsactiviteit rond mondgezondheidspromotie zeker aan bod moeten komen zijn:

- belang van regelmatig preventief bezoek aan de tandarts
- mondhygiëne
- voeding
- afbouwen en stopzetten van gewoonten die de mondgezondheid negatief beïnvloeden (bv. duimzuigen, gebruik van fopspeen en zuigfles)

Het mondonderzoek wordt ook in **KO2** bij voorkeur in aanwezigheid van de ouders uitgevoerd. Het mondonderzoek wordt om de volgende redenen uitgevoerd in KO2:

- om die kinderen die in KO1 niet onderzocht werden of waar geen mondonderzoek werd uitgevoerd, toch te kunnen screenen.

- omdat ouders dan **twee jaar na elkaar het duidelijke signaal** krijgen van het CLB dat een regelmatig bezoek aan de tandarts bijzonder zinvol is (de kracht van de herhaling).
- De argumenten opgesomd bij KO1 zijn ook hier van toepassing.

#### 6.3.3.2.3.1.2 Kansengroepen

Epidemiologisch onderzoek heeft aangetoond dat kinderen/jongeren van **kansengroepen** (bv. lagere socio-economische groepen, anderstalige nieuwkomers) meer tandbederf hebben in melk- en definitief gebit en dat de verzorgingsgraad (d.i. proportie door cariës aangetaste tanden die gevuld of verwijderd werden) bovendien ook lager is [8], [21], [14], [27], [5].

Omdat voor deze kinderen en hun ouders de drempel om naar de tandarts te gaan vaak heel hoog is en omdat een verwijfsbrief vanuit het CLB om de tandarts te raadplegen voor (preventieve en/of curatieve) verzorging een onvoldoende stimulans is,

wordt de CLB-medewerker geacht bij kinderen/jongeren van **kansengroepen ook een mondonderzoek** uit te voeren tijdens de consulten van het lager en secundair onderwijs, extra aandacht aan de mondgezondheid te besteden en waar mogelijk de ouders aan te spreken voor verdere verzorging

Een mondonderzoek in de CLB-setting kan een kind ook vertrouwd maken met het uitvoeren van een mondonderzoek.

#### 6.3.3.2.3.1.3 Buitengewoon onderwijs

Epidemiologisch onderzoek heeft aangetoond dat de **mondgezondheid** bij een groot deel van de kinderen/jongeren die school lopen in het buitengewoon onderwijs **minder goed** is dan bij leeftijdsgenoten in het gewoon onderwijs (zie o.a. hoofdstuk 4). Het is dus belangrijk dat het CLB **extra aandacht** besteedt aan de bevordering van mondgezondheid bij die groep.

>> Voor een uitvoerige bespreking van aspecten van mondgezondheid bij personen met een fysieke en of mentale beperking, wordt verwezen naar Hoofdstuk 4

Gezien de grote verscheidenheid binnen deze onderwijsgroep is het **niet mogelijk** om **eenduidige richtlijnen** voor te stellen die van toepassing kunnen zijn in elke school van het buitengewoon onderwijs. In sommige scholen/voorzieningen heeft de tandarts een volwaardig uitgewerkt kabinet, in andere wordt er onder begeleiding een bezoek gebracht aan de tandarts en in nog andere scholen wordt er aan mondgezondheid (voorlopig) weinig aandacht besteed.

Wanneer de leerling niet op regelmatige basis gezien wordt door een tandarts, wordt de CLB-medewerker geacht **ook een mondonderzoek** uit te voeren tijdens de consulten van het lager en secundair buitengewoon onderwijs, extra aandacht aan de mondgezondheid te besteden en waar mogelijk de ouders (verzorgers) aan te spreken voor verdere verzorging.

>> Wanneer het mondonderzoek **niet lukt** dan wordt dit vermeld op de resultaatsbrief **voor de ouders**.

>> Het is belangrijk dat ouders geïnformeerd worden over het belang van het halfjaarlijks (preventief) bezoek aan de tandarts. Bij deze doelgroep kan bijvoorbeeld een **gesprek met de ouders** over mondgezondheid heel motiverend werken.

