

Het sensibiliseringsproject 'Glimlachen.be' liep van 25 januari 2010 tot 25 juni 2013. Sensibilisering (= interventie) gebeurde voornamelijk in schoolverband in de lagere scholen (LO en BLO) en scholen van het secundair onderwijs, technisch (TSO) en beroeps (BSO en BUSO).

In totaal bereikte het project 247 lagere scholen, waarvan 26 scholen in een controlegroep (zonder sensibilisering) en 37 scholen voor secundair onderwijs, waarvan 9 in de controlegroep.

Voor de impact evaluatie werden over de 4 jaar 7.687 lagere schoolkinderen onderzocht en bevraagd, waarvan 793 in de controlegroep en 1994 leerlingen secundair onderwijs, waarvan 437 in de controlegroep. 1050 lagere schoolkinderen en 105 leerlingen secundair onderwijs werden 4 jaar na elkaar gescreend. De andere kinderen/leerlingen werden slechts 1, 2, of 3 maal gezien. In totaal gaat het over 15438 onderzoeken binnen de interventiegroep en 1751 onderzoeken binnen de controle groep in het lager onderwijs en 2500 onderzoeken interventie en 517 onderzoeken controle in het secundair onderwijs.

Betrokken in deze impact evaluatie werden ook 360 kinderen, gesensibiliseerd en gescreend in de speelpleinwerking in buurten van Gent met een hoge proportie kansengroepen, en 106 jongeren van de jeugdspelerswerking RSC Anderlecht.

Alhoewel alle kinderen van het *lager onderwijs*, zowel interventie, controle als speelpleinwerking een significante verbetering van de mondhygiëne vertonen zien we tegen het einde van het project (jaar 4) een significant verschil tussen controle- en interventiegroep, met een betere mondhygiëne voor de interventiegroep. De kinderen van de speelpleinwerking hebben bij aanvang een beduidend slechtere mondhygiëne maar vertonen een sterke verbetering naar jaar 4 toe. Toch blijft de mondhygiëne beduidend slechter dan bij de andere twee groepen. Met andere woorden de kloof tussen sociaal kwetsbare groepen en het 'gemiddelde' Vlaamse kind was bij aanvang zeer groot, wordt na 4 jaar duidelijk kleiner, maar is nog steeds pertinent aanwezig. Bij de kinderen van de speelpleinwerking zien we een verbetering van het gerapporteerde poetsgedrag over de jaren heen. Bij de interventiegroep en de controlegroep blijft de gerapporteerde frequentie van 2 maal per dag over de jaren heen constant, er is wel een lichte stijging van éénmaal per dag ten gunste van minder dan éénmaal per dag.

De graad van aantasting door tandbederf (DMF index), uitgedrukt in de som van het aantal aangetaste onverzorgde tanden (D), omwille van tandbederf geëxtraheerde tanden (M) en omwille van tandbederf gevulde tanden (F) is in Vlaanderen, gezien in de wereld context, heel laag. Bij 12-jarigen is dit gemiddeld 0,9. Na 4 jaar is er geen merkbaar verschil vast te stellen tussen interventie- en controlegroep. Om die reden is het heel wat interessanter na te gaan wat de onderlinge verhouding is tussen de componenten. Wanneer we de resultaten van de ganse groep lagere schoolkinderen bekijken voor wat betreft de verzorgingsgraad (F/DMF) zien we dat er bij aanvang een verschil is tussen de drie groepen in proportie volledig verzorgde kinderen. Bij de drie groepen is er een merkbare stijging van de proportie volledig verzorgde kinderen over de jaren. Het verschil tussen de groepen verdwijnt met de jaren met in jaar 4 geen aantoonbaar verschil tussen de groepen. Ze bereiken allen een vergelijkbare proportie volledig verzorgde kinderen die rond de 60% zit. De stijging van de verzorging kan dus grotendeels worden toegeschreven aan de screening en het meegeven van een verwijsbrief voor de ouders. De kennis van de kinderen, gemeten aan de hand van een vragenlijst, was bij aanvang iets hoger is bij de interventiegroep in vergelijking met de controle groep en sterk significant hoger in vergelijking met de kennis van de kinderen van de speelpleinwerking. De kennis neemt significant toe over de jaren bij de speelpleinkinderen en de interventiegroep. De kennis van de kinderen van de speelpleinwerking op jaar 4 is vergelijkbaar met de controle groep, maar beide verschillen sterk van de interventiegroep. Het is dus duidelijk dat het mondgezondheidspromotie programma een positief effect heeft gehad op de kennis inzake mondzorg. Er is weinig of geen impact te meten van het mondgezondheidspromotie programma op de attitude van de kinderen. De attitude neemt bij beide groepen evenveel en gelijkmatig toe.

Het totaal pakket van mondgezondheidspromotie en screening heeft dus een zeer gunstig effect gehad op de kennis van de kinderen. Ook de mondhygiëne, alhoewel die voor alle groepen significant verbetert, is bij de interventie groep het gunstigst geëvolueerd. De verzorgingsgraad is bij alle groepen duidelijk toegenomen, zowel de interventiegroepen als de controlegroepen. Dit geeft aan dat de screening hier de grootste bijdrage levert.

Uit de gekoppelde databank met de gegevens van de zorgconsumptie blijkt dat regelmatig tandartsbezoek de mondgezondheidsindicatoren (DMFT, Plaque index, verzorgingsgraad) gunstig beïnvloedt.

