

EINDRAPPORT DATAREGISTRATIE- EN EVALUATIE MONDGEZONDHEID BELGISCHE BEVOLKING 2023-2024

INTERUNIVERSITAIRE CEL EPIDEMIOLOGIE

IN OPDRACHT VAN



IN SAMENWERKING MET



KU LEUVEN

 **UCLouvain**

ULB UNIVERSITÉ
LIBRE
DE BRUXELLES


UNIVERSITEIT
GENT



Inhoudstafel

1. VOORWOORD.....	1
2. INLEIDING	3
3. PROJECTTEAM EN TAKEN	6
3.1. Projectteam.....	6
3.2. Taken van het projectteam.....	7
4. PARTNERS EN BETROKKEN INSTANTIES	8
4.1. Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).....	8
4.1.1. Verzekeringscomité van het RIZIV	8
4.1.2. Begeleidingscomité.....	8
4.1.3. Stuurgroep Kwaliteitspromotie Tandartsen.....	8
4.2. Sciensano	8
4.3. Intermutualistisch Agentschap	9
4.4. Centrum voor Biostatistiek en Statistische Bioinformatica KU Leuven (L-Biostat) ...	9
5. MATERIALEN EN METHODEN.....	10
5.1. Studie Design	10
5.1.1. Opzet van de studie	10
5.1.2. Studieperiode	10
5.2. Populatie en steekproef	11
5.2.1. Doelpopulatie en studiepopulatie	11
5.2.2. Steekproefgrootte	11
5.2.3. Steekproeftrekking	12
5.2.4. Rekrutering en motivatie van deelnemers	13
5.3. Interviewers en tandartsen	14
5.3.1. Statbel-interviewers	14
5.3.2. Tandarts-onderzoekers en ICE-screeners	14
5.4. Verzamelde gegevens en hun oorsprong.....	17
5.4.1. Algemene gezondheidstoestand en socio-demografische informatie	17
5.4.2. Mondgezondheidsgerelateerde gewoonten en zelfperceptie van mondgezondheid.....	17
5.4.3. Klinische bevindingen.....	18
5.4.4. Consumptie van gezondheidszorg en medicatiegebruik.....	19
5.5. Veldwerk.....	21
5.5.1. Voorbereidende activiteiten voor de organisatie van het veldwerk	21
5.5.2. ICE-secretariaat en helpdesk voor opvolging van het veldwerk	22
5.5.3. Start van de gegevensverzameling	23

5.5.4.	<i>Procedure voor het contacteren van huishoudens</i>	23
5.5.5.	<i>Klinisch onderzoek, gegevensinvoer en formaliteiten</i>	23
5.5.6.	<i>Cadeaubonnen voor deelnemers</i>	24
5.5.7.	<i>Vergoeding van tandarts-onderzoekers en screeners</i>	24
5.6.	Ethische en privacyoverwegingen	24
5.6.1.	<i>Goedkeuring door de Ethische Commissie</i>	24
5.6.2.	<i>Geïnformeerde toestemming</i>	24
5.6.3.	<i>Mogelijke risico's en voordelen</i>	25
5.6.4.	<i>Vertrouwelijkheid</i>	25
5.6.5.	<i>Studieverzekering</i>	25
5.6.6.	<i>Gegevensverwerking en privacybescherming</i>	25
5.7.	Globale databank	26
5.8.	Databeheer en statistiek	29
5.8.1.	<i>Gegevensverwerking en kwaliteitscontrole</i>	29
5.8.2.	<i>Ontwikkeling van codeboek voor statistische analyse</i>	29
5.8.3.	<i>Gegevensanalyses</i>	29
5.9.	Kwaliteitsbewaking	29
6.	RESULTATEN EN DISCUSSIE	31
6.1.	Deelname aan het onderzoek	31
6.2.	Tandarts-onderzoeker en ICE-screener	33
6.3.	Kenmerken van de steekproef	33
6.3.1.	<i>Verdeling volgens nationaliteit</i>	34
6.3.2.	<i>Verdeling volgens gewest en provincie</i>	35
6.3.3.	<i>Verdeling volgens leeftijd en geslacht</i>	36
6.3.4.	<i>Verdeling volgens socio-demografische kenmerken</i>	37
6.3.5.	<i>Verdeling volgens sociale status (Verhoogde Tegemoetkoming, VT)</i>	38
6.3.6.	<i>Representativiteit van de steekproef</i>	39
6.4.	Weergave van de resultaten en discussie	41
6.4.1.	<i>Weging van de resultaten</i>	41
6.4.2.	<i>Weergave van de resultaten volgens geselecteerde indicatoren</i>	41
6.4.3.	<i>Maten gebruikt om de resultaten te beschrijven</i>	42
6.5.	Resultaten: Mondgezondheidsstatus	43
6.5.1.	<i>Aantal tanden</i>	43
6.5.2.	<i>Mondhygiëne</i>	44
6.5.3.	<i>Parodontale status (DPSI)</i>	45
6.5.4.	<i>Gebitsstatus</i>	48

6.5.5.	<i>Anterieure dento-faciale afwijkingen</i>	58
6.5.6.	<i>Gebitsprothesen</i>	60
6.5.7.	<i>Functionele occlusale contacten en functionele occlusie</i>	64
6.6.	Resultaten: gerapporteerd mondgezondheidsgedrag	67
6.6.1.	<i>Mondhygiënegewoonten</i>	67
6.6.2.	<i>Voedingsgewoonten</i>	76
6.6.3.	<i>Tandartsbezoek</i>	82
6.6.4.	<i>Gebruik van stimulerende middelen</i>	87
6.7.	Resultaten: Subjectieve mondgezondheid	92
6.7.1.	<i>Zelf-ervaren mondgezondheidssituatie</i>	92
6.7.2.	<i>Klachten met betrekking tot aangezicht en mondholte</i>	94
6.8.	Resultaten: Algemene gezondheid	96
6.8.1.	<i>Subjectieve gezondheid</i>	96
6.8.2.	<i>Chronische aandoeningen</i>	98
6.8.3.	<i>Algemene gezondheid en levenskwaliteit</i>	99
6.9.	Resultaten: Mondzorg- en algemene zorgconsumptie	101
6.9.1.	<i>Gebruik van professionele mondzorg</i>	101
6.9.2.	<i>Gebruik van algemene gezondheidszorg</i>	108
7.	VERGELIJKING VAN RESULTATEN OHDRES 2023-2024 MET EERDERE OHDRES-ONDERZOEKEN	110
7.1.	Socio-demografische gegevens	111
7.2.	Mondhygiëne en mondhygiënegewoonten	112
7.3.	Parodontale status	115
7.4.	Gebitsstatus	116
7.5.	Prothetische status en functionele occlusie	119
7.6.	Klachten met betrekking tot het aangezicht en de mondholte	122
7.7.	Tandartsbezoek	122
8.	EVALUATIE EN AANBEVELINGEN	123
8.1.	Samenwerking met opdrachtgever	123
8.2.	Uitdagingen en aanbevelingen	123
8.2.1.	<i>Timing van het project</i>	123
8.2.2.	<i>Organisatie en planning van het project</i>	124
8.2.3.	<i>Uitvoering van het veldwerk</i>	124
8.2.4.	<i>Gehanteerde methodiek</i>	125
8.2.5.	<i>Analyse en rapportering</i>	126
9.	REFERENTIES	127

10. ANNEXEN.....	130
10.1. Sectie mondgezondheids van de HIS	130
10.2. Klinisch onderzoeksformulier	132
10.3. Flowchart steekproef OHDRES 2023-2024.....	134
10.4. Lijst van andere annexen	135

1. VOORWOORD

Het project “Oral Health Data Registration and Examination Survey (OHDRES) 2023-2024” vormt de volgende ronde in de gegevensverzameling omtrent mondgezondheid bij de Belgische bevolking, na eerdere edities uitgevoerd in 2008-2010 en 2012-2014. OHDRES 2023-2024 koppelt informatie verzameld via face-to-face interviews in het kader van de nationale Gezondheidsenquête 2023-2024 aan mondgezondheidsgegevens verkregen via klinisch onderzoek en geselecteerde gegevens over het gebruik van gezondheidszorg, op individueel niveau. Dit resulteert in een unieke databank die wetenschappelijk onderbouwde besluitvorming en beleidsontwikkeling mogelijk maakt met betrekking tot de organisatie en het aanbod van mondzorg in België.

Dit rapport presenteert een selectie van resultaten verkregen uit de steekproef van deelnemers aan OHDRES 2023-2024 en vergelijkt deze resultaten met die van voorgaande edities van OHDRES. Verdere details worden besproken in de volgende hoofdstukken van dit document.

OHDRES 2023-2024 werd uitgevoerd in opdracht van en gefinancierd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). De studie is een secundaire studie binnen de Belgische Gezondheidsenquête (HIS 2023-2024), uitgevoerd door Sciensano, dat de opdracht kreeg en mede gefinancierd werd door de verschillende Belgische overheden bevoegd voor volksgezondheid. Voor het project OHDRES 2023-2024 werd een samenwerkingsovereenkomst afgesloten tussen Sciensano en het Interuniversitair Consortium Epidemiologie (ICE), een partnerschap tussen KULeuven (Dominique Declerck), ULB (Peter Bottenberg), UCLouvain (Joana Carvalho) en UGent (Martijn Lambert).

Het wetenschappelijke team van de HIS bij Sciensano coördineerde de activiteiten tussen HIS en OHDRES en bood methodologische ondersteuning. Het ICE-team wenst hierbij Stefaan Demarest (coördinator), Johan Van der Heyden, Christina Stabourlos en Manon Janssens te bedanken voor de samenwerking.

