

V48

TNO-rapport  
98.007

**Tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en  
opvoeding (TGVO) voor Turkse en  
Marokkaanse bezoekers van het  
consulatiebureau in Den Haag**

TNO Preventie en Gezondheid  
Divisie Jeugd

Wassenaarseweg 56  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

Telefoon 071 5 18 18 18  
Fax 071 5 18 19 20

auteur(s):  
G.H.W. Verrips  
E. Brugman  
M.J. Danz  
H. Kalsbeek

TNO Preventie en Gezondheid  
Gorterbibliotheek

28 FEB 2001

Postbus 2215 - 2301 CE Leiden

datum:  
Februari 1998

Stamboeknummer

17.750

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden  
vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt  
door middel van druk, fotokopie, microfilm  
of op welke andere wijze dan ook, zonder  
voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd  
uitgebracht, wordt voor de rechten en  
verplichtingen van opdrachtgever en  
opdrachtnemer verwezen naar de  
Algemene Voorwaarden voor onderzoeks-  
opdrachten aan TNO, dan wel de  
betreffende terzake tussen partijen  
gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport  
aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 1998 TNO



ISBN 90-6743-523-6

G.H.W. Verrips  
E. Brugman  
M.J. Danz  
H. Kalsbeek

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van *f* 27,85 (incl. BTW) op postbankrekeningnr. 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer 98.007.

<b>INHOUD</b>	<b>pagina</b>
VOORWOORD	i
1. Projectvoorstel "TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau"	1
2. Tandheelkundig preventief gedrag van Turkse en Marokkaanse ouders in Den Haag	11
3. Dental prevention among Turkish and Moroccan parents in The Hague	21
4. Procesevaluatie project "Tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en opvoeding (TGVO) voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau in Den Haag	41
5. Projectvoorstel "Tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en opvoeding voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het zuigelingen-consultatiebureau"	53
BIJLAGEN	61



## **VOORWOORD**

Zoals overeengekomen met de opdrachtgever bestaat de rapportage over het project "Tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en opvoeding (TGVO) voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau in Den Haag" uit een bundeling van documenten die ten behoeve van het project zijn geproduceerd.

In het eerste hoofdstuk wordt het projectvoorstel weergegeven. Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 verslag gedaan van de beginmeting, in de vorm van een artikel dat is gepubliceerd in het Epidemiologisch Bulletin 's Gravenhage. Hoofdstuk 3 omvat een Engelstalige versie van dit artikel waarin de statistische analyses wat uitgebreider staan beschreven. Het is geaccepteerd door Community Dental Health. In hoofdstuk 4 staat het verslag van de procesevaluatie weergegeven. In hoofdstuk 5 tenslotte wordt een voorstel geformuleerd voor vervolgonderzoek.



**1. Projectvoorstel TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau**





## 1 Inleiding

Jaarlijks stelt het Gezondheidscentrum Nieuw Schilderswijk een werkplan op waarin bekend wordt gemaakt op welke onderwerpen men zich het komend jaar zal richten, welke disciplines daarbij betrokken zullen zijn en in welke vorm dat zal gebeuren. Uit een inventarisatie van lopende, geplande en geambieerde projecten, uitgevoerd in het najaar van 1991, bleek animo te bestaan (opnieuw) aandacht te besteden aan verbetering van mondgezondheid bij Turkse en Marokkaanse kinderen.

Het belang van dit onderwerp is onder de aandacht gebracht door een aantal onderzoekspublicaties (1-9). Veel van deze onderzoeken zijn uitgevoerd in Den Haag. Uit het recente onderzoek van Verrips (9) kwam naar voren dat prevalentie van tandcariës bij kleuters van Turkse en Marokkaanse ouders veel hoger is dan bij kinderen van Nederlandse of Surinaamse ouders en dat dit met name is toe te schrijven aan minder adequaat en minder frequent poetsgedrag. Bovendien is het feit dat op veel latere leeftijd met tandenpoetsen wordt begonnen een belangrijke factor gebleken. Door adequate voorlichting die tot doel heeft kennis bij te brengen en een betrekkelijk eenvoudige gedragsverandering in gang te zetten, zou het mogelijk moeten zijn het vóórkomen van cariës bij deze doelgroep terug te dringen.

Aangezien een groot deel van de Haagse jeugd tot de geïdentificeerde risicogroepen behoort, is het gesignaleerde gezondheidsprobleem in omvang aanzienlijk. Een extra inspanning ter verbetering van de mondgezondheid van deze groepen lijkt op zijn plaats. Eén en ander past in het beleid dat door Wethouder Ramlal is uitgezet. Recent heeft deze wethouder een nota aan de raad gepresenteerd over sociaal-economisch bepaalde gezondheidsverschillen. In de nota werd voorgesteld meer aandacht te besteden aan preventie en aan GVO ten behoeve van bewoners van achterstandswijken.

Het Gezondheidscentrum Nieuw Schilderswijk is door zijn samenstelling een ideale plek om geïntegreerd aan een dergelijk onderwerp aandacht te besteden. Er zijn twee teams van Jeugd tandzorg gehuisvest, er werkt een tandarts die al zeer veel initiatieven heeft ontplooid op het terrein van voorlichting aan migranten, er werken mondhygiënist, één van de consultatiebureaus binnen de Schilderswijk is er gevestigd en er is een schoolartsenteam van de JGZ.

Het feit dat in Den Haag vanuit de afdeling GVO en JTZ van de GGD en vanuit het Haags Kruiswerk al aandacht voor dit onderwerp bestond en er al incidentele activiteiten werden ontplooid, was

aanleiding voor het organiseren van een bijeenkomst waar over een gezamenlijke aanpak kon worden gesproken. Dat gesprek heeft op 20 maart 1992 plaatsgevonden.

Om over één en ander nadere informatie te verkrijgen is aan drs. G.H. Verrips, onderzoeker bij de afdeling Jeugd en Gezondheid van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO, met een ruime onderzoekservaring op het gebied van tandheelkundige epidemiologie, gevraagd bij deze bijeenkomst aanwezig te zijn. Op deze bijeenkomst is afgesproken dat door de directeur van het Gezondheidscentrum samen met drs. Verrips een uitwerking voor een gezamenlijk project zou worden opgesteld. De nu voorliggende notitie is besproken met de betrokkenen en op basis van het commentaar bijgesteld.

## 2 Knelpunten bij voorlichting aan migranten

De komende jaren zal rekening gehouden moeten worden met het feit dat het spreken en begrijpen van het Nederlands een probleem zal blijven voor Turkse en Marokkaanse ouders die in Nederland verblijven. Dat heeft veel te maken met het feit dat Marokkaanse en Turkse jongens en meisjes vaak trouwen met landgenoten die wonen in Marokko en Turkije. Na het huwelijk vestigt men zich in Nederland. De partner heeft geen kennis van de Nederlandse taal. De situatie zoals die door Gründemann (10) is beschreven over knelpunten in de gezondheidszorg zijn dan ook nog niet uit de wereld. Ook de voorlichting zal de komende tijd hiermee geconfronteerd worden.

De afgelopen jaren is bijzonder veel energie gestoken in het beschikbaar stellen van schriftelijk voorlichtingsmateriaal op velerlei terreinen in de 'eigen' taal. Veel brochures verschenen in het Turks en Arabisch. Probleem daarbij was dat veel Turkse en Marokkaanse vrouwen analfabeet zijn. Bovendien bestaat het Berber, de spreektaal van veel hier verblijvende Marokkanen niet als geschreven taal. Het spreekt dan ook voor zich dat de mogelijkheden van mondelinge boodschappen nader zijn geëxploreerd. Vanuit efficiency-overweging is daarbij vooral nagegaan hoe groepsgewijs mondelinge voorlichting kon worden uitgevoerd. De praktijk is echter dat de opkomst bij dergelijke bijeenkomsten -om wat voor reden dan ook- vaak achterblijft bij de verwachtingen. Een groot deel van de Turkse en Marokkaanse vrouwen komt niet vaak de deur uit. Deze vrouwen participeren nauwelijks in de Nederlandse samenleving. Een ander deel maakt slechts gebruik van diensten van 'meiden- en vrouwenwerk' dat vanuit de eigen culturele groepering is opgezet. Van deze structuur wordt soms gebruik gemaakt om deze laatste groep met voorlichting te bereiken.

Er is echter een voorziening waarvan kan worden vastgesteld dat de participatie van buitenlanders bijzonder hoog is: het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters. Uit onderzoek is gebleken dat het consultatiebureau massaal door hen wordt bezocht (11). In het algemeen blijkt daar dat Turkse en Marokkaanse vrouwen bijzonder geïnteresseerd zijn in informatie over gezondheid. De ervaring die de laatste jaren door de fysiotherapeuten van het Gezondheidscentrum Nieuw Schilderswijk zijn opgedaan met ontspanningsgroepen voor Turkse en Marokkaanse vrouwen vormen daarvoor een duidelijke aanwijzing.

### 3      Varianten van TGVO

Eén van de knelpunten die bij het nadenken over de problematiek naar voren is gekomen, ligt op het punt van voorlichtingsvormen die zouden moeten worden gehanteerd. Ons stond voor ogen dat op basis van een project rond mond- en tandzorg voor Turkse en Marokkaanse kinderen bij voorkeur ook een uitspraak over de effectiviteit van onderscheiden vormen van TGVO gedaan zou kunnen worden. Dergelijke uitspraken zouden immers ook van grote betekenis kunnen zijn voor GVO-activiteiten aan deze doelgroep op andere terreinen. Bij TGVO is het een belangrijk voordeel dat effecten betrekkelijk eenvoudig meetbaar zijn. Er is meer vast te stellen dan gerapporteerd gedrag: poetsgewoonten bijvoorbeeld kunnen worden vastgesteld op basis van plaquebepalingen; poetsgedrag en fluorideconsumptie op basis van cariësmetingen.

#### **Individuele TGVO versus groeps-TGVO**

Het ligt voor de hand bij de keuze van TGVO-varianten rekening te houden met de hierboven gesignaleerde knelpunten. De randvoorwaarde van mondelinge communicatie is echter evident. Binnen mondelinge communicatie van voorlichtingsboodschappen kan een onderscheid gemaakt worden tussen individuele en groepsgewijze varianten. Beide hebben hun voordelen. Individuele voorlichting is, zo lijkt het, voorbehouden aan inbedding binnen de consultatiebureaupraktijk. Voor een aantal thema's van voorlichting is een individuele benadering voor de hand liggend.

Thema's die relevant zijn voor de situatie waarin ouders met jonge kinderen verkeren, adviezen op het terrein van voeding en opvoeding bijvoorbeeld kunnen hier worden gegeven. Voordelen van individuele voorlichting op consultatiebureaus kunnen zijn: doelgroep is in totaliteit beschikbaar, onderwerp is probleemloos en vanzelfsprekend aan de orde te stellen, kracht van 'face to face' boodschappen door 'professionals'. Voordelen van groepsvoorlichting zijn onder meer: meer tijd beschikbaar, mogelijkheden voor multi-mediale aanpak, efficiency. Indien de groepsvoorlichting direct

volgt op een individueel consult op het consultatiebureau is de participatie bijzonder groot, zo leert de ervaring onder andere op het consultatiebureau in de Draaistraat.

### **Wijkverpleegkundigen versus migrantenvoorlichtsters**

In Den Haag zijn, evenals in een aantal andere grote steden, zogenaamde 'kadervrouwen' opgeleid. Het betreft hier vrouwen afkomstig uit de gesignaleerde doelgroepen, die opgeleid zijn om voorlichtingswerkzaamheden te verrichten. De verwachting is dat dergelijke vrouwen effectieve voorlichtsters zijn. Dat geldt evenzeer voor migrantenvrouwen, die een opleiding volgen aan de Lena de Graafschool. Zij hebben immers dezelfde etnisch-culturele achtergrond als de doelgroep en zij spreken dezelfde taal. De acceptatie van voorlichtingsboodschappen zou daardoor mogelijk vergroot kunnen worden. Anderzijds kan worden gargumenteerd, dat Nederlandse wijkverpleegkundigen, bijgestaan door een tolk, effectievere voorlichtsters zijn, gezien hun professionele status. De voordelen van beide varianten zouden gecombineerd kunnen worden door binnen de eerstelijns gezondheidszorg personeel aan te nemen dat uit deze groepen zelf is gerecruteerd. Op dit moment moet worden geconstateerd dat Turkse en Marokkaanse meisjes en vrouwen zich nog maar mondjesmaat voorbereiden op een werkring in de gezondheidszorg. Het Gezondheidscentrum Nieuw Schilderswijk, dat al geruime tijd poogt medewerkers te werven voor de huisartsenpraktijk, receptie en fysiotherapie is er niet in geslaagd personeel met een dergelijke achtergrond in dienst te nemen. Wel worden er stageplaatsen aangeboden aan en geaccepteerd door deze doelgroep.

Er is in dit project gekozen voor een uitwerking waarbij zowel de individuele als de groepsgewijze TGVO wordt aangeboden door wijkverpleegkundigen én migrantenvoorlichtsters. De groepsgewijze TGVO zal worden gegeven door 'kadervrouwen'. Ten behoeve van de individuele voorlichting worden de mogelijkheden onderzocht leerlingen van de Lena de Graafschool voor een periode van een jaar een werkervaringsplaats aan te bieden bij het Gezondheidscentrum Nieuw Schilderswijk. Deze leerlingen zullen, na een intensieve training worden gedetacheerd bij de consultatiebureaus waar de betreffende varianten worden uitgevoerd.

Het is onze verwachting dat, zeker lokaal, veel publiciteit aan dit project gegeven kan worden. De hoop bestaat dat hierdoor de goede kansen op de arbeidsmarkt binnen de gezondheidszorg voor vrouwen uit de migrantengroepen onder de aandacht kunnen worden gebracht.

## Methodieken

De te hanteren TGVO-methodieken worden ontwikkeld in samenwerking met de afdeling GVO en de afdeling JTZ van de GGD, de divisie ouder- en kindzorg van het Haags Kruiswerk, de tandarts van het Gezondheidscentrum Nieuw Schilderswijk.

Tevens dient overleg plaats te vinden met de Lena de Graafschool voor volwassenen-educatie in Den Haag, met het Ivoren Kruis, met het Landelijk Centrum GVO in Utrecht en de Haagse Ziekenfondsen.

Ten behoeve van de methodiekontwikkeling zal geïnventariseerd worden wat elders in het land op het gebied van TGVO voor migrantengroepen wordt gebruikt of wordt ontwikkeld.

## 4 Het werkplan

TGVO-varianten - Het ligt in de bedoeling in Den Haag een kleinschalig TGVO-experiment te starten. Van vier TGVO-varianten zal het verschil in effect bepaald worden:

1. Individuele voorlichting door een wijkverpleegkundige
2. Groepsvoorlichtingsbijeenkomsten, begeleid door een wijkverpleegkundige
3. Individuele voorlichting door een migrantenvoorlichtster
4. Groepsvoorlichtingsbijeenkomsten, begeleid door een migrantenvoorlichtster

Vier consultatiebureaus in de Haagse Schilderswijk worden benaderd met de vraag één van de varianten van TGVO uit te voeren. Methodiek en inhoud van elk van de varianten zullen samen met de betrokken bureaus worden ontwikkeld en nauwkeurig vastgelegd in een draaiboek. De te behandelen thematiek wordt toegesneden op de specifieke kenmerken en behoeften van de Turkse en Marokkaanse ouders. De TGVO is er in elke variant op gericht ouderlijk gedrag ter preventie van tandcariës te stimuleren. Daarbij is een belangrijk doel het vergroten van het aantal ouders dat vanaf het eerste levensjaar van het kind minstens tweemaal per dag de tanden van het kind met fluoridetandpasta poetst. Ander gedrag dat gestimuleerd wordt is onder meer regelmatig toezicht van de ouders zodra het kind zelf poets, dagelijks gebruik van fluoridetabletten, gezonde voedingsgewoonten en tandartsbezoek. De voorlichting aan de ouders dient te starten als het kind 6 maanden oud is. Aan de hand van de onderzoeksuitkomsten zal vastgesteld worden welke TGVO-variant de beste resultaten biedt. Het draaiboek dat deze variant beschrijft kan in Den Haag, maar wellicht ook landelijk, geïmplementeerd worden.

Onderzoeksopzet - Het onderzoek bestaat uit een proces- en een product-evaluatie van de vier TGVO-varianten. De onderzoekspopulatie bestaat uit Haagse ouders die uit Turkije of Marokko afkomstig zijn en een kind hebben dat geboren is tussen 1-04-92 en 1-04-93. Naar schatting worden in Den Haag jaarlijks ongeveer 1500 kinderen van Turkse of Marokkaanse ouders geboren. Uit deze populatie wordt een steekproef (n=240) samengesteld die bestaat uit ouders die één van de vier consultatiebureaus bezoeken. Naar verwachting gaat het hier om 60 vrouwen per centrum. Het onderzoek beslaat drie fasen: I Voormeting; II Uitvoering TGVO-varianten; III: Nameting. In fase I wordt bij de gehele steekproef (N=180) bij wijze van voormeting een interview afgenomen, waarin wordt gevraagd naar relevante achtergrondgegevens, het huidige tandheelkundig preventief gedrag en kennis van preventie van tandziekten. De interviews worden afgenomen door een vrouw die de moedertaal van de respondent beheerst.

In fase II worden de TGVO-varianten uitgevoerd. Tijdens deze fase wordt in het kader van een procesevaluatie aan de hand van een gestructureerd observatieformulier gescoord in hoeverre de varianten volgens het draaiboek verlopen en tevens hoe één en ander procesmatig verloopt (mate van participatie, betrokkenheid, actie, mediagebruik etc.).

