



Mondgezondheidstoestand 3-jarige kinderen in Gent
Impact van socio-demografische factoren.

Bachelorproef voorgedragen door:

Chanelle Segers

tot het bekomen van de graad van Bachelor in de Mondzorg

2021-2022

Promotor: Prof Dr. Jacques Vanobbergen
Mevr. Isabel Haentjens



Mondgezondheidstoestand 3-jarige kinderen in Gent
Impact van socio-demografische factoren.

Bachelorproef voorgedragen door:

Chanelle Segers

tot het bekomen van de graad van Bachelor in de Mondzorg

2021-2022

Promotor: Prof Dr. Jacques Vanobbergen
Mevr. Isabel Haentjens

Abstract

| | |
|---|---|
| Onderzoek naar de mondgezondheidstoestand van 3-jarige kinderen in Gent en de impact van socio-demografische factoren op de mondgezondheidstoestand van deze kinderen. | |
| Promotiejaar | 2022 |
| Student | Chanelle Segers |
| Externe promotor | Mevr. I. Haentjens |
| Interne Promotor | Prof. Dr. J. Vanobbergen |
| Trefwoorden | peuter – mondgezondheid- socio-demografische factoren |
| Achtergrond <p>De mondgezondheidstoestand bij 3-jarige kinderen in Gent wordt vaak geassocieerd met sociale en demografische variabelen van het gezin.</p> | |
| Materialen en methoden <p>Doelstelling onderzoek : Het doel van deze studie is om na te gaan wat de mondgezondheidstoestand is van 3-jarige kinderen in Gent en welke socio-demografische variabelen van het gezin een impact hebben op de mondgezondheidstoestand van deze kinderen in Gent.</p> <p>Beschrijving van de steekproef: Deze studie is een observationeel, kwantitatief onderzoek. Gegevens werden verzameld via een schriftelijke vragenlijst ingevuld door de ouders en een klinisch onderzoek (plaque-score en ICDAS-score) uitgevoerd door derdejaarsstudenten Mondzorg op het 3-jarig kind in het PCBKGGL. Er namen 162 kinderen deel aan de screening. Deze kinderen waren op 2 outliers na, allemaal tussen de 24 en 35 maanden oud. De gegevens werden verwerkt in het statistisch programma 'IBM SPSS statistics 27.'</p> | |
| Resultaten <p>De gemiddelde leeftijd van de kinderen bedroeg 2,5 jaar (SD=0,37) met een range tussen 1,28 jaar en 3,95 jaar. De gemiddelde mondhygiëne was, op een schaal van 0 tot 3, 0,31 (SD=0,57). Het gemiddeld aantal aangetaste tanden (dmft-score) bedroeg 0,41 (SD=1,48). De gemiddelde dmfs-score bedroeg 0,52 (SD=2,06) met een range tussen de 0 en 13 vlakken. De mediaan was 0 en de interkwartielafstand (Q3-Q1) bedroeg ook 0. Early Childhood Cariës (ECC) was gediagnosticeerd bij 13,1% van de kinderen in het PCBKGGL in Gent.</p> <p>De analyse toonde aan dat er een statistisch significant verschil was tussen de etniciteit van de moeder en het voorkomen van ECC ($p=0,046$). Bij moeders met een West- of Zuid-Europese nationaliteit, hadden 9,9% van de kinderen ECC. Dit is een stuk minder vergeleken met een Oost-Europese moeder. Hier had 31,3% van de kinderen ECC. Bij moeders met een Aziatische nationaliteit hadden 33,3% van de kinderen ECC. Het voorkomen van ECC is groter bij kinderen waarvan de moeder een Oost-Europese en Aziatische origine hadden ten opzichten van de West- of Zuid-Europese moeders (respectievelijk $p=0,018$ en $p=0,020$). Bij gezinnen met een verhoogde</p> | |

tegemoetkoming voor gezondheidszorg kregen 25,0% van de kinderen ECC. Bij gezinnen zonder verhoogde tegemoetkoming kregen 8,8% van de kinderen ECC. Dit verschil was statistisch significant ($p=0,016$). Andere variabelen zoals diploma van de ouders, beroepsklasse van de ouders, het aantal personen die een bijdrage leveren aan het gezinsinkomen, het al dan niet rondkomen en het al dan niet wonen in een achtergestelde buurt gaven geen statistische significante verschillen in het voorkomen van ECC.

Conclusie

Uit dit onderzoek bleek dat in Gent in de steekproef van kinderen tussen de 2 en 3 jaar bij 13,1% ECC werd vastgesteld. De gemiddelde dmfs-score bedroeg 0,52.

De belangrijkste risicofactoren bij het voorkomen van ECC waren de etniciteit van de moeder (in het bijzonder de Oost-Europese moeders en de Aziatische moeders) en het recht op een verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorg in het gezin. Voor andere socio-demografische variabelen werd geen statistisch significante impact gevonden op het voorkomen van ECC.

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| TABELLEN..... | 7 |
| DANKWOORD | 8 |
| 1. INLEIDING..... | 9 |
| 1.1 MOTIVATIE..... | 9 |
| 1.2 WAT IS CARIËS, WAT IS EARLY CHILDHOOD CARIES (ECC)?..... | 9 |
| 1.3 RELEVANTIE | 10 |
| 1.3.1 MONDGEZONDHEID EN ALGEMENE GEZONDHEID | 11 |
| 1.3.2 MONDGEZONDHEID EN SES | 11 |
| 1.3.3 MONDGEZONDHEID EN ETNICITEIT..... | 12 |
| 1.3.4 MONDGEZONDHEID EN ACHTERGESTELDE BUURT | 12 |
| 1.3.5 MONDGEZONDHEID EN VOEDING | 12 |
| 1.3.6 MONDGEZONDHEID EN TANDPLAQUE..... | 13 |
| 1.3.7 DOEL | 13 |
| 2. MATERIALEN EN METHODEN | 14 |
| 2.1 STUDIEDESIGN..... | 14 |
| 2.2 POPULATIE EN STEEKPROEF..... | 14 |
| 2.3 MEETINSTRUMENTEN..... | 15 |
| 2.3.1 KLINISCH MONDONDERZOEK..... | 15 |
| 2.3.1.1. MONDHYGIËNE..... | 15 |
| 2.3.1.2 CARIËS | 15 |
| 2.3.2 DE SOCIO- DEMOGRAFISCHE VRAGENLIJST | 15 |
| 2.3.3 MONDGEZONDHEID GERELATEERDE VOEDINGSGEWOONTEN | 16 |
| 2.4 WERKPROCEDURE | 16 |
| 2.5 DATA-ANALYSE..... | 16 |
| 3. RESULTATEN..... | 19 |
| 3.1 DESCRIPTIEVE ANALYSE..... | 19 |
| 3.1.1 BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF | 19 |
| 3.1.2 BESCHRIJVING VAN DE UITKOMSTVARIABLEN | 19 |
| 3.1.3 BESCHRIJVING VAN DE VERKLARENDE VARIABLEN | 20 |
| 3.1.4 BESCHRIJVING MONDGEZONDHEID GERELATEERDE VOEDINGS- EN MONDHYGIËNEGEWOONTEN | 21 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 3.2 | INFERENTIËLE ANALYSE | 22 |
| 3.2.1 | ETNICITEIT EN ECC..... | 22 |
| 3.2.2 | VERHOOGDE TEGEMOETKOMING EN ECC | 23 |
| 3.2.3 | OVERIGE VERKLARENDE VARIABELEN EN ECC..... | 23 |
| 4. | <u>DISCUSSIE.....</u> | 24 |
| 5. | <u>CONCLUSIE</u> | 26 |
| 6. | <u>BIBLIOGRAFIE</u> | 27 |
| 7. | <u>BIJLAGEN.....</u> | 29 |

Tabellen

| | | |
|----------|---|----|
| TABEL 1: | FREQUENTIETABEL UITKOMSTVARIABELEN | 19 |
| TABEL 2: | FREQUENTIETABEL VERKLARENDE VARIABELEN | 20 |
| TABEL 3: | MONDGEZONDHEID GERELATEERDE VOEDINGSGEWOONTEN EN MONDHYGIËNEGEWOONTEN | 21 |
| TABEL 4: | KRUISTABEL NATIONALITEIT NU X CARIËSVRIJ | 22 |
| TABEL 5: | KRUISTABEL VERHOOGDE TEGEMOETKOMING X CARIËSVRIJ | 23 |

Dankwoord

Na 3 leerrijke jaren ben ik bijna aan het einde gekomen van mijn opleiding Mondzorg aan de Arteveldehogeschool in Gent. In het kader van mijn opleiding werd er gevraagd om een bachelorproef uit te schrijven. Hiervoor heb ik gekozen om te onderzoeken wat de impact van de socio-demografische factoren van het gezin zijn op de mondgezondheidstoestand van de 3-jarige kinderen in Gent.

Graag wil ik via deze weg een dankwoord uitbrengen aan de personen die mij ondersteund en begeleid hebben in deze periode. Zonder hen kon ik deze eindmeet niet bereikt hebben.

In eerste instantie zou ik graag Prof. Dr. J. Vanobbergen en Mevr. M. Van Der Jeught willen bedanken voor het opleidingsonderdeel Methodes en onderzoek deel 3: 'Onderzoeksportfolio' (academiejaar 2020-2021), waar ik deels het onderzoek op gebaseerd heb. Zonder dit vak zou ik de start van aanpak gemist hebben. Het was namelijk mijn houvast voor deze studie.

Daarnaast zou ik graag mijn interne promotor Prof. Dr. J. Vanobbergen in de bloemetjes willen zetten. Dit wegens zijn geduld en begrip die hij opbracht doorheen deze periode. Hij gaf me ondersteuning en begeleiding over mijn onderwerp, maar ook over het gebruik van Word en SPSS. Niets was hem te veel.

In 3^{de} instantie wil ik ook Mevr. I. Haentjens, mijn externe promotor bedanken voor de feedback dat ze me telkens gaf bij elk afgewerkt onderwerp. Bovendien kon ik ook bij haar terecht met vragen en verder informatie die nuttig waren tijdens mijn onderzoek.

Alsook een woord van dank aan het PCBKGGGL, de vrijwilligers, de studenten mondzorg 3^{de} jaar en de begeleiders van het kind om deel te nemen aan het onderzoek. Zonder hen had ik geen gegevens en kon mijn studie niet volbracht worden.

Bovendien wil ik ook een grote dank u wel zeggen aan Niels die mijn topografie van Word herwerkte wanneer ik een probleem had.

Tot slot een welgemeende dank u wel aan mijn vriend die dag in dag uit klaarstond om mij op te vangen wanneer ik de spirit kwijt was om verder te schrijven.

Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd.

