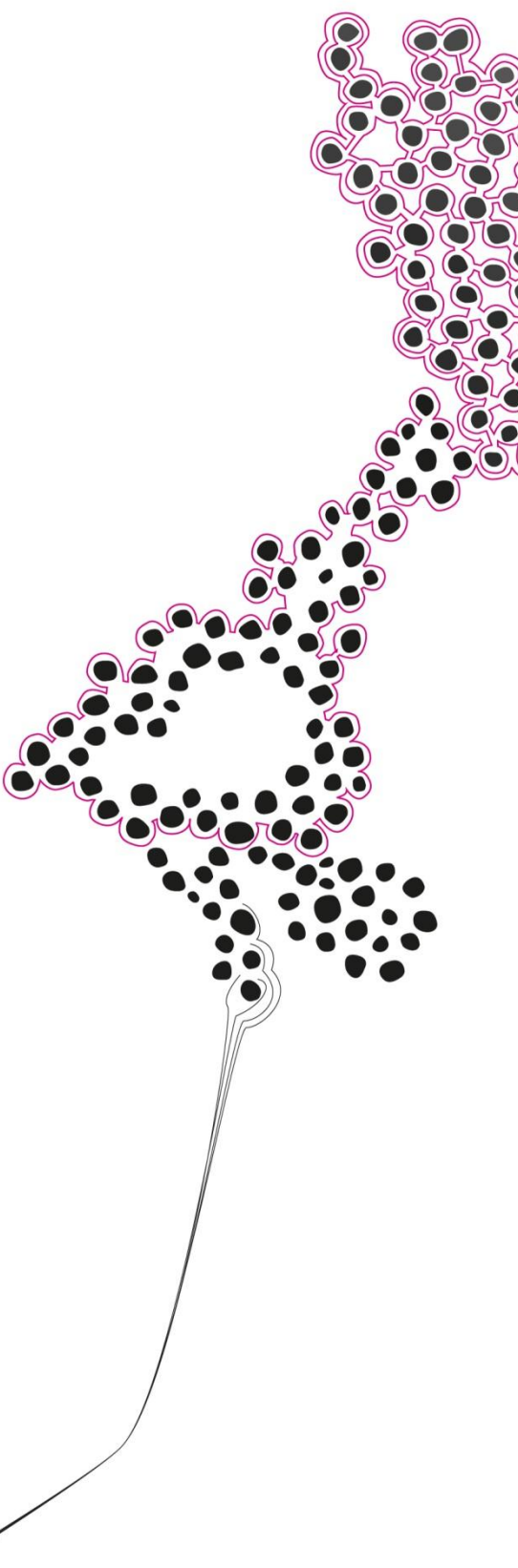




GEBITSSANERINGEN ONDER NARCOSE BIJ JONGE KINDEREN

EEN INZICHT IN DE KENMERKEN VAN
JONGE KINDEREN EN DE SPECIFIEKE
ZORGKETEN VANUIT HET PERSPECTIEF
VAN DE ZORGPROFESSIONAL

A.L. (Anne-Lot) Kemna

S1498932

M. (Mara) Mooij

S1491725

Bachelor Gezondheidswetenschappen

INTERNE BEGELEIDERS

Eerste begeleider: Dr. M. M. Boere-Boonekamp

Tweede begeleider: Dr. C.G.M. Groothuis-Oudshoorn

EXTERNE BEGELEIDERS

M.E. Haasnoot, Stafarts JGZ (GGD Twente)

M. Elfrink, Tandarts-pedodontoloog (Mondzorgcentrum Nijverdal)

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het onderzoek *Gebitssaneringen onder narcose bij jonge kinderen*, welke de resultaten presenteert van het onderzoek dat is verricht in de periode van februari tot en met juli 2017. Dit onderzoek is uitgevoerd om een bijdrage te leveren aan de Academische Werkplaats Jeugd Twente van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst in Twente. Daarnaast vormde dit onderzoek de afsluitende fase van onze bachelor Gezondheidswetenschappen.

Na samen twee jaar de bachelor Gezondheidswetenschappen te hebben gevolgd, een mooi bestuursjaar te hebben gedaan en naar Zuid-Afrika te zijn gereisd voor de minor, besloten we nog een keer samen te werken. Deze keer aan de bacheloropdracht, waarbij wij ons beide vol enthousiasme stortten op het onderwerp. Mondzorg is een kant van de zorg, waar wij als gezondheidswetenschappers minder goed bekend mee waren. Om vanuit ons perspectief hiernaar te kijken is een leuke uitdaging geweest en heeft onze kennis verbreed en verdiept.

Tijdens de afstudeerperiode hebben we ontzettend veel geleerd, onder andere door de mogelijkheid om samen te werken met verschillende professionals uit de mond- en jeugdgezondheidszorg. Hierdoor hebben we een mooie ervaren tussen intern en extern afstuderen. Daarnaast zijn we voldaan dat we mochten afstuderen met een opdracht, die zowel een kwantitatief als kwalitatief onderdeel bevatte, waardoor we onze bachelor succesvol hebben kunnen afsluiten met beide aspecten.

Dit verslag had niet voor u gelegen zonder de hulp van velen. Wij willen dan ook iedereen bedanken die ons heeft geholpen. In het bijzonder bedanken wij onze eerste begeleider vanuit de Universiteit Twente, Magda Boere-Boonekamp. Een fijne samenwerking heeft plaatsgevonden, waarbij wij telkens adviezen gekregen waar wij veel van geleerd hebben. Ook onze tweede begeleider, Karin Groothuis-Oudshoorn, willen wij hartelijk bedanken aangezien voor haar tips en nieuwe inzichten. De opdrachtgevers, Riet Haasnoot en Marlies Elfrink, willen wij graag bedanken voor hun vertrouwen in ons en het feit dat wij ons mochten richten op dit interessante vraagstuk. Naast het verschaffen van de benodigde achtergrondinformatie, hebben zij ons enorm geholpen bij de werving van respondenten. Deze respondenten bedanken wij voor hun openhartigheid en fijne medewerking. Ten slotte heeft het CBT Vogellanden heeft een speciale rol gespeeld door bijzonder behulpzaam te zijn. Vele medewerkers hebben ons geholpen om de dataverzameling mogelijk te maken en hier zijn wij enorm dankbaar voor.

Veel leesplezier!

Anne-Lot Kemna en Mara Mooij

Enschede, juli 2017

Samenvatting

Inleiding

Landelijk melden tandartsen en de Jeugdgezondheidszorg dat ze zich zorgen maken over de gebitsproblemen bij peuters. Ernstige gebitsproblemen leiden tot gebitssaneringen en in sommige gevallen tot gebitssaneringen onder narcose. De frequentie van gebitssaneringen onder narcose kan mogelijk een indicator zijn voor slechte mondgezondheid. De mondgezondheid van het kind wordt direct beïnvloed door determinanten als externe ontwikkelingen, determinanten van gezondheid en preventie en zorg. Indirect heeft ook beleid invloed op de mondgezondheid van een kind. Het huidige beleid heeft omgekeerd invloed op deze determinanten en zou wellicht moeten worden aangepast op het moment dat de mondgezondheid van peuters inderdaad achteruit gaat. Het is echter onbekend welke determinanten invloed hebben en in welke mate invloed hebben op de mondgezondheid en leiden tot gebitsaneringen onder narcose bij kinderen. Om het beleid effectief en gericht aan te passen kennis over deze determinanten nodig. Dit onderzoek heeft als doel inzicht scheppen in de welke determinanten invloed hebben op de uitvoering van gebitssaneringen onder narcose en hoe zich dit ontwikkelt. Ten behoeve van het inzicht scheppen in de huidige situatie, heeft dit onderzoek zich gericht op het beantwoorden van twee onderzoeksvragen: *"Wat is de frequentie van gebitssaneringen onder narcose onder kinderen van nul tot zes jaar, uitgevoerd door regionale CBT's in Overijssel in de periode 2010 – 2016, en wat zijn de kenmerken van deze kinderen?"* en *"Hoe geven zorgprofessionals in de zorgketen van preventieve en curatieve tandheelkundig zorg voor jonge kinderen invulling aan hun taken?"*

Methodologie

Een kwantitatief beschrijvend onderzoek heeft plaatsgevonden om de frequentie gebitsaneringen onder narcose bij kinderen tot zes jaar in kaart te brengen, uitgevoerd door het CBT Vogellanden te Zwolle over de periode van 2010-2016. Bovendien zijn de kenmerken leeftijd, geslacht, diagnose, doorverwijzer en postcode onderzocht. Dit onderzoek is uitgevoerd onder 340 behandelde kinderen. Hiervoor zijn de gegevens uit de database van het CBT Vogellanden gebruikt. Deze gegevens zijn met behulp van SPSS geanalyseerd.

Een kwalitatief onderzoek heeft plaatsgevonden door middel van het afnemen van semigestructureerde interviews onder twee respondentgroepen van in totaal negen professionals: jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen werkzaam bij de JGZ en tandartsen werkzaam in het verzorgingsgebied van de regionale CBT's. De vragenlijsten voor de interviews zijn opgesteld aan de hand van de thema's achtergrondinformatie, preventie, standaardbehandeling, afwijkende behandeling, doorverwijsmogelijkheden en knelpunten. De thema's zijn gebaseerd op de zorgketen van preventieve tot curatieve mondzorg. De interviews zijn opgenomen, getranscribeerd en gecodeerd. Aan de hand van de coderingstabel zijn de resultaten geanalyseerd.

Resultaten

De frequentie van narcosebehandelingen over de jaren heen is vrij constant en meer dan de helft van de behandelingen zijn uitgevoerd bij jongens. In de periode 2010-2016 zijn de kenmerken van een kind redelijk constant verdeeld. Elk jaar was angst de meest voorkomende diagnose en de tandarts de meest frequente doorverwijzer. Veruit het grootste aantal behandelingen vond plaats in de groepen vier- en vijfjarigen in vergelijking met het kleine aantal in de groep twee- en driejarigen. In de zorgketen van preventieve tot curatieve tandheelkundige zorg richten zorgprofessionals zich op het voorlichten van ouders over mondzorg, het signaleren van risico's voor de mondgezondheid, het behandelbaar maken van kinderen en het behandelen van kinderen. In de gehele zorgketen komen met name twee knelpunten naar voren: de houding van ouders ten aanzien van de mondzorg van hun kind en het feit dat er te snel doorverwezen wordt naar een CBT.

Conclusie/discussie

De basis van het kwantitatieve deel van het onderzoek, de database van het CBT Vogellanden, was een betrouwbare bron en heeft inzicht geboden in de frequentie van gebitssaneringen en de kenmerken van de behandelde kinderen. De onderzochte kenmerken zijn bepaald aan de hand van de literatuurstudie en konden vrijwel allemaal uit het systeem worden gehaald. Deze resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden, aangezien er geen cijfers van andere CBT's of landelijke cijfers bekend zijn ter vergelijking. Daarnaast zou er vervolgonderzoek moeten worden gedaan naar de zorgvraag en het zorgaanbod om een verklaring te kunnen geven voor de frequentie van behandelingen. Voor het kwalitatieve deel van het onderzoek zijn er interviews gehouden aan de hand van vragenlijsten die gebaseerd zijn op een uitgebreid theoretisch kader. Met de resultaten hiervan is er een begin gemaakt met het in kaart brengen van de taken en de knelpunten in de keten van preventieve tot curatieve tandheelkundige zorg vanuit het perspectief van een groep diverse zorgprofessionals. Een compleet overzicht van de keten kon niet gerealiseerd worden, vanwege het geringe aantal respondenten en de korte onderzoeksperiode. Een vervolgonderzoek zou kan dienen om een compleet beeld te schetsen. Daarnaast konden de oorzaken van de knelpunten niet worden bepaald aan de hand van dit onderzoek, waardoor vervolgonderzoek hiernaar nodig zal zijn.

Met de resultaten van dit onderzoek is een begin gemaakt met het in kaart brengen van de factoren, die invloed hebben op de mondgezondheid van jonge kinderen. Dit kan een bijdrage leveren aan een verbetering van de mondgezondheid en zo aan het terugdringen van het aantal gebitssaneringen onder narcose.

Abstract

Introduction

Dentists and Dutch youth health care (Dutch: *Jeugdgezondheidszorg (JGZ)*) professionals are more and more worried about dental problems of young toddlers. Dental problems make, in some cases, dental restoration necessary and in severe cases anaesthesia is required when performing the operation. The amount and frequency of anesthetized dental restorations could possibly be an indicator of poor oral health amongst young toddlers. The oral health of a children is directly affected by factors such as (1) external developments; (2) determinants of health; and (3) prevention and care. Health care policy also indirectly affects the oral health of children. Current health care policies may negatively affect the predominant actors and needs to be adapted in case the oral health of children is in fact deteriorating. At this moment it is unknown which factors and to which extent the three mentioned factors affect the oral health of toddlers and lead to anesthetized dental restoration amongst children. To develop policy as effective as possible, knowledge about the factors determining the health care of young children is required. This research aims to create an overview which factors to certain extent affect the oral health amongst this group, the need for anesthetized dental restorations and what trends are measured over the past few years. In order to attain this goal, this research focuses on answering the following two research questions: "*What is the frequency and are the main characteristics of anesthetized dental restorations in children between zero and six years, performed by CBTs (Centrum Bijzondere Tandheelkunde) in Overijssel during the period of 2010-2016?*" and "*In what way do health care professionals of preventive and curative dental care perform their professional tasks concerning young children?*"

Methods

This research is split up into two sections, first a quantitative, descriptive research to determine the frequency of anesthetized dental procedures amongst toddlers over the past six years (2010 - 2016), performed by the CBT Vogellanden in Zwolle. Moreover, the age, gender, diagnoses, referrer and postal code of the patients involved are investigated. The population of this study involved 340 cases in which toddlers were given advanced dental procedures. The database of the CBT Vogellanden provided the data required. An analysis in SPSS is performed to analyse the data provided.

A second, qualitative research is performed to investigate the current methods used by dental health care professionals when treating young children. Semi-structured interviews have been conducted amongst two groups of in total nine dental health care professionals. These groups consisted of youth doctors and nurses working at the JGZ and dentists working at the CBTs. The interview guide was based on background information, reference options, preventions, standard and deviant procedures and main bottlenecks. Themes are based on the care chain involving both preventive and curative dental health care. The conducted interviews are recorded, transcribed and coded. Coding tables are used to analyse the results.

Results

The frequency of anesthetized treatments over the course of the past couple of years are more or less constant and in more than half the investigated cases, the procedures were performed amongst young boys. During the 2010-2016 period, the main characteristics of the population are evenly spread. Fear of the procedure was the most predominant diagnosis and the dentist was the most notable referrer. The majority of the operations performed was amongst four and five year olds when comparing this group to two and three year olds. In the health care chain professionals aim to inform parents about dental hygiene, noticing dental health care risks and making the treatment of younger children with dental issues possible. In the overall health care chain two main bottlenecks arise. The attitude of parents towards the dental health care of their children and the rushed reference towards a CBT.

Conclusion/discussion

The main source of the quantitative section of this research was the database of the CBT Vogellanden, which gave a valuable insight in the frequency of dental restorations and characteristics of treated children. The investigated characteristics are determined based on a literature study and were included in the available dataset. The results of this research have to be interpreted with a bit of caution in mind, because no comparable data is available from other CBTs or any other national figures. Moreover, additional research could be done regarding the health care demand and -supply to give an explanation for the frequency of the dental restorations investigated. The qualitative part of the research is based on an elaborate theoretical framework. These results give an insight in the tasks and bottlenecks of professionals in the preventive and curative dental health care process. A complete overview of the health care process could not be completed, due to a lack of respondents and available time for the research. Future research is necessary to give a full overview of the dental restoration health care process. However, the results of this research can be used to map the factors influencing the dental health of young children. This may contribute to improving dental hygiene and -health and subsequently reducing the necessary amount of dental restorations using anaesthetics.

Afkortingen en begrippen

Afkortingen

CBT	Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JTV	Jeugd tandverzorging
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SPC	Sociaal en Cultureel Planbureau

Begrippen

Begrip	Definitie
Angst	De diagnose, die kan worden gesteld bij patiënten op basis van een angstscorelijst.
Centrum-behandelaar	Behandelaar werkzaam bij het CBT.
Congenitale stoornis van de tandstructuur	Erfelijke afwijking van het tandglazuur (ook wel: amelogenesis imperfecta), die zowel bij het melkgebit als het blijvend gebit kan voorkomen.
Gebitssanering	Behandeling ter verbetering van het gebit en de mondgezondheid.
Huisarts	Een gespecialiseerde arts, die eerstelijns zorg levert en vaak eerste aanspreekpunt is voor mensen met gezondheidsproblemen.
Jeugdarts	Een werknemer van de JGZ, die kijkt naar de medische kant van de groei en de ontwikkeling van kinderen en dit volgt vanuit de preventieve zorg.
Jeugd tandverzorging	Instelling, bedoeld voor kinderen van 2 tot 18 jaar, waar volledige gebitsverzorging wordt aangeboden, inclusief controle, preventie en behandeling.
Jeugdverpleegkundige	Een werknemer van de JGZ, die de ontwikkeling van kinderen volgt vanuit de preventieve zorg en zich richt op verzorging, voeding, opvoeding en veiligheid.
JGZ-professional	Een jeugdarts of jeugdverpleegkundige bij de JGZ.
Kaakchirurg	Een medisch specialist, die zich bezighoudt met heelkundige behandelingen van het kaakbeen en daar omheen liggende weefsels.
Kinderarts	Een arts, die is gespecialiseerd in de behandeling van kinderen.
Lichamelijke beperking	Een fysieke of functionele afwijking van een lichaamsdeel.
Medisch gecompromitteerd	De diagnose, die kan worden gesteld bij patiënten, wanneer er sprake is van een medische complicatie waardoor een behandeling bemoeilijkt wordt.
Meervoudige beperking	Een combinatie van een lichamelijke en verstandelijke beperking.
Oro-maxillo faciaal defect	Een defect aan de mond of kaak of het aangezicht.
Ouders	Ouders en/of verzorgers

Mondhygiënist	Een paramedicus, die werkzaam is binnen de mondzorg en zich richt op preventie en controle, maar ook behandelingen en reiniging van het gebit uitvoert.
Orthodontist	Een specialist in de tandheelkunde, die zich bezighoudt met het optimaliseren van de stand van de tanden.
Primaire preventieve tandheelkundige zorg	Preventie gericht op het voorkomen van ziekten en het elimineren van oorzaken van ziekten.
Psychiatrische aandoening	De diagnose, die kan worden gesteld bij patiënten, waarbij het handelen wordt beïnvloed worden door psychische en emotionele gesteldheid.
Revalidatiearts	Een medisch specialist, die verantwoordelijk is voor de revalidatie van een patiënt.
Schisis	Een aangeboren afwijking van het gezicht, dat zich kenmerkt door een spleet in de lip of gehemelte.
Secundaire preventieve tandheelkundige zorg	Preventie gericht op het vroegtijdig diagnosticeren en behandelen van ziekten.
Statusscore per postcodegebied	Score bepaald op basis van de inwoners hun opleiding, inkomen en positie op de arbeidsmarkt
Tandarts	Een arts, die gespecialiseerd is in alles met de mondgezondheid en tandheelkundige zorg te maken heeft.
Tandarts met affiniteit met werken met kinderen	Een tandarts, die veel ervaring heeft met het werken met kinderen en/of hier gespecialiseerd in is.
Tandarts zonder affiniteit met werken met kinderen	Een tandarts, die niet veel ervaring heeft met het werken met kinderen en/of hier niet gespecialiseerd in is.
Tertiaire preventieve tandheelkundige zorg	Preventie gericht op het rehabiliteren en het beperken van schade aan de gezondheid.
Verstandelijke beperking	Een ontwikkelingsstoornis, waarbij het verstandelijk vermogen tekortschiet om volledig te kunnen functioneren.
Verwijspraktijk voor tandheelkunde	Een multidisciplinaire praktijk, waar verschillende tandheelkundige professionals samenwerken.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	1
Samenvatting.....	2
Abstract.....	4
Afkortingen en begrippen	6
Afkortingen.....	6
Begrippen	6
1. Inleiding.....	10
2. Theoretisch kader.....	12
2.1 Gezondheidstoestand.....	13
2.1.1 Algemene mondgezondheid	13
2.1.2 Gebitssaneringen onder narcose	13
2.2 Determinanten van gezondheid	13
2.2.1 Leefstijlfactoren	14
2.2.2 Omgevingsfactoren	14
2.2.3 Persoonsgebonden factoren	14
2.3 Preventie en zorg.....	15
2.3.1 Zorgprofessionals	16
2.3.2 Adviezen primaire preventieve zorg	16
2.3.3 Preventieprogramma's	18
2.3.4 Toegankelijkheid van zorg.....	19
2.4 Beleid.....	20
2.5 Samenvatting.....	21
3. Methodologie.....	23
3.1. Kwantitatief onderzoek	23
3.1.1 Onderzoekspopulatie	23
3.1.2. Dataverzameling	23
3.1.3. Data-analyse	26
3.2. Kwalitatief onderzoek.....	26
3.2.1. Onderzoekspopulatie.....	26
3.2.2. Dataverzameling	27
3.2.3. Data-analyse	29
3.3. Ethiek.....	29
4. Resultaten	31
4.1 Resultaten frequentie en aard gebitssaneringen	31
4.1.1 Frequentie uitgevoerde gebitssaneringen onder narcose CBT Vogellanden.....	31
4.1.2 Kenmerken van kinderen, die onder narcose een gebitssanering ondergingen...	32

4.2 Verantwoordelijkheden en handelen van zorgprofessionals	35
4.2.1 Toepassing preventie.....	35
4.2.2 Handelen van zorgprofessionals.....	39
Verwijzing.....	43
4.2.3 Knelpunten	46
5. Conclusie en Discussie	48
5.1 Frequentie van gebitssaneringen onder narcose en de kenmerken	48
5.1.1 Beantwoording onderzoeksvraag.....	48
5.1.2 Vergelijking met literatuur	48
5.1.3 Sterke en zwakke punten.....	49
5.2 Discussie over de zorgketen vanuit het perspectief van de zorgprofessional.....	50
5.2.1 Beantwoording onderzoeksvraag.....	50
5.2.2 Vergelijking met literatuur	51
5.2.3 Sterke en zwakke punten.....	52
5.3 Interpretatie in de praktijk en aanbevelingen voor de wetenschap.....	53
Referenties.....	55
Bijlage A. Toelichting statusscore per postcodegebied	58
Bijlage B. Bepaling verzorgingsgebied en berekening statusscore	59
Bijlage C. Codeboek SPSS	60
Bijlage D. Informed Consent.....	61
Bijlage E. Vragenlijsten.....	63

1. Inleiding

Landelijk melden tandartsen dat ze zich zorgen maken over gebitsproblemen bij jonge kinderen. Op het moment dat een kind zes tot negen maanden oud is, breekt meestal de eerste melktand door. (1) De meeste kinderen wisselen hun melkgebit voor het blijvende gebit op een leeftijd van zes jaar. (2) Vanaf het moment dat het eerste tandje doorbreekt, moet er voor het gebit gezorgd gaan worden. (1) Indien er niet voldoende aandacht wordt besteed aan het gebit van peuters, ontstaat er schade aan het gebit en zal er een gebitssanering moeten plaatsvinden. Op het moment dat een kind erg jong is, oncoöperatief is of een beperking heeft, kan deze gebitssanering ook onder narcose worden uitgevoerd. (3) Het feit dat gebitssaneringen onder narcose moeten worden uitgevoerd, is mogelijk een indicator voor slechte mondgezondheid van het kind. (4)

De mondgezondheid van het kind wordt beïnvloed door een groot aantal factoren, die in te vullen zijn in het conceptuele model van de volksgezondheid van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (5) Dit model vormt een raamwerk van componenten, dat een overzicht schept van de factoren die de gezondheid beïnvloeden. Dit raamwerk helpt bij het analyseren van de factoren, die invloed hebben op de mondgezondheid van het kind. De eerste component in het model is beleid. Beleid kan invloed uitoefenen op de drie andere componenten uit het model: externe ontwikkelingen, determinanten van gezondheid en preventie en zorg. De drie genoemde componenten hebben invloed op de component gezondheidstoestand en omgekeerd. In dit onderzoek wordt er gefocust op de drie determinanten: gezondheidstoestand, determinanten van gezondheid en preventie en zorg. De gezondheidstoestand betreft de mondgezondheid van jonge kinderen. Determinanten van gezondheid zijn leefstijlfactoren, omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren. Preventie en zorg hangt nauw samen met het gevormde beleid. Preventiemaatregelen hebben als doel het gevormde beleid op te laten volgen. Om de mondgezondheid te waarborgen, zijn preventie, controle en (na)behandeling van belang: ook wel primaire, secundaire en tertiaire preventie. (6) Verder wordt besproken hoe zorgvraag en -aanbod van invloed kunnen zijn op elkaar.