In fase III wordt bij de steekproef een nameting uitgevoerd. Deze nameting bestaat uit een gebitsonderzoek en een gedragswetenschappelijk onderzoek. Het gebitsonderzoek behelst een bepaling van de hoeveelheid tandplaque en de hoeveelheid gebitselementen die door cariës zijn aangetast. Het gedragswetenschappelijk onderzoek bestaat uit dezelfde enquête die bij de voormeting werd afgenomen.

De gekozen onderzoeksopzet maakt het mogelijk valide uitspraken te doen over verschillen in effect van de TGVO-varianten. Een mogelijke bedreiging voor de interne validiteit van het onderzoek wordt slechts gevormd door het feit, dat de ouders niet op toevalsbasis aan de onderscheiden varianten worden toegewezen. Dit probleem kan worden ondervangen door in de voormeting de mogelijke selectievariabelen te meten, waarna voor eventuele selectie gecorrigeerd kan worden. In het onderzoeksontwerp is hierin voorzien. De enquêtegegevens verkregen in de voormeting maken het mogelijk na te gaan in hoeverre sprake is van selectieve participatie aan de varianten. Vergelijking van de enquêtegegevens van voor- en nameting geeft inzicht in veranderingen in kennis en gedrag in elk van de vier varianten. Door de gebitsgegevens, verzameld in de nameting, in de onderscheiden varianten met elkaar te vergelijken ontstaat een beeld van de verschillen in de effecten van elke variant. De procesevaluatie tenslotte maakt het mogelijk na te gaan welke verbeteringen in de draaiboeken aangebracht kunnen worden.

Fasering- Fase I (01-10-93 tot 01-10-94) voormeting; Fase II (01-10-93 tot 01-04-97) uitvoering varianten; Fase III (01-04-96 tot 01-04-97) nameting; Fase IV (01-04-97 tot 01-12-97) analyse en rapportage.

#### Literatuur

1. Bergink A.H. Cariës bij inheemse en uitheemse kleuters. Voeding1981; 42: 72-75.
2. Bergink A.H. De gebitstoestand van inheemse en uitheemse kleuters. Tijdschr Kinder-geneesk 1983; 51: 129-34.
3. Truin G.J., König K.G., Ruiken H.M.H.M., Van Alphen F., Roeters J. Tandcariës, gingivitis en glazuurafwijkingen bij inheemse en uitheemse 8-jarige Haagse schoolkinderen. Ned Tijdschr Tandheelk 1984; 91: 298-304.
4. Truin G.J., König K.G., Ruiken H.M.H.M., Vogels A.L.M., Elvers J.W.H. Tandcariës en gingivitis bij Haagse schoolkinderen. Ned Tijdschr Tandheelk 1986; 93: 270-5.
5. Truin G.J., König K.G., De Vries H.C.B, Mulder J, Plasschaert A.J.M. Tandcariës bij vijf- en zevenjarige Haagse schoolkinderen. Ned Tijdschr Tandheelk 1991; 98: 492-5.
6. Bergink A.H. Cariës bij kleuters in een Haags schoolartsrayon 1969-'84. Epidemiol Bul Grav 1985; 20: 20-9.
7. Bergink A.H., Reuser J.A.M. Cariës bij Nederlandse, Hindoestaanse, Marokkaanse en Turkse kleuters: verslag van een onderzoek in een Haags schoolrayon 1984-1989. Epidemiol Bul Grav 1990; 2: 20-5.
8. Westerhof H. Gebitsgezondheid van 12-16-jarigen: onderzoek bij deelnemers van de Haagse jeugdtandzorg. Epidemiol Bul Grav 1990; 2: 26-32.
9. Verrips G.H., Frencken J.E., Kalsbeek H., Filedt Kok-Wimar T.L. Mondgezondheid van Amsterdammertjes. Leiden: NIPG/TNO, 1990.
10. Kuiper C.M., Schlesinger-Was E.A., Vaandrager G.J. Preventieve gezondheidszorg voor kinderen van migranten. Leiden: NIPG/TNO, 1985.
11. Gründemann R.W.M. Migranten, gezondheid en contacten met de Nederlandse gezondheidszorg. Leiden NIPG/TNO, 1985.





## **2. Tandheelkundig preventief gedrag van Turkse en Marokkaanse ouders in Den Haag**

E Brugman, GH Verrips, MJ Danz, H Kalsbeek

Tandheelkundig preventief gedrag van Turkse en Marokkaanse ouders in Den Haag

Epidemiologisch Bulletin 1997;1:26-32.



# Tandheelkundig preventief gedrag van Turkse en Marokkaanse ouders in Den Haag

Mw. E. Brugman, G.H. Verrips, dr. M.J. Danz en H. Kalsbeek

**Tandcariës bij kinderen van Turkse of Marokkaanse afkomst doet zich veel vaker voor dan bij Nederlandse of Surinaamse kinderen. Het gaat echter om tal van redenen niet aan de Turkse en Marokkaanse groep als één geheel te beschouwen. Daarom is onderzoek verricht naar een mogelijk verschil in tandheelkundig preventief gedrag tussen ouders in beide groepen. En dat verschil is er. Marokkaanse moeders ontlenen hun kennis omtrent gebitsverzorging aan de tandarts, Turkse moeders aan hun ouders. Bij laatstgenoemden valt de 'meeste winst te halen': slechts een derde poetst twee keer per dag de tanden van hun kind.**

<sup>1)</sup> Dit onderzoek werd uitgevoerd door TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) en de Stichting Haagse Gezondheidscentra in Den Haag, met financiële ondersteuning van Ziekenfonds AZIVO, Gemeente Den Haag (project Sociale Integratie Stationsbuurt en fonds Sociale Vernieuwing) en Stichting Schiefbaan Hovius.

Uit diverse onderzoeken is naar voren gekomen dat de prevalentie van tandcariës bij kinderen van Turkse en Marokkaanse ouders veel hoger is dan bij kinderen van Nederlandse of Surinaamse ouders (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9). Zo stelden Frencken e.a. in 1992 vast dat Turkse en Marokkaanse 5-jarige kleuters gemiddeld meer dan tweemaal zoveel cariëslaesies hadden dan hun Nederlandse en Surinaamse/Antilliaanse leeftijdsgenoten (3). Van de Turkse en Marokkaanse kleuters was gemiddeld 26% cariësvrij, tegenover 55% van de Nederlandse en Surinaamse/Antilliaanse kinderen. De oorzaken voor deze verschillen in mondgezondheid zijn bekend: Turkse en Marokkaanse kinderen poetsen minder vaak en minder adequaat hun tanden, ze beginnen pas op latere leeftijd met tandenpoetsen en gaan minder vaak naar de tandarts (2)(4)(6). Bovendien gebruiken ze minder vaak fluoridetabjetjes en frequenter een zuigfles met zoete inhoud dan kinderen van Nederlandse ouders.

Uit de geciteerde literatuur wordt niet geheel duidelijk in hoeverre Turkse en Marokkaanse groepen van elkaar verschillen uit een oogpunt van *tandheelkundig preventief gedrag*. Er is vaak op gewezen dat een visie op etnische groepen als geïsoleerd, statisch en homogeen geen recht doet aan de sociale werkelijkheid: Turken en Marokkanen mogen daarom niet als één groep worden bekeken (10)(11)(12)(13).

Het doel van het onderhavige onderzoek <sup>1)</sup> was na te gaan in hoeverre het tandheelkundig preventieve

---

#### Over de auteurs:

Mw. E. Brugman, psycholoog, dr. G.H. Verrips, psycholoog/epidemioloog, beiden werkzaam bij TNO, Preventie en Gezondheid, divisie Collectieve Preventie in Leiden, dr. M.J. Danz, psycholoog, werkzaam bij de Stichting Haagse Gezondheidscentra en dr. H. Kalsbeek, tandarts/epidemioloog, eveneens werkzaam bij TNO, Preventie en Gezondheid, divisie Collectieve Preventie in Leiden.

gedrag van Turkse ouders verschilt van dat van Marokkaanse ouders in Den Haag. Het onderzoek vormde de beginmeting van een Tandzorgproject in Den Haag. Dit project was erop gericht te achterhalen welke vorm van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (tgvo) het meest aanslaat bij Turkse en Marokkaanse ouders.

### **Methode**

Doelgroep van het project waren Haagse ouders die uit Turkije of Marokko afkomstig zijn en een baby hadden die circa zes maanden oud was. Het onderzoek vond plaats bij vier consultatiebureaus in de Haagse Schilderswijk. Er werd naar gestreefd om tenminste 160 Turkse en 160 Marokkaanse ouders aan het onderzoek te laten deelnemen. Zodra een kind zes maanden oud was en het consultatiebureau bezocht, heeft de wijkverpleegkundige de moeder gevraagd of ze aan het onderzoek wilde meewerken. Van oktober 1994 t/m september 1995 is bij de Turkse en Marokkaanse moeders op het consultatiebureau of thuis een vragenlijst afgenomen door een vrouw die de moedertaal van de respondent beheerste. De twee interviewsters zijn vooraf goed ge-

ïnstreueerd door de onderzoekers met betrekking tot het gestandaardiseerd afnemen van de vragenlijst.

De vragenlijst bevatte vragen over tandheelkundig preventief gedrag en relevante achtergrondkenmerken. De volgende variabelen werden gemeten:

- het gebruik van fluoridetabletten door de baby;
- het gebruik van een zuigflesje in bed door de baby, de inhoud van het zuigflesje en de reden om het zuigflesje te geven;
- de frequentie van tandartsbezoek moeder;
- de frequentie van tandenpoetsen moeder;
- bronnen van informatie over mondzorg.

Indien de moeder nog een tweede (ouder) kind had naast de baby, zijn de volgende variabelen eveneens gemeten:

- de frequentie van tandenpoetsen door de moeder bij het oudere kind;
- de leeftijd van het oudere kind waarop de moeder is gestart met poetsen.

De volgende achtergrondkenmerken zijn gevraagd: land van geboorte van de moeder en haar partner, plaats waar de moeder is opgegroeid (platteland,

### **tabel 1**

*Achtergrondkenmerken van de moeders naar land van herkomst. Den Haag, 1994 - 1995.*

Achtergrondkenmerk	Turks (N=170) %	Marokkaans (N=153) %
<i>Urbanisatiegraad geboorteplaats (***)</i>		
Platteland	52	3
Kleine stad	19	76
Grote stad	29	21
<i>Aantal jaren in Nederland (**)</i>		
0 - 3 jaar	18	10
3 - 5 jaar	28	18
5 - 10 jaar	24	37
10 jaar of langer	30	35
<i>Beheersing van de Nederlandse taal</i>		
Niet of slecht	54	53
Redelijk of goed	46	47
<i>Genoten opleiding</i>		
Geen opleiding/lagere school	83	81
Voortgezet onderwijs	17	19

\*\* ) Significant verschil  $p < 0.01$ ; \*\*\* ) Significant verschil  $p < 0.001$  (Chi-kwadraat toets)

tabel 2

Tandheelkundig preventief gedrag van de moeders naar land van herkomst. Den Haag 1994-1995.

Preventief gedrag	Sign.	Turks (N=170) %	Marokkaans (N=153) %
<i>Gebruik fluoridetabletten door baby</i>			
Nee		51	53
Ja		49	47
<i>Gebruik zuigflesje door baby</i>			
	****)		
Nooit		47	71
Soms		8	9
Vaak of altijd		45	20
<i>Tandartsbezoek moeder</i>			
	*)		
< 2 keer per jaar		31	20
2 keer per jaar		69	80
<i>Frequentie poetsen moeder</i>			
	****)		
< 2 keer per dag		55	18
2 keer per dag of vaker		45	82
<i>Frequentie poetsen moeder bij ouder kind <sup>1)</sup></i>			
	****)		
< 2 keer per dag		67	37
2 keer per dag of vaker		33	63
<i>Leeftijd ouder kind bij start poetsen door moeder <sup>2)</sup></i>			
	***)		
1 jaar		17	37
2 jaar		45	35
3 jaar		29	16
4 jaar en ouder		9	12

\*)  $p < 0.05$ ; \*\*\*)  $p < 0.001$ ; \*\*\*\*)  $p < 0.0001$  ( Chi-kwadraat toets)<sup>1)</sup> Alleen moeders met ten minste 1 ouder kind (Turkse moeders: N=107; Marokkaanse moeders: N=102)<sup>2)</sup> Alleen moeders die wel eens tanden poetsen van het oudere kind (Turkse moeders: N=102; Marokkaanse moeders: N=89)

kleine stad, grote stad), het aantal jaren dat de moeder in Nederland woont, de mate van spreken, lezen en verstaan van de Nederlandse taal (niet, slecht, redelijk, goed) en de genoten opleiding in het geboorteland en in Nederland (geen opleiding, lagere school, voortgezet onderwijs).

Bij het analyseren van de gegevens zijn p-waarden kleiner dan 0,05 als statistisch significant beschouwd. Door ontbrekende antwoorden kunnen de aantallen respondenten per variabele verschillen.

## Resultaten

### Respondenten

De vragenlijst over tandheelkundig preventief gedrag is in totaal bij 323 moeders afgenomen. Van hen

waren 170 vrouwen van Turkse en 153 van Marokkaanse herkomst. Twee moeders waren in Nederland geboren en hun partner in Turkije of Marokko.

Er zijn een aantal verschillen in demografische kenmerken tussen de Turkse en Marokkaanse moeders uit de onderzoeksgroep (tabel 1). Van de Turkse moeders was 52% op het platteland opgegroeid en van de Marokkaanse moeders slechts 3%. Meer Turkse moeders woonden korter dan vijf jaar in Nederland (46%) dan Marokkaanse moeders (28%). Er was geen verschil tussen de Turkse en Marokkaanse moeders in de beheersing van de Nederlandse taal. Bijna de helft van de Turkse en Marokkaanse moeders beheerste de Nederlandse taal redelijk tot goed. Evenveel Turkse als Marokkaanse

moeders hadden voortgezet onderwijs genoten.

#### *Fluoridegebruik en zuigflesgebruik*

Bijna de helft van de Turkse en van de Marokkaanse moeders gaf hun baby één fluoridetabjet per dag (tabel 2). Slechts één moeder zei haar baby twee fluoridetabletten per dag te geven. Meer Turkse moeders gaven hun baby een zuigflesje mee naar bed (53%) dan Marokkaanse moeders (29%). De inhoud van het zuigflesje betrof bijna altijd een melkproduct (bijvoorbeeld Nutrilon of Almiron). De belangrijkste redenen die werden genoemd om de baby een zuigflesje te geven zijn 'om in te slapen' (29%), 'tegen honger of dorst' (24%) en 'tegen huilen' (22%).

#### *Tandartsbezoek en tanden poetsen*

Uit tabel 2 blijkt dat meer Marokkaanse dan Turkse moeders rapporteerden twee keer per jaar de tandarts te bezoeken. Ook poetsten meer Marokkaanse moeders tweemaal daags hun tanden. Bij 209 moeders was er naast de baby nog een ouder kind in het gezin aanwezig. Net als bij het eigen poetsgedrag poetsten meer Marokkaanse dan Turkse moeders de tanden van hun kind tweemaal daags of vaker. Vergeleken met Turkse moeders waren Marokkaanse moeders ook eerder begonnen met het tandenpoetsen van hun kind.

#### *Informatie over mondzorg*

Informatie over mondzorg verkregen de meeste Turkse moeders van hun ouders (42%), of op school (35%). Sommigen wisten het niet meer (28%). Zeven procent van de Turkse moeders had de informatie van de televisie en 1% van de tandarts. Marokkaanse moeders hadden de informatie meestal van de tandarts (42%), van school (18%), van de televisie (14%) of van hun ouders (11%).

#### *Optimaal gedrag*

Uit het bovenstaande blijkt dat Turkse en Marokkaanse moeders op een aantal punten verschillen in tandheelkundig preventief gedrag. Dit kan echter samenhangen met andere achtergrondkenmerken, zoals het aantal jaren dat men in Nederland woont. Daarom is gekeken welke achtergrondkenmerken er significant zijn gerelateerd aan tandheelkundig preventief gedrag van de moeder, nadat gecorrigeerd is voor de overige achtergrondkenmerken.

Hiertoe is een variabele 'optimaal gedrag' gemaakt, als indicatie van tandheelkundig preventief gedrag. De variabele bestaat uit een optelling van een viertal preventieve gedragingen, namelijk dagelijks fluoridetabletten geven aan de baby, geen zuigflesje gebruiken bij het naar bed gaan van de baby, tweemaal jaarlijks de tandarts bezoeken en tweemaal daags de

### **tabel 3**

*'Optimaal gedrag' (frequentie, gemiddelde en de standaardafwijking) bij moeders ingedeeld naar diverse achtergrondkenmerken. Den Haag, 1994 - 1995.*

Achtergrondkenmerken	Aantal	Gemiddelde	Standaardafwijking
<i>Etniciteit</i>			
Turks	170	1,93	1,01
Marokkaans	153	2,59	1,00
<i>Aantal jaren in Nederland</i>			
0 - 3 jaar	46	1,85	0,92
3 - 5 jaar	76	2,13	1,19
5 - 10 jaar	96	2,23	1,04
10 jaar of langer	105	2,51	0,96
<i>Beheersing van de Nederlandse taal</i>			
Niet of slecht	173	2,05	1,08
Redelijk of goed	150	2,46	0,99
<i>Genoten opleiding</i>			
Geen opleiding/lagere school	265	2,17	1,08
Voortgezet onderwijs	58	2,57	0,88

**tabel 4**

*Samenhang van de diverse achtergrondkenmerken met het zogenoemde 'optimale gedrag' (uitkomsten gebaseerd op een multiple regressie-analyse<sup>a)</sup>). Den Haag, 1994 - 1995.*

Achtergrondkenmerk	Ongestandaardiseerde regressie-coëfficiënt $\beta$ <sup>b)</sup>	Betrouwbaarheidsinterval (95%)	p-waarde
Etniciteit	0,62	0,43 - 0,67	0,00
Opleiding	0,29	0,99 - 1,79	0,06
Taalbeheersing	0,23	0,98 - 1,63	0,08
Aantal jaren in Nederland	0,11	0,99 - 1,25	0,08

<sup>a)</sup> Multiple R 0.39; R Square 0.14; Standard Error 0.98.