Chanelle Segers

1. Inleiding

1.1 Motivatie

Het onderwerp mondgezondheidstoestand bij 3-jarige kinderen in Gent werd gekozen omdat het mij zeer interessant leek na te gaan welke factoren aan de basis zouden liggen bij de mondgezondheid van 3-jarige kinderen. Mondelinge contacten met de gezondheidsmedewerkers in de wijk van Ledeborg doen ons veronderstellen dat veel mensen in de omgeving niet weten vanaf wanneer en hoe ze de tanden van hun peuter moeten poetsen. Vaak stellen zij de mondhygiënist de vragen: 'Wanneer moet ik de tanden van mijn kind na poetsen, waarom is tanden poetsen belangrijk, wat doet tandpasta met de tanden van mijn kind?' Het feit dat deze vragen gesteld worden, doet mij veronderstellen dat veel ouders nog onvoldoende kennis hebben omtrent de mondgezondheid van hun peuter. In 2005 werd in Gent de relatie tussen het vroegtijdig voorkomen van cariës bij kinderen en de socio-economische status van het gezin onderzocht, waarbij meteen de sociale ongelijkheid in de mondgezondheid werd aangetoond. (Willems, Vanobbergen, Martens, & De Maeseneer, 2005)

Dit kan in latere stadia een grote rol spelen op het blijvend gebit van het kind. Vandaar dat ik aan de hand van deze bachelorproef wil achterhalen wat de mondgezondheidstoestand van 3-jarige kinderen in Gent is en welke socio-demografische factoren de dag van vandaag een impact hebben op de mondgezondheidstoestand van deze kinderen. Dit omwille van de gewijzigde demografie de voorbije jaren in Gent. Er zijn de laatste jaren veel nieuwkomers bijgekomen in Gent die ervoor kunnen zorgen dat de mondgezondheid bij het kind verslechtert of verbetert. (Stad Gent, sd)

1.2 Wat is cariës, wat is Early Childhood Caries (ECC)?

Tandplaque is een dun laagje op de tanden dat ontstaat wanneer de tanden in aanraking komen met voedsel of speeksel. Bacteriën in de tandplaque maken zuren aan waardoor het glazuur heel geleidelijk oplost. Als door niet of weinig tandenpoetsen de tandplaque onvoldoende verwijderd of verstoord wordt, kan er cariës in de volksmond tandbederf genoemd, ontstaan.

Dit gebeurt aanvankelijk in het tandglazuur. Wanneer verder gevorderd ontstaat er ook cariës in het onderliggende tandbeen (dentine) laag.

(Nederlands Huisartsen Genootschap, 2015)

Early Childhood Cariës, ECC wordt gedefinieerd als "de aanwezigheid van één of meer aangetaste (laesies met of zonder cavitatie), ontbrekende (wegens cariës), of gevulde tandoppervlakken" in een melktand bij een kind met een leeftijd van 71 maanden of jonger. Men ging uit van een nul tolerantie: "Het maatschappelijk gezondheidsbeleid zou er moeten naar streven dat elk kind van zes jaar een gaaf gebit heeft." Hierbij wordt vermeld dat er een onderscheid moet gemaakt worden

tussen kinderen met een uitgebreide en snel evoluerende cariës op de gladde tandvlakken en kinderen met cariës op de kauwvlakken van de melkkiezen. Het 'atypisch', 'progressief', 'acuut' of 'uitgebreid' cariëspatroon verwijst naar de term Severe Early Childhood Cariës (S-ECC). Bij kinderen van drie tot vijf jaar duidt één of meer aangetaste, ontbrekende (wegens cariës) of gevulde gladde oppervlakken bij melktanden in het bovenfront op S-ECC. Zo spreekt men van S-ECC wanneer een driejarig kind meer dan vier aangetaste tandvlakken heeft alsook een vierjarig kind met meer dan vijf aangetaste tandvlakken en een vijfjarig kind met meer dan zes aangetaste tandvlakken.

(Drury, et al., 1999)

In deze bachelorproef wordt enkel gefocust op Early Childhood Cariës.

1.3 Relevantie

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) kondigt aan dat de prevalentie van cariës wereldwijd snel toeneemt en dat cariës in de vroege kinderjaren (ECC) een ernstige vorm is. 90% van de meeste peuters in lage en midden inkomenslanden worden getroffen door deze vorm van cariës. (Wagner & Heinrich-Weltzien, 2017)

Studies in Vlaanderen toegespitst op Gent tonen aan dat 18,5% van de kinderen tussen 24 en 34 maanden ECC heeft en 12,2% S-ECC. (Martens, Vanobbergen, Willems, Aps, & De Maeseneer, 2006) ; (Willems, Vanobbergen, Martens, & De Maeseneer, 2005)

De aanwezigheid van cariës in een melkgebit, is een indicator dat het kind kwetsbaarder is om extra cariës te ontwikkelen in het verdere leven. De kauwvlakken en distale vlakken van de melkmolaren worden het vaakst aangetast (Leroy & Declerck, 2013). De Hoge Gezondheidsraad adviseert om vroegtijdig te beginnen met poetsen en eventueel na te poetsen bij een peuter. Dit tweemaal per dag, twee minuten lang met een fluoride tandpasta van 1000 ppm (Hoge gezondheidsraad, 2021). Daarnaast wordt aangeraden (Gezondheid.be, 2021) om suikerrijke voeding bij het kind zo veel mogelijk te beperken. Het opvolgen van deze adviezen kan cariës, tandvleesproblemen en andere ontstekingen in de mond voorkomen.

Factoren die geassocieerd worden met ECC en S-ECC in België, werden beschreven in meerdere studies. Voorspellers waren o.a. de **etniciteit van de ouder, de omgeving (achtergestelde buurt), de regio (geografie), het maandelijks inkomen (SES), de dagelijkse inname van zoetrijke drankjes, minder dan één keer per dag poetsen en de hoeveelheid plaque**. Deze variabelen waren in de studies significant geassocieerd met het voorkomen van ECC, S-ECC bij kinderen tussen 24 en 34 maanden. (Martens, Vanobbergen, Willems, Aps, & De Maeseneer, 2006); (Willems, Vanobbergen, Martens, & De Maeseneer, 2005)

1.3.1 Mondgezondheid en algemene gezondheid

Een gezonde mond staat in relatie met de algemene gezondheid en de levenskwaliteit van een persoon. De impact op de levenskwaliteit kan men o.a. meten aan de hand van OHIP-14 vragenlijst (Oral Health Impact Profile). Deze vragenlijst bevat 14 vragen omtrent functiebeperking, fysieke pijn, psychologisch ongemak, psychologische beperkingen, lichamelijke beperkingen, sociale beperkingen en andere beperkingen. (Vanobbergen & Lambert, Gezondheidspromotie en -bevordering, 2020-2021)

Een slechtere mondgezondheid kan het risico op lichamelijke aandoeningen doen stijgen. Voorbeelden van deze aandoeningen zijn cardiovasculaire aandoeningen, diabetes mellitus, pneumonie, vroeggeboorte, bevallen van kinderen met een laag geboortegewicht...

1.3.2 Mondgezondheid en SES

SES is de afkorting voor sociaal economische status of de positie van een gezin op de welvaarts ladder. Het wordt ook geassocieerd met de mondgezondheid van het kind. Belangrijke factoren hierbij zijn het maandelijks inkomen, de woonomgeving, de scholingsgraad, het opleidingsniveau en de etniciteit. Onderzoek in Vlaanderen geeft aan dat kinderen waarvan de ouders een hogere SES hebben 2,5 keer meer cariësvrij zijn dan kinderen waarvan de ouders een lagere SES hebben. Kinderen van ouders met een lagere SES tonen een significant hoger gemiddeld risicoprofiel voor het ontwikkelen van nieuwe cariës. (Vanobbergen, Martens, Lesaffre, & Declerck, 2001)

De studie van Willems et al. toont aan dat 37,6% van de kinderen die opgroeien in een familie met een lage scholingsgraad kans hebben op het ontwikkelen van ECC. Hoe lager het beroepsniveau van de familie, hoe hoger de kans op ECC. De fundamentele oplossing om de sociale ongelijkheid te reduceren ook in mondgezondheid, is om de armoede aan te pakken en de gelijkheid na te streven in inkomen, scholingsgraad en maatschappelijke deelname. (Willems, Vanobbergen, Martens, & De Maeseneer, 2005)

1.3.3 Mondgezondheid en etniciteit

De etniciteit of origine speelt ook een belangrijke rol in verband met de mondgezondheid. Zo toont de studie van Willems et al. aan dat kinderen van moeders met een Oost-Europese nationaliteit bij de geboorte een verhoogd risico hebben op het krijgen van cariës in vergelijking met de kinderen waarbij de moeders een West-Europese nationaliteit hebben bij de geboorte. In dit onderzoek wordt de etniciteit van de ouders beschouwd als een onafhankelijke voorspeller die significant geassocieerd wordt met de prevalentie van ECC. (Willems, Vanobbergen, Martens, & De Maeseneer, 2005)

1.3.4 Mondgezondheid en achtergestelde buurt

De sociale status van de buurt wordt toegekend aan elk gezin in België. Elk stedelijk adres is gekoppeld aan een armoede-indicator die aangeeft of het adres in een achterstandswijk ligt of niet. Deze gevalideerde samengestelde score wordt berekend met behulp van indicatoren gerelateerd aan inkomen, toegankelijkheid van de arbeidsmarkt (werkloos-langdurig werkloos), opleiding en beroep, kwaliteit van huisvesting, samenstelling van huishouden en samenstelling van de bevolking. De studie van Willems et al. stelt vast dat een achtergestelde buurt significant geassocieerd wordt met ECC. (Willems, Vanobbergen, Martens, & De Maeseneer, 2005)

1.3.5 Mondgezondheid en voeding

Uit de studie van Martens et al. wordt vastgesteld dat gaan slapen met zoete drankjes in een flesje, de kans op ECC verhoogt. Door de blootstelling aan cariogene stoffen tijdens de nacht, verhoogt het risico op cariës. Cariogene stoffen zijn cariës verwekkende stoffen. Ze bezorgen micro-organismen voedsel om zo met hun zuurproductie tand- en botweefsel af te breken. De studie rapporteert een odds ratio van 3,1 (95%CI: 1,20-7,96), wat betekent dat de kans op ECC 3 keer hoger ligt in een situatie waar er zoetrijke drankjes worden gegeven ten opzichte van een situatie waar er geen zoete drankjes worden gegeven. (Martens, Vanobbergen, Willems, Aps, & De Maeseneer, 2006)

1.3.6 Mondgezondheid en tandplaque

Tandplaque wordt vaak beschouwd als een opeenstapeling van micro-organismen gebed in een polysaccharide keten. Het is een belangrijke indicator voor het ontstaan van cariës in een kindermond. (VWVJ, 2009)

Hoe meer plaque er wordt vastgesteld in de mond, hoe groter de kans op ECC en S- ECC. Wanneer kinderen minder dan 1 maal per dag poetsen, ontstaat er meer plaque dan wanneer kinderen meer dan 1 maal per dag poetsen, wat leidt tot meer ECC. 31,1% van de kinderen in Vlaanderen heeft een plaque index van meer dan 1. Dit wil zeggen dat de plaque visueel zichtbaar is op de tandoppervlakken. Plaque is vermoedelijk de beste indicator om cariës te diagnosticeren. Kinderen die een plaque vrij gebit hebben en fluoride tandpasta gebruiken, ontwikkelen minder cariës op een leeftijd van 3 jaar. (Martens, Vanobbergen, Willems, Aps, & De Maeseneer, 2006)

1.3.7 Doel

Het doel van de bachelorproef is om na te gaan wat de mondgezondheid is van 3-jarige kinderen in Gent, en welke impact de socio-demografische factoren van de ouders hebben op de mondgezondheidstoestand van deze kinderen. Hierbij wordt gekeken naar de etniciteit van de ouders, de woonomgeving van het gezin, het recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorgen binnen het gezin, het hoogste diploma in het gezin, de hoogste beroepsklasse in het gezin, hoeveel personen er bijdragen aan het gezinsinkomen en hoe gemakkelijk ze rondkomen per maand.

2. Materialen en methoden

2.1 Studiedesign

Op basis van de bovenstaande onderzoeksdoelstelling werd volgende onderzoeksvraag omschreven: ‘Wat is de mondgezondheidstoestand van 3-jarige kinderen in Gent (P) en welke socio-demografische factoren van de ouders (I) hebben een invloed op de mondgezondheidstoestand (O) van deze kinderen?’

De onderzoeksvraag wordt met behulp van een observationeel, kwantitatief onderzoek beantwoord. Dit aan de hand van een vragenlijst ingevuld door de ouders en een klinisch onderzoek bij de kinderen uitgevoerd door derdejaarsstudenten Mondzorg van de Arteveldehogeschool Gent.