Voor de leerlingen van *het secundair onderwijs* kan men besluiten dat, gezien de grotere selectie bias, uitspraken over mondhygiëne, kennis en attitude eerder onbetrouwbaar zijn. Van de zorggraad krijgen we een duidelijker beeld wanneer we de analyse beschouwen die enkel de leerlingen die gedurende de volle 4 jaar van het project in de database aanwezig zijn vergelijken met cross-sectionele controlegroepen. Deze analyse toont aan dat het pakket van mondgezondheidspromotie voor de interventiegroep resulteert in een duidelijke stijging van de proportie volledig verzorgde leerlingen over de jaren heen. Ook de parodontale gezondheid werd gunstig beïnvloed door de interventie. De leerlingen van de interventie hebben een significant grotere kans op het behoud van een gezond parodontium in vergelijking met de controlegroep.

Resultaten zijn wat ze zijn. Inderdaad directe gezondheidsuitkomsten zijn een werk van lange termijn. Dit zagen we al vroeger bij het Signal-tandmobiel project, een 6-jaar longitudinaal project, waar zelfs op die 6 jaar geen significante verbetering in DMF (graad van aantasting door cariës) kon worden vastgesteld. Enerzijds is dit omdat de situatie in Vlaanderen (België) al zeer gunstig ligt bij kinderen, anderzijds omdat er weliswaar verschillen zijn waar te nemen die omwille van gebrek aan power niet altijd statistisch significant zijn. Het voorbeeld van de speelpleinwerking in Gent toont aan dat door het selecteren van een hoog risico groep deze verschillen wel beter aan te tonen zijn. Maar ook hier is er een randbemerking. Hoog risico groepen bij kinderen in Vlaanderen hebben naast de 'sociale kwetsbaarheid' ook het aspect 'etnische minderheidsgroep' wat veelal met elkaar is gerelateerd. Daarbij zien we dat de migratie over de jaren wijzigt (andere etnische oorsprong) waardoor de samenstelling van de groep steeds wijzigt.

Het is dus belangrijk om aandacht te hebben in de evaluatie voor intermediaire indicatoren zoals mondgezondheidsgedrag en graad van verzorging.

Sensibilisering in het 'Glimlachen.be' heeft bij de interventiekinderen vooral geresulteerd in een verbeterde klinische vastgestelde mondhygiëne en een verhoogde kennis van mondgezondheid en gerelateerde preventie. Verder is een merkbaar Hawthorne effect vast te stellen, alleen het feit dat kinderen deelnemen aan een project en jaarlijks gescreend worden heeft een positieve impact op de verzorgingsgraad en de attitude ten opzichte van mondgezondheid.

Er zijn duidelijke verschillen merkbaar die wijzen op sociale ongelijkheid in mondgezondheid, uitgedrukt via de indicatoren DMFT, Plaque index, verzorgingsgraad en proportie gawe kinderen. De interventie en sensibilisering zijn niet in staat deze sociale ongelijkheid weg te werken.

De sterke selectiebias bij de leerlingen van het secundair onderwijs veroorzaakt door het verloop van leerlingen tussen scholen en studierichtingen maakt dat bijna geen kinderen over de 4 jaar werden gevolgd, waardoor steeds wisselende groepen zowel in de interventie als in de controlegroep werden gescreend. Een belangrijk besluit is dat deze jongeren weinig baat hebben bij dergelijke breed georganiseerde sensibilisering waar zij niet continu door beïnvloed worden, dit wat betreft de invloed op kennis, attitude en mondhygiëne. Enkel deze die gedurende de volle 4 jaar deelnamen aan het project vertonen een duidelijke trend naar een betere verzorgingsgraad en bij deze is er een merkbare impact op hun parodontale gezondheid. Repetitie en continuïteit blijken hier noodzakelijk.

Ongeveer 1/3de van de lagere schoolkinderen heeft minstens 1 preventief mondonderzoek op jaarbasis. Vierendertig procent heeft in de periode 2009-2013 geen enkel preventief mondonderzoek gehad en deze proportie is beduidend hoger in het secundair onderwijs (42,3%). Preventief mondonderzoek neemt dus af met de leeftijd. Ook conserverende behandelingen nemen af met de

leeftijd. In de lagere school hebben 20% à 30% van de leerlingen minstens 1 conserverende behandeling op jaarbasis en heeft 38,5% in de periode 2009-2013 geen enkele conserverende behandeling gehad. Dit aantal loopt op tot 51,3% in het secundair onderwijs.

Als besluit kan gesteld worden dat met een professionele aanpak met een duidelijke matrix goede resultaten bekomen worden met gezondheids promotie en sensibilisering. Hierbij staat de school in voor de uitvoering, herhaling en continuïteit en de externe professionelen zorgen voor de nodige initiatie, coördinatie en ondersteuning, gecombineerd met een regelmatige screening en verwijzing.

Wat ook al in ander onderzoek is aangetoond is het belang van gezondheids promotie in jongeren voorbij de leeftijd van de lagere school. Er is een duidelijke trend zichtbaar waarbij goed mondgezondheids gedrag terug afneemt naargelang jongeren en adolescenten ouder worden.

Prof dr Jacques Vanobbergen

Jacques.vanobbergen@ugent.be