De uitvoering en voortgang van OHDRES 2023-2024 werden opgevolgd door een Begeleidingscomité onder voorzitterschap van RIZIV administrateur-generaal Mickaël Daubie. Het comité bestond uit vertegenwoordigers van de Dienst Geneeskundige Verzorging, het Verzekeringscomité en het Nationaal Comité Tandartsen-Ziekenfondsen (NCTZ) van het RIZIV; vertegenwoordigers van ziekenfondsen, het kabinet van de minister van Volksgezondheid en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Voor de koppeling van gegevens uit verschillende bronnen was samenwerking met de volgende partners essentieel: het Informatieveiligheidscomité (IVC), het Belgische statistiekbureau Statbel en het Intermutualistisch Agentschap (IMA) (Montse Urbina, David Jaminé). Het ICE-team waardeert hun inzet om dit proces te realiseren.

Het ICE-team wenst in het bijzonder Kris Bogaerts en Ann Belmans van het Leuven Biostatistics and Statistical Bioinformatics Centre/L-Biostat te bedanken voor de statistische analyses en de efficiënte samenwerking.

Verder bedankt het ICE-team alle HIS-interviewers die bijdroegen aan de gegevensverzameling via bevraging. Tandarts-onderzoekers en ICE-screeners verzamelden de klinische gegevens op basis van mondgezondheidsonderzoeken. Het ICE-team erkent hun inzet en waardeert de extra inspanningen die dit vereiste.

Tot slot wenst het ICE-team de leden van het projectteam te bedanken: Doris Voortmans (wetenschappelijk medewerker), Ezgi Ögün (wetenschappelijk medewerker), Truu Ravelenghe (administratieve ondersteuning) en Hilde Gevaert (administratieve ondersteuning). Hun inzet was onmisbaar voor de succesvolle uitvoering van dit project.

Meer informatie?

Contacteer:

Sciensano - Manon Janssens ■ manon.janssens@sciensano.be

Hoe dit rapport citeren?

Declerck D., Bottenberg P., Carvalho J., Gevaert H., Lambert M., Ögün E., Voortmans D.
Dataregistratie- en evaluatie mondgezondheid Belgische bevolking 2023-2024: Eindrapport, Juni 2025

2. INLEIDING

In het meest recente *Global Oral Health Status Report* van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) blijven mondziekten de meest voorkomende gezondheidsproblemen wereldwijd, over alle vier inkomensgroepen waarin landen worden gecategoriseerd (WHO, 2022). Er wordt geschat dat in 2019 wereldwijd 3,5 miljard mensen een onbehandeld mondgezondheidsprobleem hadden. Tussen 1990 en 2019 nam de wereldwijde prevalentie van mondziekten toe met 3,2%. Hoewel de prevalentie van cariës in het melkgebit (42,7%) en blijvend gebit (28,7%) in die periode licht daalde met respectievelijk 3,3% en 2,6%, is het voornamelijk ernstige parodontitis die in opmars is. De wereldwijde prevalentie daarvan bedraagt 18,8%, een toename met 24,0% ten opzichte van dertig jaar eerder. Aangezien parodontitis vooral mensen ouder dan 50 treft, doen de vergrijzing van de wereldbevolking en de toenemende levensverwachting vermoeden dat de prevalentie ervan niet snel zal afnemen zonder bijkomende maatregelen.

Mondziekten hebben een aanzienlijke impact, zowel op vlak van gezondheid als economische kosten. Naast het rapport van de WHO publiceerde ook het World Economic Forum (WEF) een rapport waarin het belang van investeringen in mondgezondheid wordt benadrukt (WEF White Paper, 2024). Beide rapporten wijzen op het onmiskenbare verband tussen mondgezondheid en algemene gezondheid en beschrijven de impact van mondziekten in termen van zowel directe als indirecte economische kosten.

Wetenschappelijk onderzoek heeft een duidelijk verband aangetoond tussen parodontitis en type II diabetes (Alwithanani, 2023). Deze relatie is bidirectioneel: mensen met diabetes lopen een groter risico om parodontitis te ontwikkelen of kunnen een snellere progressie van de aandoening ondervinden. Bovendien hebben mensen met slecht gecontroleerde diabetes een verhoogd risico op candida-infecties, disfuncties van de speekselklieren en vertraagde wondheling na tandextracties. Omgekeerd blijkt ook dat het moeilijker is om de bloedsuikerspiegel onder controle te houden wanneer parodontitis aanwezig is. Behandeling van parodontitis verbetert de bloedsuikerregulatie, wat het risico op ernstige complicaties van diabetes en de daarmee gepaarde kosten verlaagt (Nasseh et al., 2016).

Ook is een verhoogde prevalentie en incidentie van cardiovasculaire aandoeningen vastgesteld bij personen met chronische parodontale ontstekingen, evenals een verband met hypertensie (Sanz et al., 2020; Martin-Cabezas et al., 2016). Er bestaat een reëel risico op bacteriële endocarditis - een ontsteking van het endocard veroorzaakt door bacteriën die in de bloedbaan circuleren en zich hechten ter hoogte van beschadigde zones.

Een andere medische aandoening die verband houdt met orale bacteriën is aspiratiepneumonie, een ontsteking van het longweefsel als gevolg van het accidenteel inademen van orale bacteriën (Khadka et al., 2021). Goede mondhygiëne kan het risico op aspiratiepneumonie en de gerelateerde mortaliteit aanzienlijk verlagen (Van der Maarel-Wierink et al., 2013). Wat betreft de ziekte van Alzheimer is er eveneens een correlatie vastgesteld met parodontitis, hoewel het biologische mechanisme achter deze link nog niet volledig is opgehelderd (Barbarisi et al., 2024). Wel werd vastgesteld dat de orale bacterie *P. Gingivalis* in grotere aantallen aanwezig is in het hersenweefsel van personen met Alzheimer.

Zowel de directe gezondheidssimpact als de behandeling van mondziekten brengen hoge kosten met zich mee. In 2019 werd de wereldwijde directe uitgave aan de behandeling van mondgezondheidsproblemen geraamd op meer dan 387 miljard USD, wat neerkomt op gemiddeld 50 USD per persoon wereldwijd en bijna 5% van de totale uitgaven aan gezondheidszorg (Jevdjovic en Listl, 2025). Daarnaast moeten ook de indirecte kosten in rekening worden gebracht, zoals productiviteitsverlies en andere gevolgen van leven met een slechte mondgezondheid. Deze werden aanvullend geraamd op 323 miljard USD. Preventie van mondziekten kan daarom worden beschouwd als een belangrijke beleidsmaatregel die economische besparingen, volksgezondheid en mondgezondheid gerelateerde levenskwaliteit bevordert.

Wanneer overheden streven naar een verbetering van de mondgezondheid moeten zij rekening houden met de ongelijke verdeling van mondziekten. Net zoals algemene gezondheid is mondgezondheid afhankelijk van een waaier aan gezondheidsdeterminanten gerelateerd aan het individu, zijn fysieke en sociale omgeving, en de bredere maatschappelijke context en het gezondheidssysteem van het land waarin hij of zij leeft. Duidelijke sociaaleconomische gezondheidsverschillen tekenen zich af volgens een sociale gradiënt: hoe groter de sociale kwetsbaarheid, hoe groter het risico op mondziekten (Tellez et al., 2014).

Omwille van de hoge prevalentie en impact van mondziekten, in combinatie met hun ongelijke spreiding, is het essentieel dat overheden de mondgezondheid van de bevolking systematisch opvolgen. Dit laat toe tijdig te reageren op veranderingen in de mondgezondheid zelf en op verschuivingen in risicoprofielen. Het is dan ook geen toeval dat de WHO één van de zes strategische doelstellingen in haar *Global Strategy on Oral Health 2023-2030* toespitst op gezondheidsinformatie: "Versterk toezicht en gezondheidsinformatiesystemen om tijdige en relevante feedback te bieden over mondgezondheid aan beleidsmakers voor evidence-based beleidsvoering" (WHO, 2024).

Met het oog op het ontwikkelen van een instrument om de mondgezondheid van de Belgische bevolking te monitoren nam het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) reeds meer dan 20 jaar geleden initiatief. Er werd opdracht gegeven aan het Interuniversitair Consortium Epidemiologie (ICE) om een systeem te ontwikkelen voor gegevensregistratie en evaluatie met betrekking tot de mondgezondheid van de Belgische bevolking.

Een belangrijk aspect van deze opdracht was het uitwerken van een voorstel dat kon worden geïntegreerd in het nationale accrediteringssysteem voor tandartsen. Het ICE ontwikkelde in 2004 een eerste ontwerpvoorstel met een gedetailleerde beschrijving van de doelstellingen en onderzoeksvragen van het gegevensregistratiesysteem, de mogelijke partners, de beoogde populatie en steekproef, materiaal en methoden, manieren waarop gegevens konden worden verzameld en ingevoerd, de statistische analyse, het budget en de tijdsplanning.

In 2007 werd vervolgens aan het ICE gevraagd om een haalbaarheidsstudie uit te voeren met als doel de voorgestelde meetinstrumenten te valideren en het proces te evalueren. Het eindrapport van deze haalbaarheidsstudie werd op 1 september 2008 voorgelegd aan het Verzekeringscomité van het RIZIV. Op basis van dit rapport werd beslist om over te gaan tot de definitieve implementatie van het voorgestelde gegevensregistratiesysteem, ook bekend onder de naam 'Oral Health Data Registration and Evaluation System (OHDRES)'.