2.2 Populatie en steekproef

De totale populatie van deze studie zijn alle kinderen die in aanmerking komen voor de screening, nl. kinderen tussen 24 en 35 maanden die zijn ingeschreven in het PCBKGGGL (Pluralistisch Consultatiebureau Kind en Gezin Gentbrugge- Ledeberg). Kind en Gezin is een Vlaamse openbare dienst die tot doel heeft het welzijn en de gezondheid van alle kinderen vanaf de geboorte tot de leeftijd van 3 jaar te bewaken en te bevorderen.

Ouders met jonge kinderen worden op verschillende leeftijden uitgenodigd voor een consultatie bij de arts of verpleegkundige bij Kind & Gezin. Dit is echter geen verplichting. Ongeveer 80% gaat in op de uitnodiging voor het standaard 30-maandenconsult van K&G in het PCBKGGGL. Vervolgens krijgen de ouders ook tijdens het laatste medisch consult een uitnodiging voor een vrijblijvend bijkomend mondzorgconsult. Tijdens de periode van maart 2020 tot december 2021 werden er in totaal 162 kinderen gescreend tussen de 2 en 3 jaar oud. Al deze kinderen zijn opgenomen in de Kind & Gezin Mirage database. Zij vormen de steekproef voor het huidig onderzoek.

Tijdens deze gratis preventieve consulten werden kinderen onderzocht, kregen de ouders advies over voeding, eet- en poetsgewoonten van hun kind en werd een vragenlijst begeleid afgenomen. De begeleidende volwassene van alle kinderen werd gevraagd het formulier voor geïnformeerde toestemming te ondertekenen (bijlage B). Deze studie werd goedgekeurd door de ethische commissie van een Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent (bijlage A).

2.3 Meetinstrumenten

2.3.1 Klinisch mondonderzoek

2.3.1.1. Mondhygiëne

Om het niveau van mondhygiëne te beoordelen, werd de aanwezigheid van plaque bepaald door de gevalideerde plaque-index van Silness en Loë. Hierbij werden de buccale oppervlakken van de Ramfjord-tanden (6 geselecteerde tanden gebruikt om gingivale of plaque-condities in het gebit van een patiënt te beoordelen) gescoord van 0 tot 3 (van geen plaque tot een overvloed aan plaque), gevolgd door het berekenen van een gemiddelde plaque index score (bijlage D).

2.3.1.2 Cariës

Voor de cariës diagnostiek werd gebruik gemaakt van het gevalideerde two-digit ICDAS model (International Caries Detection and Assessment System) (bijlage D). De onderzoekers werden getraind en gekalibreerd op deze diagnostische criteria. Kalibratie-oefeningen volgden de richtlijnen voor training en kalibratie gepubliceerd door de British Association for the Study of Community Dentistry (BASCD). De examinatoren werden gekalibreerd op basis van foto's van geselecteerde tandvlakken. Hun resultaten werden vergeleken met de onderzoeksresultaten van de benchmark examiner (JV). Ook werden cariësvrije tandvlakken opgenomen. Om meer gedetailleerde informatie te verkrijgen van de inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid, werd de Cohen's kappa-coëfficiënt berekend. De totale interbeoordelaar gewogen k -waarden hadden een range tussen 0,71 en 0,81. Dit staat garant voor een hoge betrouwbaarheid.

2.3.2 De socio- demografische vragenlijst

Naast het verzamelen van de klinische gegevens van het kind (plaque-index en ICDAS-score), werd er ook nog aanvullende informatie verkregen op basis van een gevalideerde vragenlijst met de begeleidende volwassene van het kind tijdens het mondzorgconsult in het consultatiebureau. Dit gebeurde door het begeleid overlopen van de vragenlijst en duurde 15 à 20 minuten. De betrouwbaarheid van de vragenlijst werd in eerder onderzoek getest door gebruikmaking van een test-hertest bij een aselechte steekproef van 20 deelnemers met een interval van 10 dagen. (Willems, Vanobbergen, Martens, & De Maeseneer, 2005)

De vragenlijst omvat vragen over de nationaliteit van de ouders, de samenstelling van het gezin, het huisadres, verschillende vragen die de socio-economische status van het gezin en de mondgezondheid gerelateerde voedings- en hygiënegewoonten van het kind meten (bijlage C).

2.3.3 Mondgezondheid gerelateerde voedingsgewoonten

Naast de socio-demografische factoren werden ook de mondgezondheid gerelateerde voedingsgewoonten en mondhygiënegewoonten gemeten in de vragenlijst (bijlage C). In het kader van de bachelorproef wordt dit beperkt tot 4 variabelen: poetsfrequentie, wie poetst er, werd er borstvoeding gegeven aan het kind en het dagelijks gebruik van een zuigfles met gezoete dranken. De basisversie van de vragenlijst was opgesteld in het Nederlands, de officiële taal van het noorden van België. Vanwege het aantal immigranten werd de Nederlandse vragenlijst ook begeleid met ondersteunde icoontjes en vertaalde termen.

2.4 Werkprocedure

Elke ouder die inging op de uitnodiging voor een vrijblijvend bijkomend mondzorgconsult van hun kind kregen tijdens de consulten een kort sensibiliseringsmoment. Er werd een begeleidde vragenlijst afgenomen en een klinisch mondonderzoek uitgevoerd bij het kind. Vervolgens kregen de ouders een verwijsbrief mee waarin de resultaten van het klinisch mondonderzoek werd weergegeven met de bedoeling een tandarts of mondhygiënist te bezoeken (bijlage E).

2.5 Data-analyse

Alle data was geregistreerd op papier en werden daarna direct in IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0 ingevoerd (Corp, 2020). Aan de hand van een codeboek (bijlage F) werd er een descriptieve en inferentiële analyse beschreven met als uitkomstvariabel ECC en als verklarende variabelen de etniciteit van de moeder, het recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, het hoogste diploma binnenin het gezin, de hoogste beroepsklasse binnenin het gezin, aantal personen die bijdragen doen aan het gezinsinkomen, het rondkomen en het wonen in een achtergestelde buurt. Ook werden in de descriptieve analyse vier mondgerelateerde voeding- en mondhygiënegewoonten beschreven.

Op basis van het gevalideerde two-digit ICDAS model werd cariës in SPSS omgezet in de dmft-index of dmfs-index. De index staat voor de som van het aantal 'decayed' (aangetaste en onbehandelde), 'filled' (gevulde) en 'missing' (omwille van cariës ontbrekende of geëxtraheerde) elementen ('teeth') of tandvlakken ('surfaces'). De dmft/dmfs-index werd opgenomen als continue variabele.

Vervolgens werd er op basis hiervan een nieuwe variabele gecreëerd namelijk “cariësvrij”. Deze werd gedichotomiseerd in $dmft/dmfs = 0$ versus $dmft/dmfs > 0$ of $0 = \text{cariësvrij}$, $1 = \text{ECC}$. Het melkgebit telt maximum 20 tanden met 88 tandvlakken.

Elke variabele uit de vragenlijst werd afzonderlijk gebruikt in de analyse. Er werden zeven afzonderlijke sociaaleconomische variabelen op huishoudniveau gebruikt namelijk de beroepsstatus, opleidingsniveau, inkomen, rondkomen, verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorg, etniciteit en achtergestelde buurt. Beroep werd bevraagd indien aanwezig in het gezin voor één of beide ouder(s). Vervolgens werd er een nieuwe variabele gemaakt met de hoogste beroepsklasse in het gezin. Beroep werd geclassificeerd volgens de Standard Occupational Classification gepubliceerd door het Office of Population Censuses and Surveys en gecategoriseerd in vier groepen: leidinggevende en professionals, technisch en geschoolde niet-manuele arbeiders (ambtenaren, bedienden), geschoolde manuele arbeiders en tot slot laaggeschoold, ongeschoold en werkloos. Het opleidingsniveau was gebaseerd op het diploma van ouder A, degene die de vragenlijst invulde en ouder B, degene die mee het huishouden verricht. Nadien werd het diploma van ouder A met het diploma van ouder B gecombineerd en werd het opleidingsniveau gedefinieerd als de persoon met de hoogste kwalificatie in het gezin. Vervolgens werd dit gedichotomiseerd in ‘geen diploma en verdergezet onderwijs tot het secundair onderwijs’ en ‘hoger onderwijs’. Dit om evenwaardige groepen te creëren. Het inkomen is gebaseerd op het aantal personen die bijdragen aan het gezinsinkomen. Daarna werd er een nieuwe variabele gecreëerd en gedichotomiseerd in één persoon die bijdraagt aan het gezinsinkomen en meer dan één persoon die bijdraagt aan het gezinsinkomen. Ook het rondkomen met hun totaal gezinsinkomen behoorde bij de sociaaleconomische variabelen. Het werd eerst gecategoriseerd in 6 groepen (zeer moeilijk-moeilijk-eerder moeilijk-eerder makkelijk-makkelijk-zeer makkelijk). Daarna werd het rondkomen gedichotomiseerd in ‘moeilijk’ en ‘makkelijk’. De variabele: “Verhoogde tegemoetkoming” werd gedichotomiseerd in de antwoordmogelijkheden ja en neen. Etniciteit werd gedefinieerd als de nationaliteit van de moeder bij de geboorte en werd vervolgens gecategoriseerd in zes categorieën (West-Europa + Zuid-Europa, Oost-Europa, Turkije, Afrika, Azië en andere). De Turkse bevolking werd als een aparte groep beschouwd omdat deze normaliter een grotere en belangrijke groep is in de Gentse bevolking. Tot slot behoorde de variabele “achtergestelde buurt” ook tot de vragen over de socio-economische status van het gezin. Dit was een dichotome variabele met de antwoordmogelijkheden ja en neen. De achtergestelde buurt werd bepaald met een kansarmoede index op sectorniveau. Deze index is samengesteld uit een set criteria die zo goed mogelijk de multidimensionaliteit van kansarmoede benadert. De indicatoren betreffen o.a. het mediaan netto fiscaal inkomen per belastingplichtige, de verhouding personen met een leefloon (RMI) of levensminimum (RMH) bij het OCMW, het percentage rechthebbenden in de verplichte ziekteverzekering, met recht op verhoogde tegemoetkoming (VT), inclusief OMNIO-statuut, het aandeel laaggeschoolden, de werkloosheidsdruk, het aandeel kansarme geboortes (binnen alle geboortes), geregistreerd door Kind en Gezin, het aandeel huurders t.o.v. de huishoudens, de verhouding van het aantal eenoudergezinnen t.o.v. het totaal

aantal huishoudens (= gezinnen) en het aandeel personen met een herkomst uit een niet-EU land. Er wordt een afkapwaarde vastgelegd op 5. Vanaf er op 5 van de 9 armoede indicatoren slecht wordt gescoord, kan men spreken van een achtergestelde buurt. (Stad Gent, 2018)

Een descriptieve analyse beschrijft de individuele variabelen waarna variabelen onderling met elkaar worden vergeleken in een inferentiële analyse. Kruistabellen met Chi² testen werden gebruikt om 2-dimensionele relaties tussen ECC en de socio-demografische variabelen te bestuderen. Er werd geen rekening gehouden met de mogelijke versturende invloed van andere variabelen. Het significantieniveau werd ingesteld op 5%.

3. Resultaten

3.1 Descriptieve analyse

3.1.1 Beschrijving van de steekproef

Er namen 162 kinderen tussen de 2 en 3 jaar deel aan het gratis mondzorgconsult in het PCBKGGL in Gent. De gemiddelde leeftijd van de kinderen bedroeg 2,5 jaar (SD=0,37) met een range tussen 1,28 jaar en 3,95 jaar.