<sup>b)</sup> De regressiecoëfficiënt ( $\beta$ ) ofwel de hellingshoek (gradiënt) van de regressielijn is een maat voor de sterkte waarmee, in dit geval, het 'optimale gedrag' toeneemt ( $\beta$  heeft een positieve waarde) of afneemt ( $\beta$  heeft een negatieve waarde) gerelateerd aan de verandering in één van de achtergrondkenmerken. Ze geeft de verandering van het 'optimale gedrag' weer wanneer het desbetreffende achtergrondkenmerk met één eenheid toeneemt, terwijl de invloed van de overige achtergrondkenmerken constant worden gehouden.

tanden poetsen (minimale waarde 0, maximale waarde 4; voor de totale groep was het gemiddelde 2.24 en de standaardafwijking 1,06). Een hoge score op deze variabele geeft aan dat men meer tandheelkundig preventief gedrag vertoont.

In tabel 3 staan eerst de achtergrondkenmerken weergegeven die (ongecorrigeerd) een significante relatie hebben met 'optimaal gedrag'. De urbanisatiegraad van de geboorteplaats hing niet samen met 'optimaal gedrag' en is daarom uit de tabel weggelaten. Er bestond een redelijk sterke samenhang tussen het aantal jaren dat de moeder in Nederland woonde en de mate van beheersing van de Nederlandse taal van de moeder ( $r=0.50$  \*).

In tabel 4 staan vervolgens de gecorrigeerde resultaten weergegeven. Hieruit blijkt dat alleen etniciteit significant was gerelateerd aan 'optimaal gedrag'. Marokkaanse moeders scoorden gemiddeld 0.62 hoger op deze variabele dan Turkse moeders, ongeacht opleiding, taalbeheersing of het aantal jaren dat men in Nederland woont. Daarnaast was een trend zichtbaar dat moeders die voortgezet onderwijs gevolgd hadden, moeders die de Nederlandse taal beter beheersten en moeders die langer in Nederland woonden, hoger scoorden op de variabele 'optimaal gedrag'.

**Discussie**

De resultaten van deze studie laten zien dat de Marokkaanse moeders in de Schilderswijk van Den

Haag beter tandheelkundig preventief gedrag vertoonden dan Turkse moeders, ook als wordt gecontroleerd voor andere achtergrondkenmerken zoals opleiding, taalbeheersing en het aantal jaren dat men in Nederland woont. Het is niet waarschijnlijk dat de gevonden verschillen in tandheelkundig preventief gedrag het gevolg zijn van (andere) verschillen in de samenstelling van de onderzoeksgroep. Hoewel de Turkse en Marokkaanse moeders die meededen aan het Tandzorgproject mogelijk een verhoogde belangstelling hadden voor gebitsverzorging, is er geen reden om te veronderstellen dat deze selectieve deelname voor de Marokkaanse of Turkse groep verschillend is. Indien er wel sprake zou zijn van een respons-bias voor de gehele groep, dan zijn de hier gepresenteerde resultaten een overschatting van het werkelijke tandheelkundig preventieve gedrag van Turkse en Marokkaanse ouders in de Schilderswijk in Den Haag.

De kans dat de vragen over tandheelkundig preventief gedrag verkeerd zijn begrepen is heel klein, aangezien de vragenlijst is afgenomen in de eigen taal en de vragenlijst weinig verschil in interpretatie toeliet. Niettemin zou een systematische vertekening in de resultaten mogelijk kunnen zijn, doordat er slechts twee interviewsters de vragenlijst afnamen. De persoonlijkheid van de interviewster en/of de wijze van vragen kan invloed hebben gehad op wat de moeder van zich liet zien. Er is echter alles aan gedaan om dit te voorkomen. De twee interviewsters zijn vooraf goed getraind in het gestandaardiseerd

\*<sup>a)</sup>  $r$  = correlatiecoëfficiënt en drukt de mate van lineaire samenhang uit tussen de waarden van twee kenmerken. De uitkomst kan variëren van -1 tot +1. De waarde nul duidt op het ontbreken van een samenhang, terwijl -1 en +1 respectievelijk wijzen op een perfect rechtlijnig negatief dan wel positief verband. De associatie is dus sterker naarmate de correlatiecoëfficiënt dichter bij -1 en +1 ligt.

afnemen van de vragenlijst.

Onderzoek van Truin e.a. in 1993 toonde aan dat de gemiddelde dmfs-score<sup>\*)</sup> van Marokkaanse 5-jarigen hoger was dan die van Turkse kinderen (14)(15). De meeste andere onderzoeken naar verschillen in mondgezondheid bij Turkse en Marokkaanse kinderen laten echter het omgekeerde zien: meer Marokkaanse kinderen hebben een gaver gebit dan hun Turkse leeftijdsgenoten (1)(3)(16)(17). Deze verschillen in cariësexperience werden wel eens verklaard door een frequenter gebruik van suiker en tussendoortjes van Turkse kinderen (1). De hier gepresenteerde resultaten laten zien dat de verschillen ook kunnen worden verklaard door minder aandacht voor mondhygiëne van de Turkse moeders.

Hoewel verschillen tussen Turkse en Marokkaanse groeperingen in tandheelkundig preventief gedrag nooit eerder expliciet zijn onderzocht - meestal zet men deze twee groepen gezamenlijk af tegen Nederlandse en Surinaamse/Antilliaanse groeperingen - blijkt uit twee andere studies in Amsterdam evenzeer dat Turkse kinderen de meest ongunstige positie innemen (2)(18). Uit het onderzoek van Verrips e.a. in 1990 bleek dat van de Turkse ouders 30% nog nooit de tanden van hun kind had gepoetst, tegenover 16% van de Marokkaanse ouders (2). Ook waren Turkse ouders gemiddeld later begonnen met het tandenpoetsen van hun kind en werden de tanden van Turkse kinderen het minst regelmatig gepoetst. Uit een recente studie naar de samenhang tussen tandheelkundig preventief gedrag en etnische afkomst bij 1- en 3-4-jarigen in Amsterdam, worden vergelijkbare verschillen in tandheelkundig preventief gedrag gevonden (18). Beide studies vonden ook geen verschillen in het gebruik van fluoridetabletten tussen Turkse en Marokkaanse kinderen. Hoewel de hier vermelde resultaten niet eenvoudigweg kunnen worden gegeneraliseerd naar de gehele populatie Turkse en Marokkaanse ouders in Nederland, is het aannemelijk dat vergelijkbare verschillen in tandheelkundig preventief gedrag worden gevonden in andere steden.

Opmerkelijk was dat de meeste Marokkaanse moeders aangaven hun informatie over gebitsverzorging van de tandarts te hebben ontvangen, terwijl de meeste Turkse moeders deze informatie van hun eigen ouders hadden gekregen. Dit verschil kan

onvoldoende worden verklaard door het relatief kleine verschil in tandartsbezoek tussen Turkse en Marokkaanse moeders. Wellicht komt dit verschil doordat - in vergelijking tot de Marokkanen - veel meer Turkse moeders van het platteland afkomstig waren en meer Turkse moeders korter dan vijf jaar in Nederland woonden (tabel 1) en daardoor minder in de gelegenheid zijn geweest tot tandartsbezoek. In Turkije is de ratio tandarts : inwoners zeer laag, namelijk 1 : 5.000 (19). Vooral in het arme oosten van Turkije zijn amper tandartsen te vinden. Er vindt nauwelijks preventieve gebitscontrole plaats en men bezoekt vaak pas de tandarts wanneer er gebitsproblemen zijn. Dit laatste hangt waarschijnlijk samen met de slechte financiële vergoeding voor tandzorg in Turkije.

De resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat preventie-activiteiten vooral voor Turkse ouders noodzakelijk zijn. Bij hen valt de meeste preventiewinst te behalen: een derde gaat minder dan twee keer per jaar naar de tandarts, meer dan de helft van de moeder poetst minder dan twee keer per dag haar tanden, twee derde poetst minder dan tweemaal daags de tanden van hun kind, ruim een derde is pas gestart met tanden poetsen van hun oudere kind op 3-jarige leeftijd of ouder en bijna de helft van de ouders geeft hun baby regelmatig een zuigflesje mee naar bed. Dit wil niet zeggen dat er bij de Marokkaanse ouders geen voorlichting meer hoeft te worden gegeven. Het tandheelkundig preventief gedrag van Marokkaanse ouders kan immers ook nog sterk worden verbeterd.

Naar aanleiding van de resultaten van deze studie wordt aanbevolen met name Turkse ouders te stimuleren jaarlijks tweemaal de tandarts te bezoeken. te adviseren vroegtijdig met het regelmatig tandenpoetsen van hun kind te beginnen en het gebruik van een zuigflesje af te wennen.

#### Literatuur:

1. Bergink AH. Cariës bij Nederlandse, Hindoestaanse, Marokkaanse en Turkse kleuters: verslag van een onderzoek in een Haags Schoolartsrayon 1984-1989. *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25 nr. 1: 20-5.
2. Verrips GH, Filedt Kok-Weimar TL, Frencken JE, Kalsbeek H. Mondgezondheid van Amsterdammertjes. NIPG/TNO, Leiden 1990.
3. Frencken JE, Verrips GH, Kalsbeek H, Filedt Kok-Weimar TL. Mondgezondheid en etniciteit: een epidemiologisch onderzoek bij 5- en 11-jarigen in Amsterdam. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1992; 99: 404-7.
4. Nierop P van, Mandouraris K, Maas I. Hoe gezond is de

<sup>\*)</sup> dmfs-score: het gemiddelde aantal carieuze, geëxtraheerde en gevulde vlakken van de melkelementen.



- peutermond? Een onderzoek naar de gebitsstoestand van Eindhovense peuters en het preventief gedrag van de ouders met betrekking tot het gebit van hun kinderen. GGD Eindhoven en Kruisvereniging Eindhoven. Eindhoven 1992.
5. Verrips GH, Kalsbeek H, Eijkman MAJ. Ethnicity and Maternal Education as Risk Indicators for Dental Caries, and the Role of Dental Behaviour. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993a; 21: 209-14.
  6. Verrips GH, Kalsbeek H, Eijkman MAJ. Etniciteit en het besluit 'TJZ'. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1993b; 100: 445-9.
  7. Verrips GH, Kalsbeek H. Tandcariës bij kinderen uit etnische groepen in Nederland: een overzicht van de literatuur. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1993c; 100: 407-11.
  8. Zijden van der MJML. Tandbederf bij schoolkinderen: verslag van een onderzoek onder vijf-, acht- en elfjarigen in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1993; 28 nr.1: 17-24.
  9. Westerhof H, Baan-van der Zijden MJML. Gebitsgezondheid van de jeugd: een onderzoek bij 5-, 12- en 18-jarige deelnemers van de Jeugd tandzorg in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1995; 30 nr. 1: 20-5.
  10. Cruickshank JK, Beevers DG. Migration, Ethnicity, Health and Disease. In: Cruickshank JK, Beevers DG (editors). *Ethnic Factors in Health and Disease*. London: Butterworth & Co Ltd, 1989.
  11. Donaldson L, Parsons L. Asians in Britain: the Population and its Characteristics. In: McAvoy BR, Donaldson LJ (editors). *Health Care for Asians*. Oxford University Press, 1990.
  12. Helman C. Cultural Factors in Health and Illness. In: McAvoy BR, Donaldson LJ (editors). *Health Care for Asians*. Oxford University Press, 1990.
  13. Taylor C. Asians in Britain - Origins and Lifestyles. In: McAvoy BR, Donaldson LJ (editors). *Health Care for Asians*. Oxford University Press, 1990.
  14. Truin GJ, König KG, Bronkhorst EM, Mulder J. Tandcariës bij Haagse schoolkinderen: een vergelijking van de onderzoeksresultaten van 1993 met die van 1989. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1993; 100: 427-31.
  15. Truin GJ, König KG, Bronkhorst EM e.a. 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.
  16. Meulmeester JF. Voedingsonderzoek bij Turkse en Marokkaanse kinderen in Nederland. *Academisch Proefschrift*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1988.
  17. Westerhof H. Gebitsgezondheid van 12-16-jarigen: onderzoek bij deelnemers van de Haagse jeugd tandzorg. *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25: 26-32.
  18. Wal van der MF, Wensel MP, Meulmeester JF, Pauw-Plomp H. Tandheelkundig preventief gedrag bij Nederlandse, Surinaamse, Marokkaanse en Turkse kinderen van 1 en 3-4 jaar. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1996; 74: 199-203.
  19. Schuurs AHB, Verrips GH. Tandheelkunde in Turkije en Marokko. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1993; 100: 318-9.
  20. Anonymous. Avoiding Premature Coronary Deaths in Asians in Britain: spend now on Prevention or pay later for Treatment. *Br Med J* 1995; 311: 1035-6.

Vervolg van pagina 25



### **3. Dental prevention among Turkish and Moroccan parents in the Hague**

E Brugman, GH Verrips, MJ Danz, H Kalsbeek

Dental prevention among Turkish and Moroccan parents in the Hague.

Geaccepteerd door Community Dental Health



## Dental prevention among Turkish and Moroccan parents in The Hague

### Authors:

E. Brugman, psychologist <sup>1</sup>

Dr. G.H. Verrips, psychologist/epidemiologist <sup>1</sup>

Dr. M.J. Danz, psychologist <sup>2</sup>

Dr. H. Kalsbeek, dentist/epidemiologist <sup>1</sup>

1. TNO Prevention and Health, Division Public Health and Prevention, P.O. Box 2215, 2301 CE Leiden

2. The Hague Health Centres Foundation, V.d. Neerstraat 26, 2525 CS The Hague

### Correspondence:

E. Brugman

TNO Prevention and Health, P.O. Box 2215, 2301 CE Leiden

Telephone: (+31) 71 518 17 23

Fax: (+31) 71 518 19 20

E-mail: E.Brugman@pg.tno.nl

Key words: ethnicity, oral hygiene practices, dental prevention

## **Abstract**

### **Objective**

The aim of this study was to determine the extent to which dental prevention among Turkish parents differs from that among Moroccan parents in one of the large cities in The Netherlands.

### **Design**

Turkish and Moroccan mothers with a child of approximately six months old, who visited the Well Baby Clinics in the Schilderswijk area of The Hague, were asked to participate in a Dental Care Project. As part of the initial measurement of this project, 170 Turkish and 153 Moroccan mothers were interviewed at home by a woman who spoke their native languages. The interview contained questions about dental prevention, such as fluoride use, feeding bottle use, visits to the dentist, brushing, information about oral care, and about relevant background characteristics.

### **Results**

More Moroccan mothers than Turkish mothers reported that they did not use a feeding bottle for the baby, went to the dentist twice a year, brushed their own teeth at least twice a day, and started to brush their children's teeth at an early age. The Moroccan mothers were better at dental prevention than Turkish mothers, even after correction for background characteristics such as education, language skills and the number of years spent in the Netherlands.

### **Conclusions**

Therefore, ethnic groups should not be seen as a single group for dental prevention. It is recommended to encourage Turkish parents in particular to go to the dentist twice a year, to start brushing their children's teeth at an early age and to wean their children off use of a feeding bottle in bed.

## Introduction

Caries prevalence among the children of migrants in a number of Northern and Western European countries is relatively high (Holm, 1996; Marthaler *et al.*, 1996). In the three main cities of the Netherlands - Amsterdam, Rotterdam and The Hague - approximately 40% of the children have parents born in Turkey or Morocco (Statistics Netherlands, 1997). A range of Dutch studies have shown that caries prevalence among these children is much higher than among children with Dutch or Surinamese parents (Bergink, 1990; Verrips *et al.*, 1990; Frencken *et al.*, 1992; Nierop van *et al.*, 1992; Verrips *et al.*, 1993a; Verrips *et al.*, 1993b; Verrips and Kalsbeek, 1993c; Zijden van der, 1993; Westerhof and Baan-van der Zijden, 1995; Kalsbeek *et al.*, 1996). For example, Frencken *et al.* (1992) found that Turkish and Moroccan five-year olds had, on average, more than twice as many caries lesions than their Dutch and Surinamese/Antillean peers. Of the Turkish and Moroccan children, an average of 26% had no caries, as opposed to 55% of Dutch and Surinamese/Antillean children. The causes of these differences in caries prevalence are known: Turkish and Moroccan children brush their teeth less frequently and less well, they start brushing their teeth later and they see the dentist less often (Verrips *et al.*, 1990; Nierop van *et al.*, 1992; Verrips *et al.*, 1993b). In addition, they use fluoride tablets less frequently and drink sweet drinks from feeding bottles more than children with Dutch parents.

The literature does not make it entirely clear to what extent the Turkish and Moroccan groups differ in terms of dental prevention. It has often been pointed out that looking at ethnic groups as isolated, static and homogeneous units fails to do justice to social reality; Turks and Moroccans should therefore not be seen as a single group (Cruickshank and Beevers, 1989; Donaldson and Parsons, 1990; Helman, 1990; Taylor, 1990).

The aim of this study was to determine the extent to which dental prevention among Turkish parents differs from that among Moroccan parents in The Hague. The study constitutes the

initial measurement in a Dental Care Project in The Hague. The purpose of this project was to establish which form of dental hygiene information and education is most successful among Turkish and Moroccan parents.

## **Method**

The project target group consisted of parents in The Hague who were born in Turkey or Morocco with a child aged approximately six months. The study was conducted at four Well Baby Clinics in the Schilderswijk area of The Hague. In this area, over 80% of inhabitants are not indigenous. Although attendance to Well Baby Clinics is voluntary, the response rate is very high, around 96% for The Hague in 1995 (Thuiszorg Den Haag, 1995). The aim was to include at least 160 Turkish and 160 Moroccan parents in the study. As soon as a child reached the age of six months and attended the Well Baby Clinic, the district nurse asked the mother if she wished to participate.