Een eerste gegevensregistratie vond plaats in de periode 2008-2010 (OHDRES 2008-2010). Van bij aanvang van het project, en reeds in de haalbaarheidsstudie, werd een integratie met de nationale gezondheidsenquête (HIS) beoogd en procesmatig getest. Door wettelijke beperkingen was het echter onmogelijk om de nodige toestemmingen van de betrokken instanties te verkrijgen. Deze eerste gegevensverzamelingsronde bestond daarom uit gegevens verzameld op basis van het mondonderzoek, vragenlijsten bij de deelnemers en gegevens over zorgconsumptie maar zonder koppeling aan de gegevens van de nationale gezondheidsenquête. Een gedetailleerd verslag van OHDRES 2008-2010 is beschikbaar via de website van het RIZIV (link https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport_mondgezondheid_2011.pdf).

Het RIZIV erkent het belang van een opvolging van de mondgezondheidstoestand van de Belgische bevolking doorheen de tijd. Om deze reden werd in 2012 een volgende gegevensverzameling opgestart. Voor dit project werden de noodzakelijke toelatingen bekomen om een koppeling op individueel niveau mogelijk te maken met de gegevens van de nationale gezondheidsenquête. Het verzamelen van gegevens over mondgezondheid in combinatie met algemene gezondheidsgegevens biedt een aanzienlijke meerwaarde. Het online raadpleegbare verslag bundelt de gebruikte methoden en beschrijft de resultaten van het OHDRES 2012-2014-project (https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport_mondgezondheid_2012_2014.pdf).

Na een onderbreking van 10 jaar werd een nieuwe gegevensverzameling gepland, met name het OHDRES 2023-2024 project, dat het voorwerp vormt van dit verslag. Sciensano werd aangesteld als coördinator van het project en ging hiervoor een samenwerking aan met het ICE.

Het doel van het OHDRES 2023-2024 project was om een representatief en actueel beeld te schetsen van de mondgezondheidstoestand, het gedrag inzake mondgezondheid, relevante aspecten van algemene gezondheid en de impact op de levenskwaliteit van de Belgische bevolking voor de periode 2023-2024. Er werd een koppeling gemaakt met relevante gegevens over medisch en tandheelkundig zorggebruik in de periode 2018 tot 2022, evenals met de gegevens uit de nationale gezondheidsenquête (HIS 2023-2024).

De aldus verkregen gegevens bieden een overzicht van de huidige mondgezondheidstoestand van de Belgische bevolking, evenals de trends die zich doorheen de tijd hebben voorgedaan. Deze gegevens vormen een waardevolle basis voor het formuleren van aanbevelingen en het uitvoeren van aanvullend onderzoek met implicaties voor het mondgezondheidsbeleid in België.

Het rapport beschrijft in detail de opzet van het project, de betrokken partners, het gebruikte materiaal en de methoden, de gegevensverzameling, de analyse, de resultaten, een eindbeoordeling van het project en verdere aanbevelingen. Waar mogelijk werd een vergelijking gemaakt met de resultaten van eerdere gegevensverzamelingen.

Dit verslag is gebaseerd op gegevens verzameld bij deelnemers van de nationale gezondheidsenquête (HIS 2023-2024) die instemden met deelname aan het OHDRES 2023-2024. De vragenlijst over mondgezondheidsgewoonten maakte deel uit van de HIS 2023-2024 en werd afgenomen bij een ruimere groep deelnemers. Deze resultaten worden afzonderlijk gerapporteerd (https://www.sciensano.be/sites/default/files/dh_report_2023_nl.pdf).

3. PROJECTTEAM EN TAKEN

3.1. Projectteam

Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) belastte Sciensano, in het kader van de Nationale Gezondheidsenquête 2023-2024 (HIS 2023-2024), met de uitvoering van het *Oral Health Data Registration and Evaluation System of the Belgian Population (OHDRES)* - een nationaal representatieve epidemiologische studie naar de mondgezondheid van de Belgische bevolking.

Voor het onderdeel mondgezondheid werd een onderaannemingsovereenkomst afgesloten tussen Sciensano en de Interuniversitaire Cel voor Epidemiologie (ICE), waarin vertegenwoordigers van de verschillende tandheelkundige opleidingen in België vertegenwoordigd zijn. De KU Leuven fungeerde als officiële vertegenwoordiger van de ICE tijdens de samenwerking met alle betrokken partners en relevante stakeholders, zoals beschreven in het volgende hoofdstuk.

Het ICE-team bestond uit de volgende experts:

- Dominique Declerck (KU Leuven, Projectcoördinator)
- Peter Bottenberg (ULB)
- Joana Carvalho (UCLouvain)
- Martijn Lambert (UGent)

Medewerkers van het projectteam:

- Doris Voortmans (KU Leuven)
- Ezgi Ögün (KU Leuven)
- Truu Ravelengee (KU Leuven)
- Hilde Gevaert (KU Leuven)
- Kris Bogaerts (KU Leuven, L-Biostat)
- Ann Belmans (KU Leuven, L-Biostat)

Adviseur:

- Stefaan Hanson (Verbond der Vlaamse Tandartsen - VVT)

Veldwerk:

Het veldwerk werd deels uitgevoerd door een team van ICE-screenings (tandartsen), en deels door de eigen tandartsen van de deelnemers (tandarts-onderzoekers).

3.2. Taken van het projectteam

De ontwikkeling en implementatie van het Oral Health Data Registration and Evaluation System of the Belgian Population (OHDRES 2023-2024) bestond uit verschillende stappen:

- A. Het opstellen van het onderzoeksprotocol
- B. Het sluiten van de nodige overeenkomsten (Sciensano, IMA)
- C. Het aanvragen van de nodige toestemmingen (Informatie Veiligheidscomité)
- D. Het updaten van de verschillende meetinstrumenten (vragenlijst, klinische module)
- E. Het ontwikkelen van de veldwerkprocedure
- F. Het verspreiden van projectinformatie en updates naar het grote publiek en tandheelkundige professionals.
- G. Ontwikkelen van trainings- en kalibratietools en een digitaal onderzoeksformulier
- H. Opzetten van het ICE-secretariaat en de helpdesk
- I. Selecteren, contacteren, trainen en kalibreren van de ICE-screeners en tandarts-onderzoekers
- J. Voorbereiden van het codeboek voor statistische analyse
- K. Uitvoeren en monitoren van de enquête, in nauwe samenwerking met Sciensano
- L. Vergoedingen aan deelnemers (vouchers) uitkeren
- M. Opschonen van de onderzoeksgegevens in de daartoe opgezette databases
- N. Monitoren van het datakoppelingsproces
- O. Analyseren van de onderzoeksresultaten
- P. Uitvoeren van een procesevaluatie en formuleren van aanbevelingen
- Q. Opstellen van het eindrapport

Voor een meer gedetailleerde beschrijving van de opdracht verwijzen wij naar hoofdstuk 5 en het projectprotocol (zie annex 1).

4. PARTNERS EN BETROKKEN INSTANTIES

4.1. Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)

4.1.1. Verzekeringscomité van het RIZIV

Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) trad op als initiator en als toezichthoudend comité voor OHDRES 2023-2024. Voor dit project werd op 03/10/2022 een formele overeenkomst gesloten tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en Sciensano.

Voor de uitwerking van het projectprotocol voor OHDRES 2023-2024 en de uitvoering van de dataverzameling sloot Sciensano een overeenkomst af met het ICE voor de periode van 01/06/2022 tot 31/12/2024, ondertekend op 19/12/2022. Een verlenging van het project (met 6 maanden, tot 30/06/2025) werd goedgekeurd door het Verzekeringscomité op 10/03/2025 en ondertekend op 10/04/2025.

4.1.2. Begeleidingscomité

Er werd een begeleidingscomité ingesteld, onder voorzitterschap van de algemeen directeur van het RIZIV, Mickaël Daubie, en samengesteld uit vertegenwoordigers van de Dienst Geneeskundige Verzorging, het Verzekeringscomité, en het Nationaal Comité Tandartsen - Ziekenfondsen (NCTZ) van het RIZIV; vertegenwoordigers van de ziekenfondsen, de beleidscel van de Minister van Volksgezondheid en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Het begeleidingscomité werd regelmatig op de hoogte gehouden van de voortgang van het project. Een tussentijds rapport over de projectstatus werd ingediend en besproken met het begeleidingscomité op 09/10/2023 en op 13/09/2024. Tijdens deze laatste zitting werd een verlenging van de dataverzamelingsperiode met zes maanden gevraagd vanwege de trage rekrutering van participanten.

4.1.3. Stuurgroep Kwaliteitspromotie Tandartsen

Omdat deelnemers aan OHDRES 2023-2024 de mogelijkheid hadden om het klinisch onderzoek door hun eigen tandarts te laten uitvoeren, werd bij de stuurgroep Kwaliteitspromotie Tandartsen toestemming gevraagd om de klinische mondonderzoeken te koppelen aan de accreditatievereisten voor algemene tandartsen. Dat om deelname door eigen tandartsen te bevorderen en een lage respons te vermijden.

4.2. Sciensano

Sciensano is het Belgisch nationaal instituut voor gezondheid. Het steunt het gezondheidsbeleid en de volksgezondheid via wetenschappelijk onderzoek, surveillance en deskundig advies. Sciensano verzamelt en analyseert gezondheidsgegevens om trends te monitoren, de zorgkwaliteit te waarborgen en de volksgezondheid te beschermen. Daarnaast is het verantwoordelijk voor de uitvoering van de nationale gezondheidsinterviews (HIS) in België.

Er werd een overeenkomst gesloten tussen Sciensano en het ICE voor de dataverzameling inzake mondgezondheid. Het wetenschappelijk HIS-team bij Sciensano coördineerde de activiteiten tussen HIS en OHDRES en leverde methodologische ondersteuning.