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) speelt regionaal een belangrijke rol in de preventieve zorg en het opstellen en uitvoeren van beleid. Onder het takenpakket van de JGZ valt onder andere het volgen van de ontwikkeling van een kind en het ondersteunen van de ouders. JGZ-professionals voeren gezondheidsonderzoeken uit bij kinderen van 0-18 jaar. Onderdeel van dit onderzoek is het beoordelen van de mondgezondheid. (7)

Het baart de stafarts van de JGZ van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Twente zorgen dat de afdeling anesthesie van het Medisch Spectrum Twente (MST) is opgevallen dat het aantal gebitssaneringen onder narcose bij kinderen in Twente hoger zou zijn dan in andere regio's in Nederland. Verder werd aangegeven dat er sprake zou zijn van een stijging van het aantal gebitssaneringen onder narcose in Twente over de afgelopen jaren. (persoonlijke mededeling) Zowel tandartsen als de JGZ zetten vraagtekens bij de oorzaak van deze mogelijke ontwikkeling. Op dit moment is het onduidelijk welke factoren invloed hebben op de vraag naar gebitssaneringen onder narcose bij kinderen.

Om regionaal beleid te ontwikkelen, is gedetailleerde feitelijke kennis nodig van de huidige situatie. Deze kennis betreft het aantal en de aard van gebitssaneringen onder narcose en de factoren die hierop mogelijk van invloed zijn. Deze factoren zouden zich kunnen bevinden in de zorgketen van preventieve tot curatieve tandheelkundige zorg. Over deze specifieke zorgketen is weinig bekend.

Het doel van dit onderzoek is inzicht scheppen in welke factoren invloed hebben op de uitvoering van gebitssaneringen onder narcose en hoe dit zich ontwikkelt. Het verloop van de frequentie uitgevoerde gebitssaneringen wordt in kaart gebracht middels een kwantitatief beschrijvend onderzoek naar de gegevens van de Centra voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) in Overijssel. Daarnaast wordt door middel van kwalitatief onderzoek de zorgketen van preventieve tot curatieve tandheelkundige zorg onderzocht om deze in kaart te brengen. Hiervoor zijn JGZ-professionals en tandartsen geïnterviewd.

Met de resultaten van dit onderzoek is een begin gemaakt aan het in kaart brengen van de factoren, die invloed hebben op de mondgezondheid van jonge kinderen. Doel is dat het onderzoek zal bijdragen aan een verbetering van de mondgezondheid en zo aan het terugdringen van het aantal gebitssaneringen onder narcose.

Op basis van de probleemstelling en het doel van het onderzoek zijn de volgende twee hoofdvragen met daarbij behorende deelvragen opgesteld.

Hoofdvraag 1

Wat is de frequentie van gebitssaneringen onder narcose onder kinderen van nul tot zes jaar, uitgevoerd door de CBT's in Overijssel in de periode 2010 – 2016, en wat zijn de kenmerken van deze kinderen?

Deelvraag 1.1: Wat is het verloop van de frequentie van gebitssaneringen onder narcose, uitgevoerd door de CBT's in Overijssel, in de periode 2010 – 2016?

Deelvraag 1.2: Wat zijn de kenmerken van de kinderen die een gebitssanering onder narcose hebben ondergaan, uitgevoerd door de CBT's in Overijssel, in de periode 2010-2016?

Hoofdvraag 2

Hoe geven zorgprofessionals in de zorgketen van preventieve en curatieve tandheelkundig zorg voor jonge kinderen invulling aan hun taken?

Deelvraag 2.1: Wat zien zorgprofessionals als hun verantwoordelijkheden in het kader van preventieve en curatieve tandheelkundige zorg voor jonge kinderen?

Deelvraag 2.2: Hoe ziet de professional een standaard preventieve of curatieve behandeling van een jong kind en wat zijn de indicaties om hiervan af te wijken?

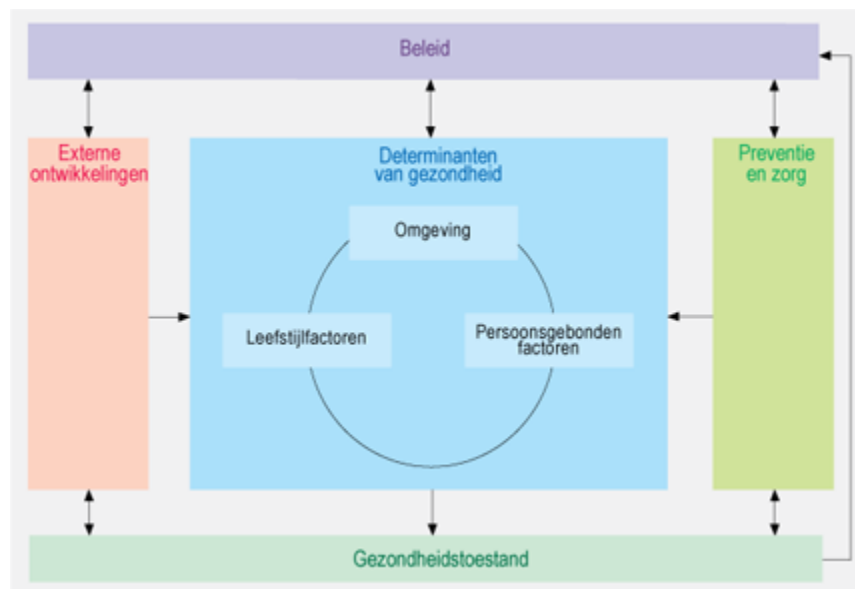
Deelvraag 2.3: Welke knelpunten ervaren zorgprofessionals in de zorgketen van preventieve en curatieve tandheelkundig zorg voor jonge kinderen?

2. Theoretisch kader

In het theoretisch kader worden de factoren die invloed hebben op de frequentie van narcosebehandelingen en de werkwijze van zorgprofessionals beschreven aan de hand van het conceptuele model (figuur 2.1). Op deze manier kunnen ze geïnterpreteerd worden in de zorgketen van preventieve tot curatieve tandheelkundige zorg. In dit model zijn vijf componenten opgenomen: gezondheidstoestand, preventie en zorg, determinanten van gezondheid, externe ontwikkelingen en beleid. (8)

De gezondheidstoestand is het directe gevolg van externe ontwikkelingen, determinanten van gezondheid en preventie en zorg. Daarnaast wordt preventie en zorg enerzijds beïnvloed door de gezondheidstoestand en anderzijds door beleid. In figuur 2.1 wordt weergegeven hoe de componenten invloed hebben op elkaar. Determinanten van gezondheid zijn onderverdeeld in leefstijlfactoren, omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren.

Aangezien de mogelijke stijging van de frequentie van gebitssaneringen onder narcose onder de component gezondheidstoestand valt en de zorgketen onder de component preventie en zorg, staan deze twee componenten centraal. Vanwege de invloed op deze twee componenten, worden determinanten van gezondheid en beleid nader toegelicht. Externe ontwikkelingen worden buiten beschouwing gelaten wegens de geringe invloed op de componenten die centraal staan.



Figuur 2.1 Het conceptuele model van de volksgezondheid.

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de componenten gezondheidstoestand (paragraaf 2.1), determinanten van gezondheid (paragraaf 2.2), preventie en zorg (paragraaf 2.3) en het beleid (paragraaf 2.4) besproken.

2.1 Gezondheidstoestand

De component gezondheidstoestand kan objectief en subjectief gedefinieerd worden. De gezondheidstoestand in objectieve zin is de gezondheid zoals beoordeeld door medisch beroepsbeoefenaren. De gezondheidstoestand in subjectieve zin is de gezondheid zoals ervaren door personen zelf. (9) Dit onderzoek richt zich op de objectieve gezondheidstoestand aangezien aan de hand hiervan de zorgprofessional besluit om een kind onder narcose te behandelen of niet. De objectieve mondgezondheid wordt in dit hoofdstuk bekeken vanuit twee perspectieven. Enerzijds de algemene mondgezondheid van jonge kinderen in Nederland en anderzijds gebitssaneringen onder narcose.

2.1.1 Algemene mondgezondheid

Om een beeld te scheppen van de mondgezondheid over de afgelopen jaren, worden gegevens van TNO gebruikt. TNO schetst met het onderzoek *Kies voor Tand* eens in de drie á vier jaar een beeld van de mondgezondheid van kinderen in Nederland. (10) Hierbij brengt het onderzoeksbureau onder andere in kaart hoeveel kinderen een gaaf melkgebit hebben. Een opvallend resultaat van *Kies voor Tand* is dat vijfjarigen in 2011 vaker een gaaf melkgebit hadden dan vijfjarigen in 2005. Tegelijkertijd zijn de verschillen tussen negenjarigen in 2009 en achtjarigen in 2014 gering, waardoor niet geconcludeerd kan worden of de algemene mondgezondheid van kinderen tussen 2005 en 2014 veranderd is. (11-13) Op het moment dat een kind geen gaaf melkgebit heeft, is cariës de meest voorkomende oorzaak. (14, 15) Cariës treedt alleen op wanneer het glazuur vatbaar is. Het glazuur wordt vatbaar wanneer suikers en zetmeel in aanraking komen met het glazuur en hierbij zuren afzetten. Het speeksel heeft hierbij een herstellende werking maar dit proces heeft tijd nodig. (3) Cariës is goed te voorkomen met de juiste mondverzorging.

2.1.2 Gebitssaneringen onder narcose

De vraag naar gebitssaneringen onder narcose staat centraal in dit onderzoek. Een veranderde vraag naar gebitssaneringen onder narcose zou een indicatie kunnen zijn voor een veranderde algemene mondgezondheid. Dit onderzoek richt zich onder andere op de diagnoses die gelden voor kinderen die onder narcose gesaneerd worden. Om deze diagnoses te kunnen interpreteren, is het van belang om te weten bij welke gezondheidstoestand gebitssaneringen onder narcose gewenst en toegestaan zijn. De *Richtlijn Mondzorg voor jeugdigen* wordt opgevolgd door zorgprofessionals en zegt hierover het volgende: *“Behandeling onder algehele anesthesie (narcose) kan geïndiceerd zijn bij (zeer) jonge, oncoöperatieve kinderen of patiënten met een beperking en/of een dusdanig ernstige vorm van psychopathologie waarvoor uitgebreide tandheelkundige behandeling met lokaal anesthesie en sedativa een te zware (psychische) belasting is.”* (3)

2.2 Determinanten van gezondheid

De tweede component, determinanten van gezondheid, staat in directe verbinding met preventie en zorg en gezondheidstoestand. De samenhang met preventie en zorg blijkt uit de uitvoering van preventieve en curatieve taken door zorgprofessionals, die inspelen op determinanten van gezondheid. Daarnaast hebben determinanten van gezondheid invloed op de gezondheidstoestand, waarmee zij mogelijk invloed hebben op de vraag naar gebitssaneringen onder narcose. De determinanten zijn onderverdeeld in drie categorieën:

leefstijlfactoren, omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren. Deze drie categorieën worden in deze paragraaf worden belicht.

2.2.1 Leefstijlfactoren

Leefstijlfactoren zijn determinanten van de manier waarop mensen hun leven leiden en hebben grote invloed op de gezondheid en het ontstaan van ziekten. (16) Bij het ontstaan van cariës bij jonge kinderen zijn de frequentie van tandenpoetsen en het aantal eet- en drinkmomenten de meest invloedrijke leefstijlfactoren. Daarnaast hebben het gebruik van fluoridetandpasta, het geven van borst- of flesvoeding, koolhydraatintake en het bezoeken van de tandarts invloed op de mondgezondheid. De leefstijl van jonge kinderen wordt in grote mate bepaald door de ouders. Uit een studie van Skeie e.a. bleek dat kinderen van ouders met een ongunstige houding wat betreft mondhygiëne en dieet bijna vijf keer zoveel cariës ervoeren als kinderen van ouders met een gunstige houding. (15)

2.2.2 Omgevingsfactoren

De volgende categorie van determinanten van gezondheid is omgevingsfactoren. Een belangrijke omgevingsfactor is het sociale milieu waarin een kind opgroeit. Om een sociaal milieu te definiëren worden individuen gerangschikt op basis van hun kennis, bezittingen en status. De positie die iemand inneemt in deze rangschikking wordt sociaaleconomische status (SES) genoemd. (17)

In het rapport *Kies voor Tandem* wordt de SES bepaald aan de hand van opleidingsniveau en woonomgeving, namelijk of iemand woont in een krachtwijk of niet. In *Kies voor Tandem 2014* stelde TNO dat gezinnen met een lage SES minder aandacht besteden aan mondzorg en dit concludeerde men op basis van poetsfrequentie en de mate van napoetsen. Tegelijkertijd leek de SES weinig invloed te hebben op de frequentie van controlebezoeken aan de tandarts. Toch bleek dat sommige ouders niet weten dat de meeste tandheelkundige behandelingen tot achttien jaar vergoed worden vanuit de basisverzekering. Als gevolg hebben ouders weleens (controle)behandelingen uitgesteld wegens verwachte kosten en dit bleek het meest frequent voor te komen onder ouders met een lage SES. (13) Ook internationaal is onderzoek gedaan naar de invloed van de SES. Een onderzoek van de universiteit van Göteborg, Zweden, toont een significante correlatie aan tussen de SES en tandarts bezoeken. Hoe lager de SES, hoe minder frequent men de tandarts bezoekt. In dit onderzoek is de SES bepaald aan de hand van geslacht, burgerlijke staat, inkomen per huishouden, opleidingsniveau, mogelijkheid tot opvangen van onverwachte uitgaven en migratieachtergrond. (18)

2.2.3 Persoonsgebonden factoren

Persoonsgebonden factoren geldt als laatste categorie van determinanten van gezondheid. Deze factoren gelden voor het individu en in deze paragraaf worden de volgende persoonsgebonden factoren toegelicht: erfelijke eigenschappen en aanleg, verstandelijke beperking, migratieachtergrond, lichaamsgewicht en angst.

Een bepaalde aanleg, mogelijk erfelijk bepaald, kan van invloed zijn op de mondgezondheid. Het gaat hierbij om infectieziekten, suikerziekte, vitaminegebrek, allergie, stofwisselingsziekte, bloedziekte en tandenknarsen. Ook wanneer de vroege variant van

tandvleesontsteking, parodontitis, bij een kind voorkomt, is dit chronisch en vaak erfelijk bepaald. (19)

Een verstandelijke beperking heeft ook verhoogde risico's voor de mondgezondheid tot gevolg. Verstandelijk beperkte kinderen houden voedsel vaak langer in de mond waardoor het langer in aanraking komt met het glazuur. Daarnaast wordt vooral zacht voedsel geconsumeerd wanneer kauw- en slikproblemen aanwezig zijn. Zacht voedsel blijft ook langer in contact met het glazuur, omdat het gemakkelijk achter blijft in het gebit. Ook brengen verstandelijk beperkten, bewust of onbewust, vaker hun maaginhoud terug in de mond. Het extreem zure maagzuur veroorzaakt dan schade aan het gebit. Ten slotte hebben kinderen met een beperking, afhankelijk van de beperking, vaak een kleinere kaak waarin te weinig ruimte is voor alle blijvende tanden. Toch zijn alle blijvende tanden wel aangelegd met een afwijkende tandstand, waardoor het gebit moeilijker te poetsen is. De genoemde factoren leiden tot een hogere kans op het ontstaan van tandvleesontsteking en cariës (20).

Migratieachtergrond is de derde persoonsgebonden factor. De GGD Amsterdam heeft een significant verschil aangetoond in de prevalentie van een slechte mondgezondheid tussen kinderen met een Nederlandse achtergrond (4,9%) en met een migratieachtergrond (13,4%) in de periode 2011-2012. Het onderzoek noemt geen mogelijke verklaringen hiervoor. (21)

De relatie tussen lichaamsgewicht en mondgezondheid is regelmatig onderzocht. Onderzoeken naar de relatie tussen overgewicht en cariës spreken elkaar tegen waardoor het onduidelijk is of overgewicht een determinant voor cariës is. Er is wel een significant verband aangetoond tussen een laag lichaamsgewicht en cariës. Een laag lichaamsgewicht is mogelijk wel een determinant voor een hogere cariësfrequentie. (22, 23)

Ten slotte is angst een determinant van mondgezondheid die regelmatig terugkomt in dit onderzoek. Tandartsangst bij een kind kan voortkomen uit een negatieve ervaring en kan overgedragen worden door ouders. (24) De literatuur kan geen beeld geven van de gevolgen van tandartsangst bij een jong kind op de mondgezondheid van een kind.

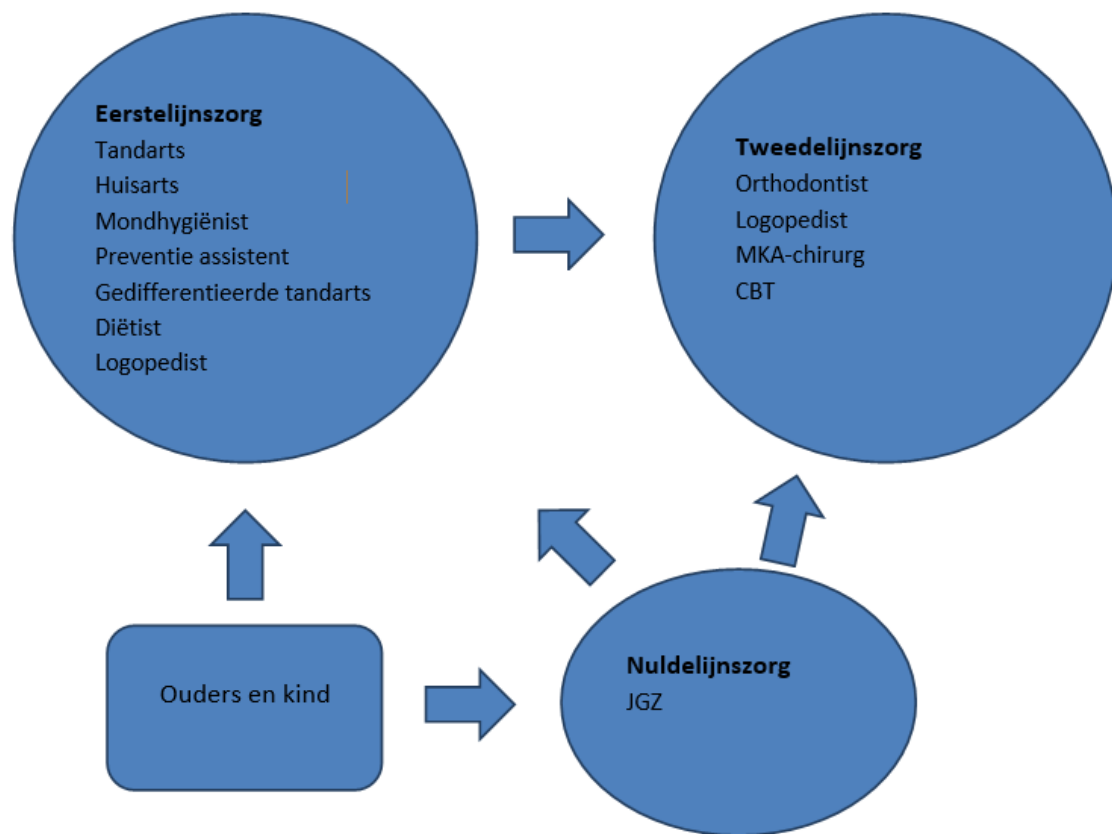
2.3 Preventie en zorg

De derde component, preventie en zorg, staat centraal in dit onderzoek aangezien het onderzoek zich richt op de manier waarop zorgprofessionals hun taken uitvoeren in de zorgketen. Preventie kan onderverdeeld worden op drie niveaus. Primaire preventie wordt toegepast om ziekte te voorkomen. Secundaire preventie omvat het vroegtijdig diagnosticeren en behandelen. Tertiaire preventie betreft het beperken van schade aan de gezondheid. (6)

In deze paragraaf wordt als eerste een overzicht gegeven van de betrokken zorgprofessionals. Vervolgens komen adviezen betreffende preventieve zorg ter sprake. De preventieprogramma's, die als doel hebben deze adviezen breed te verspreiden, worden daarna besproken. Ten slotte wordt de invloed van de vraag en het aanbod in de zorg toegelicht.

2.3.1 Zorgprofessionals

Zorgprofessionals zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de preventie en zorg. Dit onderzoek richt zich op de zorgketen vanuit het perspectief van de zorgprofessional met als doel deze uitvoering in kaart te brengen. Om de bevindingen van een zorgprofessional te kunnen interpreteren, is het van belang om hun positie in het zorgsysteem te kennen. Er is onderscheid gemaakt in positie in het zorgsysteem op basis van behandelingsniveau. Preventieve gezondheidszorg of nuldelijnszorg is de zorg die wordt aangeboden zonder dat er een hulpvraag is. Tot deze zorg behoort de JGZ. (25) Eerstelijnszorg is direct toegankelijk en komt in beeld wanneer er een hulpvraag is. Hieronder vallen onder andere de huisarts en de tandarts. Op het moment dat de eerstelijnszorg ontoereikend is en meer gespecialiseerdere zorg noodzakelijk is, verwijzen zorgverleners door naar de tweedelijnszorg. Hier vallen de CBT's onder. (26) Sinds november 2013 mogen ook jeugdartsen verwijzen naar tweedelijnszorg. (27) De betrokken professionals en de doorverwijsmogelijkheden zijn weergegeven in figuur 2.2.



