

De invloed van het gezin op de mondgezondheid van kinderen. Een kijkje achter de voordeur

De preventie van cariës lijkt redelijk eenvoudig. Met een goede zelfzorg, bestaande uit plaqueverwijdering met fluoridetandpasta en het beperken van zoetmomenten is de ziekte grotendeels te voorkomen. De meeste ouders beschikken over voldoende kennis en motivatie om deze preventie-adviezen voor hun kind op te volgen. Toch blijkt de praktijk weerbarstig, doordat ouders barrières ervaren die een goede zelfzorg in de weg staat. Dit artikel geeft een overzicht van de belangrijkste gezinsfactoren die van invloed zijn op de zelfzorg en cariës bij kinderen. Hieronder vallen opvattingen van de ouders, de manier waarop ouders met het kind omgaan en communiceren (het opvoedgedrag) en de manier waarop het reilen en het zeilen binnen het gezin is geregeld (het gezinsfunctioneren). Het is belangrijk om als mondzorgverlener in gesprek te gaan met ouders om te achterhalen waar de mogelijke barrières zitten. Hierdoor kan afgestemde voorlichting worden gegeven die ouders helpt de mondgezondheidsadviezen op te volgen.

Duijster D, Loveren C van. De invloed van het gezin op de mondgezondheid van kinderen. Een kijkje achter de voordeur

Ned Tijdschr Tandheelkd 2017; 124: 180-186

doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2017.04.16202>

Inleiding

Het belang van preventie in de tandheelkunde werd meer dan een eeuw geleden al erkend. Zo hield Tandmeester Carl Witthaus (1868-1950), grondlegger van de sociale tandheelkunde, in 1897 een rede waarin hij zijn overtuiging uitsprak over de noodzaak van preventie ter bestrijding van de cariësepidemie (Edeler, 2009). Sinds de jaren 1960 is uit onderzoek bekend dat cariës ontstaat door bacteriën in de biofilm (plaque) en dat dit proces onder controle kan worden gebracht door een goede mondhygiëne en een niet-cariogeen dieet (Fejerskov et al, 2008). De aanwezigheid van fluoride is daarbij essentieel.

Cariës is het resultaat van meerdere vormen van ongunstig mondzorggedrag en primaire preventie bestaat dan ook uit het bevorderen van gezond gedrag. In de ja-



Shutterstock

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel kent u:

- de factoren die naast kennis en motivatie van invloed zijn op het mondgezondheidsgedrag van kinderen;
- de 2 psychologische eigenschappen van ouders die het mondgezondheidsgedrag van kinderen sterk beïnvloeden;
- en de invloed van gunstig opvoedingsgedrag en de gezinsorganisatie op het mondgezondheidsgedrag van kinderen.

ren 1970 groeide de belangstelling om het gedrag van patiënten in de tandartspraktijk te beïnvloeden door middel van Tandheelkundige Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding (TGVO) in de vorm van collectieve campagnes en individuele voorlichting aan de behandelstoel (Eijkman et al, 2013). De adviezen waren gericht op tweemaal daags plaqueverwijdering met fluoridetandpasta en het beperken van overmatig suikergebruik. TGVO heeft veel bijgedragen aan het bewustzijn van het belang van goede zelfzorg. In combinatie met de opkomst van fluoridetandpasta's zijn grote successen behaald in het verbeteren van de mondgezondheid van de Nederlandse bevolking (Edeler, 2009; Eijkman et al, 2013). De adviezen die toentertijd werden bepleit, zijn vandaag de dag nog van kracht en terug te vinden in het Basisadvies Cariëspreventie en de Richtlijn Mondzorg voor jeugdigen (Ivoren Kruis, 2011; Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, 2013).

Toch, de adviezen en richtlijnen ten spijt, is de prevalentie van cariës bij kinderen nog steeds zorgwekkend. In 2011 had 41% van de 5-jarigen in Nederland 1 of meer caviteiten, voornamelijk als gevolg van onregelmatige en onzorgvuldige zelfzorg (Schuller et al, 2013). Daarbij zijn sterke sociaaleconomische verschillen zichtbaar: kinderen van allochtone afkomst en kinderen uit gezinnen met een lager opleidings- of inkomensniveau hebben vaker met cariës te maken (Van der Tas et al, 2016). Dit betekent dat de bestrijding van cariës nog steeds noodzakelijk is bij de jeugd, voornamelijk in de lagere sociaaleconomische (SES)-groepen, maar dat een deel van de bevolking weinig baat heeft bij de traditionele methoden van preventie en voorlichting. Hoe komt dit? En wat is er wel nodig om de zelfzorg, en zo de mondgezondheid, te kunnen verbeteren?

Dit artikel licht toe waarom gedrag van kinderen niet altijd eenvoudig is te veranderen en hoe het gezin hier een belangrijke rol in speelt. De belangrijkste onderliggende gezinsfactoren die van invloed zijn op cariës en gerelateerd aan mondgezondheidsgedrag van kinderen en wat dit inhoudt voor de cariëspreventie in de tandheelkundige praktijk zullen daarbij tegen het licht worden gehouden.