>> Als in de setting van een MPI professionele mondzorg door een tandarts niet wordt voorzien in het geheel van paramedische/medische zorgen, dan zal de CLB-medewerker samen met de school zoeken naar een haalbare oplossing.

#### 6.3.3.2.3.1.4 Andere indicaties voor mondonderzoeken

Indien de CLB-medewerker het nodig acht, kan het o.a. in volgende situaties zinvol zijn om een **mondonderzoek** (zoals verder beschreven) uit te voeren:

- uit de vragenlijst blijkt dat het kind/de jongere de **afgelopen 12 maanden niet naar de tandarts** is geweest
- tijdens het medisch consult heeft de CLB-medewerker een **vermoeden** dat het kind (door cariës) **aangetaste tanden** heeft
- tijdens een  **vorig contact** werd  **pathologie** vastgesteld en uit de vragenlijst en/of het gesprek met het kind/de jongere blijkt dat het kind/de jongere sindsdien **niet naar de tandarts** is geweest
- het kind/de jongere werd **nog niet eerder gezien door het CLB**
- andere: bv. een kind klaagt over tand**pijn**, pijn in de mond, is gevallen op een tand

#### 6.3.3.2.3.1.5 Gewoon onderwijs - LO1 tem S03: geen systematisch mondonderzoek

Omdat:

- kinderen in KO1 en KO2 idealiter reeds werden gescreend en op die manier de grote meerderheid van kinderen met (verhoogd risico op) caries reeds werden gedetecteerd
- de federale regering besliste om preventieve zorgen en veel tandheelkundige behandelingen bij kinderen tot de leeftijd van 18 jaar (volledig – d.i. als de tandarts zich houdt aan de conventionele tarieven) terug te betalen
- menig ouder er nog steeds van overtuigd is dat een bezoek aan het CLB het mondonderzoek door de tandarts vervangt, zeker wanneer op de resultaatsbrief vermeld wordt “gebit: ok”

zal tijdens het medisch onderzoek in LO1-S03 in principe geen mondonderzoek gebeuren, maar wel een **gesprek met het kind/de jongere** over het **belang van een goede mondgezondheid** centraal staan (zie vroeger – “sensibiliseren tot...”).

#### 6.3.3.2.3.2 Het mondonderzoek – Wat nakijken?

Uit de primaire en secundaire doelstellingen valt af te leiden dat tijdens het mondonderzoek volgende zaken worden nagekeken/geëvalueerd:

##### **Primair:**

- † Evaluatie van de **mondhygiëne** (aanwezigheid van tandplaque/tandsteen/bloedend tandvlees).
- † Evaluatie van **gewoonten** die de **mondgezondheid (negatief) beïnvloeden**, met name voeding, gebruik van zuigfles en fopspeen en duim- of vingerzuigen.

##### **Secundair:**

- † Detectie van **manifeste vormen van cariës** bij leerlingen waarbij een mondonderzoek wordt uitgevoerd.

#### 6.3.3.2.3.3 Het mondonderzoek – Door wie?

- Het mondonderzoek in de CLB-setting kan worden uitgevoerd door **de CLB-arts of verpleegkundige**.
- Het is belangrijk dat het mondonderzoek wordt uitgevoerd door iemand die hiervoor een **degelijke training** gekregen heeft.
  - >> Bij de training zal het niet alleen belangrijk zijn een goed onderbouwde **theoretische** opleiding te voorzien, maar ook voldoende **klinische** beelden te tonen zodat de “kandidaat-mondonderzoeker” een goed onderscheid kan maken tussen gezond, afwijkend maar niet pathologisch (bv. glazuurdefect, vulling) en pathologisch.
  - >> Ook het werken met een mondspiegel in één hand en een (stompe) sonde in de andere hand moet geoefend worden.