Figuur 2.2 Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg ingedeeld naar behandelingsniveau en doorverwijsmogelijkheden

2.3.2 Adviezen primaire preventieve zorg

De door de JGZ geleverde preventieve zorg richt zich vooral op primaire preventie, namelijk op het voorkomen van ziekte. Aangezien preventieve zorg vooral geleverd moet worden door ouders, adviseert zij ouders over juiste mondzorg. Dit gebeurt vooral op het consultatiebureau waar ouders dertien keer op consult mogen komen tot het kind drie jaar en negen maanden oud is. (28) De adviezen die als leidraad gelden voor primaire en

secundaire preventie worden opgesteld door het Ivoren Kruis. Deze adviezen richten zich vooral op cariëspreventie aangezien cariës een belangrijke uiting is van een slechte mondgezondheid. (14, 15)

Het basisadvies voor tandenpoetsen met fluoride, opgesteld door het Ivoren Kruis, is vermeld in tabel 2.2.1. Fluoride maakt glazuur beter bestand tegen de zuren die cariës veroorzaken. Het tandenpoetsen gebeurt effectiever wanneer een kind hierbij geholpen wordt door de ouder. Dit gegeven leidt tot de aanbeveling van supervisie bij het tandenpoetsen, weergegeven in tabel 2.2.2 (3). Het valt op dat het Ivoren Kruis adviseert het gebit ten minste twee keer per dag na te poetsen bij een leeftijd van nul tot vijf. Tegelijkertijd wordt geadviseerd één keer te poetsen bij een leeftijd van nul en één. In dit onderzoek wordt aangenomen dat de ouder één keer per dag de tanden moet poetsen bij een kind van nul of één jaar oud.

Tabel 2.2.1 Basisadvies fluoride gebruik

Leeftijd kind	Basisadvies
0 en 1 jaar	Vanaf het doorbreken van de eerste tand 1x per dag poetsen met fluoridepeutertandpasta (500-750 ppm fluoride).
2, 3 en 4 jaar	2x per dag poetsen met fluoridepeutertandpasta (500-750 ppm fluoride).
5 jaar en ouder	2x per dag poetsen met fluoridetandpasta (1.000-1.500 ppm fluoride). Dit kan een junior-, kinder- of een tandpasta voor volwassenen zijn.

Tabel 2.2.2 Aanbeveling supervisie bij tandenpoetsen

Leeftijd kind in jaren	Aanbeveling
0 tot 5 jaar	Het gebit dient ten minste 2x per dag door ouder/verzorger gepoetst te worden
5 tot 10 jaar	De verantwoordelijkheid van het tandenpoetsen moet overgedragen worden aan het kind, maar hierbij moet bedacht worden dat kinderen tot 10 jaar in de meeste gevallen nog niet de vereiste fijne motoriek voor tandenpoetsen hebben ontwikkeld waardoor 1x per dag poetsen of napoetsen door de ouder nog steeds noodzakelijk is

Zoals benoemd wordt glazuur vatbaar door in aanraking te komen met suikers en zetmeel en heeft de herstellende werking van speeksel tijd nodig. Het eet- en voedingspatroon speelt een bepalende rol in de mate dat het glazuur wordt aangetast en de mogelijkheid die het heeft om hiervan te herstellen. Het Ivoren Kruis geeft als advies het aantal eet- en drinkmomenten tot maximaal zeven per dag te beperken. Dagelijks ontbijten zet de spijsvertering op gang, met als gevolg dat een kind minder behoefte heeft aan tussendoortjes. Hierdoor is het advies makkelijker op te volgen. Ook wordt aangeraden kraanwater te verkiezen boven andere dranken aangezien vrijwel alle andere dranken suiker bevatten. Om te voorkomen dat het gebit een langere tijd blootgesteld wordt aan suikerhoudende drank, wordt het advies gegeven een beker te verkiezen boven een zuigflesje of antilekbeker. Dit verlaagt de kans op (zuigfles)cariës. (1, 13, 29). Ten slotte is

vitamine D van groot belang voor sterke botten en tanden. Jonge kinderen krijgen via voeding en zonlicht vaak te weinig vitamine D binnen waardoor aanvulling hiervan sterk aanbevolen wordt. (30)

Daarnaast adviseert het Ivoren Kruis om kinderen mee te nemen naar de tandarts of mondhygiënist vanaf het moment dat het eerste tandje is doorgebroken. De tandarts of mondhygiënist kan dan adviezen voor mondverzorging toelichten en het kind krijgt de gelegenheid om te wennen aan de praktijk. De behandelaar geeft aan wanneer het kind in de praktijk moet terugkomen voor een controle. (31) Door een periodieke controle wordt ook secundaire preventie mogelijk gemaakt.

2.3.3 Preventieprogramma's

Bij het uitvoeren van preventieve taken kunnen zorgprofessionals of -organisaties gebruik maken van op mondzorg gerichte preventieprogramma's. Deze programma's zijn erop gericht om mensen preventief gedrag te laten vertonen. In deze paragraaf zullen eerst de punten benoemd worden die bevorderlijk zijn voor de effectiviteit van preventieprogramma's. Ten eerste wordt het programma *Gewoon Gaaf* toegelicht. Dit is een preventieprogramma van het Ivoren Kruis waarmee de toonaangevende mondzorgadviezen wijd verspreid worden. (32)

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Tandheelkunde (KNMT) heeft in kaart gebracht waar een preventieprogramma aan zou moeten voldoen, om zo effectief mogelijk te zijn. Dit gebeurde door bestaande preventieprogramma's te analyseren en te beoordelen op potentiële effectiviteit. (15) Hieruit concludeerde de KNMT dat zes onderdelen belangrijk zijn. Deze onderdelen zijn hieronder geciteerd:

1. Nadruk leggen op gedragsbeïnvloeding van ouders
2. Starten voor de eerste verjaardag van het kind
3. Aanpakken via de populatiestrategie waarbij de risicogroepen ook bereikt worden
4. Gebruik maken van motiverende communicatie
5. Onderdeel zijn van een groter omvattend zorgsysteem
6. Klinisch evalueren waarbij cariëserving een belangrijke uitkomstmaat is.

De KNMT ziet het consultatiebureau als meest gunstige setting om een preventieprogramma in praktijk te brengen, aangezien deze een bereik heeft van bijna 100% onder ouders van nuljarigen en ruim 84% onder vierjarigen. (15)

Op internationaal niveau is ook onderzoek gedaan naar de effectiviteit van preventieprogramma's. Cariësincidentie leek af te nemen met dank aan de volgende preventie strategieën: huisbezoeken door voorlichters op het gebied van mondgezondheid, driemaandelijks verzenden van tandenborstels en fluoridetandpasta, het geven van tandenpoetsinstructies onder leiding van een tandheelkundig professional, het organiseren van dagelijks tandenpoetsen op school of in het kinderdagverblijf en het aanbrengen van fluoride-lak. Educatieve interventies gericht op mondzorg leken geen effect te hebben op cariësincidentie. (15)

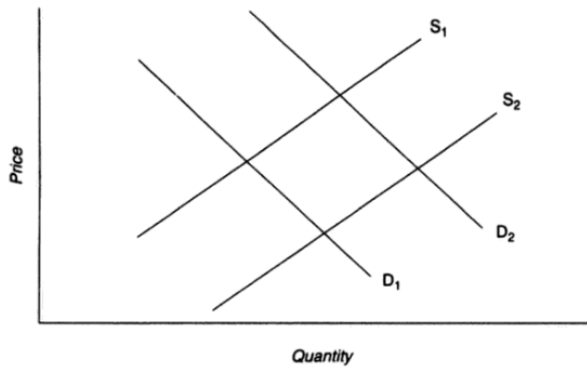
Het Ivoren Kruis implementeert de adviezen (paragraaf 2.3.2) door middel van het preventieprogramma *Gewoon Gaaf*. Dit is een cariëspreventiemethode gericht op het kind als individu en op basis van een risico-inschatting wordt bepaald wanneer het kind terug moet komen voor een volgende (controle)behandeling. Daarnaast richt het Ivoren Kruis zich op het bewust maken, van ouder en kind, van de eigen invloed op het ontstaan en voorkomen van cariës. (33) *Gewoon Gaaf* wordt in praktijk gebracht door tandartsen en zij worden hierbij geholpen door middel van een stappenplan per leeftijdscategorie, voorbeeldfilmpjes en een magazine. Deze zijn online te vinden. Ook richt *Gewoon Gaaf* zich op patiënten door patiënteninformatie te vermelden op de website en door patiëntenfolders aan tandartsen te leveren. (32) In 2013 is onderzocht dat *Gewoon Gaaf* tot 70% minder caviteiten kan leiden. (34) Dit preventieprogramma is gebaseerd op de *Nexø-methode*. Deze is ontwikkeld in Denemarken en wordt internationaal *Non-Operative Caries Treatment and Preventie-methode* (NOCTP) genoemd. (35)

In de tertiaire preventie is tegenwoordig aandacht voor de Niet-Restauratieve Caviteitsbehandeling. Deze behandeling wordt toegepast door zo min mogelijk te boren en de cariës te stabiliseren door middel van een coating, combineert met de NOCTP-methode. (36)

2.3.4. Toegankelijkheid van zorg

Toegankelijkheid van zorg is de laatste determinant van preventie en zorg. Deze determinant wordt bepaald door het zorgaanbod en de kwantiteit, kwaliteit en prijs hiervan. Het zorgaanbod heeft grote invloed op de zorgvraag van een individu en is van belang voor dit onderzoek, aangezien het invloed kan hebben op de vraag naar narcosebehandelingen. De werking van de zorgvraag en het zorgaanbod wordt hieronder toegelicht.

In *The Economics of Health and Medical Care* staat beschreven dat een verandering in de frequentie van ziekte en/of aanwezige zorgprofessionals zorgt voor een verschuiving in vraag (D) en aanbod (S) (zie figuur 2.3). In deze figuur worden een lagere zorgvraag en een lager zorgaanbod weergegeven door D_1 en S_1 ; een hogere zorgvraag en hoger zorgaanbod worden weergegeven door D_2 en S_2 . Stijgt de vraag naar zorg, dan stijgt volgens dit model het zorgaanbod ook. Dit blijkt ook uit figuur 2.3 waarin D_2 een hogere kwantiteit weergeeft dan D_1 . Dit effect werkt wederzijds: groeit het aanbod zorgspecialisten, dan stijgt de zorgvraag. (37) Dit verband wordt ondersteund door het Congressional Budget Office. Deze stelt dat een stijging in aanbod van zorg een hogere zorgbezetting en een hogere zorgvraag tot gevolg heeft. (38) Bij de vraag naar behandelingen onder narcose kan dit model een rol spelen. Volgens nieuwsberichten is in Nederland sprake van een opkomst aan narcosetandartspraktijken. De praktijken adverteren dat zij angstige mensen gemakkelijk onder narcose kunnen brengen. Ook in deze praktijken mag narcose alleen uitgevoerd worden door een anesthesist. (39)



Figuur 2.3 Een hogere zorgvraag (D_2 ten opzichte van D_1) doet het zorgaanbod stijgen (S_2 ten opzichte van S_1) (37)

De prijs van zorg kenmerkt het zorgaanbod en heeft een grote invloed op de zorgvraag. Aangetoond is dat de bezetting van zorg enorm stijgt wanneer meer behandelingen gedekt worden vanuit de verzekering. (40) Dit is een relevant punt voor dit onderzoek aangezien alle tandheelkundige zorg voor kinderen tot achttien jaar in Nederland vergoed wordt door de basisverzekering, inclusief narcosebehandelingen. Mogelijk speelt dit mee in de vraag naar gebitssaneringen onder narcose.

Een andere factor die invloed heeft op de zorgvraag van een individu is *professional uncertainty*. Afhankelijk van de zorgprofessional kan er een verschil zijn in diagnose en advies voor een behandeling. Dit beïnvloedt de keuze van een individu voor een behandeling. (41) Op deze manier speelt *professional uncertainty* mogelijk een rol in de vraag naar gebitssaneringen onder narcose.

2.4 Beleid

Beleid is de laatste component uit het conceptuele model dat wordt toegelicht. Beleid is van betekenis in dit onderzoek aangezien het richtlijnen omvat die gelden voor het uitvoeren van preventie en zorg. Daarnaast is beleidsmatig vastgelegd welke verantwoordelijkheden zorgprofessionals en -instanties hebben. Deze verantwoordelijkheden zullen hier benoemd worden, net als de richtlijnen voor curatieve zorg.

Sinds 2003 is het basispakket van de JGZ vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid en het Besluit Jeugdgezondheid. Hiermee is wettelijk vastgelegd welke werkzaamheden gemeenten beschikbaar moeten stellen en actief aan moeten bieden aan jeugdigen. Die vier kerntaken luiden als volgt: (42)

1. Samenlevingsarrangementen: Programma's gericht op gedragsbeïnvloeding, gezondheidsbevordering, opvoedondersteuning en gezondheidsbescherming
2. Basiszorg: Monitoren en signaleren, individuele voorlichting en advisering, screening en toeleiding.
3. Extra zorg, coördinatie en een vangnet bieden.
4. Beleidsadvisering: Monitoren, dossier bijhouden en stem geven aan de behoeften en noden van ouders en jeugdigen.

De richtlijnen voor curatieve zorg zijn opgenomen in de *Richtlijn Mondzorg voor jeugdigen*. Deze richtlijnen gelden ter ondersteuning van de klinische praktijkvoering en zijn bedoeld voor alle mondzorgverleners en (para)medische professionals die zich bezighouden met de (mond)gezondheid van het kind (3).

Een belangrijk uitgangspunt in de *Richtlijn Mondzorg voor jeugdigen* is dat een behandeling pijnvrij moet zijn. Pijn wordt in de richtlijn beschreven als een onplezierige, gevoelsmatige en emotionele beleving die wordt geassocieerd met een daadwerkelijke of dreigende beschadiging van weefsel. Het doormaken van een pijnlijke ervaring is de belangrijkste oorzaak van tandartsangst en daarnaast geldt: hoe meer angst, hoe meer pijn. Lokale anesthesie is de meest gebruikte methode om pijn te bestrijden. De *Richtlijn Mondzorg voor jeugdigen* adviseert het gebruik hiervan bij elke behandeling die pijn kan veroorzaken. Alternatieve methodes zijn distractie, hypnose en relaxatie maar deze zijn beduidend minder effectief bevonden. Sedatietechnieken, zoals het inhaleren van lachgas, kunnen een uitkomst bieden bij oncoöperatieve kinderen. Deze middelen bieden geen pijnreductie waardoor zij altijd met lokale anesthesie uitgevoerd moeten worden. Sedatietechnieken mogen alleen uitgevoerd worden wanneer medewerkers een specifieke training hebben gevolgd. (3)

Narcose kan ingezet worden om een behandeling bij (zeer) jonge oncoöperatieve kinderen mogelijk te maken. Ook kan narcose een uitkomst bieden bij patiënten met een beperking en/of een dusdanige vorm van psychopathologie waarbij lokale anesthesie en sedativa een te zware (psychische) belasting is. De narcose mag alleen uitgevoerd worden door een anesthesist en dient volgens internationale protocollen te gebeuren. Daarnaast mag toepassing van narcose nooit op zichzelf staan en dient de behandeling onderdeel te zijn van een multidisciplinair behandeltraject (3).

Doorverwijzing komt ter sprake wanneer het vereiste (mond)onderzoek of de noodzakelijke zorgrichting niet uitvoerbaar is, niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd of niet effectief is gebleken. (3) De doorverwijsmogelijkheden in de zorgketen van preventieve tot curatieve tandheelkundige zorg zijn weergegeven in figuur 2.2.

2.5 Samenvatting

Als afsluiting van dit theoretisch kader zal in deze paragraaf een korte samenvatting volgen. In dit onderzoek staan de twee componenten gezondheidstoestand en preventie en zorg centraal. De gezondheidstoestand heeft invloed op de vraag naar gebitssaneringen en de frequentie hiervan. Dit vormt een belangrijk deel van het onderzoek. Preventie en zorg speelt een grote rol in dit onderzoek, omdat deze component zich richt op de specifieke zorgketen. In het theoretisch kader is hierop ingespeeld door onder andere de betrokken zorgprofessionals in kaart te brengen en de toepassing van preventie toe te lichten. Met achtergrondinformatie vermeld in dit theoretisch kader kunnen de ervaringen van zorgprofessionals geïnterpreteerd worden in het omvattende zorgsysteem. Determinanten van gezondheid staan in nauwe verbinding met de gezondheidstoestand en preventie en zorg, waardoor ook deze component een belangrijke positie inneemt in dit onderzoek. In dit onderzoek zullen determinanten van gezondheid terugkomen als kenmerken van kinderen, die onder narcose behandeld worden en als determinanten die zorgprofessionals mee

nemen in de signalering. Binnen de component determinanten van gezondheid wordt onderscheid gemaakt tussen leefstijlfactoren, omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren. De component 'Beleid' is relevant voor dit onderzoek door zijn invloed op het uitvoeren van preventie en zorg via richtlijnen. De richtlijnen focussen zich vooral op cariëspreventie en het pijnvrij behandelen van kinderen. Dit onderzoek zal onder andere een beeld scheppen van de uitvoering en toepassing van deze richtlijnen.

3. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt toegelicht hoe onderzoek is uitgevoerd naar het aantal en de aard van gebitssaneringen onder narcose bij kinderen tot zes jaar in de periode 2010 – 2016 en de specifieke zorgketen vanuit het perspectief van de zorgprofessional. Dit onderzoek heeft vanwege de twee verschillende hoofdvragen een kwantitatief (paragraaf 3.1) en een kwalitatief deel (paragraaf 3.2). Per hoofdvraag worden het onderzoeksdesign, de onderzoekspopulatie, de dataverzameling en de data-analyse beschreven. Vervolgens worden de ethische aspecten van het onderzoek besproken (paragraaf 3.3).

3.1. Kwantitatief onderzoek

Kwantitatief beschrijvend onderzoek heeft plaats gevonden om in kaart te brengen wat de frequentie is van gebitssaneringen onder narcose. Het betreft hier gebitssaneringen onder narcose bij kinderen van nul tot zes jaar, uitgevoerd door de CBT's in Overijssel in de periode 2010-2016. Daarnaast richtte dit onderzoek zich op de kenmerken van behandelde kinderen. De betreffende CBT's zijn het CBT Vogellanden te Zwolle en het CBT Enschede en Oldenzaal. Door gebrek aan capaciteit bij het CBT Enschede en Oldenzaal binnen de onderzoeksperiode, is geen toestemming verkregen om hier data te verzamelen. Om deze reden is enkel onderzoek gedaan naar de gegevens uit de patiëntendatabase van het CBT Vogellanden.

3.1.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit alle kinderen die in de periode 2010 – 2016 een gebitssanering onder narcose hebben ondergaan bij het CBT Vogellanden en op het moment van behandeling niet ouder dan zes jaar waren. Voor de verzameling van de gegevens van de onderzoekspopulatie zijn twee inclusiecriteria vastgesteld. Ten eerste dienden kinderen op het moment van behandelen maximaal vijf jaar oud te zijn. Deze leeftijd is bepaald, zodat gericht werd op kinderen met een melkgebit. Ten tweede diende kinderen een gebitssanering onder narcose te hebben ondergaan. Dit zorgde voor een dataset van 350 behandelingen. De onderzoekspopulatie bestond uit 340 kinderen. Het verschil in het aantal behandelingen in de dataset en de grootte van de onderzoekspopulatie komt voort uit het feit dat tien kinderen een tweede behandeling hebben ondergaan in de genoemde periode.

3.1.2. Dataverzameling

De benodigde data werd verkregen via de reeds bestaande patiëntendatabase van het CBT Vogellanden. De dataset met de gegevens van de 350 behandelingen kon door het CBT Vogellanden automatisch uit het systeem worden gehaald. Deze dataset bevatte de patiëntnummers, het geslacht, het geboortjaar en de behandeldatum van de patiënt. Vervolgens zijn handmatig de postcode, de diagnose en de doorverwijzer per patiënt uit de database gehaald. Van de postcode zijn enkel de vier cijfers genoteerd. Daarnaast is de geboortedatum niet meegenomen in het databestand en is enkel gebruik gemaakt van de leeftijd op het moment van de behandeling. Deze leeftijd is berekend door de geboortedatum af te trekken van de datum van behandeling. De gegevens waren op deze manier voldoende geanonimiseerd en vervolgens in Excel opgeslagen. In tabel 3.1.1 wordt een toelichting gegeven op de betekenis van de variabelen en de verschillende categorieën.

Tabel 3.1.1. Toelichting gegevens dataset CBT

Variabele	Toelichting	Categorieën
Patiëntnummer	Unieke code, bestaande uit vijf cijfers, waarmee de patiënt in het systeem staat van het CBT Vogellanden	Code bestaande uit vijf cijfers
Geslacht patiënt	Het geslacht van de patiënt	Jongen Meisje
Leeftijd	De leeftijd in jaren van de patiënt op datum van behandeling	2-3 4 5
Behandeldatum	De datum van behandeling	Datum tussen 01-01-2010 en 31-12-2016
Behandeljaar	Het jaar van behandeling	2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016
Postcode	De vier cijfers van het postcodegebied, waar de patiënt woonachtig is	Code bestaande uit vier cijfers
Statusscore per postcodegebied	De sociale status ¹ van het postcodegebied waar de patiënt woonachtig is	Laag Gemiddeld Hoog
Diagnose	De reden om de patiënt onder narcose te behandelen bij het CBT Vogellanden	Angst Verstandelijke beperking Lichamelijke beperking Meervoudige beperking Schisis Oro-maxillo faciaal defect Psychiatrische aandoening Congenitale stoornis van de tandstructuur Medisch gecompromitteerd
Diagnose angst	De reden om de patiënt onder narcose te behandelen bij het CBT Vogellanden is ofwel angst ofwel een reden anders dan angst	Diagnose angst Diagnose anders
Doorverwijzer	De instelling of professional, die de patiënt heeft doorverwezen naar het CBT Vogellanden	Centrum-behandelaar Huisarts Jeugd tandverzorging, tandarts Kaakchirurg

¹ "De statusscores bestaan uit vier gegevens: het gemiddelde inkomen in een wijk, het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage laagopgeleiden en het percentage mensen dat niet werkt. Via een factoranalyse worden deze kenmerken samengevat in één samengesteld kenmerk: de sociale status" 43. Planbureau SeC. Veelgestelde vragen over de statuscores. 2017.