4.3. Intermutualistisch Agentschap

Het Intermutualistisch Agentschap (IMA) is een vzw opgericht door de zeven ziekenfondsen. Haar missie is het analyseren van gezondheidsdata die door de ziekenfondsen worden verzameld binnen hun opdracht en het verstrekken van relevante informatie.

IMA ondersteunde het ICE tijdens haar aanvraag tot data-koppeling bij het informatieveiligheidscomité (IVC), hielp bij de uitwerking van het schema van de gegevensstroom en zorgde ervoor dat alle vereiste procedures werden nageleefd. Nadat goedkeuring werd verkregen van de IVC (beslissing van 03/12/2024, aangepast op 01/04/2025), leverde IMA de gevraagde gegevens betreffende medisch en tandheelkundig zorggebruik via een beveiligde server.

4.4. Centrum voor Biostatistiek en Statistische Bioinformatica KU Leuven (L-Biostat)

Het *Leuven Biostatistics and Statistical Bioinformatics Centre* (L-BioStat) van KU Leuven maakt deel uit van de Faculteit Geneeskunde & de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven. L-BioStat was verantwoordelijk voor de statistische analyse van de gekoppelde data in dit project.

5. MATERIALEN EN METHODEN

5.1. Studie Design

De OHDRES 2023-2024 is een cross-sectionele epidemiologische studie uitgevoerd in de Belgische bevolking. Deze studie werd herhaald in de tijd sinds de eerste editie die plaatsvond in 2008-2010. De huidige editie is de derde in zijn soort. Aangezien in eerdere edities vergelijkbare informatie werd verzameld, kunnen de gegevens van deze dataverzamelingsrondes met elkaar gecombineerd worden. Hierdoor kan men de aaneenschakeling van studies beschouwen als een herhaalde cross-sectionele epidemiologische studie. Bij het opzetten van de studie werd rekening gehouden met de compatibiliteit van de gegevens met die verzameld in vorige edities van de OHDRES en met internationale gegevens over mondgezondheid, wat longitudinale en cross-sectionele vergelijkingen mogelijk maakt.

5.1.1. Opzet van de studie

De organisatie van de HIS 2023-2024 bood een uitstekende gelegenheid om een nieuwe gegevensverzameling rond mondgezondheid uit te voeren. Daarom werden HIS-deelnemers die aan de criteria voldeden, uitgenodigd om bijkomend deel te nemen aan de OHDRES 2023-2024. Deelname aan de OHDRES 2023-2024 hield in dat een mondonderzoek plaatsvond, bij voorkeur binnen de twee maanden na deelname aan de HIS. Mits toestemming van de deelnemer, werd op individueel niveau een koppeling tot stand gebracht tussen de gegevens uit de HIS 2023-2024, de gegevens van het mondonderzoek en relevante gegevens met betrekking tot gezondheidszorgconsumptie.

De OHDRES 2023-2024 bestond uit drie delen:

- een module mondgezondheid geïntegreerd in het face-to-face interview van de HIS 2023-2024, afgenomen door de HIS-interviewers;
- een mondonderzoek uitgevoerd door een gekalibreerde tandarts-onderzoeker volgens gestandaardiseerde criteria (OHE);
- geselecteerde gegevens met betrekking tot het gebruik van gezondheidszorg en terugbetaalde geneesmiddelen, afkomstig uit de databanken van het Intermutualistisch Agentschap (IMA).

5.1.2. Studieperiode

De studieperiode werd bepaald op basis van de timing van de HIS 2023-2024. Het veldwerk van de HIS 2023-2024 vond plaats tussen februari 2023 en december 2024. De HIS-deelnemers werden uitgenodigd om deel te nemen aan de OHDRES 2023-2024 tot de vooropgestelde netto steekproefgrootte bereikt werd. De gegevensverzameling van de OHDRES 2023-2024 startte op 15 oktober 2023 en werd afgesloten op 15 januari 2025.

5.2. Populatie en steekproef

5.2.1. Doelpopulatie en studiepopulatie

Deelnemers aan het OHDRES 2023-2024-project werden gerekruteerd onder deelnemers aan de HIS 2023-2024, volgens het principe van rekrutering in tweede fase.

Het hoofddoel van de HIS 2023-2024 is het beschrijven van de gezondheidstoestand en het gezondheidsgerelateerd gedrag van inwoners van België, ongeacht hun geboorteland, nationaliteit of andere kenmerken. Het steekproefkader bestond uit alle huishoudens opgenomen in het Belgische Rijksregister (RR).

Om praktische redenen werden enkele exclusiecriteria toegepast, waardoor volgende groepen niet in de studiepopulatie werden opgenomen:

- personen die in België wonen maar niet opgenomen zijn in het RR (daklozen, mensen zonder wettig verblijf, enz.);
- personen die verblijven in:
 - een instelling (inclusief psychiatrische instellingen), met uitzondering van ouderen in woonzorgcentra, rusthuizen en psychiatrische verzorgingstehuizen;
 - een religieuze gemeenschap of klooster;
 - een gevangenis;
- personen in recent opgerichte huishoudens die nog niet als dusdanig geregistreerd zijn in het RR.

Meer gedetailleerde informatie over de steekproef van de HIS 2023-2024 is terug te vinden in het studieprotocol HIS 2023-2024:

(https://www.sciensano.be/sites/default/files/studyprotocol_his2023_1.pdf).

5.2.2. Steekproefgrootte

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen de drie gegevensverzamelingen die deel uitmaken van de OHDRES 2023-2024:

- De steekproefgrootte voor personen die deelnamen aan het **mondgezondheidsinterview** stemt overeen met het aantal HIS-deelnemers binnen de studiepopulatie. Voor de HIS 2023-2024 werd de basissteekproefgrootte vastgelegd op 10.700 personen (4.200 voor Vlaanderen, 3.500 voor Wallonië, inclusief 300 voor Oost-België, en 3.000 voor Brussel). De autoriteiten van de Duitstalige Gemeenschap vroegen en financierden een oversampling van 600 eenheden. De uiteindelijke steekproefgrootte voor de HIS 2023-2024 werd aldus vastgelegd op 11.300 personen.
- De steekproefgrootte voor deelnemers aan het **mondonderzoek** (OHE) werd afgestemd op die van de nationale Voedselconsumptiepeiling (FCS-2014), met een streefdoel van 3.200 personen. Dit impliceerde dat 30% van de in aanmerking komende HIS-deelnemers ook aan de OHDRES moest deelnemen. Rekening houdend met eerdere ervaringen (finale steekproef van 1.875 in de vorige OHDRES en 24% participatie in de Gezondheidsevaluatie-enquête HES-2018), en met het feit dat actieve deelname vereist was, werd de haalbaarheid van deze participatiegraad als onzeker ingeschat. Daarom werd de maximale steekproefgrootte voor de OHDRES 2023-2024 vastgelegd op 2.675 personen (overeenkomend met 25% participatie).

- De steekproefgrootte voor deelnemers voor wie een gegevenskoppeling werd uitgevoerd met geselecteerde gegevens met betrekking tot **zorgconsumptie en gebruik van terugbetaalde medicatie** afkomstig uit de databanken van het IMA, stemt overeen met de steekproef van de HIS-interviews verminderd met een verwachte uitval van ongeveer 10% wegens weigering tot koppeling of onbeschikbaarheid van het RR-nummer in de IMA-databank.

5.2.3. Steekproeftrekking

De deelnemers aan de OHDRES 2023-2024 werden gerekruteerd onder de HIS 2023-2024 participanten volgens het principe van rekrutering in tweede fase. In deze sectie wordt eerst de algemene steekproefprocedure voor de HIS 2023-2024 beschreven, gevolgd door die voor OHDRES 2023-2024.

Steekproefstrategie HIS 2023-2024

Bij het ontwerpen van het steekproefschema werd zowel rekening gehouden met de representativiteit van de Belgische bevolking als met de praktische uitvoerbaarheid van het veldwerk. Daarom werd een gestratificeerd, geclusterd en getrapte steekproefontwerp gehanteerd. In dit ontwerp fungeerden gemeenten als primaire eenheden, huishoudens als secundaire en individuen als tertiaire eenheden.

Het finale steekproefschema, i.e. de methode die gehanteerd werd om een steekproef te bekomen van huishoudens en deelnemers, vormde aldus een combinatie van verschillende technieken: stratificatie, getrapte steekproeftrekking en clustering. Het selectieproces bestond uit volgende stappen:

- Regionale stratificatie (Vlaamse, Waalse en Brussels Hoofdstedelijke Gewesten);
- Stratificatie op provinciaal niveau, proportioneel aan de bevolkingsgrootte;
- Stratificatie op het niveau van de ‘*zorgregio’s/arrondissement électoraux*’ voor geografische vergelijkingen op lager niveau;
- Binnen elk stratum werden gemeenten geselecteerd met een kans evenredig aan hun grootte, zij vormden de Primary Sampling Units (PSU);
- Binnen elke geselecteerde gemeente werd een steekproef van huishoudens getrokken - de Secondary Sampling Units (SSU) - om 50 interviews per PSU mogelijk te maken;
- Ten slotte werden maximaal vier personen per huishouden geselecteerd voor deelname, de Tertiary Sampling Units (TSU). Voor huishoudens met minstens vijf leden, werden de referentiepersoon en diens partner weerhouden, aangevuld met een willekeurige selectie onder de overige gezinsleden om tot het vooropgezette aantal van vier personen per huishouden te komen.

De steekproeftrekking werd uitgevoerd door het Belgische statistiekbureau Statbel.

Meer informatie is beschikbaar in het studieprotocol HIS 2023-2024:

(https://www.sciensano.be/sites/default/files/studyprotocol_his2023_1.pdf).