#### 6.3.3.2.3.4 Het mondonderzoek - Materiaal

##### o *Verlichting*

Het is belangrijk dat het mondonderzoek gebeurt in een **goed verlicht lokaal** (wat trouwens ook belangrijk is voor de andere aspecten van het medisch onderzoek).

o *Verlichte mondspiegel*

Omwille van de positie van kind t.o.v. onderzoeker (zie verder) is een onderzoek van de tanden van de bovenkaak niet mogelijk zonder **mondspiegel**. Om de zichtbaarheid in de mond en dus ook de kwaliteit van het onderzoek te verhogen, wordt het onderzoek uitgevoerd met een **verlichte mondspiegel**.

>> Hiervoor kan bijvoorbeeld de intenso-point gebruikt worden, verkrijgbaar bij de firma Medident. De kostprijs voor 1 heft en 1 opzetspiegeltje bedraagt € 78,65 (inclusief BTW); bijkomende spiegels kunnen apart gekocht worden (48 stuks kosten anno 2007 € 61,00).

>> De onderzoeker zorgt ervoor dat hij/zij **voor elk kind een schone spiegel** heeft (aantal spiegels = aantal kinderen die moeten onderzocht worden). Indien de spiegel degelijk ontsmet of gereinigd wordt tussen twee kinderen in, kan hij opnieuw gebruikt worden (zie verder).

>> De onderzoeker zorgt ervoor dat hij/zij bij de start van het onderzoek reserve batterijen beschikbaar heeft.

>> Indien men het mondonderzoek zoals verder beschreven met een spiegel uitvoert, komen de handen van de onderzoeker niet in de mond en is het dus niet nodig systematisch onderzoekshandschoenen te dragen; het ontsmetten van de handen voor én na elk onderzoek kan dan volstaan (zie verder).

o *Stompe sonde*

Gezien het enkel de bedoeling is om manifeste vormen van tandbederf op te sporen en niet om beginnende (primaire) cariës op te sporen, is het gebruik van een sonde **niet bij elk kind/jongere** nodig. Een stompe sonde wordt enkel gebruikt om etensresten te verwijderen uit de putjes en groeven van de tanden en zo een goed mondonderzoek mogelijk te maken.

Het is belangrijk dat de sonde die in dit kader gebruikt wordt **stomp** is. Een **scherpe sonde is niet aangewezen** omdat bij gebruik ter hoogte van een beginnend (en dus nog reversibel) cariësletsel dit letsel

kan verstoord worden en (sneller) kan evolueren naar een irreversibele laesie (caviteit).

o *Ontsmetting van spiegels en sondes*

Spiegels en sondes reinigen en ontsmetten gebeurt op de volgende manier:

- **Eerst reinigen** met **water en zeep** indien zichtbaar bevuild (speeksel).
- **Dan ontsmetten** met een **70% alcoholoplossing** (waarmee bijvoorbeeld ook de doppen van de otoscoop ontsmet worden)

Het spreekt voor zich dat er **voor ieder kind een ontsmette spiegel en sonde** gebruikt wordt.

o *Ontsmettingsvloeistof voor de handen van de onderzoeker*

<p><b>Voor én na het medisch onderzoek van elk kind</b> worden <b>de handen</b> van de onderzoeker ontsmet <b>met een ontsmettingsvloeistof voor de handen</b> (alcohol gel).</p>
---

>> Deze procedure is niet alleen efficiënter dan wassen met water en zeep, maar het neemt ook slechts 30 seconden in beslag, men is niet afhankelijk van een wasbak met stromend en warm water en men heeft geen wegwerphanddoeken nodig (handen worden aan de lucht gedroogd).

>> Alcohol gels werden de laatste jaren verbeterd door toevoeging van "emoliënten" om irritatie van de handen te vermijden. In vivo en in vitro studies bevestigen dat handen ontsmetten met handalcohol in vergelijking met handen wassen met zeep een betere onderdrukking geeft van het aantal pathogene kiemen en van de transmissie van zowel virale als bacteriële infectieziekten [9] en **huidvriendelijker** is.

Wie zijn handen niet kan ontsmetten, **wast** de handen met **water en zeep** voor én na het medisch onderzoek van elk kind.