3.1.2 Beschrijving van de uitkomstvariabelen

In tabel 1 worden de verschillende uitkomstvariabelen weergegeven. Voor de continue variabelen worden de maten van ligging (het gemiddelde (gem)) en spreiding (de standaarddeviatie (SD)) weergegeven, en voor de categorische variabelen de frequentietabel (het aantal (N), het procent (%), het valide procent (%)). De gemiddelde mondhygiëne, op een schaal van 3, was 0,31 (SD=0,57). Er was sprake van geen zichtbaar plaque op de tandoppervlakken van het kind. Het gemiddeld aantal aangetaste tanden (dmft) bedroeg 0,41 (SD=1,48). Het gemiddeld aantal aangetaste tandvlakken (dmfs) bedroeg 0,52 (SD=2,06) met een range tussen de 0 en 13 vlakken. Early Childhood Cariës was gediagnosticeerd bij 13,1% van de kinderen in het PCBKGGL in Gent.

Tabel 1: frequentietabel uitkomstvariabelen

| Uitkomstvariabelen | Gemiddelde (gem) | Standaarddeviatie (SD) | |
|--------------------|------------------|------------------------|--------------------|
| Mondhygiëne | 0,31 | 0,57 | |
| Dmft | 0,41 | 1,48 | |
| Dmfs | 0,52 | 2,06 | |
| | N | Procent (%) | Valide procent (%) |
| ECC | | | |
| Geen ECC | 133 | 82,1 | 86,9 |
| ECC | 20 | 12,3 | 13,1 |
| Totaal | 162 | 94,5 | 100,0 |
| Missing | 9 | 5,5 | |

3.1.3 Beschrijving van de verklarende variabelen

In tabel 2 worden de verschillende verklarende variabelen weergegeven met een frequentietabel (het aantal (N), het procent (%), valide procent (%) en het cumulatief procent (%)). 67,5% van de moeders heeft een Zuid- of West-Europese nationaliteit bij de geboorte. 29,4% van de ouders heeft een verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorg. Ook heeft 61,5% van de ouders een diploma van het hoger onderwijs. Bij 50% van de ouders voert minstens één ouder een beroep leidinggevende of professionals uit. Dit betekent dat de helft van de ouders in deze studie een hoog beroep uitoefenen. Bij 66,2% draagt meer dan 1 persoon bij tot het gezinsinkomen. 77,1% geeft aan dat ze eerder gemakkelijk tot zeer makkelijk rondkomen met hun inkomen. Bijna de helft van de kinderen die deelnamen aan het onderzoek wonen in een achtergestelde buurt (44,2%).

Tabel 2: Frequentietabel verklarende variabelen

| | N | Procent (%) | Valide procent (%) | Cumulatief procent (%) |
|---|----------|--------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Etniciteit | 160 | 98,8 | 100,0 | |
| Missing | 2 | 1,2 | | |
| Zuid-+ West-Europa | 108 | 66,7 | 67,5 | 67,5 |
| Oost-Europa | 16 | 9,9 | 10,0 | 77,5 |
| Turkije | 5 | 3,1 | 3,1 | 80,6 |
| Afrika | 16 | 9,9 | 10,0 | 90,6 |
| Azië | 14 | 8,6 | 8,8 | 99,4 |
| Andere | 1 | 0,6 | 0,6 | 100,0 |
| Verhoogde tegemoetkoming | 136 | 84,0 | 100,0 | |
| Missing | 26 | 16,0 | | |
| Ja | 40 | 24,7 | 29,4 | 29,4 |
| Neen | 96 | 59,3 | 70,6 | 100,0 |
| Hoogste diploma | 156 | 96,3 | 100,0 | |
| Missing | 6 | 3,7 | | |
| Geen en verdergezet tot secundair onderwijs | 60 | 37,0 | 38,5 | 38,5 |
| Hoger onderwijs | 96 | 59,3 | 61,5 | 100,0 |
| Hoogste beroep | 146 | 90,1 | 100,0 | |
| Missing | 16 | 9,9 | | |
| Leidinggevende en Professionals | 73 | 45,1 | 50,0 | 50,0 |
| Technisch en geschoolde niet manuele arbeider | 41 | 25,3 | 28,1 | 78,1 |
| Geschoolde manuele arbeider | 9 | 5,6 | 6,2 | 84,2 |
| Ongeschoolde manuele arbeider en niet geclassificeerd | 23 | 14,2 | 15,8 | 100,0 |

| | | | | |
|----------------------------------|-----|------|-------|-------|
| Inkomen | 151 | 93,2 | 100,0 | |
| Missing | 11 | 6,8 | | |
| 1 persoon die Bijdraagt | 51 | 31,5 | 33,8 | 33,8 |
| Meer dan 1 persoon die bijdraagt | 100 | 61,7 | 66,2 | 100,0 |
| Rondkomen | 153 | 94,4 | 100,0 | |
| Missing | 9 | 5,6 | | |
| Moeilijk | 35 | 21,6 | 22,9 | 22,9 |
| Makkelijk | 118 | 72,8 | 77,1 | 100,0 |
| Achtergestelde buurt | 129 | 79,6 | 100,0 | |
| Missing | 33 | 20,4 | | |
| Ja | 57 | 35,2 | 44,2 | 44,2 |
| Neen | 72 | 44,4 | 55,8 | 100,0 |

3.1.4 Beschrijving mondgezondheid gerelateerde voedings- en mondhygiënegewoonten

In tabel 3 wordt weergegeven dat 48,4% van de kinderen eenmaal per dag hun tanden poetsen. Bij 45,4% van de kinderen worden de tanden geпоetst door de ouders. Ook krijgt 79,2% van de kinderen borstvoeding. Meer dan de helft (59,7%) van de kinderen krijgt geen zuigfles met gezoete dranken.

Tabel 3: mondgezondheid gerelateerde voedingsgewoonten en mondhygiënegewoonten

| | Frequentie (N) | Procent (%) | Valide procent (%) | Cumulatief procent (%) |
|-------------------------------|----------------|-------------|--------------------|------------------------|
| Poetsfrequentie | 159 | 98,1 | 100,0 | |
| Missing | 3 | 1,9 | | |
| - Enkele keren per week | 10 | 6,2 | 6,3 | 6,3 |
| - Eenmaal daags | 77 | 47,5 | 48,4 | 54,7 |
| - Meermaals daags | 72 | 44,4 | 45,3 | 100,0 |
| Wie poetst er? | 152 | 93,8 | 100,0 | |
| Missing | 10 | 6,2 | | |
| - Ouders | 69 | 42,6 | 45,4 | 45,4 |
| - Kind zelf | 18 | 11,1 | 11,8 | 57,2 |
| - Soms ouder soms kind | 50 | 30,9 | 32,9 | 90,1 |
| - Ouder en kind poetsen samen | 15 | 9,3 | 9,9 | 100,0 |
| Borstvoeding | 159 | 98,1 | 100,0 | |
| Missing | 3 | 1,9 | | |
| - Ja | 126 | 77,8 | 79,2 | 79,2 |

| | | | | |
|---|-----|------|-------|-------|
| - Neen | 33 | 20,4 | 20,8 | 100,0 |
| Zuigfles met gezoete dranken (geen water of melk) | 159 | 98,1 | 100,0 | |
| Missing | 3 | 1,9 | | |
| - Neen | 95 | 58,6 | 59,7 | 59,7 |
| - Ja | 41 | 25,3 | 25,8 | 85,5 |
| - Soms | 23 | 14,2 | 14,5 | 100,0 |

3.2 Inferentiële analyse

3.2.1 Etniciteit en ECC

Er is een statistisch significant verschil tussen de herkomst van de moeder en het voorkomen van ECC ($p=0,046$). Bij moeders met een West- of Zuid-Europese nationaliteit, hebben 9,9% van de kinderen ECC. Dit is een stuk minder vergeleken met een Oost-Europese moeder. Hier heeft 31,3% van de kinderen ECC. 6,3% van de kinderen waarbij hun moeder een Afrikaanse herkomst heeft, hebben ECC. Dit is ook een stuk minder dan de Oost-Europese moeders. Bij moeders met een Aziatische nationaliteit hebben 33,3% van de kinderen ECC. Het aantal moeders met een Turkse of andere nationaliteit is te klein om een zinvolle interpretatie af te leiden van deze gegevens.

Als men de etniciteit onderling gaat vergelijken, ziet men een statistisch significant verschil tussen kinderen waarvan de moeder een Oost-Europese afkomst heeft en kinderen waarvan de moeder een West-Europese afkomst heeft ($p=0,018$). Er is ook een statistisch significant verschil tussen de kinderen waarvan de moeder een Aziatische origine heeft en kinderen waarvan de moeder een West-Europese origine heeft ($p=0,020$). Het voorkomen van ECC is het grootst bij kinderen waarvan de moeder een Oost-Europese of Aziatische origine heeft.

Tabel 4: kruistabel nationaliteit nu x cariësvrij

| Nationaliteit nu | | Geen ECC | ECC | Totaal |
|------------------------|--------|----------|-------|--------|
| West- en Zuid-Europese | Aantal | 91 | 10 | 101 |
| | % | 90,1% | 9,9% | 100,0% |
| Oost-Europese | Aantal | 11 | 5 | 16 |
| | % | 68,8% | 31,3% | 100,0% |
| Turkse | Aantal | 5 | 0 | 5 |
| | % | 100,0% | 0,0% | 100,0% |
| Afrikaanse | Aantal | 15 | 1 | 16 |
| | % | 93,8% | 6,3% | 100,0% |

| | | | | |
|-------------------|--------|-------|-------|--------|
| | | | | |
| Aziatische | Aantal | 8 | 4 | 12 |
| | % | 66,7% | 33,3% | 100,0% |
| Andere | Aantal | 1 | 0 | 1 |
| | % | 100% | 0,0% | 100,0% |
| Totaal | Aantal | 131 | 20 | 151 |
| | % | 86,8% | 13,2% | 100,0% |

3.2.2 Verhoogde tegemoetkoming en ECC

Als men de verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorg ging bekijken ten opzichte van het voorkomen van ECC, zag men dat er een statistisch significant verschil werd gevonden tussen kinderen die genieten van een verhoogde tegemoetkoming en kinderen die niet genieten van een verhoogde tegemoetkoming ($p=0,016$). 25,0% van de kinderen waarbij het gezin een verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorg krijgt, heeft ECC. Krijgt het gezin geen verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorg, heeft 8,8% van de kinderen ECC.

Tabel 5: kruistabel verhoogde tegemoetkoming x cariësvrij

| Geniet het kind van een verhoogde tegemoetkoming? | | Geen ECC | ECC | Totaal |
|---|--------|----------|-------|--------|
| Neen | Aantal | 83 | 8 | 91 |
| | % | 91,2% | 8,8% | 100,0% |
| Ja | Aantal | 27 | 9 | 36 |
| | % | 75,0% | 25,0% | 100,0% |
| Totaal | Aantal | 110 | 17 | 127 |
| | % | 86,6% | 13,4% | 100,0% |

3.2.3 Overige verklarende variabelen en ECC

Er werden geen statistisch significante verschillen waargenomen tussen het voorkomen van ECC en de verschillende diploma's binnenin het gezin ($p=0,396$), de verschillende soorten beroepsklasse binnenin het gezin ($p=0,172$), het aantal deelnemers die bijdrage leveren aan het maandelijks inkomen ($p=0,243$), het al dan niet rondkomen in het gezin ($p=0,06$) en het al dan niet wonen in een achtergestelde buurt ($p=0,747$).

4. Discussie

Het doel van deze studie was inzicht te hebben in de mondgezondheid van 3-jarige kinderen in Gent en om na te gaan welke socio-demografische factoren een invloed hebben op die mondgezondheid.