From October 1994 to September 1995, Turkish and Moroccan mothers were interviewed at home or at the Well Baby Clinic, by women who spoke the native languages of the respondents. The two interviewers were thoroughly instructed by the researchers beforehand about the standardised completion of the interview.

The questionnaire contained questions about dental prevention and relevant background characteristics. The following variables were measured:

- the use of fluoride tablets for the baby (no, yes);
- the use of a feeding bottle in bed (never, sometimes, often or always), the content of the feeding bottle (open ended question) and the reason for giving it to the baby (9 options given, for example 'to get to sleep');
- the frequency of visits to the dentist by the mother herself (never, only when in pain, once a year, twice a year);



- the frequency of brushing by the mother herself (never, sometimes but not every day, once a day, twice a day or more);
- sources of information about oral care (13 options given, for example parents, television).

If there was a second (older) child, the following variables were also measured:

- the frequency with which the mother brushed the teeth of the older child (never, sometimes but not every day, once a day, twice a day or more);
- the age of the older child when the mother started brushing its teeth (open ended question).

The following background characteristics were established: country of birth of the mother and her partner, area where mother grew up (country, small town, city), the number of years the mother had been resident in the Netherlands, the degree of mastery of the Dutch language in terms of speaking, reading and comprehension (none, poor, reasonable, good) and education in the country of birth and in the Netherlands (no education, primary school, secondary school).

### **Statistical analysis**

Differences in the distribution of ordinal variables were examined for significance using the  $X^2$ -test. P values less than 0.05 were considered to be statistically significant. Due to unanswered questions, the number of respondents can differ per variable.

In order to obtain an understanding of dental prevention among the mothers, a variable was created under the name 'optimal prevention'. The variable consists of a sum of four dichotomous preventive strategies: visiting the dentist twice a year, brushing teeth twice a day, giving the baby fluoride tablets daily and not using feeding bottles before the baby goes to bed (minimum value 0, maximum value 4,  $\bar{x}$  = 2.24, sd = 1.06).

Bivariate variance analysis was used to determine whether there was a statistically significant relation between the background variables and the 'optimal prevention' variable. In order to establish

the extent of the relations between the background variables, rank correlation coefficients were calculated. Using multiple regression analysis, the link was then examined between the dependent variable 'optimal prevention' and the independent background variables. The beta coefficients show the increase in the value of the dependent variable when the independent variable in question increases by one unit and the influence of all other independent variables is kept constant.

## **Results**

### Respondents

The dental prevention questionnaire was completed by a total of 323 mothers. 170 of them were of Turkish, and 153 of Moroccan origin. Two mothers were born in the Netherlands and their partners in Turkey and Morocco.

There are a number of differences between the demographic characteristics of the Turkish and Moroccan mothers in the study group (table 1). Of the Turkish mothers, 52% had grown up in rural areas, as opposed to only 3% of the Moroccan mothers. More Turkish mothers (46%) than Moroccan mothers (28%) had been in the Netherlands for less than 5 years. There was no difference between the Turkish and Moroccan mothers in terms of their mastery of Dutch. Almost half of the Turkish and Moroccan mothers had a reasonable or good mastery of Dutch. Equal percentages of Turkish and Moroccan mothers had received secondary education.

### Fluoride use and feeding bottle use

Almost half of the Turkish and Moroccan mothers reported that they gave their baby one fluoride tablet a day (table 2). Only one mother said that she gave her baby two fluoride tablets a day.

More Turkish mothers (53%) than Moroccan mothers (29%) gave their baby a feeding bottle in bed. In almost all cases, the feeding bottle contained baby milk.

The main reasons stated for giving the baby a feeding bottle were 'to get to sleep' (29%), 'hunger or thirst' (24%) and 'crying' (22%).

#### Visits to the dentist and brushing

Table 2 shows that more Moroccan mothers than Turkish mothers went to the dentist twice a year and more Moroccan mothers brushed their teeth twice a day. 209 mothers had older children in addition to the baby. As with themselves, more Moroccan mothers than Turkish mothers reported brushing their children's teeth twice a day or more. Compared to Turkish mothers, Moroccan mothers also started brushing their children's teeth earlier.

#### Information about oral care

Most Turkish mothers had been given information about oral care by their parents (42%) or at school (35%). Some were no longer sure (28%). Seven percent of the Turkish mothers reported that they had obtained the information from television and 1% from the dentist. Moroccan mothers generally obtained the information from the dentist (42%), school (18%), television (14%) or their parents (11%).

#### Optimal prevention

Table 3 shows the background characteristics which, after univariate analysis, are significantly related to the 'optimal prevention' variable. There was no significant correlation between urbanisation of the native area and optimal prevention and the former has therefore been omitted from the table. There was a reasonably strong link between the number of years of residence in the Netherlands and the level of mastery of Dutch ( $r=0.50$ ).

Table 4 shows the results of the multiple regression analysis. It emerges from this that only ethnicity was significantly correlated to the 'optimal prevention' variable. Moroccan mothers scored 0.62 more on average on this variable than Turkish mothers. In addition, a trend emerged showing

that mothers who had received secondary education, mothers who had a better mastery of Dutch and mothers who had been resident in the Netherlands for longer scored higher for the 'optimal prevention' variable.

## **Discussion**

The results of this study show that the Moroccan mothers in the Schilderswijk area of the Hague reported better dental prevention than Turkish mothers, even after correction for other background characteristics such as education, language skills and the number of years spent in the Netherlands. It is not probable that the differences found in dental prevention are the result of other differences in the composition of the study group. Although the Turkish and Moroccan mothers who participated in the Dental Care Project may have been more than usually interested in dental hygiene, there is no reason to assume that this selective response would be different for the Moroccan and Turkish groups. If one can speak at all of a response bias for the group as a whole, then the results presented here probably constitute an over-estimate of actual dental prevention among Turkish and Moroccan parents in the Schilderswijk area of The Hague, as the results are based on self-reported rather than actual behaviour, and the self-report may have been subject to social desirability.

The risk that the questions about dental prevention were misunderstood is very small given the fact that the interview was conducted in the respondents' native languages and that the questionnaire allowed little room for divergent interpretation. Nevertheless, a systematic distortion of the results may be possible given the fact that there were only two interviewers. The personalities of the interviewers and/or the way the questions were put may have had an influence on the responses of the mothers. However, everything possible was done to prevent this. The two interviewers received thorough training beforehand in the standardised completion of the questionnaire.

Research conducted by Truin *et al.* (1993) showed that the average dmfs-score of Moroccan five-year olds was higher than that of Turkish children. However, most other studies of differences in oral health between Turkish and Moroccan children show the opposite: more Moroccan children have healthy teeth than their Turkish peers (Meulmeester, 1988; Bergink, 1990; Westerhof, 1990; Frencken *et al.*, 1992). These differences in caries experience have sometimes been explained by a more frequent use of sugar and snacks by Turkish children (Bergink, 1990). The results presented here show that the differences may also be explained by less attention to oral hygiene from Turkish mothers.

Although differences in dental prevention in Turkish and Moroccan groups have never been examined explicitly until now - the two are usually compared as a single group with Dutch and Surinamese/Antillean groups - two previous studies in Amsterdam nevertheless demonstrated that Turkish children come off worst (Verrips *et al.*, 1990; Wal van der *et al.*, 1996). The study conducted by Verrips *et al.* (1990) showed that 30% of Turkish parents had never brushed their children's teeth, as opposed to 16% of Moroccan parents. In addition, Turkish parents started brushing their children's teeth at an older average age and Turkish children's teeth were brushed least regularly. Similar differences were found in dental prevention in a recent study of the relationship between dental prevention and ethnic origin in children aged one, three and four in Amsterdam (Wal van der *et al.*, 1996). Neither study found any difference in fluoride tablet use between Turkish and Moroccan children. Although the results stated here cannot simply be extrapolated to cover the entire population of Turkish and Moroccan parents in the Netherlands, it is reasonable to assume that comparable differences in dental prevention will be found in other cities.

A striking feature was that most Moroccan mothers stated that they received their information about dental care from dentists, while most Turkish mothers had obtained their information from their own parents. This difference cannot be adequately explained by the

relatively small difference between Turkish and Moroccan parents in visits to the dentists. It is probable that this difference results from the fact that - by comparison with the Moroccans - many more Turkish mothers came from country backgrounds and more Turkish mothers had been in the Netherlands for less than five years so that they had less opportunity to visit the dentist. In Turkey the dentist:inhabitants ratio is very low at 1:5,000 (Schuurs and Verrips, 1993). Particularly in the poor regions in the East of Turkey, there are hardly any dentists at all. There is hardly any dental prevention and people only go to a dentist when there are problems. The latter phenomenon is probably linked to the poor financial arrangements for dental care in Turkey.

The results of this study indicate that it is particularly necessary to inform Turkish parents about dental prevention. It is here that the potential for improvement is greatest. One third go to the dentist less than twice a year, more than half brush their teeth less than twice a day, two thirds brush their children's teeth less than twice a day, more than a third only start brushing their oldest children's teeth at the age of three or older and almost half of the parents regularly give their children a feeding bottle in bed. This does not mean that Moroccan parents no longer need to be targeted in information activities since there is still considerable room for improvement in dental prevention among Moroccan parents.

On the basis of the results of this study, we recommend encouraging Turkish parents in particular to go to the dentist twice a year, advising them to start brushing their children's teeth at an early age and to wean their children off the use of a feeding bottle in bed.

**Acknowledgements:** This study was conducted by TNO Prevention and Health (TNO-PG) and the The Hague Health Centres Foundation with financial assistance from the AZIVO Health Insurance Fund, the City of The Hague (Stationsbuurt Social Integration Project and Social Renewal Fund) and the Schiefbaan Hovius Foundation.

## References

- Bergink, A.H. (1990): Cariës bij Nederlandse, Hindoestaanse, Marokkaanse en Turkse kleuters: Verslag van een onderzoek in een Haags Schoolartsrayon 1984-1989. Epidemiol Bull Grav **25**, 205.
- Cruickshank, J.K. and Beevers, D.G. (1989): Migration, ethnicity, health and disease. In: Ethnic factors in health and disease, ed. Cruickshank, J.K. and Beevers, D.G.. London: Butterworth & Co Ltd.
- Donaldson, L. and Parsons, L. (1990): Asians in Britain: the population and its characteristics. In: Health care for Asians, ed. McAvoy, B.R. and Donaldson, L.J.. Oxford University Press.
- Frencken, J.E., Verrips, G.H., Kalsbeek, H. and Filedt Kok-Weimar, T.L. (1992): Mondgezondheid en etniciteit. Een epidemiologisch onderzoek bij 5- en 11-jarigen in Amsterdam. Ned Tijdschr Tandheelkd **99**, 404-407.
- Helman, C. (1990): Cultural factors in health and illness. In: Health care for Asians, McAvoy, B.R. and Donaldson, L.J.. Oxford University Press.
- Holm, A.K. (1996): Trends in coronal caries prevalence in North-west Europe. International Dental Journal **46**, 188-192.
- Kalsbeek, H., Verrips, G.H., Eijkman, M.A.J. and Kieft, J.A. (1996): Changes in caries prevalence in children and young adults of Dutch and Turkish or Moroccan origin in The Netherlands between 1987 and 1993. Caries Res **30**, 334-341.
- Marthaler, T.M., Menghini, G. and Steiner, M. (1996): Trends in coronal caries prevalence in South-Western Europe. International Dental Journal **46**, 193-197.
- Meulmeester, J.F. (1988): Voedingsonderzoek bij Turkse en Marokkaanse kinderen in Nederland. Academisch Proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

- Nierop van, P., Mandouraris, K. and Maas, I. (1992): Hoe gezond is de peutermond? Een onderzoek naar de gebitstoestand van Eindhovense peuters en het preventief gedrag van de ouders met betrekking tot het gebit van hun kinderen. Eindhoven: GGD Eindhoven en Kruisvereniging Eindhoven.
- Schuurs, A.H.B. and Verrips, G.H. (1993): Tandheelkunde in Turkije en Marokko. Ned Tijdschr Tandheelkd **100**, 318-319.
- Statistics Netherlands (1997): Population born in the Netherlands by country of birth of the parents, sex and age in the four big municipalities, 1 January 1996. Monthly Bulletin of Population Statistics **45**,42.
- Taylor, C. (1990): Asians in Britain - origins and lifestyles. In: Health care for Asians, McAvoy, B.R., and Donaldson, L.J.. Oxford University Press.
- Thuiszorg Den Haag (1995). Jaarverslag 1995. De Klant in beeld. Den Haag: Thuiszorg Den Haag.
- Truin, G.J., König, K.G., Bronkhorst, E.M. and Mulder, J. (1993): Tandcariës bij Haagse schoolkinderen. Een vergelijking van de onderzoeksresultaten van 1993 met die van 1989. Ned Tijdschr Tandheelkd **100**, 427-431.
- Verrips, G.H., Filedt Kok-Weimar, T.L., Frencken, J.E. and Kalsbeek, H. (1990): Mondgezondheid van Amsterdammertjes. Leiden: NIPG/TNO.
- Verrips, G.H., Kalsbeek, H. and Eijkman, M.A.J. (1993a): Ethnicity and maternal education as risk indicators for dental caries, and the role of dental behaviour. Community Dent Oral Epidemiol **21**, 209-214.
- Verrips, G.H., Kalsbeek, H. and Eijkman, M.A.J. (1993b): Etniciteit en het besluit 'TJZ'. Ned Tijdschr Tandheelkd **100**, 445-449.
- Verrips, G.H. and Kalsbeek, H. (1993c): Tandcariës bij kinderen uit etnische groepen in Nederland. Een overzicht van de literatuur. Ned Tijdschr Tandheelkd **100**, 407-411.



- Wal van der, M.F., Wensel, M.P., Meulmeester, J.F. and Pauw-Plomp, H. (1996): Tandheelkundig preventief gedrag bij Nederlandse, Surinaamse, Marokkaanse en Turkse kinderen van 1 en 3-4 jaar. Tijdschr Soc Gezondheidsz **74**, 199-203.
- Westerhof, H. (1990): Gebitsgezondheid van 12-16 jarigen: Onderzoek bij deelnemers van de Haagse jeugdtandzorg. Epidemiologisch Bulletin **25**, 26-32.
- Westerhof, H. and Baan-van der Zijden, M.J.M.L. (1995): Gebitsonderzoek van de jeugd. Een onderzoek bij 5-, 12- en 18-jarige deelnemers van de Jeugdtandzorg in Den Haag. Epidemiologisch Bulletin **30(1)**, 20-25.
- Zijden van der, M.J.M.L. (1993): Tandbederf bij schoolkinderen. Verslag van een onderzoek onder vijf-, acht- en elfjarigen in Den Haag. Epidemiologisch Bulletin **28(1)**, 17-24.

**Table 1.** Background characteristics of Turkish (N=170) and Moroccan mothers (N=153).

<i>Background characteristic</i>	<i>Turkish mothers</i>		<i>Moroccan mothers</i>	
	<i>n</i>	<i>(%)</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Urbanisation of native area**				
country	88	(52)	5	(3)
small town	32	(19)	114	(76)
large town	48	(29)	32	(21)
Number of years respondent resident in Netherlands*				
0-3 years	31	(18)	15	(10)
3-5 years	48	(28)	28	(18)
5-10 years	40	(24)	56	(37)
10 years or more	51	(30)	54	(35)
Mastery of Dutch				
non-existent or poor	92	(54)	81	(53)
reasonable or good	78	(46)	72	(47)
Education				
no education/primary school	141	(83)	124	(81)
secondary education	29	(17)	29	(19)

Significant differences are marked (Chi-square test): \*  $p < 0.01$ ; \*\*  $p < 0.0001$

**Table 2.** Dental prevention among Turkish (N=170) and Moroccan mothers (N=153), by country of origin

<i>Dental prevention</i>	<i>Turkish mothers</i>		<i>Moroccan mothers</i>	
	<i>n</i>	<i>(%)</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Use of fluoride tablets for baby				
no	87	(51)	81	(53)
yes	83	(49)	72	(47)
Use of feeding bottle for baby ***				
never	67	(47)	106	(71)
sometimes	11	(8)	13	(9)
often or always	64	(45)	30	(20)
Visits to dentists, mother *				
< twice a year	45	(31)	23	(20)
twice a year	101	(69)	92	(80)
Brushing frequency, mother ***				
< twice a day	93	(55)	27	(18)
twice a day or more	77	(45)	126	(82)
Brushing frequency, older child by mother <sup>1</sup> ***				
< twice a day	72	(67)	38	(37)
twice a day or more	35	(33)	64	(63)
Age of older child when mother started brushing <sup>2</sup> **				
1 year	17	(17)	33	(37)
2 years	46	(45)	31	(35)
3 years	30	(29)	14	(16)
4 years and older	9	(9)	11	(12)

Significant differences are marked (Chi-square test): \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.001$ ; \*\*\*  $p < 0.0001$

<sup>1</sup> Only mothers with at least 1 older child (Turkish mothers N=107, Moroccan mothers N=102)

<sup>2</sup> Only mothers who brush teeth of older child (Turkish mothers N=102, Moroccan mothers N=89)

**Table 3.** Frequency (N), average ( $\bar{x}$ ) and standard deviation (sd) for the 'optimal prevention' variable for groups defined according to ethnicity, number of years resident in the Netherlands, mastery of Dutch and education.