		Kinderarts Mondhygiënist Orthodontist Revalidatiearts Tandarts Verwijspraktijk voor tandheelkunde
Doorverwijzer tandarts	De instelling of professional, die de patiënt heeft doorverwezen naar het CBT Vogellanden, is ofwel tandarts ofwel een instelling of professional anders dan de tandarts	Doorverwijzer tandarts Doorverwijzer anders

Uit de data bleek dat geen kinderen jonger dan twee jaar zijn behandeld, waardoor er vier leeftijdscategorieën waren: twee, drie, vier en vijf jaar. Van de twee- en driejarigen is één categorie gemaakt, omdat deze twee groepen weinig patiënten telden. Op deze manier zijn de leeftijdscategorieën nauwkeuriger en betrouwbaarder te vergelijken.

Drie variabelen, vermeld in tabel 3.1.1, zijn gemaakt door hercodering van de andere variabelen. De eerste variabele, behandeljaar, is toegevoegd om de gegevens te kunnen sorteren op jaartal. Ten tweede bleek de diagnose angst het meest voor te komen bij de variabele diagnose. Om deze reden is de variabele diagnose angst gemaakt: in het geval dat de diagnose angst was, werd de variabele diagnose angst gemarkeerd; in het geval dat de diagnose een van de acht andere opties was, werd de variabele diagnose anders gemarkeerd. Ditzelfde principe is gehanteerd voor de derde variabele doorverwijzer tandarts. De reden hiervoor is dat de meerderheid van de doorverwijzers tandartsen waren.

Ten slotte is een geheel nieuwe variabele toegevoegd: de statusscore per postcodegebied. De statusscore per postcodegebied, zoals gebruikt in het onderzoek, is afgeleid van de statusscores uit de registratie *Sociaal-Economische Status per postcodegebied* van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). In bijlage A is een omschrijving van de berekening en betekenis van deze statusscore toegevoegd. Het SCP heeft de statusscores bepaald vanaf 1998 tot en met 2016. De statusscores, die betrekking hadden op de periode 2010 – 2016, zijn meegenomen. Dit zijn de statusscores van 2010, 2014 en 2016. Per postcodegebied, dat voorkomt in het databestand van het CBT Vogellanden, is de gemiddelde statusscore per postcodegebied berekend over deze drie jaren. Vervolgens is deze score ingedeeld in een van de volgende drie SES-categorieën:

Hoog: Statusscore > 1,00
 Gemiddeld: $1,00 \leq \text{Statusscore} \leq -1,00$
 Laag: Statusscore < -1,00

Om betekenis te geven aan het aantal behandelingen per SES-categorie, dienden deze cijfers vergeleken te worden met de verhouding van de SES-categorieën van het verzorgingsgebied van het CBT Vogellanden. Hiertoe is het verzorgingsgebied bepaald. De manier waarop dit bepaald is, is terug te lezen in de bijlage B.

3.1.3. Data-analyse

Om de variabelen te analyseren is de dataset naar SPSS geëxporteerd. In SPSS is gebruik gemaakt van codering van de variabelen om de data overzichtelijk te maken. Hiervoor is een codeboek aangemaakt, dat terug te vinden is in bijlage C. Voor het analyseren van de gegevens is beschrijvende statistiek gebruikt.

Om het verloop van de frequentie in kaart te brengen is er aan de hand van de variabele behandeldatum een overzicht van de frequentie gemaakt. De overige variabelen geven inzicht in de kenmerken van de onderzoekspopulatie. De frequentie van alle variabelen is per behandelaar geanalyseerd. De frequentie van deze variabelen werd niet enkel onafhankelijk van elkaar bekeken. Het aantal behandelingen naar geslacht en het aantal behandelingen per leeftijd is onderzocht. Daarnaast is de variabele diagnose naar geslacht en de variabele diagnose angst per leeftijdscategorie bestudeerd. Ten slotte zijn de kenmerken van kinderen, die twee behandelingen hebben ondergaan, weergegeven.

3.2. Kwalitatief onderzoek

Kwalitatief onderzoek heeft plaatsgevonden om in kaart te brengen hoe professionals in de zorgketen van tandheelkundige zorg voor kinderen invulling geven aan hun taak. Deze zorgketen omvat de preventieve en curatieve tandheelkundige zorg. De zorgketen heeft vijf onderdelen, die worden weergegeven in figuur 3.1. Dit onderzoek is gedaan door middel van semigestructureerde interviews.



Figuur 3.2.1. Zorgketen preventieve en curatieve tandheelkundige zorg

3.2.1. Onderzoekspopulatie

De interviews werden gehouden met negen respondenten, die zijn onderverdeeld in twee respondentengroepen. De eerste groep betrof professionals werkzaam bij de JGZ en bestond uit jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. De tweede groep betrof tandartsen met en zonder affiniteit met werken met kinderen. De respondenten zijn verder ingedeeld naar het verzorgingsgebied van het CBT Vogellanden of het CBT Enschede en Oldenzaal. De keuze voor deze respondenten is gemaakt om een grote diversiteit in en tussen de respondentengroepen te realiseren. Tabel 3.2.1 laat een overzicht zien van de verdeling van respondenten.

Tabel 3.2.1. Overzicht respondenten

Respondentgroep	Respondent	Verzorgingsgebied
Respondentgroep 1	Jeugdarts	CBT Vogellanden
	Jeugdarts	CBT Enschede en Oldenzaal
	Jeugdverpleegkundige	CBT Vogellanden
	Jeugdverpleegkundige	CBT Enschede en Oldenzaal
Respondentgroep 2	Tandarts met affiniteit met werken met kinderen	CBT Vogellanden
	Tandarts met affiniteit met werken met	CBT Enschede en Oldenzaal

kinderen	
Tandarts met affiniteit met werken met kinderen	CBT Enschede en Oldenzaal
Tandarts zonder affiniteit met werken met kinderen	CBT Vogellanden
Tandarts zonder affiniteit met werken met kinderen	CBT Enschede en Oldenzaal

Voor respondentgroep 1 zijn de volgende inclusiecriteria vastgesteld: de professional is werkzaam bij GGD Twente of GGD IJsselland; bekleedt de functie van jeugdarts of jeugdverpleegkundige; is bekend met gebitssaneringen onder narcose bij kinderen.

Voor respondentgroep 2 zijn de volgende inclusiecriteria vastgesteld: werkt in een praktijk gevestigd in het verzorgingsgebied van een CBT in Overijssel; behandelt kinderen; is een tandarts zonder affiniteit met werken met kinderen of een tandarts met affiniteit met werken met kinderen; is bekend met gebitssaneringen onder narcose bij kinderen.

Om deelnemers te werven voor de afname van de interviews, werden zij uitgenodigd via e-mail of telefonisch contact. Op deze manier werden zij geïnformeerd over het doel en de relevantie van het onderzoek. Daarnaast werd duidelijk gemaakt wat er werd verwacht van de deelnemers. Op deze manier konden de deelnemers goed voorbereid deelnemen aan het interview. Alvorens de afname van het interview, tekenden de deelnemers en de onderzoekers een informed consent. Deze staat in bijlage D.

3.2.2. Dataverzameling

Aan de hand van het literatuuronderzoek en de zorgketen zijn twee vragenlijsten opgesteld als leidraad voor de interviews. Zie bijlage E. De vragenlijsten zijn apart opgesteld voor de twee verschillende respondentgroepen. Op deze manier konden vragen worden gesteld gericht op de positie in de zorgketen en het beroep van de respondent. Beide vragenlijsten omvatten dezelfde thema's en onderwerpen, opdat de antwoorden vergeleken konden. In tabel 3.2.2 staat een overzicht van de opbouw van de vragenlijsten met een toelichting op de thema's en onderwerpen. De vragenlijsten zijn afgenomen op een semigestructureerde manier, waardoor de respondent en de onderzoeker vrij waren uit te wijden over een onderwerp. De interviews duurden circa een half uur en werden telefonisch of op de werkplek van de respondent afgenomen, afhankelijk van de voorkeur van de respondent. Indien de respondent toestemming hiervoor had gegeven, werden de interviews opgenomen.

Tabel 3.2.2. Overzicht opbouw vragenlijsten

Thema's	Onderwerpen	Toelichting
Achtergrondinformatie	Leeftijd	De leeftijd van de respondent
	Geslacht	Het geslacht van de respondent
	Regio van werkzaamheden	De regio waarin de respondent werkzaam is
	Werkervaring	Het aantal jaar werkervaring in

		huidige functie, dat de respondent heeft
	Takenpakket	Korte omschrijving van het takenpakket volgens respondent
Preventie	Rol algemeen	De rol van de respondent in de preventieve zorg in het algemeen
	Rol mondgezondheid	De rol van de respondent in de preventieve mondzorg
	Determinanten van gezondheid	De determinanten waarop de respondent let tijdens een consult of behandeling
	Aandacht mondgezondheid	In hoeverre de respondent aandacht besteed aan mondgezondheid tijdens een consult
	Uitvoering zorg	Op welke manier preventieve zorg wordt uitgevoerd
	Preventieprogramma's	Welke preventieprogramma's bekend zijn en met welke men werkt
	Nieuwe ontwikkelingen	Op welke manier de respondent op de hoogte blijft van nieuwe ontwikkelingen binnen de preventieve mondzorg voor kinderen
	Bijscholing	De vraag of er bijscholing plaatsvindt, op welke manier en door wie
	Verandering van houding	De vraag of er een verandering is in de houding tegenover preventieve en curatieve zorg over tijd
	Risico's	De vraag of er genoeg kennis is om risico's voor de mondgezondheid te herkennen bij jonge kinderen
Standaardbehandeling	Standaardbehandeling	Hoe een consult of behandeling verloopt wanneer er geen sprake is van een bijzondere situatie
Signalering	Omstandigheden	Bij welke omstandigheden of kenmerken van het kind er wordt gekozen voor een afwijkende behandeling
Afwijkende behandeling	Afwijkende behandeling	De afwijkende behandelingen die een professional kan bieden binnen eigen functie
Verwijzen	Omstandigheden	Onder welke omstandigheden wordt verwezen
	Verwijsmogelijkheden	Naar welke zorgprofessionals of instanties kan worden verwezen
	Doel	Met welk doel wordt verwezen naar de verwijsmogelijkheden
	Frequentie	Met welke frequentie wordt verwezen naar de

		verwijsmogelijkheden
	Verwijzingsprocedure	Met welke zorgprofessional wordt samengewerkt wanneer er sprake is van verwijzing
Knelpunten	Zorgketen	Knelpunten in de zorgketen van preventieve tot en met curatieve tandheelkundige zorg

3.2.3. Data-analyse

Alle negen interviews zijn opgenomen en konden vervolgens worden getranscribeerd. De interviews zijn woordelijk getranscribeerd in verband met het feit dat het niet nodig was om letterlijk te transcriberen.

Na het transcriberen zijn de transcripten geanalyseerd. Dit is gedaan door middel van coderen en samenvatten. Het coderen geschiedde door een tabel te maken met de volgende kolommen: bron, quote, open codering, axiale codering en selectieve codering. Met dit overzicht konden de antwoorden van de acht verschillende respondenten naast elkaar worden gelegd. De thema's achtergrondinformatie en preventie konden worden gebruikt om een overzicht te maken van de verantwoordelijkheden van de zorgprofessionals op het gebied van preventie vanuit hun oogpunt. De thema's standaardbehandeling, signalering, afwijkende behandeling en verwijzen zijn gebruikt om inzicht te scheppen in de standaard preventieve of curatieve behandeling van het kind en de indicaties en mogelijkheden om hiervan af te wijken. Ten slotte gaf het thema knelpunten inzicht in de knelpunten die de respondenten ervaren in de gehele zorgketen. Zowel de transcripten als de coderingstabel zijn op te vragen bij de eerste begeleider van dit onderzoek.

3.3. Ethiek

Voor zowel het kwantitatieve als het kwalitatieve onderdeel van het onderzoek is het onderzoeksvoorstel bij de Commissie Ethiek (CE) van de faculteit Behavioural, Management and Social Sciences (BMS) neergelegd. De CE heeft de aanvraag, met aanvraagnummer 17317, voor het onderzoek goedgekeurd.

Wat betreft het kwantitatieve onderzoek zijn een aantal stappen ondernomen om een datalek te voorkomen. Aangezien de gegevens van het CBT Vogellanden niet openbaar zijn en medische informatie over kinderen betreffen, is zeer zorgvuldig omgegaan met de gegevens. Om dit te waarborgen is een geheimhoudingsverklaring door de onderzoekers bij het CBT Vogellanden getekend. Daarnaast heeft het CBT Vogellanden een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) aangevraagd, die moest worden bevestigd door de onderzoekers. Ten slotte zijn de onderzoekers aangemeld bij het CBT Vogellanden als stagiaires, zodat toegang tot de database kon worden verleend. De gegevens uit de database zijn vervolgens discreet en anoniem verwerkt. Hierdoor konden de gegevens vanuit de digitaal beveiligde omgeving van het intranet van het CBT Vogellanden naar de laptops van de onderzoekers worden geëxporteerd.

Aangaande het kwalitatieve onderzoek zijn de respondenten vooraf zo goed mogelijk geïnformeerd over het interview middels een uitnodiging via de e-mail. In deze e-mail was de informed consent als bijlage toegevoegd. Daarnaast is er een uitleg over de aanleiding en het doel van het onderzoek meegestuurd.

4. Resultaten

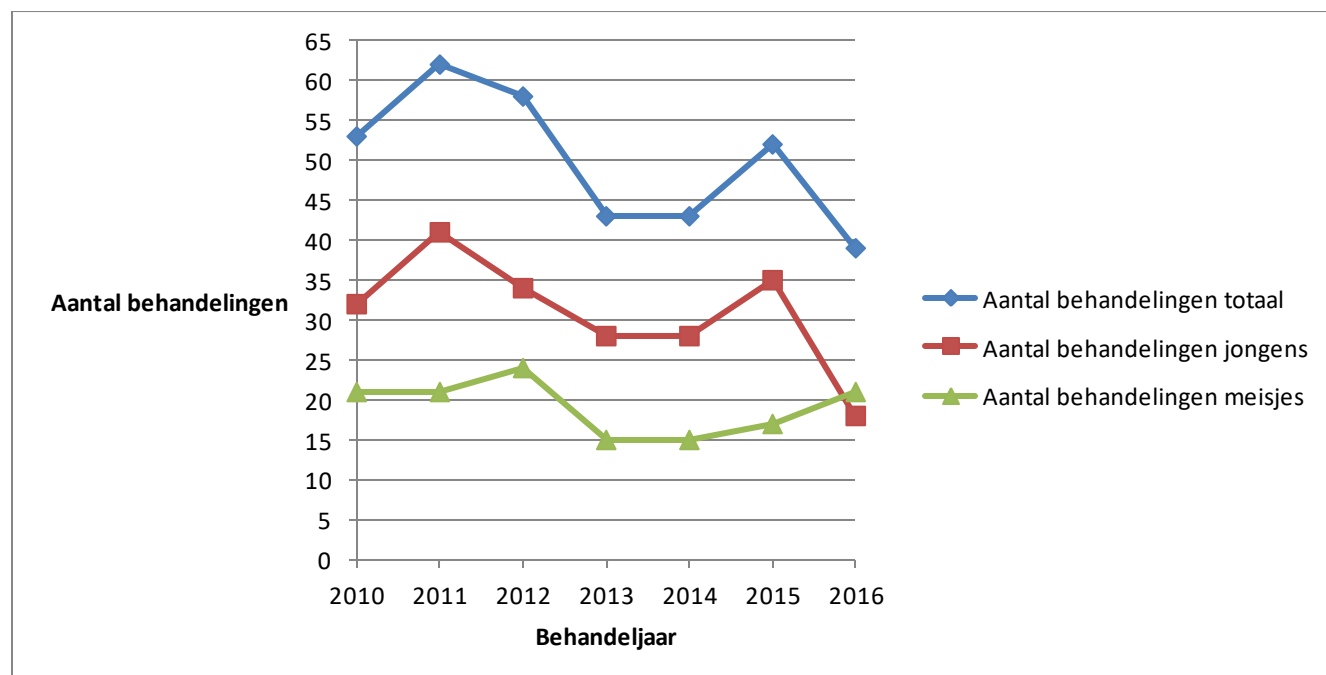
In dit hoofdstuk worden de resultaten per hoofdvraag apart gepresenteerd. In de eerste paragraaf worden de resultaten van de frequentie en aard van gebitssaneringen onder narcose behandeld (paragraaf 4.1). Daarna worden de resultaten van de zorgketen vanuit het perspectief van de zorgprofessionals beschreven (paragraaf 4.2).

4.1 Resultaten frequentie en aard gebitssaneringen

In deze paragraaf worden de resultaten gepresenteerd, die zijn verkregen door middel van analyse van de gegevens uit de database van het CBT Vogellanden te Zwolle. Er wordt weergegeven wat de frequentie is van gebitssaneringen onder narcose bij kinderen van nul tot zes jaar uitgevoerd door het CBT (paragraaf 4.1.1). Vervolgens worden kenmerken van deze kinderen gepresenteerd (paragraaf 4.1.2).

4.1.1 Frequentie uitgevoerde gebitssaneringen onder narcose CBT Vogellanden

In de periode van 2010 tot en met 2016 zijn er 350 behandelingen uitgevoerd bij kinderen onder narcose. Dit komt neer op een gemiddelde van 50 behandelingen per jaar. In grafiek 4.1.1. is de trendlijn van het totaal aantal behandelingen weergegeven. De grafiek toont een piek van het totaal aantal behandelingen in 2011 en 2015. In 2016 zijn de minste behandelingen uitgevoerd.



Figuur 4.1.2. Aantal behandelingen totaal en naar geslacht per behandeljaar

4.1.2 Kenmerken van kinderen, die onder narcose een gebitssanering ondergingen

De kenmerken, die worden weergegeven in deze paragraaf zijn geslacht, leeftijd, statusscore per postcodegebied, diagnose en doorverwijzer. In tabel 4.1.1 is een compleet overzicht weergegeven van de kenmerken per behandeljaar.

Tabel 4.1.3. Kenmerken van de onderzoekspopulatie per behandeljaar

	Behandeljaar							
	2010 (N = 53) n (%)	2011 (N = 62) n (%)	2012 (N = 58) n (%)	2013 (N = 43) n (%)	2014 (N = 43) n (%)	2015 (N = 52) n (%)	2016 (N = 39) n (%)	Totaal (N = 350) n (%)
Geslacht								
<i>Jongen</i>	32 (60,3)	41 (66,1)	34 (58,6)	28 (65,1)	28 (65,1)	35 (67,3)	18 (46,2)	216 (61,7)
<i>Meisje</i>	21 (39,6)	21 (33,9)	24 (41,4)	15 (34,9)	15 (34,9)	17 (32,7)	21 (53,8)	134 (38,3)
Leeftijd (jaren)								
<i>2-3</i>	16 (30,2)	9 (14,5)	10 (17,2)	7 (16,3)	7 (16,3)	5 (9,6)	6 (15,4)	60 (17,2)
<i>4</i>	16 (30,2)	23 (37,1)	19 (32,8)	23 (53,5)	14 (32,6)	27 (51,9)	10 (25,6)	132 (37,7)
<i>5</i>	21 (39,6)	30 (48,4)	29 (50,0)	13 (30,2)	22 (51,2)	20 (38,5)	23 (59,0)	158 (45,1)
Statusscore								
<i>Laag</i>	12 (22,6)	16 (25,8)	12 (20,7)	11 (25,6)	8 (18,6)	12 (23,1)	12 (30,8)	83 (23,7)
<i>Gemiddeld</i>	38 (71,7)	42 (67,8)	41 (70,7)	28 (65,1)	28 (65,1)	38 (73,1)	23 (59,0)	238 (68,0)
<i>Hoog</i>	3 (5,7)	3 (4,8)	5 (8,6)	3 (7,0)	6 (14,0)	1 (1,9)	4 (10,3)	25 (7,2)
<i>Onbekend</i>	0 (0,0)	1 (1,6)	0 (0,0)	1 (2,3)	1 (2,3)	1 (1,9)	0 (0,0)	4 (1,1)
Diagnose								
<i>Angst</i>	45 (84,9)	51 (82,3)	47 (81,0)	34 (79,1)	37 (86,0)	40 (76,9)	33 (84,6)	287 (82,0)
<i>Anders</i>	8 (15,1)	11 (17,7)	11 (19,0)	9 (20,9)	6 (14,0)	12 (23,1)	6 (15,4)	63 (18,0)
Doorverwijzer								
<i>Tandarts</i>	41 (77,4)	47 (75,8)	38 (65,5)	33 (76,8)	35 (81,4)	43 (82,7)	32 (82,0)	269 (76,9)
<i>Anders</i>	7 (13,2)	1 (1,6)	5 (8,6)	5 (11,6)	4 (9,3)	6 (11,5)	4 (10,3)	32 (9,1)
<i>Onbekend</i>	5 (9,4)	14 (22,6)	15 (25,9)	5 (11,6)	4 (9,3)	3 (5,8)	3 (7,7)	49 (14,0)

Geslacht

Van de 350 behandelingen werd meer dan de helft van de behandelingen bij jongens uitgevoerd: 216 (61,7%) bij jongens en 134 (38,3%) bij meisjes. De trendlijn van het aantal behandelingen naar geslacht is in grafiek 4.1.1 te zien. De verdeling van circa 60% jongens en circa 40% meisjes geldt voor elk jaar, behalve voor 2016. In dit jaar was het aantal behandelingen bij jongens aanzienlijk lager.

Leeftijd

De groep twee- en driejarigen vormt, op 2010 na, elk jaar de kleinste groep behandelingen. Van het totaal aantal behandelingen vormt deze groep 17,2%. De overige 82,8% van de behandelingen wordt gevormd door de groep vierjarigen en de groep vijfjarigen. Het verschil in grootte tussen de groep vierjarigen en de groep vijfjarigen is aanzienlijk kleiner (respectievelijk 37,7% en 45,1%) dan tussen deze twee groepen en de groep twee- en driejarigen.

Statusscore

De meeste behandelingen zijn uitgevoerd onder patiënten in de SES-categorie gemiddeld (68,0%). Daaropvolgend is de SES-categorie laag (23,7%) de grootste groep. Het aantal behandelingen onder patiënten in de SES-categorie hoog vormt de kleinste groep (7,2%). Deze volgorde geldt ook voor elk jaar afzonderlijk.

In tabel 4.1.1 valt af te lezen dat het grootste deel van de postcodes in het verzorgingsgebied van het CBT Vogellanden valt in de SES-categorie gemiddeld (74,4%). De SES-categorie laag is daaropvolgende de grootste groep (16,8%). De SES-categorie hoog bevat de minste postcodes (8,8%).

Tabel 4.1.2. Verhouding SES-categorie per dataset

SES-categorie	Postcodes dataset verzorgingsgebied CBT Vogellanden N(%)
Laag	61 (16,8)
Gemiddeld	271 (74,4)
Hoog	32 (8,8)
Onbekend	0 (0,0)

Diagnose

De diagnose angst is bij 82,0% van alle behandelingen gesteld. Daarmee is angst de meest voorkomende diagnose. Dit is elk jaar het geval. Van andere diagnoses is over de jaren heen in 14,0% (2014) tot en met 23,1% (2015) van de behandelingen sprake.