De huidige studie rapporteert een prevalentie van ECC van 13,1% bij de 3-jarige kinderen in Gent. In vergelijking met de studie van Willems et al. kan er worden vastgesteld dat er een daling is van 5,4% in het voorkomen van ECC bij deze leeftijdsgroep sinds het begin van 2000. Echter zijn de gegevens in de huidige studie beperkt tot 1 consultatiebureau waar in de studie van Willems et al. meerdere consultatiebureaus in Gent betrokken waren. (Willems, Vanobbergen, Martens, & De Maeseneer, 2005)

De resultaten van de cross-sectionele studie van Willems et al. bevestigen deels de resultaten die gerapporteerd werden in het huidige onderzoek. Het voorkomen van ECC was het grootst bij kinderen waarvan de moeder een Oost-Europese origine had in vergelijking met de kinderen waarvan de moeder een West-Europese origine had. Enkel hield de studie van Willems et al. rekening met eventuele confounders en werd er een meervoudig logistisch regressiemodel ingebouwd om de onafhankelijke voorspellers te bepalen, waardoor in de studie van Willems et al. kon besloten worden dat de etniciteit een onafhankelijke voorspeller was bij het vaststellen van de prevalentie van ECC. Andere variabelen zoals het rondkomen, het aantal personen die bijdrage leveren tot het gezinsinkomen, het hoogste diploma binnenin het gezin, de hoogste beroepsklasse binnenin het gezin werden ook niet bevestigd door de studie van Willems et al. (Willems, Vanobbergen, Martens, & De Maeseneer, 2005)

In de huidige studie werd de achtergestelde buurt niet als onafhankelijke voorspeller vastgesteld zoals in de studie van Willems et al. Wel is er een verschil tussen het voorkomen van ECC en kinderen die al dan niet wonen in een achtergestelde buurt. Vermoedelijk heeft het te maken met de afkapwaarde van de kansarmoede index die gebruikt werd. Bovendien is het aantal deelnemers in de huidige studie beperkter dan bij de voorafgaande studie. Een grotere steekproef vergroot de power van de studie met een grotere kans tot een kleinere toevalsfout. Daarnaast werd er in de huidige studie een statistisch significant verschil aangetoond tussen het voorkomen van ECC en het al dan niet hebben van een verhoogde tegemoetkoming. De studie van Willems et al. bevestigt dit niet omdat deze variabele niet opgenomen werd in de data verzameling. Het hebben van een verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorg en een moeder met een Oost-Europese of Aziatische nationaliteit waren het sterkst geassocieerd met het voorkomen van ECC in deze huidige studie.

De sterktes in dit onderzoek waren het gebruik van een gevalideerde vragenlijst, een gevalideerde plaque-index van Silness en Loë en een gevalideerde two-digit ICDAS model waarbij de onderzoekers getraind en gekalibreerd waren volgens deze diagnostische criteria. Deze studie kent ook enkele zwaktes. Er werd slechts 1 consultatiebureau betrokken namelijk het PCBKGGGL waardoor er geen volledig beeld kan geven worden over het voorkomen van ECC bij de kinderen in Gent. Normaliter is de Turkse groep een grotere en belangrijke groep in de Gentse bevolking. Ook bij de vorige studies werd deze groep als apart beschouwd, maar in de huidige studie was het aantal Turkse deelnemers beperkt. Daarnaast werd er geen meervoudig logistisch regressiemodel ingebouwd om confounding weg te werken waardoor er in de huidige studie niet gezocht werd naar onafhankelijke voorspellers bij het voorkomen van ECC. Ook bestaat er een kans op het insluipen van een type II-fout. Het beperkt aantal deelnemers zorgden ervoor dat de power van de studie eerder laag was en dat niet alle verschillen tussen ECC en de verklarende variabelen konden bewezen worden (type I-fout). Echter kan deze studie wel een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van effectievere strategieën voor bevordering en preventie van ECC in de eerste levensfase van het kind.

5. Conclusie

Uit dit onderzoek bleek dat er bij 13,1% van de kinderen tussen de 2 en 3 jaar in Gent ECC werd vastgesteld. De gemiddelde dmfs-score bedroeg 0,52.

De belangrijkste risicofactoren voor het voorkomen van ECC waren de etniciteit van de moeder (in het bijzonder de Oost-Europese moeders en de Aziatische moeders) en het krijgen van een verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorg in het gezin. Voor andere socio-demografische variabelen werd er geen statistisch significante impact gevonden op het voorkomen van ECC.

6. Bibliografie

- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2015, februari 26). *Ik heb last van tandbederf*. Opgehaald van Thuisarts.nl: <https://www.thuisarts.nl/tandbederf/ik-heb-last-van-tandbederf>
- Adil, A., Eusufzai, S., Kamruddin, A., Wan Ahmad, W., Jamayet, N., Karobari, M., & Alam, M. (2020). Assessment of Parents' Oral Health Literacy and Its Association with Caries Experience of Their Preschool Children. *Children (Basel)*, (8):101.
- Adil, A., Eusufzai, S., Kamruddin, A., Wan Ahmad, W., Jamayet, N., Karobari, M., & Alam, M. (2020). Assessment of Parents' Oral Health Literacy and Its Association with Caries Experience of Their Preschool Children. *Children (Basel)*, 7(8):101.
- Corp, I. (2020). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0*. Armonk, NY.
- De Reu, G., Vanobbergen, J., & Martens, L. (2008). The influence of social indices on oral health and oral health behaviour in a group of Flemish socially deprived adolescents. *Community Dent Health*, (1):33-7.
- Dentistry, A. A. (2008). *Definition of Early Childhood Caries*. Opgehaald van aapd: https://www.aapd.org/assets/1/7/d_ecc.pdf
- Drury, T., Horowitz, A., Ismail, A., Maertens, M., Rozier, R., & Selwitz, R. (1999). Diagnosing and reporting Early Childhood Caries for research purposes. *Journal of Public Health Dentistry*, 59(3):192-7.
- Fraihat, N., Madae, S., Bencze, Z., Herczeg, A., & Varga, O. (2019). Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Oral-Health Promotion in Dental Caries Prevention among Children: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 16(15):2668.
- Gezonde Mond. (sd). *De mond van 0 tot 6 jaar : het melkgebit*. Opgehaald van Gezonde Mond: <https://gezondemonde.be/jongeren/de-mond-van-0-tot-6-jaar-het-melkgebit/>
- Gezondheid.be. (2021, maart). *Tandbederf voorkomen*. Opgehaald van gezondheid.be: https://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=4101
- Ghaffari, M., Rakhshanderou, S., Ramezankhani, A., Buunk-Werkhoven, Y., Noroozi, M., & B, A. (2018). Are educating and promoting interventions effective in oral health?: A systematic review. *Int J Dent Hyg*, (1):48-58.
- Ghaffari, M., Rakhshanderou, S., Ramezankhani, A., Noroozi, M., & Armoon, B. (2018). Oral Health Education and Promotion Programmes: Meta-Analysis of 17-Year Intervention. *Int J Dent Hyg*, (1):59-6.
- Gomes, M., Clementino, M., Pinto-Sarmiento, T., Costa, E., Martins, C., Granville-Garcia, A., & Paiva, S. (2015). Parental Perceptions of Oral Health Status in Preschool Children and Associated Factors. *Braz Dent J.*, 26(4): 428-34.
- Hoge gezondheidsraad. (2021, september). *Fluor(ide) ter voorkoming van tandbederf: rol van tandpasta's en huidige situatie in België*. Opgehaald van Hoge Gezondheidsraad: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20210924_hgr-9602_advies_fluor_vweb.pdf

- Holst Algren, M., Kronborg Bak, C., Berg-Beckhoff, G., & Tanggaard Andersen, P. (2015, oktober 27). *Health-Risk Behaviour in Deprived Neighbourhoods Compared with Non-Deprived Neighbourhoods: A Systematic Literature Review of Quantitative Observational Studies*. Opgehaald van Plos One: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139297>
- KNMT. (2012-2021). *Mondgezondheid, gebitsgezondheid*. Opgehaald van Staat van de mondzorg: <https://www.staatvandemondzorg.nl/mondgezondheid/gebitsgezondheid/>
- Leroy, R., & Declerck, D. (2013). Impact of caries onset on number and distribution of new lesions in preschool children. *Int J Paediatr Dent*, (1):39-47.
- Martens, L., Vanobbergen, J., Willems, S., Aps, J., & De Maeseneer, J. (2006). Determinants of early childhood caries in a group of inner-city children. *Quintessence Int*, (7):527-36.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2022, februari 17). *Ik wil mijn tanden goed verzorgen*. Opgehaald van Thuisarts.nl thuis in gezondheid: <https://www.thuisarts.nl/tanden-verzorgen/ik-wil-mijn-tanden-goed-verzorgen>
- Stad Gent. (2018, / /). *Indicatorenrapport Armoede*. Opgehaald van Stad Gent: <https://stad.gent/nl/over-gent-stadsbestuur/over-gent/kaarten-cijfers-en-data/onderzoeken-cijferenrapporten/armoede-studies/indicatorenrapport-armoede>
- Stad Gent. (sd). *Gent: In cijfers*. Opgehaald van Gent buurtmonitor: <https://gent.buurtmonitor.be/>
- van der Putten, G. (2019, December 19). De relatie mondgezondheid en algemene gezondheid bij ouderen. *NTVT*, pp. 653-656.
- Vanobbergen, J., & Lambert, M. (2020-2021). *Gezondheidspromotie en -bevordering*. Gent: Artevelde Hogeschool.
- Vanobbergen, J., De Visschere, L., Daems, M., Ceuppens, A., & Van Emelen, J. (2010). Sociodemographic determinants for oral health risk profiles. *Int J Dent*, 1-4.
- Vanobbergen, J., Martens, L., Lesaffre, E., & Declerck, D. (2001). Parental occupational status related to dental caries experience in 7- years- old children in Flanders (Belgium). *Community Dental Health*, 18,256-262.
- Vanobbergen, J., Martens, L., Lesaffre, E., Bogaerts, K., & Declerck, D. (2001). Assessing risk indicators for dental caries in the primary dentition. *Community Dent Oral Epidemiol*, (6):424-34.
- Vanobbergen, J., Martens, L., Lesaffre, E., Bogaerts, K., & Declerck, D. (2001). Assessing risk indicators for dental caries in the primary dentition. *Community Dent Oral Epidemiol*, (6): 424-34.
- Vlaams instituut Gezond Leven. (sd). *Gezondheidsdeterminanten*. . Opgehaald van Vlaams Instituut Gezond Leven: <https://www.gezondleven.be/gezond-leven-gezonde-omgeving/gezondheidsdeterminanten>
- VWVJ. (2009). *Standaard Mondgezondheid deel II : Pathologie van mond en tanden*. Leuven.
- Wagner, Y., & Heinrich-Weltzien, R. (2017). Risk factors for dental problems: Recommendations for oral health in infancy. *Early human development*, 114,16-21.
- Willems, S., Vanobbergen, J., Martens, L., & De Maeseneer, J. (2005). Independent impact of Household - and Neighborhood- based Social determinant on Early Childhood Cariës : A Cross - sectional Study of Inner- city Children. *Fam Community Health*, 28(2):168-75.