<i>Background characteristic</i>	<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>sd</i>
Ethnicity			
Turkish	170	1.93	1.01
Moroccan	153	2.59	1.00
Number of years respondent resident in Netherlands			
0 - 3 years	46	1.85	0.92
3 - 5 years	76	2.13	1.19
5 - 10 years	96	2.23	1.04
10 years or more	105	2.51	0.96
Mastery of Dutch			
Non-existent or poor	173	2.05	1.08
Reasonable or good	150	2.46	0.99
Education			
No education/primary school	265	2.17	1.08
Secondary education	58	2.57	0.88

**Table 4.** Results of the multiple regression analysis (B = non-standardised regression coefficient Beta, CI = confidence interval) with the 'optimal prevention' variable as dependent variable.

<i>Background characteristic</i>	<i>B</i>	<i>95% CI</i>	<i>P</i>
Ethnicity	0.62	0.43 - 0.67	0.00
Education	0.29	0.99 - 1.79	0.06
Mastery of language	0.23	0.98 - 1.63	0.08
Number of years in the Netherlands	0.11	0.99 - 1.25	0.08
Multiple R	0.39		
R Square	0.14		
Standard Error	0.98		



**4. Verslag van de procesevaluatie project:**

**Tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en opvoeding (TGVO) voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau in Den Haag.**





## 1. Inleiding

Uit diverse onderzoeken is naar voren gekomen dat de prevalentie van tandcariës bij kinderen van Turkse en Marokkaanse ouders veel hoger is dan bij kinderen van Nederlandse of Surinaamse ouders (Verrips e.a. 1990; Van Nierop e.a., 1992; Frencken e.a., 1992; Verrips e.a., 1993a; Verrips & Kalsbeek, 1993b). De oorzaken hiervoor zijn bekend: Turkse en Marokkaanse kinderen poetsen minder vaak en minder adequaat hun tanden, ze beginnen pas op latere leeftijd met tandenpoetsen en gaan minder vaak naar de tandarts (Verrips e.a., 1990; Van Nierop e.a., 1992; Verrips e.a., 1993c). Bovendien gebruiken ze minder vaak fluoridetabletjes en frequenter een zuigfles met zoete inhoud dan kinderen van Nederlandse ouders.

Het aanwennen van tandheelkundig preventief gedrag op hele jonge leeftijd is van groot belang voor de gebitstoestand op oudere leeftijd (Kalsbeek e.a., 1993). Door adequate voorlichting die tot doel heeft kennis bij te brengen en een eenvoudige gedragsverandering in gang te zetten, zou het mogelijk moeten zijn het vóórkomen van cariës bij Turkse en Marokkaanse kinderen terug te dringen. Daarom is in 1994 een Tandzorgproject van start gegaan met als doel om door middel van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en opvoeding (TGVO) de mondgezondheid te verbeteren bij kleuters van ouders van Turkse en Marokkaanse afkomst in Den Haag. Het Tandzorgproject is gefinancierd door TNO Preventie en Gezondheid, Stichting Haagse Gezondheidscentra, Ziekenfonds AZIVO, Gemeente Den Haag (project Sociale Integratie Stationsbuurt en fonds Sociale Vernieuwing) en Stichting Schiefbaan Hovius. De factor waarop de interventie ingrijpt is het tandheelkundig preventief gedrag: vergroten van het aantal ouders dat vanaf het eerste levensjaar van het kind minstens tweemaal per dag de tanden van het kind met fluoridetandpasta poetst, het stimuleren van regelmatig toezicht van de ouders zodra het kind zelf poetst en het stimuleren van het dagelijks gebruik van fluoridetabletten, gezonde voedingsgewoonten en tandartsbezoeken (gebaseerd op aanbevelingen Verrips e.a., 1993d).

De laatste jaren is er veel schriftelijk voorlichtingsmateriaal in de 'eigen taal' beschikbaar gekomen, ook in het Turks en Arabisch. Probleem is echter dat veel Turkse en Marokkaanse vrouwen analfabeet zijn. Bovendien bestaat het Berber, de spreektaal van veel hier verblijvende Marokkanen, niet als geschreven taal. Het onderzoek van Verrips e.a. (1990) wees ook uit dat de meeste Turkse en Marokkaanse ouders die deelnamen aan dat onderzoek in Amsterdam, het Nederlands niet of nauwelijks machtig waren en ook niet konden lezen of schrijven. Aangezien dit de overdracht verhindert van mondelinge of schriftelijke tandheelkundige gezondheidsvoorlichting- en opvoeding, is er in het Tandzorgproject voor gekozen om de voorlichting door een migrantenvoorlichtster of kadervrouw die de eigen taal spreekt te laten geven, of door een wijkverpleegkundige met een Turkse of Marokkaanse tolk.

Het Tandzorgproject heeft tot doel een uitspraak mogelijk te maken over de effectiviteit van vier verschillende varianten van TGVO (individuele- versus groeps-TGVO; voorlichting door wijkverpleegkundigen versus migrantenvoorlichtsters). Bij bewezen effectiviteit kan de variant die de beste resultaten oplevert in Den Haag, eventueel landelijk worden geïmplementeerd. Tegelijkertijd maakt een procesevaluatie het mogelijk na te gaan welke verbeteringen in de protocollen aangebracht kunnen worden en tevens in hoeverre de varianten volgens het protocol zijn uitgevoerd.

## 2. Opzet Tandzorgproject

### 2.1 Doelgroep

Doelgroep van het Tandzorgproject waren Haagse ouders die uit Turkije of Marokko afkomstig zijn en een baby hadden die 6 maanden oud was. Het onderzoek vond plaats bij vier zuigelingen-consultatiebureaus in de Haagse Schilderswijk, die random waren toegewezen aan de vier TGVO-varianten (schema 1). In totaal werd ernaar gestreefd om per TGVO-variant tenminste 40 Turkse en 40 Marokkaanse ouders aan het Tandzorgproject te laten deelnemen (totaal:  $8 \times 40 = 320$  ouders). Zodra Turkse of Marokkaanse ouders met een kind van 6 maanden oud het consultatiebureau bezochten, werden zij door de wijkverpleegkundige - of indien aanwezig de migrantenvoorlichtster - gevraagd mee te werken aan het onderzoek.

Schema 1 TGVO-varianten

1 Individuele voorlichting door een wijkverpleegkundige en tolk	controlegroep
2 Individuele voorlichting door een migrantenvoorlichtster, afkomstig uit de doelgroep zelf	
3 Groepsvoorlichtingsbijeenkomsten, begeleid door een wijkverpleegkundige en tolk	interventiegroepen
4 Groepsvoorlichtingsbijeenkomsten, begeleid door een kadervrouw, afkomstig uit de doelgroep zelf	

### 2.2. Voormeting

Tijdens een voormeting is bij alle ouders een vragenlijst afgenomen waarin werd gevraagd naar relevante achtergrondkenmerken en tandheelkundig preventief gedrag (bijlage 1; vragenlijst ouders). Het interview vond plaats op het consultatiebureau of thuis, door een vrouw die de moedertaal van de respondent beheerste (de migrantenvoorlichtster). Tijdens de voormeting is de gezondheidsmaat (tandcariës) niet gemeten, aangezien kinderen van zes maanden oud nog geen tanden hebben en derhalve ten aanzien van tandcariës allen een gelijke start hebben (cariësvrij). De resultaten van de voormeting zijn beschreven in een artikel 'Tandheelkundig preventief gedrag van Turkse en Marokkaanse ouders in Den Haag'.

### 2.3 Interventie

In de periode november 1994 tot oktober 1995 werden de vier TGVO-varianten uitgevoerd. De individuele voorlichting door de wijkverpleegkundige met tolk vond plaats op de leeftijd van de baby van 6 tot 10 maanden. De individuele voorlichting door de migrantenvoorlichtster vond tenminste tweemaal plaats direct volgend op de reguliere consulten bij het consultatiebureau (8,5, 10 of 12 maanden) en duurde circa 10 minuten per keer. Voor de groepsvoorlichting werden er, uitgaande van

ongeveer 13 deelnemers per groep, 24 bijeenkomsten gepland (12 eerste en 12 tweede bijeenkomsten) van ongeveer een half uur per keer. (bijlage 2; protocollen varianten)

De te hanteren TGVO-methodieken zijn ontwikkeld in samenwerking met de afdeling GVO en de afdeling Jeugd tandzorg van de GGD Den Haag, de divisie ouder- en kindzorg van het Haags Kruiswerk en de tandarts van het Gezondheidscentrum Nieuw Schilderswijk. De TGVO-methodieken zijn vervolgens vastgelegd in een protocol en besproken met de voorlichtsters van de interventiegroepen. In de controlegroep (individuele voorlichting door wijkverpleegkundige en tolk) is de voorlichting gegeven volgens het standaard-tandprotocol van de Thuiszorg Den Haag.

Ten behoeve van de procesevaluatie is na afloop van iedere individuele voorlichting door de migrantenvoorlichtster op een registratieformulier ingevuld in hoeverre de voorlichting volgens het protocol was verlopen en tevens hoe één en ander procesmatig verlopen was (mate van participatie, betrokkenheid, begrip, mediagebruik etc.) (bijlage 3; registratieformulier individuele voorlichting). Tijdens de uitvoering van de groepsbijeenkomsten is aan de hand van een observatieformulier gescoord in hoeverre de bijeenkomsten volgens protocol en procesmatig verliepen (bijlage 4; observatieformulier groepsbijeenkomst).

#### 2.4 Nameting

Zodra kinderen de leeftijd van 3 jaar bereikt hebben, zal er een gedragswetenschappelijk onderzoek en een gebitsonderzoek plaatsvinden bij de vier consultatiebureaus. Bij het gedragswetenschappelijk onderzoek zal de vragenlijst uit de voormeting opnieuw worden afgenomen door een vrouw die de moedertaal van de respondent beheerst. Vergelijking van de vragenlijstgegevens van de voor- en nameting zal inzicht geven in de verandering in tandheelkundig preventief gedrag (poetsgedrag, fluorideconsumptie, tandartsbezoek) in elk van de vier varianten.

Het gebitsonderzoek behelst een bepaling van de hoeveelheid tandplaque en het aantal gebitsvlakken dat door cariës is aangetast (Verrips e.a., 1990), uitgevoerd door een mondhygiëniste. Hierbij is de effectmaat het aantal 'decayed, missing or filled surfaces' in het melkgebit (dmfs). Op deze wijze kunnen verschillen tussen de interventiegroepen (TGVO in één van de drie varianten) enerzijds en de controlegroep (standaardvoorlichting) anderzijds worden bekeken. Bovendien is het mogelijk om de gebitsgegevens in de onderscheiden varianten met elkaar te vergelijken, zodat er een beeld ontstaat van de verschillen in de effecten van groeps- versus individuele voorlichting, en van voorlichting gegeven door een wijkverpleegkundige versus voorlichting gegeven door een migrantenvoorlichtster. Deze nameting moet nog plaatsvinden.

### 3. Resultaten Tandzorgproject

#### 3.1 Respons controlegroep

Het aantal deelnemers in de controlegroep - 20 Turkse en 19 Marokkaanse ouders - is de helft van het aantal geplande deelnemers (tenminste 40 Turkse en 40 Marokkaanse ouders). Onbekend is of deze 39 ouders ook werkelijk voorlichting hebben gekregen volgens het standaard-protocol op de leeftijd van de baby van 6 en 10 maanden en of er een tolk bij de voorlichting aanwezig was. De leeftijd van de baby tijdens de voormeting varieerde van 3 tot en met 7 maanden (gem. 5,2 maanden).

Bij de geretoureerde vragenlijsten van de controlegroep zat een notitie die meldde dat de variant 'groepsvoorlichting door de wijkverpleegkundige' later is veranderd in variant '0' (voorlichting door de wijkverpleegkundige tijdens het cb-consult) vanwege de lage interesse voor groepsvoorlichting op de locatie. Zowel voor de Turkse als de Marokkaanse ouders is er inderdaad een groepsbijeenkomst gehouden, waarbij slechts één Turkse moeder en twee Marokkaanse moeders aanwezig waren.

Tabel 3.1 Aantal Turkse en Marokkaanse ouders dat een vragenlijst heeft ingevuld voor de voormeting en aantal ouders dat tenminste één keer voorlichting heeft ontvangen

TGVO-variant		vragenlijst voormeting (n)	voorlichting (n)	respons (%)
<b>Individuele voorlichting</b>				
- wijkverpleegkundige en tolk	- Turks	20	?	?
	- Marokkaans	19	?	?
- migrantenvoorlichtster	- Turks	41	41	100%
	- Marokkaans	50	42	84%
<b>Groepsvoorlichting</b>				
- wijkverpleegkundige en tolk	- Turks	57	42	74%
	- Marokkaans	38	16	42%
- kadervrouw	- Turks	51	38	75%
	- Marokkaans	47	20	43%

#### 3.2 Respons interventiegroepen

Tijdens de voormeting zijn er 284 ouders geïnterviewd over hun tandheelkundig preventief gedrag, waarvan er 199 ouders tenminste éénmaal tandheelkundige gezondheidsvoorlichting ontvingen (respons 70%). Twintig ouders hebben wel aan de voormeting deelgenomen, maar onbekend is of zij daadwerkelijk voorlichting gehad hebben. De maximale respons komt hiermee op 219 (77%). Van de 199 ouders hebben 124 ouders (62%) twee keer voorlichting ontvangen en 75 ouders (38%) maar één keer.

Uit tabel 1 blijkt dat de respons bij de individuele voorlichting veel hoger was dan bij de groepsvoorlichting en bij de Turkse ouders veel hoger dan bij de Marokkaanse ouders. de respons binnen de groepsvoorlichting varieert sterk van 42% tot 75%. In totaal zijn er 24 groepsvoorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd (12 eerste en 12 tweede). De leeftijd van de baby tijdens de voormeting varieert van 3 tot en met 14 maanden (gem. 5,7 maanden).

### *3.3 Individuele voorlichting door migrantenvoorlichtster*

Wegens ziekte van de Marokkaanse migrantenvoorlichtster hebben een aantal Marokkaanse ouders geen individuele voorlichting ontvangen. Volgens de registratieformulieren zijn de individuele voorlichtingen bij bijna alle Turkse en Marokkaanse ouders volgens protocol verlopen, letten de ouders goed op en begrepen de ouders wat er verteld werd. Slechts een enkele keer was iets vergeten of ging iets niet goed. Zo duurde de eerste en tweede individuele voorlichting vaak korter dan 10 minuten. Een van de migrantenvoorlichtsters zei hierover het volgende: “ ik vind 10 minuten en 2 voorlichtingen te lang, als ik alles verteld heb willen de mensen gelijk weg.” Aangezien de migrantenvoorlichtsters de formulieren zelf invulden, kan sociale wenselijkheid een belangrijke rol gespeeld hebben.

### *3.4 Groepsvoorlichting door wijkverpleegkundige en tolk*

De relatief lage opkomst van Turkse ouders bij één van de groepsbijeenkomsten was te wijten aan een slechte timing van de bijeenkomst (vakantietijd). Bij een andere groepsbijeenkomst was de Turkse tolk ziek. De Turkse voorlichtster heeft toen getolkt en de Marokkaanse voorlichtster - die eigenlijk op de kinderen zou passen - heeft geobserveerd. Het gevolg hiervan was dat er veel kinderen aanwezig waren bij deze voorlichting.

Bij een eerste en tweede bijeenkomst van een groep Marokkaanse ouders heeft de Turkse migrantenvoorlichtster de observaties gedaan vanwege ziekte van de Marokkaanse migrantenvoorlichtster. Aangezien de Turkse migrantenvoorlichtster geen Berbers of Arabisch sprak, heeft zij de observatieformulieren in overleg met de tolk ingevuld. Wegens ziekte van de Marokkaanse voorlichtster zijn de Marokkaanse ouders alleen schriftelijk uitgenodigd en was een telefonische herinnering voor de twee bijeenkomsten niet mogelijk. Dit kan de hoge non-respons bij deze groep verklaren.

### *3.5 Groepsvoorlichting door kadervrouw*

Eén van de groepsbijeenkomsten voor Turkse ouders was gepland in de Ramadan-periode; dit zou een reden kunnen zijn voor de lage respons voor deze bijeenkomst. Verder werd opgemerkt dat het bij een andere bijeenkomst warm en druk was wegens de hoge opkomst.

Bij een groepsbijeenkomst voor Marokkaanse ouders was de kadervrouw te laat en heeft de Marokkaanse migrantenvoorlichtster hetgeen gezegd werd in het Arabisch vertaald. Twee vrouwen konden alleen Berbers begrijpen, dit konden twee kinderen echter vertalen. Bij een andere bijeenkomst heeft de Turkse migrantenvoorlichtster weer de observaties gedaan vanwege ziekte van de Marokkaanse migrantenvoorlichtster. De Turkse voorlichtster heeft in overleg met de kadervrouw het observatieformulier ingevuld. Wegens ziekte zijn ook bij twee bijeenkomsten de ouders alleen schriftelijk uitgenodigd en niet telefonisch aan de bijeenkomsten herinnerd.

### *3.6 Procesevaluatie groepsbijeenkomsten*

De meeste groepsbijeenkomsten zijn verlopen volgens protocol: de ouders letten goed op en begrepen wat er gezegd werd. Echter, de poetsinstructie bij een kind is bij de eerste bijeenkomst meestal niet voorgedaan en er was niet altijd voldoende gelegenheid voor discussie. Bij de tweede bijeenkomst is de ouders meestal niet gevraagd ter plekke het gebit van hun kind te poetsen, misschien omdat een aantal ouders geen tandenborstel hadden meegenomen. Ook bij de tweede bijeenkomst was er niet altijd voldoende ruimte voor discussie.

#### 4. Conclusie

Doel van het tandzorgproject was een uitspraak te doen over de effectiviteit van vier verschillende varianten van TGVO. Zowel verschillen tussen de interventiegroepen en de controlegroep, als verschillen tussen groeps- versus individuele voorlichting en voorlichting gegeven door een wijkverpleegkundige versus een migrantenvoorlichtster, zouden worden bepaald.