In tabel 4.1.3 is een overzicht weergegeven van alle gegeven diagnoses bij behandelingen naar geslacht. Na de diagnose angst, komt de diagnose verstandelijke beperking (n=28) het meeste bij patiënten voor. Vervolgens komen de diagnoses meervoudige beperking (n=14) en schisis (n=10) het meeste voor. Met name bij behandelingen bij jongens, respectievelijk 12 en 9 keer. De overige diagnoses komen zowel bij behandelingen bij jongens als meisjes maar enkele keren voor.

Tabel 4.1.4. De verdeling van de verschillende diagnoses naar geslacht

Diagnose	Aantal behandelingen bij jongens	Aantal behandelingen bij meisjes	Aantal behandelingen totaal
Angst	17	117	287
Verstandelijke beperking	19	9	28
Lichamelijke beperking	0	1	1
Meervoudige beperking	12	2	14
Schisis	9	1	10
Oro-maxillofaciaal defect	0	1	1
Psychiatrische aandoening	3	1	4
Congenitale stoornis van de tandstructuur	1	0	1
Medisch gecompromitteerd	2	2	4
Totaal	216	134	350

In tabel 4.1.4 is te zien dat met het toenemen van de leeftijd, het percentage andere diagnoses dan angst hoger wordt.

Tabel 4.1.5. De verhouding diagnose angst en diagnose anders per leeftijd

Leeftijd	Diagnose angst N(%)	Diagnose anders N(%)	Totaal
2-3	53 (88,3)	7 (11,7)	60
4	107 (81,1)	25 (18,9)	132
5	127 (80,4)	31 (19,6)	158
Totaal	287 (82,0)	63 (18,0)	350

Doorverwijzer

Elk jaar is de tandarts de meest frequente doorverwijzer. Het percentage van het totale aantal behandelingen dat is uitgevoerd na doorverwijzing van een tandarts is 76,9. Vervolgens is van het totale aantal behandelingen in de meeste gevallen (14%) onbekend door wie is doorverwezen. Dit hoge percentage werd met name veroorzaakt door het aantal onbekende doorverwijzers in 2011 (n=14) en 2012 (n=15). De overige 9,1% van het totale aantal behandelingen is uitgevoerd na doorverwijzing door andere professionals dan de tandarts. Elk type professional anders dan de tandarts heeft in twee tot zeven gevallen (0,6% tot 2,0%) doorverwezen in de periode 2010-2016.

Tweede behandeling

Er zijn tien kinderen, die in de periode van 2010 - 2016 twee keer een behandeling hebben ondergaan. De kenmerken van deze kinderen zijn in tabel 4.1.5 weergegeven. Hierin is te zien dat er gemiddeld één tot twee jaar tijdsverschil zit tussen twee behandelingen. Bij elk kind is de diagnose en doorverwijzer gelijk gebleven bij de eerste en tweede behandeling. In de tabel is tevens te zien dat zeven van de tien kinderen een andere diagnose hebben dan angst. Bij patiënt zeven is de statusscore per postcodegebied onbekend: dit is aangegeven met een X.

Tabel 4.1.6. Kenmerken van patiënten in de onderzoekspopulatie, die twee keer zijn behandeld

Patiënt										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geslacht	V	M	M	M	M	M	V	V	M	M
Leeftijd1 ²	4	3	3	3	4	4	4	3	4	4
Leeftijd2 ³	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5
Statusscore1 ⁴	2	2	1	2	2	3	X	2	2	2
Statusscore2 ⁵	2	2	1	2	2	3	X	2	2	2
Diagnose ⁶	A	MB	VB	S	A	MB	VB	A	MB	MB
Doorverwijzer	T	H	T	T	T	R	T	T	M	T
Behandeljaar1 ⁷	2010	2010	2011	2011	2012	2013	2013	2013	2014	2014
Behandeljaar2 ⁸	2010	2012	2013	2012	2013	2014	2014	2014	2015	2015

² Leeftijd op moment van eerste behandeling

³ Leeftijd op moment van tweede behandeling

⁴ Statusscore postcodegebied op moment van eerste behandeling

⁵ Statusscore postcodegebied op moment van tweede behandeling

⁶ Diagnose: A = Angst; MB = Meervoudig beperkt; VB = Verstandelijk beperkt; S = Schisis

⁷ Behandeljaar van eerste behandeling

⁸ Behandeljaar van tweede behandeling

4.2 Verantwoordelijkheden en handelen van zorgprofessionals

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd die zijn verkregen via kwalitatief onderzoek. Hiermee wordt uiteengezet hoe zorgprofessionals invulling geven aan hun taken in de keten van preventieve en curatieve tandheelkundige zorg voor jonge kinderen. De resultaten worden gepresenteerd aan de hand van deze zorgketen (paragraaf 4.2.1). Vervolgens worden de resultaten met betrekking tot standaardbehandeling, signalering, afwijkende behandeling en verwijzing weergegeven (paragraaf 4.2.2). Ten slotte worden de knelpunten besproken die zorgprofessionals ervaren in de gehele zorgketen (paragraaf 4.2.3). De resultaten worden weergegeven aan de hand van tabellen. Deze tabellen worden toegelicht waar nodig. De resultaten geven weer wat respondenten hebben aangegeven tijdens de interviews. Mocht een respondent bijvoorbeeld een bepaalde handeling niet hebben benoemd, betekent dit niet dat de respondent deze niet uitvoert.

Tabel 4.2.1 laat een overzicht zien van de achtergrondkenmerken van de respondenten. Van respondent TA4 zijn de leeftijd en werkervaring in huidige functie onbekend. Dit is aangegeven met een X.

Tabel 4.2.1. Achtergrondkenmerken respondenten JGZ en tandartsen

Benaming in het rapport	Geslacht	Leeftijd	Functie	Werkervaring in huidige functie (jaren)	Werkzaam in verzorgingsgebied CBT
JA1	V	55	Jeugdarts	+/- 10	Enschede en Oldenzaal
JA2	M	59	Jeugdarts	21	Vogellanden
JV1	V	62	Jeugd-verpleegkundige	30	Enschede en Oldenzaal
JV2	V	52	Jeugd-verpleegkundige	18	Vogellanden
TA1	V	55	Tandarts met affiniteit	32	Enschede en Oldenzaal
TA2	V	49	Tandarts met affiniteit	24	Enschede en Oldenzaal
TA3	M	60	Tandarts zonder affiniteit	33	Vogellanden; Enschede en Oldenzaal
TA4	V	X	Tandarts met affiniteit	X	Vogellanden
TA5	M	53	Tandarts zonder affiniteit	25	Vogellanden

4.2.1 Toepassing preventie

Als eerste onderdeel van de zorgketen worden de resultaten met betrekking tot preventie toegelicht. Stapsgewijs wordt eerst de preventieve rol van de professional toegelicht volgens de professional zelf. Vervolgens worden het uitvoeren van de preventieve taken, de actuele preventieprogramma's, bijscholing, aandacht voor preventie en curatie over de jaren heen besproken. Ten slotte wordt weergegeven hoe competent de professional zichzelf acht om risico's voor de mondgezondheid te herkennen.

Preventieve rol van de zorgprofessional

De zorgprofessional is gevraagd wat zij zien als hun rol in de preventieve mondzorg. Samengevat gaven JGZ-professionals aan dat zij de volgende taken vinden vallen onder hun preventieve rol in het algemeen: het vroegtijdig signaleren van risico's, het geven van gerichte adviezen, het gezond laten opgroeien van kinderen en het bieden van opvoedondersteuning. Specifiek voor de mondgezondheid wordt het voorkomen van gaatjes, tijdig doorverwijzen en advies geven over juiste mondverzorging en een goed eetpatroon genoemd. Tandartsen zien hun preventieve rol als het sturing geven aan patiënten op het gebied van mondhygiëne en cariëspreventie, het voorkomen van ingrijpende gebitsklachten en het reduceren van angst.

Uitvoeren preventieve taken

Tijdens de interviews is ook uitgeweid over de manier waarop preventieve taken uitgevoerd worden. De genoemde preventieve taken worden benoemd in de tabel 4.2.2 waarna toelichting wordt gegeven.

Tabel 4.2.2 Preventieve taken uitgevoerd door respondenten

	Preventieve taken	Uitvoerende zorgprofessional
JGZ	Opvolgen richtlijnen	JV1, JA2
	Huisbezoeken	JV1, JV2
	Adviezen mondzorg	JA1, JA2, JV1, JV2
	Verwijzen naar websites met opvoedadvies	JA1, JA2
	Folders meegeven	JV1, JV2
	Adviseren tandarts te bezoeken	JV1
	Vroegtijdig opsporen van afwijkingen	JA1, JA2
Tandartsen	Ouders voorlichten	TA1, TA3, TA4
	Tandplaque kleuren met kleurstof om het zichtbaar te maken voor ouder en kind	TA1, TA2, TA3
	Ouder aansporen hun kind mee te nemen naar de praktijk	TA1
	Mondgezondheid van kind beoordelen en risico's inschatten	TA3, TA4
	Binnen een korte tijd behandelen	TA3

Op het moment dat ouders en kind een consultatiebureau bezoeken, zullen zij afwisselend een jeugdarts- of verpleegkundige zien. De professionals noteren hun bevindingen in een online dossier. In de richtlijnen, die JGZ de JGZ hanteert, staat dat gevraagd moet worden naar de volgende leefstijlfactoren: speengebruik, duimen, poetsen vanaf het doorbreken van het eerste tandje, gebruik van peuterfluoridetandpasta, gebruik van flesjes, poetsgedrag en tandartsbezoek. Jeugdverpleegkundigen gebruiken huisbezoeken om een indruk te krijgen van de leefomgeving. Alle JGZ-professionals geven advies over mondzorg. Hierbij noemt JA1 specifiek het letten op zuigflescariës en het geven van advies over voeding, fluoride, tandenpoetsen en tandartsbezoeken. JA2 benoemt standaard het belang van fluoridegebruik, JV1 adviseert alle ouders met een kind van twee jaar de tandarts te bezoeken en JV2 geeft als voorbeeld te adviseren water te verkiezen boven zoete dranken.

Tandartsen proberen ouders bewuster te maken via voorlichting. Hierbij zijn poetsgedrag en voeding terugkerende aandachtspunten. TA4 spreekt over de richtlijn, waarbij altijd een voedingsboekje met voorlichting wordt meegegeven aan ouders.

Toepassen preventieprogramma's

De zorgprofessionals die aangaven dat zij preventieprogramma's toepassen worden genoemd in tabel 4.2.3. In deze paragraaf wordt toepassing van preventieprogramma's verder toegelicht.

Tabel 4.2.3 Preventieprogramma's uitgevoerd door respondenten

	Preventieprogramma's	Uitvoerende zorgprofessional
JGZ	Basisscholen en peuterspeelzalen bezoeken	JV1
Tandartsen	Protocol volgen bij uitvoeren van preventie	TA1
	Zo min mogelijk boren	TA1, TA2, TA3, TA4, TA5
	<i>Gewoon Gaaf/ Nexø-methode</i>	TA4

JV1 noemt dat de JGZ structureel basisscholen bezoekt en kinderen daar individueel ziet. Deze jeugdverpleegkundige bezoekt ook peuterspeelzalen, maar spreekt hier alleen met de medewerkers. Verder gaven JA1, JA2, JV1 en JV2 aan niet bekend te zijn met preventieprogramma's. JV2 gaf aan wel gebruik te willen maken van preventieprogramma's, wanneer deze aanwezig zouden zijn.

TA1 benoemde een protocol dat zij volgen bij het uitvoeren van preventie: 1. Via kleurstof tandplaque zichtbaar maken, 2. Poetsinstructie geven, 3. Voedingsboekje meegeven. TA2 en TA5 geven aan bekend te zijn met de *Nexø-methode*, in Nederland *Gewoon Gaaf* genoemd, maar zij passen deze zelf niet toe. TA4 geeft aan weleens te werken met *Gewoon Gaaf* maar in hoeverre dit precies toegepast wordt, is onbekend.

Bijscholing

Respondenten is gevraagd of zij bijscholing krijgen op het gebied van preventieve tandheelkundige zorg voor jonge kinderen. De antwoorden zijn benoemd in tabel 4.2.4.

JA1, JV1 en JV2 gaven aan dat zij vroeger weleens bijscholing kregen, toen de JGZ nog onder een andere werkgever functioneerde, maar nu niet meer. JV2: *"Ik vind dat collega's, die heel lang de leeftijd nul tot vier jaar gedaan hebben, nog veel beter geschoold zijn in mondzorg dan ik. Ik moet het gewoon zelf opzoeken."* JV2 zou graag zien dat de GGD een actievere houding hierin aanneemt. JA2 geeft aan tevreden te zijn over de informatievoorziening vanuit de GGD.

Tabel 4.2.4 Bijscholing genoten door respondenten

	Bijscholing	Uitvoerende zorgprofessional
JGZ	Bijscholing door CBT	JA2
	Bijscholing door de JGZ toen de JGZ onder een andere werkgever viel	JA1, JV1, JV2
	Op eigen initiatief informatie vergaren via internet	JA2, JV1 en JV2

	Informatie verkrijgen via de GGD door stafafdeling, mail of nieuwsbrief	JA2, JV1, JV2
Tandartsen	Kwaliteitsregister Tandartsen (KRT)	TA1
	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde (KNMT)	TA1, TA2
	Ivoren Kruis	TA1, TA4
	Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde (NVVK)	TA4
	Op eigen initiatief informatie vergaren via vakliteratuur	TA2, TA3, TA5

Het KRT, waar TA1 lid van is, stimuleert tandartsen om bijscholing te volgen en laat tandartsen gemakkelijk in contact komen met opleiders. TA2, TA3 en TA5 gaven aan geen bijscholing specifiek over preventieve zorg voor jonge kinderen te volgen. TA2 geeft als reden dat er weinig verandert op dit gebied. TA3 noemt als reden weinig met kinderen te maken te hebben. Tandheelkundige tijdschriften vormen hoofdzakelijk de bron voor vakliteratuur.

Invulling van preventie en curatie over de jaren heen

Tijdens de interviews is de respondenten gevraagd of zij een verschil ervaren in hoe zij en hun collega's tegen preventie en curatie aankijken, gezien over de periode dat zij werkzaam zijn.

JA2 is van mening dat bij de preventie van gebitsklachten weinig veranderd is. Als voorbeeld hiervan noemt JA2 dat er nu veel aandacht is voor de negatieve gevolgen van suiker, maar dat deze gevolgen twintig jaar geleden ook al bekend waren. JA1 en JV1 geven beide aan dat over de afgelopen jaren een grotere tijdsdruk is ontstaan bij het uitvoeren van een consult, omdat steeds meer onderwerpen behandeld moeten worden terwijl de duur van het consult gelijk is gebleven.

Bij tandartsen ligt de nadruk nog altijd op curatieve zorg. TA2 geeft aan dat dit mede komt door het vergoedingssysteem aangezien tandartsen meer betaald krijgen voor curatieve handelingen dan voor preventieve handelingen. Alle tandartsen spreken van de trend dat bij cariës minder geboord wordt. TA5 vindt dat er een voorzichtige verschuiving plaats vindt richting de preventie maar dat hier nog veel winst te behalen is.

TA1 en JA2 spreken van een veranderde maatschappij. TA1 noemt dat scholen tegenwoordig minder streng zijn met wat getrakteerd en gegeten mag worden. Daarnaast komt het vaker voor dat beide ouders werken waardoor kinderen vaker alleen thuis zijn. Toezicht op wat een kind snoept ontbreekt dan. JA2 legt uit dat de voedingsindustrie slim inspeelt op ouders: *“Geen suikers toegevoegd” zegt de industrie tegenwoordig. En dan denkt moeder dat dik sap goed is voor het gebit want er zijn geen suikers toegevoegd. Dit wekt valse verwachtingen. Daar zijn wel gezondheidsprogramma's op, maar je vecht tegen een heel gehaaide industrie. Daar kan je als jeugdarts niet tegenop.”*

Competentie

De professionals is gevraagd of zij zichzelf competent achten om risico's voor de mondgezondheid van een kind te herkennen. De professionals geven over het algemeen aan dat zij, dankzij werkervaring, voldoende kennis hebben om risico's in te schatten. TA4 geeft aan competent te zijn vanwege het volgen van een gespecialiseerde studie. TA5 geeft aan dat risico's herkennen over het algemeen goed gaat, maar dat er altijd een kleine groep is die tussen je vingers doorglipt. JV2 kan niet zeggen of de risico's voor mondgezondheid juist worden herkend, omdat dit met te veel determinanten samenhangt.

4.2.2 Handelen van zorgprofessionals

In deze paragraaf wordt toegelicht wat zorgprofessionals zien als een standaardbehandeling. Vervolgens wordt beschreven welke determinanten van gezondheid mee worden genomen in het signaleren van de behoefte aan afwijkende behandelingen en welke afwijkende behandelingen worden toegepast.

Standaardbehandeling

Onder een standaardbehandeling werd een behandeling of het consult verstaan wanneer er geen sprake is van een bijzondere situatie. Dit overlapt grotendeels met de preventieve taken die men uitvoert. Daarom richt deze paragraaf zich specifiek op de manier dat deze preventieve taken uitgevoerd worden. De resultaten hiervan zijn in tabel 4.2.6 genoemd.

Tabel 4.2.6 Standaardbehandeling uitgevoerd door respondenten

	Standaardbehandeling	Uitvoerende zorgprofessional
JGZ	Inschatting maken van het welbevinden van het kind	JA1, JV2
	Vragen of een kind een hulpverlener heeft gezien sinds vorig consult	JA2
	Groeiboek/-app voor ouders	JA1, JA2
Tandartsen	Controle behandelingen	TA2
	Curatieve behandelingen	TA1, TA2, TA3, TA4, TA5
	Tell-Show-Do principe	TA1, TA4
	Ouders begeleiden om gedragsverandering teweeg te brengen	TA4

JV2 let standaard op het doorkomen van tanden, hoe deze tanden eruitzien, of het kind de tandarts bezoekt en hoe het kind een tandartsbezoek ervaart. Op het moment dat blijkt dat er niets opmerkelijks aan de hand is, is een standaardbehandeling zo klaar, aldus JA2 en JV2. De respondenten van de JGZ noteren hun adviezen in een groeiboek. JA2 geeft hierbij aan dat bij hen het groeiboek binnenkort wordt vervangen door groei-applicaties.

Tandartsen verstaan onder standaard curatieve behandelingen, behandelingen die vaak voorkomen. Het gaat hierbij om het vullen van gaatjes, sealen, en melktanden en -kiezen trekken. TA1 past het *Tell-Show-Do*-principe toe. Dit houdt in dat men het kind eerst vertelt wat gaat gebeuren, dit dan laat zien en daarna de behandeling uitvoert. Ook TA4 raadt dit principe aan.

Signalering

Deze paragraaf gaat in op de determinanten van gezondheid, waarop zorgprofessionals letten in de signalering van risico's. In de interviews zijn deze determinanten besproken als kenmerken van kinderen waarbij men afwijkt van de standaardbehandeling. De determinanten die zorgprofessionals hebben genoemd, staan vermeld in tabel 4.2.7. Op basis van het conceptuele model zijn de determinanten van gezondheid ingedeeld naar leefstijlfactoren, omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren.

Tabel 4.2.7 Determinanten die respondenten meenemen in de signalering van risico's

	Determinant	Zorgprofessional
JGZ		
Leefstijlfactoren	Voeding	JA1, JA2, JV2
	Verzorging	JA2, JV2
Omgevingsfactoren	Ouders	JA1, JA2
	(Oudere) familie	JA1
	Sociaaleconomische status	JA1, JA2, JV2
Persoonsgebonden-factoren	Algemene gezondheid	JA1,
	Aangeboren afwijking	JA2
	Migratieachtergrond	JA1, JA2, JV1, JV2
	Gedrag kind	JV1
Tandartsen		
Leefstijlfactoren	-	
Omgevingsfactoren	Sociaaleconomische status	TA1, TA2
Persoonsgebonden factoren	Aangeboren afwijking	TA1
	Migratieachtergrond	TA1, TA2
	Gedrag kind	TA2, TA3
	Behandelbaarheid kind	TA2, TA3, TA4

Leefstijlfactoren

De genoemde leefstijlfactoren gaan over voeding of verzorging. Onder voeding valt het drinken van zoete drankjes, voornamelijk uit flesjes, en papeten na de leeftijd van twee. Qua verzorging werd moeite met tandenpoetsen genoemd. Volgens de JGZ-professionals kunnen jonge kinderen niet bewust invloed uitoefenen op hun leefstijl, waardoor deze grotendeels door hun ouders wordt bepaald.

Tandartsen noemden geen leefstijlfactoren bij het beschrijven van de risicoanalyse.

Omgevingsfactoren

De ouders vormen in grote mate de omgeving waarin het kind opgroeit, omdat zij dichtbij het kind staan, aldus JGZ-professionals. Tijdens consulten wordt een inschatting gemaakt van wat de ouder het kind kan bieden. JA1 let hierbij op de hygiëne en mondzorg van de ouders. Ook let JA1 op aanwijzingen voor een postnatale depressie bij de moeder. JA2 let aandachtig op de ouder-kind relatie. Ook de sociale kringen van ouders hebben invloed, zeggen JA1 en JA2, doordat adviezen hierbinnen verspreid worden. Dit geldt ook voor de familiekring. Dit kan voordelig werken, maar ook nadelig wanneer de adviezen niet gegrond zijn. Dit laatste is regelmatig het geval bij oudere familieleden, zegt JA1.

De omgeving kan onder andere beoordeeld worden aan de hand van de SES. JA1 is van mening dat hoogopgeleide ouders beter voor hun kinderen zorg dan laagopgeleide ouders: *“Er zijn eigenlijk steeds meer mensen hoogopgeleid en die zorgen echt heel goed voor hun kinderen. De moeilijkste groep is de groep die het allemaal zelf niet zo makkelijk heeft: die niet zo veel geld heeft, die laagopgeleid is en misschien geen werkt heeft.”* JV2 denkt dat ouders die in armoede leven minder snel met hun kind naar de tandarts gaan omdat ze zelf niet gaan, zich schamen voor hun eigen gebit of niet weten dat een tandartsbezoek voor kinderen gratis is. Ook JA2 noemt laagopgeleiden als risicogroep, maar noemt daarnaast risico's bij de groep hoogopgeleiden: *“De ouders die druk, druk, druk zijn en dus niet goed toekomen aan het poetsen van de tanden van hun kinderen.”* JV1 deelt de mening dat men zich ook op hoogopgeleiden moet richten: *“Ik vind dat preventie voor iedereen even belangrijk is. Je kunt wel zeggen: “Mensen met een lage SES hebben meer aandacht nodig”, maar mensen met een hoge SES moet je ook gerichte adviezen geven.”*

TA1 en TA2 zien meer risico's bij groepen met een lage SES. TA1: *“Sociaal wat mindere milieus, is erg belangrijk, daar zie je toch meer plaque.”* TA2 zegt hierover: *“We hebben in de praktijk ook wat sociaal zwakke gezinnen. Die ouders hebben een slecht gebit en die kinderen hebben dat ook. Komen ze niet, dan komen ze wel weer. Ik spreek ze wel erop aan maar het blijft eigen verantwoording.”*

Persoonsgebonden factoren

De relevante persoonsgebonden factoren die zorgprofessionals noemen zijn op te delen in algemene gezondheid, aangeboren afwijkingen, mondgezondheid, migratieachtergrond, gedrag van een kind en behandelbaarheid van een kind. Hieronder wordt toegelicht wat over deze factoren wordt gezegd.

