GEWOON GAAF

EEN ONDERZOEK NAAR POTENTIËLE EFFECTIVITEIT VAN INTERVENTIES TER BEVORDERING VAN DE MONDGEZONDHEID VAN DE NEDERLANDSE JEUGD

D.A. Verlinden[1], A.A. Schuller[1], G.H.W. Verrips[1,2]

[1]TNO

[2]ACADEMISCH CENTRUM TANDHEELKUNDE AMSTERDAM (ACTA)

TNO innovation for life

ISBN nummer: 978-90-5986-412-2
Rapportnummer: TNO/LS 2012 R10804

Oktober 2012



INHOUD

Samenvatting **5**

1. Inleiding **7**

1.1 Mondgezondheid van kinderen in Nederland 7
1.2 Gevolgen van cariës 7
1.3 Risicofactoren voor cariës 7
1.4 Veelbelovende internationale interventies 8
1.5 Nationale interventies 9
1.6 Doel van het onderzoek 9
1.7 Leeswijzer 10

2. Methode van onderzoek **11**

2.1 Bronnen 11
2.2 Inclusiecriteria interventies 11
2.3 Intervention Mapping 12

3. Resultaten Intervention Mapping **15**

3.1 Procesmatige resultaten interventies 15
3.2 Interventies in een consultatiebureau setting 17
3.2.1 Tandje extra! 17
3.2.2 Met twee jaar naar de tandarts 18
3.2.3 Een gezond kindergebit 19
3.3 Interventies in een basisschool setting 20
3.3.1 Trammelant in Tandenland 20
3.3.2 Lees je tanden schoon 21
3.3.3 Tandenpoetsen, neem er de tijd voor! 22
3.3.4 Klassikaal fluoride spoelen 22
3.3.5 Gezond trakteren 23
3.3.6 Jeugdavondvierdaagse 24
3.4 Interventies in een middelbare school setting 24
3.4.1 Tandenpoetsen en zo...lekker belangrijk! 24

4. Voorstellen ter verbetering **31**

4.1 Theoretische onderbouwing determinanten van gedrag, veranderingsdoelen en methode 31
4.2 Implementatie 31
4.3 Proces- en effectevaluatie 32
4.4 Combinatie van cariës- en obesitaspreventie 32

5. Conclusie en aanbevelingen **33**

6. Referenties **35**

Bijlage

A Overzicht van de interventies gericht op mondgezondheid van de jeugd afkomstig van de bronnen CGL, NMT, ZonMw. 41

SAMENVATTING

Cariës is de meest voorkomende, irreversibele aandoening bij kinderen. Van de vijfjarige kinderen in Nederland had in 2005 ruim de helft cariëservaring. De omvang van het probleem en de gevolgen voor het kind en de maatschappelijke context die daaruit voortvloeien, vragen om investeringen in de preventie van cariës. Er bestaat geen overzicht van kwaliteit en potentiële effectiviteit van interventies in Nederland gericht op de preventie van cariës bij kinderen.

Dit rapport beschrijft een onderzoek naar de potentiële effectiviteit van bestaande nationale interventies om de mondgezondheid van kinderen in Nederland te verbeteren. Er zijn 25 nationale interventies op het gebied van mondgezondheid van kinderen opgenomen in de interventiedatabase van RIVM Centrum Gezond Leven. Daarnaast bestaan er nog zes interventies met het doel de mondgezondheid van kinderen te verbeteren, die niet zijn aangemeld in de interventiedatabase van RIVM Centrum Gezond Leven. Er is gekeken of de interventies aan de volgende criteria voldeden:

1. De interventie werd uitgevoerd ten tijde van deze inventarisatie (1 maart 2012 tot en met 1 september 2012);
2. De interventie had als doel het bevorderen van de mondgezondheid van kinderen, het verminderen van cariës of het verminderen van een van de risicofactoren van cariës;
3. De interventie was beschreven in een projectplan, werkdocument, evaluatieplan of artikel.

Tien interventies voldeden aan bovenstaande criteria. Deze zijn vervolgens beoordeeld aan de hand van taken die zijn afgeleid van Intervention Mapping. Intervention Mapping is een protocol, bestaand uit zes stappen, waarmee op planmatige wijze effectieve interventies voor gedragsverandering kunnen worden ontwikkeld. Dit protocol is toegepast om de interventies te beoordelen op potentiële effectiviteit. Vervolgens zijn voorstellen ter verbetering van de bestaande interventies geformuleerd.

Uit de resultaten blijkt dat de interventies *Met twee jaar naar de tandarts* en *Een gezond kindergebit* veelbelovend zijn ten aanzien van het bevorderen van de mondgezondheid van kinderen in de leeftijd nul tot vijf jaar. Beide worden uitgevoerd in een consultatiebureausetting. Een veelbelovende interventie voor kinderen in de basisschoolleeftijd is *Trammelant in Tandenland. Trammelant in Tandenland* volgde alle stappen van het Intervention Mapping protocol. Daarnaast is de interventie *Lees je tanden schoon* voor kinderen van vier t/m zeven jaar goed beschreven.

In het huidig onderzoek is gebleken dat enkele taken uit de stappen van het Intervention Mapping protocol bij de ontwikkeling van een aantal interventies niet zijn uitgevoerd. In de meerderheid van de interventies ontbreekt de theoretische onderbouwing van de determinanten die leiden tot de gewenste gedragsverandering, specifiek daarop afgestemde veranderingsdoelen en een theoretische methode die volgens literatuur of onderzoek effectief is om de betreffende determinanten te veranderen. Dit is overigens niet alleen nationaal een probleem, maar wordt ook internationaal gezien als probleem in de ontwikkeling van interventies gericht op mondgezondheid (Adair et al., 2012).

Ook wat betreft implementatie en evaluatie van de interventies valt er nog veel te winnen. Er bestaan van een aantal interventies wel handleidingen voor uitvoerende organisaties, maar goed beschreven implementatieplannen met gedragsdoelen voor implementatie, adoptie en continuering van de interventie ontbreken vaak. Procesevaluatie is voor drie van de tien interventies uitgevoerd en van één interventie is de evaluatie nog niet afgerond . Van geen enkele interventie is tot nu toe een onderzoek naar het klinisch effect op cariës uitgevoerd. Van *klassikaal fluoride spoelen* zijn in de literatuur wel effectstudies gevonden met een positief effect op cariësvermindering bij kinderen in tandheelkundige risicogroepen. De vraag is of dit effect te generaliseren is naar de algemene populatie van kinderen in Nederland.

Positief is dat in Nederland een aantal interventies wordt uitgevoerd voor kinderen van verschillende leeftijden, in verschillende settings en gericht op verschillende gedragingen gerelateerd aan mondgezondheid. Effectieve interventies kunnen de mondgezondheid van kinderen en daarmee de kwaliteit van leven verbeteren en de tandheelkundige curatieve kosten verlagen. Met behulp van de taken die zijn afgeleid van het Intervention Mapping protocol heeft dit onderzoek inzicht gegeven in welke de meest veelbelovende nationale interventies zijn en op welke punten er verbeterd kan worden. Van internationale interventies voor de jeugd is wel effectiviteit op mondgezondheid onderzocht. Echter, dit zijn andere interventies dan de interventies die op dit moment in Nederland worden uitgevoerd. Er is een sterke behoefte aan onderzoek naar het klinisch effect van de veelbelovende interventies in Nederland. Zonder effectevaluatie van klinische uitkomstmaten is het weinig zinvol om interventies op grote schaal aan te bieden en te implementeren. Het probleem is niet dat interventie-eigenaren geen effectiviteitonderzoek willen uitvoeren. De wil om effectiviteitonderzoek uit te voeren is er wel degelijk bij interventie-eigenaren, maar de middelen om dit te kunnen realiseren ontbreken vooralsnog.

1. INLEIDING

1.1 MONDGEZONDHEID VAN KINDEREN IN NEDERLAND

De mondgezondheid van kinderen in Nederland kan beter. Cariës is de meest voorkomende, irreversibele aandoening bij kinderen (Douglass et al., 2004). In Nederland had in 2005 56% van de vijfjarigen cariës; ze hadden gemiddeld acht carieuze tandvlakken waarvan slechts 17% behandeld was (Poorterman en Schuller, 2006). Daarnaast is gebleken dat 40% van de twee- en driejarigen niet naar de tandarts gaat, terwijl vanuit de kindertandheelkunde wordt aangeraden om op deze leeftijd met het tandartsbezoek te beginnen (NMT, NVvK en CBO, 2012).

1.2 GEVOLGEN VAN CARIËS

Cariës heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van leven van een kind, wat zich kan uiten in orale pijn, infecties, schoolverzuim, problemen met kauwen, maag- en darmproblemen, verslechterde ontwikkeling van de spraak, een laag zelfbeeld en/of problemen in sociaal functioneren (Kaste et al., 1999; Low et al., 1999; Schafer & Adair,2000).
De maatschappelijke kosten voor mondzorg van de jeugd tot 18 jaar zijn onderzocht in 2008 en werden geschat op 238 miljoen euro per jaar (CVZ, 2010). Deze kosten worden betaald vanuit het basispakket van de zorgverzekering. TNO heeft berekeningen uitgevoerd op gegevens van een groep van vijfjarigen, waaruit bleek dat als vijfjarigen dagelijks nagepoetst worden door ouders, een directe besparing kan worden bereikt van één tot drie miljoen euro jaarlijks (mededeling Schuller, 2011). Hierin zijn lange termijn besparingen niet meegerekend.

1.3 RISICOFACTOREN VOOR CARIËS

Meerdere studies laten zien dat aanwezigheid van de bacterie *Streptococcus mutans* in het speeksel een risicofactor is voor het ontwikkelen van cariës (Ripa, 1988). Bacteriële overdracht van *Streptococcus mutans* kan plaats vinden tussen moeder en kind door speeksel.
Gedragsfactoren die gerelateerd zijn aan cariës bij jonge kinderen zijn orale hygiënepatronen, gebruik van fluoridetandpasta, het geven van borstvoeding of flesvoeding bij kinderen van één jaar of ouder, voedingspatronen, koolhydraatinname en tandartsbezoek (Seow, 1998). Hierbij zijn frequentie van tandenpoetsen en het aantal eet- en drinkmomenten geïdentificeerd als de belangrijkste gedragsfactoren die de aanwezigheid van cariës bij jonge kinderen kunnen verklaren (Harris et al., 2004).
Het ontstaan van cariës bij jonge kinderen wordt in belangrijke mate bepaald door het gezondheidsgedrag van de ouders. In eerste instantie zijn ouders verantwoordelijk voor het mondgezondheidsgerelateerd gedrag, als tandenpoetsen en het regelmatig bezoeken van een tandheelkundige professional (Matilla et al., 2000). De attitude van ouders speelt hierbij een belangrijke rol (Pine et al., 2004). Uit een studie van Skeie en collegae (2006) bleek dat kinderen van ouders met ongunstige attitudes wat betreft mondhygiëne en dieet bijna vijf keer zoveel cariës ervoeren als kinderen van ouders met gunstige attitudes ten opzichte van hygiëne en dieet.

Sociale factoren die een rol spelen bij het ontwikkelen van cariës zijn sociaaleconomische status (Reisine & Douglas, 1998; Tang et al., 2005; Watt, 2005; Oliveira et al., 2008) waaronder het opleidingsniveau van de moeder. De lagere sociaaleconomische groepen hebben in het algemeen meer cariëservaring dan de hogere (Finlayson et al., 2007; Hallet & O'Rourke, 2003; Verrips et al, 1993, Schuller et al., 2011). Tevens speelt etnische achtergrond een rol. In Europa worden bij kinderen uit etnische minderheden in Engeland, Nederland, Zweden en België hogere percentages cariës gevonden dan bij de autochtone populaties (Grindefjord et al., 1993; Verrips & Bedi 1993; Silver, 1992; Martens et al., 2006).