Wie zijn handen niet kan ontsmetten of wassen voor én na het medisch onderzoek van elk kind, gebruikt

**onderzoekshandschoenen.** Uiteraard wordt **voor elk kind een ander paar** onderzoekshandschoenen gebruikt.

*6.3.3.2.3.5 Het mondonderzoek – Positie van onderzoeker en kind/jongere*

Een degelijk onderzoek van de mond kan best uitgevoerd worden terwijl de onderzoeker zich in een **11 à 12-uur positie** bevindt t.o.v. het kind. Het is belangrijk dat het **hoofd van het kind kan steunen** tegen de onderzoeker aan of op de onderzoekstafel.

Dit kan op drie manieren:

1. De leerling zit op een stoel en de onderzoeker kan er achter staand plaatsnemen. Het hoofd van de leerling kan op die manier gesteund worden tegen de onderzoeker.
2. De leerling staat rechtop en de onderzoeker kan er achter zittend plaatsnemen. Het hoofd van de leerling kan op die manier gesteund worden tegen de onderzoeker.
3. De leerling ligt op een onderzoekstafel en de onderzoeker staat erachter.

*6.3.3.2.3.6 Het mondonderzoek – Methodiek*

Ook een mondonderzoek wordt best altijd in **een vaste volgorde** uitgevoerd. Die systematiek zal ervoor zorgen dat er geen tand(vlakk)en worden overgeslagen bij de screening.

Zo kan men bv. starten rechtsboven (kwadrant 1/5), vervolgens linksboven (kwadrant 2/6), linksonder (kwadrant 3/7) en tenslotte rechtsonder (kwadrant 4/8).

De rechtshandige onderzoeker neemt de **mondspiegel in de linkerhand** en de **sonde in de rechterhand**. De linkshandige onderzoeker doet het net andersom.



Volgorde van het onderzoek:

- Het kind wordt gevraagd de mond goed open te doen. De **spiegel** wordt **eerst opgewarmd** aan de binnenkant van de wang van het kind, zoniet dampst de spiegel aan. Het is belangrijk dat de verlichte mondspiegel zo gehouden wordt dat het licht in de mondspiegel valt en dat de (verschillende vlakken van de) tanden in de mondspiegel kunnen bekeken worden.
- De onderzoeker start met het onderzoeken van de **meest dorsale** tanden (dit zijn de (melk-)molaren) van de **bovenkaak** met mondspiegel en (eventueel) sonde. Geleidelijk wordt de mondspiegel meer naar voor gebracht.
- Om een evaluatie te maken van de aanwezigheid van tandplaque en tandsteen ter hoogte van de buccale vlakken van het **bovenfront** kan men aan het kind/de jongere vragen de mond wat meer te sluiten zodat de spanning van lippen en wangen vermindert. De mondspiegel wordt in de omslagplooï gebracht en met de mondspiegel kan de lip/wang opgetild worden zodat de buccale vlakken van het bovenfront rechtstreeks (d.i. niet in de mondspiegel) kunnen onderzocht worden.
- Het kind wordt opnieuw gevraagd de mond goed open te doen. Geleidelijk wordt de mondspiegel meer **naar dorsaal** bewogen waarbij de (melk-)hoektanden, (premolaren) en (melk-) molaren onderzocht worden.
- De mondspiegel wordt gedraaid zodat nu de **dorsale tanden van de onderkaak** kunnen onderzocht worden.
- Geleidelijk wordt de mondspiegel meer naar voor gebracht.
- Om een evaluatie te maken van de aanwezigheid van tandplaque en tandsteen ter hoogte van de buccale vlakken van het **onderfront** kan men aan het kind/de jongere vragen opnieuw de mond wat meer te sluiten zodat de spanning van lippen en wangen vermindert. De mondspiegel wordt in de omslagplooï gebracht en met de spiegel kan de lip/wang opgetild worden zodat de buccale vlakken van het onderfront ook kunnen onderzocht worden. Op dit moment worden ook de linguale vlakken van het onderfront onderzocht; wanneer de mondhygiëne niet goed is, zal men daar veel tandplaque en tandsteen kunnen aantreffen.