Beoogd werd om per TGVO-variant 40 Turkse en 40 Marokkaanse ouders te laten deelnemen aan het project (n=320). Uit de procesevaluatie is duidelijk geworden dat de respons van de controlegroep de helft is van het aantal geplande deelnemers (respons 39 ouders i.p.v. 80 ouders). Ook de respons bij de groepsvoorlichting is achtergebleven bij de verwachtingen. Hoewel de respons aan de voormeting voldoende was, hebben er onvoldoende ouders aan de daadwerkelijke interventie deelgenomen (respons in beide groepen 58 ouders i.p.v. 80 ouders).

Uit de procesevaluatie blijkt voorts dat de varianten niet geheel volgens protocol zijn verlopen. De helft van de individuele voorlichtingen duurde wat korter dan 10 minuten. Onder meer door ziekte van de Marokkaanse voorlichtster, heeft 40% van de ouders uit de interventiegroepen maar één keer voorlichting ontvangen, in plaats van twee keer. Bovendien is bij de meeste groepsbijeenkomsten de poetsinstructie bij een kind niet voorgedaan en is de ouders niet gevraagd het gebit van hun kind te poetsen.

Uit recente onderzoeksresultaten is gebleken dat de cariësprevalentie bij Turkse en Marokkaanse kinderen in de afgelopen jaren sterk is gedaald (Truin e.a., 1993; Kalsbeek e.a., 1996). Deze verbetering van de gebitsgezondheid leidt ertoe dat verschillen tussen de interventiegroepen en de controlegroep in het aantal dmfs op 3-jarige leeftijd moeilijker aantoonbaar zijn.

Om een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van de vier varianten van TGVO (bij een power van 80% en significantieniveau van 0.05) zou de respons van de controlegroep met ongeveer 500 3-jarige Turkse en Marokkaanse kinderen - die bij hetzelfde consultatiebureau komen als de oorspronkelijke controlegroep - verhoogd moeten worden door bij deze kinderen ook een nameting te laten plaats vinden.

In hoofdstuk 5 is daartoe een herzien onderzoeksvoorstel beschreven.



## 5. Literatuur

1. Frencken JE, Verrips GH, Kalsbeek H, Filedt Kok-Weimar TL. Mondgezondheid en etniciteit. Een epidemiologisch onderzoek bij 5- en 11-jarigen in Amsterdam. Ned Tijdschr Tandheelkd 1992; 99: 404-7.
2. Kalsbeek H, Verrips GH, Backer Dirks O. Lange-termijneffecten van preventieve tandzorg bij kleuters. Ned tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 209-13.
3. Kalsbeek H, Verrips GH, Eijkman MAJ, Kieft JA, Changes in caries prevalence in children and young adults of Dutch and Turkish or Moroccan origin in The Netherlands between 1987 and 1993. Caries Res 1996; 30: 334-341.
4. Nierop P. van, Mandouraris K, Maas I. Hoe gezond is de peutermond? Een onderzoek naar de gebitstoestand van Eindhovense peuters en het preventief gedrag van de ouders met betrekking tot het gebit van hun kinderen. Eindhoven: GGD Eindhoven en Kruisvereniging Eindhoven, 1992.
5. Truin GJ, König KG, Bronkhorst EM, Mulder J. Tandcariës bij Haagse schoolkinderen. Een vergelijking van de onderzoeksresultaten van 1993 met die van 1989. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 427-31.
6. Verrips GH, Filedt Kok-Weimar TL, Frencken JE, Kalsbeek H. Mondgezondheid van Amsterdammertjes. Leiden NIPG/TNO, 1990.
7. Verrips GH, Kalsbeek H, Eijkman MAJ. Ethnicity and maternal education as risk indicators for dental caries, and the role of dental behaviour. Community Dent Oral Epidemiol 1993a; 21: 209-214.
8. Verrips GH, Kalsbeek H, Tandcariës bij kinderen uit etnische groepen in Nederland. Een overzicht van de literatuur. Ned tijdschr Tandheelkd 1993b; 100: 407-11.
9. Verrips GH, Kalsbeek H, Eijkman MAJ. Etniciteit en het besluit 'TJZ'. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993c; 100: 445-9.

10. Verrips GH, Kalsbeek H, Frencken JE, Horst G ter, Filedt Kok-Weimar TL. Cariës bij kinderen uit etnische groepen. Een onderzoek bij vijfjarige Amsterdamse kinderen en hun ouders naar risico-indicatoren en -factoren. Ned Tijdschr Tandheelkd 193d; 100: 71-73.

**5. Projectvoorstel vervolgonderzoek:**

**Tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en opvoeding (TGVO) voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het zuigelingen-consultatiebureau**



## **Tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en opvoeding (TGVO) voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het zuigelingen-consultatiebureau**

### **Deel 1: De interventie**

- 1) Uitvoerende instantie: Gezondheidscentrum Nieuw Schilderswijk, Den Haag

Contactpersoon: Dr. M.J. Danz, directeur

- 2) Doel van de interventie is om door middel van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en opvoeding (TGVO) de mondgezondheid te verbeteren bij kleuters van ouders van Turkse en Marokkaanse afkomst - die voor meer dan 90% een lage sociaal-economische status bezitten - om daarmee het verschil in mondgezondheid met kleuters van ouders met een hoge sociaal-economische status te verkleinen.

Tegelijkertijd heeft de interventie tot doel een uitspraak mogelijk te maken over de effectiviteit van vier verschillende varianten van TGVO (individuele- versus groeps-TGVO; voorlichting door wijkverpleegkundigen versus migrantenvoorlichtsters). Bij bewezen effectiviteit kan de variant die de beste resultaten oplevert landelijk worden geïmplementeerd. De resultaten kunnen eveneens van grote betekenis zijn voor GVO-activiteiten aan deze doelgroep op andere terreinen.

- 3) De factor waarop de interventie ingrijpt is het tandheelkundig preventief gedrag: vergroten van het aantal ouders dat vanaf het eerste levensjaar van het kind minstens tweemaal per dag de tanden van het kind met fluoridetandpasta poetst, het stimuleren van regelmatig toezicht van de ouders zodra het kind zelf poetst en het stimuleren van het dagelijks gebruik van fluoridetabletten, gezonde voedingsgewoonte en tandartsbezoek.

- 4) Doelgroep van de interventie zijn Haagse ouders die uit Turkije of Marokko afkomstig zijn en een kind hebben dat geboren is tussen 01-01-1994 en 01-01-1995. In totaal werd ernaar gestreefd om per TGVO-variant 40 Turkse en 40 Marokkaanse ouders aan de interventie te laten meedoen (n=320). De voorlichting is gestart toen het kind zes maanden oud was.

Het onderzoek vindt plaats bij vier zuigelingen-consultatiebureaus in de Haagse Schilderswijk, die willekeurig zijn toegewezen aan de TGVO-varianten.

Onderzoeksopzet:

### T0. Voormeting

Tijdens de voormeting is bij de gehele steekproef een vragenlijst bij de ouders afgenomen waarin werd gevraagd naar relevante achtergrondkenmerken en het tandheelkundig preventief gedrag. De vragenlijst is afgenomen door een vrouw die de moedertaal van de respondent beheerst. De gegevens over de achtergrondkenmerken maken het mogelijk na te gaan in hoeverre er sprake is van selectieve participatie aan de TGVO-varianten. Tijdens de voormeting is de gezondheidsmaat (tandcariës) niet gemeten, aangezien kinderen van zes maanden oud nog geen tanden hebben en derhalve ten aanzien van tandcariës allen een gelijke start hebben (cariësvrij).

### T1. Interventie

In deze fase zijn de vier onderscheiden TGVO-varianten uitgevoerd:

1. Groepsvoorlichtingsbijeenkomsten, begeleid door een migrantenvoorlichtster, afkomstig uit de doelgroep zelf
2. Groepsvoorlichtingsbijeenkomsten, begeleid door een wijkverpleegkundige en tolk
3. Individuele voorlichting door een migrantenvoorlichtster, afkomstig uit de doelgroep zelf
4. Individuele voorlichting door een wijkverpleegkundige en tolk

De eerste drie varianten zijn de experimentele condities. De te hanteren TGVO-methodieken zijn ontwikkeld in samenwerking met de afdeling GVO en de afdeling Jeugd tandzorg van de GGD Den Haag, de divisie ouder- en kindzorg van het Haags Kruiswerk en de tandarts van het Gezondheidscentrum Nieuw Schilderswijk. De TGVO-methodieken zijn vervolgens vastgelegd in een protocol. De laatste variant is de controleconditie, waarbij voorlichting is gegeven volgens het standaard-tandprotocol van de Thuiszorg Den Haag.

Tijdens de uitvoering van de TGVO-varianten is aan de hand van een gestructureerd observatieformulier gescoord in hoeverre de varianten volgens het protocol verliepen en tevens hoe één en ander procesmatig verlopen is (mate van participatie, betrokkenheid, begrip, mediagebruik etc.). De procesevaluatie maakt het mogelijk na te gaan welke verbeteringen in de protocollen aangebracht kunnen worden en tevens in hoeverre de varianten volgens het protocol zijn uitgevoerd.

- 5) Uit recente onderzoeken is naar voren gekomen dat de prevalentie van tandcariës bij kinderen van Turkse en Marokkaanse ouders veel hoger is dan bij kinderen van Nederlandse of Surinaamse ouders (Verrips e.a., 1990; Van Nierop e.a., 1992; Verrips e.a., 1993). De oorzaken hiervoor zijn bekend; Turkse en Marokkaanse kindren poetsen minder vaak en minder adequaat hun tanden, ze beginnen pas op latere leeftijd met tandenpoetsen en gaan minder vaak naar de tandarts. Bovendien gebruiken ze minder vaak fluoridetabletjes en frequenter een zuigfles met zoete inhoud dan kinderen van Nederlandse ouders.

De interventie is erop gericht om door middel van TGVO het tandheelkundig preventief gedrag van Turkse en Marokkaanse ouders te verbeteren, teneinde tandcariës bij Turkse en Marokkaanse kinderen te voorkomen. De effecten van TGVO zijn betrekkelijk eenvoudig meetbaar; naast gerapporteerd gedrag kunnen poetsgewoonten worden vastgesteld op basis van plaquebepalingen en poetsgedrag en fluorideconsumptie op basis van cariësmetingen.

Onderzoek van Truin e.a. (1993) heeft aangetoond dat de prevalentie van tandcariës bij kinderen uit hoge sociaal-economische milieu zeer laag is. Bij deze groep valt dan ook weinig gezondheidswinst met betrekking tot tandcariës meer te behalen. Het verbeteren van het tandheelkundig preventief gedrag van Turkse en Marokkaanse ouders, die immers merendeels tot de laagste sociaal economische groepen behoren, zal dan ook direct leiden tot een vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen in de prevalentie tot tandcariës. Uit de voormeting is inmiddels gebleken dat meer dan driekwart van de moeders van Turkse of Marokkaanse afkomst ten hoogste de lagere school heeft afgerond.

- 6) tijdschema:

01-01-1994 tot 01-01-1995 voormeting

01-01-1995 tot 01-01-1996 uitvoering van de vier varianten

## Deel 2: De evaluatiestudie

### 1) TNO-Preventie en Gezondheid

contactpersoon: Dr. G.H.W. Verrips

### 2) T2. Nameting

Zodra de kinderen de leeftijd van 3 jaar bereikt hebben, zal er een gedragswetenschappelijk onderzoek en een gebitsonderzoek plaatsvinden bij de vier zuigelingen-consultatiebureaus. Bij het gedragswetenschappelijk onderzoek zal de vragenlijst uit de voormeting (T0) opnieuw worden afgenomen door een vrouw die de moedertaal van de respondent beheerst. Aan deze vragenlijst zullen enkele vragen worden toegevoegd die van belang zijn voor de exacte bepaling van de sociaal-economische status, volgens de richtlijnen van Van Berkel-van Schaik en Tax (1990).

Vergelijking van de vragenlijstgegevens van de voor- en nameting zal inzicht geven in de verandering in tandheelkundig preventief gedrag (poetsgedrag, fluorideconsumptie, tandartsbezoek, voedingsgewoonte) in elk van de vier varianten.

Het gebitsonderzoek behelst een bepaling van de hoeveelheid tandplaque en het aantal gebitsvlakken dat door cariës is aangetast (Verrips e.a., 1990), uitgevoerd door een mondhygiëniste van de afdeling Jeugd tandzorg van de GGD Den Haag. Hierbij is de effectmaat het aantal 'decayed, missing or filled surfaces' in het melkgebit (dmfs).

Op deze wijze kunnen verschillen tussen de experimentele conditie (TGVO in een van de drie varianten) enerzijds en de controle conditie (standaard-voorlichting) anderzijds worden bekeken. Bovendien is het mogelijk om de gebitsgegevens in de onderscheiden varianten met elkaar te vergelijken, zodat er een beeld ontstaat van de verschillen in de effecten van groeps- versus individuele voorlichting, en van voorlichting gegeven door een wijkverpleegkundige versus voorlichting gegeven door een migrantenvoorlichtster.

Oorspronkelijk werd beoogd per TGVO-variant 40 Turkse en 40 Marokkaanse ouders te laten deelnemen aan het onderzoek (=320. Inmiddels is duidelijk geworden dat 78 ouders wel aan de voormeting, maar niet aan de interventie hebben deelgenomen (respons=242). Hierdoor is het niet meer mogelijk om een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van de vier varianten van TGVO (bij een power van 80% en significantieniveau van 0.05). Voor relatief lage kosten kan de respons van de controlegroep echter dusdanig verhoogd worden, dat zowel verschillen tussen de experimentele groep en de controlegroep, als verschillen tussen groeps- versus individuele



voorlichting en voorlichting gegeven door een wijkverpleegkundige versus een migrantenvoorlichtster. bepaald kunnen worden.

Hiertoe zullen er 437 3-jarige Turkse en Marokkaanse kinderen - die bij hetzelfde zuigelingen-consultatiebureau komen als de controlegroep - extra worden uitgenodigd voor de nameting. Deze kinderen hebben evenals de oorspronkelijke controlegroep individuele voorlichting gehad door een wijkverpleegkundige met tolk, volgens het standaard-tandprotocol van de Thuiszorg Den Haag. De totale respons komt hiermee op 679 kinderen ( alle experimentele condities samen, (n=203; controle conditie, n=467).

3) Tijdschema:

01-01-1997 tot 01-01-1998 nameting

01-01-1998 tot 01-06-1998 analyse en rapportage in de vorm van een artikel voor een wetenschappelijk tijdschrift.

## Literatuur

Berkel-van Schaik A.B. van, Tax B. Naar een standaardoperationalisatie van sociaal-economische status voor epidemiologisch en sociaal-medisch onderzoek. Reeks Sociaal-economische Gezondheidsverschillen no. 6. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1990.

Nierop P van, Mandouraris K, Maas I. Hoe gezond is de peutermond? Een onderzoek naar de gebitstoestand van Eindhovense peuters en het preventief gedrag van de ouders met betrekking tot het gebit van hun kinderen. Eindhoven: GGD Eindhoven en Kruisvereniging Eindhoven, 1992.

Truin GJ, König KG, Bronkhorst EM, Mulder J. Tandcariës bij Haagse schoolkinderen. Een vergelijking van de onderzoeksresultaten van 1993 met die van 1989. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 427-31.

Verrips GH, Filedt Kok-Weimar TL, Frencken JE, Kalsbeek Hoogachtend, Mondgezondheid van Amsterdammertjes. Leiden : NIPG/TNO, 1990.

Verrips GH, Kalsbeek H, Eijkman MAJ. Ethnicity and maternal education as risk indicators for dental caries, and the role of dental behaviour. community Dent Oral Epidemiol 1993; 21 : 209-214.

**BIJLAGEN**

		pagina
BIJLAGE 1	Vragenlijst ouders; Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau Den Haag	63
BIJLAGE 2	Protocol Koningstraat; Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau Den Haag	71
BIJLAGE 3	Protocol Van der Neerstraat team I (de la Reyweg); Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau Den Haag	75
BIJLAGE 4	Protocol Van der Neerstraat team II; Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau Den Haag	81
BIJLAGE 5	Protocol Draaistraat en van Zeggelenlaan; Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau Den Haag	85
BIJLAGE 6	Taken van de voorlichtsters Tandzorg G.V.O. per consultatiebureau	89
BIJLAGE 7	Registratieformulier individuele voorlichting I; Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau Den Haag	97
BIJLAGE 8	Registratieformulier individuele voorlichting II; Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau Den Haag	103
BIJLAGE 9	Observatie-formulier groepsbijeenkomst I; Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau Den Haag	109
BIJLAGE 10	Observatie-formulier groepsbijeenkomst II; Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau Den Haag	117



**BIJLAGE 1**

**Vragenlijst ouders; Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van  
het consultatiebureau Den Haag**



**PROJECT TGVO  
VOOR TURKSE EN MAROKKAANSE BEZ  
VAN HET CONSULTATIEBUREAU  
DEN HAAG**

**VRAGENLIJST OUDERS**

Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:

Datum:

**IK WIL GRAAG BEGINNEN MET ENKELE ALGEMENE VRAGEN**

1. *In welk land bent u geboren?*
  - Marokko
  - Turkije
  - Nederland (ga naar vraag 3)
  - anders, nl.....
  
2. *Bent u opgegroeid in een stad of op het platteland?*
  - in een grote stad
  - in een kleine stad
  - op het platteland
  
3. *In welk land is uw partner geboren?*
  - Marokko
  - Turkije
  - Nederland
  - anders, nl.....
  