De algemene gezondheid wordt door de JGZ-respondenten hoofdzakelijk beoordeeld aan de hand van groei, ontwikkeling, gewicht en gedrag. De algemene gezondheid relateert JA1 regelmatig aan voeding. JA1 vraagt naar het eetpatroon van een kind bij overgewicht en wanneer een kind ernstig ziek is geweest. Soms kennen kinderen, die ernstig ziek zijn geweest, alleen sondevoeding en dit leidt snel tot eetproblemen, aldus JA1.

TA1 geeft aan dat een gebit van een kindje met schisis heel lastig schoon te houden is. Ook het gebit van kinderen met het syndroom van Down is lastig te poetsen, aldus JA2.

Migratieachtergrond wordt genoemd als risicofactor. Cultuur, een taalbarrière en een mogelijke vluchtroute zijn de achterliggende oorzaken. JA1, JA2 en JV2 zien dat kinderen met een migratieachtergrond vaker meer zoetigheid krijgen. JA1 noemt ook dat cariës in sommige culturen maatschappelijk geaccepteerd is. TA1, TA2 en JA2 geven aan dat mensen met een migratieachtergrond vanuit de eigen cultuur niet gewend zijn twee keer per jaar de tandarts te bezoeken. Dit is lastig te veranderen. Daarnaast spreken TA2, JA1, JA2 en JV2 van een taalbarrière waardoor mondzorgadviezen lastig over worden gedragen. Ten slotte worden kinderen tijdens een vluchtroute zoet gehouden met snoep, zegt JA1. JA1 en JV1 zeggen dat veel kinderen die gevlucht zijn naar Nederland, hier geen tandarts hebben. JA2 vat de risico's samen in de volgende uitspraak: *“Mensen komen hier naar binnen met een andere culturele achtergrond en een vluchtverhaal en er ligt een hele boel op hun bord. Er is*

een taalbarrière en over het algemeen geldt een gebit niet als het primaire aandachtsgebied als je net ergens nieuw binnenkomt.”

Het gedrag van een kind kan van invloed zijn. TA2 noemt dat kinderen, vooral meisjes, soms vroeg zelfstandig zijn en niet willen dat de ouders hun tandenpoetsen. Toch is dit van belang aangezien zij nog niet over de fijne motoriek beschikken. JV1, TA2, JA2, TA5 letten aandachtig op speengebruik en duimen. Dit gedrag kan namelijk leiden tot een scheve tandstand. TA3 let op de houding van kinderen ten opzichte van zelfzorg. Op het moment dat een kind onhandelbaar is vanwege gedragsproblemen kan er gekozen worden voor een afwijkende behandeling.

Afwijkende behandeling

Een afwijkende behandeling is een volgende stap in de zorgketen, wanneer op basis van signalering een andere behandeling dan de standaard gewenst blijkt. Onder deze fase van de zorgketen vallen alleen afwijkende behandelingen die binnen de eigen functie geleverd kunnen worden. De genoemde afwijkende behandelingen staan in tabel 4.2.8 vermeld.

Tabel 4.2.8 Afwijkende behandelingen die respondenten binnen eigen functie kunnen bieden

	Afwijkende behandeling	Zorgprofessional
JGZ	Extra voorlichting en advies geven	JA1, JA2, JV1, JV2
	Tandenborstel en fluoride tandpasta meegeven	JA1
	In de mond kijken	JA1, JA2
Tandartsen	Secundaire preventieve zorg uitvoeren	
	Curatieve zorg uitvoeren	
	Wentrajecten aanbieden	TA1, TA2
	Behandeling verspreiden over meerder consulten	TA4, TA5
	Narcosebehandelingen uitvoeren	TA4

JGZ-professionals geven extra voorlichting en advies, indien nodig. In het verleden mocht JA1 aan elk kind een simpele tandenborstel en fluoridetandpasta meegeven. Dit mocht niet langer van de GGD vanwege sluikredame voor het desbetreffende tandenborstelmerk, maar JA1 geeft de tandenborstels die over zijn mee aan vluchtelingkinderen. Voor JV2 is een migratieachtergrond een reden om extra te benadrukken dat een kind de tandarts moet bezoeken. Soms gaat deze jeugdverpleegkundige zelfs mee naar de tandarts om er zeker van te zijn dat een bezoek plaatsvindt. Jeugdverpleegkundigen kijken over het algemeen niet in de mond, geven alle JGZ-professionals aan. JA1 en JA2 doen dit alleen als hier aanleiding toe is.

Tandartsen richten zich bij een afwijkende behandeling op secundaire preventieve zorg en curatie. TA1 en TA2 voeren soms wentrajecten uit wanneer een kind te angstig is om te behandelen. TA5 probeert een angstig kind te behandelen door een behandeling te verspreiden over meerdere afspraken. TA1 zegt dat ouders soms zelf vragen om een narcosebehandeling, omdat dan een grote gebitssanering in één keer gedaan kan worden. TA1 raadt dit de ouders af. Geen van alle tandartsen zeggen sedatieve middelen te gebruiken.

TA4, werkzaam bij een CBT, geeft aan dat het CBT per kind bekijkt wat de gewenste behandeling is. Een narcosebehandeling behoort tot de mogelijkheden maar het CBT hanteert hier duidelijke regels voor. Een andere optie is om een grote behandeling te spreiden over kleinere behandelingen. In het geval dat men te maken krijgt met zeer jonge kinderen wordt de behandeling vaak uitgesteld tot het kind oud genoeg is om een behandeling te ondergaan. In de tussentijd wordt preventief te werk gegaan, laat TA4 weten.

Verwijzing

Indien een zorgprofessional concludeert een kind niet voldoende te kunnen helpen binnen eigen functie, kan worden overgegaan tot verwijzing. In dit onderzoek werden twee vormen van verwijzing onderscheiden: samenwerken en doorverwijzen. Bij samenwerkingen is sprake van een verwijzing naar een zorgprofessional binnen eigen zorginstelling of praktijk. Van doorverwijzingen is sprake, wanneer het een verwijzing naar een andere zorginstelling betreft. De samenwerkingen en doorverwijzingen die de respondenten noemden worden in deze paragraaf besproken. Ook wordt de mate van terugkoppeling na verwijzing besproken.

Samenwerken

In tabel 4.2.9 is benoemd naar welke zorgprofessionals binnen eigen zorginstelling of praktijk verwezen wordt.

Tabel 4.2.9 Samenwerking vanuit respondenten binnen eigen zorginstelling of praktijk

	Samenwerking	Initiatief nemende zorgprofessional
JGZ	Jeugdverpleegkundige	JA1, JA2
	Down team	JA2
Tandartsen	Preventieassistenten	TA1, TA2, TA4, TA5
	Mondhygiënist	TA5
	Multidisciplinair team	TA4
	Collega tandarts met affiniteit voor kinderen	Collega tandartsen van TA1 en TA2

Jeugdartsen en -verpleegkundigen binnen de JGZ werken nauw samen, aldus de JGZ-professionals. JA1 en JA2 zeggen dat jeugdverpleegkundigen ingeschakeld worden bij opvoedproblematiek. JA2 spreekt van een *Down-team* binnen de JGZ. Hierin wordt bij kinderen met het syndroom van Down extra aandacht besteed aan mondverzorging. Bij een *Down-team* zijn standaard een logopediste, een tandarts of keel-neus-oorarts (KNO-arts) betrokken.

Binnen de praktijk van TA1, TA2, TA4 en TA5 zijn preventieassistenten en/of mondhygiënist werkzaam. Aan hen worden onder ander poetsinstructies, fluorideapplicaties en tandsteen verwijderen uitbesteed. Collega's van TA1 en TA2 sturen oncoöperatieve kinderen weleens door naar hen binnen de eigen praktijk, vanwege hun affiniteit met het werken met kinderen. TA4 geeft aan dat binnen het CBT wordt gewerkt met een multidisciplinair team waarin een psycholoog, logopedist, fysiotherapeut,

kaakchirurg, kinderarts, revalidatiearts en orthopedagoog samenwerken. Volgens deze tandarts kan hierdoor gemakkelijk een andere zorgprofessional ingeschakeld worden.

Doorverwijzen

Indien de benodigde zorg niet geleverd kan worden binnen eigen functie, zorginstelling of praktijk, kan doorverwezen worden naar een andere zorginstelling. Deze paragraaf beschrijft welke doorverwijsmogelijkheden genoemd worden door de respondenten. In tabel 4.2.10 wordt hier een overzicht van gegeven. In de toelichting worden de redenen voor doorverwijzing benoemd.

Tabel 4.2.10 Doorverwijzingen die respondenten uitvoeren

	Doorverwijzing	Mogelijke reden doorverwijzing	Initiatief nemende zorgprofessional
JGZ	Algemeen tandarts	Standaard iedereen naar de tandarts verwijzen Slechte mondgezondheid Migratieachtergrond	JA1, JA2, JV1, JV2
	Kindertandarts/ Jeugd tandverzorging	Angst bij kind Ouders hebben geen eigen tandarts	JV1, JV2
	Mondhygiënist	Uitleg over poetsen vereist	JV1
	Logopedist	Eetproblemen	JV1
	CBT	Angst bij ouders Angst bij kind Slechte mondgezondheid	JA2, JV2
	Diëtiste	Ongezond eetpatroon	JA1
	Fysiotherapeut	Onbekend	JV1
	Wijkcoaches	Onbekend	JV1
	Maatschappelijk werk	Onbekend	JV1
	Pedagogisch hulpverlener	Opvoedproblematiek	JA1, JV2
	Vluchtelingenwerk	Migratieachtergrond	JV2
	Ondersteuning thuisadministratie	Financiële problemen	JV2
	Centrum jeugd en gezin	Opvoedproblematiek	JV2
Tandartsen	Jeugd tandverzorging	Meer tijd behandel tijd vereist Wenprogramma In een andere omgeving opnieuw proberen	TA2
	Kindertandarts	Meer tijd behandel tijd vereist Affiniteit voor kinderen vereist	TA3
	CBT	Narcosebehandeling Extreme angst Veel verschillende complicaties Geestelijke beperking Lichamelijke beperking Spasme Behandeling niet mogelijk	TA1, TA2, TA3, TA5
	Kaakchirurg	Heel melkgebit verwijderen	TA1, TA5

	Narcosebehandeling Korte wachtlijst voor narcose dan het CBT	
Logopedist	Infantiel slikpatroon Openbeet	TA1, TA5
Fysiotherapeut	Spanning op kaakgewrichten	TA1
Orthodontist	Onbekend	TA5
Huisarts	Medische zaken	TA5

De GGD maakt deel uit van een groot netwerk van zorgverleners. De JGZ neemt als onderdeel van de GGD ook een positie in, in dit netwerk. JV1 zegt hierover: *“Wij werken samen met peuterspeelzalen, kinderdagverblijven, kindersfysiotherapeuten, logopedisten, wijkcoaches. Er zijn een heleboel instanties.”* JGZ-professionals geven aan dat doorverwijzing naar tweedelijnszorg via een jeugdarts moet verlopen. Een jeugdverpleegkundige is hier niet voor bevoegd. JV1 schat dat twintig procent van de kinderen van drie jaar en negen maanden nog niet naar de tandarts zijn geweest. Deze kinderen worden (nogmaals) naar de tandarts verwezen. JV1 kan een aanvraagkaart gebruiken, waarbij ouders enkel hun gegevens in hoeven te vullen en de kaart op de post moeten doen. Vervolgens worden zij uitgenodigd voor een afspraak bij Jeugdtandverzorging.

TA1, TA2 en TA3 geven aan dat zij amper gelijk doorverwijzen naar een CBT. TA1 kan veel handelingen, die de Jeugdtandverzorging biedt, in eigen praktijk bieden door onder andere uitgebreide wenprogramma's. TA5 legt uit dat indien nodig vanuit de praktijk werd verwezen naar het CBT Vogellanden, op het moment net werkzaam te zijn. Daarna werden angstige kinderen vaak verwezen naar een kindertandarts in de regio. Deze kindertandarts is niet meer werkzaam in de regio, maar er is nu de mogelijkheid om te verwijzen naar het CBT te Zwolle of het CBT te Apeldoorn. TA4 geeft aan dat tandartsen naar een CBT verwijzen wanneer een curatieve behandeling uitgevoerd moet worden en het kind extreem jong is, gedragsproblemen heeft, verstandelijk beperkt is, medisch gecompromitteerd is of extreem angstig is.

In principe komt een kind na de behandeling terug bij de algemene tandarts, maar in het geval van doorverwijzing naar Jeugdtandverzorging kunnen ouders ervoor kiezen om het kind daar aangemeld te blijven. Het CBT verwijst niet verder door, maar verwijst alleen terug naar de doorverwijzer, op het moment dat de behandeling afgerond is.

Terugkoppelen

Indien sprake is geweest van verwijzing ontvangen JA1, JA2, JV1 en JV2 nooit terugkoppeling van tandartsen. JA2 en JV1 geven aan dit niet storend te vinden.

Tandartsen lijken wel veel terugkoppeling te krijgen van professionals waar zij naar verwijzen. TA5 geeft aan bij elke verwijzing terugkoppeling te ontvangen. TA3 onderhoudt goede contacten met de kindertandarts, naar wie wordt doorverwezen, en zegt altijd terugkoppeling te ontvangen. Ook verwijzing naar het CBT gaat in overleg tussen TA3 en de kindertandarts. TA4 geeft aan dat altijd een terugkoppeling volgt naar de verwijzende tandarts vanuit het CBT.

4.2.3 Knelpunten

In deze paragraaf worden de genoemde knelpunten in de zorgketen van preventieve zorg tot curatieve tandheelkundige zorg besproken. In tabel 4.2.11 zijn de knelpunten vermeld. Daarbij is aangegeven of dit knelpunt wordt ervaren door JGZ-professionals en tandartsen. Tabel 4.2.11 wordt uitgebreider toegelicht in deze paragraaf.

Tabel 4.2.11 Knelpunten ervaren door JGZ-professionals en tandartsen in de zorgketen van preventieve tot curatieve tandheelkundige zorg

Knelpunt	Ervaren door JGZ-professionals	Ervaren door tandartsen
Ouders		
Lakse houding ouders	Ja	Ja
Ouders blijven weg wegens verwachte kosten	Ja	Ja
JGZ		
Consultatiebureau kan meer aandacht aan mondzorg besteden	Nee	Ja
Tijd te kort bij een consult	Ja	N.v.t.
Preventie van JGZ bereikt bepaalde doelgroep niet	Ja	Ja
Ketenpartners lastig te bereiken	Ja	Nee
Tandartspraktijk		
Tandartsen verwijzen te snel naar een CBT	Nee	Ja
Lange wachtlijst CBT	Nee	Ja
Preventie van tandartsen bereikt bepaalde doelgroep niet	Nee	Ja
Beleid		
Preventieve zorg leveren is financieel onvoordeliger dan curatieve zorg leveren	N.v.t.	Ja
Bezuinigen op preventie	Ja	Nee

Ouders

JV1 zegt dat het niet bezoeken van de tandarts voortkomt uit laksheid. De lakse houding komt soms overeen met onwetendheid van ouders. Zo noemen JV1 en TA2 dat veel ouders hun kind met flesjes cola of melk in bed leggen, zodat het kind makkelijker inslaapt. TA2 meldt ook dat veel mensen denken dat boren in een melkgebit niet gevoelig is, met als gevolg dat zij hier te makkelijk over denken. Verder zegt TA2 het volgende over de opvatting van ouders om het kind onder narcose te brengen: *“Ik vind het zelf best ingrijpend om een kind van twee, drie, vier jaar onder narcose te brengen. Maar er zijn ouders die dat gewoon heel normaal vinden en daar nog net niet trots op zijn.”* Een tandartsafpraak maken voor je kind is volgens JV1 en TA2 een grote moeite voor mensen die zelf de tandarts niet bezoeken. TA2 noemt dat ouders, als gevolg van goede preventieprogramma's uit het verleden, vaak een goed gebit hebben. Hierdoor bezoeken zij zelf één keer per jaar de tandarts. Deze ouders vergeten weleens dat een kind wel tweemaal per jaar de tandarts moet bezoeken.

JV1 en TA2 zeggen dat sommige ouders de tandarts niet bezoeken wegens verwachte kosten. Beide respondenten ervaren dat sommige ouders niet weten dat tandheelkundige zorg tot achttien jaar vergoed wordt vanuit de verzekering.

Jeugdgezondheidszorg

TA1 en TA4 hebben het idee dat de JGZ meer aandacht aan mondzorg kan besteden tijdens een consult. JGZ-professionals zijn van mening dat er voldoende aandacht aan mondzorg wordt besteed. JA2 en JV2 benoemen het tijdsgebrek bij een consult, aangezien steeds meer onderwerpen behandeld moeten worden. JV2 ziet dat minder informatie onder de neus wordt geschoven. Van ouders wordt een actievere houding gevraagd en JV2 denkt dat een bepaalde doelgroep, mensen met een lage SES, hiermee niet bereikt wordt. JA1 geeft bijvoorbeeld aan dat er soms vanuit wordt gegaan dat een kind zonder migratieachtergrond een tandarts heeft en dat hier specifiek naar gevraagd zou kunnen worden. Ketenpartners zijn lastig te bereiken, zeggen JA1, JV1 en JV2. Een overzicht van (kinder-)tandartsen in de regio, zou JA1 graag hebben, maar deze ontbreekt.

Tandartspraktijk

Tandartsen verwijzen kinderen te snel door naar een CBT, aldus TA2 en TA4. TA4 noemt als eerste reden het gebrek aan tandartsen met affiniteit voor kinderen in het oosten en noorden van Nederland. Als tweede reden noemt deze tandarts het feit dat andere tandartsen te makkelijk denken over narcosebehandelingen. TA2 zegt dat een angstig kind niet naar een CBT, maar naar een Jeugd tandverzorging doorverwezen moet worden. TA1 en JA2 zeggen dat veel tandartsen liever niet met oncoöperatieve of jonge kinderen werken. JA2: *“Ik weet dat tandartsen deze regio er niet allemaal even happig op zijn, om kinderen van twee jaar in de stoel te krijgen. Die beginnen ergens tussen drie en vier jaar.”*

TA1, TA2 en TA5 zien de lange wachtlijst van het CBT als een knelpunt. Sommige tandartsen verwijzen naar een kaakchirurg voor een narcosebehandeling om de wachtlijst van het CBT te ontlopen. TA4 hekelt het gegeven dat tandartsen hiervoor naar een kaakchirurg verwijzen. Een kaakchirurg kan namelijk niet dezelfde kwaliteit zorg rondom de narcosebehandeling bieden, wat een CBT wel kan.

Ten slotte noemt TA2, net als TV2, dat preventieve zorg bepaalde doelgroepen niet bereikt.

Beleid

Dat de nadruk onder tandartsen op de curatie ligt, is deels het gevolg van het vergoedingssysteem, aldus TA2. Curatieve zorg verlenen is financieel gunstiger voor een tandarts dan preventieve zorg verlenen, waardoor hier de aandacht op zal blijven liggen.

JA1 merkt dat bezuinigd wordt op preventie. Deze jeugdarts werkt graag met folders, maar deze worden binnen de GGD niet meer gebruikt wegens bezuinigingen.

5. Conclusie en Discussie

Dit onderzoek heeft enerzijds inzicht verschaft in het aantal uitgevoerde gebitssaneringen onder narcose bij het CBT Vogellanden en de kenmerken van de behandelde kinderen. Anderzijds is de zorgketen van preventieve tot curatieve tandheelkundige zorg vanuit het perspectief van de zorgprofessional in Overijssel in kaart gebracht. Hiermee zijn de twee onderzoeksvragen beantwoord. Deze worden apart van elkaar behandeld in dit hoofdstuk (paragraaf 5.1.1 en 5.2.1). Daarbij worden per onderzoeksvraag de resultaten vergeleken met de literatuur (paragraaf 5.1.2 en 5.2.2). Zowel het kwantitatieve deel als het kwalitatieve deel van het onderzoek kende sterke en zwakke punten, deze worden ook in dit hoofdstuk besproken (paragraaf 5.1.3 en 5.2.3). Ten slotte wordt van beide hoofdvragen de interpretatie van de resultaten in de praktijk en wetenschap besproken (paragraaf 5.3).

5.1 Frequentie van gebitssaneringen onder narcose en de kenmerken

In deze paragraaf wordt besproken welk antwoord is gevonden op de hoofdvraag wat de frequentie is van gebitssaneringen onder narcose bij kinderen van nul tot zes jaar, uitgevoerd in de periode 2010-2016 door het CBT Vogellanden en wat de kenmerken zijn van deze kinderen.

5.1.1 Beantwoording onderzoeksvraag

Het aantal uitgevoerde narcosebehandelingen door het CBT Vogellanden fluctueert per jaar, maar is in de periode 2010-2016 vrijwel constant. Het overgrote deel (ruim 60%) van deze behandelingen wordt uitgevoerd bij jongens. Angst blijkt de meest voorkomende diagnose en tandarts de meest voorkomende doorverwijzer. Zoals verwacht komen er ook andere diagnoses voor. De verscheidenheid in diagnoses wordt groter in hogere leeftijdscategorieën. Elk jaar worden de behandelingen het vaakst uitgevoerd bij kinderen in de leeftijdscategorieën vier en vijf jaar. Aan de hand van de vergelijking van het aantal behandelingen per SES-categorie in de dataset met het verzorgingsgebied, kan er geconcludeerd worden dat er relatief veel behandelingen worden uitgevoerd bij kinderen in de SES-categorie laag.

5.1.2 Vergelijking met literatuur

De frequentie van het aantal gebitssaneringen onder narcose is niet eerder onderzocht en gedocumenteerd. Om deze reden is geen literatuur bekend over deze aantallen in Nederland en kunnen de resultaten uit dit onderzoek hier niet mee vergeleken worden. In deze paragraaf wordt wel een verklaring gezocht voor de onderzoeksresultaten aan de hand van de literatuur wat betreft de frequentie en de kenmerken van de narcosebehandelingen.

Volgens onderzoek van TNO is het aantal kinderen met een gaaf melkgebit in de periode van 2005 tot en met 2014 niet aanzienlijk verbeterd of verslechterd. (11-13) Ook het aantal gebitssaneringen onder narcose uitgevoerd door het CBT is niet noemenswaardig veranderd. Dat de mondgezondheid van kinderen constant lijkt te zijn volgens het onderzoek TNO, zou een verklaring kunnen zijn voor het feit dat het aantal gebitssaneringen onder narcose ook vrijwel constant is.

