

VERSLAG SARPHATI EXPLORE 4 | Mondgezondheid van kinderen

Sarphati Amsterdam organiseert Sarphati Explore, een ontmoetingsplatform voor onderzoekers, zorgprofessionals, beleidsmakers en andere geïnteresseerden op specifieke thema's. Samen verkennen we toekomstig onderzoek en mogelijke samenwerkingen op relevante thema's binnen [Sarphati Amsterdam](#). Door het creëren van een netwerk van experts in een bepaald werkveld, kunnen we werken aan meer impact binnen de academische wereld, de zorg en de samenleving. De vierde editie vond plaats op 7 april 2022 met het thema Mondgezondheid van kinderen. Deze editie van Sarphati Explore startte met interessante presentaties die het thema vanuit verschillende hoeken hebben belicht:

1. **Introductie: mondgezondheid van jonge kinderen in Amsterdam**
2. **De weg naar effectievere en inclusievere mondzorg**
3. **BrushHour: een initiatief dat de mondgezondheid van jongeren in Amsterdam verbetert**

Presentaties 1 en 2 zijn besproken in parallelsessies met een interactieve setting. In deze samenvatting delen we graag de hoogtepunten vanuit deze parallelsessies.

SESSIE 1 Verkenning van samenwerking binnen Sarphati Amsterdam voor het bestuderen van syndemieën in mondgezondheid en algemene gezondheid bij kinderen

Het begrip *syndemieën* beschrijft een conceptueel raamwerk waarbinnen antropologie, sociologie en gezondheidswetenschappen samenkomen (Merrill Singer, 2009). Het is een systeemaanpak gericht op kwetsbaarheid in de populatie, met als doel om de mechanismes te ontrafelen die leiden tot het ondermijnen van de gezondheid van kwetsbare groepen. Het is verbonden met gezondheidsrisico's en gezondheidsuitkomsten in omstandigheden van sociale ongelijkheid. Er zijn verschillende factoren waardoor gezondheidsrisico's ontstaan en die zorgen voor een clustering van ziekten en het vergroten van ziektelast, zoals biologische, psychologische, sociologische, gedrags-, politieke, economische en culturele factoren. Met *syndemics* worden temporale patronen in kaart gebracht, zoals clusters, opeenstapelingen en cascades. Een cascade van bijvoorbeeld armoede, gebrekkige opleiding, verslaving en werkloosheid kan de ziektelast vergroten. Syndemieën kwantificeren de gevolgen voor de gezondheid van identificeerbare interacties tussen ziekten en de sociale, omgevings- of economische factoren die die interactie bevorderen en de ziekte verergeren. Als we vasthouden aan de traditionele benadering kan dit er voor zorgen dat zaken snel achteruitgaan. Het is niet genoeg om alleen maar vragenlijsten in te zetten. Het is belangrijk om samen te werken met alle sectoren binnen de gezondheidszorg voor kinderen.

Als we de mechanismes willen ontrafelen die de gezondheid van kwetsbare groepen ondermijnen, welke plek nemen tandziekten en mondgezondheid dan in? Wie kan en zal deze onderwerpen dan meenemen? Wanneer, waar en hoe?

Allereerst moet je weten waar je je doelpopulatie kan vinden en hoe je deze op een effectieve manier het best kunt bereiken. Het is belangrijk om kinderen en gezinnen te betrekken die hiervan kunnen profiteren en die dat het meest nodig hebben. In het algemeen is het een uitdaging voor zowel onderzoek als gezondheidszorg om deze kwetsbare groepen te bereiken. We moeten een ondersteunde infrastructuur vinden van de mensen die buiten beeld zijn. Longitudinale geboortecohorten bestaan weliswaar, maar zijn vaak opgezet vanuit een gezondheidsperspectief. Bestaan er geboortecohorten vanuit een meer sociaal perspectief of cohorten die geen gezondheidsgegevens verzamelen? Is het mogelijk om aan een sociaal cohort gezondheidsdata toe te voegen? Midwifery sciences heeft ook cohort studies. De *syndemics* benadering past binnen het Sarphati Cohort; in een sub-cohort studie vanuit een sociaal perspectief kan data verzameld worden

die ook gekoppeld kunnen worden aan gezondheidszorgdata en vragenlijstgegevens die al worden verzameld binnen het Sarphati Cohort. We hebben een strategie nodig buiten de gezondheidswetenschappen arena om. Metahealth maakt gebruik van een systeemaanpak en zal inzetten op het bereiken van mensen en kijken naar wat hun behoefte is. Een bottom-up aanpak, door te starten op kleine schaal en inzicht te vergaren om uit te vogelen wat er later op grote schaal ingezet kan worden en uitzoeken wat mensen nodig hebben om deel te nemen en meer betrokken te zijn.