1.4 VEELBELOVENDE INTERNATIONALE INTERVENTIES

In de literatuur is van een aantal internationale interventies onderzoek naar effect op cariës bij kinderen beschreven. Rogers heeft hiernaar literatuuronderzoek uitgevoerd en een overzicht gemaakt van de effectiviteit van interventies om cariës te voorkomen of te verminderen in tandheelkundige risicogroepen (2012). Interventies die effect leken te hebben op de cariësincidentie bij tandheelkundige risicogroepen waren het aanbrengen van fluoride-lak, het uitvoeren van huisbezoeken door mondgezondheidvoorlichters, het driemaandelijks verzenden van tandenborstels en fluoride tandpasta, het geven van tandenpoetsinstructies onder leiding van een tandheelkundige professional en het dagelijks georganiseerd tandenpoetsen op school of in kinderdagverblijven. Voor lesprojecten over mondgezondheid werd een korte termijn effect gevonden op de hoeveelheid aanwezige plaque (Watt et al., 2005).
Adair en collegae (2012) onderzochten het klinische effect van educatieve interventies op scholen, gericht op mondzorg, die uitgevoerd waren in verschillende landen. Hieruit bleek dat geen van de educatieve interventies effect had op de cariëservaring.
Blair en collegae (2004) onderzochten de effectiviteit op mondgezondheid van een wijkgerichte mondgezondheidbevorderende interventie voor kinderen en hun ouders van drie tot vijf jaar, bestaande uit een ontbijtclub op scholen en wijkcentra, gezondheidsmarkten in de wijk, de themaweek 'vraag naar suikervrije medicijnen', een snackbeleid voor kleuterscholen, kindvriendelijk tandartsschema, ondersteuning voor ouders, verstrekken van drinkbekers, informatie over mondgezondheid van een gezondheidsprofessional en spellen. Het effect van de interventie in aantal dmfs[1] werd voor, twee jaar na en vier jaar na de interventie gemeten in twee achterstandswijken van Glasgow. Het percentage cariësvrije kinderen was na vier jaar toegenomen van 17% naar 40%.
Nurko en collegae (2003) vond een significante correlatie tussen deelname van ouders aan een preventief onderwijsprogramma (Infant Oral Health Educational Program (IOHEP)) en mondgezondheid uitgedrukt in cariëservaring. Dit programma was gericht op ouders van één- tot vijfjarigen en bestond uit adviezen over dieet, fluoridegebruik en mondhygiëne.
In het Deense Nexø model stelt een tandheelkundige professional vast hoeveel preventieve ondersteuning een kind en zijn ouder(s) nodig hebben (Ekstrand et al, 2000). Belangrijke criteria hierbij zijn het cariësverleden, het doorbraakstadium van de elementen en motivatie van de ouders tot zelfzorg. Aan de hand van een score op deze criteria wordt bepaald hoe frequent de patiënt bij de tandheelkundige professional terug moet komen. Tijdens de tandartsbezoeken wordt extra aandacht besteed aan de zelfzorg. Uit onderzoek bleek dat bij toepassing van het Nexø model de hoeveelheid caviteiten afnam ten opzichte van de controlegroep (Pienihäkkinen et al., 2002;

[1] dmfs staat voor 'number of decayed, missing and filled surfaces'

Ekstrand & Christiansen, 2005; Hausen et al., 2007; Evans & Dennison, 2009). Daarnaast was de totale "behandeltijd" niet langer dan bij *usual care*. In de eerste jaren moeten er met name meer tijd worden geinvesteerd, maar na drie jaar is de totale tijdsinvestering nagenoeg gelijk.
De effecten van interventies met fluoride gebruik zijn beschreven in een aantal Cochrane systematische reviews. De interventies betroffen onder andere fluoride spoelen, fluoridelak-applicaties en drinkwaterfluoridering. De effecten voor cariësreductie varieerde van 24 procent tot 40 procent. Klassikaal fluoride spoelen is een effectieve interventie bij tandheelkundige risicogroepen (Marinho et al., 2003; Pieterse et al., 2006; Morgan et al., 1998). Klassikaal fluoride spoelen had minder effect in klassen waarin de meeste kinderen tweemaal daags poetsten met fluoride tandpasta dan in klassen met tandheelkundige risicokinderen (Marinho et al., 2003).

1.5 NATIONALE INTERVENTIES

De Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (NMT) heeft in 2011 onderzoek gedaan naar initiatieven en interventies ter verbetering van de mondgezondheid van kinderen met een melkgebit (van Dam et al., 2011). Dit onderzoek bestond uit: (1) het inventariseren van informatie over landelijke, regionale en lokale projecten die sinds 2000 in Nederland waren opgezet; (2) het inventariseren van buitenlandse onderzoeksliteratuur van na 2000 rond interventies en programma's op het gebied van mondzorg van de jeugd en (3) het vragen van deskundigen op het gebied van preventie en kindertandheelkunde naar hun ideeën over effectieve interventies om cariës bij jonge kinderen te voorkomen of te reduceren. Uit het rapport van de NMT bleek dat er een veelheid aan initiatieven en interventies was om de mondgezondheid van kinderen te verbeteren. De experts gaven adviezen wat bij een op te stellen interventies van belang zou moeten zijn, namelijk: (1) nadruk leggen op gedragsbeïnvloeding van ouders; (2) starten voor de eerste verjaardag van het kind; (3) aanpakken via de populatiestrategie waarbij dan de risicogroepen ook bereikt worden; (4) gebruik maken van motivational communication; (5) onderdeel zijn van een groter omvattend zorgsysteem, en (6) klinisch evalueren waarbij cariëservaring een belangrijke uitkomstmaat is. Het consultatiebureau werd aanbevolen als setting van een interventie gericht op mondgezondheid van jonge kinderen. Het consultatiebureau heeft een bereik onder ouders van bijna 100% onder nuljarigen naar ruim 84% onder vierjarigen (CBS StatLine, 2009).

1.6 DOEL VAN HET ONDERZOEK

Het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) heeft een database van interventies op het gebied van gezondheidsbevordering voor de jeugd. Tevens voert het RIVM samen met het Nederlands Jeugdinstituut en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid een erkenningstraject uit voor de kwaliteit van gezondheidsbevorderende interventies.
In Nederland wordt weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van interventies en projecten op het terrein van *public oral health* die zich richten op het uiteindelijk effect om de mondgezondheid (uitgedrukt in cariëservaring) van kinderen te verbeteren.

Het doel van dit onderzoek is tweeledig:
a. Het identificeren van potentieel effectieve Nederlandse interventies die gericht zijn op de verbetering van de mondgezondheid van kinderen tot 19 jaar;
b. Het formuleren van voorstellen voor de wijze waarop potentieel effectieve interventies mogelijk kunnen worden verbeterd,

De volgende centrale vraagstellingen zijn gehanteerd:

1. Welke interventies gericht op de mondgezondheid van kinderen worden op dit moment in Nederland uitgevoerd?
2. Welke bestaande interventies gericht op mondgezondheid van kinderen in Nederland zijn potentieel effectief?
3. Hoe kunnen bestaande interventies in het algemeen verbeterd worden met het oog op bevorderen van de mondgezondheid van de Nederlandse jeugd?

1.7 LEESWIJZER

De volgende leeswijzer is op dit rapport van toepassing: In hoofdstuk twee wordt de gebruikte onderzoeksmethode toegelicht. In hoofdstuk drie zijn de resultaten per interventie beschreven. Hoofdstuk vier beschrijft de geformuleerde voorstellen ter verbetering van de bestaande nationale interventies en hoofdstuk vijf geeft de conclusie en aanbevelingen die volgen uit de resultaten van dit onderzoek weer.

2. METHODE VAN ONDERZOEK

2.1 BRONNEN

Om inzicht te krijgen in bestaande interventies in Nederland voor het verbeteren van de mondgezondheid van kinderen is er op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) gebruik gemaakt van de interventiedatabase voor lokale professionals van RIVM Centrum Gezond Leven (CGL). Het CGL stimuleert het gebruik van gezondheidsbevorderende interventies (Lanting et al., 2012).

De volgende zoektermen zijn gehanteerd in de interventiedatabase van CGL: 'Mondgezondheid', 'Mondverzorging', 'Mondzorg','Tandarts', 'Tandheelkunde' en 'zeven eetmomenten'. Vervolgens zijn de resultaten gefilterd op de de doelgroepen: baby, kinderen en jongeren. Vijfentwintig interventies werden zo gevonden (zie Bijlage A). Naast de interventiedatabase van CGL is er gezocht met de zoekterm 'mondgezondheid', 'mondverzorging' en 'mondzorg' in de database van ZonMw en is er gebruikt gemaakt van het rapport van de NMT waarin initiatieven en interventies ter verbetering van de mondgezondheid van kinderen met een melkgebit zijn beschreven (van Dam et al., 2011). De interventie *Een gezond kindergebit* werd gevonden in de database van ZonMw. Verder is er aan interventie-eigenaren van de gevonden interventies gevraagd of zij nog andere interventies uitvoeren met het doel de mondgezondheid van kinderen verbeteren. Dit leverde *Tandje extra!, Gezond trakteren, Tandenpoetsen en zo... lekker belangrijk* en *Tandenpoetsen, neem er de tijd voor! op.* Verder bestaat het landelijke onderwijsproject *Hou je mond gezond* van het Ivoren Kruis.

2.2 INCLUSIECRITERIA INTERVENTIES

Onderzoekmedewerkers hebben telefonisch contact opgenomen met de interventie-eigenaren van alle gevonden interventies. Aan de interventie-eigenaren is gevraagd of de interventie aan de volgende voorwaarden voldeed:

1. De interventie werd uitgevoerd ten tijde van deze inventarisatie (1 maart 2012 tot en met 1 september 2012);
2. De interventie had als doel het bevorderen van de mondgezondheid van kinderen, het verminderen van cariës bij kinderen of het verminderen van een van de risicofactoren van cariës bij kinderen;
3. De interventie was beschreven in een projectplan, werkdocument, evaluatieplan of artikel.

Vervolgens is gevraagd aan de interventie-eigenaren van interventies die aan bovengenoemde voorwaarden voldeden of zij wilden deelnemen aan het onderzoek. Als zij wilden deelnemen aan het onderzoek werd hen gevraagd om relevante documenten als projectplannen, rapporten, artikelen en evaluatiestudies van de betreffende interventie naar TNO te sturen. Als er in de aangeleverde documenten onvoldoende informatie stond beschreven om de interventie te kunnen

beoordelen, werd er telefonisch of via e-mail contact opgenomen met de interventie-eigenaren om de ontbrekende informatie te verzamelen. Als er geen documenten aanwezig waren over de interventie, maar er wel een artikel over een interventie met dezelfde inhoud beschikbaar was, werd deze informatie beoordeeld. Als er na bovengenoemde stappen alsnog te weinig relevante informatie beschikbaar was over de interventie om deze te kunnen beoordelen, werd de interventie geëxcludeerd. Interventies met gelijke inhoud zijn geclusterd en éénmaal beoordeeld.

2.3 INTERVENTION MAPPING

Om de kwaliteit en bruikbaarheid van bestaande materialen en interventies te beoordelen is gebruik gemaakt van het Intervention Mapping protocol (Bartholomew et al., 2011) (zie box 1). Hierbij is bestudeerd in hoeverre interventie-eigenaren de 24 taken, afgeleid van de zes stappen van het Intervention Mapping protocol, hebben uitgevoerd tijdens het ontwikkelen van hun interventie.

Box 1. Intervention Mapping

Intervention Mapping is een beslissingsprotocol voor het gebruik van empirische gegevens en theoretische inzichten voor de planmatige ontwikkeling van gezondheidsbevorderende interventies (Bartholomew et al., 2011). Het protocol is onderverdeeld in zes stappen, waarbij voor elke stap specifieke taken en hulpmiddelen worden aangeboden. Intervention Mapping maakt het mogelijk om succesvol gedrags- en omgevingsdeterminanten gerelateerd aan het gezondheidsprobleem te identificeren, en vervolgens de meest passende methoden en strategieën te koppelen aan de geïdentificeerde determinanten. Intervention Mapping kan tevens worden gebruikt voor het beoordelen van de kwaliteit en bruikbaarheid van bestaande materialen en interventies. Door de veranderingsdoelen en bijbehorende methodieken te bestuderen kan systematisch worden nagegaan of bestaande interventies de gewenste doelen dekken en of dit op een adequate manier gebeurt (Tortolero et al., 2005).

De zes stappen met de daarbij behorende taken zijn:

Stap 1: Needs Assesment
- Het plannen van de needs assesment
- Het uitvoeren van de needs assesment
- Het inventariseren van de mogelijkheden voor een interventie
- Het bepalen van de beoogde programma-effecten

Stap 2: Matrices
- Het formuleren van verwachte veranderingen in gedrag en omgeving
- Het specificeren van gedragsdoelen
- Het specificeren van determinanten
- Het creëren van matrices van veranderingsdoelen

Stap 3: Theoretische methoden en praktische strategieën
- Het bespreken van programmaplannen met betrokkenen
- Het identificeren van theoretische methoden en het kiezen van de programmamethode
- Het kiezen en ontwerpen van praktische strategieën
- Er voor zorgen dat de strategieën alle doelen omvatten

Stap 4: Programma

- Het overleggen met beoogde deelnemers en programmagebruikers
- Het kiezen van het programmathema, de volgorde en de benodigde materialen en het beoordelen van beschikbare materialen
- Het maken van ontwikkelingsprotocollen en het ontwikkelen van nieuwe materialen
- Het uittesten van de materialen in de doelgroep en het toezien op de productie van het programma

Stap 5: Adoptie- en implementatieplan

- Het identificeren van de programmagebruikers
- Het specificeren van gedragsdoelen voor adoptie, implementatie en institutionalisering, het selecteren van de determinanten en het maken van de matrix
- Het selecteren van de methoden en strategieën
- Het ontwikkelen van een interventie om gebruik van het programma te bevorderen

Stap 6: Evaluatieplan

- Het beschrijven van het programma, programma-uitkomsten en het vragen naar het effect en de doelen uit de matrix
- Het opstellen van de vragen voor procesevaluatie
- Het ontwikkelen van de indicatoren en meetinstrumenten
- Het bepalen van het onderzoeksdesign

Vervolgens zijn op basis van de beoordeling aan de hand van de taken afgeleid van het Intervention Mapping protocol, algemene voorstellen ter verbetering van de interventies geformuleerd om de effectiviteit van deze bestaande interventies te bevorderen. Daarbij is, wanneer er taken ontbraken, aanvullend literatuuronderzoek gedaan.