Intermezzo 1. Barrières bij opvolgen van mondhygiëne- en voedingsadviezen

In een kwalitatief onderzoek van Duijster et al (2015a) werden ouders van 7-jarigen in groepen geïnterviewd over de barrières die ze ervaren bij het tandenpoetsen en het beperken van zoetmomenten bij hun kinderen. Hieronder staan enkele genoemde uitspraken.

a. Tandpoetsen

- Ik heb daar 's ochtends echt geen tijd voor. Ik bedoel; ik ga om 6 uur bijna mijn bed uit, omdat ik om 7 uur in de auto moet zitten en nou dan heb je nog 2 kinderen aan te kleden en eten klaar te maken en je hebt dit, je hebt dat. Tuurlijk heb ik nog een partner thuis, maar die is zelf ook van 'Nou, komt wel...'
- Ik poets zelden tegelijk met mijn kinderen. Meestal zijn mijn kinderen al beneden en ik zie ze ook nooit in de badkamer, dus ik zou niet weten hoelang ze het doen.
- Bij kinderen helpt routine altijd... Vaste dingen ja. 's Avonds werkt dat, maar 's ochtends ga ik als eerste weg, en wat er na mij gebeurt... Nee, ik weet dat ze 's ochtends hun tanden niet poetsen. Op dat gebied verwacht ik misschien wel te veel dat ze zelfstandig zijn.
- Dat ligt er een beetje aan hoe ik zelf in m'n vel zit. Als ik zelf een hele stressvolle dag heb gehad op m'n werk en ik heb 's avonds een strubbelend kind aan de tandenborstel hangen, dan vlieg ik ook zelf uit m'n panty. Dus dan zeg ik wel eens van 'oké even een time out voor mezelf en voor jou'.
- Ik had op een gegeven moment echt zo'n dwarse peuter en die het allemaal zelf kon, en die ik niet mocht napoetsen.
- We hebben bij de jongste wel echt strijd gehad. Maar ja, ik ben de baas, dus op een gegeven moment vol in de houdgreep. Die houdgreep vinden ze niet leuk, maar ja, het is kiezen of delen: of de houdgreep of je tanden poetsen.
- Je kunt er gewoon niets aan doen als je kind gaatjes krijgt. Voor het kind is dat heel erg, want je doet wel echt je best.
- Het zit in de genen van mijn man, want aan mijn tanden mankeert het niet. Na mijn huwelijk heeft hij mij eerlijk verteld dat zijn tanden ook niet van hem waren. Dat wist ik ook niet.

b. Beperken van zoetmomenten

- Het gebeurt bij ons heel geregeld dat ik op zaterdagochtend beneden kom en dan hebben ze al een koekjesontbijt gehad. Ja, lag op tafel... Ze weten alles feilloos te vinden, allebei.
- De regel is: eerst vragen, dan pakken. Al gaat dat niet altijd goed, moet ik eerlijk zeggen.
- Ik weet dat het beter is om drinken in één keer op te drinken, maar daar ben ik heel eerlijk in, daar let ik echt niet op.
- Het is natuurlijk wel zo dat als een kind echt zeurt en nog een keer dat ik dan zeg 'Nou, vooruit'. Dat zeg ik dan echt weleens hoor, daar ben je toch mens voor? En dan denk ik niet van 'Oh, ik moet nog even tellen hoeveel eetmomenten ze al gehad hebben'.
- Maar ik zou het heel erg sneu vinden voor hem als hij een bekertje open doet en dan ziet hij alleen maar water.

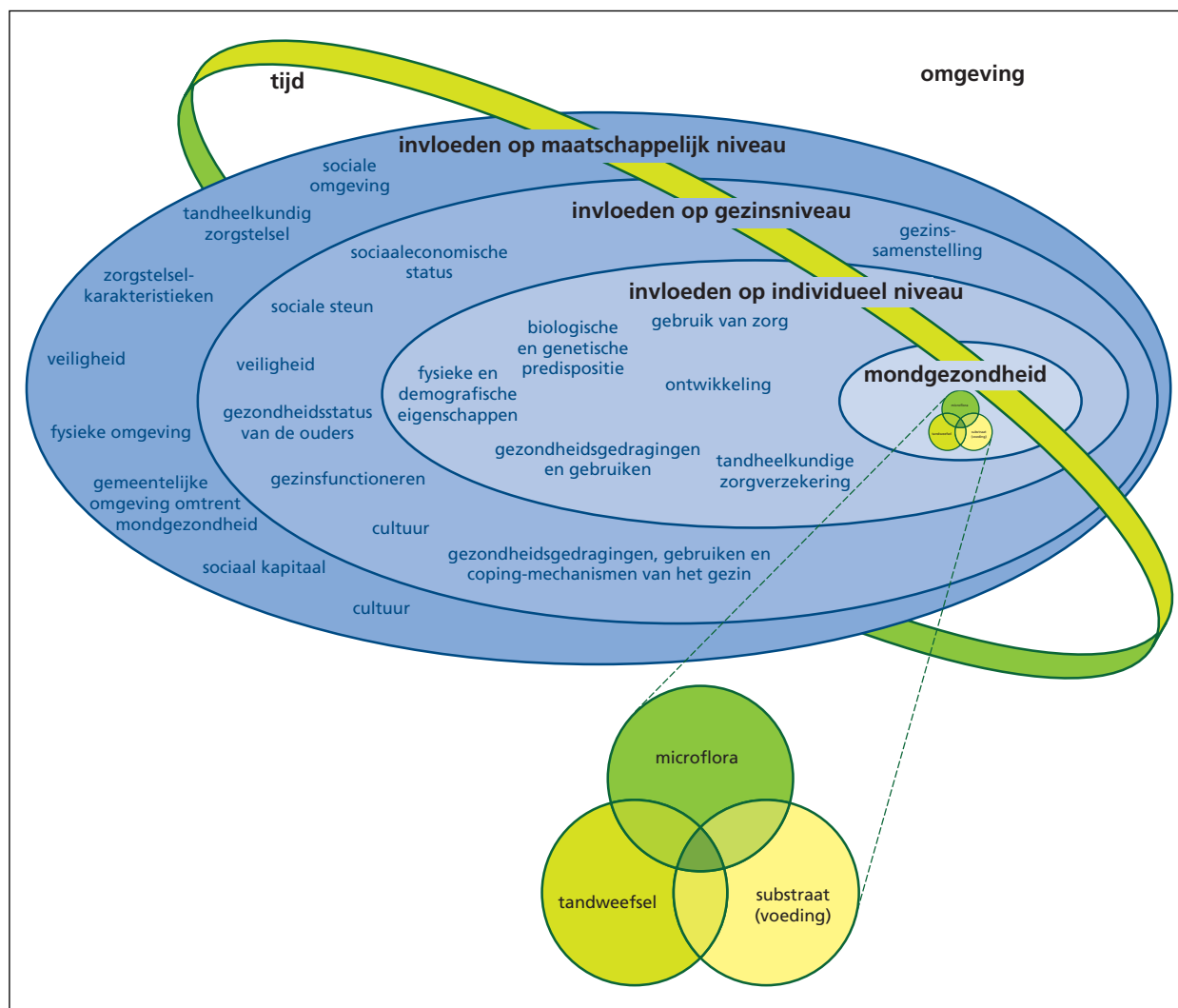
c. Bejegening van de tandarts

- Het is vooral dat het te vluchtig is, die bezoeken aan de tandarts. Dat er geen tijd wordt genomen voor advies op maat.
- Het frustrerende is als je de opmerking krijgt dat je niet goed hebt na gepoetst, terwijl je weet dat je je best doet.
- Je hebt ook meteen dat beschuldigende effect. 'Hoeveel snoept uw zoon?'... Direct! Mijn zoon snoept niet of heel weinig en die heeft al iets van 6 gaatjes gehad. En dat ligt echt niet aan de voeding hoor.
- Het heeft natuurlijk ook te maken met de bejegening. De toon waarop je het zegt. Tenminste voor mij wel.
- Als de tandarts zou zeggen 'Dus 's avonds gaat het iedere keer goed, maar 's ochtends nog niet helemaal. Dat is jammer, maar dat doe je best goed'. Dan ga ik met een heel ander gevoel weg. Het gaat om een positieve benadering.

De beperkingen van traditionele voorlichting

Het uitgangspunt van voorlichting is ouders en kinderen in staat te stellen met eigen inspanningen het gebit gezond te houden. Tandheelkundige voorlichting is vaak gericht op kennisoverdracht en bewustmaking van gezondheidsrisico's, gecombineerd met instructie voor het aanleren van mondhygiënevaardigheden. Hierbij doet men de aanname dat de nieuwe informatie en besef van vatbaarheid ouders en kinderen zal motiveren om hun gedrag aan te passen. Men gaat dan uit van een logische en rationele basis voor gedrag. Uit vele evaluaties blijkt echter dat deze conventionele methode van voorlichting nauwelijks zelfzorg bevordert op de lange termijn (Kay en Locker, 1996; Habbu en Krishnappa, 2015). Bovendien zijn er aanwijzingen dat de tot nu toe gehanteerde methode de verschillen in mondgezondheid verder vergroot, doordat hogere SES-groepen

gemakkelijker voordeel halen uit de huidige preventie-informatie (Schou en Wight, 1994). Dit is niet verrassend: kennis over de juiste gezondheidsmaatregelen is slechts een voorwaarde om gedrag te kunnen veranderen, maar op zichzelf is deze kennis zelden voldoende. Uit onderzoek blijkt dat gedrag veel complexer is dan alleen de 'eigen wil', en voornamelijk wordt gevormd door een samenhang van culturele, sociale en omgevingsinvloeden (Newton en Bower, 2005). Focusgroepinterviews met ouders laten bijvoorbeeld zien dat veel ouders al over voldoende basiskennis en motivatie beschikken om voor het gebit van hun kind te zorgen, maar dat zij barrières ervaren om de mondhygiëne- en voedingsadviezen daadwerkelijk op te volgen (Duijster et al, 2015a). Enkele voorbeelden zijn: weinig tijd of flexibiliteit in de ochtendroutine, een tegenstribbelend kind tijdens het poetsen, omgaan met stress of overbelasting en emo-



Afb. 1. Een conceptueel model van de determinanten van de mondgezondheid van kinderen (Bron: Fisher-Owens et al, 2010).

tionele bezwaren om het kind niet te geven wat hij/zij wil (intermezzo 1, deel a en b). Deze factoren (of barrières) worden de onderliggende determinanten van gedrag genoemd, ofwel 'de oorzaken van de oorzaken'. Het brede scala van de determinanten van cariës is schematisch weergegeven in het conceptuele model van Fisher-Owens et al (2010) (afb. 1). Methoden van voorlichting en cariëspreventie dienen daarom meer op het niveau van deze onderliggende oorzaken in te grijpen.