4. *Hoelang woont u in Nederland?*

\_\_\_ jaar
  
5. *Bent u op school geweest?*
  - ja
  - nee (ga naar vraag 8)
  
6. *Welke opleiding heeft u in uw geboorteland genoten?*
  - geen opleiding
  - lagere school
  - voortgezet onderwijs
  
7. *Welke opleiding heeft u in Nederland genoten?*
  - geen opleiding
  - lagere school
  - voortgezet onderwijs
  
8. *In welke mate kunt U de Nederlandse taal verstaan?*
  - niet
  - slecht
  - redelijk
  - goed



9. *In welke mate kunt U de Nederlandse taal spreken?*

- niet
- slecht
- redelijk
- goed

10. *In welke mate kunt U de Nederlandse taal lezen?*

- niet
- slecht
- redelijk
- goed

11. *Hoe oud is uw jongste kind?*

\_\_\_ maanden

12. *Is het een jongen of een meisje?*

- jongen
- meisje

13. *Hoeveel kinderen heeft u?*

\_\_\_ kinderen

#### NU VOLGEN ENKELE VRAGEN OVER TANDEN EN KIEZEN

14. *Van wie heeft u gehoord hoe je tanden en kiezen moet verzorgen?*

- tandarts
- ouders
- op school
- folders
- televisie
- radio
- tijdschriften
- reclame
- huisarts
- krant
- consultatiebureau
- ik weet het niet
- anders, nl.....

15. *Hoe vaak poetst u uw tanden?*

- nooit
- wel eens, maar niet elke dag
- 1 keer per dag
- 2 keer per dag of vaker

16. *Geeft u uw kind fluoridetabletten?*
- nee
  - ja. \_\_\_ per dag
17. *Krijgt uw kind een zuigflesje mee naar bed?*
- nooit (ga naar vraag 20)
  - soms
  - vaak of altijd
18. *Wat doet u in het zuigflesje?*
- .....
19. *Waarom geeft u uw baby een zuigflesje mee naar bed?*
- mijn man moet goed slapen
  - om in te slapen
  - tegen huilen
  - tegen honger of dorst
  - ik ben dar zo gewend
  - iedereen doet het
  - het is lekker
  - ik weet het niet
  - anders. nl.....
20. *Bent u wel eens naar de tandarts geweest?*
- ja
  - nee (ga naar vraag 22)
21. *Hoevaak gaat u naar de tandarts?*
- alleen bij pijn
  - 1 keer per jaar
  - 2 keer per jaar
22. *Gaat u wel eens naar een buurthuis?*
- ja
  - nee
23. *Gaat u wel eens naar een speel-o-theek?*
- ja
  - nee

Nota bene! Alleen als de moeder meer dan 1 kind heeft:

24. *Hoe heet het jongste kind van overige kinderen (dus niet de baby)?*
- \*\*\*
25. *Heeft u wel eens de tanden gepoetst van \*\*\*?*
- nooit (ga naar vraag 27)
  - wel eens, maar niet elke dag
  - 1 keer per dag
  - 2 keer per dag of vaker
26. *Hoe oud was \*\*\*, toen u daarmee begon?*
- \_\_\_ jaar
27. *Hoevaak snoept \*\*\* zoete dingen tussen de maaltijden (ook zoete thee of frisdrank meetellen)?*
- nooit
  - wel eens, maar niet elke dag
  - 1-5 keer per dag
  - 6-10 keer per dag
  - vaker dan 10 keer per dag
28. *Drinkt \*\*\* uit een beker of uit een flesje?*
- uit een beker
  - uit een flesje
  - uit beide
29. *Hoe oud was \*\*\* toen u ophield met flesjes geven?*
- \_\_\_ maanden
30. *Gaat uw kind naar de creche?*
- ja
  - nee
31. *Hoe oud is uw oudste dochter?*
- \_\_\_ jaar

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING.

(Herinner de moeder svp aan de afspraak voor de groepsbijeenomst!)



**BIJLAGE 2**

**Protocol Koningstraat; Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers  
van het consultatiebureau Den Haag**



**PROJECT TGVO  
VOOR TURKSE EN MAROKKAANSE BEZOEKERS  
VAN HET CONSULTATIEBUREAU  
DEN HAAG**

**Protocol Koningstraat**

- Doelgroep:** Het project richt zich op kinderen van Turkse of Marokkaanse ouders, die het consultatiebureau Koningstraat bezoeken. Het ligt in de bedoeling minstens 40 Turkse en 40 Marokkaanse kinderen bij het onderzoek te betrekken.
- TGVO-variant:** De Tandheelkundige Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding dient te geschieden bij kinderen die tussen 6 en 12 maanden oud zijn. Het consultatiebureau Koningstraat voert voor wat betreft de Marokkaanse ouders de tgvo-variant 'individuele voorlichting door een Marokkaanse stageaire' uit; voor Turkse ouders geldt de variant 'groepsvoorlichting door een Turkse kadervrouw'.
- TGVO-inhoud:** De inhoud van de tgvo (wat dient tijdens de voorlichting aan de orde te komen, met behulp van welk materiaal en hoe?) wordt beschreven door Anky Brouwer en Corinne van der Geest. Dit wordt door Anky Brouwer besproken met de voorlichtsters.
- Procedure:** Zodra een Turks of Marokkaans kind 6 maanden oud is en het consultatiebureau bezoekt, valt het binnen het project. De wijkverpleegkundige vraagt de ouders of zij aan het onderzoek willen meewerken en deelt hen mede dat er dan een interviewster langs zal komen. Indien de stageair aanwezig is, kan zij de ouders om medewerking vragen en eventueel ter plekke het interview afnemen. Bij toestemming worden enkele gegevens genoteerd op het registratieformulier. De registratieformulieren worden opgeborgen in een projectordner, die voor alle betrokkenen toegankelijk is.
1. Variant 'individuele voorlichting door een Marokkaanse stageair': Op het formulier wordt door de voorlichtster aangegeven op welke tijdstippen (tot het kind 12 maanden is) tgvo wordt gegeven en welke onderwerpen ter sprake komen. De tgvo vindt tenminste tweemaal plaats direct volgend op de reguliere consulten (8.5, 10 of 12 maanden), in de boxenkamer.
  2. Variant 'groepsvoorlichting door een Turkse kadervrouw': Uitgaand van ongeveer 13 deelnemers per groep, worden in overleg met de Turkse kadervrouw 6 groepsbijeenkomsten gepland (3 eerste en 3 tweede bijeenkomsten). Indien er meer deelnemers dan de verwachte 40 zijn, kunnen er nog meer bijeenkomsten gepland worden. Hoe meer deelnemers aan het onderzoek, hoe beter.
- Tijdsduur:** De individuele tgvo-sessie duurt telkens 10 minuten per keer; de groepsbijeenkomst duurt een half uur.
- Plaats:** De tgvo-sessie vindt plaats in een afzonderlijke ruimte.
- Beginmeting:** Zodra een kind op het registratieformulier is genoteerd, wordt de moeder van het kind op het consultatiebureau dan wel thuis door een stageaire geïnterviewd over tandheelkundig preventief gedrag. Dit dient te geschieden voordat enige tgvo heeft plaatsgevonden. De stageaire is gestationeerd op de Koningstraat en zal wekelijks contact opnemen met de kontaktpersoon op het consultatiebureau teneinde nieuwe registraties te vernemen en vervolgens interviews af te nemen.
- Eindmeting:** Zodra het kind 3 jaar oud is, wordt zijn of haar gebit door de JTZ-tandarts of een tpm-er van de GGD onderzocht. Tevens wordt de moeder wederom geïnterviewd door een stageaire over haar tandheelkundig preventief gedrag.



## **BIJLAGE 3**

**Protocol Van der Neerstraat team I (de la Reyweg); Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau Den Haag**



wederom geïnterviewd door een stageaire over haar tandheelkundig preventief gedrag.

**PROJECT TGVO  
VOOR TURKSE EN MAROKKAANSE BEZOEKERS  
VAN HET CONSULTATIEBUREAU  
DEN HAAG**

**Protocol Van der Neerstraat team I (de la Reyweg)**

- Doelgroep:** Het project richt zich op kinderen van Turkse of Marokkaanse ouders, die de consultatiebureau Van der Neerstraat team I (voorheen de la Reyweg) bezoeken. Het ligt in de bedoeling minstens 40 Turkse en 40 Marokkaanse kinderen bij het onderzoek te betrekken.
- TGVO-variant:** De Tandheelkundige Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding voor deze kinderen dient te geschieden bij kinderen die tussen 6 en 12 maanden oud zijn. Het consultatiebureau Van der Neerstraat team I voert de tgvo-variant 'groepsvoorlichting door een wijkverpleegkundige (met tolk)' uit. De groepsvoorlichting vindt plaats in een Turkse en in een Marokkaanse versie.
1. Turkse versie.  
Uitgaand van ongeveer 13 deelnemers per groep worden 6 groepsbijeenkomsten gepland (3 eerste en 3 tweede bijeenkomsten). Indien er meer deelnemers dan de verwachte 40 zijn, kunnen er nog meer bijeenkomsten gepland worden. Hoe meer deelnemers aan het onderzoek, hoe beter.
  2. Marokkaanse versie.  
Uitgaand van ongeveer 13 deelnemers per groep worden 6 groepsbijeenkomsten gepland (3 eerste en 3 tweede bijeenkomsten). Indien er meer deelnemers dan de verwachte 40 zijn, kunnen er nog meer bijeenkomsten gepland worden. Hoe meer deelnemers aan het onderzoek, hoe beter.
- TGVO-inhoud:** De inhoud van de tgvo (wat dient tijdens de voorlichtingen aan de orde te komen, met behulp van welk materiaal en hoe?) wordt beschreven door Anky Brouwer en Corinne van der Geest. Dit wordt door Anky Brouwer besproken met de voorlichtsters.
- Procedure:** Zodra een Turks of Marokkaans kind 6 maanden oud is en het consultatiebureau weer bezoekt, valt het binnen het project. De wijkverpleegkundige vraagt de ouders of zij aan het onderzoek willen meewerken en deelt hen mede dat er dan een interviewster langs zal komen. Indien de stageair aanwezig is, kan zij de ouders om medewerking vragen en eventueel ter plekke het interview afnemen. Bij toestemming worden enkele gegevens genoteerd op het registratieformulier. De registratieformulieren worden opgeborgen in een projectordner, die voor alle betrokkenen toegankelijk is. De ouders worden door de wijkverpleegkundige uitgenodigd voor de eerstvolgende 1e groepsbijeenkomst. Tijdens de 1e bijeenkomst worden de ouders uitgenodigd voor de 2e bijeenkomst. Een week voor een bijeenkomst ontvangen de deelnemers een herinneringskaartje. Een stageaire woont de voorlichtingsbijeenkomsten bij. Zij houdt bij wie er komen, welke onderwerpen aan de orde kwamen etc.
- Tijdsduur:** Een groepsbijeenkomst duurt een half uur.
- Plaats:** Een daarvoor geschikte afzonderlijke ruimte.
- Beginmeting:** Zodra een kind op het registratieformulier is genoteerd, wordt de moeder van het kind op het consultatiebureau dan wel thuis door een stageaire geïnterviewd over tandheelkundig preventief gedrag. Dit dient te geschieden voordat enige tgvo heeft plaatsgevonden. De stageaire herhaalt tijdens haar interview de uitnodiging de groepsbijeenkomst bij te wonen. De stageaire zal

wekelijks contact opnemen met de kontaktpersoon op het consultatiebureau teneinde nieuwe registraties te vernemen en vervolgens interviews af te nemen.

**Eindmeting:**

Zodra het kind 3 jaar oud is, wordt zijn of haar gebit door de JTZ-tandarts of een tpm-er van de GGD onderzocht op caries. Tevens wordt de moeder wederom geïnterviewd door een stageaire over haar tandheelkundig preventief gedrag.



**BIJLAGE 4**

**Protocol Van der Neerstraat team II; Project TGVO voor Turkse en  
Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau Den Haag**





**PROJECT TGVO  
VOOR TURKSE EN MAROKKAANSE BEZOEKERS  
VAN HET CONSULTATIEBUREAU  
DEN HAAG**

-  
- **Protocol Van der Neerstraat team II**

- Doelgroep:** Het project richt zich op kinderen van Turkse of Marokkaanse ouders, die het consultatiebureau Van der Neerstraat team II bezoeken. Het ligt in de bedoeling minstens 40 Turkse en 40 Marokkaanse kinderen bij het onderzoek te betrekken.
- TGVO-variant:** De Tandheelkundige Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding dient te geschieden bij kinderen die tussen 6 en 12 maanden oud zijn. Het consultatiebureau Van der Neerstraat team II voert voor wat betreft de Turkse ouders de tgvo-variant 'individuele voorlichting door een Turkse stageaire' uit; voor Marokkaanse ouders geldt de variant 'groepsvoorlichting door een Marokkaanse kadervrouw'.
- TGVO-inhoud:** De inhoud van de tgvo (wat dient tijdens de voorlichting aan de orde te komen, met behulp van welk materiaal en hoe?) wordt beschreven door Anky Brouwer en Corinne van der Geest. Dit wordt door Anky Brouwer besproken met de voorlichtsters.
- Procedure:** Zodra een Turks of Marokkaans kind 6 maanden oud is en het consultatiebureau bezoekt, valt het binnen het project. De wijkverpleegkundige vraagt de ouders of zij aan het onderzoek willen meewerken en deelt hen mede dat er dan een interviewster langs zal komen. Indien de stageair aanwezig is, kan zij de ouders om medewerking vragen en eventueel ter plekke het interview afnemen. Bij toestemming worden enkele gegevens genoteerd op het registratieformulier. De registratieformulieren worden opgeborgen in een projectordner, die voor alle betrokkenen toegankelijk is.
1. Variant 'individuele voorlichting door een Turkse stageair': Op het formulier wordt door de voorlichtster aangegeven op welke tijdstippen (tot het kind 12 maanden is) tgvo wordt gegeven en welke onderwerpen ter sprake komen. De tgvo vindt tenminste tweemaal plaats direct volgend op de reguliere consulten (8.5, 10 of 12 maanden), in de boxenkamer.
  2. Variant 'groepsvoorlichting door een Marokkaanse kadervrouw': Uitgaand van ongeveer 13 deelnemers per groep, worden in overleg met de Marokkaanse kadervrouw 6 groepsbijeenkomsten gepland (3 eerste en 3 tweede bijeenkomsten). Indien er meer deelnemers dan de verwachte 40 zijn, kunnen er nog meer bijeenkomsten gepland worden. Hoe meer deelnemers aan het onderzoek, hoe beter.
- Tijdsduur:** De individuele tgvo-sessie duurt telkens 10 minuten per keer; de groepsbijeenkomst duurt een half uur.
- Plaats:** De tgvo-sessie vindt plaats in een afzonderlijke ruimte.
- Beginmeting:** Zodra een kind op het registratieformulier is genoteerd, wordt de moeder van het kind op het consultatiebureau dan wel thuis door een stageaire geïnterviewd over tandheelkundig preventief gedrag. Dit dient te geschieden voordat enige tgvo heeft plaatsgevonden. De stageaire is gestationeerd op de Van der Neerstraat en zal wekelijks contact opnemen met de contactpersoon op het consultatiebureau teneinde nieuwe registraties te vernemen en vervolgens interviews af te nemen.
- Eindmeting:** Zodra het kind 3 jaar oud is, wordt zijn of haar gebit door de JTZ-tandarts of een tpm-er van de GGD onderzocht op caries. Tevens wordt de moeder

**BIJLAGE 5**

**Protocol Draaistraat en van Zeggelenlaan; Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau Den Haag**



**PROJECT TGVO  
VOOR TURKSE EN MAROKKAANSE BEZOEKERS  
VAN HET CONSULTATIEBUREAU  
DEN HAAG**

**Protocol Draaistraat en van Zeggelenlaan**

- Doelgroep:** Het project richt zich op kinderen van Turkse of Marokkaanse ouders, die het consultatiebureaus Draaistraat en van Zeggelelaan bezoeken. Het ligt in de bedoeling minstens 40 Turkse en 40 Marokkaanse kinderen bij het onderzoek te betrekken.
- TGVO-variant:** De consultatiebureaus Draaistraat en van Zeggelenlaan voeren tgvo-variant 'individuele voorlichting door een wijkverpleegkundige' uit.
- TGVO-inhoud:** De tgvo geschiedt volgens het tandprotocol van Thuiszorg Den Haag, op de leeftijd van 6 en 10 maanden.
- Procedure:** Zodra een Turks of Marokkaans kind 4 maanden oud is en het consultatiebureau bezoekt, valt het binnen het project. De wijkverpleegkundige vraagt de ouders of zij aan het onderzoek willen meewerken en deelt hen mede dat er dan een interviewster langs zal komen. Indien de stageair aanwezig is, bijvoorbeeld bij het tolkenbureau, kan zij de ouders om medewerking vragen en eventueel ter plekke het interview afnemen. Bij toestemming worden enkele gegevens genoteerd op het registratieformulier. De registratieformulieren worden opgeborgen in een projectordner, die voor alle betrokkenen toegankelijk is.
- Beginmeting:** Zodra een kind op het registratieformulier is genoteerd, wordt de moeder van het kind op het consultatiebureau dan wel thuis door een stageaire geïnterviewd over tandheelkundig preventief gedrag. Dit dient te geschieden voordat enige tgvo heeft plaatsgevonden. De stageaire zal wekelijks contact opnemen met de kontaktpersonen op de consultatiebureau's teneinde nieuwe registraties te vernemen en vervolgens interviews af te nemen.
- Eindmeting:** Zodra het kind 3 jaar oud is, wordt zijn of haar gebit door de JTZ-tandarts of een tpm-er van de GGD onderzocht op caries. Tevens wordt de moeder wederom geïnterviewd door een stageaire over haar tandheelkundig preventief gedrag.