Multidisciplinair onderzoek en participatief onderzoek zijn nodig. Het is belangrijk om de disciplines te identificeren die betrokken moeten zijn, zoals: sociale faculteiten, faculteit 'maatschappij & gedragswetenschappen', organisaties die werken met lokale gemeenschappen. De uitkomsten van *syndemics* onderzoek zijn relevant voor gezondheidsbeleid, dus het is belangrijk om de uitkomsten te vertalen naar beleid en beleidsmakers te betrekken. Gezondheidseconomie is heel belangrijk.

Een lange termijn strategie voor de werving en betrokkenheid is belangrijk om te ontwikkelen, vooral voor de kwetsbare groepen. Het is van belang om te bedenken wat deze groepen aan deelname kunnen hebben. 'What's in it for them', is een belangrijke vraag om in gedachten te houden bij alles wat je doet. Hiervoor is een ander mechanisme nodig. Bijvoorbeeld door zaken of diensten te leveren voor de groep mensen die je wilt includeren, een sociale interactie van investering en opbrengst. De respons zou kunnen stijgen door het gebruik van interactieve apps. Voor specifieke groepen zullen incentives niet helpen om hen te werven en betrekken. We moeten analyseren wie we missen, wat zij nodig hebben en wat de omgeving is van deze mensen. Voor sommige groepen zul je mogelijk zaken als een telefoon moeten verzorgen. Dit kan een zeer effectieve incentive zijn voor mensen die geen telefoon hebben. Denk buiten de kaders als het gaat om incentives. Soms moet een incentive iets anders zijn dan je zou verwachten. Maar denk ook buiten de kaders als het gaat om de wervingsstrategie. Voeg de componenten toe die ontbreken, maar die wel kunnen helpen bij het bereiken van mensen. Speel in op hun behoefte en probeer te ondersteunen en hen dan te betrekken in onderzoek. Het is belangrijk om vertrouwen op te bouwen.

SESSIE 2 De weg naar effectievere en inclusievere mondzorg

Samen met experts uit verschillende disciplines hebben we gesproken over hoe we kunnen toewerken naar inclusievere en effectievere mondgezondheidszorg. Hoe kunnen we samen de mondgezondheid bevorderen van kinderen die opgroeien in gezinnen in kwetsbaar makende omstandigheden? Hierbij is gekeken naar verschillende perspectieven: de zorgverleners, het gezin, de leefomgeving en het beleid.

Betere samenwerking tussen zorgverleners en inclusiviteit stonden in de discussie centraal. Als we daadwerkelijk inclusief willen zijn, is het belangrijk om als zorgverleners met de neus dezelfde kant op te staan. De samenwerking tussen Ouder en Kind Teams (OKT) en de mondzorg kan geïntensiveerd worden. Het is niet alleen de verantwoordelijkheid van de tandarts, maar ook van andere zorgprofessionals.

Idee: een experiment met een zorgverzekeraar: gratis mondzorg voor ouders in een experimentele setting.

Maar zijn kosten wel de belemmering? Of zijn er andere factoren? Uit onderzoek blijkt dat ouders vaak niet weten dat er financiële vergoedingen mogelijk zijn. Maar het is een optelsom. Schaamte speelt een rol, omdat ouders weinig financiële middelen hebben, zelf slechte gebitten hebben en

niet naar de tandarts gaan. Preventief naar de tandarts gaan, is niet voor iedereen een gewoonte – pas als je pijn hebt. Soms spelen ook culturele en taalbarrières een rol.

Stigma kan behandeling in de weg staan. Moeten we daar niet meer in ontspannen met elkaar? Moet het echt gatenvrij, wit, recht en perfect zijn? Om kinderen te bereiken en binnen te houden is vertrouwen belangrijk. Het moet een positieve ervaring zijn. In de interactie moet hiervoor ruimte zijn.