Steekproefstrategie interview mondgezondheid

Alle in aanmerking komende deelnemers aan de HIS 2023-2024 beantwoordden de module mondgezondheid. Voor respondenten jonger dan 15 jaar of volwassenen die de vragenlijst niet zelf konden invullen, werd gebruik gemaakt van een proxy-interview.

Gebruik van gezondheidszorg en terugbetaalde geneesmiddelen

Alle HIS 2023-2024 deelnemers werden gevraagd om toestemming voor koppeling van hun gegevens met de IMA-gegevens. Alleen mits expliciete toestemming (door ouders of voogd in geval van minderjarigen) werd de koppeling uitgevoerd.

Steekproefstrategie mondonderzoek

Alle HIS 2023-2024 deelnemers kwamen in aanmerking voor deelname aan de OHDRES 2023-2024, behalve kinderen jonger dan 5 jaar. In aanmerking komende deelnemers werden hiertoe uitgenodigd zolang het vooropgezette aantal niet bereikt werd of zolang het HIS 2023-2024 veldwerk liep.

5.2.4. Rekrutering en motivatie van deelnemers

De gegevensverzameling voor HIS 2023-2024 startte met het verwittigen van de huishoudens die willekeurig geselecteerd werden voor deelname aan de HIS 2023-2024. Statbel stuurde een uitnodigingsbrief (annex 2) en een informatiefolder (annex 3) naar de referentiepersoon van het huishouden. Hierin werd uitleg gegeven over het doel en de inhoud van de bevraging, en over de praktische modaliteiten, onder andere dat een interviewer hen kort nadien zou contacteren. In deze brief werd ook verwezen naar de mogelijkheid om deel te nemen aan de OHDRES 2023-2024.

Van zodra deze documenten verstuurd waren naar het huishouden, kreeg de interviewer verantwoordelijk voor de betreffende (groep van) huishoudens toegang tot de contactgegevens van het betrokken huishouden (naam van leden van het huishouden en hun adres) en aanduiding van de leden geselecteerd voor deelname aan de HIS 2023-2024. De interviewer nam vervolgens contact op met het huishouden om de bereidheid tot deelname te bespreken en, in voorliggend geval, een afspraak vast te leggen.

Voor de start van het interview werd aan de in aanmerking komende HIS 2023-2024 deelnemers gevraagd of zij bereid waren opnieuw gecontacteerd te worden voor de OHDRES 2023-2024. Bij akkoord werd een toestemmingsformulier ondertekend waarmee de contactgegevens gedeeld mochten worden met het ICE-secretariaat en de tandarts-onderzoeker om het mondonderzoek te kunnen inplannen. Een specifiek item op het toestemmingsformulier van HIS 2023-2024 was hieraan gewijd.

Aan het einde van het HIS 2023-2024 interview werd gevraagd of de respondent de voorkeur gaf aan een mondonderzoek door de eigen tandarts of door een ICE-screener. Bij voorkeur voor onderzoek door de eigen tandarts werden diens contactgegevens geregistreerd (naam, adres, telefoonnummer, e-mail adres) zodat het ICE-secretariaat de afspraak kon plannen.

Gezien een lage participatiegraad een reëel risico vormde, vooral bij kwetsbare groepen, werden incentives voorzien ter motivatie van deelname. Dit vooral omdat deelname tijd en eventuele verplaatstingskosten met zich meebrachten. Deelnemers die naar hun eigen tandarts gingen, ontvingen een waardebon van €40, zij die thuis onderzocht werden door een ICE-screener €20. De HIS-interviewers lichtten toe dat de hogere vergoeding diende ter compensatie van verplaatsingskosten. De incentive werd toegekend na invoer van de gegevens van het mondonderzoek in de centrale databank.

5.3. Interviewers en tandartsen

Het basisprincipe dat werd toegepast, was dat deelnemers aan de HIS 2023-2024 die bereid waren deel te nemen aan het OHDRES 2023-2024 project, zelf een tandarts naar keuze konden aanduiden om de relevante mondgezondheidstoestand te registreren, met gebruik van de hiervoor ontwikkelde instrumenten. Enkel indien dit niet mogelijk was, werd een mondgezondheidsonderzoek aan huis uitgevoerd door een ICE-screener.

5.3.1. Statbel-interviewers

Interviewers in dienst van Statbel verzamelden interviewgegevens via de vragenlijst van de HIS 2023-2024, inclusief informatie met betrekking tot mondgezondheid. De rol van deze interviewers was tweevoudig: (1) contact opnemen met alle geselecteerde huishoudens binnen de hen toegewezen groep en (2) het afnemen van de interviews bij de geselecteerde leden van de deelnemende huishoudens. De gestructureerde interviews werden face-to-face uitgevoerd met alle geselecteerde gezinsleden (of via proxy-interview bij personen jonger dan 15 jaar en volwassenen met speciale noden). De gegevens werden verzameld via een “computer-assisted personal interview” (CAPI). De interviewers lazen de vragen op het scherm voor aan de respondent en registreerden de antwoorden rechtstreeks in de softwaretoepassing op hun laptop. Na afloop van het interview werden de gegevens rechtstreeks geüpload naar de HIS 2023-2024 database bij Statbel, zonder verdere behandeling. De CAPI-toepassing werd ontwikkeld door Sciensano en Statbel met het softwarepakket Blaise® 5.10.7.

De vragenlijsten waren beschikbaar in het Frans, Nederlands, Duits (de drie nationale talen van België) en Engels (voor anderstaligen). Indien een geselecteerd individu geen van deze talen sprak, kon een tolk worden ingezet. Dit was doorgaans een gezinslid dat zowel de moedertaal van de deelnemer als een van de Belgische talen machtig was. Alle interviewers actief binnen de HIS 2023-2024 moesten een ééndaagse opleiding volgen om standaardisatie van de gegevensverzameling en veldwerkprocedures te garanderen. Dit omvatte ook informatie over aanvullende taken in het kader van OHDRES 2023-2024. Het ICE ontwikkelde een interview guide (annex 4) ter ondersteuning van de Statbel-interviewers bij het verzamelen van de informatie over mondgezondheid.

Voor meer details over de procedures rond de HIS 2023-2024 verwijzen we naar het HIS 2023-2024 studieprotocol (https://www.sciensano.be/sites/default/files/studyprotocol_his2023_1.pdf).

5.3.2. Tandarts-onderzoekers en ICE-screeners

De veldprocedures voor OHDRES 2023-2024 weken af van vorige edities. In eerdere edities werd elk mondonderzoek uitgevoerd door tandarts-interviewers aan huis. In de editie 2023-2024 werd aan de deelnemers die akkoord gingen om deel te nemen aan het OHDRES-project gevraagd om voor een mondonderzoek naar hun eigen tandarts te gaan. Indien deelnemers geen eigen tandarts hadden of deze niet wilden inschakelen, werd een huisbezoek door een ICE-screener georganiseerd. Hiervoor werd een team van tandarts-screeners aangetrokken. Meer informatie hierover volgt in de volgende secties.

5.3.2.1. *Werving, selectie en motivatie tandartsen*

Het ICE startte een campagne om tandartsen te informeren en te motiveren om de mondonderzoeken uit te voeren. Hiervoor werd een informatiebrief (annex 5) verspreid door het RIZIV aan alle erkende tandartsen in België. Daarnaast werden representatieve tandartsenverenigingen (Verbond Vlaamse Tandartsen (VVT), Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen (VBT), Société de Médecine Dentaire (SMD) en Chambre de Médecine Dentaire (CMD)) gecontacteerd met de vraag om de aankondiging van OHDRES 2023-2024 via hun eigen communicatiekanalen aan hun leden te verspreiden.

De deelname van tandartsen werd beschouwd als onderdeel van de accrediteringsvoorwaarden voor algemene tandartsen (zoals uitdrukkelijk vermeld in de rubriek 'Deelnemen aan gegevensverzameling in het kader van het mondzorgbeleid', raadpleegbaar via de webpagina: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/tandartsen/gegevensverzameling-mondzorgbeleid>), wat de bereidheid tot deelname moest verhogen.

Als compensatie voor hun tijd en inzet ontvingen tandartsen €100 per onderzoek. Bij uitvoering door de eigen tandarts omvatte dit bedrag de eigenlijke uitvoering van het onderzoek (€75) en de tijd besteed aan voorbereiding, opleiding en kalibratie (€25). Bij uitvoering door een ICE-screener werd hetzelfde bedrag voorzien: €75 voor het onderzoek en een vaste vergoeding van €25 voor opleiding en kalibratie (éénmalig) en verplaatsingskosten.

5.3.2.2. *Tandarts-onderzoekers*

Wanneer een deelnemer koos voor een onderzoek door zijn/haar eigen tandarts, ontving het ICE-secretariaat de contactgegevens van de tandarts (zoals verzameld door de HIS interviewer) via een digitale toepassing ontwikkeld voor dit doel (zie ook 5.5.1.5). Het ICE-secretariaat contacteerde vervolgens de tandarts per post met uitleg over het doel van het mondonderzoek en alle praktische informatie en documentatie: uitnodigingsbrief (annex 6), contactgegevens van deelnemer(s), toestemmingsformulieren (annex 7), handleiding voor voorbereiding van het onderzoek inclusief training en kalibratie (annex 8) en het aanvraagformulier voor vergoeding (annex 9). De tandarts nodigde vervolgens de deelnemer(s) uit in zijn/haar praktijk om het onderzoek uit te voeren volgens gestandaardiseerde instructies (zie ook 5.3.2.4).

5.3.2.3. *ICE-screeners*

In het kader van de informatiecampagne (zie ook 5.3.2.1) werden tandartsen ook uitgenodigd om als ICE-screener op te treden. Deze tandartsen voerden het mondonderzoek uit bij de deelnemers thuis, gebruik makend van identieke gestandaardiseerde procedures. De ICE-screener ontving hiervoor een onderzoekskit per deelnemer.