**BIJLAGE 6**

**Taken van de voorlichtsters Tandzorg G.V.O. per consultatiebureau**





-----  
Taken van de voorlichtsters Tandzorg G.V.O. per consultatiebureau:  
-----

Consultatiebureau Koningstraat:

Marokkaanse voorlichtster:

- Bij aanwezigheid op het cb.: het werven van deelnemers, toestemming vragen tot deelname aan het Tandzorgproject en noteren op de deelnemerslijst.
- Het houden van interviews en het registreren.
- Het geven van individuele voorlichting door de voorlichtster
- Het uitvoeren van de registratie van de voorlichting.
- Het assisteren van de cb-medewerkers.

Turkse voorlichtster:

- Bij aanwezigheid op het cb.: het werven van deelnemers, toestemming vragen tot deelname aan het Tandzorgproject en noteren op de deelnemerslijst.
- Het verzorgen van de herinneringskaartjes voor de voorlichtingsbijeenkomsten.
- Het houden van de interviews en het registreren.
- Het bijwonen van de groepsvoorlichting door de kadervrouw.
- Het registreren van de aanwezigen en de besproken onderwerpen tijdens de voorlichtingsbijeenkomst.
- Het verzorgen van de herinneringskaartjes voor de voorlichtingsbijeenkomsten.

Consultatiebureau van de Neerstraat Team 1:

Marokkaanse voorlichtster:

- Bij aanwezigheid op het cb.: het werven van deelnemers, toestemming vragen tot deelname aan het Tandzorgproject en noteren op de deelnemerslijst.
- Het verzorgen van de herinneringskaartjes voor de voorlichtingsbijeenkomsten.
- Het houden van de interviews en het registreren.
- Het bijwonen en observeren van de groepsvoorlichting door de wijkverpleegkundige.
- Het registreren van de aanwezigen en de besproken onderwerpen tijdens de voorlichtingsbijeenkomst.

Turkse voorlichtster:

- Bij aanwezigheid op het cb.: het werven van deelnemers, toestemming vragen tot deelname aan het Tandzorgproject en op de deelnemerslijst.
- Het verzorgen van de herinneringskaartjes voor de voorlichtingsbijeenkomsten.
- Het houden van de interviews en het registreren.

- Het bijwonen en observeren van de groepsvoorlichting door de wijkverpleegkundige.
- Het registreren van de aanwezigen en de besproken onderwerpen tijdens de voorlichtingsbijeenkomst.

### Consultatiebureau van de Neerstraat Team 2:

#### Marokkaanse voorlichtster:

- Bij aanwezigheid op het cb.: het werven van deelnemers, toestemming vragen tot deelname aan het Tandzorgproject en noteren op de deelnemerslijst.
- Het verzorgen van de herinneringskaartjes voor de voorlichtingsbijeenkomsten.
- Het houden van de interviews en het registreren.
- Het bijwonen en observeren van de groepsvoorlichting door de kadervrouw.
- Het registreren van de aanwezigen en de besproken onderwerpen tijdens de voorlichtingsbijeenkomst.

#### Turkse voorlichtster:

- Bij aanwezigheid op het cb.: het werven van deelnemers, toestemming vragen tot deelname aan het Tandzorgproject en noteren op deelnemerslijst .
- Het houden van interviews en het registreren.
- Het geven van individuele voorlichting door de voorlichtster
- Het uitvoeren van de registratie van de voorlichting.
- Het assisteren van de cb-medewerkers.

### Consultatiebureau Draaistraat/van Zeggelenlaan:

#### Marokkaanse voorlichtster:

- Bij aanwezigheid op het cb.: het werven van deelnemers, toestemming vragen tot deelname aan het Tandzorgproject en noteren op de deelnemerslijst.
- Het houden van interviews en het registreren.

#### Turkse voorlichtster:

- Bij aanwezigheid op het cb.: het werven van deelnemers, toestemming vragen tot deelname aan het Tandzorgproject en noteren op de deelnemerslijst.
- ~~Het~~ houden van interviews en het registreren.

### Voorlichtsters Tandzorg G.V.O.:

#### Taakomschrijving:

- \* Het geven van voorlichting over mond- en tandhygiëne aan Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau aan de Koningstraat (Marokkaans) en van de Neerstraat (Turks).
- \* Het afnemen van interviews.
- \* Het bijhouden van een registratiesysteem waarmee wordt vastgelegd aan welke bezoekers op welk moment voorlichting is gegeven.
- \* Het ondersteunen bij de werving van respondenten (deelnemers) op de consultatiebureaux.
- \* Het assisteren van de consultatiebureau medewerkers.

#### Arbeidspositie:

De voorlichtsters zijn gedetacheerd bij de Stichting Werkbij en de Stichting Haagse Gezondheidscentra en werkzaam bij Thuiszorg Den Haag ten behoeve van het Tandzorg G.V.O.-Project. Arbeidscontract 40 uur per week.

#### Inwerkprogramma:

De voorlichtsters krijgen een training ten aanzien het afnemen van interviews, ten aanzien van het geven van voorlichting over mond - en tandhygiëne en ten aanzien van het registreren van en observeren van groepsvoorlichting Deze training wordt door Anky Brouwer, Corinne van de Geest en Erik Verips gegeven.

Daarbij volgt er het inwerken op de consultatiebureau. Dit inwerken heeft ten doel inzicht geven in de werkzaamheden van het consultatiebureau:

- kennismaken met het team en de werkplek
- uitleg over de taken van het consultatiebureau als instituut
- uitleg over de organisatie van het consultatiebureau
- uitleg over de taken van de consultatiebureau medewerkers
- huishoudelijke zaken

Het inwerken in taken ten aanzien van het assisteren van de consultatiebureau medewerkers zoals:

- consulteren bij communicatiestoornis bij de allochtone doelgroep
- opruimen van dossiers
- oproepen verzorgen
- opruimen en schoonhouden van materiaal
- koffie en thee zetten

Begeleiding van het project.

Tijdens het project worden de voorlichtsters t.a.v. de voorlichting Anky Brouwer begeleid.

Ten aanzien van positie als werkneemsters en de organisatie van het project worden de voorlichtsters door Bram Opschoor begeleid.

Vanaf de start van het project worden de cb.-teams door Corinne van de Geest begeleid. Corinne onderhoudt contact met de teamvertegenwoordigers t.a.v. het project. De teams kunnen alle vragen en opmerkingen via de teamvertegenwoordigers aan Corinne doorspelen.

Inwerken van de voorlichtsters op het consultatiebureau:

Week 1 :

Meelopen op het consultatiebureau.

Door middel van observatie en gesprekken met de consultatiebureau-medewerkers inzicht verkrijgen in de werkzaamheden en taken van het consultatiebureau.

Week 2 :

Kennismaking met de consultatiebureaux op de andere lokaties.

De voorlichtster zal op elk consultatiebureau één dag meelopen om kennis te maken met het team en de werkplek.

Week 3 :

De voorlichtster wordt op het consultatiebureau ingewerkt in de taak van het assisteren van de consultatiebureau-medewerkers.



**BIJLAGE 7**

**Registratieformulier individuele voorlichting I; Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau Den Haag**





**PROJECT TGVO  
VOOR TURKSE EN MAROKKAANSE BEZOEKERS  
VAN HET CONSULTATIEBUREAU  
DEN HAAG**

**REGISTRATIEFORMULIER INDIVIDUELE VOORLICHTING I**

CB:

Voorlichtster:

Datum:

Ouder:

Geboortedatum kind:

1. Welke van de volgende materialen heb je gebruikt:
  - groot gebitsmodel en grote tandenborstel
  - voorbeeld ijskast gekoelde bijtring en een andere stevige bijtring
  - flesje chamodent
  - potje met fluoridetabletjes
  - twee desertlepels
2. Heb je het doel van de voorlichting uitgelegd?
  - ja
  - nee
3. Heb je uitgelegd wat de functie van tanden is?
  - ja
  - nee
4. Heb je uitgelegd hoe tanden doorbreken, en wat de functie is van de bijtring en 'chamodent'?
  - ja
  - nee
5. Heb je uitgelegd waarom poetsen nodig is?
  - ja
  - nee
6. Heb je uitgelegd hoe er gepoetst moet worden?
  - ja
  - nee
7. Heb je uitgelegd waar fluoridetabletjes toe dienen?
  - ja
  - nee
8. Heb je het fijnmaken van fluoridetabletjes voorgedaan?
  - ja
  - nee
9. Letten de ouders goed op?
  - ja
  - nee
10. Heb je eenvoudige taal gebruikt?
  - ja
  - nee
11. Heb je belangrijke punten herhaald?
  - ja
  - nee
12. Begrepen de ouders over het algemeen wat je vertelde?
  - ja
  - nee

13. Hoelang duurde je voorlichting?
- 10 minuten
  - korter
  - langer

Bijzonderheden:



**BIJLAGE 8**

**Registratieformulier individuele voorlichting II; Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau Den Haag**



**PROJECT TGVO  
VOOR TURKSE EN MAROKKAANSE BEZOEKERS  
VAN HET CONSULTATIEBUREAU  
DEN HAAG**

**REGISTRATIE-FORMULIER INDIVIDUELE VOORLICHTING II**

CB:

Voorlichtster:

Datum:

Ouder:

geboortedatum kind:

1. Welke van de volgende materialen heb je gebruikt:
  - groot gebitsmodel en grote tandenborstel
  - demonstratiedoos met peuterbortels en peutertandpasta
  - kaartje 'tandjes poetsen is leuk werk'
  - Oral-B peutertandenbortsel en Prodent peutertandpasta
2. Heb je het doel van de voorlichting uitgelegd?
  - ja
  - nee
3. Heb je uitgelegd hoe er gepoetst moet worden?
  - ja
  - nee
4. Heb je uitgelegd wanneer er gepoetst moet worden?
  - ja
  - nee
5. Heb je verteld tot welke leeftijd ouders moeten napoetsen?
  - ja
  - nee
6. Heb je verteld dat ouders ook zelf hun tanden moeten poetsen?
  - ja
  - nee
7. Heb je verteld waar fluoride in tandpasta toe dient?
  - ja
  - nee
8. Heb je aangeraden fluoridetabletjes te gebruiken?
  - ja
  - nee
9. Heb je het kaartje 'Tandjes poetsen is leuk werk' meegegeven?
  - ja
  - nee
10. Letten de ouders goed op?
  - ja
  - nee
11. Heb je eenvoudige taal gebruikt?
  - ja
  - nee
12. Heb je belangrijke punten herhaald?
  - ja
  - nee
13. Begrepen de ouders over het algemeen wat er gezegd werd?
  - ja
  - nee



14. Hoelang duurde de voorlichting?
- 10 minuten
  - korter
  - langer

Bijzonderheden:



## BIJLAGE 9

### **Observatie-formulier groepsbijeenkomst I; Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau Den Haag**



**PROJECT TGVO  
VOOR TURKSE EN MAROKKAANSE BEZOEKERS  
VAN HET CONSULTATIEBUREAU  
DEN HAAG**

**OBSERVATIE-FORMULIER GROEPSBIJENKOMST I**

CB:

Groepsvoorlichtster:

Datum:

Welke ouders waren uitgenodigd en welke waren aanwezig?

Uitgenodigd

Aanwezig

1. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
2. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
3. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
4. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
5. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
6. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
7. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
8. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
9. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
10. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
11. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
12. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:

13. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:

14. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:

15. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:

16. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:

1. Was er een tolk aanwezig?  
 ja  
 nee
2. Werd de inhoud van de bijeenkomst met de tolk doorgesproken?  
 ja  
 nee
3. Werd de apparatuur en het materiaal van te voren klaargezet of klaargelegd?  
 ja  
 nee
4. Waren er baby's of kleine kinderen aanwezig?  
 ja  
 nee
5. Was er gezorgd voor een speelhoek voor oudere kinderen?  
 ja  
 nee
6. Was er drinken klaargezet (koffie/thee)?  
 ja  
 nee
7. Kruis aan welke van de volgende materialen aanwezig waren:  
 videorecorder  
 videoband 'bijten beet gebit' in juiste taalversie (Turks resp. Marokkaans)  
 groot gebitsmodel en grote tandenborstel  
 koffertje met tandenbortersels, tandpasta's fluoridetabletjes, zuigflesje en bijtringen  
 model van kies met gaatje
8. Werd het doel van de bijeenkomst uitgelegd?  
 ja  
 nee
9. Werd er verteld wat er deze bijeenkomst aan de orde zou komen?  
 ja  
 nee
10. Werd er verteld over verschillende culturen, eet- en mondhygienegewoonten?  
 ja  
 nee
11. Werd uitgelegd wat de functie van tanden is?  
 ja  
 nee
12. Werd uitgelegd waarom het melkgebit belangrijk is?  
 ja  
 nee



13. Werd uitgelegd waarom poetsen nodig is?  
 ja  
 nee
14. Werd uitgelegd waar fluoride in tandpasta toe dient?  
 ja  
 nee
15. Werd het verschil tussen een peuterborstel en een volwassenenborstel gedemonstreerd?  
 ja  
 nee
16. Werd er verteld dat ouders zelf ook moeten poetsen?  
 ja  
 nee
17. Werd er verteld dat ouders kinderen moeten napoetsen tot ze zeven jaar oud zijn?  
 ja  
 nee
18. Werd er verteld wanneer de tanden het beste gepoetst kunnen worden?  
 ja  
 nee
19. Werd er aangeraden na het eten 's avonds poets geen zoetigheid meer te geven?  
 ja  
 nee
20. Werd de videoband vertoond?  
 ja  
 nee
21. Werd uitgelegd hoe er gepoetst moet worden?  
 ja  
 nee
22. Werd uitgelegd waar fluoridetabletjes toe dienen?  
 ja  
 nee
23. Werd de poetsinstructie herhaald?  
 ja  
 nee
24. Werd de poetsinstructie bij een kind voorgedaan?  
 ja  
 nee
25. Werd er verteld waarover de volgende bijeenkomst zou gaan?  
 ja  
 nee

26. Was er voldoende gelegenheid vragen te stellen?  
 ja  
 nee
27. Was er voldoende gelegenheid voor discussie?  
 ja  
 nee
28. Letten de ouders goed op?  
 ja  
 nee
29. Vertaalde de tolk goed wat er gezegd werd?  
 ja  
 nee
30. Werd er eenvoudige taal gebruikt?  
 ja  
 nee
31. Werden belangrijke punten herhaald?  
 ja  
 nee
32. Begrepen de ouders over het algemeen wat er gezegd werd?  
 ja  
 nee
33. Werd de bijeenkomst binnen een half uur gehouden?  
 ja  
 nee, korter  
 nee, langer

Bijzonderheden:

**BIJLAGE 10**

**Observatie-formulier groepsbijeenkomst II; Project TGVO voor Turkse en Marokkaanse bezoekers van het consultatiebureau Den Haag**



**PROJECT TGVO  
VOOR TURKSE EN MAROKKAANSE BEZOEKERS  
VAN HET CONSULTATIEBUREAU  
DEN HAAG**

**OBSERVATIE-FORMULIER GROEPSBIJENKOMST II**

CB:

Groepsvoorlichtster:

Datum:

Welke ouders waren uitgenodigd en welke waren aanwezig?

Uitgenodigd

Aanwezig

1. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
2. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
3. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
4. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
5. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
6. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
7. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
8. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
9. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
10. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
11. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:
12. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:

13. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:

14. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:

15. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:

16. Naam kind:  
Adres:  
Woonplaats:

1. Was er een tolk aanwezig?  
 ja  
 nee
2. Werde inhoud van de bijeenkomst met de tolk doorgesproken?  
 ja  
 nee
3. Werde de apparatuur en het materiaal van te voren klaargezet of klaargelegd?  
 ja  
 nee
4. Waren er baby's of kleine kinderen bij de bijeenkomst aanwezig?  
 ja  
 nee
5. Was er gezorgd voor een speelhoek voor oudere kinderen?  
 ja  
 nee
6. Was er drinken klaargezet (koffie/thee)?  
 ja  
 nee
7. Kruis aan welke van de volgende materialen aanwezig waren:  
 videorecorder  
 videoband 'bijten beet gebit' in juiste taalversie (Turks resp. Marokkaans)  
 groot gebitsmodel en grote tandenborstel  
 koffertje met tandenbortfels, tandpasta's fluoridetabletjes, zuigflesje en bijtringen  
 model van kies met gaatje
8. Werde het doel van de bijeenkomst uitgelegd?  
 ja  
 nee
9. Werde er iets verteld over de vorige bijeenkomst?  
 ja  
 nee
10. Werde er verteld wat er deze bijeenkomst aan de orde zou komen?  
 ja  
 nee
11. Werde er uitgelegd hoe gaatjes ontstaan?  
 ja  
 nee
12. Werde de videoband over suiker en snoepen vertoond?  
 ja  
 nee



13. Werd uitgelegd waarom suiker slecht is?  
 ja  
 nee
14. Werd uitgelegd waar suiker inzit?  
 ja  
 nee
15. Werd uitgelegd hoe je het beste kunt snoepen?  
 ja  
 nee
16. Werd uitgelegd waarom een zuigflesje met een zoete drank slecht is?  
 ja  
 nee
17. Werd uitgelegd hoe er gepoetst moet worden?  
 ja  
 nee
18. Hadden de ouders een tandenborstel meegenomen?  
 ja  
 nee
19. Werd ouders gevraagd ter plekke in de mond van hun kind te poetsen?  
 ja  
 nee
20. Was er voldoende gelegenheid vragen te stellen?  
 ja  
 nee
21. Was er voldoende gelegenheid voor discussie?  
 ja  
 nee
22. Letten de ouders goed op?  
 ja  
 nee
23. Vertaalde de tolk goed wat er gezegd werd?  
 ja  
 nee
24. Werd er eenvoudige taal gebruikt?  
 ja  
 nee
25. Werden belangrijke punten herhaald?  
 ja  
 nee

26. Begrepen de ouders over het algemeen wat er gezegd werd?

- ja
- nee

27. Werd de bijeenkomst binnen een half uur gehouden?

- ja
- nee, korter
- nee, langer

Bijzonderheden: