

Ongezonde verschillen

Deel II. Tandheelkundige aspecten

R.C.W. Burgersdijk
G.J. Truin

Samenvatting. Daar waar cariës 30 jaar geleden nog een normale verdeling kende bij kinderen, is thans sprake van een duidelijke tweedeling. Óf het kind is cariësvrij óf het heeft een relatief hoog dmfs-getal. In lage sociaal-economische milieus is het percentage cariësvrije kinderen het laagst. Binnen deze SES-groep is het percentage cariësvrije kinderen het kleinst bij kinderen van Turkse en Marokkaanse ouders, ook al worden de verschillen met Nederlandse kinderen kleiner. De risicogroepen onderscheiden zich vooral door een lagere frequentie van tandenpoetsen en daardoor een geringere applicatie van fluoride.

Uit de vakgroep Cariologie en
Endodontologie van
de subfaculteit Tandheelkunde,
Katholieke Universiteit Nijmegen.

Trefwoorden: Epidemiologie –
Kindertandheelkunde – Cariës

Datum van acceptatie: 18 november 1996.

BURGERSDIJK RCW, TRUIN GJ. Ongezonde verschillen. Deel II. Tandheelkundige aspecten. Ned Tijdschr Tandheelkd 1997; 104: 50-1.

Adres: Prof.dr R.C.W. Burgersdijk,
KUN, postbus 9101,
6500 HB Nijmegen.

1 Inleiding

Verschillen in mondgezondheid tussen kinderen uit verschillende bevolkingsgroepen zijn reeds lang geleden gesignaleerd. Daar waar cariës in principe een welvaartsziekte is, is het niet verwonderlijk dat al in 1913 door een Haagse kinderarts werd geconstateerd dat kinderen uit de gegoede burgerij 20% meer cariës hadden dan kinderen van mindervermogenden.¹ Eenzelfde situatie treffen we nog steeds aan in ontwikkelingslanden. In Tanzania is vastgesteld dat kinderen uit een hoog sociaal-economisch milieu 2,5 maal zoveel kans op cariës hadden als kinderen uit een laag sociaal-economisch milieu.² Toen de gebitsituatie van het Nederlandse kind in de jaren zestig het absolute dieptepunt had bereikt met een dmfs-getal op 6-jarige leeftijd van 16,8 bleek echter dat de negatieve gevolgen van het frequente suikergebruik toen vooral bij de kinderen uit een milieu met een lage sociaal-economische status (SES) optraden.³ Bij de nulpuntsmeting van het Haagse TGVO-project in 1969 werd bij 5,5-jarige kinderen uit een milieu met een lage SES 2,5 maal zoveel cariës gevonden als bij kinderen met een hoge SES (dmfs-getal respectievelijk: 15,3 en 6,2).⁴

2 Huidige situatie

In alle Westerse geïndustrialiseerde landen is een spectaculaire verbetering van de mondgezondheid van kinderen te zien. Dit wordt goed in beeld gebracht in afbeelding 1 waarin alle Nederlandse epidemiologische cariësgegevens van 6-jarigen in de periode 1969-1995 bijeen zijn gebracht.⁵ Eenzelfde resultaat is zichtbaar indien alle onderzoeksresultaten van de Haagse studies, uitgevoerd sinds 1969, grafisch worden weergegeven.⁶ Afbeelding 2 laat zien dat de gebitsgezondheid van kinderen in alle sociaal-economische klassen sterk is verbeterd. Een belangrijke constatering is echter ook dat de gebitsgezondheid van de 5- en 6-jarigen de laatste tien jaar niet verder is verbeterd. Bij een vergelijking van de cariësgegevens uit afbeelding 2 wordt zichtbaar dat de verschillen in mondgezondheid tussen de SES-groepen in de loop der jaren in absolute zin gezien weliswaar kleiner zijn geworden, maar dat relatief gezien de kinderen uit een milieu met een hoge SES meer geprofiteerd hebben van de verbetering in de mondgezondheid.

Bij beoordeling van de cariësprevalentie dient daarnaast gelet te worden op de verdeling van de cariës over de kinderen. In een hoge SES-groep is 84% van de kinderen geheel cariësvrij, hetgeen betekent dat de kinderen die wel cariës krijgen een gemiddeld dmfs-getal hebben van 4,7. Bij lage SES heeft 49% van de kinderen een gaaf gebit, resulterend in een dmfs-getal van 9,6 bij de andere kinderen. Duidelijk is dat waar cariës vroeger normaal

verdeeld was over de populatie thans een duidelijke tweedeling is ontstaan. Vooral in het milieu met een lage SES kan geconstateerd worden dat, indien een kind cariës krijgt, de kans groot is dat er zich dat een groot aantal caviteiten zal ontwikkelen.