3. RESULTATEN INTERVENTION MAPPING

3.1 PROCESMATIGE RESULTATEN INTERVENTIES

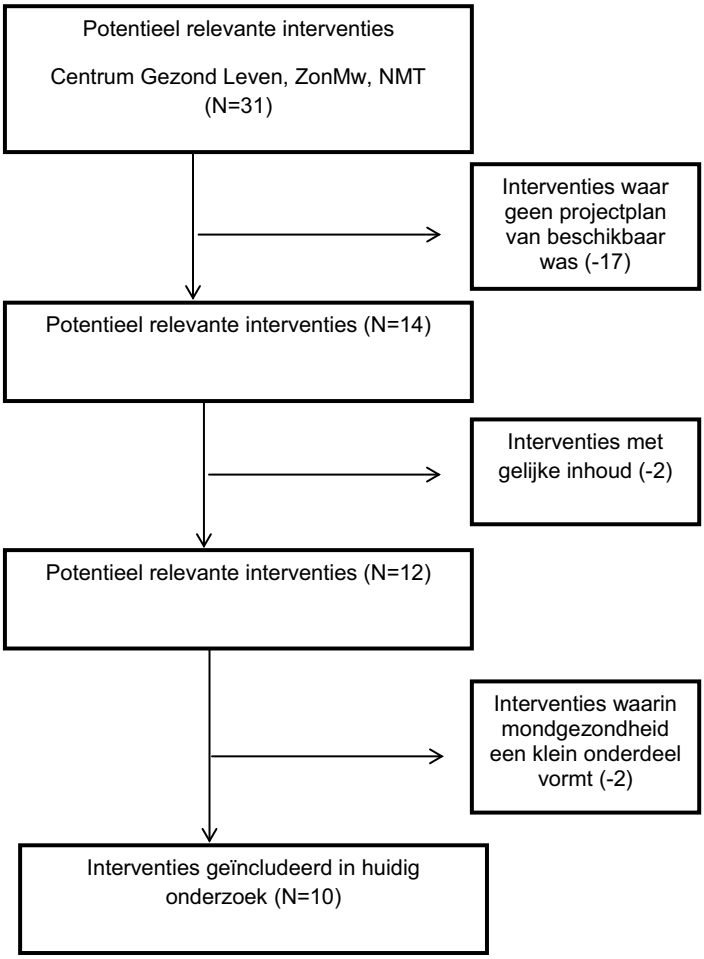
Van 16 van de 31 interventies was er geen schriftelijk werkdocument, projectplan, artikel of projectevaluatie beschikbaar voor de onderzoekers op basis waarvan de interventie kon worden beoordeeld (zie figuur 1 voor een stroomdiagram van de selectie van interventies; zie bijlage A voor een korte toelichting van alle 31 interventies). De redenen hiervoor waren: de tandheelkundig preventief medewerker was vertrokken; de interventie was relatief simpel en niet schriftelijk beschreven; of men beschouwde het project niet als interventie. De interventies betroffen publieksinformatie over mondgezondheid of de ontwikkeling hiervan (drie keer), leskisten mondgezondheid (zeven keer), regionaal overleg of beleidsontwikkeling (vier keer) en voorlichting ouders mondgezondheid (twee keer).

Het onderwijsproject *Hou je mond gezond!* is niet in onze rapportage opgenomen omdat de organisator, het Ivoren Kruis, van mening was dat dit project niet als interventie maar als promotie en agendering van het belang van mondgezondheid beschouwd moest worden.

De interventie *Met twee jaar naar de tandarts* kwam drie keer voor in de interventiedatabase *(Met twee jaar naar de tandarts*, *Iedereen naar de tandarts* en *Met twee jaar naar de tandarts of mondhygiënist).* De drie interventies hebben een vergelijkbare inhoud, maar werden uitgevoerd in verschillende gemeenten. Ze zijn in dit onderzoek als één interventie beschouwd.

Van de 12 overgebleven interventies waren er twee gericht op de algemene gezondheid en hadden geen specifieke beschrijving voor het effect op mondgezondheid. Dit zijn de interventies *Ga voor gezond!* en *De Gezonde School.*

Figuur 1. Stroomdiagram van de selectieprocedure voor interventies die in dit onderzoek werden beoordeeld



Van de interventie *klassikaal fluoride spoelen* was geen projectplan aanwezig bij de GGD Amsterdam. Recentelijk zijn er geen proces- en/of effectevaluaties uitgevoerd. In twee internationale systematische reviews is wekelijks klassikaal fluoride spoelen op basisscholen beoordeeld op effectiviteit op cariës (Marinho et al., 2003; Twetman et al., 2004). In 2003 is een Nederlands cohortonderzoek naar de effectiviteit van klassikaal fluoride spoelen beschreven (Reelick et al., 2003). Dit onderzoek is uitgevoerd door de GGD Rotterdam. Aan de hand van dit artikel plus aanvullende mondelinge informatie van de interventie-eigenaar is de interventie klassikaal fluoride spoelen beoordeeld.

Er blijven ten slotte tien van de 31 interventies over voor beoordeling van de potentiële effectiviteit. In Tabel 1 zijn de tien interventies ingedeeld naar setting en boodschap.

Tabel 1. Overzicht van interventies, ingedeeld naar setting en specifiek aan mondgezondheid gerelateerd gedrag dat centraal staat in de interventie

Setting					
	Vanaf twee jaar met regelmaat naar de tandarts	**Fluoride gebruik**	**Tanderosie**	**Gezond snoepen en niet meer dan 7 eet-en drinkmomenten op 1 dag**	**Multilateraal (gericht op de adviezen van het Ivoren Kruis)**
Consultatiebureau	Met twee jaar naar de tandarts				Een gezond kindergebit, Tandje extra!
Basisschool		Klassikaal fluoride spoelen		Jeugdavondvierdaagse, Gezond trakteren	Trammelant in Tandenland, Lees je tanden schoon, Tandenpoetsen, neem er de tijd voor!
Middelbare school			Tandenpoetsen en zo….lekker belangrijk		

3.2 INTERVENTIES IN EEN CONSULTATIEBUREAUSETTING

Dit hoofdstuk geeft de resultaten weer van de beoordeling van tien interventies aan de hand van taken afgeleid van het Intervention Mapping protocol. De interventies zijn ingedeeld naar de setting van de interventie. In Tabel 2 zijn de taken, afgeleid van het Intervention Mapping protocol, die zijn gevolgd door interventie-eigenaren bij het ontwikkelen van hun interventie schematisch weergegeven.

3.2.1 Tandje extra!

Tijdens het consultatiebureauconsult van één jaar en negen maanden is er in het kader van de interventie *Tandje extra!* vijf minuten extra tijd ingeruimd voor advisering over mondgezondheid door de verpleegkundige. Daarnaast is de informatie in het consultatiebureau, de kinderdagverblijven, de peuterspeelzalen en in de tandartspraktijk eenduidig. Voor tandheelkundige vragen kunnen verpleegkundigen van de consultatiebureaus ouders sneller doorverwijzen naar de tandartsen uit de regio.

Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) van het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) constateerde dat er steeds vaker en meer jonge kinderen met een sterk carieus gebit op het spreekuur kwamen. De Friesland Zorgverzekeraar, het Centrum Bijzondere Tandheelkunde en de JGZ van de GGD Fryslân onderkenden het probleem voor Friesland en besloten in 2011 hier actie op te ondernemen. Het doel was het verbeteren van de kindergebitten door een gerichte informatiestroom op te zetten gecombineerd met snelle doorverwijzing naar de tandarts. De doelgroep bestond uit ouders van alle kinderen van één jaar en negen maanden (stap 1 Intervention Mapping). Subdoelen van het project waren: Ouders weten dat de kinderen na het doorbreken van het eerste tandje één keer per dag met fluoridepeutertandpasta moeten poetsen en dat fluoride een bijzonder positieve invloed heeft op het gebit; Ouders weten dat de kinderen met twee, drie en vier jaar tweemaal per dag moeten poetsen met peuter-fluoridetandpasta; Ouders weten dat kinderen vanaf vijf jaar tweemaal moeten poetsen met fluoridetandpasta voor volwassenen, of juniortandpasta; Ouders weten het verschil tussen fluoridepeutertandpasta en tandpasta voor volwassenen en juniortandpasta; Ouders weten dat ze tot de leeftijd van tien jaar het gebit moeten

napoetsen; Ouders weten dat ze vanaf twee jaar regelmatig voor controle naar de tandarts of mondhygiënist moeten; Ouders weten waarom het belangrijk is om niet meer dan zeven eet- en drinkmomenten per dag te hebben; Ouders weten waarom er 's nachts geen flesje melk of vruchtensap moet worden gegeven; Ouders weten het belang van de overgang van de zuigfles naar de beker; Ouders weten dat bezoek aan de tandarts binnen basisverzekering valt (stap 2 Intervention Mapping). In een onderzoek naar een voorlichtingsstrategie over mondgezondheid was een evaluatie uitgevoerd bij consultatiebureaumedewerkers en ouders, met als doel informatie te verkrijgen over belemmerende en bevorderende factoren voor het geven en ontvangen van voorlichting (Schuller et al., 2010). De conclusie was dat voor een verdere afname van cariës bij kinderen de implementatie van een richtlijn voor CB-medewerkers over mondgezondheid bij kinderen wenselijk is, aangevuld met voorlichtingsmaterialen en sessies voor ouders. Er werd gekozen voor het consultatiebureau als setting van de interventie, omdat het bereik bijna 100% is. Dit is een vast contactmoment binnen de jeugdgezondheidszorg. Er was voor Dokkum gekozen, omdat de tandarts in hetzelfde gebouw zit als het consultatiebureau en de medewerkers van het consultatiebureau en de tandarts al samenwerken en doorverwijzen. Ook is er een inloopspreekuur in Dokkum (stap 3 Intervention Mapping). Voor de consultatiebureau verpleegkundigen is een handleiding ontwikkeld met daarin vragen voor de ouder of verzorger over de verzorging van het melkgebit. Aan de hand van de antwoorden kon de verpleegkundige zien welke kennis de ouder of verzorger mist, en de juiste folder hierover uitreiken. Daarnaast werd er een extra inloopspreekuur specifiek over mondgezondheid opgezet in samenwerking met een tandartspraktijk uit de regio en verzorgd door een verpleegkundige (stap 4 Intervention Mapping). Om het beoogde effect te meten van *Tandje extra!*, namelijk de kwaliteit van kindergebitten, worden alle ouders van de peuters gevraagd om deel te nemen aan onderzoek bij de tandartsen. Studenten van het Universitair Medisch Centrum Groningen en de Hanzehogeschool Groningen zullen de resultaten in de toekomst gaan onderzoeken. Bij bewezen effectiviteit zal het project over de hele provincie Friesland worden uitgerold (stap 6 Intervention Mapping).

3.2.2 Met twee jaar naar de tandarts

Met twee jaar naar de tandarts is een systeem waarbij ouders van tweejarigen een oproepkaart krijgen uitgereikt voor een bezoek aan de tandarts. Daarnaast krijgen ouders informatie over het belang van een bezoek aan de tandarts met hun kind.

De GGD Den Haag is in 1991/1992 gestart met het versturen van oproepkaarten naar ouders van kinderen van rond de twee jaar (stap 5 Intervention Mapping). Voor het versturen maken zij elk jaar in april en oktober een uitdraai van het bevolkingsregister. Vervolgens sturen ze alle ouders een oproepkaart waarop in drie talen wordt uitgelegd waarom het bezoeken van de tandarts zo belangrijk is vanaf twee jaar (stap 3 en 4 Intervention Mapping). Met de oproepkaart kunnen ouders hun kind aanmelden bij de tandarts door de oproepkaart terug te sturen naar de GGD Den Haag. In 2010 heeft de GGD Den haag 2492 (35,6%) van de 7012 verstuurde oproepkaarten terug gehad. In 2011 was dit 1228 (18,6%) van de 6586 verstuurde oproepkaarten (stap 6 Intervention Mapping).

Het vergelijkbare verwijssysteem I*edereen naar de tandarts* vanuit de GGD Twente is in 1999 geïnitieerd door het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) in het kader van het grotere project 'Mondzorg in de regio' en is gesubsidieerd door het ministerie van VWS. De coördinatie voor de uitvoering van het project lag in handen van de Werkgroep Preventieve Jeugdtandzorg Twente. Uit de procesevaluatie in 2004 bleek *Iedereen naar de tandarts* zowel onder GGD-medewerkers, thuiszorgmedewerkers en tandartsen goed bekend te

zijn. Vanaf januari 1999 tot en met juni 2004 zijn er 637 kinderen doorverwezen naar de tandarts, waarvan 321 via het consultatiebureau en 316 via de Jeugdgezondheidszorg (stap 6 Intervention Mapping).

De GGD Drenthe heeft in 2005 het oproepsysteem voor de tandarts *Met twee jaar naar de tandarts* ontwikkeld. Aanleiding voor het opzetten van het aangepaste oproepsysteem in Drenthe was een van de uitkomsten van het tandheelkundig epidemiologisch onderzoek, 'Onderzoek naar de gebitstoestand van de leerlingen van groep twee en zeven van het basisonderwijs', uitgevoerd door de GGD Drenthe in 2003 (stap 1 Intervention Mapping). Het doel en de gewenste resultaten van de interventie zijn geformuleerd, maar er is geen matrix gemaakt van determinanten van het gedrag 'de tandarts bezoeken met kinderen van twee jaar voor controle van het gebit'(stap 2 Intervention Mapping). Bij regulier bezoek van ouders aan het consultatiebureau wordt hun een informatieboekje en een oproepkaart voor een bezoek aan de tandarts met hun kind(eren) uitgereikt. De betreffende tandarts neemt de oproepkaart in, verstuurt de oproepkaart naar een algemeen administratiepunt van de GGD en reikt een attentie uit aan het kind (stap 3 Intervention Mapping). De oproepkaarten, posters en informatiefolders zijn ontwikkeld (stap 4 Intervention Mapping). De GGD Drenthe werkt samen met de participanten Icare, Elmex, het Groene land Achmea en tandartsen uit de omgeving Drenthe. Met twee jaar naar de tandarts, of een variant hiervan met dezelfde inhoud, wordt inmiddels ook uitgevoerd door de GGD Groningen (2006), GGD Noord Holland (2006), GGD Midden Nederland (2010) en GGD Zaanstreek Waterland (2012) (stap 5 Intervention Mapping). Er is een procesevaluatie uitgevoerd door middel van vragenlijsten die aan ouders, tandartsen, Icare en de uitvoerende consultatiebureaus zijn gestuurd. Hieruit blijkt dat de interventie door participanten en ouders positief werd ontvangen. Uitgifte van de oproepkaarten liep echter niet volgens protocol. De oproepkaart werd te weinig meegegeven en dat was terug te zien in het aantal door tandarts verstuurde oproepkaarten. Van september 2005 tot maart 2006 hebben consultatiebureau medewerkers 840 oproepkaarten uitgereikt in Drenthe. Door de tandartsen zijn 231 oproepkaarten ingenomen, dit komt neer op 27,5% van het aantal uitgereikte kaarten. In 2009 is *Met twee jaar naar de tandarts* geëvalueerd door middel van een ouderenquête. Er zijn 1700 enquêtes verstuurd naar ouders van twee- en driejarige kinderen, waarvan er 824 (48%) zijn ingevuld. 363 (44,1%) van de ouders heeft een oproepkaart voor de tandarts bij het consultatiebureau meegekregen. 42,8% van de ouders van tweejarige kinderen heeft de oproepkaart bij de tandarts ingeleverd. 29,7% van de ouders van tweejarige kinderen geeft aan naar aanleiding van de oproepkaart een afspraak te hebben gemaakt bij de tandarts. Van de ouders van tweejarige kinderen die naar aanleiding van de oproepkaart een afspraak hebben gemaakt bij de tandarts geeft 97% aan dat ze anders zelf ook een afspraak bij de tandarts zouden hebben gemaakt (stap 6 Intervention Mapping).

3.2.3 Een gezond kindergebit

Bij het consultatiebureau krijgen ouders van kinderen van nul tot vijf jaar een kaartje met een internetlink naar het voorlichtingsfilmpje *Een gezond kindergebit* uitgereikt. In het voorlichtingsfilmpje voor ouders worden alle mondzorgadviezen van het Ivoren Kruis herhaald en het gewenste gedrag wordt gedemonstreerd in het internetfilmpje.

De etiologie van cariës is grotendeels bekend, waardoor gerichte preventie kan worden toegepast. Het Ivoren Kruis heeft preventieve adviezen opgesteld (stap 1 Intervention Mapping). TNO identificeerde in een pilot het niveau en veranderbaarheid van de kennis van ouders over mondgezondheid (stap 2 Intervention Mapping). Voorlichting over de manier waarop ouders het melkgebit van hun kind gezond kunnen houden leidt over het algemeen tot kennistoename (Alsada et al., 2005;

Plutzer et al., 2008; Gussy et al., 2008; Weinstein et al., 2006). Alsada rapporteerde een kennistoename van mondgezondheid van 32% bij jonge ouders, toekomstige ouders en leerkrachten uit het lager onderwijs wanneer voorlichting over mondzorg via een dvd werd gegeven (Alsada et al., 2005). Gemeten aan de vaccinatiegraad bereikt de jeugdgezondheidszorg 95% van de kinderen, en is daardoor bij uitstek geschikt om voorlichting te geven over mondgezondheid aan de ouders van kleine kinderen (RIVM, 2010). Uit onderzoek van Gussy en collegae bleek demonstratie van het gewenste gedrag het meest effectief te zijn. Via het mechanisme van modelling kunnen ouders het gewenste gedrag imiteren. Verder blijkt uit de literatuur dat modelling het vertrouwen in eigen effectiviteit om bepaald gedrag te vertonen versterkt (McAuley, 1985) (stap 3 Intervention Mapping). De korte web-based voorlichtingsfilm *Een gezond kindergebit* werd ontwikkeld, waarin de adviezen van het Ivoren Kruis over mondzorg aan de orde komen. Het filmpje is toegankelijk via een website en beschikbaar in de vier talen Nederlands, Engels, Turks en Arabisch (stap 4 Intervention Mapping). Een pilotstudie naar de effectiviteit van de voorlichtingsfilm is uitgevoerd in samenwerking met de GGD Zeeland. De resultaten van 47 voor- en nametingen bij ouders zijn veelbelovend. De kennis over mondzorg bij ouders was fors toegenomen na het bekijken van het voorlichtingsfilm. Wegens de positieve resultaten is TNO een uitgebreider onderzoek gestart naar bereik en effectiviteit van het filmpje op kennis van ouders over mondgezondheid, met financiering van ZonMw (stap 6 Intervention Mapping). Aangezien de interventie nog in ontwikkeling is en de interventie-eigenaren deze pas op grote schaal willen implementeren als effectiviteit minimaal op kennistoename bij de ouders is aangetoond, kan er geen conclusie worden getrokken over stap 5 van het Intervention Mapping protocol.

3.3 INTERVENTIES IN EEN BASISSCHOOL SETTING

3.3.1 Trammelant in Tandenland

Het educatieve programma *Trammelant in Tandenland* voor groep één t/m vier van de basisschool bestaat uit een animatie-dvd met drie filmpjes, een prentenboek voor ouders en kinderen waarin de onderwerpen tandenpoetsen, snoepen/frisdranken en tandartsbezoek aan bod komen en een vaardigheidstraining in de vorm van poetslessen.

De GGD Amsterdam voerde een probleemanalyse aan de hand van literatuuronderzoek uit voor cariës bij kinderen. De volgende risicofactoren zijn geïdentificeerd als belangrijkste gedragsfactoren: kinderen poetsen niet iedere dag twee keer hun tanden; kinderen starten met tandenpoetsen na hun tweede levensjaar; ouders poetsen het gebit van hun kinderen niet twee keer per dag na of controleren hun kind niet op het tandenpoetsen; dagelijks gebruik van suikerhoudende dranken, meer dan twee snacks per dag en meer dan zeven eetmomenten per dag; en minder dan twee tandartsbezoeken per jaar. De gekozen risicogroepen van het programma zijn kinderen van ouders met een lage sociaal economische status, kinderen van laag opgeleide moeders, kinderen van Turkse en Marokkaanse moeders, kinderen van alleenstaande ouders, kinderen uit grote gezinnen en jongens. De eerste vijf subdoelgroepen waren kinderen op scholen in krachtwijken (stap 1 Intervention Mapping). Er werd een determinantenanalyse uitgevoerd. Literatuuronderzoek laat zien dat de volgende determinanten mondverzorgingsgedrag van kinderen beïnvloeden: assistentie en controle door ouders; gewoonte om dagelijks tanden te poetsen (gewoontevorming vindt voor zes tot zeven jaar plaats); voorbeeldgedrag van de ouders, met name de moeder; attitude van ouders (het belangrijk vinden om twee keer per dag tanden te poetsen); ouders hebben steun/duwtje nodig voor gewoontevorming kind; mate waarin ouders geloven dat zij het gedrag kunnen overbrengen aan hun kinderen; de eigen effectiviteit van kinderen en ouders; ouders hebben het

gevoel de tijd te hebben om kinderen te controleren op het tandenpoetsen; en kennis m.b.t. mondverzorging. De GGD Amsterdam maakte een matrix van specifieke gedragsdoelen en determinanten waarbij veranderingsdoelen zijn geformuleerd (stap 2 Intervention Mapping). Op basis van literatuuronderzoek zijn de *theory of planned behavior* en gewoontevorming via *implementation intentions,* en herhaling als theoretische methode voor de interventie gekozen (Ajzen, 1985; Verplanken en Orbell, 2003). Verder stond de *Entertainment-Education Strategy* centraal om de kinderen en de ouders en leerkrachten te bereiken (Bouman, 1999). Bovendien is er een *cue-to-action/prompt* verwerkt in het project (Aarts et al, 1997). Dit kan een aangeleerd herkenningspunt zijn, waardoor het kind en/of de ouders herinnerd wordt aan het feit dat er gepoetst moet worden. In *Trammelant in Tandenland* betreft het een sticker (stap 3 Intervention Mapping). De illustraties van de hoofdkarakters uit de filmpjes en het prentenboek zijn uitgetest op vijftien kinderen van drie tot en met acht jaar. Vervolgens werd een implementatieplan opgesteld en een handleiding ontwikkeld voor participanten. Tevens is een website van de interventie gelanceerd (stap 4 Intervention Mapping). De GGD Amsterdam maakte een implementatieplan. De handleiding van de interventie is beschikbaar via de website van de interventie. De GGD-en die hebben meegefinancierd aan de interventie voeren de interventie uit of hebben de intentie om de interventie in de toekomst uit te voeren. Door een gebrek aan financiële middelen en tijd voor het onderwerp mondgezondheid zijn nog niet alle GGD-en in staat om de interventie te implementeren (stap 5 Intervention Mapping). De GGD Amsterdam is in 2011 gestart met de interventie en voert nu een eerste procesevaluatie uit. Daarnaast is een onderzoeksplan voor een effectiviteitstudie is geschreven. De middelen om een effectiviteitstudie uit te voeren ontbreken nog en er wordt gezocht naar mogelijkheden (stap 6 Intervention Mapping gedeeltelijk).

3.3.2 Lees je tanden schoon

De verteltas ‘Doek gaat naar de tandarts’ voor kinderen van vier tot zeven jaar wordt uitgeleend bij het documentatiecentrum van de GGD Den Haag en bibliotheken in Den Haag. Bij elke uitleen wordt er een tandenborstel meegegeven. Ook wordt het boekje ‘Doek gaat naar de tandarts’ uitgereikt aan ouders van vierjarigen bij het laatste contactmoment van het consultatiebureau.

Uit onderzoek naar cariës bij vijf- en zesjarigen bleek dat van de Turkse en Marokkaanse kinderen in deze leeftijdscategorie 55% geen gaaf gebit heeft (Truin et al., 2007). Deze kinderen hebben gemiddeld meestal vijf caviteiten. Daarnaast lukt het slechts 53% van de allochtone kinderen en kinderen met laag opgeleide ouders om twee keer per dag hun tanden te poetsen (stap 1 Intervention Mapping). De GGD Den Haag stelde gedragsdoelen op (stap 2 Intervention Mapping). Het team van tandheelkundige preventief medewerkers van de GGD Den Haag brainstormde over de vraag hoe de doelgroep kinderen van vier tot zeven jaar, voornamelijk de allochtone kinderen, het best bereikt kon worden en dit resulteerde in een verteltas met verschillende materialen en verwerkingsopdrachten (stap 3 Intervention Mapping). De GGD Den Haag produceerde een verteltas over *Draakje Doek,* met daarin een poster, een groot gebitsmodel, een houten puzzel, cd met liedje over tandenpoetsen en het voorleesboek ‘Doek gaat naar de tandarts’ en een zandloper om de juiste tijdsduur aan te geven voor het tandenpoetsen. Bij het ontwikkelen van de tekst en illustratie van het boekje waren docenten basisonderwijs groep twee, tandheelkundig preventief medewerkers en een uitgever betrokken (stap 4 Intervention Mapping). In de nationale week van het voorlezen van 2010 werd een implementatieactiviteit georganiseerd door de GGD Den Haag in de bibliotheken. Daarnaast wordt de interventie actief aangeboden aan scholen (stap 5 Intervention Mapping). De GGD Den Haag voerde een procesevaluatie uit door middel van een brief met een vragenlijst waaraan 175 ouders en twaalf consultatiebureaumedewerkers hebben deelgenomen. Van de ouders vond 62% het poetsen beter gaan en 80% raadde het boekje aan

andere ouders aan. Verder bleek uit de procesevaluatie dat consultatiebureaumedewerkers het boekje 'Doek gaat naar de tandarts' als positief en nuttig beoordeelde, maar de bekendheid onder consultatiebureaumedewerkers was nog zeer gering. De aanbeveling die uit het onderzoek volgde, was een actievere benadering van de consultatiebureau medewerkers over het project. *Lees je tanden schoon* is het meest recent ontwikkelde project ter bevordering van de mondgezondheid van de Haagse jeugd van de GGD Den Haag, daarnaast voeren zij ook andere mondzorgprojecten gericht op de jeugd uit (stap 6 Intervention Mapping).

3.3.3 Tandenpoetsen, neem er de tijd voor!

Het lesproject *Tandenpoetsen, neem er de tijd voor!* voor risicoscholen in Tholen bestaat uit een mondelinge voorlichting, poetsles en ouderochtend.

