

Gebitsslijtage en jongvolwassenen: wat weten ze en hoe wensen ze informatie

Erosieve gebitsslijtage is een veel voorkomend verschijnsel onder de jeugd en jongvolwassenen in Nederland. Aandacht voor dit probleem is vanwege de irreversibele gevolgen noodzakelijk. Het vragenlijstonderzoek (als onderdeel van 'Tandheelkundig Onderzoek en Praktijk Noord Nederland') dat werd uitgevoerd onder 331 jongvolwassenen (20 tot en met 25 jaar) uit 25 mondzorgpraktijken, had als doel inzicht te verkrijgen in het kennisniveau over erosieve gebitsslijtage en in door de jongvolwassenen meest gewenste manier om tandheelkundige informatie te ontvangen. Uit de resultaten bleek dat er nog veel onbekend is over erosieve gebitsslijtage onder jongvolwassenen, waarbij de kennisscore afhankelijk was van opleidingsniveau en het eerder hebben ontvangen van informatie hierover. Een gesprek met een mondzorgverlener, ondersteund door schriftelijke informatie op maat, werd door de deelnemers als meest gewenste manier van informeren aangegeven.

Verploegen VJN, Schuller AA. Gebitsslijtage en jongvolwassenen: wat weten ze en hoe wensen ze informatie

Ned Tijdschr Tandheelk 2017; 124: 443-449

doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2017.09.16236>

Inleiding

Door gebitsslijtage ontstaat onomkeerbaar verlies van tandweefsel. Dit kan in ernstige gevallen leiden tot functionele en of esthetische klachten (Van Amerongen et al, 2014). Gebitsslijtage kent 3 vormen: attritie (gebitsslijtage door tand-tand contact), abrasie (mechanische gebitsslijtage door interactie van tand en extern materiaal) en erosie (gebitsslijtage door inwerking van zuren) (Addy et al, 2006). Deze verschillende vormen van gebitsslijtage treden vaak gelijktijdig op en versterken elkaar, waardoor de invloeden van de verschillende vormen moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn (Huysmans et al, 2011). In het onderhavige artikel wordt ingegaan op erosieve gebitsslijtage. Erosieve gebitsslijtage is het oplossen van glazuur en (eventueel) dentine door inwerking van intrinsieke of extrinsieke zuren. Extrinsieke zuren zijn zuren die hoofdzakelijk afkomstig zijn van voedingsmiddelen, waaronder vruchtensappen, fris-, energie- en sportdranken en zuur fruit; intrinsieke zuren zijn zuren die door braken of gastro-oesofagale reflux in de mond komen (Scheutzel, 1996; Bartlett, 2006).

Erosieve gebitsslijtage wordt beschouwd als een multifactorieel samenspel van chemische factoren, gedragsfactoren en biologische factoren, waarbij bovenmatige consumptie van zure (koolzuurhoudende) dranken als de belangrijkste extrinsieke factor wordt onderkend voor erosieve gebitsslijtage bij jongeren (afb. 1) (Dugmore en Rock, 2004; Lussi and Jaeggi, 2006). El Aidi et al (2010)

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel weet u:

- dat opleidingsniveau en eerdere informatie over mondzorg een positieve invloed hebben op de kennis over erosieve gebitsslijtage bij de jeugd en jongvolwassenen in Nederland.
- dat een gesprek met een mondzorgverlener, ondersteund door schriftelijke informatie op maat de methode van voorkeur is om geïnformeerd te worden.

vonden echter geen associatie tussen de consumptie van koolzuurhoudende dranken en de incidentie van erosieve gebitsslijtage, terwijl Dugmore en Rock (2004) die wel vonden. Naast deze eet- en drinkgedragingen, spelen beschermende gedragingen als het nuttigen van melkproducten en biologische factoren waarbij kwantiteit en kwaliteit van speeksel van belang zijn, een rol (El Aidi et al, 2011).

De eerste tekenen van erosieve gebitsslijtage worden al op jonge leeftijd gezien (Van Rijkom et al, 2001). Bij 11- en 12-jarigen is de prevalentie van erosieve gebitsslijtage in Nederland geschat op 3-5% tot ongeveer 30% bij 17-jarigen (Gambon et al, 2016). Gambon et al (2016) concludeerden dat de prevalentie van (erosieve) gebitsslijtage in

Wat weten we?

Erosieve gebitsslijtage is een veel voorkomend verschijnsel onder de jeugd en de jongvolwassenen in Nederland. Aandacht voor dit probleem is vanwege de irreversibele gevolgen noodzakelijk.

Wat is nieuw?

Jongvolwassenen die hoger opgeleid zijn en zij die eerder tandheelkundige informatie hebben ontvangen, hebben meer kennis over erosieve gebitsslijtage. Internet en apps worden door jongvolwassenen niet als de meest gewenste methode gezien om informatie over erosieve gebitsslijtage te ontvangen. Een gesprek met een mondzorgverlener, ondersteund door schriftelijke informatie op maat, is in deze groep het meest gewenst.