7. Bijlagen

Bijlage A: goedkeuring ethisch comité

Bijlage B: informed consent

Bijlage C: vragenlijst

Bijlage D: klinisch onderzoek

Bijlage E: verwijsbrief

Bijlage F: codeboek

Bijlage A: goedkeuring ethisch comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Rita Cauwels
VG Mondgezondheidswetenschappen - GE36
ALHIER

| | | | |
|--------------------------------|--------------------|--|--------|
| contact | telefoon | e-mail | |
| Commissie voor medische Ethiek | +32 (0)9 332 41 81 | Ethisch.comite@uzgent.be | |
| Ons kenmerk | Uw kenmerk | datum | pagina |
| 2019/1923 | NVT | 11/03/2020 | 1/3 |

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:

"De ontwikkeling van een interventie voor het verbeteren van de mondgezondheid bij kinderen tussen 0-3. Scriptie Line Hommez"

B.U.N.: B670201942570

- * Informatie- en waarschuwingsnota dd 17/12/2019: Line Hommez
- * Antwoord onderzoeker ontvangen via mail van Lien Hommez (mail dd. 29/02/2020 ontvangen op 2/03/2020) in antwoord op opmerkingen EC dd. 23/01/2020
- * Adviesaanvraagformulier, (Aangepaste versie ontv. 02/03/2020)
- * Vragenlijsten
- * Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier dd 21/2/2020

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. Rita Cauwels

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 09/03/2020 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 09/03/2021, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE. A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 09/03/2020 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 09/03/2021, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITÉ VAN 24/03/2020.

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 24/03/2020.

- * *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- * *Het Ethisch Comité beklemt dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- * *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- * *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandsstalige documenten.*
- * *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

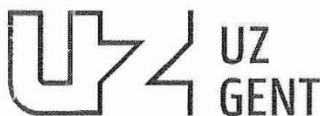
VOORZITTER:
Prof. dr. P. Deroen

SECRETARIS
Prof. dr. R. Peleman

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(0)9 332 33 36
Sara De Smet
T +32(0)9 332 69 55
Sabine Van de Moortele
T +32(0)9 332 68 54

SECRETARIAAT
Sebastian Callewaert
T +32(0)9 332 41 81
Mariëtte De Meyer
T +32(0)9 332 05 06
Charlotte De Wolf
T +32(0)9 332 22 66
Sandra De Paeppe
T +32(0)9 332 26 98
Ann Haenebalcke
T +32(0)9 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

- ° *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- ° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- ° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- ° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- ° *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- ° *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- ° *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Ledenlijst 2019-2023:

| | |
|--------------------|---|
| Voorzitter: | Prof.dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂) |
| Secretaris: | Prof.dr. R. PELEMAN (UZG –Internist, ♂) |
| Leden: | Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂) |
| | Dhr. K. BENHADDOU (menswetenschapper, ♂) |
| | Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂) |
| | Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – Internist, ♂) |
| | Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂) |
| | Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀) |
| | Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂) |
| | Dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀) |
| | Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – fysiotherapeute, ♀) |
| | Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂) |
| | Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀) |
| | Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀) |
| | Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀) |
| | Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀) |
| | Prof.dr. F. MORTIER (UG – moraalfilosoof, ♂) |
| | Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂) |
| | Dr. N. PETERS (UZG – fertiiteitsarts, ♀) |
| | Prof.dr. R. PIERS (UZG - geriater, ♀) |
| | Prof.dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂) |
| | Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀) |
| | Prof.dr. S. STERCKX (moraalfilosoof, ♀) |
| | Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger) |
| | Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂) |
| | Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂) |
| | Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂) |
| | Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀) |
| | Prof.dr. K. VAN LIERDE (UG – logopediste, ♀) |
| | Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – gynaecoloog, ♂) |



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Onderzoek naar de mondgezondheid bij kinderen tussen 0 en 3 jaar.

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

De vakgroep Mondgezondheidswetenschappen, Team Mondzorg Bijzondere noden, voert een onderzoek uit naar de mondgezondheid van kinderen tussen 0 en 3 jaar, in samenspraak met de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) en de consultatiebureaus van Kind & Gezin.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen die betrekking heeft op de mondgezondheid van uw kind. Dit zal ongeveer een kwartier van uw tijd in beslag nemen. Nadien zal ook bij uw kind in de mond gekeken worden. Het betreft hierbij een routineonderzoek, waarbij gekeken wordt naar de aanwezigheid van tandplaque en eventueel tandbederf (gaatjes) in de melktanden.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Dr. Martijn Lambert (UGent) en em. Prof. Jacques Vanobbergen (Artevelde Hogeschool).

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de behandeling van (severe) early childhood caries (tandbederf op heel jonge leeftijd).

4. KOSTEN

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) of (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier). In het geval van pseudonimisering zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door hem/haar aangestelde vervanger. Enkel de gepseudonimiseerde/ gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 30 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de hoofdonderzoeker, Dr. Martijn Lambert (UGent). Zijn onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens, naast de teams van em. Prof. Dr. Jacques Vanobbergen (Artevelde Hogeschool), Isabel Haentjens (Centra voor Leerlingenbegeleiding) en Johan Behets (Kind & Gezin).

In het kader van de gegevensbescherming zullen de gegevens verwerkt worden door personen behorend tot het onderzoeksteam en aangeduid door en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker inclusief interne medewerkers met een niet-gezondheidszorgberoep.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

TOESTEMMINGSFORMLIER VOOR DE DEELNEMERS

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

| | |
|--|--|
| Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht. | |
| Ik stem ermee in om deel te nemen aan deze studie. | |
| Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling. | |
| Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie. | |
| Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 30 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan. | |

| | | |
|---|--------------|-------|
| Naam en voornaam van de deelnemer | Handtekening | Datum |
| Naam en voornaam van de arts-onderzoeker* | Handtekening | Datum |

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

| | |
|--|--|
| Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt. | |
| Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden. | |

Bijlage C: vragenlijst



VRAGENLIJST TANDZORGPROJECT KIND & GEZIN

CB:

DATUM ONDERZOEK (dd/mm/jjjj):

NAAM VAN HET KIND:

GEBOORTEDATUM (dd/mm/jjjj):

DEEL 1: Identificatiegegevens

1. Wie is de geïnterviewde?

- de moeder van het kind
- de vader van het kind
- andere nl.

2. Welke nationaliteit had de moeder bij haar geboorte?.....

3. Welke nationaliteit heeft de moeder nu?.....

4. Uit welke personen bestaat het gezin waarin het kind meestal verblijft?

(kruis de verschillende gezinsleden aan)

- moeder van het kind
- vader van het kind
- partner van de moeder of de vader
- kinderen, dit kind niet meegeteld: (aantal)
- grootouders: (aantal)
- andere volwassenen: (aantal)

5. Wie neemt binnen dit gezin het grootste deel van de opvoedingstaak van het kind op zich?

Naar deze persoon wordt later in deze vragenlijst verwezen als "persoon A".

(kruis 1 mogelijkheid aan)

- enkel de moeder van het kind
- enkel de vader van het kind
- beide ouders evenveel ("persoon A" is hierbij de geïnterviewde persoon)
- partner van de moeder of de vader
- grootouder
- andere volwassene nl.

6. Verbleef het kind tijdens het voorbije 12 maanden meer dan 30 dagen in het ziekenhuis?

- ja
- nee

7. Verblijft het kind regelmatig in een ander gezin of in een andere omgeving dan in het eigen gezin ?

(bijvoorbeeld de grootouders, een kinderdagverblijf, een onthaalmoeder, ...)

Met regelmatig bedoelen we minimaal 1 maal per week gedurende een ononderbroken periode van minimum 5 uren.

- onregelmatig of nooit
- regelmatig, namelijk:
 - in een kinderdagverblijf, namelijk gemiddeld aantal uren / week
 - bij een onthaalmoeder, namelijk gemiddeld aantal uren / week
 - bij de grootouders, namelijk gemiddeld aantal uren / week
 - bij anderen namelijk, gemiddeld aantal uren / week

DEEL 2: Verzekeringsstatus, opleiding en beroep

1. Is het kind **in regel met het ziekenfonds** ?

neen

ja

Zo ja, wat is de code gerechtigde? Dit is de code die bestaat uit tweemaal 3 cijfers (bv 110/110 of 111/111 of 130/130 of 131/131....)

... / ...

Indien u deze code niet kent: Geniet het kind verhoogde tegemoetkoming ?

neen

ja

2. Wat is het **hoogste diploma** dat behaald werd?

| (persoon A) | (partner van persoon A) |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> geen | <input type="checkbox"/> geen |
| <input type="checkbox"/> lager onderwijs | <input type="checkbox"/> lager onderwijs |
| <input type="checkbox"/> lager secundair beroepsonderwijs | <input type="checkbox"/> lager secundair beroepsonderwijs |
| <input type="checkbox"/> lager secundair technisch onderwijs (A3) | <input type="checkbox"/> lager secundair technisch onderwijs (A3) |
| <input type="checkbox"/> lager algemeen vormend onderwijs | <input type="checkbox"/> lager algemeen vormend onderwijs |
| <input type="checkbox"/> hoger secundair beroepsonderwijs | <input type="checkbox"/> hoger secundair beroepsonderwijs |
| <input type="checkbox"/> hoger secundair technisch onderwijs (A2) | <input type="checkbox"/> hoger secundair technisch onderwijs (A2) |
| <input type="checkbox"/> hoger algemeen vormend onderwijs | <input type="checkbox"/> hoger algemeen vormend onderwijs |
| <input type="checkbox"/> hoger onderwijs, niet universitair (A1) | <input type="checkbox"/> hoger onderwijs, niet universitair (A1) |
| <input type="checkbox"/> hoger onderwijs lange type of universitair | <input type="checkbox"/> hoger onderwijs lange type of universitair |
| <input type="checkbox"/> andere nl. | <input type="checkbox"/> andere nl. |

3. Wordt **betaald werk** verricht?

| (persoon A) | (partner van persoon A) |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> nee |
| <input type="checkbox"/> ja nl. dagen / week | <input type="checkbox"/> ja nl. dagen / week |

4. Welk **beroep** wordt uitgeoefend (specificeer zoveel mogelijk)?

| (persoon A) | (partner van persoon A) |
|-------------------|-------------------------------|
| | |

Versie februari 2020

DEEL 3: Gezondheidsbeleving

1. Hoe is uw **gezondheidstoestand in het algemeen**

- zeer goed
- goed
- gaat wel (redelijk)
- slecht
- zeer slecht

2. Hoe beoordeelt u uw gezondheidstoestand nu, **in vergelijking met een jaar geleden?**

- veel beter dan vorig jaar
- iets beter
- ongeveer hetzelfde
- iets slechter
- veel slechter

3. Hebt u een **langdurige ziekte of aandoening** (gezondheidsprobleem)?)

- ja
- nee

4. Bent u, vanwege een gezondheidsprobleem, sinds 6 maanden of langer **beperkt geweest in activiteiten** die mensen gewoonlijk doen?

- ja, erg beperkt
- ja, beperkt
- niet beperkt

DEEL 4: Voeding en mondhygiëne

1. worden de tandjes van uw kind gepeetst?
 - nooit
 - zeer uitzonderlijk
 - enkele keren per week
 - éénmaal per dag
 - meer dan éénmaal per dag

2. indien er gepeetst wordt, bij welke leeftijd werd hiermee gestart?
 - voor de leeftijd van 1 jaar
 - vanaf of na de leeftijd van 1 jaar

3. vanaf wanneer werd gepeetst met tandpasta?
 - voor de leeftijd van 1 jaar
 - vanaf of na de leeftijd van 1 jaar

4. wie poetst de tandjes van uw kind?
 - iemand van de ouders
 - het kind zelf
 - soms een ouder, soms het kind
 - iemand anders
 - kind en ouder poetsen samen of de ouder poetst na

5. gebruikt uw kind fluoride tandpasta?
 - ja
 - neen
 - soms

6. gebruikt uw kind fluoride tabletjes of druppels?
 - ja
 - neen
 - soms

7. kreeg uw kind borstvoeding?

- ja
- neen

8. wanneer werd begonnen met flesvoeding, al dan niet in combinatie met borstvoeding?