Wanneer een deelnemer koos voor een onderzoek door een ICE-screener, nam het ICE-secretariaat contact op met een beschikbare screener en bezorgde alle nodige instructies en documenten. ICE-screeners volgden hetzelfde opleidings- en kalibratieproces als de tandarts-examinatoren (zie ook 5.3.2.4).

5.3.2.4. *Opleiding en kalibratie*

Om het mondonderzoek te standaardiseren werd een geïllustreerde handleiding voor het klinisch mondonderzoek ontwikkeld (annex 10). Deze 32 pagina's tellende handleiding legde het mondonderzoek in detail uit, met de te hanteren criteria per klinische aandoening, geïllustreerd met foto's. Deze richtlijn werd in het Nederlands en Frans beschikbaar gesteld via een link op het projectplatform. Printversies werden op aanvraag toegezonden. Om het mondonderzoek zoveel als mogelijk te standaardiseren, ontwikkelde het ICE online trainings- en kalibratiemodules in samenwerking met Sciensano, met behulp van © LimeSurvey GmbH.

De **trainingsmodule** bevatte zes klinische casussen, initieel opgesteld in PowerPoint, die alle relevante mondgezondheidstoestanden omvatten zoals beschreven in het OHDRES klinisch onderzoeksformulier. De casussen waren gebaseerd op echte patiënten van verschillende leeftijden die toestemming gaven om hun mondgezondheid voor educatieve doeleinden te laten fotograferen. Elke casus werd geïllustreerd met gestandaardiseerde foto's van het volledige gebit: lateraal rechts, centraal, lateraal links en occlusale beelden van boven- en onderkaak. Dit simuleert zo ver als mogelijk de gebitstoestand van personen die zich aanmelden in de dagelijkse praktijk. Deze methode werd eerder gevalideerd (Carvalho et al. 2018, 2021).

In de online trainingsmodule moesten tandartsen per casus een beoordeling geven van geselecteerde klinische aandoeningen. Bij een fout antwoord werd een tweede poging toegelaten. Bij een tweede fout werd het juiste antwoord getoond. Voltooiing van de trainingsmodule was optioneel. Tandartsen konden doorgaan naar de kalibratiemodule zodra ze zich zeker voelden over hun scoringsvermogen.

De **kalibratiemodule** bevatte zeven andere klinische casussen, met een variatie van te scoren aandoeningen. De casussen werden opgesteld zoals hoger beschreven voor de trainingsmodule. Na voltooiing van de online module kregen tandartsen een score gebaseerd op het aantal correcte antwoorden, vergeleken met een benchmark opgesteld door het ICE. Wie $\geq 75\%$ overeenstemming bereikte, kreeg toestemming om OHDRES 2023-2024 onderzoeken uit te voeren. Bij een lagere score moest de module opnieuw worden gevolgd. Tandartsen die problemen ondervonden, konden individuele feedback en hulp krijgen van het ICE. Het behalen van deze kalibratie was verplicht vóór uitvoering van onderzoeken.

5.3.2.5. *Documenten en materialen gebruikt bij het onderzoek*

De documenten en materialen die beschikbaar werden gesteld aan de examinatoren om het onderzoek uit te voeren worden hieronder opgelijst en zijn beschikbaar als annex:

- Uitnodigingsbrief tandarts (annex 6) met algemene instructies en links (beschikbaar in Nederlands, Frans, Duits)
- Handleiding voor training en kalibratiemodules (annex 8) (beschikbaar in Nederlands, Frans, Engels)
- Geïllustreerde handleiding voor het klinisch mondonderzoek (annex 10) (beschikbaar in Nederlands, Frans, Engels)
- Informatie- en toestemmingsformulieren voor deelnemers (annex 7) (volwassenen/minderjarigen) (beschikbaar in Nederlands, Frans, Engels)
- Vergoedingsaanvraagformulier voor tandartsen (annex 9) (beschikbaar in Nederlands, Frans)

- Materiaal voor klinisch onderzoek (alleen voor ICE-screeners, per post geleverd in doos met materiaal voor 20 deelnemers):
 - Onderzoekskits (MDDI dental diagnosis instrument kit SI951ST-1): mondspiegel, tandheelkundige sonde nr. 8 standaard/CPITN-C 3.5/5.5/7.5/11.5 en pincet
 - Wegwerp werkvlakbeschermer
 - Wattenrollen
 - Chirurgische mondmaskers IIR
 - Hoofdlamp (Black Diamond)
 - Vuilzakken voor medisch afval

5.4. Verzamelde gegevens en hun oorsprong

5.4.1. *Algemene gezondheidstoestand en socio-demografische informatie*

Verschillende variabelen, onderdeel van de HIS 2023-2024, werden benut om informatie te bekomen over:

- socio-demografische kenmerken (nationaliteit, opleidingsniveau, huisvesting, tewerkstelling, inkomen...)
- toegankelijkheid van (tand)zorg
- voedingsgewoonten (consumptie van fruit/groente, frisdranken...)
- gebruik van verslavende middelen (alcohol, tabak, drugs...)
- geselecteerde medische aandoeningen (hart- en vaatziekten, diabetes, kanker, dementie...)
- fysieke beperkingen
- mentale gezondheid (angst, depressie...)
- levenskwaliteit

Een gedetailleerd overzicht van alle mondgezondheidsrelevante vragen opgenomen in de HIS 2023-2024 kan geraadpleegd worden in de beraadslaging van het Informatieveiligheidscomité (annex 11 of pp. 15-18: [24-224-n148-ohdres-ku-leuven-gewijzigd-op-1-april-2025.pdf](#)).

5.4.2. *Mondgezondheidsgerelateerde gewoonten en zelfperceptie van mondgezondheid*

Deze gegevens werden verzameld via de mondgezondheid- en tandartscontactmodules in het HIS 2023-2024 interview. De vragen werden geselecteerd, voorbereid en gevalideerd door het ICE. Hierbij was vergelijkbaarheid met eerdere dataverzamelingsrondes prioritair, zodat vergelijkingen tussen surveys mogelijk waren en indicatoren konden gemonitord worden. De meeste vragen waren dan ook identiek aan die benut in vorige OHGRES dataverzamelingsrondes. Gelijktijdig werd ook rekening gehouden met wetenschappelijke evoluties, bezorgdheden op vlak van volksgezondheid, specifieke vragen (bijvoorbeeld vanuit de Wereldgezondheidsorganisatie) en actuele onderzoeksthema's. Waar mogelijk werden gevalideerde instrumenten en indicatoren gebruikt. Nieuwe thema's of vragen werden enkel toegevoegd indien ze essentieel waren, om de lengte van de HIS 2023-2024 vragenlijst binnen aanvaardbare grenzen te houden. Dit was noodzakelijk om de participatiegraad en geldigheid van de resultaten te waarborgen.

De gebruikte vragenlijsten voor de HIS 2023-2024 zijn beschikbaar op de HIS-website: (<https://www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey>).

Voor meer details over de ontwikkeling van de vragenlijst: zie HIS 2023-2024 studieprotocol: (https://www.sciensano.be/sites/default/files/studyprotocol_his2023_1.pdf).

Specifiek verzamelde **informatie** met betrekking tot **mondgezondheid** als onderdeel van de HIS 2023-2024:

- gerapporteerde aanwezigheid van natuurlijke tanden
- dragen van een uitneembare gebitsprothese
- mondhygiënegewoontes
 - poetsfrequentie
 - gebruik van fluoridetandpasta
 - frequentie van interdentale reiniging
 - frequentie van reiniging van uitneembare prothese
- zelfevaluatie van de eigen mondgezondheid
- tandartsbezoek
 - nood aan tandheelkundig nazicht/behandeling
 - belangrijkste reden voor tandartsbezoek
 - laatste tandartsbezoek
 - reden voor uitstel tandartsbezoek > 12 maanden

Mondgezondheidsgerelateerde levenskwaliteit werd bevraagd via vragen over zelf gepercipieerde mondgezondheid, aanwezigheid van kaakgewrichtspijn, bloedend tandvlees en andere pijn/ongemakken (telkens met betrekking tot de 4 weken voorafgaand aan het interview). Een gedetailleerd overzicht van alle mondgezondheidsgerelateerde vragen in de HIS 2023-2024 is te vinden in de betreffende sectie van de HIS-vragenlijst (zie hoofdstuk 10 sectie 1 van dit verslag).

5.4.3. Klinische bevindingen

Informatie over de mondgezondheidstoestand van de deelnemers werd verzameld op basis van een klinisch mondonderzoek uitgevoerd door een gekalibreerde tandarts (zie ook 5.3.2). De mondgezondheidsstatus omvatte een selectie van relevante mondgezondheidsindicatoren die een algemeen beeld geven van de mondgezondheid van de Belgische bevolking. De volgende mondgezondheidstoestanden werden beoordeeld tijdens het klinisch onderzoek (in de volgorde zoals beschreven):

- **Dentofaciale afwijkingen:**
crowding, horizontale (overjet) en verticale malocclusie (open beet, diepe beet)
Geregistreerd in de frontregio van de boven- en onderkaak, bij deelnemers ≥ 12 jaar op basis van Mohlin et al. (2017).
- **Mondhygiëne:**
Geregistreerd op geselecteerde elementen (tanden 16, 12, 24, 36, 32 en 44 in het blijvend gebit; tanden 55, 52, 64, 75, 72 en 84 bij melkgebit), in alle leeftijdsgroepen, met behulp van de plaque-index zoals beschreven door Löe (1967).