- o Het kind wordt opnieuw gevraagd de mond goed open te doen. Geleidelijk wordt de **spiegel meer naar dorsaal** bewogen waarbij de (melk-)hoektanden, (premolaren) en (melk-) molaren onderzocht worden.

#### *6.3.3.2.4 Zorg voor mondgezondheid in het CLB – communicatie*

##### *6.3.3.2.4.1 Vragen in het kader van de standaard mondgezondheid die standaard opgenomen worden in de **vragenlijsten** in te vullen door de ouders*

Het is de bedoeling dat er aandacht gaat naar mondgezondheidspromotie vanaf het eerste contact van het CLB met de ouders van de leerlingen en dat bij elk volgend contact. Daarom worden al **vanaf de eerste kleuterklas** mondgerelateerde vragen standaard opgenomen in de vragenlijst voor de ouders.

Volgende mondgerelateerde vragen worden **standaard opgenomen in de vragenlijsten**:

- Bent u de voorbije zes maand met uw kind naar de tandarts geweest voor een nazicht van de mond of voor advies? (KO1-SO3)
- Poetst uw kind dagelijks de tanden? (KO1-SO3)
- Gebruikt uw kleuter een zuigfles? (KO1-KO2)
- Neemt uw kleuter regelmatig een fopspeen / de duim in de mond? (KO1-LO1)

##### *6.3.3.2.4.2 Aspecten van de standaard mondgezondheid die opgenomen worden in de **resultaatsbrief** voor de ouders*

###### *6.3.3.2.4.2.1 Resultaatsbrief voor alle kinderen*

Om de primaire doelstellingen te bereiken, wordt er in **elke resultaatsbrief** voor de ouders van kinderen/jongeren van de **eerste**

**kleuterklas tem het 3<sup>e</sup> jaar secundair** volgende informatie standaard opgenomen:

- Ga **twee keer per jaar** met uw kind **naar de tandarts** voor een onderzoek van de mond. Een mondonderzoek en veel tandheelkundige behandelingen worden **terugbetaald** voor kinderen tot de leeftijd van 18 jaar.
- Het onderzoek door het CLB vervangt in geen geval het bezoek aan de tandarts.
- Tip: Trek minstens **twee keer per dag** voldoende tijd uit voor een **goede poetsbeurt**.

Deze mededelingen kunnen nog benadrukt worden door ze (gedeeltelijk) met fluostift te markeren.

Indien uit het gesprek met de leerlingen aanbevelingen voor de ouders kunnen gedestilleerd worden, worden die uiteraard op de resultaatsbrief vermeld (bv. help uw kind bij het poetsen tot de leeftijd van 9 à 10 jaar, beperk het aantal tussendoortjes, water is de beste dorstlesser, ...).

#### *6.3.3.2.4.2 Resultaatsbrief voor kinderen waarbij een klinisch mondonderzoek wordt uitgevoerd*

Het is **absoluut af te raden** op de resultaatsbrief voor de ouders te vermelden: **“gebit: OK”** of **“mond: OK”**. Dit geeft aan ouders de verkeerde indruk dat er tijdens het medisch onderzoek een volwaardig mondonderzoek werd uitgevoerd en dat het bezoek aan de tandarts dus kan overgeslagen worden.

Volgende items kunnen bijvoorbeeld worden opgenomen in de resultaatsbrief voor de ouders.

- O Raadpleeg uw tandarts want behandeling is gewenst gezien het volgende werd vastgesteld: .....
- O Andere bevindingen en/of opmerkingen: ..... (vb. duimzuigen)

#### 6.3.3.2.4.3 Wanneer **verwijzen naar de tandarts**?

In volgende situaties wordt er standaard een verwijfsbrief gemaakt voor de tandarts:

- Uit gesprek met het kind en/of de vragenlijst blijkt dat de leerling nog **nooit bij de tandarts** is geweest voor een preventief mondonderzoek.
- Uit gesprek met het kind en/of de vragenlijst blijkt dat de leerling de **voorbij 12 maanden niet bij de tandarts** langsging voor een preventief mondonderzoek.
- **Mondhygiëne is niet goed** (aanwezigheid van tandplaque/tandsteen/bloedend tandvlees)
- (Duidelijke) tekenen van **tandbederf**.
- Ouders vermelden **problemen met het afbouwen van fopspeen of duim**.
- Andere: orthodontische afwijkingen, ...