Hoe kunnen we kinderen bereiken? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de schooltandarts toegang heeft tot iedere (voor)school? Steeds meer scholen weigeren de tandarts. Hoewel niet op grote schaal, zien we toch de bereidheid van scholen om mee te doen, afnemen. Mondzorg op het voortgezet onderwijs is er helemaal niet, dat zou eigenlijk uitgebreid moeten worden. Daarbij is het belangrijk om in te zetten op naamsbekendheid van de tandarts, dit kan bijdragen aan het bereik. Een kans ligt in het bereik via de JGZ (GGD), die zien alle kinderen.

Idee: Mondzorgstudenten inzetten op de scholen voor voorlichting (Trammelant in Tandenland) in een samenwerking met GGD. Is het dan niet beter om studenten in te zetten die later ook in de preventieve zorg gaan werken? Aan de ander kant is juist het creëren van dit maatschappelijke bewustzijn in de studie van mondzorgstudenten heel belangrijk. Publieke mondzorg moet onderdeel worden van het curriculum. Maak het voor de tandarts ook aantrekkelijker om kinderen te behandelen. De beroepsgroep moet hand in eigen boezem steken, maar bijv. met bonussen kan je het aantrekkelijker maken.

Binnen Sarphati Amsterdam en Sarphati Cohort kunnen we bijdragen aan ontwikkeling en (experimenteel) onderzoek, zoals binnen het grote project METAHEALTH. Als hier ideeën voor zijn dan horen we dat graag.

De eigen verantwoordelijkheid van ouders is uitgebreid besproken. In Nederland is eigen verantwoordelijkheid heel belangrijk. Dit werkt alleen niet bij alle gezinnen zo goed. Het lukt niet alle ouders even goed om bijvoorbeeld grenzen te stellen aan snoepen of tandenpoetsen te bevorderen. Je kunt ouders stimuleren, maar veel ouders hebben een drempel waar ze niet over heen komen. We kunnen niet alles afschuiven op eigen verantwoordelijkheid. Overheden hebben ook een verantwoordelijkheid, naast het individu, de tandarts, de school, het OKT. Kennis, geld, omgeving zijn belangrijk om gezonde leefstijlkeuzes te maken voor mensen in meer kwetsbare situaties. Je zult ze die dan ook eerst wat moeten geven. Als je echt voor eigen verantwoordelijkheid gaat, moet je ook accepteren dat mensen hele andere keuzes maken. Dan is vertrouwen heel belangrijk! Op dit moment zien we een verschuiving van eigen keuze naar meer nadruk op structurele verandering.

Leefomgeving is heel belangrijk, want jonge kinderen kunnen de eigen verantwoordelijkheid niet dragen. Als je structureel blootgesteld wordt aan ongezond gedrag door nudging, in hoeverre is er dan sprake van eigen keuze? Daar kun je met voorlichting niet tegenop.

Volksgezondheidsproblemen krijgen daarom steeds meer een systeembenadering. Dat betekent dat we niet alleen het individuele gedrag proberen te veranderen door de klassieke gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. We weten dat we ook de structurele factoren moeten veranderen, anders komen we er nooit. Dit biedt kansen voor mondgezondheid.

De GGD draagt verantwoordelijkheid, maar heeft weinig middelen om in te grijpen in het dagelijks leven. Heeft de coronacrisis niet meer inzicht gegeven in of er niet toch meer mogelijk is? In crisistijd kan er opeens veel meer. Maar als het gaat om bijvoorbeeld een suikertaks is dat een stuk lastiger.

Je moet als lokale GGD de verantwoordelijkheid nemen om zaken te agenderen daar waar het moet gebeuren, maar de effectiviteit is beperkt.

Vertrouwen loopt als een rode draad door de discussie. Positief geluid is dat wantrouwen op hoog niveau, richting centrale instituties, kan worden opgeheven door vertrouwen te winnen op lager niveau via de persoonlijke connectie. Daar ligt een kans voor de tandartsen.

Take home message: Snackbar eruit, tandarts erin, maar eerst die tandartsen opleiden!

Een follow-up bijeenkomst om tot specifieke ideeën te komen en te kijken hoe we verder kunnen gaan, zou een mooie start zijn. Wat is het meest urgent om in te investeren? Zijn er (Sarphati Cohort) data die gebruikt kunnen worden? Hoe kan Sarphati Amsterdam ondersteunen bij jullie ideeën? We horen graag van jullie! Vragen of ideeën zijn van harte welkom via info@sarphati.amsterdam.