Uit de regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning (rVTV) bleek dat de mondgezondheid van de jeugd in de gemeente Tholen minder goed is dan in de andere Zeeuwse gemeenten. Resultaten lieten zien dat 38% van de vijfjarigen gaatjes heeft en 49% van de tienjarigen. In de rest van Zeeland heeft 22% van de vijfjarigen gaatjes en 43% van de tienjarigen. De Thoolse jeugd poetste ook minder vaak hun tanden in vergelijking met de rest van Zeeland, 1,7 keer per dag tegenover 1,9 keer per dag. Dit vormde voor de GGD Zeeland aanleiding om aandacht te vragen voor mondgezondheid bij de gemeente Tholen (stap 1 Intervention Mapping). De GGD Zeeland wilde mondgezondheid onder de aandacht brengen bij de Thoolse jeugd, hun ouders en leerkrachten. Het beoogde resultaat was gezondere monden bij de jeugd van vier tot twaalf jaar op de risicoscholen in de gemeente Tholen. Risicoscholen werden aangewezen aan de hand van de scores op gaaf of geen gaaf gebit en frequentie van het tandenpoetsen van kinderen, door jeugdartsen te gebruiken (stap 2 Intervention Mapping) . Er is overleg geweest tussen de ambtenaar Volksgezondheid van de gemeente Tholen en de tandheelkundig preventief medewerker van de GGD Zeeland. De GGD Zeeland heeft ook overleg gehad met tandartsen en tandheelkundige preventieassistenten uit Tholen. Herhaling van de boodschap was een belangrijk aandachtspunt. Ze wilden daarom de boodschap vanuit verschillende organisaties uitdragen om herkenning te creëren. Verder was tandenpoetsen een belangrijk aandachtspunt (stap 3 Intervention Mapping). Poetslessen zijn ontwikkeld. Er zijn posters gedrukt met een illustratie van het Ivoren Kruis, na hun goedkeuring, over tandenpoetsen. Deze posters werden verspreid bij tandartsen, scholen, huisartsen, apotheken, consultatiebureaus, bibliotheken en fysiotherapeuten in Tholen (stap 4 Intervention Mapping). In verband met een financieel budget vanuit de gemeente Tholen voor een tijdsbestek van twee jaar is er verder geen implementatieplan ontwikkeld (stap 5 Intervention Mapping). Er werden voorlichting, poetslessen en ouderochtenden gegeven door een tandarts en vijf preventieassistenten op zes risicoscholen in Tholen. In totaal zijn daarmee 1052 kinderen bereikt. De communicatie vanuit de GGD werddoor tandartsenpraktijken en scholen goed gewaardeerd. De gemeente zou frequenter contact willen om informatie uit te wisselen. Op twee scholen waren ouders uitgenodigd met een brief voor informatie over mondgezondheid, hier werd matig gebruik van gemaakt. De scholen waardeerden de poetsles met een 8,2 gemiddeld. Vijf van de zes scholen gaven aan de interventie een meerwaarde voor de gezondheidsbeleving te vinden. Door enkelen werd aangegeven dat zij één poetsles te beperkt vinden. De GGD ervaarde de uitleen van de leskist mondgezondheid bij de lessen als onvoldoende. Er waren logistiek geen duidelijke afspraken over gemaakt. De uitvoerende tandartsen waren positief over de interventie. Ze zagen dat er vlak na de interventie beter werd gepoetst, maar men later weer verviel in oud gedrag. Ze hadden belangstelling om het project voort te zetten. Een effectevaluatie was niet uitgevoerd in verband met het korte tijdsbestek en beperkte budget (stap 6 Intervention Mapping). Op dit moment is de GGD Zeeland bezig om een lesproject op te zetten met vrijwilligers die bij de GGD Zeeland training krijgen om poetslessen en voorlichting te geven op scholen.

3.3.4 Klassikaal fluoride spoelen

Klassikaal fluoride spoelen houdt in dat een leerkracht of een ouder één keer per week bekertjes met fluoridespoelvloeistof uitdeelt in de klas, waarna de kinderen gedurende één minuut gezamenlijk spoelen. Daarna spugen de kinderen de vloeistof uit in het plastic bekertje.

Er zijn nog steeds tandheelkundige risicogroepen waarbij de mondgezondheid te wensen over laat. Dit zijn voornamelijk kinderen in de leeftijd van zes tot twaalf jaar, vaak met een lage sociaal economische status, van allochtone origine en zij bevinden zich voornamelijk in de grote steden (stap 1 Intervention Mapping). Uit de internationale literatuur blijkt dat klassikaal fluoride spoelen effectief is in het verminderen van cariës bij tandheelkundige risicogroepen (Marinho et al., 2003; Twetman et al., 2004). Twetman en collegae vonden een preventief effect van 29% minder tandbederf. Daarbij was dit effect voornamelijk zichtbaar in de tandheelkundige risicogroepen. Of het ook zinvol is voor kinderen die dagelijks tandenpoetsen met fluoride tandpasta is echter de vraag. Een ander onderzoek beschrijft een vermindering van tandbederf van 26% (Marinho et al., 2003). Een studie in een niet gefluorideerd deel van Edingburgh laat een effect van 21% vermindering van tandbederf zien voor kinderen uit krachtwijken (stap 3 Intervention Mapping). De GGD Amsterdam werkt samen met het bedrijf WinkelHealthServices voor de levering van fluoride en bekertjes. De GGD Amsterdam biedt het programma aan bij basisscholen in Amsterdam en financiert de materialen. Op dit moment wordt de interventie uitgevoerd door de GGD Groningen, GGD Den Haag, GGD Amersfoort en de GGD Flevoland (stap 5 Intervention Mapping). De GGD Amsterdam heeft geen evaluatie uitgevoerd. In de literatuur is wel effectiviteitonderzoek in Nederland naar klassikaal fluoride spoelen beschreven. In 2003 is een cohortonderzoek beschreven door Reelick en collegae naar de effectiviteit van klassikaal fluoride spoelen op 18 basisscholen uit lage SES gebieden van Rotterdam (Reelick et al., 2003). Hierbij werd één DMFS minder toename tussen de voor- en nameting gevonden in de met fluoride spoelende groep. Uit een onderzoek onder basisschoolkinderen in Woudenberg bleek dat kinderen die nooit met fluoride spoelden vier keer zoveel kans op cariës hadden in vergelijking met kinderen die ten minste drie jaar gespoeld hadden (Pieterse et al., 2006) (stap 6 Intervention Mapping).

3.3.5 Gezond trakteren

Gezond trakteren is een website en handleiding voor basisscholen en kindercentra met daarin beleidsadviezen en recepten voor gezonde traktaties. Daarnaast wordt er ook een thema-tas *Gezond trakteren* uitgeleend bij de GGD

Op scholen, sportverenigingen en kindercentra wordt vaak getrakteerd op chips en snoep. In het totale voedingspatroon van kinderen neemt het eten van zoet en vettigheid toe en ook het aantal eetmomenten groeit. Deze combinatie is niet bevorderlijk voor het gebit en hart & vaten (Marshall et al., 2007;Cinar & Murtomaa, 2008). Voor de GGD Zaanstreek-Waterland was dit aanleiding om de interventie *Gezond trakteren* te ontwikkelen (stap 1 Intervention Mapping). Aan ouders, leerkrachten en leidinggevenden van kindercentra worden suggesties gedaan voor gezonde tussendoortjes en traktaties via een website, een handleiding en themabijeenkomsten voor ouders. (stap 3 Intervention Mapping). Er is een website van het project, een handleiding tussendoortjes en traktatiebeleid voor docenten en kindercentra, een thema-tas gezond trakteren voor het project *Gezond trakteren* op kindercentra en er zijn posters en postcards ontwikkeld (stap 4 Intervention Mapping). Ouders en kinderen kunnen zelf een recept voor een traktatie of tussendoortje toevoegen aan de website. Naast de GGD Zaanstreek-Waterland voert ook GGD Hollands Midden (2008) en GGD Kennemerland (2008) de interventie uit. Het effect van *Gezond trakteren* is niet geëvalueerd.

3.3.6 Jeugdavondvierdaagse

De GGD Hollands Midden probeert elk jaar via *free publicity* aandacht te vragen voor gezond eten en drinken tijdens de jeugdavondvierdaagse. Zo wordt elk jaar een wethouder of de burgemeester gevraagd voor een toespraak tijdens het evenement om zo aandacht te vragen voor de interventie.

De GGD Hollands Midden juicht het evenement de jeugdavondvierdaagse toe, om het feit dat beweging erg belangrijk en gezond is voor kinderen. Echter, de kinderen worden tijdens het evenement en bij de intocht vaak overdadig beloond met snoep. Obesitas en cariës zijn de meest voorkomende aandoeningen bij kinderen en delen de risicofactoren van meer dan zeven eet- en drinkmomenten op een dag en een suikerrijk dieet (Edelstein, 2006; Marshall et al., 2007; Cinar & Murtomaa, 2008). Dit was voor GGD Hollands Midden aanleiding om met tandheelkundig preventief medewerkers te brainstormen over de vraag hoe gezonde beloningen kunnen worden gepromoot (stap 1 Intervention Mapping). De GGD Hollands Midden doet sinds 2005 suggesties voor gezondere beloningen tijdens en na de jeugdavondvierdaagse door middel van brieven aan scholen en de website van de GGD Hollands Midden(stap 3 Intervention Mapping). De GGD stelde brieven voor ouders op, die deelnemende scholen voor de jeugdavondvierdaagse verspreidden. Flesjes water met de tekst ‘Niets is zo gezond als water voor je mond’ en zonnekleppen met ‘Leef je uit met groenten en fruit’ werden ontwikkeld. De flesjes water en zonnekleppen werden tijdens de jeugdavondvierdaagse uitgedeeld (stap 4 Intervention Mapping).

3.4 INTERVENTIES IN DE MIDDELBARE SCHOOL SETTING

3.4.1 Tandenpoetsen en zo….lekker belangrijk!

In klas 1 / 2 van het VMBO en/of LWOO werd door de GGD Fryslân een gastles georganiseerd die past binnen het vak verzorging of biologie. In de les wordt aandacht besteed aan de reguliere aandachtspunten bij een goede mondgezondheid. Daarnaast zijn er voor pubers specifieke aandachtspunten.

Jongeren drinken steeds meer frisdranken, waardoor de laatste jaren tanderosie steeds meer voorkomt. In 2002 vertoonde 24% van de 12-jarigen in Den Haag tekenen van erosie (Truin et.al. 2005). Zoals reeds vermeld is er een relatie tussen het vóórkomen van tanderosie en het drinken van frisdrank. Uit onderzoek in Vlaanderen blijkt dat 51% van de jongens en 32% van de meisjes dagelijks zoete frisdrank drinkt (Hublet et al., 2006). En wat betreft het snoepen: 33% van de jongens en 27% van de meisjes eet dagelijks snoep. Tandbederf en tanderosie zijn niet te genezen. Daarom wilde GGD Fryslân in 2008 een bijdrage leveren aan het voorkomen van deze aandoeningen.
De puberteit is de leeftijdsfase waarin het kind zich losmaakt van de ouders en steeds meer verantwoordelijkheden krijgt. Niet alleen wordt het tandenpoetsen niet langer door de ouders gecontroleerd, ook verliezen de ouders het zicht op het eet- en drinkgedrag van het kind, dat in deze periode drastisch kan veranderen. Reclame speelt hierbij ook een belangrijke rol. Tanderosie is voor deze groep een grote bedreiging. De doelgroep is leerlingen van klas 1/2 VMBO en/of LWOO (stap 1 Intervention Mapping). De doelstellingen van *Tandenpoetsen en zo….lekker belangrijk!* zijn: 1). Leerlingen weten dat ze 2x per dag moeten poetsen volgens de drie B’s (binnen, buiten, bovenkant) en bezitten de vaardigheid om dit te doen; 2) Leerlingen weten dat ze 2x per jaar naar de tandarts moeten gaan; 3) Na de les weet 75% van de leerlingen waardoor cariës en tanderosie wordt veroorzaakt; 4) Na 3 maanden weet 50% van de leerlingen waardoor cariës en tanderosie wordt veroorzaakt; 5) Na de les weet 75% van de leerlingen hoe zij cariës en tanderosie kunnen

voorkomen; 6) Na 3 maanden weet 50% van de leerlingen hoe zij cariës en tanderosie kunnen voorkomen (stap 2 Intervention Mapping). Binnen het vak verzorging neemt het onderwerp lichaamsverzorging een belangrijke plaats in. Onder lichaamsverzorging valt ook de verzorging van het gebit. Ook binnen het vak biologie kan een les mondgezondheid worden gegeven. Het gebit maakt onderdeel uit van een aantal lessen in de biologiemethode. (stap 3 Intervention Mapping). Er is een gastles tanderosie ontwikkeld (stap 4 Intervention Mapping). De pilot bestond uit een gastles mondgezondheid en drie vragenlijsten. De eerste vragenlijst (nulmeting) werd een week voordat de gastles is gegeven, afgenomen, de tweede meteen na de les en na 3 maanden werd de laatste vragenlijst (eindmeting) ingevuld. De eerste vragenlijst is door 169 leerlingen ingevuld, de tweede door 162 leerlingen en de derde door 126 leerlingen. Bij de nulmeting gaat 80,5% van de 169 voor controle naar de tandarts. Bij de eindmeting gingen alle 126 leerlingen voor controle naar de tandarts. Voor de gastles gaf 71% van de leerlingen aan tweemaal daags te poetsen, meteen na de les 77% en na drie maanden poetste 76% van de leerlingen tweemaal daags zijn of haar tanden. De relatie frisdrank en tanderosie was bij veel jongeren onbekend. Slechts 12% wist tijdens de nulmeting dat de kans op tanderosie kleiner wordt door minder frisdrank te drinken. Na de gastles wist 43,8% dat de kans op tanderosie kleiner wordt door minder frisdrank te drinken en na drie maanden wist 42,1% van de leerlingen dit nog (stap 6 Intervention Mapping).

Tabel 2a. Samenvatting van de uitgevoerde taken afgeleid van stap 1 van het Intervention Mapping protocol in tien Nederlandse interventies gericht op de mondgezondheid van kinderen

Stappen Intervention Mapping	**1. Needs assesment**			
Taken afgeleid van het Intervention Mapping protocol	Plan een bijeenkomst met program-magebruikers en potentiële deelnemers voor needs asses-ment	Voer needs assesment uit	Inventariseer mogelijkheden voor interventies voor de doel-groep	Programma/ Gezondheids-doel formuleren en beoogd programma effect
Tandje extra!	X	X		
Met twee jaar naar de tandarts	X	X		
Een gezond kindergebit		X	X	
Trammelant in Tandenland	X	X	X	X
Lees je tanden schoon		X	X	
Tandenpoetsen, neem er de tijd voor!		X		
Klassikaal fluoride spoelen				X
Gezond trakteren				
Jeugdavondvierdaagse				
Tandenpoetsen en zo… lekker belangrijk		X		
Totaal	3	7	3	2

Tabel 2b. Samenvatting van de uitgevoerde taken afgeleid van stap 2 van het Intervention Mapping protocol in tien Nederlandse interventies gericht op de mondgezondheid van kinderen

Stappen Intervention Mapping	**2. Ontwikkelen van matrix voor veranderingsdoelen**			
Taken afgeleid van het Intervention Mapping protocol	Formuleer verwachte veranderingen in gedrag en/of omgeving gerelateerd aan het gezondheidsprobleem	Specificeer gedragsdoel(en)	Specificeer belangrijke en veranderbare determinanten	Creëer matrices matrices van veranderingsdoelen
Tandje extra!	X	X		
Met twee jaar naar de tandarts	X	X		
Een gezond kindergebit	X	X	X	
Trammelant in Tandenland	X	X	X	X
Lees je tanden schoon	X	X		
Tandenpoetsen, neem er de tijd voor!	X			
Klassikaal fluoride spoelen	X			
Gezond trakteren	X			
Jeugdavondvierdaagse	X			
Tandenpoetsen en zo… lekker belangrijk	X	X		
Totaal	10	6	2	1

Tabel 2c. Samenvatting van de uitgevoerde taken afgeleid van stap 3 van het Intervention Mapping protocol in tien Nederlandse interventies gericht op de mondgezondheid van kinderen

Stappen Intervention Mapping	**3. Theoretische methode en praktische strategie**			
Taken afgeleid van het Intervention Mapping protocol	Bespreek programmaplannen met betrokkenen	Identificeer en kies theoretische methode op basis van literatuur	Kies een praktische strategie	Zorg ervoor dat de strategieën alle doelen omvatten
Tandje extra!	X		X	
Met twee jaar naar de tandarts			X	
Een gezond kindergebit		X	X	X
Trammelant in Tandenland	X	X	X	X
Lees je tanden schoon			X	
Tandenpoetsen, neem er de tijd voor!	X		X	
Klassikaal fluoride spoelen		X		
Gezond trakteren			X	
Jeugdavondvierdaagse			X	
Tandenpoetsen en zo… lekker belangrijk			X	
Totaal	3	3	9	2

Tabel 2d. Samenvatting van de uitgevoerde taken afgeleid van stap 4 van het Intervention Mapping protocol in tien Nederlandse interventies gericht op de mondgezondheid van kinderen

Stappen Intervention Mapping	**4. Produceren van programma componenten en materialen**			
Taken afgeleid van het Intervention Mapping protocol	Spreek met beoogde deelnemers en programmagebruikers	Kies thema, volgorde en benodigde materialen en beoordeel beschikbare materialen	Ontwikkel nieuwe programmadocumenten, programmamaterialen	Test de programmamaterialen uit in de doelgroep en pas deze aan
Tandje extra!		X	X	
Met twee jaar naar de tandarts	X	X	X	
Een gezond kindergebit		X	X	X
Trammelant in Tandenland	X	X	X	X
Lees je tanden schoon		X	X	X
Tandenpoetsen, neem er de tijd voor!	X	X		
Klassikaal fluoride spoelen				
Gezond trakteren		X	X	
Jeugdavondvierdaagse		X	X	
Tandenpoetsen en zo… lekker belangrijk		X		
Totaal	3	9	7	3

Tabel 2e. Samenvatting van de uitgevoerde taken afgeleid van stap 5 van het Intervention Mapping protocol in tien Nederlandse interventies gericht op de mondgezondheid van kinderen

Stappen Intervention Mapping	**5. Realiseren van programma- adoptie, implementatie en behoud**			
Taken afgeleid van het Intervention Mapping protocol	Identificeer programma-gebruikers en deelnemers	Beschrijf gedragsdoelen en determinanten voor adoptie, implementatie en continuering	Kies implementatiemethode en -strategie	Ontwikkel een interventie, protocol of handleiding voor implementatie van de interventie
Tandje extra!	X			X
Met twee jaar naar de tandarts	X			X
Een gezond kindergebit	X			
Trammelant in Tandenland	X	X	X	X
Lees je tanden schoon	X		X	X
Tandenpoetsen, neem er de tijd voor!	X			
Klassikaal fluoride spoelen	X			
Gezond trakteren	X		X	X
Jeugdavondvierdaagse	X			
Tandenpoetsen en zo… lekker belangrijk	X			
Totaal	10	1	3	5

Tabel 2f. Samenvatting van de uitgevoerde taken afgeleid van stap 6 van het Intervention Mapping protocol in tien Nederlandse interventies gericht op de mondgezondheid van kinderen

Stappen Intervention Mapping	**6. Evalueren van programmaproces en effect**				**Totaal**
Taken afgeleid van het Intervention Mapping protocol	Ontwikkel evaluatie-vragen op basis van de veran-derings-doelen	Ontwikkel proces-evaluatie-vragen	Ontwikkel indicatoren en metingen	Evalueer programma-uitkomsten, effect op mondgezond-heid in een onderzoek	**Van alle 24 taken uit tabel 2a t/m 2f**
Tandje extra!	X				**11**
Met twee jaar naar de tandarts	X*	X	X		**13**
Een gezond kindergebit	X**		X		**14**
Trammelant in Tandenland	X	X	X		**23**
Lees je tanden schoon	X*	X	X		**14**
Tandenpoetsen, neem er de tijd voor!		X			**8**
Klassikaal fluoride spoelen				X***	**5**
Gezond trakteren					**7**
Jeugdavondvierdaagse					**5**
Tandenpoetsen en zo… lekker belangrijk	X*				**7**
Totaal	6	4	4	1	

* Effect op gedrag en kennis is gemeten
** Effectevaluatie kennis en gedrag is nog niet afgerond.
*** Er is alleen effectevaluatie bekend in de literatuur

4. VOORSTELLEN TER VERBETERING

In Tabel 2 is een overzicht weergegeven van de uitgevoerde taken, die zijn afgeleid van het Intervention Mapping protocol, in de tien interventies gericht op mondgezondheid van kinderen in Nederland. Het valt op dat theoretische onderbouwing van de keuze voor bepaalde gedragsdeterminanten en een methode om deze determinanten te veranderen (stap 2 Intervention Mapping), implementatieplan en –doelen (stap 5 Intervention Mapping) en klinische effectevaluatie (stap 6 Intervention Mapping) in een meerderheid van de interventies ontbraken. In dit hoofdstuk worden deze drie punten behandeld. Verder worden mogelijkheden besproken voor een combinatieaanpak voor de preventie van obesitas en cariës.

4.1 THEORETISCHE ONDERBOUWING DETERMINANTEN VAN GEDRAG, VERANDERINGSDOELEN, EN METHODE

De beschrijving van de theoretische onderbouwing van de determinanten die leiden tot de gewenste gedragsverandering, van de specifiek daarop afgestemde veranderingsdoelen en van een theoretische gefundeerde methode om de betreffende gedragsdeterminanten te veranderen ontbrak bij de meerderheid van de interventies. Ook in de internationale literatuur worden deze problemen geconstateerd (Adair et al., 2012). Verder werd het pretesten en evalueren van nieuw ontwikkelde materialen vaak overgeslagen door interventie-eigenaren. Redenen voor het ontbreken van deze stappen lijken ontbrekende kennis over Intervention Mapping en ontbrekende financiële middelen te zijn.

De interventies werden daardoor niet altijd ontwikkeld en uitgevoerd op de manier zoals interventie-eigenaren dit hadden beoogd en/of zoals het Intervention Mapping protocol voorschrijft.

4.2 IMPLEMENTATIE

Als we kijken naar de implementatie van bestaande interventies, dan valt er nog veel winst te behalen. Van *Trammelant in Tandenland* en *Gezond trakteren* zijn websites gelanceerd waar informatie over de interventie te vinden is en handleidingen van de interventie kunnen worden gedownload. Voor *Trammelant in Tandenland* is tevens een implementatieplan met implementatiedoelen opgesteld. In de overige interventies zal op planmatige wijze meer aandacht aan de implementatie moeten worden besteed.

In een implementatieplan worden implementatiedoelen gesteld en uitwerking van de implementatiestrategie beschreven. Het gaat hierbij om het inbedden en verankeren van de interventie, zorg dragen voor de beschikbaarheid en overdraagbaarheid van de interventie en zorg voor eigenaarschap van de interventie, en voor continuïteit van de interventie in de toekomst. De implementatiedoelen richten zich op de beoogde eindgebruiker, de organisatorische context, de innovatieve

context en de sociaal-politieke context van de interventie (Fleuren et al., 2004). Belangrijke determinanten die van invloed zijn op succes van implementatie van een interventie zijn onder andere coöperatie van de eindgebruiker, capaciteit van de staf van een organisatie, hoge eigen effectiviteit, support van andere professionals, relevantie voor doelgroep, de benodigde tijd om de interventie te implementeren en te coördineren en de tijd die een organisatie heeft voor implementatie, de kosten voor invoering van de interventie en aanschaffing van materialen.

4.3 PROCES- EN EFFECTEVALUATIE

Van de interventies *Lees je tanden schoon, Met twee jaar naar de tandarts* en *Tandenpoetsen, neem er de tijd voor!* is een procesevaluatie uitgevoerd en voor *Trammelant in Tandenland* wordt momenteel een procesevaluatie uitgevoerd.

Van de interventies *Tandenpoetsen en zo...lekker belangrijk!, Lees je tanden schoon* en *Met twee jaar naar de tandarts* zijn de effecten op kennis en gedrag onderzocht. In deze effectiviteitsonderzoeken is echter geen verdeling gemaakt tussen een controlegroep en een interventiegroep. Verder is er voor *Lees je tanden schoon* en *Met twee jaar naar de tandarts* alleen één nameting uitgevoerd. Het is daarom niet duidelijk of de gevonden effecten te wijten zijn aan de interventie. Het effect op gedrag en kennis van *Een gezond kindergebit* wordt op dit moment onderzocht in een *randomised controlled trial* met één voor- en twee nametingen.

Van de interventie *klassikaal fluoride spoelen* is klinisch effectiviteitonderzoek in de literatuur beschreven en die laat positieve effecten zien in tandheelkundige risicogroepen. De vraag is of dit effect te generaliseren is naar de algemene populatie in Nederland.

Om een interventie effectief te kunnen noemen is een *randomised controlled trial* met een klinische uitkomstmaat gewenst. Er zijn geen *randomised controlled trials* met een klinische uitkomstmaat voor de hier beschreven interventies uitgevoerd. Voor enkele interventies zijn projectplannen voor evaluatieonderzoek wel beschreven, maar door gebrek aan financiële middelen en tijd (nog) niet uitgevoerd.

4.4 COMBINATIE VAN CARIËS- EN OBESITASPREVENTIE

In de interventies *Jeugdavondvierdaagse* en *Gezond trakteren* werd een combinatie gemaakt van cariës- en obesitaspreventie gericht op toename van kennis over gezonde voeding met maximaal zeven eet- en drinkmomenten en een beperkte suikerinname, bij ouders, docenten basisonderwijs en leidsters van kindercentra. Wanneer een interventie effectief is in het positief veranderen van het aantal eet- en drinkmomenten en suikerinname van kinderen, kan dit resulteren in een positief effect op zowel cariës als overgewicht. Voor dergelijke interventies is het gemakkelijker om draagvlak en financiering te vinden dan voor interventies die alleen gericht zijn op cariës. Obesitas bij kinderen heeft voor de overheid, zorgverzekeringsmaatschappijen en GGD-en een hogere prioriteit dan mondgezondheid.

5. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Het doel van dit onderzoek was de potentiële effectiviteit van bestaande Nederlandse interventies, gericht op de mondgezondheid van kinderen, te onderzoeken en algemene voorstellen ter verbetering te formuleren.

Met behulp van een overzicht van taken, die zijn afgeleid van het Intervention Mapping protocol, is gekeken welke stappen zijn gevolgd voor de bestaande Nederlandse interventies gericht op de mondgezondheid van kinderen. Tien van de 31 bestaande interventies gericht op mondgezondheid zijn in dit onderzoek beoordeeld op potentiële effectiviteit. Redenen voor uitval van interventies waren: het ontbreken van een schriftelijke beschrijving van de interventie en de opzet, het project werd door de eigenaar niet als interventie beschouwd, dezelfde inhoud als een andere interventie uit de database of een interventie was gericht op algemene gezondheid, en er was geen specifieke beschrijving van het onderdeel mondgezondheid.

In de leeftijd nul tot vijf jaar zijn de interventies *Met twee jaar naar de tandarts* en *Een gezond kindergebit,* potentieel effectief. Beide interventies worden uitgevoerd in een consultatiebureausetting. Voor *Een gezond kindergebit* werden tot nu toe ook 14 van de 24 taken, afgeleid van het Intervention Mapping protocol, gevolgd. De interventie-eigenaren van *Met twee jaar naar de tandarts* volgde 13 van de 24 taken.

Een potentieel effectieve interventie voor kinderen in de basisschoolleeftijd is *Trammelant in Tandenland.* De interventie *Trammelant in Tandenland* van de GGD Amsterdam, waaraan 24 GGD-en hebben meegefinancierd, is ontwikkeld aan de hand van het Intervention Mapping protocol en dit is terug te zien in de resultaten. Voor *Trammelant in Tandenland* zijn 23 van de 24 taken, afgeleid van het Intervention Mapping protocol, uitgevoerd. Voor effectevaluatie is een onderzoeksplan beschreven, maar de middelen om dit uit te voeren zijn er op dit moment niet bij de GGD Amsterdam. Daarnaast is de interventie *Lees je tanden schoon,* waarin 14 van de 24 taken zijn uitgevoerd, goed beschreven en onderbouwd.

Een meerderheid van de interventies is gericht op kinderen van vier tot 12 jaar. Daarentegen zijn er maar weinig interventies gericht op mondgezondheid voor de doelgroep jongeren van 12 tot 18 jaar. Het aanbod voor deze leeftijdsgroep bestaat nu uit de les *Tanden poetsen en zo…lekker belangrijk.*

Het opstellen van gedragsdoelen en -determinanten om implementatie, adoptie en continuering van de interventie te bevorderen zijn voor een meerderheid van de interventies overgeslagen. Ook het vaststellen van determinanten om het gewenste gedrag te kunnen veranderen op basis van literatuur en onderzoek ontbrak vaak. Voor de interventie *Trammelant in Tandenland* is dit wel gedaan.

Daarnaast werd het uitvoeren van het effectevaluatieplan, aan de hand van de geformuleerde programmadoelen voor mondgezondheid, door interventie-eigenaren overgeslagen. Dit is juist een

zeer essentiële activiteit om de werkelijke effectiviteit en kwaliteit van een gezondheidsprogramma vast te stellen. De maatschappelijke winst van een interventie is enerzijds afhankelijk van de effectiviteit van de interventie, maar anderzijds van de implementatie en het bereik. Wanneer een effectieve interventie zo duur of complex is dat het niet grootschalig wordt geïmplementeerd, is het uiteindelijk maatschappelijke effect laag.

Uit interviews met interventie-eigenaren naar de oorzaak van het nalaten van onderzoek naar effectiviteit op mondgezondheid bleek dat dit voornamelijk kwam door een gebrek aan financiële middelen en tijd. Een punt van aandacht is dan ook voornamelijk op welke wijze dergelijk onderzoek wel kan worden uitgevoerd. Verantwoordelijke partijen wat betreft mondgezondheid van kinderen zijn zorgverzekeringsmaatschappijen, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de GGD'-en. Zorgverzekeringsmaatschappijen en de overheid hebben er baat bij als de prevalentie van cariës bij kinderen verminderd kan worden en curatieve maatschappelijke kosten in de leeftijd twee tot 18 jaar omlaag gaan.

De verantwoordelijkheid voor de mondgezondheid van kinderen ligt bij ouders. Ouders komen met regelmaat samen met hun kind op consult bij het consultatiebureau. Er zijn meerdere contactmomenten mogelijk waarop een interventie gericht op mondgezondheid uitgevoerd zou kunnen worden. *Met twee jaar naar de tandarts* is gericht op met regelmaat bezoeken van de tandarts vanaf twee jaar en *Een gezond kindergebit* is gericht op kennis over adviezen cariëspreventie en demonstreren van op de juiste manier tandenpoetsen. Beide interventies worden uitgevoerd in een consultatiebureausetting. Deze twee interventies hebben verschillende doelstellingen en kunnen gezamenlijk worden uitgevoerd. *Trammelant in Tandenland* voor groep één t/m vier van de basisschool zou een adequate volgende interventie kunnen zijn.

GGD-en hebben één budget voor gezondheidsbevordering voor de jeugd en moeten dit over verschillende gezondheidsonderwerpen verdelen. Daarom zijn interventies gericht op maximaal zeven eet- en drinkmomenten op een dag of het verminderen van suikerinname, wat zowel een positief effect kan hebben op obesitas als cariës gunstig. Bestaande interventies die als voorbeeld hiervan kunnen dienen zijn *Gezond trakteren* en de *Jeugdavondvierdaagse.*

Gezondheidsprogramma's en interventies kunnen een positief effect hebben op de mondgezondheid van kinderen. *Met twee jaar naar de tandarts* en *Een gezond kindergebit* voor ouders van nul- tot vijfjarigen, en *Trammelant in Tandenland* en *Lees je tanden schoon* voor kinderen in de leeftijd vier tot zeven jaar, zijn kansrijke programma's om de mondgezondheid van de Nederlandse jeugd te verbeteren. Het is echter niet in hoeverre deze interventies effect hebben op de cariësontwikkeling bij kinderen. Onderzoek naar effectiviteit op klinische uitkomstmaten van deze genoemde veelbelovende interventies is gewenst voordat deze op grote schaal worden geïmplementeerd in Nederland. Effectevaluaties zouden uitgevoerd kunnen worden door middel van *randomised controlled trials* waarbij cariëservaring de klinische uitkomstmaat kan zijn.

6. REFERENTIES

Aarts H, Dijksterhuis A. Habits as knowledge structures: Automaticity in goal-directed behavior. Manuscript submitted for publication, Eindhoven University of Technology, The Netherlands, 1997.

Adair P, Burnside G, Pine CM. Behaviour Change Techniques in School-based Behavioural Interventions for Preventing Caries. J Dent Res 91 (Spec Iss B): abstract number 271/2948, 2012. www.dentalresearch.org.

Ajzen I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhi & J. Beckmann (Eds.). Action control: From cognition to behavior. 1985; 11-39. Heidelberg: Springer.

Alsada LH, Sigal MJ, Limeback H, Fiege J, Kulkarni GV. Development and testing of an audio-visual aid for improving infant oral health through primary caregiver education. J Can Dent Assoc. 2005;4:241a-241h.

Azarpazhooh A, Main PA. Fluoride varnish in the prevention of dental caries in children and adolescents: a systematic review, J Can Dent Assoc. 2008; 74:73-79.

Bartholomew LK, Mullen PD. Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behavior change interventions. J Public Health Dent. 2011;71: 20–33.

Blair Y, Macpherson LM, McCall DR, McMahon AD, Stephen KW. Glasgow nursery-based caries experience, before and after a community development-based oral health programme's implementation. Community Dent Health. 2004;21(4):291-298.

Bouman MPA. The Turtle and the Peacock; Collaboration for Prosocial Change: The Entertainment-Education Strategy on Television. Proefschrift Gouda: E&E Development, 1999.

Bruno-Ambrosius K, Swanholm G, Twetman S. Eating habits, smoking and toothbrushing in relation to dental caries: a 3-year study in Swedish female teenagers. Int J Paediatr Dent. 2005; 15: 190–196.

CBS, statline. http://statline.cbs.nl/StatWeb, 2012

Cinar AB, Murtomaa H. Clustering of Obesity and Dental Health with Life-Style Factors among Turkish and Finnish Pre-adolescents. Obes Facts. 2008; 1:196-202

College voor Zorgverzekeringen. Signalement Mondzorg 2010. Diemen: College voor Zorgverzekeringen; 2010: 29075178.

Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. A Practical Guide to Infant Oral Health. Am Fam Physician. 2004; 70: 11, 2113-20.

Edelstein BL. The dental caries pandemic and disparities problem. BMC Oral Health. 2006:6(1):S2.

Ekstrand KR, Kuzmina IN, Kuzmina E, Christiansen ME. Two and a half-year outcome of caries-preventive programs offered to groups of children in the Solntsevsky district of Moscow. Caries Res. 2000; 34: 8-19.

Ekstrand KR, Christiansen MEC. Outcomes of a non-operative caries treatment programme for children and adolescents. Caries Res. 2005; 39: 455-467.

Evans RW, Dennison PJ. The Caries Management System: a new evidence-based preventive strategy for dental practitioners. Application for children and adolescents. Aust Dent J. 2009;54:381–389.

Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. Community Dent Oral Epidemiol. 2007;35:272-81.

Finlayson TL, Siefert, K, Ismail, AI, and Sohn, W. Psychosocial factors and early childhood caries among low-income African–American children in Detroit. Community Dent Oral Epidemiol. 2007;35: 439-448.

Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen, T. Determinants of innovation within health care organizations. International Journal for Quality in Health Care. 2004; 16(2):107-123.

Grindefjord M, Dahllöf G, Ekström G, Höjer B, Modéer T. Caries prevalence in 2.5-year-old children. Caries Res 1993;27: 505–510.

Gussy MG, Waters EB, Riggs EM, Io SK, Kilpatrick NM. Parental knowledge, beliefs and behaviours for oral health of toddlers residing in rural Victoria. Austral Dent J. 2008;53t52-60.

Hallett, KB, O'Rourke, PK. Social and Behavioural Determinants of Early Childhood Caries. Aust Dent J. 2003;48(1): 27-33.

Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. Community Dent Health. 2004; 21: 71-85.

Hausen H, Seppa L, Poutanen R, Niinimaa A, Lahti S, Kärkkäinen S, Pietilä I. Noninvasive control of dental caries in children with active initial lesions. A randomized clinical trial. Caries Res. 2007; 41: 384-391.

Hublet A, Vereecken C, Maes L. Jongeren en Gezondheid, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde Universiteit Gent, 2006.

Ismail AI, Lim S, Sohn W, Willem J. Determinants of early childhood caries in low-income African-American young children. Pediatr Dent. 30(4): 289-296.

Kaakko T, Skaret E, Getz T, et al. An ABCD program to increase access to dental care for children enrolled in Medicaid in a rural county. J Public Health Dent. 2002;62(1):45-50.

Kaste LM, Drury TF, Horowitz AM, Beltran E. An evaluation of NHANES III estimates of early childhood caries. J Public Health Dent. 1999; 59:198-200.

Lanting LC, Zwikker MC, Kuiper JI, Adriaensens L, Kok MO, van Dale D. Evaluation of the Dutch Recognition System for Interventions. RIVM (2012) Rapport 255001004/2012.

Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. Am Acad Ped Dent. 1999; 21(6): 325-326.

Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents (review). Cochrane Database Syst Rev. 2003; (3).

Marshall TA, Eichenberger-Gilmore JM, Broffitt BA, et al. Dental caries and childhood obesity: roles of diet and socio-economic status. Community Dent Oral Epidemiol. 2007; 35:449-458.

Martens L, Vanobbergen J, Willems S, Aps J, De Maeseneer J. Determinants of Early Childhood caries (ECC) in a Group of Inner City Children. Quintessence International. 2006;37(7):527-36.

Mattila ML, Rautava P, Sillanpaa M, Paunio P: Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. J Dent Res. 2000;79: 875-81.

McAuley E. Modeling and self-efficacy: a test of Bandura's model J Sport Psychol. 1985;7(3):283-95.

Nationaal Kompas Volksgezondheid versie 3.22, 24 juni 2010. Bilthoven: RIVM; 2010.

Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde en Centraal Begeleidingsorgaan. Richtlijn Mondzorg voor jeugdigen. Nieuwegein: 2012

Nurko C, Skur P, Brown JP. Caries prevalence of children in an infant oral health educational program at a WICclinic. J Dent Child (Chic). 2003;70:231-234.

Oliveira LB, Sheiham A, Bönecker M. Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. Eur J Oral Sci. 2008; 116:37-43.

Pienihäkkinen K, Jokela J. Clinical outcomes of risk-based caries prevention in preschool-aged children. Community Dent Oral Epidemiol. 2002;30: 143-50.

Pieterse S, Jong N de, Vos N. Does fluoride rinsing have an effect on teeth status? Evaluation of preventive dental health activities for the youth of Woudenberg, The Netherlands. Int J Dent Hyg. 2006;4: 134-139.

Pine CM, Adair PM, Nicoll AD, Burnside G, Petersen PE, Beighton D, et al. International comparisons of health inequalities in childhood dental caries. Community Dent Health. 2004;21(1):121-30.

Plutzer K, Spencer AJ. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol. 2008;36 : 335-46.

Poorterman JHG, Schuller AA. Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziekenfondsverzekerden. ACTA 2006. ISBN -10:90-804110-4-3

Ripa LW. Nursing Caries: A comprehensive review. Pediatr Dent. 1988; 10: 268-82.

Reelick NF, Guldenmundt M, Bleeker J. De effectiviteit van klassikaal fluoridespoelen bij tandheelkundige risicogroepen. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2003; 110: 276-280.

Reisine S, Douglass JM. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol. 1998; 26(suppl): 32-44.