De rol van het gezin

Het model van Fisher-Owens et al (2010) veronderstelt dat het gezin een grote rol speelt in de mondgezondheid van kinderen (afb. 1). Het gezin is immers de plaats waar de meeste kinderen de eerste 18 jaar van hun leven doorbrengen. In deze belangrijke jaren worden veel gedragingen en gewoonten gevormd, waarmee de basis wordt gelegd voor hun verdere ontwikkeling en gezondheid. Goede zelfzorg kan het beste al in deze jonge jaren worden aangeleerd. Jong geleerd is oud gedaan, en bovendien is het aanleren van goed gedrag effectiever dan het afleren van verkeerd gedrag.

Talrijke onderzoeken hebben aangetoond dat gezinsfactoren sterk samenhangen met problemen zoals overgewicht, een ongezonde leefstijl en probleemgedrag van

kinderen (Van As en Janssens, 2002; Rhee, 2008). Toch staat het gezin pas relatief kort in de belangstelling als onderwerp van onderzoek in de tandheelkunde. De onderzoeken die zijn uitgevoerd laten zien dat het gezin een terrein is waar meerdere risicofactoren kunnen voorkomen die van invloed zijn op cariës en mondgezondheidsgedrag van kinderen. Onder deze factoren vallen psychologische eigenschappen van de ouders, zoals opvattingen die worden overgebracht van ouder op kind, het opvoedingsgedrag van ouders, zoals betrokkenheid en strengheid, en het functioneren van het hele gezin, inclusief de relatie van het gezin met de omgeving. Omgekeerd kunnen deze factoren ook beschermend werken. In de volgende paragrafen worden de onderzoeksbevindingen over deze gezinsaspecten verder toegelicht.

Psychologische eigenschappen van de ouder

De verantwoordelijkheid voor een goede zelfzorg van het kind ligt bij de ouders. Zij zijn degenen die ervoor kunnen zorgen dat er vanaf de doorbraak van de eerste tanden zorgvuldig wordt gepoetst. Als kinderen de leeftijd krijgen om zelf te gaan poetsen, is het beter als dit onder toezicht en met hulp van de ouders gebeurt. Ook kunnen zij gezonde keuzes maken in de voeding van het kind. Of dit ook

zo in de praktijk wordt gebracht, is deels afhankelijk van de attitudes en opvattingen van de ouders. Zo is bekend dat percepties van ouders van onder andere de waarde van een gezond gebit en het belang van een goede mondhygiëne, invloed heeft op hoe er voor het gebit van hun kind wordt gezorgd (Skeie et al, 2006; Hooley et al, 2012). Doordat ouders vaak als rolmodel fungeren, worden deze attitudes en opvattingen weer overgenomen door het kind.

In de afgelopen 20 jaar zijn psychologische modellen en theorieën toegepast om de relatie tussen eigenschappen van ouders en het mondgezondheidsgedrag van kinderen te onderzoeken. Daarbij vallen 2 eigenschappen op die sterk bijdragen aan het verklaren van mondgezondheidsgedrag: 1. de eigen-effectiviteitsverwachting en 2. de locus of control (LoC). Het begrip eigen-effectiviteit verwijst naar het vertrouwen van een persoon in zijn eigen bekwaamheid om bepaald gedrag uit te voeren. Volgens Bandura, bedenker van de eigen-effectiviteitstheorie, vermijden mensen gedrag als ze er niet in geloven dit met succes te kunnen verrichten, terwijl mensen met vertrouwen het gedrag sneller zullen ontplooiën en doorzetten (Bandura, 1977). Pine et al (2004) en Finlayson et al (2007) onderzochten de eigen-effectiviteitsverwachting van ouders om de tanden van hun kind te poetsen onder omstandigheden van onder andere stress, vermoeidheid, tijdsdruk en een tegenwerkend kind. Daaruit bleek dat kinderen van ouders met een lage eigen-effectiviteitsverwachting ook daadwerkelijk minder vaak poetsen. Ook bleek een lage eigen-effectiviteitsverwachting een sterke voorspeller van een suikerrijk voedingspatroon en de aanwezigheid van *Streptococcus mutans* in plaque en van cariës in het kindergebit (Litt et al, 1995; Duijster et al; 2015b). Tevens zijn omgekeerde associaties met andere gezondheidgerelateerde gedragingen beschreven, zoals stoppen met roken, diëten en het zich houden aan preventieve adviezen (Schwarzer en Fuchs, 1995; Gwaltney et al, 2013).

De locus of control (LoC) kan worden gedefinieerd als de mate waarin een persoon gelooft dat hij of zij bepaalde uitkomsten zelf in handen heeft, zoals de mondgezondheid. Ouders met een interne LoC hebben de opvatting dat zij met eigen inspanningen cariës bij hun kind kunnen voorkomen. Daarentegen geloven ouders met een externe LoC dat cariës afhankelijk is van oorzaken buiten zichzelf, zoals 'slechte genen', pech of toeval, of ze leggen de verantwoordelijkheid voor de preventie van cariës buiten zichzelf, bijvoorbeeld bij de tandarts. Uit onderzoeken blijkt dat een externe LoC een goede zelfzorg in de weg kan staan, waarmee het een risicofactor vormt voor cariës (Lencová et al, 2008; Duijster et al, 2015b; Östberg et al, 2016). Daarbij moet worden opgemerkt dat ouders van Turkse en Marokkaanse afkomst meer extern gericht zijn, evenals ouders met een lagere sociaaleconomische achtergrond (Duijster et al, 2015b). Dit kan deels verklaren waarom cariës vaker in deze groepen voorkomt.

In intermezzo 2 wordt beschreven hoe de LoC en eigen-effectiviteitsverwachting van mondzorgverleners mogelijk van belang kunnen zijn in de gedragsverandering van ouders en kinderen.

Intermezzo 2. LoC en eigen-effectiviteitsverwachting van mondzorgverleners

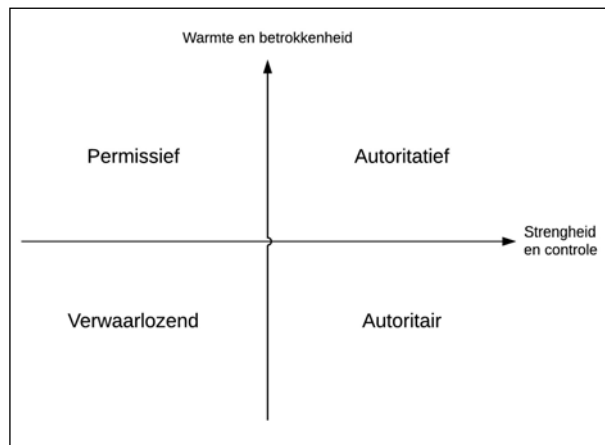
De LoC van ouders bepaalt deels of de voorlichtingsadviezen worden opgevolgd. Andersom is het goed voor te stellen dat attitudes van mondzorgverleners rondom de LoC van invloed zijn op of en hoe de voorlichting wordt gegeven. Bijvoorbeeld, mondzorgverleners met een interne LoC zouden van mening kunnen zijn dat mondzorgverleners het gedrag van patiënten gunstig kunnen beïnvloeden en dat zij daar ook een verantwoordelijkheid in hebben. Daarentegen zouden mondzorgverleners met een externe LoC de opvatting kunnen hebben dat 'wat ze ook zeggen, het gedrag van sommige patiënten toch niet te veranderen is', of dat voorlichting een taak is van bijvoorbeeld de preventieassistent. Het is aannemelijk dat mondzorgverleners met een interne LoC zich meer zelf zullen inspannen voor een goede voorlichting en preventie dan mondzorgverleners met een externe LoC. Deze hypothese is echter nog nooit getoetst in onderzoek. Hetzelfde kan worden verondersteld van de eigen-effectiviteitsverwachting. Mogelijk zijn sommige mondzorgverleners wel overtuigd van het nut van goede voorlichting, maar voelen zij zich niet in staat of hebben zij weinig vertrouwen dit zelf goed te kunnen doen (een lage eigen-effectiviteitsverwachting), waardoor ze voorlichting liever uitbesteden.

De opvoeding en de gezinssituatie

Het opvoedingsgedrag en het gezinsfunctioneren zijn nog zeer beperkt onderzocht in relatie tot de mondgezondheid van kinderen. Beide zeggen iets over de omstandigheden in de gezinssituatie, maar toch beschrijven ze 2 verschillende invalshoeken van het gezin. Opvoeding zou in 1 zin kunnen worden beschreven als de manier waarop ouders met het kind omgaan, waarbij men alleen uitgaat van de ouder-kindrelatie. Het gezin bestaat echter uit meerdere relaties, zoals die tussen broers en zussen en de ouders onderling. Het gezinsfunctioneren wordt bepaald door al deze relaties en verwijst naar de manier waarop alle leden binnen het gezin met elkaar omgaan. Het gezinsfunctioneren kan daarmee worden gezien als de context of de structuur waarbinnen het opvoedingsgedrag plaatsvindt (Van der Ploeg en Scholte, 2008).

Opvoedingsgedrag van ouders

Onderzoek op het gebied van opvoeding en mondgezondheid is tegenstrijdig wat betreft de resultaten. Seow et al (2009) en Aleksejūnienė en Brukienė (2012) vonden geen relatie tussen opvoedingsgedrag en respectievelijk zuigflescariës bij 0- tot 4-jarigen en mondhygiëne van jongeren. Omgekeerd vonden Howenstein et al (2016) dat kinderen van overmatig strenge (autoritaire) ouders of toegeeflijke (permissieve) ouders aanzienlijk meer cariës hadden dan kinderen die positief (autoritatief) werden opgevoed (afb. 2). De vraag is: welke resultaten moeten we vertrouwen? In de genoemde onderzoeken is de opvoedstijl in kaart gebracht aan de hand van vragenlijsten. Vragenlijstmethoden hebben echter het belangrijke probleem dat ze alleen het perspectief van de ouder beschrijven over zijn of haar eigen opvoedgedrag. Het eigen oordeel kan



Afb. 2. De 4 opvoedstijlen.

aanzienlijk afwijken van het werkelijke opvoedgedrag. Ook bestaat er een risico dat ouders de vragenlijsten sociaal wenselijk invullen door positief gedrag over te rapporteren en negatief gedrag onder te rapporteren. Een derde belemmering is dat de meeste opvoedvragenlijsten zijn ontwikkeld voor diagnostische doeleinden om probleemgezinnen te herkennen. Cariës is echter een aandoening die ook in niet-probleemgezinnen vaak voorkomt. Het is dus de vraag of deze vragenlijsten wel gevoelig genoeg zijn om kleine, maar mogelijk relevante verschillen in opvoeding te meten die binnen de normale reikwijdte vallen. Deze nadelen van onderzoek met behulp van vragenlijsten worden ondervangen met observationele onderzoeksmethoden. Hierbij worden gestandaardiseerde video-observaties gebruikt om opvoedgedrag objectief te beoordelen, wat de kans op vertekening vermindert. De tandheelkundige onderzoeksliteratuur kent 2 observationele onderzoeken die zijn uitgevoerd onder kinderen van Nederlandse, Turkse en Marokkaanse afkomst (De Jong-Lenters et al, 2014; Duijster et al, 2015b). Beide onderzoeken toonden aan dat ouders van cariësactieve kinderen ($dmft \geq 4$) significant minder gunstig opvoedingsgedrag lieten zien dan cariësvrije kinderen ($dmft = 0$) met betrekking tot positieve betrokkenheid (tonen van belangstelling en warmte), positieve bekrachtiging (stimuleren en complimenteren) en probleemoplossend vermogen (samenwerken in het oplossen van problemen en conflict). Bovendien bleek uit 1 van de 2 onderzoeken dat een overdreven strenge en dwingende manier van opvoeden, in combinatie met uiting van weinig warmte, een sterke indicator was voor de aanwezigheid van cariës bij kinderen (De Jong-Lenters et al, 2014).

De relatie tussen een overmatig strenge opvoeding en cariës lijkt misschien verrassend. Het ligt meer in de verwachting dat ouders streng, vasthoudend en niet toegeeflijk moeten zijn om het kind te stimuleren tot goed gedrag. Het tegendeel is waar: meerdere pedagogische onderzoeken laten zien dat een erg strenge en dwingende opvoeding leidt tot weerstand en minder gehoorzaamheid bij kinderen (Lytton 1977; Kuczynski et al, 1987). Daarentegen zullen kinderen regels van ouders sneller accepteren als zij daarbij positieve betrokkenheid en vertrouwen ervaren en de ouder daarbij slechts gematigd streng is. Dit geldt

mogelijk ook voor regels voor tandenpoetsen en snoepen. Zo bleek dat het positief aanmoedigen van gedrag, bijvoorbeeld met complimenten en beloningen, was geassocieerd met een gezondere voeding van kinderen (Stark et al, 1986). Onderzoek heeft ook aangetoond dat er een relatie bestaat tussen opvoedgedrag en algemene gezondheidsproblemen van kinderen. Het is bekend dat negatief opvoedgedrag, waaronder een gebrek aan betrokkenheid en affectie, veel straffen, weinig toezicht en een inconsistente opvoeding, overgewicht en probleemgedrag tot gevolg kan hebben (Campbell, 1995; Rhee, 2008). En zo mogelijk dus ook cariës.

Het gezinsfunctioneren

Het gezinsfunctioneren zegt iets over hoe het reilen en zeilen in het gezin is geregeld (Van der Ploeg en Scholte, 2008). Dat kan chaotisch zijn, of juist heel gestructureerd. Het ligt voor de hand dat enige vorm van structuur, regelmaat en vaste taken nodig is om een goede mondhygiëne en gezond voedingspatroon te verwezenlijken. Croucher et al (1989) beschreven dat de mondhygiëne onderdeel is van een dagelijkse routine en meestal is ingebouwd in een bepaalde volgorde van handelingen. Daarnaast blijkt flexibiliteit van essentieel belang (Abegg et al, 2000). Een onderzoek in Nederland toonde aan dat kinderen uit gesorganiseerde gezinnen, kenmerkend voor weinig routine, structuur en flexibiliteit, significant meer cariës hadden dan kinderen uit goed georganiseerde gezinnen (Duijster et al, 2014). Bovendien bleek een slechtere gezinsorganisatie geassocieerd met een lagere poetsfrequentie en een hogere leeftijd waarop werd begonnen met poetsen.

Aanknopingspunten voor cariëspreventie

Op basis van de bevindingen in de onderzoeksliteratuur kan met overtuiging worden gesteld dat het gezin invloed heeft op de mondgezondheid van kinderen. Het is echter moeilijk te zeggen of de gezinsfactoren ook een causale relatie hebben met cariës en gerelateerd gedrag. Wel kan worden gesteld dat het gezin een mediërende rol speelt die bepaalde gedragingen versterkt of vermindert: des te meer gunstige factoren zich voordoen, des te groter is de kans dat kinderen een goede zelfzorg hebben. Andersom zullen meerdere risicofactoren een negatieve invloed hebben op de zelfzorg. Deze gezinsfactoren bieden aanknopingspunten voor interventies om de zelfzorg van kinderen te verbeteren. Dit bewijs van de onderliggende oorzaken binnen het gezin geeft aanleiding voor mondzorgverleners om op een andere wijze over cariëspreventie en voorlichting te denken. Het eerste is om zich te realiseren dat kennisoverdracht alléén voor veel ouders en kinderen niet voldoende is om gedrag te veranderen. Bovendien zijn ze veelal bekend met cariëspreventie en voorlichting. Het is daarom belangrijk als mondzorgverlener in gesprek te gaan met ouder en kind en 'achter de voordeur te kijken' om te achterhalen waar mogelijke barrières zitten. De mondzorgverlener moet dus dichterbij de patiënt durven gaan staan. Op deze manier wordt effectieve aandacht gegeven aan de

patiënt en kunnen afgestemde adviezen worden gegeven. Het ene gezin worstelt bijvoorbeeld met de ochtendplanning, en heeft baat bij adviezen voor een passende en haalbare ochtendroutine. Andere ouders lopen er mogelijk tegenaan dat hun kind niet mee wil werken tijdens het poetsen. Hierbij kan worden geadviseerd dat een positieve benadering, bijvoorbeeld door te belonen met een sticker of door te complimenteren, vaak beter helpt dan de dwingende houdgreep. Tevens is het belangrijk te achterhalen waarom tandenpoetsen iedere avond een gevecht is. Als het bijvoorbeeld komt doordat het kind vermoeid is, kan er mogelijk worden gekozen om al eerder op de avond te poetsen, of als het kind het poetsen zelf wil doen, dan kan het helpen als de ouder het kind daarin positief stimuleert door hem/haar de ruimte te geven en zelf goed na te poetsen. Bij ouders die denken dat cariës 'in de genen zit' is het belangrijk dit niet te ontkennen, maar om samen een plan te bedenken hoe ouder en kind met wat 'extra inspanning toch nog' zoveel mogelijk cariës kunnen voorkomen. Effectieve voorlichting lukt niet met het kind alleen, daar zijn de ouders ook echt bij nodig.

Daarnaast is het ook belangrijk om de relatie tussen mondzorgverlener en ouder(s) niet te vergeten. Onbewust geven veel mondzorgverleners advies op een directieve wijze, waarbij de zorgverlener de expert is die vertelt hoe het moet ('top-down'). Uit focusgroepinterviews met ouders kwam naar voren dat veel ouders deze bejegening als beschuldigend of bemoeizuchtig ervaren (intermezzo 1, deel c) (Duijster et al, 2015a). Ouders gaven zelf aan juist meer behoefte te hebben aan begrip, positieve aandacht en individuele begeleiding. Bij de voorlichting over preventie van cariës en poetsinstructie is het belangrijk de ouders mee te laten denken over oplossingen, zodat ze de adviezen ook sneller zullen accepteren. Een positieve benadering naar de ouder(s) en op zijn tijd een compliment kan daar ook aan bijdragen.

Conclusie

Concluderend kan worden gesteld dat het gezin een belangrijke rol inneemt in de ontwikkeling van cariës en gerelateerd gedrag bij kinderen. Met deze informatie kunnen interventies en voorlichtingsstrategieën worden ontwikkeld die aangrijpen op deze gezinsfactoren. Een eerstvolgende stap is te evalueren of een dergelijke aanpak ook daadwerkelijk zal leiden tot betere zelfzorg en uiteindelijk een betere mondgezondheid van kinderen, vooral van kinderen uit hoog-risicogroepen.

Literatuur

- * Abegg C, Croucher R, Marcenes W, Sheiham A. How do routines of daily activities and flexibility of daily activities affect tooth-cleaning behavior? *J Public Health Dent* 2000; 60: 154-158.
- * Aleksejūnienė J, Brukienė V. Parenting style, locus of control, and oral hygiene in adolescents. *Med Kaunas* 2012; 48: 102-108.
- * As N van, Janssens JMAM. Relationships between child behavior problems and family functioning: A literature review. *Child Care Prac* 2002; 5: 40-51.

- * Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191-215.
- * Campbell SB. Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *J Child Psychol Psychiatry* 1995; 36: 113-149.
- * Croucher E. The performance gap. In: Health Education. Authority Research Report London: Health Education Authority, 1989.
- * Duijster D, Verrips GHW, Loveren C van. The role of family functioning in childhood dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42: 193-205.
- * Duijster D, Jong-Lenters M de, Verrips GHW, Loveren C van. Establishing health promoting behaviours in children - parents' views on barriers, facilitators and professional support. A qualitative study. *BMC Oral Health* 2015a; 15: 157.
- * Duijster D, Jong-Lenters M de, Ruiter C de, Thijssen J, Loveren C van, Verrips GHW. Parental and family-related influences on dental caries in children of Dutch, Moroccan and Turkish origin. *Community Dent Oral Epidemiol* 2015b; 43: 152-162.
- * Edeler HA. De drinkwaterfluoridering: tandartsen, staat en volksgezondheid in Nederland, 1946-1976. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2009. Academisch proefschrift.
- * Eijkman MAJ, Dam BAFM van, Bruers JJM, Visser AP. 50 jaar GVO en gezondheidsbevordering. Tandeelkundige voorlichting: toen en nu. *Tijdschr Gezondheidswetenschappen* 2013; 91: 178-184.
- * Fejerskov J, Nyvad B, Kidd E (eds.). Dental caries. The disease and its clinical management. Oxford: Wiley Blackwell, 2015.
- * Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Psychosocial factors and early childhood caries among low-income African-American children in Detroit. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 439-448.
- * Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics* 2007; 120: 510-20.
- * Gwaltney CJ, Metrik J, Kahler CW, Shiffman S. Self-efficacy and smoking cessation: a meta-analysis. *Psychol Addict Behav* 2009; 23: 56-66.
- * Habbu SG, Krishnappa P. Effectiveness of oral health education in children - a systematic review of current evidence (2005-2011). *Int Dent J* 2015; 65: 57-64.
- * Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: A systematic review of the literature. *J Dent* 2012; 40: 873-885.
- * Howenstein J, Kumar A, Casamassimo PS, McTigue D, Coury D, Yin H. Correlating parenting styles with child behavior and caries. *Pediatr Dent* 2015; 37: 59-64.
- * Ivoren Kruis. Advies Cariëspreventie. Praktische handleiding voor wie professionele adviezen geeft over preventieve mondzorg. Zoetermeer: Ivoren Kruis, 2011.
- * Jong-Lenters M de, Duijster D, Bruist MA, Thijssen J, Ruiter C de. The relationship between parenting, family interaction and childhood dental caries: a case-control study. *Soc Sci Med* 2014; 116: 49-55.
- * Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 231-235.
- * (Koninklijke) Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT). Richtlijn Mondzorg voor jeugdigen. Nieuwegein: (K)NMT, 2013.
- * Kuczynski L, Kochanska G, Radke-Yarrow M, Girmius-Brown O. A developmental interpretation of young children's noncompliance. *Dev Psychol* 1987; 23: 799-806.

- * Lencová E, Pikhart H, Broukal Z, Tsakos G. Relationship between parental locus of control and caries experience in preschool children - cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2008; 8: 208.
- * Litt MD, Reisine S, Tinanoff N. Multidimensional model of dental caries development in low-income preschool children. *Public Health Rep* 1995; 110: 607-617.
- * Lytton H. Correlates of compliance and the rudiments of conscience in two-year-old boys. *Can J Behav Sci* 1977; 9: 242-251.
- * Newton JT, Bower EJ. The social determinants of oral health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 25-34.
- * Östberg AL, Skeie MS, Skaare AB, Espelid I. Caries increment in young children in Skaraborg, Sweden: associations with parental sociodemography, health habits, and attitudes. *Int J Pediatr Dent* 2017; 27: 47-55.
- * Ploeg JD van der, Scholte EM. *Gezinsvragenlijst: Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- * Pine CM, Adair PM, Petersen PE, et al. Developing explanatory models of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dent Health* 2004; 21(Suppl.1): 86-95.
- * Rhee K. Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 2008; 615: 11-37.
- * Schou L, Wight C. Does dental health education affect inequalities in dental health? *Community Dent Health* 1994; 11: 97-100.
- * Schuller AA, Kempen IPF van, Poorterman JHG, Verrips GHW. *Kies voor tanden. Een onderzoek naar mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag van jeugdigen. Hoofdmeting 2011, een vervolg op de reeks TJZ-onderzoeken*. Leiden: TNO, 2013.
- * Schwarzer R, Fuchs R. Self-efficacy and health behaviours. In: Conner M, Norman P (eds.). *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press, 1995.
- * Seow WK, Clifford H, Battistutta D, Morawska A, Holcombe T. Case-control study of early childhood caries in Australia. *Caries Res* 2009; 43: 25-35.
- * Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. Parental risk attitudes and caries-related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34: 103-113.
- * Stark LJ, Collins FL Jr, Osnes PG, Stokes TF. Using reinforcement and cueing to increase healthy snack food choices in preschoolers. *J Appl Behav Anal* 1986; 19: 367-379.
- * Tas JT van der, Kragt L, Veerkamp JJ, et al. Ethnic disparities in dental caries among six-year-old children in The Netherlands. *Caries Res* 2016; 50: 489-497.

Summary

The family's influence on the oral health of children. A peek behind the front door

The prevention of dental caries seems fairly easy. The disease can largely be avoided by the daily removal of dental plaque using fluoride toothpaste and the control of sugary intakes. Most parents have sufficient knowledge and motivation to adhere to this prevention advice with respect to their children. Actual practice, however, proves quite difficult because parents experience barriers in implementing the advice. This article provides an overview of the most important family-related factors that influence children's oral health behaviour and dental caries experience. Factors include oral health-related attitudes of the parents, the way that parents deal with their children and communicate with them (parenting practices) and the organisation of daily life within the family (family functioning). It's important for oral health care providers to engage in conversations with parents to identify possible barriers. Tailored advice can then be given to help them improve their oral health behaviour.

Bron

D. Duijster¹, C. van Loveren²

Uit ¹de sectie Sociale Tandheelkunde en ²de sectie Preventieve Tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam

Datum van acceptatie: 29 augustus 2016

Adres: mw. dr. D. Duijster, ACTA, Gustav Mahlerlaan 3004, 1081 LA Amsterdam

d.duijster@acta.nl