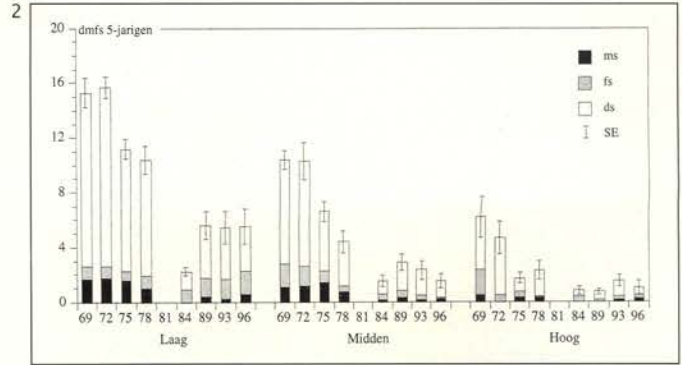
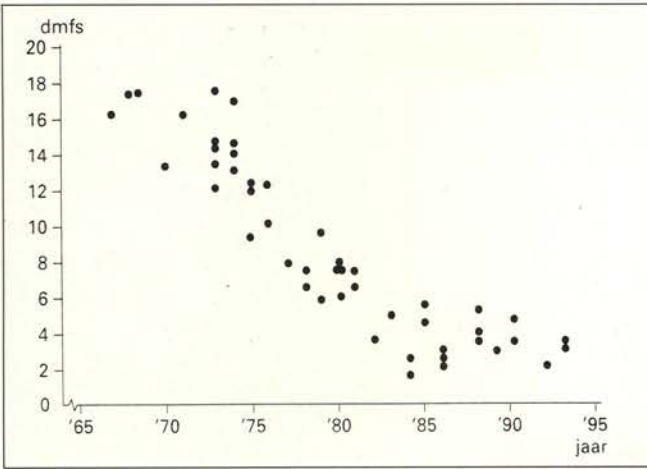
In de onderzoeksresultaten van Den Haag zijn omwille van de vergelijkbaarheid van de onderzoeksgegevens over de voorafgaande jaren de cariësgegevens van kinderen van Turkse en Marokkaanse ouders afzonderlijk geregistreerd en geanalyseerd. Bij een vergelijk van de dmfs-gegevens van deze kinderen met autochtone kinderen uit een milieu met een lage SES blijkt dat, waar in 1993 nog steeds een slechtere situatie werd aangetroffen bij deze allochtone kinderen, de verschillen in 1996 verdwenen lijken te zijn. Op tandheelkundig gebied zijn de allochtone kinderen blijkbaar volledig geassimileerd (tab. I). Daarnaast blijkt uit onderzoek in Amsterdam dat bij Surinaamse kinderen de gebitsgezondheid al langer niet afwijkt van die bij kinderen van Nederlandse ouders.⁷

3 Oorzaken van verschillen in cariësprevalentie

Ook al wordt geconstateerd dat bij kinderen uit lage sociaal-economisch milieus en/of bij allochtone kinderen meer cariës voorkomt, dan is daarmee de SES of de etniciteit nog geen cariës-veroorzakende factor. Blijkbaar is er bij deze groepen kinderen meer kans op aanwezigheid van één of meer tandheelkundige risicofactoren, zoals een hogere frequentie van suikergebruik, een slechtere mondhygiëne, een lager fluoridegebruik en een hogere aanwezigheid van cariogene bacteriën. Uit alle onderzoeksresultaten blijkt steeds weer dat vooral het lagere fluoridegebruik en het op latere leeftijd gaan poetsen binnen voornoemde groepen waarschijnlijk de meest doorslaggevende factoren vormen. Er waren bijvoorbeeld geen verschillen in suikergebruik te constateren tussen autochtone en allochtone kinderen in Amsterdam. Bij de allochtone kinderen kreeg echter een aanzienlijk lager percentage kinderen dagelijks voldoende fluoride in de vorm van fluoridebevattende tandpasta.⁷ Van de allochtone kinderen poetste bijvoorbeeld 32% minder dan eenmaal per dag (autochtone kinderen: 3%). Ook fluoridetabletten worden in de groep met een lage SES en door Turkse en Marokkaanse 5- en 6-jarige kinderen beduidend minder gebruikt dan in hogere SES-milieus.⁸

4 Discussie en conclusie

Ongezonde verschillen in mondgezondheid tussen kinderen uit verschillende sociaal-economische milieus en tussen kinderen van autochtone en allochtone ouders zijn op groepsni-