Rogers JG. Evidence-based oral health promotion resource. Prevention and Population Health Branch, Government of Victoria, Department of Health, Melbourne, 2011.

Schafer TE, Adair SM. Prevention of dental disease: the role of the pediatrician. Pediatric Clinics of North America: Pediatric Oral Health. 2000;47: 1021-1042.

Schuller AA, Jans MP, Verrips GHW. Voorlichting over mondgezondheid door medewerkers op het consultatiebureau. Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg. 2010;42(2): 23-26.

Schuller AA, Kempen CPF, Verrips GHW; Webbased voorlichtingsfilm over een onderwerp uit het maatwerkdeel, in casu mondzorg. Een pilotstudie; JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg, 2011.

Schuller AA, Poorterman JHG, van Kempen CPF, Dusseldorp EML, van Dommelen P, Verrips GHW. Kies voor tanden. Een onderzoek naar mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag van jeugdigen. Tussenmeting 2009, een vervolg op de reeks. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2011.

Seow WK: Biological mechanisms of early childhood caries. Community Dent Oral Epim. 1998;1: 8-27.

Silver DH. A comparison of 3-year-olds' caries experience in 1973, 1981 and 1989 in a Hertfordshire town, related to family behaviour and social class. Br Dent J. 1992;172: 191-197.

Skeie MS, Raadal M, Strand GV, Espelid I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age - a longitudinal study. Int J Paediatr Dent. 2006; 16: 152-60.

Sohn W, Ismail AI, Amaya A, Lepkowski J. Determinants of dental care visits among low-income African-American children. J Am Dent Assoc. 2008;138(3): 309-318.

Tang CS, Quinonez RB, Hallett KB, Lee JY, Whitt JK. Parenting Stress as an Etiological Factor in the Development of Early Childhood Caries. J Dent Res. 2005; 84: 3160.

Tortolero S, Markham C, Parcel G, Peters Jr R, Escobar- Chaves L, Basen- Engquist K, Lewis H. Using intervention mapping to adapt an effective HIV, sexually transmitted disease, and pregnancy prevention program for high-risk minority youth. Health Promotion Practice. 2005; 6(3), 286298.

Truin GJ, Frencken JE, Mulder J, Kootwijk AJ, De Jong E. Prevalentie van tandcariës bij 6- en 12- jarige en tanderosie bij 12-jarige Haagse kinderen in de periode 1996-2005. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2007, 114.

Twetman S, Petersson LG, Axelsson S, et al. Caries-preventive effect of sodium fluoride mouthrinses: a systematic review of controlled clinical trials. ACTA Odontol Scand. 2004;62: 223-230.

Dam B van, Bruers J, Monshouwer K. Zorg om de mondzorg van jonge kinderen. Inventarisatie van initiatieven en interventies ter verbetering van de mondgezondheid van kinderen met een melkgebit. NMT, juli 2011.

Verplanken B, Orbell S. Reflections on Past Behavior: A Self-Report Index of Habit Strength1. J App Soc Psych. 2003;33(6), 1313-1330.

Verrips GH, Kalsbeek H, Eijkman MAJ. Ethnicity and maturnal education as risk factors for dental caries, and the role of dental behaviour. Community Dent Oral Epidemiol. 1993; 21: 209-14.

Verrips GH, Bedi R. Child dental health and ethnic minority groups in the Netherlands, the United Kingdom, Sweden and Norway; a literature review. In: Verrips GH. Child dental health and ethnicity in the Netherlands. Leiden: NIPG-TNO, 1993.

Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bull World Health Organ. 2005; 83(9): 711-18.

Watt RG and Marinho VC. 2005, Does oral health promotion improve oral hygiene and gingival health? Periodontol. 2000; 37: 35-47.

Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating mothers to prevent caries. J Am Dent Assoc. 2006;37(6):789-93.

BIJLAGE A.

OVERZICHT VAN DE INTERVENTIES GERICHT OP MONDGEZONDHEID VAN DE JEUGD AFKOMSTIG VAN DE BRONNEN CGL, NMT, ZONMW.

Beleidsontwikkeling en advisering preventieaanbod preventieve jeugdtandzorg

Organisatie:
GGD Hart voor Brabant
Doel:
Terugdringen van cariës/tandvleesziekten en tanderosie bij kinderen.
Reden van uitval:
Geen projectplan beschikbaar

De Gezonde School

Organisatie:
GGD Regio Nijmegen
Doel:
Brede implementatie van de Gezonde School Methode (GSM) binnen het basisonderwijs, voortgezet onderwijs en het ROC.
Reden van uitval:
Geen specifieke informatie in projectplan over mondgezondheid

Een gezond kindergebit

Organisatie:
TNO
Doel:
Met de web-based voorlichtingsfilm Een gezond kindergebit wil TNO de kennis bij ouders over mondgezondheid doen toenemen.

Een mond vol tanden; programma mondgezondheid voor speciaal onderwijs

Organisatie:
GGD Hollands Midden vestiging Gouda
Doel:
Het verminderen van de achterstand wat betreft mondhygiëne bij kinderen uit het speciaal onderwijs ten opzichte van het reguliere onderwijs in de regio Midden-Holland.
Reden van uitval:
Geen projectplan beschikbaar

Fluoride spoelen

Organisatie:
GGD Amsterdam
Doel:
De kans op cariës verkleinen bij basisschoolkinderen.

Gastlessen mondgezondheid voor groep 5 t/m 8 basisonderwijs

Organisatie:
GGD Hollands Midden vestiging Gouda
Doel:
Een verbeterde gebitstoestand van jeugdigen in de regio Midden-Holland.
Reden van uitval:
Geen projectplan beschikbaar

Ga voor gezond!

Organisatie:
NIGZ
Doel:
1. Gezondheid & veiligheid structureel onder de aandacht van basisscholen brengen
2. Initiatieven, lesprogramma's en materialen rond gezondheid verbinden 3. Kinderen, ouders & leerkrachten laten ervaren dat aan de slag gaan met gezondheid leuk is.
Reden van uitval:
Geen specifieke informatie in projectplan over mondgezondheid

Gezond Trakteren

Organisatie:
GGD Zaanstreek-Waterland
Doel:
GGD Zaanstreek-Waterland wil met de interventie Gezond trakteren een bijdrage leveren aan het bewust trakteren en eten van gezonde tussendoortjes op scholen en kindercentra.

Houd de peutermond gezond!

Organisatie:
GGD Hollands Midden vestiging Gouda
Doel:
Het verbeteren van de gebitstoestand van kinderen in de regio Midden-Holland
Reden van uitval:
Geen projectplan beschikbaar

Hou je mond gezond

Organisatie:
Het Ivoren Kruis
Doel:
Het lesproject laat kinderen kennismaken met de belangrijkste onderwerpen rond het thema mondgezondheid. Centraal onderdeel van het project is het bezoek van een tandarts, mondhygiënist, (preventie) assistent of GGD-medewerker aan de groep of een kennismakingsbezoek van de groep aan een tandheelkundige praktijk.
Reden van uitval:
Geen interventie maar een lesproject.

Iedereen naar de tandarts; een project ter bevordering van het tandartsbezoek voor (zeer) jeugdigen

Organisatie:
GGD Regio Twente
Doel:
Ouders van (jonge) kinderen die nog niet bij de tandarts zijn geweest worden via een systeem van navraag en verwijzing gestimuleerd om met hun kind de tandarts te bezoeken. Indien het kind oud genoeg is om zelf naar de tandarts te gaan, wordt het zelf gestimuleerd.

Jeugdavondvierdaagse

Organisatie:
GGD Hollands Midden
Doel:
Kinderen eten minder snoepgoed tijdens en na de jeugdavondvierdaagse.

Kies voor je gebit; voorlichting mondgezondheid groep 3 en 4

Organisatie:
GGD Hollands Midden vestiging Gouda
Doel:
Het verbeteren van de gebitstoestand van jeugdigen in de regio Midden-Holland.
Reden van uitval:
Geen projectplan beschikbaar

Lees je tanden schoon

Organisatie:
GGD Den Haag
Doel:
Bevorderen van de mondhygiëne van de Haagse jeugd. Stimuleren van het tandartsbezoek vanaf 2 jaar. Het mede uitvoeren van epidemiologisch onderzoek.

Leskisten mondgezondheid basisonderwijs

Organisatie:
GGD Hollands Midden vestiging Gouda
Doel:
Een verbeterde gebitstoestand van jeugdigen in de regio Midden-Holland.
Reden van uitval:
Geen projectplan beschikbaar

Leskoffer mondgezondheid

Organisatie:
GGD Kennemerland
Doel:
Het geven van informatie over mondverzorging aan basisschoolleerlingen (met name onderbouw) en het stimuleren van tandheelkundige gezondheid. Inzicht in relatie mondgezondheid en voeding.
Reden van uitval:
Geen projectplan beschikbaar

Met twee jaar naar de tandarts

Organisatie:
GGD Groningen
Doel:
Verbeteren van de mondgezondheid van de jeugd en bevorderen van tandartsbezoek

Met 2 jaar naar de tandarts of mondhygiënist

Organisatie:
GGD Drenthe
Doel:
Kinderen zo vroeg mogelijk naar de tandarts of mondhygiënist laten gaan.

Ontwikkelen en aanbieden voorlichtingsmateriaal preventieve Jeugdtandzorg

Organisatie:
GGD Hart voor Brabant
Doel:
Terugdringen van cariës/tandvleesziekten en tanderosie bij kinderen.
Reden van uitval:
Geen projectplan beschikbaar

Publieksinformatie mondgezondheid

Organisatie:
GGD Hart voor Brabant
Doel:
Terugdringen van cariës/tandvleesziekten en tanderosie bij kinderen.
Reden van uitval:
Geen projectplan beschikbaar

Regionaal Overleg Jeugdtandzorg

Organisatie:
GGD Hollands Midden vestiging Gouda
Doel:
Bevordering van de totstandkoming en de continuïteit van de collectieve preventie Jeugdtandzorg, alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve tandzorg.
Reden van uitval:
Geen projectplan beschikbaar

Regionaal Overleg Mondzorg Achterhoek en Stendriehoek

Organisatie:
GGD Gelre-IJssel
Doel:
Het brede doel van dit samenwerkingsverband is het bevorderen van de mondgezondheid bij de jeugd.
Reden van uitval:
Geen projectplan beschikbaar

Regionaal Overleg Preventieve Jeugdtandzorg (ROPJ)

Organisatie:
GGD Hart voor Brabant
Doel:
Terugdringen van cariës/tandvleesziekten en tanderosie bij kinderen.
Reden van uitval:
Geen projectplan beschikbaar

Samenwerkingsverband Preventieve Jeugdtandzorg Twente

Organisatie:
GGD Regio Twente
Doel:
Structureel samenhang brengen in het pakket van activiteiten en maatregelen ter verbetering van de mondgezondheid van de Twentse jeugd.
Reden van uitval:
Geen projectplan beschikbaar

Tandenpoetsen, neem er de tijd voor!

Organisatie:
GGD Zeeland
Doel:
De GGD Zeeland wil mondgezondheid onder de aandacht brengen bij de Thoolse jeugd, hun ouders en leerkrachten.

Tandenpoetsen en zo....lekker belangrijk

Organisatie:
GGD Fryslân
Doel:
Er wordt in klas 1 / 2 van het vmbo en/of lwoo een gastles gegeven die past binnen het vak verzorging of biologie. In de les wordt aandacht besteed aan de reguliere aandachtspunten bij een goede mondgezondheid. daarnaast zijn er voor pubers specifieke aandachtspunten.

Tandje extra!

Organisatie:
GGD Fryslân
Doel:
Tijdens het consultatiebureau consult van 1 jaar en 9 maanden is er 5 minuten extra tijd voor advisering mondgezondheid door verpleegkundige.

Train de trainer: leerkrachten basisonderwijs tandenpoetsinstructie

Organisatie:
GGD Hart voor Brabant
Doel:
Leerkrachten basisonderwijs trainen in het geven van tandenpoetsinstructies.
Reden van uitval:
Geen projectplan beschikbaar

Trammelant in Tandenland

Organisatie:
GGD Amsterdam
Doel:
De doelen van Trammelant in Tandenland zijn:
- 2 keer per dag tandenpoetsen (’s morgens en ’s avonds voor het slapen gaan)
- 1 x per dag napoetsen door ouders
- 2 x per jaar naar de tandarts of mondhygiënist
- De mond rust gunnen door maximaal 7 eet- en drinkmomenten op een dag te hebben, waarvan maximaal één zoetmoment (snoep, frisdrank, koek, chocolade, limonade).

Uitleen leskisten in basis- en voortgezet onderwijs

Organisatie:
GGD Zaanstreek-Waterland
Doel:
Het creëren van een gezonde en veilige schoolomgeving
Reden van uitval:
Geen projectplan beschikbaar

Voorlichting mondgezondheid aan ouders van 0-4 jarigen

Organisatie:
GGD Kennemerland
Doel:
Systematisch aandacht vragen voor mondgezondheid en voeding bij ouders van peuters van 0 tot 4 jaar. Op verzoek van kinderdagverblijf of peuterspeelzaal wordt er voor ouders een voorlichtingsbijeenkomst georganiseerd en verzorgd, waarbij aandacht besteed wordt aan tandzorg, mondgewoonten en voeding.
Reden van uitval:
Geen projectplan beschikbaar