Praktijktoepassing

Om erosieve gebitsslijtage te kunnen voorkomen of tijdig het slijtageproces te kunnen stoppen, is voorlichting nodig die aansluit bij de wensen en behoeften van patiënten. Een gesprek ondersteund met schriftelijke informatie op maat blijkt de meest gewenste methode onder jongvolwassenen. Hierbij is extra aandacht gewenst voor de lager opgeleiden.



Afb. 1. Chemische slijtage (met dank aan dr. P. Wetselaar).

Nederland onder jeugdigen van 11 tot 17 jaar was toegenomen in de laatste 2 decennia. In een recent uitgevoerd systematisch literatuuronderzoek schatte Salas et al (2015) de prevalentie van erosieve gebitsslijtage bij kinderen en adolescenten wereldwijd op 30%. Aangetekend dient te worden dat de geïnccludeerde onderzoeken zeer heterogeen waren en dat de gebruikte klinische indices voor de beoordeling van erosieve gebitsslijtage verschillend waren (Salas et al, 2015).

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar kennis over erosieve gebitsslijtage. Zo bleek uit een onderzoek uit Noorwegen dat ruim 9 van de 10 19- en 20-jarigen wel eens van erosieve gebitsslijtage hadden gehoord en uit een onderzoek in een tandartspraktijk in Noordwest Engeland naar het tandheelkundige kennisniveau onder 105 patiënten bleek dat slechts een derde van de vragen over erosie goed werd beantwoord (Aggarwal et al, 2010; Asmyhr et al, 2012).

Tegenwoordig kan men tandheelkundige informatie via veel kanalen verkrijgen: via een mondzorgverlener, via familie of vrienden, via school en via internet of apps. De zoekmogelijkheden via internet zijn enorm. Het Ivoren Kruis heeft een app ontwikkeld (GezondeMond) met adviezen en instructies om de mond gezond te houden (Ivoren Kruis, 2012). Er zijn geen gegevens gepubliceerd over het daadwerkelijk gebruik van deze app. In de literatuur is geen duidelijkheid omtrent welk informatiekanaal patiënten het meest aanspreekt. Wel is in eerder onderzoek geconcludeerd dat het raadplegen van het internet als informatiebron afhankelijk is van factoren als leeftijd, coping-stijl, opleiding van de patiënt en de betrouwbaarheid van de bron (Muusses et al, 2012). Uit een systematisch literatuuronderzoek bleek dat het informeren over voedingsgewoonten door een tandarts een gedragsverandering teweeg kan brengen (Harris et al, 2012). Het hier beschreven onderzoek had 2 doelstellingen:

1. inzicht verkrijgen in de mate van kennis over erosieve gebitsslijtage onder jongvolwassenen (van 20 tot en met

2. inzicht verkrijgen in de manier waarop jongvolwassen tandartsbezoekers tandheelkundige informatie het liefst zouden willen ontvangen.

Materiaal en methode

Om een beeld te krijgen van het kennisniveau omtrent erosieve gebitsslijtage is gebruik gemaakt van een observationeel cross-sectioneel multicenter onderzoek.

In het najaar van 2015 is het project 'Tandheelkundig Onderzoek en Praktijk Noord Nederland' (TOP-NN-project) gestart. Dit project behelst het opzetten van een tandheelkundig practice-based onderzoeksnetwerk in de provincies Groningen, Friesland en Drenthe. Bij dit netwerk hebben 59 mondzorgverleners zich aangesloten. Opgemerkt dient te worden dat 1 mondzorgverlener in een praktijk in Overijssel werkzaam is. Gezien de geografische ligging van deze praktijk, net over de grens van Friesland en Drenthe, is deze praktijk in TOP-NN geïnccludeerd.

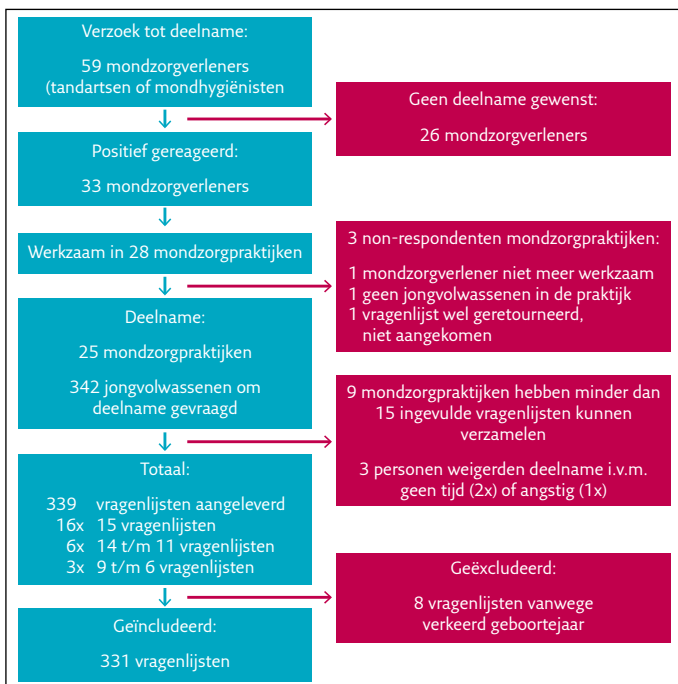
Tijdens 3 informatiebijeenkomsten van het TOP-NN-project is informatie gegeven over de opzet van het onderzoek over erosieve gebitsslijtage. Er hadden zich 33 mondzorgverleners aangemeld voor deelname aan dit onderzoek (32 tandartsen en 1 mondhygiënist), werkzaam in 28 mondzorgpraktijken.

Om een indruk te krijgen van de samenstelling van de praktijk en van de manier van voorlichting aan patiënten, werd de mondzorgpraktijken gevraagd naar het aantal werkzame tandartsen, mondhygiënisten en preventie-assistenten, het aantal ingeschreven jongvolwassenen en op welke manier de mondzorgpraktijk informatie gaf over erosieve gebitsslijtage.

Om de gegevens van jongvolwassen tandartsbezoekers in de leeftijd van 20 tot en met 25 jaar te verzamelen, werd elke mondzorgpraktijk in een brief met instructies gevraagd om 15 vragenlijsten uit te reiken aan patiënten van die leeftijd vóórdat de betreffende persoon een periodieke controle onderging. De personen waren vrij om deel te nemen aan het onderzoek. Als men aangaf liever niet mee te doen met dit onderzoek, werd gevraagd naar de reden hiervan. Voor de deelnemende mondzorgpraktijk stopte het onderzoek wanneer er 15 volledig ingevulde vragenlijsten waren verzameld. Niet alle praktijken hebben echter 15 vragenlijsten (kunnen) laten invullen. Afbeelding 2 toont een flowdiagram over deelname van praktijken en jongvolwassenen.

De vragenlijst bestond uit 27 vragen: 7 vragen over de achtergrond van de deelnemer (geslacht, opleidingsniveau, woon- en werksituatie), 1 vraag over de frequentie van het tandartscontrolebezoek, 13 kennisvragen omtrent erosieve gebitsslijtage, 4 vragen over hoe de deelnemer tandheelkundige informatie tot zich neemt en tot slot 2 vragen over de manier waarop de deelnemer het liefste tandheelkundige informatie zou willen ontvangen. De vragenlijst kan worden opgevraagd bij de auteurs van dit artikel.

De kennisscore werd gedefinieerd als de somscore van



Afb. 2. Schematische weergave van de deelname en de uitval van de mondzorgpraktijken en de jongvolwassenen.

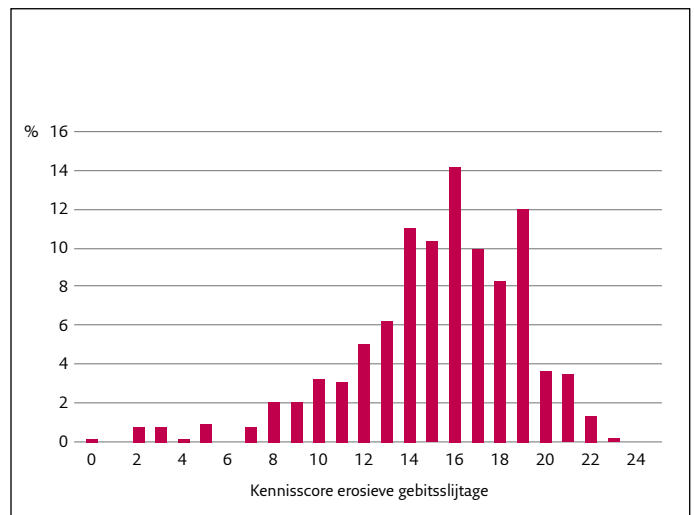
het aantal goed beantwoorde kennisvragen over erosieve gebitsslijtage. Er waren 13 meerkeuzevragen over kennis van erosieve gebitsslijtage, waarvan 1 vraag uit 12 subvragen bestond. Bij elke vraag was 1 juist antwoord. Het aantal te behalen punten op de kennisscore lag daarmee tussen 0 en 24. Omdat bij elke vraag ook de mogelijkheid 'weet niet' ingevuld kon worden, werd de gokkans gereduceerd.

De vraag over opleidingsniveau bestond uit 2 vragen waarbij een combinatie werd gemaakt van hoogst afgeronde opleiding en nu te volgen opleiding. Opleidingsniveau werd vervolgens ingedeeld in laag en hoog, waarbij hoog werd gedefinieerd als een opleiding van havo of hoger, en laag als mbo of lager.

De tandartscontrefrequentie werd uitgevraagd aan de hand van 5 antwoordcategorieën: 1. ik ga niet naar de tandarts, 2. ik ga alleen bij problemen/pijn, 3. 1 keer per jaar, 4. 2 keer per jaar, en 5. 3 keer per jaar of vaker. Deze 5 antwoordcategorieën werden vervolgens samengevoegd tot 3 categorieën: zelden (1 en 2), 1 keer per jaar (3) of 2 keer per jaar of vaker (4 en 5).

Statistische analyses

Omdat de deelnemers werden geworven via mondzorgpraktijken, kon clustering van resultaten van de proefpersonen per praktijk voorkomen. Het zou immers denkbaar kunnen zijn dat patiënten behorende tot dezelfde praktijk een gelijke kennisscore hadden omdat zij door dezelfde mondzorgverlener waren voorgelicht. Om te controleren of er gecorrigeerd diende te worden voor clustering werd gebruikgemaakt van een multilevel-model, waarmee de intraclass-correlatie (i.e. de ratio van de variantie tussen praktijken ten opzichte van de totale variantie) werd berekend. De intraclass-correlatie bleek gelijk aan 0, waardoor



Afb. 3. Frequentieverdeling van behaalde kennisscore onder de deelnemers (n = 331).

de observaties als onafhankelijke eenheden konden worden beschouwd en er dus geen rekening hoefde te worden gehouden met clustering van de resultaten.

Omdat kennisscore niet normaal was verdeeld, werd gebruikgemaakt van de non-parametrische toetsen (Mann-Whitney U toets en de Kruskal-Wallis toets). Daarbij werd opportuun gebruikgemaakt van multivariate analyses. Voor de statistische analyses is gebruikgemaakt van beschrijvende en toetsende statistiek. De statistische analyses zijn uitgevoerd met behulp van IBM SPSS versie 23.

Resultaten

Mondzorgpraktijken

Van de 28 praktijken hebben 25 mondzorgpraktijken aan het onderzoek deelgenomen (afb. 2), waarvan 6 gevestigd waren in Groningen, 8 in Friesland, 10 in Drenthe en 1 in Overijssel. In deze praktijken waren in totaal 76 tandartsen, 35 mondhygiënisten en 58 preventieassistenten werkzaam en stonden in totaal 10.565 jongvolwassenen uit de geboortejaren 1991 tot en met 1996 ingeschreven (gemiddeld 423 jongvolwassenen per praktijk). Op de vraag hoe in de praktijken informatie werd gegeven over gebitsslijtage antwoordden alle 25 mondzorgpraktijken dat zij dat mondeling deden, 16 gaven daarnaast folders mee, 11 raadden hun praktijkwebsite aan, 8 een andere website, slechts 2 raadden een app aan en 1 stuurde een e-mail met informatie.

Jongvolwassenen

Het lukte niet alle praktijken om 15 vragenlijsten in te laten vullen door jongvolwassenen (afb. 2). Totaal responderden 339 personen. Hiervan werden er 8 geëxcludeerd vanwege een foutief geboortejaar. Er weigerden 3 personen voor deelname aan het onderzoek, met als reden dat ze geen tijd hadden of angstig waren.

De 6 geboortejaren waren nagenoeg gelijk vertegenwoordigd in de steekproef (14-18% per geboortejaar). Er participeerden iets meer vrouwen dan mannen (57% versus

Vraag	Goede antwoord	n	Juist %	Onjuist %	Weet ik niet %
Wat is een andere naam voor tandlijtage?	Erosie	326	71	9	20
Waardoor wordt tandlijtage veroorzaakt?	Zuren in je eten en drinken	327	52	37	12
Wat zijn de gevolgen van tandlijtage?	Tanden worden korter	325	42	39	19
Fluoride in tandpasta maakt tanden sterker	Ja	328	72	13	16
Tandenpoetsen direct na het drinken van sinaasappelsap zorgt voor meer tandlijtage	Ja	327	62	13	25
Geef van de volgende producten aan of ze wel of geen tandlijtage veroorzaken					
Water	Nee	328	97	1	2
Mineraalwater	Nee	326	91	3	5
Gewone thee	Nee	327	64	26	10
Vruchtenthee	Ja	323	56	30	14
Melk	Nee	327	58	24	18
Yoghurt	Nee	327	34	45	21
Vruchtensap	Ja	328	88	6	6
Sportdrink	Ja	328	92	3	5
Energiedrank	Ja	329	97	1	2
Cola	Ja	329	97	2	2
Appel	Ja	327	61	21	17
Kaas	Nee	328	50	23	27
Welke manier van drinken geeft grootste kans op tandlijtage?	Als je frisdrank lang in je mond houdt voordat je het doorslikt	327	74	14	12
Welk drinkgedrag tijdens het sporten geeft grootste kans op tandlijtage?	Sportdrink drinken tijdens het sporten	321	44	31	26
Welk effect heeft een droge mond op het proces van tandlijtage?	Met een droge mond krijg je sneller tandlijtage	320	37	24	39
Je hebt minder kans op tandlijtage als direct na het drinken van cola een glas water drinkt	Ja	321	43	32	25
Je hebt minder kans op tandlijtage als je melk drinkt in plaats van cola	Ja	321	81	5	13
Wat is het maximale aantal eet- en drinkmomenten op een dag?	7 x	320	9	50	42
Tandlijtage kan ontstaan als je vaak moet overgeven	Ja	321	77	7	17

Tabel 1. Beantwoording van de kennisvragen naar juiste antwoorden, onjuiste antwoorden en 'weet ik niet', weergegeven in procenten. Tevens is het goede antwoord weergegeven. Daar waar de cijfers vetgedrukt staan, heeft minder dan de helft de vraag juist beantwoord.

43%); 51% was hoogopgeleid, 49% laagopgeleid; precies de helft was uitwonend en de andere helft thuiswonend; 71% had een betaalde baan en werkte gemiddeld 24 uur per week, 2% had een onbetaalde baan en 27% werkte niet. Van de deelnemers studeerde 65% en had 4% een kind.

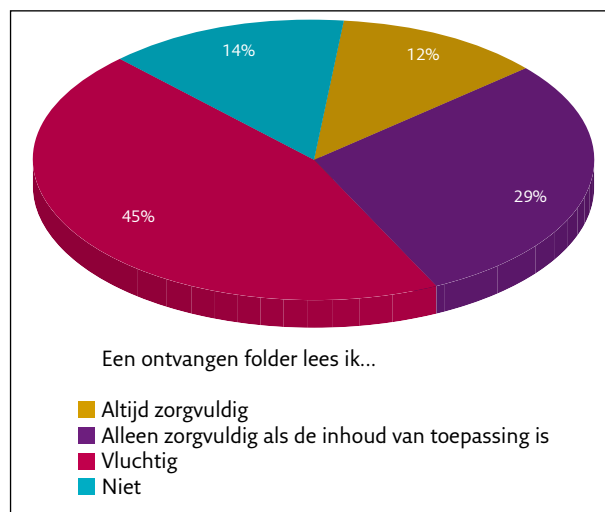
Kennisscore

Abbeelding 3 toont de verdeling van de kennisscore onder de jongvolwassenen in de steekproef. De mediane kennisscore was 16 met een 25-75%-interval van 13-18.

Bij 71% van de respondenten was de definitie van erosieve gebitslijtage bekend, bij 52% de oorzaak en bij 42% de gevolgen (tab. 1). Opvallend was dat bij bijna iedereen bekend was dat vruchtensap, sportdrink, energiedrank en cola erosieve producten zijn en dat water en mineraalwater

dat niet zijn. Echter, de zure invloed van een appel (61% juist) en van vruchtenthee (56% juist) was beduidend minder bekend. De hiaten in de kennis over erosieve gebitslijtage waren grotendeels te vinden in het effect van een droge mond, effect van water drinken direct na een zuurmoment, het niet-erosieve effect van yoghurt en het aantal eet- en drinkmomenten op een dag. Slechts een heel kleine groep van de deelnemers (9%) wist dat het basisadvies is om maximaal 7 keer per dag iets te eten of te drinken.

Er was geen statistisch significant verschil in kennisscore tussen mannen en vrouwen noch tussen uit- en thuiswonenden. Er was wel een statistisch significant verschil in kennis tussen hoog- en laagopgeleiden (medianescores respectievelijk 16 en 15; $Z = -2,691$; $p = 0,007$), tussen personen die wel of geen informatie over gebitslij-



Afb. 4. Percentage deelnemers, hoe zij een ontvangen folder lezen (n = 244).

tage van hun tandarts of mondhygiënist hadden ontvangen (medianescores respectievelijk 16 en 15; $Z = -2,504$; $p = 0,012$) en tussen personen die zelf weleens op zoek gingen naar informatie over het gebit (medianescores respectievelijk 17 en 15,5; $Z = -3,012$; $p = 0,003$). Ook was er een statistisch significant verschil in kennis tussen personen die zelden, eenmaal per jaar of 2 of meer keer per jaar op controle gingen bij een mondzorgverlener (medianescores respectievelijk 14, 16 en 16; $H = 7,973$; $p = 0,003$). Uit de lineaire regressieanalyse bleek dat het opleidingsniveau en het eerder hebben ontvangen van informatie over gebitsslijtage van tandarts of mondhygiënist van invloed bleven op de kennisscore, ook wanneer gecorrigeerd werd voor bovenstaande beschreven andere factoren (opleidingsniveau $B = 1,080$; $t = 2,534$; $p = 0,012$ / informatie ontvangen $B = 1,054$; $t = 0,144$; $p = 0,013$).

Tandheelkundige informatie

De helft van de jongvolwassenen (50%) antwoordde dat zij nog nooit specifieke informatie over erosieve gebitsslijtage had ontvangen van een tandarts of een mondhygiënist. Twee derde van de jongvolwassenen had zelf nooit naar informatie over het gebit gezocht en een derde had dat weleens gedaan. Er was geen statistisch significant verschil tussen hoog- en laagopgeleiden in het al dan niet zelf zoeken naar tandheelkundige informatie (37% versus 30%. Chi-kwadraattoets = 1,713; $df = 2$; $p = 0,191$).

Driekwart van de deelnemers (77%) had weleens een folder gekregen van een tandarts of mondhygiënist over een tandheelkundig onderwerp, waarna 59% die folder vluchtig of niet had gelezen (afb. 4).

Op de hypothetische vraag hoe jongvolwassenen informatie zouden zoeken als zij wat zouden willen weten over gebitsslijtage (meerdere antwoorden mogelijk), antwoordde 80% dat zij dat via een internetzoekmachine zouden doen en 56% zou het aan de tandarts vragen. Er waren statistisch significante verschillen tussen hoog- en laagopgeleiden in het gebruik van een internetzoekmachine (55% versus 45%. Chi-kwadraat = 7,690; $df = 2$; $p = 0,006$) en

	n	%	Hoog %	Laag %
Internetzoekmachine	257	80	55	45
Vraag het aan tandarts	178	56	50	51
Vraag het aan ouders	75	23	60	40
Website tandarts	75	23	55	46
Andere internetsite	41	13	54	46
Vraag het aan vrienden	22	7	64	37
App	8	3	13	88
App van Ivoren Kruis	7	2	43	57
Anders	4	1	100	0

Tabel 2. Informatiebronnen die jongvolwassenen (n = 320) zouden gebruiken wanneer zij informatie willen hebben over gebitsslijtage, met de procentuele onderverdeling in hoog en laag opleidingsniveau.

in het gebruik van een app (13% versus 88%. Chi-kwadraat = 4,980; $df = 2$; $p = 0,026$) (tab. 2). Opgemerkt dient te worden dat maar 3% van de deelnemers gebruik wenste te maken van een app.

Op de vraag in welke vorm zij het liefst informatie van een tandarts of mondhygiënist zouden ontvangen (meerdere antwoorden mogelijk), bleek een gesprek met een mondzorgverlener het meest gewenst en een app het minst (tab. 3). Hierbij had 48% 1, 31% 2 en 21% meer dan 2 antwoorden aangekruist. Veel voorkomende combinaties waren een gesprek met een mondzorgverlener samen met een folder óf een gesprek met een mondzorgverlener samen met een e-mail met informatie. Dit kwam goed overeen met het feit dat jongvolwassenen aangaven de informatie het beste te kunnen onthouden wanneer iemand die informatie vertelt (71%) of wanneer zij die informatie kunnen lezen (51%).

Discussie

Dit onderzoek is het eerste multicenteronderzoek binnen het project 'Tandheelkundig Onderzoek en Praktijk Noord Nederland' (TOP-NN). Deelname van de mondzorgpraktijken aan TOP-NN is vrijwillig. Het is niet bekend of deze TOP-NN-praktijken met betrekking tot hun praktijkopzet en/of manier van werken verschillen van praktijken die niet participeren in TOP-NN. Van deze TOP-NN-praktijken hadden zich 28 aangemeld om mee te werken aan het project 'Erosieve gebitsslijtage'. Dit betekent dat de participerende praktijken niet at random zijn geselecteerd, waardoor mogelijk bias kan zijn ontstaan. Het is onbekend maar wel denkbaar dat de praktijken die parti-

	n	%
Een gesprek	257	81
Folder meegeven	125	39
Mail met informatie	88	28
Verwijzen naar internetsite	59	19
App aanraden	24	8
Anders	4	1

Tabel 3. Voorkeur van jongvolwassenen (n = 319) voor manier van informatiegeven door tandarts of mondhygiënist.

cipeerden meer aandacht besteedden aan het onderwerp gebitsslijtage, waardoor er mogelijk een te positief beeld van de kennisscore over erosieve gebitsslijtage in dit artikel wordt geschetst. Het bleek immers dat patiënten die eerder tandheelkundige informatie hadden ontvangen een hogere kennisscore behaalden.

De kennisscore van de jongvolwassenen was niet afhankelijk van de praktijk waartoe zij behoorden. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat er in de deelnemende mondzorgpraktijken evenveel aandacht besteed werd aan voorlichting over erosieve gebitsslijtage of dat populatiegerichte strategieën als tv-reclames wellicht een rol speelden.

Het onderzoek richtte zich op jongvolwassen tandartsbezoekers. Uit de resultaten van dit onderzoek bleek dat personen die zelden bij een tandarts komen en/of nooit informatie hadden gekregen over gebitsslijtage, een lagere kennisscore hadden dan degenen die regelmatig op controle gingen en/of die wel informatie hadden gehad. De verwachting is daarom dat jongvolwassen niet-tandartsbezoekers een lagere kennisscore zullen hebben dan de jongvolwassen tandartsbezoeker. De resultaten van dit onderzoek zullen daarom een te positief beeld schetsen voor de gehele populatie jongvolwassenen in Noord-Nederland.

In Noord-Nederland (Groningen, Friesland en Drenthe) wonen 111.583 jongvolwassenen. In de deelnemende praktijken staan 10.565 jongvolwassenen ingeschreven en aan het onderzoek namen 331 jongvolwassenen deel. Niet elke praktijk heeft binnen de gestelde tijd 15 ingevulde vragenlijsten kunnen laten invullen door de doelgroep van 20- tot en met 25-jarigen. Bij navraag bleek dat vooral de kleinere mondzorgpraktijken er moeite mee hadden om aan voldoende deelnemers te komen. Tevens werd soms door de drukte in de praktijk vergeten de vragenlijst uit te reiken. Aangezien er maar 3 patiënten weigerden deel te nemen aan het onderzoek, de deelgenomen mondzorgpraktijken zowel in de grote steden als in de kleinere plaatsen gevestigd waren, plus het feit dat er geen verschil in kennis werd gezien tussen de praktijken, kan worden aangenomen dat de deelnemers representatief zijn voor de jongvolwassen tandartsbezoekers van 20 tot en met 25 jaar in Noord-Nederland. Of de deelnemende praktijken en de deelnemers representatief zijn voor de rest van Nederland is onbekend.

Bij een maximaal te halen kennisscore van 24 punten, had de helft van de deelnemers 16 punten of lager behaald. Daarmee kan worden geconcludeerd dat er onder de deelnemers nog veel onbekend was over erosieve gebitsslijtage. Het was hoopgevend dat een aantal kennisvragen vrijwel door iedereen goed werd beantwoord. Er waren echter ook duidelijke hiaten in de kennis over erosieve gebitsslijtage waarbij het zeer opvallend was dat het basisadvies van het Ivoren Kruis (maximaal 7 eet- en drinkmomenten per dag) slechts bij 1 op de 10 deelnemers bekend was. Het begrip erosie was vaak bekend, echter de oorzaak en de gevolgen van erosieve gebitsslijtage niet. Deze kennis is belangrijk om het belang in te laten zien van het voorkómen van blijvende schade aan de dentitie door erosieve gebitsslijtage.

De kennisscore was afhankelijk van het opleidingsniveau van de deelnemer en van het feit of de persoon al eerder informatie over gebitsslijtage had ontvangen van een mondzorgverlener. Extra aandacht voor dit onderwerp onder laagopgeleiden lijkt daarom gewenst.

Uit eerder onderzoek bleek dat de jongvolwassenen de meeste tandheelkundige informatie via een mondzorgverlener, de school of sociale omgeving krijgen (Norderyd et al, 2015). Ook in dit onderzoek gaven de deelnemers aan dat een gesprek met een mondzorgverlener de meest gewenste manier was om tandheelkundige informatie te verkrijgen, daarnaast gaven zij aan dit eventueel ondersteund te willen met schriftelijke informatie door middel van een folder of een e-mail. De deelnemende praktijken gaven aan allemaal mondelinge voorlichting over gebitsslijtage te geven. Niet elke praktijk ondersteunde dit met een schriftelijke toelichting. Een meegegeven folder werd echter lang niet altijd door iedereen even goed gelezen. Als de inhoud van de folder van toepassing was op de dentitie van het individu was de kans op lezen van de folder wel groter.

Eerder onderzoek naar het effect van online bronnen van tandheelkundige informatie zeggen de tandheelkundige kennis onder de deelnemers te vergroten (Baranowski et al, 2008; Albert et al, 2014; Al-Silwadi, 2015). Toch lijken de meeste jongvolwassenen (67%) uit dit onderzoek deze

Meer dan helft van jongeren leest folder vluchtig of niet

bronnen niet uit eigen beweging te gebruiken. Mogelijk hebben zij er nooit aanleiding toe gehad of er de noodzaak van ingezien om informatie over mondgezondheid op te zoeken. Mochten zij wel behoefte aan informatie hebben, dan waren een internetzoekmachine en een tandarts de meest voor de hand liggende informatiebronnen. Het was verbazingwekkend dat, in deze tijd van apps en kijkend naar de leeftijdsgroep, het gebruik en de behoefte aan apps met informatie over erosieve gebitsslijtage bij deze jongvolwassenen bijzonder laag was. Het lijkt daarom voor deze leeftijdsgroep niet zinvol om apps over dit onderwerp te ontwikkelen.

Een internetzoekmachine werd het liefst gebruikt bij het zoeken naar tandheelkundige informatie, toch zochten relatief weinig jongvolwassenen zelf naar tandheelkundige informatie. Vervolgonderzoek zou kunnen aantonen of een gesprek met een mondzorgverlener aangevuld met een folder of e-mail op maat beter gelezen wordt en eventueel leidt tot een hogere kennisscore en tot gedragsverandering.

Conclusie

Onder de jongvolwassen tandartsbezoekers van Noord-Nederland was veel onbekend over erosieve gebitsslijtage. De kennisscore was significant hoger bij hoger opgeleiden en bij hen die eerder tandheelkundige informatie hadden ontvangen van een mondzorgverlener.

Verder bleek dat een gesprek in combinatie met een schriftelijke individuele ondersteuning de meest gewenste manier van informeren was. Jongvolwassenen die zelf zoeken naar tandheelkundige informatie deden dat het liefst via een internetzoekmachine of ze vroegen het aan een mond-zorgverlener.

Vervolgonderzoek kan gericht zijn op het ontwikkelen van een effectieve individuele schriftelijke ondersteuning die aansluit bij de voorlichting gegeven door een mond-zorgverlener.

Literatuur

- * Addy M, Shellis RP. Interaction between attrition, abrasion and erosion in tooth wear. *Monogr Oral Sci* 2006; 20: 17-31.
- * Aggarwal VR, Javid H, Joughin A, Crawford FI, Sharif MO. Patients' knowledge of risk factors for dental disease. A pilot service evaluation in a general practice. *Prim Dent Care* 2010; 17: 173-180.
- * Al-Sihwadi FM, Gill DS, Petrie A, Cunningham SJ. Effect of social media in improving knowledge among patients having fixed appliance orthodontic treatment: A single-center randomized controlled trial. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2015; 148: 231-238.
- * Albert D, Barrack SZ, Bruzelius E, Ward A. Impact of a web-based intervention on maternal caries transmission and prevention knowledge, and oral health attitudes. *Matern Child Health J* 2014; 18: 1765-1771.
- * Amerongen BM van, Berendsen-Wolters CMM, Blanksma NG, et al. Adviescollege Preventie Mond- en Tandziekten van het Ivoren Kruis. Concept advies erosieve gebitsslijtage. Naarden: Ivoren Kruis, 2014.
- * Asmyhr Ø, Grytten J, Holst D. Occurrence of risk factors for dental erosion in the population of young adults in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40: 425-431.
- * Baranowski T, Buday R, Thompson DL, Baranowski J. Playing for real: video games and stories for health-related behavior change. *Am J Prev Med* 2008; 34: 74-82.
- * Bartlett D. Intrinsic causes of erosion. *Monogr Oral Sci* 2006; 20: 119-139.
- * Dugmore CR, Rock WP. A multifactorial analysis of factors associated with dental erosion. *Br Dent J* 2004; 13: 283-289.
- * El Aidi H, Bronkhorst EM, Huysmans MC, Truin GJ. Dynamics of tooth erosion in adolescents: a 3-year longitudinal study. *J Dent* 2010; 38: 131-138.
- * El Aidi H, Bronkhorst EM, Huysmans MC, Truin GJ. Multifactorial analysis of factors associated with the incidence and progression of erosive tooth wear. *Caries Res* 2011; 45: 303-312.
- * Gambon DL, Schuller AA, Bronkhorst EM, Truin GJ. (Erosieve) gebitsslijtage bij jeugdigen in Nederland: hoe groot is het probleem? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2017; 124: 197-205.
- * Harris R, Gamboa A, Dailey Y, Ashcraft A. One-to-one dietary interventions undertaken in a dental setting to change dietary behavior. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 14: CD006540.
- * Huysmans MC, Chew HP, Ellwood RP. Clinical studies of dental erosion and erosive wear. *Caries Res* 2011; 45: 60-68.
- * Ivoren Kruis. App GezondeMond. Naarden: Ivoren Kruis, 2012 <http://www.ivorenkruis.nl/index.cfm?id=465&zoek=gezondmond>.
- * Lussi A, Jaeggi T. Extrinsic causes of erosion. Chemical factors. In: Lussi A. Dental erosion: From diagnosis to therapy. Basel: Karger; 2006.
- * Muusses LD, Weerst JC van, Dulmen S van, Jansen J. Chemotherapy and information-seeking behaviour: characteristics of patients using mass-media information sources. *PsychoOncology* 2012; 21: 993-1002.
- * Norderyd O, Koch G, Papias A, et al. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden, during 40 years (1973-2013) I. Review of findings on oral care habits and knowledge of oral health. *Swed Dent J* 2015; 39: 57-68.
- * Rijkom HM van, Truin GJ, Frenken JE, et al. Prevalentie van erosieve gebitsslijtage in relatie tot de consumptie van vruchten en dranken bij tieners in Den Haag. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001; 108: 355-359.
- * Salas MMS, Nascimento GG, Huysmans MC, Demarco FF. Estimated prevalence of erosive tooth wear in permanent teeth of children and adolescents: An epidemiological systematic review and meta-regression analysis. *J Dent* 2015; 43: 42-50.
- * Scheutzel P. Etiology of dental erosion-intrinsic factors. *Eur J Oral Sci* 1996; 104: 178-90.

Summary

Dental erosion and young adults: what do they know and how would they like to receive information?

Dental erosion occurs often among adolescents and young adults in the Netherlands. This problem requires attention because its consequences are irreversible. In this study (part of the 'Dental Research and Practice in the North Netherlands' project) a questionnaire was distributed to 331 young adults (age 20 to 25) from 25 dental practices. The goal of the study was to find out how much young adults know about dental erosion and how they wish to receive dental information. The results show that much is still unknown about dental erosion among young adults and that the extent of knowledge depended of the level of education and on information on dental erosion that had already been received. Participants preferred to receive information in a conversation with an oral healthcare professional, with the support of printed matter.

Bron

V.J.N. Verploegen¹, A.A. Schuller^{1,2}

Uit ¹ het Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen en uit ²TNO Child Health in Leiden

Datum van acceptatie: 22 juni 2017

Adres: mw. V.J.N. Verploegen, CTM, RUG/UMCG, Antonius Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen

Vera_verploegen@hotmail.com