De vraag naar gebitssaneringen onder narcose wordt niet enkel beïnvloed door de mondgezondheid van kinderen, maar ook door andere determinanten. Als voorbeeld noemt de literatuur *professional uncertainty*. (41) Dit zou geen invloed moeten hebben gehad op de data van het CBT Vogellanden. Binnen het CBT wordt door een team van verschillende professionals een lijst met strenge criteria gehanteerd om te beslissen of de patiënt al dan niet onder narcose wordt behandeld.

Het zorgaanbod heeft ook invloed op de frequentie van uitgevoerde behandelingen. Op het moment dat de vraag naar gebitssaneringen onder narcose stijgt, kan het zijn dat niet aan deze vraag voldaan kan worden doordat hier niet genoeg capaciteit voor is. Zo lang de vraag stijgt, maar er bijvoorbeeld niet meer operatiekamers, kindertandartsen of budgetten beschikbaar zijn, zal het aanbod niet stijgen. Dat het aantal gebitssaneringen onder narcose niet is gestegen, betekent niet dat de vraag niet is gestegen.

In de resultaten bleek dat angst de meest voorkomende diagnose is. Uit de literatuur blijkt dat tandartsangst bij een kind kan voortkomen uit een nare ervaring en overgedragen kan worden door ouders. In de literatuur staat ook beschreven dat tandartsangst veel voorkomt bij volwassenen. (24) Dit kan een verklaring zijn voor de hoge frequentie van deze diagnose. Ook andere diagnoses, zoals een verstandelijke, lichamelijke of meervoudige beperking, worden meermaals in de literatuur genoemd als bepalend voor de mondgezondheid (20). In de resultaten komen deze diagnoses zeer gering voor. Een mogelijke verklaring voor het weinig voorkomen van deze diagnoses, is dat ouders van beperkte kinderen eventueel meer opvoedondersteuning krijgen. Hierdoor zou een behandeling onder narcose voorkomen kunnen worden.

Op basis van de resultaten kan geen harde conclusie getrokken worden met betrekking tot de mondgezondheid of vraag naar behandelingen onder narcose, aangezien hier meerdere factoren meespelen dan de factoren die onderzocht zijn. Het zorgaanbod is hierbij een belangrijke factor.

5.1.3 Sterke en zwakke punten

In deze paragraaf worden enkele sterke en zwakke punten van het kwantitatieve deel van het onderzoek besproken. Het eerste sterke punt is de betrouwbaarheid van de gegevens uit de dataset van het CBT Vogellanden. De gebruikte database was overzichtelijk en compleet. Over de kenmerken, die naar voren kwamen in de literatuurstudie, kon data worden verzameld. Dit maakte het mogelijk om een nagenoeg compleet overzicht te maken van alle relevante gegevens en een link te leggen met reeds bekende literatuur om zo de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

Het tweede sterke punt was de mogelijkheid om professionals te spreken bij het CBT Vogellanden tijdens het verzamelen van de gegevens uit de database. Dit bood de mogelijkheid om achtergrondinformatie te vergaren over de betekenis van de gegevens in het systeem, maar ook over het handelen van de professionals en het uitvoeren van de behandelingen.

Het derde sterke punt is dat de variabele SES is bepaald. De SES is volgens de literatuur een invloedrijke determinant voor de mondgezondheid van kinderen. Door middel van de bepaling van de SES-categorieën kon er een worden beeld geschetst van het sociaal milieu van de patiënten. Op deze manier is een belangrijk kenmerk meegenomen in dit onderzoek.

Een eerste zwak punt betreft de database. Het kenmerk migratieachtergrond wordt niet bijgehouden in de database. Uit literatuuronderzoek bleek dat dit een invloedrijke determinant kan zijn van de mondgezondheid, maar deze kon hierdoor niet onderzocht worden. Daarnaast hebben medewerkers van het CBT Vogellanden aangegeven dat de kenmerken diagnose en doorverwijzer niet als eenduidig kunnen worden beschouwd. De diagnose in de database is de meest treffende diagnose voor de patiënt. Een diagnose kan een uiting zijn van een onderliggende diagnose. De variabele doorverwijzer in de database is de laatste doorverwijzer tot het CBT, maar hoeft niet de initiatiefnemer te zijn geweest. Daardoor zijn deze variabelen onderhevig aan eigen interpretatie.

Het tweede zwakke punt betreft de uitkomsten van het onderzoek naar de SES binnen onderzoekspopulatie in vergelijking tot de SES van het verzorgingsgebied van het CBT Vogellanden. Dit verzorgingsgebied geeft slechts een indicatie van de verhouding van de SES, omdat deze is afgebakend op basis van een schatting van verschillende factoren. Daarnaast kan de SES per huishouden verschillen binnen een postcodegebied.

Het derde zwakke punt betreft het feit dat het zorgaanbod niet is onderzocht. Dit betekent dat de cijfers over het verloop van behandelingen en de kenmerken van behandelingen slechts een eenzijdig beeld vormen van de zorgvraag. Er zijn verschillende factoren die het zorgaanbod bepalen en hiermee de zorgvraag beïnvloeden. Aan de hand van deze factoren, zou er een mogelijke verklaring voor de trend gevonden kunnen worden. De trend kan niet verklaard worden door een gebrek aan informatie over deze factoren.

5.2 Discussie over de zorgketen vanuit het perspectief van de zorgprofessional

In deze paragraaf wordt besproken welk antwoord is gevonden op de hoofdvraag hoe zorgprofessionals invulling geven aan hun taken in de zorgketen van preventieve en curatieve tandheelkundige zorg voor jonge kinderen.

5.2.1 Beantwoording onderzoeksvraag

Een standaardbehandeling wordt toegepast bij goed behandelbare kinderen en kinderen van ouders, die bewust zijn van het belang om zorg te dragen voor de mondgezondheid. De standaardbehandeling kan samengevat worden in het voorlichten van ouders over mondzorg en het vroegtijdig signaleren van risico's. Van de standaardbehandeling wordt afgeweken wanneer risico's gesignaleerd worden en het kind niet op de reguliere manier te behandelen is. Als afwijkende behandeling kunnen JGZ-professionals gerichte adviezen geven en indien nodig een kind verwijzen. Tandartsen bieden een afwijkende behandeling in de vorm van curatieve zorg of verwijzen door naar gespecialiseerde tandartsen. In de gehele zorgketen komen met name twee knelpunten naar voren. Als eerste knelpunt komt een lakse houding van sommige ouders ten opzichte van preventieve mondzorg naar voren,

waardoor het kind niet de juiste zorg krijgt van de ouders. Het tweede knelpunt is dat er te snel wordt doorverwezen naar een CBT. Het gevolg hiervan is een lange wachtlijst bij het CBT, waardoor kinderen lang moeten wachten op zorg terwijl doorverwijzing naar een kindertandarts of Jeugd tandverzorging geschikter zou zijn.

5.2.2 Vergelijking met literatuur

Het basisadvies van het Ivoren Kruis was beschikbaar via reeds bekende literatuur. (3) Dat de JGZ en tandartsen dit basisadvies volgen, is uit dit onderzoek gebleken. De KNMT heeft vastgesteld dat de volgende punten belangrijk zijn bij het laten slagen van een preventieprogramma: gedragsbeïnvloeding van de ouders, starten voor de eerste verjaardag van het kind, motiverende communicatie, onderdeel zijn van een omvattend zorgsysteem en klinisch evalueren van cariëserving. (15) De resultaten wijzen erop dat de zorgketen hieraan voldoet. Verder noemt de KNMT aanpak via populatiestrategie als belangrijk punt. Aangezien de KNMT de populatiestrategie niet toelicht, is onbekend wat hier precies onder verstaan wordt en kan niet gezegd worden of zorgprofessionals hiermee werken. (44)

In de literatuur kwamen de volgende determinanten van gezondheid naar voren: SES, verstandelijke beperking, migratieachtergrond, erfelijke eigenschappen en gewicht. (13, 18, 20-23) De resultaten tonen aan dat zorgprofessionals letten op elk van deze determinanten, maar erfelijke eigenschappen en gewicht kwamen nagenoeg niet ter sprake.

De literatuur meldt dat bij een nieuwe methode, de niet-restauratieve caviteitsbehandeling, minder geboord hoeft te worden. In de resultaten komt deze methode terug als een methode die de tandarts respondenten toepassen. Daarnaast benoemt het theoretisch kader een aantal sedatieve middelen die gebruikt zouden kunnen worden om een kind rustiger te maken en een behandeling te vergemakkelijken. Geen van de geïnterviewde tandartsen gebruikt deze methode.

De *Richtlijn Mondzorg voor jeugdigen* vermeldt dat doorverwijzing ter sprake komt wanneer het vereiste mondonderzoek of de noodzakelijke zorgrichting niet uitvoerbaar is, niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd of niet effectief is gebleken. (3) De resultaten komen hiermee overeen. Respondenten stellen namelijk dat zij een kind verwijzen wanneer zij dit nodig vinden om de juiste zorg te bieden. Een kanttekening hierbij is dat zorgprofessionals ieder op een eigen manier diagnosticeren en behandelen, zoals het begrip *professional uncertainty* beschrijft. Dit duidt op de mogelijkheid dat de ene professional een kind doorverwijst, terwijl een andere professional in een soortgelijke situatie het kind zelf behandelt.

Het eerste belangrijke knelpunt dat is genoemd door de respondenten, is de onwetendheid van ouders. Dit komt overeen met de literatuur waarin meerdere bronnen aangeven dat ouders met een lage SES minder preventieve mondzorg bieden. (13, 18) Verder benoemen de resultaten het gemak waarmee ouders denken over narcosebehandelingen. Tandartsen noemen dat verzekeringen terughoudend met narcose om moeten gaan, om deze opvatting tegen te gaan. Hiermee wordt een link gelegd met eerder uitgevoerd onderzoek, dat stelt dat de vraag naar zorg enorm stijgt wanneer meer behandelingen gedekt worden vanuit de verzekering. (40)

Het tweede belangrijke knelpunt is het mogelijk tekort aan kindertandartsen in Noord- en Oost-Nederland. Bij een grotere vraag naar kindertandartsen dan aanbod van kindertandartsen, kan niet de juiste zorg geboden worden. Hierdoor worden kinderen eerder doorverwezen naar een CBT. Mogelijk ontwikkelen gebitsklachten zich sneller bij een gebrek aan juiste zorg. Dit zou invloed kunnen hebben op de vraag naar gebitssaneringen onder narcose. In het theoretisch kader wordt gesteld dat de zorgvraag stijgt wanneer het zorgaanbod stijgt. (37, 38) Het zorgaanbod, het aanbod van kindertandartsen, stijgt niet volgens de zorgprofessionals, waardoor de zorgvraag niet zou moeten stijgen volgens de literatuur. Onder zorgprofessionals bestaat het idee dat de zorgvraag wel stijgt. In dat geval ontstaat er een kloof tussen de te hoge zorgvraag en het te lage zorgaanbod.

In de literatuur wordt uitgelegd dat de *Nexø-methode*, in Nederland *Gewoon Gaaf* genoemd, een methode is waarbij per kind individueel de periode tussen controlebehandelingen wordt bepaald. (34, 35) De tandartsrespondenten geven aan deze methode niet te gebruiken. Als mogelijke reden hiervoor wordt een gebrek aan draagvlak en financiering genoemd om deze methode te implementeren. Daarnaast ligt de focus van tandartsen, aldus henzelf, nog altijd op de curatieve zorg.

Concluderend kan gesteld worden dat de reeds bekende determinanten van gezondheid grotendeels bevestigd worden door dit onderzoek. Daarnaast zijn onwetendheid van ouders en een scheve verhouding in zorgvraag en -aanbod de grootste knelpunten.

5.2.3 Sterke en zwakke punten

Dit onderzoek kent een aantal sterke punten en een aantal zwakke punten. Deze zullen hieronder toegelicht worden.

Het eerste sterke punt van dit onderzoek is de toepassing van de reeds bekende literatuur. Een uitgebreid theoretisch kader bood de achtergrond voor de zorgketen, op basis waarvan de onderdelen van de vragenlijsten gemaakt konden worden. Door de achtergrondkennis die de literatuur bood, konden de interviews met zorgprofessionals op een gewenst niveau uitgevoerd worden. Daarnaast bood het theoretisch kader een brede basis om de resultaten in hun perspectief te zetten.

Het tweede sterke punt betreft de respondentwerving. De doelstelling was een zo divers mogelijke respondentgroep met variatie in achtergrond wat betreft functie, affiniteit met kinderen en regio van werkzaamheden is behaald. Dit was mogelijk dankzij de medewerking van jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, tandartsen met en tandartsen zonder affiniteit met werken met kinderen te betrekken uit zowel de regio van CBT Vogellanden als CBT Enschede en Oldenzaal. Door middel van de interviews met deze uiteenlopende professionals het preventieve en het curatieve onderdeel van de zorgketen belicht.

Een eerste zwak punt heeft betrekking op de informatiewerving tijdens interviews. Niet alle benodigde kennis van het onderzoeksonderwerp is bekend bij de onderzoekers. Naarmate er meer interviews werden afgenomen, nam de kennis van de onderzoekers toe. Getracht is om bij elk volgend interview zo min mogelijk gebruik te maken van deze kennis, zodat alle respondenten dezelfde vragen zouden krijgen. Hier zijn de onderzoekers strikt mee geweest.

Desalniettemin bleek dat soms onbewust gebruik werd gemaakt van opgedane kennis, waardoor er gerichter werd doorgevraagd in volgende interviews. Daarnaast is het van groot belang dat vragen tijdens interviews objectief worden gesteld. De onderzoekers merkten na afloop van eerdere interviews op dat zij soms suggestief doorvroegen over onderwerpen. Na deze constatering is de vraagstelling zo objectief mogelijk verlopen.

Een tweede zwak punt is het feit dat er verwarring was ontstaan in de vragenlijst voor tandartsen over de toepassing van de *Nexø-methode* of de vergelijkbare NOCTP. Het kwam voor dat deze preventieprogramma's verward werden met de NRCT. Dit kan mogelijk invloed hebben gehad op de antwoorden. Bij de resultaten is hiermee rekening gehouden door de beschrijving van de behandeling mee te nemen en niet de naam waarmee de behandeling benoemd is.

5.3 Interpretatie in de praktijk en aanbevelingen voor de wetenschap

Aan de ene kant worden in dit onderzoek de determinanten gepresenteerd die gelden voor kinderen die onder narcose zijn behandeld. Aan de andere kant wordt een beeld geschetst van de zorgketen die voorafgaat aan het besluit tot een gebitssanering onder narcose. Door deze benadering is er nu inzicht in de huidige situatie van gebitssaneringen onder narcose in Overijssel en de organisatie van preventieve en tandheelkundige zorg. Een kleine respondentengroep is betrokken, maar het geeft een indicatie hoe de zorgketen in elkaar steekt en tot welk resultaat dit leidt. Op basis van dit onderzoek worden hieronder de overwegingen genoemd voor welke aanpassingen er in de praktijk nodig zijn. Daarnaast wordt er naar aanleiding van dit onderzoek besproken welk vervolgonderzoek nodig is om een completer beeld te kunnen maken van de situatie.

Dit onderzoek heeft het aantal behandelingen van het CBT Vogellanden onderzocht. Vervolgonderzoek naar het aantal behandelingen bij andere CBT's is nodig om te bepalen of de gevonden trend elders in Nederland overeenkomt of afwijkt. Om een totaalbeeld te scheppen van de trend in Nederland moeten niet enkel CBT's geïndudeerd moeten worden, maar ook privéklinieken. In een vervolgonderzoek zou onderzocht kunnen worden welke factoren de trend verklaren. Zorgvraag en zorgaanbod zijn twee factoren die hierin meegenomen moeten worden.

In de praktijk heeft dit onderzoek meerwaarde door aan te geven wat opmerkelijke kenmerken van onder narcose behandelde kinderen zijn. Zo is het opgevallen dat in de afgelopen tien jaar meer jongens dan meisjes een gebitssanering onder narcose hebben ondergaan. Vervolgonderzoek is vereist om de reden hiervoor te achterhalen. Daarnaast is gebleken dat angst de meest frequente diagnose is, die leidt tot een narcosebehandeling. Door middel van vervolgonderzoek over de angstpreventie zou achterhaald kunnen worden of deze angst in een eerder stadium gereduceerd kan worden. Mogelijk leidt dit tot een lagere vraag naar narcosebehandelingen. Hierbij moet men onthouden dat de diagnose angst niet op zichzelf hoeft te staan maar een gevolg kan zijn van andere diagnoses zoals een verstandelijke beperking.

Dit onderzoek geeft professionals inzicht in de werkwijze van ketenpartners. Hierbij wordt de werkwijze op niveau van vijf onderdelen van de zorgketen gepresenteerd: preventie,

standaardbehandeling, signalering, afwijkende behandeling en verwijzen. Een mogelijke kloof tussen JGZ en tandartsen, die in de resultaten is benoemd, kan hiermee worden verkleind. Daarnaast zijn twee grote knelpunten geanalyseerd, namelijk een lakse houding van ouders en een mogelijk tekort aan kindertandartsen. Kennis inzake het knelpunt betreffende de ouders kan waardevol zijn voor het opstellen van preventieprogramma's toegespitst op de geanalyseerde risicogroepen. Vervolgonderzoek naar een geschikte preventiemethode en implementatiestrategie is vereist voor het opstellen van toegespitste preventieprogramma's. Als blijkt dat Noord- en Oost-Nederland inderdaad te maken heeft met een gebrek aan kindertandartsen, zal hier op nationaal niveau aandacht aan besteed moeten worden. Voor dat nationaal aandacht gevraagd kan worden voor dit knelpunt, moet bepaald worden of er daadwerkelijk sprake is van een gebrek aan kindertandartsen in deze regio's. Vervolgonderzoek zou zich hierop moeten richten.

Referenties

1. Ivoren Kruis. Het melkgebit 2017 [Available from: <http://www.ivorenkruis.nl/index.cfm?t=keyword.cfm&folder=26>].
2. Ivoren Kruis. Wisselen: van melkgebit naar blijvend gebit 2017 [Available from: <http://www.ivorenkruis.nl/index.cfm?t=keyword.cfm&folder=27>].
3. Richtlijn Mondzorg voor jeugdigen, (2013).
4. Gezondkindergebit.nl. Centra Bijzondere Tandheelkunde (CBT) 2017 [Available from: <http://www.gezondkindergebit.nl/kind-met-slecht-gebit/cbt>].
5. Eysink PED, Harbers MM. Determinanten van gezondheid 2011 [Available from: <http://www.toolkitvtv.nl/inhoud/indicatoren-en-bronnen/gezondheidsdeterminanten/wat-zijn-determinanten-van-gezondheid/>].
6. Van Loveren C, Van der Weijden GA. Preventieve tandheelkunde, Op weg naar een doelmatige aanpak. 2 ed. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum; 2000. 335 p.
7. IJsselland G. Gezondheidsonderzoeken voor kinderen 0 tot 18 jaar 2017 [Available from: <https://www.ggdijsselland.nl/publiek/mijn-kind/gezondheidsonderzoeken-0-tot-18-jaar/>].
8. Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010. Van gezond naar beter. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2010. Report No.: 270061006.
9. Centraal Bureau voor de Statistiek. Begrippen. Gezondheidstoestand 2017 [Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen?tab=g#id=gezondheidstoestand>].
10. TNO. Achtergrondinformatie project 'Kies voor Tandem'. 2017.
11. Schuller AA, Van Kempen IPF, Poorterman JHG, Verrips GEHW. Kies voor tanden, Een onderzoek naar mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag van jeugdigen. Hoofdmeting 2011, een vervolg op de reeks TJZ-onderzoeken. 2013.
12. Schuller AA, Poorterman JHG, Van Kempen CPF, Dusseldorp EML, Van Dommelen P, Verrips GHW. Kies voor Tandem. Een onderzoek naar mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag van jeugdigen. Tussenmeting 2009, een vervolg op de reeks TJZ-onderzoeken. TNO; 2011.
13. Schuller A, Vermaire E, Van Kempen I, Van Houtem C, Van Dommelen P, Hofstetter H, et al. Kies voor Tandem. Een onderzoek naar mondgezondheid en tandheelkundig preventief gedrag van jeugdigen. Tussenmeting 2014, een vervolg op de reeks TJZ- en KvT-onderzoeken. 2015.
14. Helderma WHvP. Cariës bij kinderen en levenskwaliteit. Nederlands Tijdschrift Tandheelkunde. 2011.
15. Verlinden DA, Schuller AA, Verrips GHW. Gewoon Gaaf. 2012 Oktober.
16. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gezondheidsdeterminanten 2015 [Available from: <http://www.toolkitvtv.nl/inhoud/indicatoren-en-bronnen/gezondheidsdeterminanten/>].
17. Kardaal M L, B. De gezonde levensverwachting naar sociaaleconomische status. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2008.
18. Hakeberg M, Wide Boman U. Dental care attendance and refrainment from dental care among adults. Acta Odontologica Scandinavica. 2017;75(5):366-71.

19. Khaibullina RR, Gerasimova LP, Kabirova MF, Kuznetsova NS. Modern technology in the treatment of patients with chronic generalized parodontitis and bruxism. Russian Journal of Biomechanics. 2016;20(4):316-25.
20. Ivoren Kruis. Mondzorg voor mensen met een verstandelijke beperking: Ivoren Kruis; 2017 [Available from: <http://www.ivorenkruis.nl/index.cfm?t=keyword.cfm&folder=80>].
21. Verhagen C, Houtenbos S, Steenkamer I, Van Dieren L, Van der Wal M. Tabellen behorende bij de factsheet 'Zo gezond zijn kinderen in de regio mstelland en Diemen!'. Resultaten van de Jeugdgezondheidsmonitor basisonderwijs 2011-2012. 2014.
22. Mathus-Vliegen EMH, Nikkel D, Brand HS. Obesitas en mondgezondheid. Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde. 2005:396-402.
23. Hospes E, Van Dam BAFM, Bruers JJM. Gezonde mond, gezond lichaam! Literatuuronderzoek naar de relatie tussen mondziekten en andere ziekten. Nieuwegein: Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde; 2014. Report No.: 14.01.
24. Risløv Staugaard S, Jøssing M, Krohn C. The role of negative and positive memories in fear of dental treatment. Journal of Public Health Dentistry. 2017;77(1):39-46.
25. Mackenbach JP, Maas PJvd, Bonsel GJ. Volksgezondheid en gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2008.
26. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gezondheidszorg. Zorg ingedeeld naar zorgbehoefte 2017 [Available from: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/zorg-verschillende-indelingen#node-zorg-ingedeeld-naar-doelgroep>].
27. ANJ Jeugdartsen Nederland. FAQ Rechtstreeks verwijzen. 2016.
28. GGD Twente. Baby en peuter 2017 [Available from: <https://www.ggdtwente.nl/home/kinderen/baby-en-peuter>].
29. Dusseldorp E, Kamphuis M, Schuller A. Impact of lifestyle factors on caries experience in three different age groups: 9, 15, and 21-year-olds. Community Dent Oral Epidemion. 2013.
30. Milieu RvVe. Belang vitamine D onvoldoende bekend. 2009;2017.
31. Ivoren Kruis. Gewoon Gaaf. Eerste tandje? Naar de tandarts! 2017 [Available from: <http://www.gewoon-gaaf.nl/informatie-patienten>].
32. Ivoren Kruis. Gewoon Gaaf 2017 [Available from: <http://www.gewoon-gaaf.nl/home>].
33. Ivoren Kruis. Wat is Gewoon Gaaf? 2017 [Available from: <http://www.gewoon-gaaf.nl/over-gewoon-gaaf/wat-is-gewoon-gaaf>].
34. E. Vermaire. Optimizing Oral Health. Towards a tailored, effective and cost-effective dental care. Ivoren Kruis; 2013.
35. Ivoren Kruis. Gemotiveerde patiënten met gezonde monden. Aanbeveling voor mondzorgverleners om de Non-Operatieve Caries Treatment and Prevention strategie te adopteren. 2013:24.
36. Gruythuysen RJM. Niet-Restauratieve Caviteitsbehandeling. Cariësactiviteit beteugelen in plaats van maskeren. Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde. 2009.