Afb. 1. De dmfs-indices bij 6-jarigen in de periode 1965-1992.⁵Afb. 2. De dmfs-indices bij 5- en 6-jarigen in Den Haag, opgesplitst naar sociaal niveau en jaar van onderzoek.⁶

veau duidelijk aantoonbaar en komen vooral tot uiting in de verschillende percentages kinderen met een cariësvrij gebit. Ook bij kinderen van Turkse en Marokkaanse ouders uit een sociaal-economisch laag milieu is blijkbaar bij ruim één derde deel van de kinderen het preventief tandheelkundig gedrag zo goed dat het kind cariësvrij blijft. Dit laat echter onverlet dat bij een beperkte beschikbaarheid van middelen collectieve preventieve acties, zoals het in 1994 gestarte migrantenproject van het Ivoren Kruis, het meeste rendement opleveren indien zij gericht worden op de groepen met de hoogste cariësprevalentie. Op individueel niveau dient echter gewaakt te worden voor discriminerend gedrag van de tandarts in de zin dat deze per definitie ervan uitgaat dat een kind uit een hoog sociaal-economisch milieu zeker cariësvrij blijft omdat de ouders maximale aandacht voor preventie zullen hebben, en omgekeerd bij ieder allochtoon kind verwacht wordt dat preventieadviezen waarschijnlijk toch geen effect sorteren. Bij ieder kind dient het cariësriscico individueel te worden ingeschat om op basis daarvan de ouders te kunnen adviseren over de benodigde preventieve maatregelen. Uit onderzoek is gebleken dat bij de bepaling van het cariësriscico op zeer jonge leeftijd de bekende risicofactoren een grote rol spelen.⁹ De aan verschillen in 'cariësvatbaarheid' ten grondslag liggende factoren zijn nog steeds:

- de hogere frequentie van zoete tussendoortjes;
- slechtere mondhygiëne resulterend in meer plaque

Tabel 1. De dmfs-waarden van 5- en 6-jarigen in Den Haag.

	1989	1993	1996
Turks/Marokkaans	11,7	8,1	5,7
Nederlands	5,6	5,4	5,5
SES laag			

Summary

PART II: DIFFERENCES IN ORAL HEALTH OF DUTCH CHILDREN

Key words: Oral epidemiology – Dental caries – Pediatric dentistry

In the seventies dental caries was present in almost all Dutch children. Nowadays the child population can be divided into two groups: children with no dental caries and children with a relatively high level of dental caries.

The lowest percentage of caries free children is found in low SES (= Socio-economic Status) groups. Within the low SES group children of Turkish or Moroccan origin have a higher caries prevalence compared to the youngsters of Dutch origin. However, differences in the level of caries prevalence between children of Dutch and Turkish or Moroccan origin in recent years have declined. The level of oral health in children from risk groups seems to be due to irregular toothbrushing and consequently irregular use of fluoride toothpaste.

- te infrequent gebruik van fluoridetandpasta c.q. -tabletten;
 - hogere besmettingsgraad van mutans streptokokken.
- Bij de individuele voorlichting dient aan al deze factoren aandacht te worden besteed. Bij collectieve preventieprogramma's lijkt het het meest effectief om vooral in achterstandswijken te komen tot een additionele fluoride-toediening in de vorm van op school poetsen met fluoridebevattende tandpasta.

Literatuur

- 1 Bisseling GH, Gragt JCG van der, Ninck Blok FJ. Statistische gegevens omtrent de toekomst van het gebit bij kinderen en volwassenen te 's-Gravenhage in de jaren 1911-1915. Ned Tijdschr Tandheelkd 1916; 23: 288-351.
- 2 Frencken JEFM. Dental caries in a Tanzanian child population: a mixed longitudinal approach. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1988. Academisch proefschrift.
- 3 Rijnsburger BF. De georganiseerde jeugdandverzorging. Het model Drenthe. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1978. Academisch proefschrift.
- 4 Plasschaert AJM, König KG, Vogels ALM, Bergink AH. Tandcarië bij 5-, 7- en 9-jarige Haagse kinderen in 1969 en 1972. Ned Tijdschr Tandheelkd 1974; 81: 129-43.
- 5 Kalsbeek H, Truin GJ. Epidemiologie. In: Loveren C van, Weijden GA van, red. Preventieve tandheelkunde. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.
- 6 Truin GJ, König KG, Bronkhorst EM, Mulder J, Frankenmolen FWA, Weerheijm KL. Trends in cariësprevalentie bij de Haagse jeugd. Een vergelijking van de onderzoeksresultaten van 1996 met die van voorafgaande jaren. Ned Tijdschr Tandheelkd 1997; 104: 7-11.
- 7 Verrips GHW. Child dental health and ethnicity in the Netherlands. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993. Academisch proefschrift.
- 8 Truin GJ, König KG, Bronkhorst EM, Mulder J. Tandcarië bij Haagse schoolkinderen: een vergelijking van de onderzoeksresultaten van 1993 met die van 1989. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 427-31.
- 9 Roeters J. Prediction of future caries prevalence in preschool children. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1992. Academisch proefschrift.