- voor de leeftijd van 1jaar
- tussen de leeftijd van 1jaar en 2 jaar
- na de leeftijd van 2 jaar
- nooit

9. wanneer werd volledig gestopt met borstvoeding?

- er werd nooit borstvoeding gegeven
- voor de leeftijd van 1jaar
- tussen de leeftijd van 1jaar en 2 jaar
- na de leeftijd van 2 jaar

Wat betreft de vragen 10 t.e.m. 15:

Wanneer het kind regelmatig verblijft in een ander gezin of in een andere omgeving dan in het gezin waarin het woont (zie deel 1, vraag 5, bijvoorbeeld kinderdagverblijf, grootouders,...), vul dan beide kolommen in

Wanneer het kind slechts onregelmatig of nooit verblijft in een ander gezin of in een andere omgeving dan in het gezin waarin het woont, vul dan enkel de eerste kolom in.

| | | <i>thuis</i> | <i>opvang</i> |
|------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. drinkt uw kind uit | een fles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | een beker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | een beker met rietje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. krijgt uw kind zijn drinkfles mee in bed?

- | | | |
|------|--------------------------|--------------------------|
| ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| neen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| soms | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. krijgt uw kind andere dranken dan melk of water in zijn drinkfles?

- | | | |
|------|--------------------------|--------------------------|
| ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| neen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Versie februari 2020

soms

13. krijgt uw kind drinken net voor het slapengaan?

neen of water

ja, melk

ja, gesuikerde dranken

14. krijgt uw kind drinken gedurende de nacht?

neen of water

ja, melk

ja, gesuikerde dranken

15. krijgt uw kind een fopspeen met zoetheid eraan?

ja

neen maar vroeger wel

neen en ook nooit gehad

16. kreeg uw kind medicijnen in siroopvorm gedurende een lange periode (langer dan één maand)?

ja

neen

DEEL 5: Kosten en gebruik van gezondheidszorg

1. Vindt u dat uw **persoonlijke bijdrage voor gezondheidszorgen** (het remgeld)
 - zeer gemakkelijk in uw budget past
 - eerder gemakkelijk in uw budget past
 - eerder moeilijk in uw budget past
 - zeer moeilijk tot onmogelijk in uw budget past
 - weet het niet

2. Was er tijdens de afgelopen 12 maanden een moment waarop uzelf of een ander lid van het huishouden tandverzorging nodig had, maar niet naar de tandarts ging omwille van **financiële redenen**?
 - ja
 - nee
 - weet het niet

3. Was er tijdens de afgelopen 12 maanden een moment waarop uzelf of een ander lid van het huishouden tandverzorging nodig had, maar niet naar de tandarts ging omdat **de verplaatsing naar de tandarts te moeilijk** was?
 - ja
 - nee
 - weet het niet

4. Was er tijdens de afgelopen 12 maanden een moment waarop uzelf of een ander lid van het huishouden tandverzorging nodig had, maar niet naar de tandarts ging omwille van **administratieve problemen** zoals het niet in orde zijn met de mutualiteit?
 - ja
 - nee
 - weet het niet

5. Was er tijdens de afgelopen 12 maanden een moment waarop uzelf of een ander lid van het huishouden tandverzorging nodig had, maar niet naar de tandarts ging omdat u **schrik** had van de ingreep?
 - ja
 - nee
 - weet het niet

6. Was er nog een **andere reden** die er aanleiding toe gaf dat uzelf of een ander lid van het huishouden tijdens de afgelopen 12 maand niet naar de tandarts ging terwijl die eigenlijk tandverzorging nodig had?
.....

Versie februari 2020

DEEL 6: Inkomenssituatie

1. Hoeveel personen in het huishouden dragen bij tot het totale beschikbare inkomen van uw huishouden?
..... personen
2. Kan u met het maandelijks totale beschikbare inkomen van uw huishouden rondkomen, d.w.z. de eindjes aan elkaar knopen?
 - zeer moeilijk
 - moeilijk
 - eerder moeilijk
 - eerder gemakkelijk
 - gemakkelijk
 - zeer gemakkelijk

| Deel 6: Inkomenssituatie | Deel 6: Inkomenssituatie |
|---|---|
| 1. Hoeveel personen in het huishouden dragen bij tot het totale beschikbare inkomen van uw huishouden? personen | 1. Hoeveel personen in het huishouden dragen bij tot het totale beschikbare inkomen van uw huishouden? personen |
| 2. Kan u met het maandelijks totale beschikbare inkomen van uw huishouden rondkomen, d.w.z. de eindjes aan elkaar knopen? | 2. Kan u met het maandelijks totale beschikbare inkomen van uw huishouden rondkomen, d.w.z. de eindjes aan elkaar knopen? |
| <input type="checkbox"/> zeer moeilijk | <input type="checkbox"/> zeer moeilijk |
| <input type="checkbox"/> moeilijk | <input type="checkbox"/> moeilijk |
| <input type="checkbox"/> eerder moeilijk | <input type="checkbox"/> eerder moeilijk |
| <input type="checkbox"/> eerder gemakkelijk | <input type="checkbox"/> eerder gemakkelijk |
| <input type="checkbox"/> gemakkelijk | <input type="checkbox"/> gemakkelijk |
| <input type="checkbox"/> zeer gemakkelijk | <input type="checkbox"/> zeer gemakkelijk |

DEEL 7: Praktische informatie

Contactgegevens van persoon A (dit is de persoon die binnen het gezin het grootste deel van de opvoedingstaak van het kind op zich neemt):

Naam en voornaam:

Telefoonnummer: (privé) (werk) (GSM)

Wanneer is persoon A het best bereikbaar per telefoon:

in de voormiddag – op de middag – in de namiddag – 's avonds

Straat:

Nummer:

Postcode:

Gemeente/Stad:

Richtlijn bij het invullen van de vragenlijst:

| | |
|--|--|
| ALS de geïnterviewde ... | VUL DAN VOLGENDE DELEN VAN DE VRAGENLIJST IN: |
| ... persoon A is | Deel 1 t.e.m. deel 6 |
| ... niet persoon A is maar wel zijn / haar partner | Deel 1, deel 2, deel 4, deel 5, deel 6 en <u>deel 7 (alles behalve deel 3)</u> |
| ...niet persoon A is noch de partner van persoon A | <u>Deel 7</u> |

Bijlage D: klinisch onderzoek



TANDZORGPROJECT KIND & GEZIN

FICHE KLINISCH ONDERZOEK NAT

CB:

NAAM VAN HET KIND:

DATUM ONDERZOEK:

GEBOORTEDATUM KIND:

| | | | | | | |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|
| Mondhygiëne | 64 | 61 | 55 | 84 | 81 | 75 |
| buccaal | | | | | | |

- 0 Geen tandplak ter hoogte van de tandvleeszone
 1 Ter hoogte van de tandvleesrand is tandplak aanwezig, maar die kan enkel met een onderzoeksinstrument worden gedetecteerd
 2 Matige opstapeling van tandplak ter hoogte van de tandvleesrand, zichtbaar met het blote oog
 3 Overvloed aan tandplak niet alleen ter hoogte van de tandvleesrand, maar verder op het tandoppervlak

| Tandscores | | | | | | | | | | | |
|------------|---|----|-----|----|---|---|----|-----|----|---|----|
| RB | V | IV | III | II | I | I | II | III | IV | V | LB |
| M | | | | | | | | | | | M |
| O | | | | | | | | | | | O |
| D | | | | | | | | | | | D |
| B | | | | | | | | | | | B |
| L | | | | | | | | | | | L |
| | | | | | | | | | | | |
| | V | IV | III | II | I | I | II | III | IV | V | |
| M | | | | | | | | | | | M |
| O | | | | | | | | | | | O |
| D | | | | | | | | | | | D |
| B | | | | | | | | | | | B |
| L | | | | | | | | | | | L |
| RO | | | | | | | | | | | LO |

- 0 Gaaf gezond oppervlak (default)
 W White spot, beginnende laesie (ICDAS 1 - D₁) (na drogen witte matte demineralisatievlek)
 B Brown spot, bruine verkleurde beginnende laesie (ICDAS 2 - D₁) (idem: bruine vlek)
 E Glazuur (Enamel) caviteit: caviteit beperkt tot het **glazuur** (geen klinische evidentie van dentine betrokkenheid) (ICDAS 3 - D₂)
 D Dentine laesie (geen cavitatie: volgens de onderzoeker is er een cariës laesie tot in de **dentine**, maar geen zichtbare evidentie van cavitatie = **doorschemering**) (ICDAS 4 - D₃)
 C Dentine caviteit: cavitatie tot in de **dentine** (ICDAS 5 - D₃)
 A Arrested dentinal decay (harde arrested zwart verkleurde cariës) (D₃)
 P Pulpa betrokkenheid (ICDAS 6)
 F gevuld (filled), geen cariës
 (dit kan worden gecombineerd met alle andere vormen bijv. FW, FD, FC ...)
 K stalen kroon
 MC Missing due to caries: geëxtraheerd omwille van cariës
 MT Missing due to trauma: ontbreekt omwille van trauma
 U unerupted: niet doorgebroken
 T niet verzorgd trauma

Bijlage E: verwijsbrief



Datum:

Consultatiebureau:

Naam van het kind:

Brief A

Beste ouder,

Een tandarts of mondhygiënist in opleiding controleerde de tanden van je kind. Dit zijn de resultaten van de controle.

De tanden van je kind zijn goed gepoetst, goed zo!

Je kind heeft geen gaatjes (tandbederf) in de tanden.

Wat moet je doen?

- Ga 2 keer per jaar bij een tandarts of mondhygiënist op controle.
- Geef deze brief af tijdens je afspraak.

Extra opmerking:

.....
.....
.....

Geachte tandarts/mondhygiënist,

Dit patiëntje nam deel aan een tandzorgproject. Daarbij werden de tanden gecontroleerd door een mondhygiënist/tandarts in opleiding of een vrijwillige mondhygiënist/tandarts. Duid hieronder aan welke behandeling u heeft verricht en bezorg dit formulier aan isabel.haentjens@topuntgent.be (projectverantwoordelijke).

- Preventief advies gegeven
- Conserverende behandeling
- Doorverwezen naar tweedelijnszorg (kindertandarts)

Datum:

Naam tandarts/mondhygiënist (stempel):

.....

.....

.....



Datum:

Consultatiebureau:

Naam van het kind:.....

Brief B

Beste ouder,

Een tandarts of mondhygiënist in opleiding controleerde de tanden van je kind. Dit zijn de resultaten van de controle.

Je kind heeft tandplak, dit is een laagje van etensresten, speeksel en bacteriën op de tanden. Tandplak kan je makkelijk verwijderen door twee keer per dag twee minuten te poetsen. Help je kind bij het poetsen door samen te poetsen of na te poetsen.

Je kind heeft beginnende gaatjes (beginnend tandbederf). Ga je niet langs bij de tandarts of mondhygiënist? Dan ontstaan er grotere gaatjes (ernstig tandbederf).

Maak zo snel mogelijk een afspraak bij je tandarts of mondhygiënist. Die geeft je advies en behandelt de tanden. Zo voorkom je problemen met de tanden.

Poets twee keer per dag de tanden van je kind. Poets zeker één keer 's avonds voor het slapen.

Wat moet je nu doen?

- Maak een afspraak met je tandarts of mondhygiënist
- Geef deze brief af tijdens je afspraak.

Extra opmerking:

.....

.....

.....

Geachte tandarts/mondhygiënist,

Dit patiëntje nam deel aan een tandzorgproject. Daarbij werden de tanden werden gecontroleerd door een mondhygiënist/tandarts in opleiding of een vrijwillige mondhygiënist/tandarts. Duid hieronder aan welke behandeling u heeft verricht en bezorg dit formulier aan isabel.haentjens@topuntgent.be (projectverantwoordelijke).

- Preventief advies gegeven
- Conserverende behandeling
- Doorverwezen naar tweedelijnszorg (kindertandarts)

Datum:

Naam tandarts/mondhygiënist (stempel):



Datum:

Consultatiebureau:

Naam van het kind:.....

Brief C

Beste ouder,

Een tandarts of mondhygiënist in opleiding controleerde de tanden van je kind. Dit zijn de resultaten van de controle.

Je kind heeft één of meerdere gaatjes (ernstig tandbederf).

Maak zo snel mogelijk een afspraak bij een tandarts. Die behandelt de gaatjes (het tandbederf).

Poets twee keer per dag de tanden van je kind. Poets zeker één keer 's avonds voor het slapen.

Wat moet je nu doen?

- Maak een afspraak met je tandarts.
- Geef deze brief af tijdens je afspraak.

Extra opmerking:

.....

.....

.....

Geachte tandarts,

Dit patiëntje nam deel aan een tandzorgproject. Daarbij werden de tanden werden gecontroleerd door een mondhygiënist/tandarts in opleiding of een vrijwillige mondhygiënist/tandarts. Duid hieronder aan welke behandeling u heeft verricht en bezorg dit formulier aan isabel.haentjens@topuntgent.be (projectverantwoordelijke).

- Preventief advies gegeven
- Conserverende behandeling
- Doorverwezen naar tweedelijnszorg (kindertandarts)

Datum:

Naam tandarts (stempel):

Bijlage F: codeboek

| Verklarende variabelen | Label | Comments |
|--|---|---|
| Nationaliteit van de moeder nu: "ethnic_nu" | Welke nationaliteit heeft de moeder nu | 1=België 2= Nederland 3= Frankrijk 4= Turkije 5= Marokko ... |
| Nieuwe variabele berekend op basis van oorspronkelijke variabele: "ethnic_nu": "new22ethnicnu" | NEW nationaliteit nu (gecategoriseerd in 6 continenten) | 1= West- & Zuid-Europa 2= Oost-Europa 3= Turkije 4= Afrika 5= Azië 6= Andere |
| Verhoogde tegemoetkoming: "Extra" | Heeft het kind recht op een verhoogde tegemoetkoming? | 0= neen 1= ja |
| Diploma persoon A: "diplom_a" | Wat is het hoogste behaalde diploma van pers. A? | 1= geen 2= lager onderwijs 3=lager secundair beroeps 4=lager secundair technisch 5=lager secundair alg vormend 6= hoger secundair beroeps 7= hoger secundair technisch 8= hoger secundair alg vormend 9= hoger ond -KT 10= hoger ond- LT 11= andere |
| Nieuwe variabele berekend op basis van oorspronkelijke variabele diplom_a: "new22dip_a" | NEW Diploma A (in 6 categorieën) | 1= geen 2=lager onderwijs 3=lager secundair 4=hoger secundair 5=hoger ond-KT 6=hoger ond-LT |
| Diploma persoon B: "diplom_b" | Wat is het hoogste behaalde diploma van pers. B? | 1= geen 2= lager onderwijs 3=lager secundair beroeps 4=lager secundair technisch 5=lager secundair alg vormend 6= hoger secundair beroeps 7= hoger secundair technisch |

| | | |
|--|---|---|
| | | 8= hoger secundair alg vormend 9= hoger ond -KT 10= hoger ond- LT 11= andere |
| Nieuwe variabele berekend op basis van oorspronkelijke variabele diplom_b: "new22dip_b" | NEW diploma B (in 6 categorieën) | 1= geen 2=lager onderwijs 3=lager secundair 4=hoger secundair 5=hoger ond-KT 6=hoger ond-LT |
| Nieuwe variabele berekend op basis van oorspronkelijke variabelen new22dip_a en new22dip_b: "new22dip_max6" | NEW hoogste diploma in het gezin (in 6 categorieën) | 1= geen 2=lager onderwijs 3=lager secundair 4=hoger secundair 5=hoger ond-KT 6=hoger ond-LT |
| Nieuwe variabele berekend op basis van oorspronkelijke variabelen "new22dip_a" en "new22dip_b": "new22dip_max2" | NEW hoogst diploma in gezin (in 2 categorieën) | 1= geen en verdergezet tot secundair onderwijs 2= hoger onderwijs |
| Beroepsklasse persoon A: "bklas_a" | Tot welke klasse behoort het beroep van persoon A? | 1= professional & managerial 2=technical & skilled non manual 3=skilled manual 4=unskilled manual & unclassified |
| Beroepsklasse persoon B: "bklas_b" | Tot welke klasse behoort het beroep van persoon B? | 1= professional & managerial 2=technical & skilled non manual 3=skilled manual 4=unskilled manual & unclassified |
| Nieuwe variabele berekend op basis van oorspronkelijke variabelen bklas_a en bklas_b : "new22bkla_max" | NEW hoogste beroepsklasse in het gezin | 1= professional& managerial 2 technical & skilled non manual 3=skilled manual 4=unskilled manual & unclassified |

| | | |
|---|---|--|
| Inkomen: "inkome" | Hoeveel personen in het gezin dragen bij tot het gezinsinkomen? | 0=0 1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 |
| Nieuwe variabele berekend op basis van oorspronkelijke variabele inkome: "new22inkome" | NEW Hoeveel personen in het gezin dragen bij tot het gezinsinkomen? (in 2 categorieën) | 1= 1 persoon die bij draagt tot gezinsinkomen 2= meer dan 1 persoon draagt bij tot het gezinsinkomen |
| Rondkomen: rondkome" | Kunt u met uw totale gezinsmaandinkomen eindjes aan elkaar knopen? | 1= zeer moeilijk 2= moeilijk 3= eerder moeilijk 4= eerder makkelijk 5= makkelijk 6= zeer makkelijk |
| Nieuwe variabele berekend op basis van oorspronkelijke variabele rondkome: "newrondkome22" | NEW Kunt u met uw totale gezinsmaandinkomen eindjes aan elkaar knopen? (in 2 categorieën) | 1= zeer moeilijk tot eerder moeilijk 2= eerder makkelijk tot zeer makkelijk |
| Statistische sector:"statsect" | Statistische sector wijk | 0-2 = geen achtergestelde wijk 3-4=geen achtergestelde wijk 5= achtergestelde wijk 6= achtergestelde wijk 7= achtergestelde wijk 8= achtergestelde wijk 9= achtergestelde wijk |
| Nieuwe variabele berekend op basis van oorspronkelijke variabele statsect: "achterbuur" | Woont het gezin in een achtergestelde buurt? (in 2 categorieën) | 0=neen 1= ja |

| Uitkomst variabelen | Label | Comments |
|--------------------------------|-------------------|--|
| Mondhygiëne op tand 64: "mh64" | Plaque op tand 64 | 0= geen plaque 1= enkel detecteerbaar bij sonderen 2= zichtbaar met het oog 3= meer dan 1/3 ^{de} van het oppervlak |
| Mondhygiëne op tand 61: "mh61" | Plaque op tand 61 | 0= geen plaque 1= enkel detecteerbaar bij sonderen 2= zichtbaar met het oog 3= meer dan 1/3 ^{de} van het oppervlak |
| Mondhygiëne op tand 55: "mh55" | Plaque op tand 55 | 0= geen plaque 1= enkel detecteerbaar bij sonderen 2= zichtbaar met het oog 3= meer dan 1/3 ^{de} van het oppervlak |
| Mondhygiëne op tand 84: "mh84" | Plaque op tand 84 | 0= geen plaque 1= enkel detecteerbaar bij sonderen 2= zichtbaar met het oog 3= meer dan 1/3 ^{de} van het oppervlak |
| Mondhygiëne op tand 81: "mh81" | Plaque op tand 81 | 0= geen plaque 1= enkel detecteerbaar bij sonderen 2= zichtbaar met het oog 3= meer dan 1/3 ^{de} van het oppervlak |
| Mondhygiëne op tand 75: "mh75" | Plaque op tand 75 | 0= geen plaque 1= enkel detecteerbaar bij sonderen 2= zichtbaar met het oog 3= meer dan 1/3 ^{de} van het oppervlak |

| | | |
|---|---|--|
| Nieuwe variabele berekend op basis van de som van ("mh61"+"mh64"+"mh55"+"mh81"+"mh84"+"mh75")/6 = "new22gmmh" | Gemiddelde mondhygiëne | Continue variabele met een range tussen 0 en 3 |
| Totaal aantal aangetaste tanden, rekening houdend met de D-component: "dmft" | Totaal aantal aangetaste tanden op tandniveau. Gezien er enkel cariës wordt gescoord, geen vullingen of extracties aanwezig omwille van cariës. | Continue variabele met een range tussen 0 en 20 |
| Aantal vlakken aangetast op mesiaal-niveau: "dmfmc" | dmfs mesiaal | Continue variabele met een range tussen 0 en 20 |
| Aantal vlakken aangetast op occlusaal- niveau: "dmfoc" | dmfs occlusaal | Continue variabele met een range tussen 0 en 8 |
| Aantal vlakken aangetast op distaal-niveau: "dmfdc" | dmfs distaal | Continue variabele met een range tussen 0 en 20 |
| Aantal vlakken aangetast op distaal-niveau: "dmfbc" | dmfs buccaal | Continue variabele met een range tussen 0 en 20 |
| Aantal vlakken aangetast op linguaal-niveau: "dmflc" | dmfs linguaal | Continue variabele met een range tussen 0 en 20 |
| Nieuwe variabele berekend op basis van het aantal aangetaste vlakken op M,O,D,L niveau: "dmfmc"+ "dmfoc"+"dmfdc"+ "dmfbc"+"dmflc"= "dmfstot" | Hoeveel tandvlakken zijn er in totaal aangetast? | Continue variabele met een range tussen de 0 en 88 |
| Cariësvrij | Cariësvrij of cariës | Dmft/dmfs= 0 =cariësvrij Dmft/dmfs = 1= cariës |

Multivariate Analyse

Is er een verband tussen de uitkomstvariabele (afhankelijke factor) en de verklarende variabele (onafhankelijke factor)

| Uitkomst variabele | Verklarende variabele | Bivariaat Analyse |
|-------------------------------|--|-------------------------|
| new22gmmh (scale) | new22ethnic_nu Extra new22bklas_max new22inkome newrondkome22 achtbuur new22dip_max2 | ANOVA-test |
| | | Ongepaarde T-test |
| | | ANOVA-test |
| | | Ongepaarde T-test |
| | | Ongepaarde T-test |
| | | Ongepaarde T-test |
| | | Ongepaarde T-test |
| dmft (scale) | new22ethnic_nu Extra new22bklas_max new22inkome newrondkome22 achtbuur new22dip_max2 | ANOVA-test |
| | | Ongepaarde T-test |
| | | ANOVA-test |
| | | Ongepaarde T-test |
| | | Ongepaarde T-test |
| | | Ongepaarde T-test |
| | | Ongepaarde T-test |
| Dmfstot (scale) | new22ethnic_nu Extra new22bklas_max new22inkome newrondkome22 achtbuur new22dip_max2 | ANOVA-test |
| | | Ongepaarde T-test |
| | | ANOVA-test |
| | | Ongepaarde T-test |
| | | Ongepaarde T-test |
| | | Ongepaarde T-test |
| | | Ongepaarde T-test |
| Cariësvrij (dichotome) | new22ethnic_nu Extra new22bklas_max new22inkome newrondkome22 achtbuur new22dip_max2 | Chi ² - test |
| | | Chi ² - test |
| | | Chi ² - test |
| | | Chi ² - test |
| | | Chi ² - test |
| | | Chi ² - test |
| | | Chi ² - test |