37. Jacobs P, Rapoport J. The economics of health and medical care. Sudbury, Massachussets: Jones and Bartlett Publishers; 2004.
38. Auster RD, Oaxaca RL. Identification of Supplier Induced Demand in the Health Care Sector: [University of Wisconsin Press, Board of Regents of the University of Wisconsin System]; 1981. 327-42 p.
39. Becker S. Een gat in de markt. Trouw. 2011.
40. Kondo A, Shigeoka H. Effects of Universal Health Insurance on Health Care Utilization, Supply-Side Responses and Mortality Rates: Evidence from Japan. 2011.
41. Wennberg JE, Barnes BA, Zubkoff M. Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. Social Science & Medicine. 1982;16(7):811-24.
42. Boode A, Pijpers F. Preventieve zorg voor jeugd, JGZ als preventieve basis binnen de integrale zorg voor jeugd. Utrecht; 2014.
43. Planbureau SeC. Veelgestelde vragen over de statusscores. 2017.
44. ZonMw. Inventarisatie van initiatieven en interventies ter verbetering van de mondgezondheid van kinderen met een melkgebit 2014 [Available from: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/programmas/project-detail/preventieprogramma-4/inventarisatie-van-initiatieven-en-interventies-ter-verbetering-van-de-mondgezondheid-van-kinderen-m/verslagen/>].
45. Spotzi. Gemeentenkaart 2016 2016 [Available from: <https://spotzi.com/nl/kaarten/regio-indelingen/bestuurlijk/gemeentekaart-nederland-2016/>].

Bijlage A. Toelichting statusscore per postcodegebied

Geciteerd uit de bijlage "Veelgestelde vragen statusscores" van het RIVM:

"Wat zijn statusscores?"

Statusscores zijn scores die het SCP berekent en die aangeven hoe de sociale status van een wijk is, in vergelijking met andere wijken in Nederland. Met de sociale status bedoelen we hier niet het aanzien of de populariteit van een wijk. De sociale status van een wijk is afgeleid van een aantal kenmerken van de mensen die er wonen: hun opleiding, inkomen en positie op de arbeidsmarkt.

"Wat zijn wijken?"

Wijken zijn in dit geval postcodegebieden, of nog preciezer: 4-positiepostcodegebieden (alleen de cijfers, niet de letters). Niet alle postcodegebieden in Nederland worden in de berekening opgenomen. Gebieden die voornamelijk bestaan uit industrie worden bijvoorbeeld niet meegenomen. Concreet houdt dit in dat postcodegebieden waar minder dan 100 huishoudens wonen niet in de analyse meegenomen.

"Hoe komen de statusscores tot stand?"

De statusscores bestaan uit vier gegevens: het gemiddelde inkomen in een wijk, het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage laagopgeleiden en het percentage mensen dat niet werkt. Via een factoranalyse¹ worden deze kenmerken samengevat in één samengesteld kenmerk: de sociale status.

"Hoe moeten de scores worden geïnterpreteerd?"

Een statusscore is een getal dat de status van een wijk weergeeft: hoe hoger de score is, hoe hoger de status van de wijk is. Een lage score duidt op een lage status. De scores kunnen voor elke wijk door de tijd heen worden vergeleken. Neemt de score toe, dan stijgt de status; neemt de score af, dan daalt de status. De scores zijn berekend op een gecumuleerd bestand, waarin alle jaren zijn opgenomen. Gemiddeld in Nederland, over alle jaren, is de statusscore 0.

"Kan ik een andere indeling maken met de statusscores?"

In het bestand zijn de statusscores en rangnummers opgenomen. U kunt natuurlijk ook uw eigen indeling maken. Er is geen inhoudelijk criterium beschikbaar dat voorschrijft hoe u dat moet doen: elke indeling is arbitrair. U kunt gebruik maken van de standaardafwijking van de statusscores en bijvoorbeeld uitgaan van de gemiddelde score van 0 over alle jaren, met een standaardafwijking van 1. U kunt dan bepalen dat de wijken met een score minder dan -1 tot dezelfde groep behoren, evenals de wijken met een score tussen -1 en +1 en de wijken met een score groter dan +1.

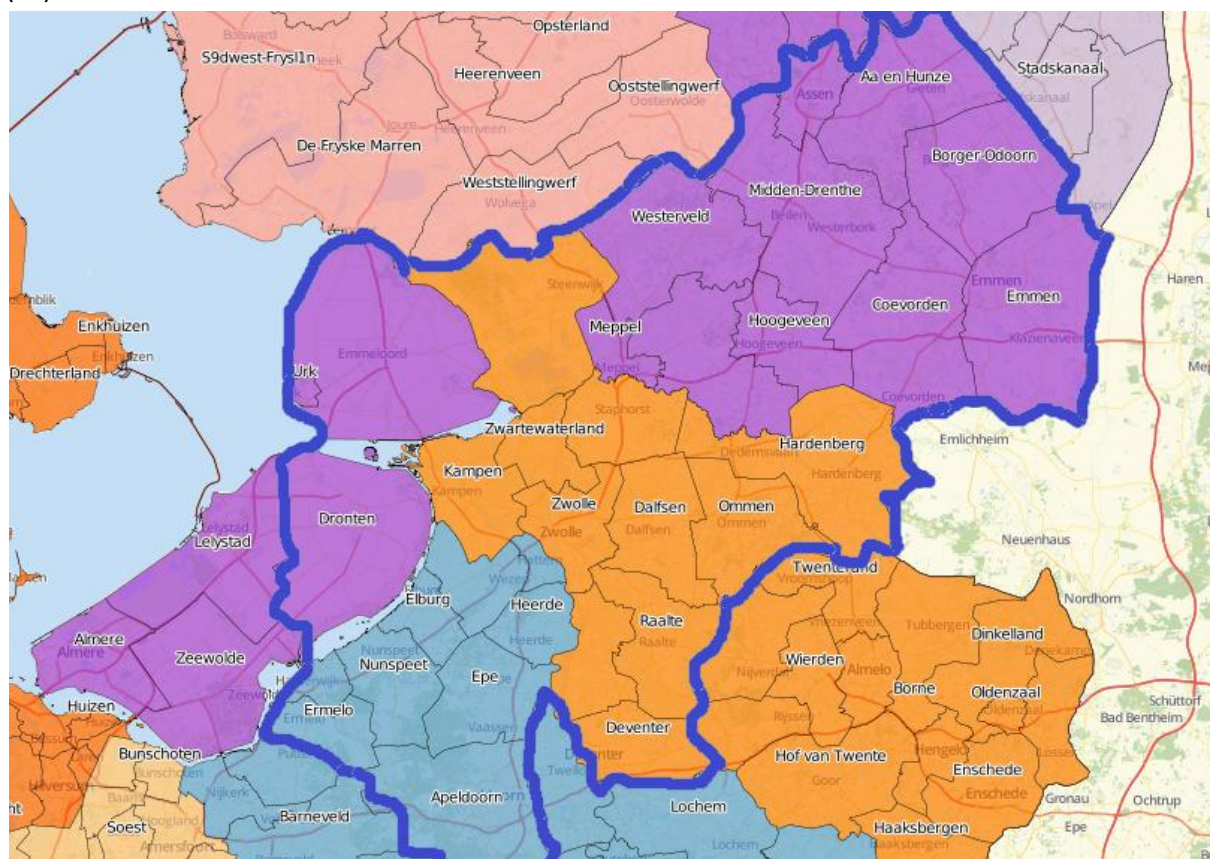
¹: *De statusscores komen tot stand met behulp van een principale componentenanalyse (een vorm van factoranalyse) op de variabelen inkomen, werkgelegenheid en opleidingsniveau. De eerste component (factor) is benoemd als sociale status en bewaard in de vorm van zgn. factorscores. Dit zijn gestandaardiseerde scores met een gemiddelde van nul en een standaarddeviatie van één. De statusscores zijn van interval niveau. In absolute zin zegt de waarde van een statusscore niet zoveel, maar in relatieve zin is het wel te gebruiken, dus sommige statusscores liggen dicht bijeen en andere verschillen zijn relatief groot." (43)*

Bijlage B. Bepaling verzorgingsgebied en berekening statusscore

Bepaling verzorgingsgebied

Om het verzorgingsgebied van het CBT Zwolle te bepalen is rekening gehouden met de aanwezigheid van CBT's over de periode 2010-2016 en de afstand tot andere CBT's. Het is een schatting van het verzorgingsgebied en deze is gemarkeerd op het kaartje hieronder.

(45)



Geïnccludeerde gemeenten

De gemeenten, die onderdeel zijn van het verzorgingsgebied, zijn: Zwolle, Kampen, Zwartewaterland, Staphorst, Dalfsen, Raalte, Olst-Wijhe, Hatterij, Heerde, Oldebroek, Nunspeet, Epe, Elburg, Steenwijkerland, Hardenberg, Meppel, De Wolden, Westerveld, Noordoostpolder, Dronten, Ermelo, Apeldoorn, Deventer, Hoogeveen, Midden-Drenthe, Coevorden, Assen, Emmen, Borger Odoorn en Aa en Hunze.

Berekening gemiddelde statusscore per postcode

Deze gemeenten en bijbehorende postcodes zijn opgezocht in het Excel bestand met statusscores van het SCP en eruit gefilterd. Per postcode is de gemiddelde statusscore berekend over de jaren 2010, 2014 en 2016. Deze dataset is naar SPSS geëxporteerd en vervolgens zijn de gemiddelde scores per postcode ingedeeld in een van de volgende drie categorieën:

Hoge SES:	Statusscore > 1,00
Gemiddelde SES:	$1,00 \leq \text{Statusscore} \leq -1,00$
Lage SES:	Statusscore < -1,00

Bijlage C. Codeboek SPSS

Nummer	Naam variabele	Antwoordmogelijkheden	Missende waarde
1	Patiëntnummer	Numeriek	9
2	Datum van behandeling	Numeriek	9
3	Leeftijd	1= 2-3 2 = 4 3 = 5	9
4	Geslacht	1 = man 2 = vrouw	9
5	Postcode	Numeriek	9
6	Diagnose	1 = Angst 2 = Verstandelijke handicap 3 = Lichamelijke handicap 4 = Meervoudige handicap 5 = Schisis 6 = Oro-maxillofaciaal defect 7 = Congenitale stoornis van de tandstructuur 8 = Psychiatrische aandoening 9 = Medisch gecompromitteerd	99
7	Doorverwijzer	1 = Tandarts 2 = Verwijspraktijk voor tandheelkunde 3 = Kaakchirurg 4 = Huisarts 5 = Orthodontist 6 = Jeugdtandverzorging 7 = Revalidatiearts 8 = Mondhygiëniste 9 = Centrum-behandelaar 10 = Kinderarts	99
8	Behandeljaar	2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016	9
9	Statusscore per postcode	1 = Laag 2 = Middel 3 = Hoog	9
10	Diagnose Angst	1 = Angst 2 = Anders	9
11	Doorverwijzer Tandarts	1 = Tandarts 2 = Anders 3 = Onbekend	9

Bijlage D. Informed Consent

UNIVERSITY OF TWENTE.

Titel onderzoek: Gebitssaneringen onder narcose bij jonge kinderen

Verantwoordelijke onderzoekers: Anne-Lot Kemna en Mara Mooij

Geachte meneer/mevrouw,

Allereerst, bedankt voor uw medewerking als respondent aan ons onderzoek. De stafafdeling van de GGD Twente heeft geluiden opgevangen dat gebitssaneringen bij jonge kinderen steeds vaker onder narcose plaatsvindt. Naar aanleiding daarvan voeren wij, Anne-Lot Kemna en Mara Mooij, in opdracht van de GGD Twente en het Mondzorgcentrum Nijverdal dit onderzoek uit, genaamd 'Gebitssaneringen onder narcose bij jonge kinderen'. Dit onderzoek vormt onze bacheloropdracht voor de studie Gezondheidswetenschappen en hierin worden wij begeleid door de Universiteit Twente.

In ons onderzoek richten wij ons op de provincie Overijssel. Het doel van ons onderzoek is, ten eerste, het bepalen van de frequentie gebitssaneringen onder narcose bij jonge kinderen. Naast het bepalen van deze frequentie, analyseren wij aan welke kenmerken kinderen voldoen die een gebitssanering onder narcose ondergaan. De benodigde gegevens hiervoor worden vergaard via het Centrum Bijzondere Tandheelkunde Vogellanden (Zwolle). Ten tweede hebben wij als doel het in kaart brengen van de rol die betrokken professionals spelen op het gebied van preventieve en curatieve tandheelkundige zorg voor jonge kinderen. Om dit doel te realiseren zullen wij spreken met (kinder-)tandartsen, jeugdartsen JGZ en jeugdverpleegkundigen JGZ. Wij zullen tijdens het interview ingaan op uw taken op het gebied van preventie, signalering, behandeling en uw motieven om een kind door te verwijzen.

De vragenlijst voor tandartsen zal maximaal 30 minuten in beslag nemen. Het afnemen van de vragenlijst voor jeugdartsen JGZ en jeugdverpleegkundigen JGZ zal maximaal één uur duren. De gegevens en resultaten van het onderzoek zullen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt worden. Daarnaast zullen wij, met uw toestemming, het gesprek opnemen. De opnames zullen uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties gebruikt worden. Mocht u verder nog vragen hebben, dan kunt u ons te allen tijde bereiken via a.kemna@student.utwente.nl (A.L. Kemna) of via m.mooij@utwente.nl (M. Mooij).

Wij hopen u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groeten,

Anne-Lot Kemna en Mara Mooij

UNIVERSITY OF TWENTE.

Titel onderzoek: Gebitssaneringen onder narcose bij jonge kinderen

Verantwoordelijke onderzoekers: Anne-Lot Kemna en Mara Mooij

In te vullen door deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, de methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Mocht ik nog verdere vragen hebben tijdens of na het onderzoek, weet ik dat ik contact op kan nemen met Anne-Lot Kemna (a.kemna@student.utwente.nl) en Mara Mooij (m.mooij@student.utwente.nl).

Ik begrijp dat opnamemateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname van dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum:

Handtekening deelnemer:

In te vullen door onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening onderzoeker:

Bijlage E. Vragenlijsten

Vragenlijst jeugdarts en jeugdverpleegkundige

Achtergrondinformatie

1. In welke regio bent u werkzaam?
2. Hoeveel jaar werkervaring binnen de JGZ heeft u? En hoe veel jaren als jeugdverpleegkundige?
3. Kunt u in het kort uw takenpakket omschrijven?
Mogelijk doorvragen naar: aansturen en aangestuurd worden, opstellen van beleid/richtlijnen, locatie van werkzaamheden, samenwerken met welke functies.
4. Geslacht.
5. Leeftijd.

Preventie

6. Wat ziet u als uw rol in de preventieve zorg in het algemeen?
7. Wat ziet u als uw rol in preventieve zorg op het gebied van mondgezondheid?
Mogelijk doorvragen naar: Voorlichting aan ouders over voeding, poetsgedrag, tandartsbezoek.
8. Op welke determinanten van gezondheid let u tijdens een afspraak met ouders en kind?
Mogelijk doorvragen naar: Groei, taalontwikkeling, SES, erfelijke eigenschappen, verstandelijke beperking, migratieachtergrond, lichaamsgewicht.
9. In hoeverre besteed u gemiddeld aandacht aan de mondgezondheid van een kind?
Of hier genoeg tijd voor is.
Of in de mond gekeken wordt.
Of gevraagd wordt naar voedingspatroon.
Of gevraagd wordt naar hoe ouders tandenpoetsen.
Of fluoridegebruik gecheckt wordt
Of gecheckt wordt of het kind de tandarts bezoekt.
10. Mocht preventieve zorg nodig zijn, hoe voert u dit uit?
Mogelijk doorvragen naar: gedragsbeïnvloeding van ouders, motiverende communicatie, op tijd doorverwijzen, Loesje.nl.
11. Zijn er in deze regio preventieprogramma's in werking om de mondgezondheid van jonge kinderen te waarborgen en te verbeteren?
Mogelijk doorvragen naar: GigaGaaf, Een gezond gebit (filmpje met gewenst gedrag).

12. Via welke weg blijft u op de hoogte van nieuwe adviezen op het gebied van preventieve (mond)zorg voor kinderen?
13. Krijgt u bijscholing op het gebied van preventieve mondzorg voor jonge kinderen en zo ja, door wie?
14. Als u kijkt naar de periode dat u werkzaam bent, merkt u een verschil in hoe u en uw collega's tegen preventie en curatie aan kijken?
15. Heeft u het idee dat u over voldoende kennis bezit om risico's voor de mondgezondheid van een kind te herkennen?

Standaardbehandeling

16. Wanneer er geen sprake is van een bijzondere situatie, hoe ziet u een gesprek met ouders en kind voor zich? Waar besteedt u aandacht aan en wat geeft u de ouders mee?

Signalering

17. Onder welke omstandigheden of bij welke kenmerken van een kind kiest u voor een andere aanpak, dan de standaard?

Afwijkende behandeling

18. Wanneer u kiest voor een andere aanpak dan de standaard, welke acties kunt u zelf uitvoeren?
Mogelijk doorvragen naar: Extra voorlichting over ..., gebruik van filmpjes/folders.

Doorverwijzen en tweedelijnszorg

19. Onder welke omstandigheden denkt u dat doorverwijzing van belang is voor de mondgezondheid van een kind?
20. Naar welke instanties kan worden doorverwezen?
Mogelijk doorvragen naar: Jeugdarts, (aanmelden voor) een tandarts, een coach, CBT, orthodontist, Jeugd tandverzorging, kinderbescherming.
21. Per instantie of persoon waarnaar doorverwezen kan worden, met welk doel wordt specifiek naar deze instantie doorverwezen?
Welke klacht
Welk doel
Preventie of curatie
22. Kunt u een inschatting geven van de frequentie doorverwijzingen, per instantie/ persoon?
23. Met welke functies, binnen of buiten de JGZ, wordt samengewerkt als blijkt dat een kind een andere aanpak nodig heeft?
Om behandeling binnen de JGZ mogelijk te maken
Om doorverwijzing mogelijk te maken.

In hoeverre is sprake van een terugkoppeling

Knelpunten

24. Kunt u knelpunten identificeren in de zorgketen van preventie t/m tweedelijnszorg?

Vragenlijst tandarts

Achtergrondinformatie

1. In welke regio bent u werkzaam?
2. Hoeveel jaar werkervaring als tandarts heeft u?
3. Heeft u affiniteit met werken met kinderen?
4. Behandeld u ook bijzondere kinderen, bijvoorbeeld met een verstandelijke beperking?
5. Geslacht.
6. Leeftijd.

Preventie

7. Wat ziet u als uw rol in de preventieve zorg?
Mogelijk doorvragen naar: Voorlichting aan ouders over voeding, poetsgedrag, tandartsbezoek.
8. Kunt u kenmerken van kinderen noemen waarbij u extra preventieve zorg verleent aan een kind?
Mogelijk doorvragen naar: Angstig, nieuwsgierig, slechte (mond)gezondheid, SES, erfelijke eigenschappen, verstandelijke beperking, migratieachtergrond, lichaamsgewicht, aanwijzing tot verwaarlozing.
9. Zijn er bepaalde preventieprogramma's die u toepast?
Mogelijk doorvragen naar: Nexø-, of NOCTP, een kind één keer laten komen om te wennen i.p.v. gelijk een controle.
10. Via welke weg blijft u op de hoogte van nieuwe adviezen op het gebied van mondzorg voor kinderen?
11. Krijgt u bijscholing op het gebied van preventieve zorg voor jonge kinderen en zo ja, door wie?
12. Als u kijkt naar de periode dat u tandheelkunde studeert en aan het werk bent als tandarts, merkt u een verschil in hoe u en uw collega's tegen preventie en curatie aan kijken?

13. In hoeverre heeft u het idee dat u over voldoende kennis bezit om risico's bij kinderen/ kwetsbare kinderen te herkennen?

Standaardbehandeling

14. Welke behandelingen vindt u vallen onder normale/ veel voorkomende behandeling, wanneer er geen sprake is van een bijzondere situatie?

Signalering

15. Kunt u kenmerken van kinderen noemen waarbij u afwijkt van de standaardbehandeling?

Mogelijk doorvragen naar: Angstig, nieuwsgierig, slechte (mond)gezondheid, SES, erfelijke eigenschappen, verstandelijke beperking, migratieachtergrond, lichaamsgewicht.

Afwijkende behandeling

16. Welke behandeling, die afwijkt van de standaard, biedt u weleens in uw eigen praktijk?

Mogelijk doorvragen naar: Andere pijnbestrijding/sedatieve middelen, angst therapie, fluoride

Doorverwijzen en tweedelijnszorg

17. Onder welke omstandigheden besluit u een kind door te verwijzen? Dit kan binnen de eerstelijnszorg zijn, maar ook naar de tweedelijns.

18. Naar welke instanties verwijst u weleens door?

Mogelijk doorvragen naar: CBT, kinderarts, kaakchirurg, orthodontist, Jeugdtandverzorging.

19. Per instantie waarnaar weleens doorverwezen wordt, met welk doel wordt specifiek naar deze instantie doorverwezen?

20. Kunt u een inschatting geven van de frequentie doorverwijzingen, per instantie?

21. Met welke functies wordt samengewerkt, als blijkt dat een kind een afwijkende behandeling nodig heeft?

Om behandeling in eigen praktijk mogelijk te maken

Om doorverwijzing mogelijk te maken.

In hoeverre is sprake van een terugkoppeling

Knelpunten

22. Kunt u knelpunten identificeren in de zorgketen van preventie t/m tweedelijnszorg?