## 6.4 Referentielijst

1. Alaluusua S, Malmivirta R. Early plaque accumulation--a sign for caries risk in young children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22 (5 Pt 1):273-276
2. Arrow P. Control of occlusal caries in the first permanent molars by oral hygiene. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25 (4):278-283
3. Bader JD, Rozier RG, Lohr KN, Frame PS. Physicians' roles in preventing dental caries in preschool children: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med* 2004; 26 (4):315-325
4. Bottenberg P, Melckebeke LV, Louckx F, Vandenplas Y. Knowledge of Flemish paediatricians about children's oral health - results of a survey. *Acta Paediatr.* 2008; 97 (7):959-963
5. Carvalho JC, D'Hoore W, Van Nieuwenhuysen JP. Caries decline in the primary dentition of Belgian children over 15 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32 (4):277-282
6. Collier, A. Voorbereiding tot standaardisering van het CLB-onderzoek in het vijfde leerjaar. 2005.
7. Donaldson M, Kinirons M. Effectiveness of the school dental screening programme in stimulating dental attendance for children in need of treatment in Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29 (2):143-149
8. Gibson S, Williams S. Dental caries in pre-school children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of children aged 1.5-4.5 years. *Caries Res* 1999; 33 (2):101-113
9. Girou E, Loyeau S, Legrand P, Oppein F, Brun-Buisson C. Efficacy of handrubbing with alcohol based solution versus standard handwashing with antiseptic soap: randomised clinical trial. *BMJ* 2002; 325 (7360):362
10. Hetherington I, White DA. The diagnostic accuracy and reproducibility of school dental screening using an index of treatment need. *Community Dent Health* 2004; 21 (2):170-174
11. Krol DM. Educating pediatricians on children's oral health: past, present, and future. *Pediatrics* 2004; 113 (5):e487-e492
12. 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

13. 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
14. Marthaler TM. Changes in dental caries 1953-2003. *Caries Res* 2004; 38 (3):173-181
15. Marynen, S. Verwijzingen vanuit het Medisch Schooltoezicht: wordt het doel bereikt? 2000.
16. 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
17. Milis, J. Standaardisering van het CLB-mondonderzoek van 4-jarige kleuters. 2003.
18. 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):924-928
19. Milsom KM, Threlfall AG, Blinkhorn AS, Kearney-Mitchell PI, Buchanan KM, Tickle M. The effectiveness of school dental screening: dental attendance and treatment of those screened positive. *Br.Dent.J.* 2006; 200 (12):687-690
20. Milsom KM, Tickle M, Blinkhorn AS. Is School Dental Screening a Political or a Scientific Intervention? *J Dent.Res.* 2008; 87 (10):896-899
21. Nowak AJ, Warren JJ. Infant oral health and oral habits. *Pediatr Clin North Am* 2000; 47 (5):1043-66, vi
22. Pierce KM, Rozier RG, Vann WFJ. Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries. *Pediatrics* 2002; 109 (5):E82
23. Powell LV. Caries prediction: a review of the literature. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26 (6):361-371
24. Raadal M, Espelid I. Caries prevalence in primary teeth as a predictor of early fissure caries in permanent first molars. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20 (1):30-34
25. Savage MF, Lee JY, Kotch JB, Vann WFJ. Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. *Pediatrics* 2004; 114 (4):e418-e423

26. Snoeck, H. Voorbereiding tot standaardisering van het CLB-onderzoek in het eerste leerjaar. 2004.
27. Willems S, Vanobbergen J, Martens L, De MJ. The independent impact of household- and neighborhood-based social determinants on early childhood caries: a cross-sectional study of inner-city children. Fam.Community Health 2005; 28 (2):168-175

[www.vigez.be](http://www.vigez.be)