- **Parodontale status:**
Geregistreerd in alle sextanten, bij deelnemers ≥ 15 jaar met behulp van de Dutch Periodontal Screening Index (DPSI), zoals beschreven door Van der Velden (2009).
- **Tandslijtage:**
Geregistreerd in alle sextanten op snijtanden en eerste blijvende molaren, bij deelnemers ≥ 6 jaar op basis van de Basic Erosive Wear Index (BEWE, Bartlett et al, 2008) en aanbevelingen gepubliceerd door Martignon et al. (2020).
- **Hypomineralisatie van eerste molaren:**
Geregistreerd op eerste blijvende molaren, bij deelnemers ≥ 6 jaar, op basis van Ghanim et al. (2017).
- **Gebitsstatus:**
Aantasting door cariës werd geregistreerd op alle tanden, in alle leeftijdsgroepen, op basis van de principes beschreven in de Basic Methods for Oral Health Surveys van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) (2013).
- **Prothetische status:**
Aanwezigheid van vaste of uitneembare prothetische voorzieningen, geregistreerd in alle leeftijdsgroepen.
- **Functionele occlusale contacten:**
Aantal contacten tussen occluderende tandparen, geregistreerd aan beide zijden (rechts/links) en met/zonder uitneembare prothese, bij deelnemers ≥ 15 jaar, zoals beschreven door Reismann et al. (2019).

Voor meer gedetailleerde informatie over de gebruikte indicatoren, zie het klinisch onderzoeksformulier (hoofdstuk 10.2) en geïllustreerde richtlijnen voor klinisch onderzoek (annex 10).

5.4.4. Consumptie van gezondheidszorg en medicatiegebruik

5.4.4.1. Databron

Informatie over het gebruik van gezondheidszorg en terugbetaalde geneesmiddelen werd gehaald uit de registers van het Intermutualistisch Agentschap (IMA). De hieronder beschreven gegevens werden opgevraagd voor alle deelnemers aan de HIS 2023-2024. Zo kon de zorgconsumptie van de volledige steekproef worden onderzocht in relatie tot gerapporteerd gedrag met betrekking tot mondgezondheid, welzijn, socio-demografische gegevens, chronische ziekten en medicatiegebruik. Voor de substeekproef die deelnam aan de OHDRES 2023-2024, werden de gegevens bovendien gekoppeld aan de feitelijke mondgezondheidstoestand van de deelnemer (klinische gegevens). Er werd eveneens een koppeling gemaakt met Farmanet-gegevens, waardoor het mogelijk is om verbanden te onderzoeken tussen het gebruik van bepaalde types medicatie en mondgezondheid.

5.4.4.2. Gegevensperiode

De gegevens werden opgevraagd voor de periode van gegevensverzameling (2023-2024) en de vijf voorafgaande jaren, namelijk de periode van 2018 tot 2022.

5.4.4.3. Opgenomen variabelen

Consumptie van tandheelkundige zorg

Voor dit onderdeel werden alle tandheelkundige codes uit de RIZIV-nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen in aanmerking genomen. Dit overzicht is opgenomen in de beraadslaging van het Informatieveiligheidscomité (annex 11 of op pagina's 22-42: [24-224-n148-ohdres-ku-leuven-gewijzigd-op-1-april-2025.pdf](#)). Voor de verwerking werden de codes geaggregeerd om een duidelijker beeld te verkrijgen (zie overzicht op pagina 22 van de beraadslaging). Bij de aggregatie werd rekening gehouden met de verschillende wijzigingen in de nomenclatuur doorheen de beschouwde periode. De aantallen (n) per categorie van verstrekkingen werden verzameld voor elk beschouwd jaar. Daarnaast aggregeert het IMA ook bepaalde variabelen binnen de tandheelkunde. Ook deze geaggregeerde variabelen werden opgevraagd:

- [Aantal tandheelkundige verstrekkingen](#)
- [Aantal preventieve tandheelkundige verstrekkingen](#)
- [Aantal tandheelkundige radiografieën](#)
- [Aantal onderzoeken met medische beeldvorming door tandarts](#)
- [Aantal orthodontische verstrekkingen](#)
- [Aantal vroege orthodontische verstrekkingen](#)

Alle gegevens werden per jaar geanalyseerd voor de jaren 2018-2022 om een idee te krijgen van de regelmaat van zorggebruik. Door de gegevens te groeperen kon een profiel bekomen worden van patiënten met hoog restauratief zorggebruik (veel vullingen of wortelkanaalbehandelingen), een groep met regelmatige opvolging en vooral preventieve zorg (dentaal gezonde patiënt), en een groep met onregelmatige (of geen) tandartsbezoeken. Belangrijk om te weten is dat de RIZIV-nomenclatuur slechts een deel van de tandheelkundige behandelingsmogelijkheden dekt en/of de terugbetaling beperkt is tot bepaalde leeftijdsgroepen.

Stomatologische en maxillofaciale verstrekkingen

De codes voor stomatologische en maxillofaciale verstrekkingen omvatten sterk gespecialiseerde technische prestaties (zie overzicht in beraadslaging van het Informatieveiligheidscomité - annex 11 of pagina's 43-50: [24-224-n148-ohdres-ku-leuven-gewijzigd-op-1-april-2025.pdf](#)). Een gedetailleerde opsplitsing was in het kader van deze studie weinig relevant. Daarom werd een groepering gemaakt in consultaties, plaatsen van implantaten, extracties onder algemene verdoving en andere behandelingen (zie overzicht op pagina 22 van het advies).

Consumptie van medische zorg

Voor deze variabelen werden enkel de codes voor medische consultaties in overweging genomen, met uitzondering van enkele codes die weinig relevant werden geacht voor de onderzoeksvraag (zie beraadslaging van het Informatieveiligheidscomité - annex 11 of pagina's 22 en 63: [24-224-n148-ohdres-ku-leuven-gewijzigd-op-1-april-2025.pdf](#)). Ook hier werden de aantallen (n) per categorie van verstrekkingen verzameld.

In de uiteindelijke gegevensanalyse werd de veelheid aan codes herleid tot de volgende groepen: raadplegingen bij huisartsen (en gelijkaardige zorgverleners), huisbezoeken door huisartsen (al dan niet buiten de normale werkuren), raadplegingen bij medisch specialisten (zonder verdere specificatie), huisbezoeken door specialisten (al dan niet buiten de normale werkuren). Op deze manier werd getracht om profielen van zorgconsumptie te genereren zoals de "urgente patiënt" (weinig contacten, maar dan buiten gewone uren), de "gezonde patiënt" (weinig maar regelmatige contacten met huisarts of specialist) of de "zorgbehoevende patiënt" (veelvuldige contacten met verschillende specialisten en huisarts).

Gebruik van geneesmiddelen

Deze informatie werd gehaald uit de Farmanet-database (<https://metadata.ima-aim.be/nl/app/bdds/Fu>), waarin geneesmiddelen worden geclassificeerd volgens een ATC-classificatie (Anatomisch, Therapeutisch, Chemisch) (voor meer informatie, zie https://www.whocc.no/atc_ddd_index/). Niet alle klassen van geneesmiddelen werden opgevraagd (zie overzicht in beraadslaging van het Informatieveiligheidscomité - annex 11 of pagina's 51-65: [24-224-n148-ohdres-ku-leuven-gewijzigd-op-1-april-2025.pdf](https://www.24-224-n148-ohdres-ku-leuven-gewijzigd-op-1-april-2025.pdf)). Voor deze studie werd het aantal voorschriften per jaar opgevraagd, zonder verdere differentiatie naar dosering (DDD) en verpakkingsvorm.

5.5. Veldwerk

5.5.1. Voorbereidende activiteiten voor de organisatie van het veldwerk

Om het veldwerk vlot te laten verlopen, werden verschillende voorbereidingen getroffen.

5.5.1.1. Ontwikkeling van brieven aan deelnemers, tandartsen en tandheelkundige beroepsverenigingen

Een informatiecampagne werd opgestart onder alle Belgische tandartsen om hen op de hoogte te brengen van het project. Hiervoor werd een informatieve brief (annex 5) verzonden naar alle tandartsen via het RIZIV, en tandheelkundige verenigingen informeerden hun leden via hun gebruikelijke communicatiekanalen (zie ook 5.3.2.1).

Andere activiteiten in deze fase omvatten de voorbereiding van communicatiemateriaal voor deelnemers (inclusief de projectwebsite, zie: <https://www.sciensano.be/nl/projecten/data-registratie-en-evaluatiesysteem-van-de-mondgezondheid>), en de opmaak van een sjabloon voor de brief aan tandartsen (annex 6) in geval deelnemers ervoor kozen om het mondonderzoek door hun eigen tandarts te laten uitvoeren.

5.5.1.2. Ontwikkeling van richtlijnen, klinisch onderzoeksformulier, trainings- en kalibratiemodules

Het ICE selecteerde, bereidde voor en valideerde relevante klinische variabelen die verzameld moesten worden tijdens het mondonderzoek gebruik makend van gestandaardiseerde procedures en materialen. Hiervoor ontwikkelde het ICE gedetailleerde instructies en richtlijnen (annex 8 & 10), digitaal beschikbaar, en bestaande uit online modules, een website en een hulplijn. Gezien de verschillende contexten waarin de onderzoeken zouden plaatsvinden, werden maximale inspanningen geleverd om de omstandigheden te uniformeren en statistische technieken toe te passen om mogelijke bias te corrigeren.

5.5.1.3. Haalbaarheidstest van het online klinisch onderzoeksformulier

Om de verschillende procedures voor OHDRES 2023-2024 te testen, werd een haalbaarheidsstudie uitgevoerd, met focus op de voorgestelde procedures en datastromen. Vijf vrijwillige tandartsen, die geen deel uitmaakten van het projectteam, kregen elk vijf patiëntencases voorgelegd. Deze cases waren virtueel en gebaseerd op fictieve gegevens. De tandartsen werd gevraagd het studieprotocol te doorlopen voor elk van deze gevallen, om zo de haalbaarheid te toetsen en eventuele bugs of tekortkomingen te ontdekken. Waar nodig werden aanpassingen doorgevoerd.

5.5.1.4. Haalbaarheidstest van de online trainings- en kalibratiemodules

Na verschillende testrondes door het ICE, werden de trainings- en kalibratiemodules geëvalueerd door zeven tandartsen (zowel Nederlandstalig als Franstalig) verbonden aan universitaire ziekenhuizen. De gemiddelde tijd die nodig was om beide modules te voltooien werd geregistreerd, wat leidde tot het schrappen van enkele oefeningen om de training in te korten. Elke tandarts gaf feedback via e-mail. Kleine technische problemen werden geïdentificeerd en opgelost.

5.5.1.5. Ontwikkeling van een online applicatie voor de opvolging van het veldwerk (Sciensano)

Sciensano ontwikkelde specifieke IT-toepassingen voor de planning, het beheer en de opvolging van het veldwerk. De IT-afdeling van Sciensano ontwikkelde een digitaal platform waarmee het ICE-secretariaat kon nagaan voor welke HIS-ID-nummers geldige mondonderzoeksgegevens (inclusief een geldig toestemmingsformulier) werden ontvangen.

5.5.2. ICE-secretariaat en helpdesk voor opvolging van het veldwerk

Zowel het ICE als Sciensano waren betrokken bij de opvolging en het beheer van het OHDRES 2023-2024 veldwerk. Via een beveiligde SFTP-verbinding had het ICE-secretariaat toegang tot de Statbel-server met contactgegevens van deelnemers en tandartsen die tijdens het HIS 2023-2024-interview werden verzameld. Het ICE-secretariaat bracht de betrokken actoren op de hoogte zodra een deelnemer aan de HIS 2023-2024 instemde met deelname aan de OHDRES 2023-2024 module (zie ook sectie 5.5.5).

Via het digitale platform, regelmatig geüpdatet door Sciensano, werd het ICE-secretariaat geïnformeerd over welke HIS-ID's reeds mondonderzoeksgegevens hadden ingediend. Als er geen reactie kwam van de gecontacteerde tandarts binnen 3 maanden na verzending van de brief, nam het ICE-secretariaat contact op met de tandarts om na te gaan of er al een afspraak was gepland. Zo niet, werd de tandarts aangemoedigd dit zo snel mogelijk te doen. Sciensano leverde regelmatig updates over de participatiegraad aan OHDRES 2023-2024 en het aantal uitgevoerde mondonderzoeken. Aangezien tandartsen de resultaten invoerden via een digitaal platform gehost door Sciensano, was deze informatie beschikbaar en werd deze gebruikt om de voortgang van de gegevensverzameling op te volgen en het veldwerk bij te sturen. Gedurende de periode van gegevensverzameling was het ICE-secretariaat beschikbaar voor vragen van ICE-screenings, tandarts-onderzoekers en deelnemers, zowel per mail als telefonisch.

5.5.3. Start van de gegevensverzameling

Het ICE organiseerde vanaf september 2023 de rekrutering van ICE-screeners. Dit omvatte het definiëren van de geografische regio's waarin elke screener actief kon zijn en het opstellen van een kalender met beschikbare tijdsloten. Het veldwerk voor OHDRES 2023-2024 ging van start in oktober 2023. Tijdens de eerste zes weken lag de focus op mondonderzoeken uitgevoerd door ICE-screeners, zodat het veldwerk verder getest en de tools gefinetuned konden worden. Vanaf november 2023 werden ook de tandartsen gecontacteerd die door hun patiënten (deelnemers aan HIS 2023-2024) waren aangewezen.

5.5.4. Procedure voor het contacteren van huishoudens

Kort na deelname aan de HIS 2023-2024 en mits toestemming voor een mondonderzoek, werden de betrokken partijen gecontacteerd door het ICE-secretariaat.

Indien de deelnemer koos voor een mondonderzoek bij de eigen tandarts, stuurde het ICE-secretariaat een gepersonaliseerde brief naar de tandarts met daarin gedetailleerde informatie over het project, de te volgen procedures, betalingsmodaliteiten en een link naar de projectwebsite met verdere instructies. Bij de brief zaten ook het benodigde aantal toestemmingsformulieren en een vooraf gefrankeerde envelop om de ondertekende formulieren terug te sturen naar Sciensano. De tandarts werd geacht contact op te nemen met de patiënt om een afspraak te maken voor het mondonderzoek.

Indien de deelnemer koos voor een ICE-screener, nam het ICE-secretariaat contact op met de deelnemer om een afspraak te maken. De toegewezen screener werd op de hoogte gebracht van de afspraak en ontving het benodigde aantal toestemmingsformulieren en een gefrankeerde envelop voor terugzending naar Sciensano.

5.5.5. Klinisch onderzoek, gegevensinvoer en formaliteiten

Het mondonderzoek werd uitgevoerd in de tandartspraktijk (bij eigen tandarts) of bij de deelnemer thuis (door een ICE-screener) en volgde de richtlijnen op het digitale platform. Via het platform konden gegevens ter plaatse ingevoerd worden, met beveiligde datatransfer.

Tandartsen werden getraind en gekalibreerd voor het uitvoeren van het klinisch onderzoek volgens specifieke richtlijnen. Na het slagen voor de test kregen ze toegang tot het dataplatform (zie ook sectie 5.3.2.4).

Het onderzoek gebeurde met instrumenten die standaard benut worden in de tandheelkundige praktijk (mondspiegel, tandheelkundige sonde, pincet, wattenrollen, mondmasker, handschoenen, afvalcontainer, en een hoofdlamp - enkel voor ICE-screeners). De tandarts was verantwoordelijk voor infectiecontrole en afvalbeheer conform de geldende aanbevelingen.

De tandarts zorgde ervoor dat het toestemmingsformulier ondertekend werd door zowel zichzelf als de deelnemer (of diens wettelijke vertegenwoordiger) en stuurde dit vervolgens naar Sciensano. Voor de start van het onderzoek werd bij de deelnemer of diens vertegenwoordiger gepeild naar gezondheidsproblemen die een contra-indicatie zouden kunnen vormen voor het klinisch onderzoek.

Na afloop voerde de tandarts de verzamelde gegevens in via het digitale platform. Daarna stuurde de tandarts een ingevuld formulier (annex 9) naar het ICE-secretariaat met de nodige informatie (persoonlijke identificatiegegevens, btw-nummer indien van toepassing, IBAN-rekeningnummer, HIS-ID's van de onderzochte deelnemers, en de data van de onderzoeken) om de voorziene compensatie aan te vragen.

5.5.6. Cadeaubonnen voor deelnemers

Na bevestiging dat de gegevens van het mondonderzoek correct waren ingevoerd door de tandarts of screener, stuurde het ICE-secretariaat een cadeaubon naar de deelnemer. Het ICE-secretariaat kon dit verifiëren via het online platform, dat regelmatig werd bijgewerkt door het secretariaat van Sciensano.

5.5.7. Vergoeding van tandarts-onderzoekers en screeners

Als vergoeding voor de tijd en inzet kregen tandartsen €100 per uitgevoerd onderzoek, ongeacht of het werd uitgevoerd door de eigen tandarts of een ICE-screener. Meer informatie hierover is te vinden in sectie 5.3.2.1. Bij ontvangst van een betalingsaanvraag controleerde ICE eerst of de tandarts correct gekalibreerd was vóór het onderzoek en of de gegevens correct werden geregistreerd. Sciensano stond in voor de betaling van de tandartsen.

Het ICE-secretariaat stuurde maandelijks een lijst naar het secretariaat van Sciensano met de nodige informatie om de betalingen uit te voeren. Deze lijst bevatte per tandarts: persoonlijke identificatiegegevens, btw-nummer indien van toepassing, IBAN-rekeningnummer, HIS-ID's van onderzochte deelnemers en de data van de onderzoeken.

5.6. Ethische en privacyoverwegingen

5.6.1. Goedkeuring door de Ethische Commissie

De Ethische Commissie (EC) van de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft de projectaanvraag onderzocht en besproken en geoordeeld dat de voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. De EC gaf op 2 maart 2023 een gunstig advies over deze studie. De studie werd geregistreerd onder nummer B6702023000057.

5.6.2. Geïnformeerde toestemming

Geïnformeerde toestemming werd op verschillende momenten van de deelnemers verkregen.

Via een folder (annex 3), die werd toegevoegd aan de uitnodigingsbrief voor deelname aan de HIS 2023-2024, werden deelnemers geïnformeerd over de mogelijkheid om deel te nemen aan de module mondgezondheid, meer specifiek OHDRES 2023-2024. Met verwijzing naar deze folder en indien nodig aanvullende toelichting, vroegen de interviewers aan de in aanmerking komende HIS 2023-2024 deelnemers, vóór de start van het interview, of ze bereid waren om opnieuw gecontacteerd te worden voor deelname aan het OHDRES 2023-2024 project. Indien ja, werd de deelnemer gevraagd een informed consent-formulier te ondertekenen waarmee hij/zij akkoord ging dat contactgegevens gedeeld mochten worden met de tandarts en het ICE-secretariaat voor de organisatie van het mondonderzoek. Een specifiek item op het informed consent-formulier van de HIS 2023-2024 was hieraan gewijd. Het informed consent werd op individueel niveau verkregen, conform de GDPR-regelgeving.

Tevens werd bij aanvang van het interview gevraagd of de deelnemer akkoord ging met de koppeling van hun enquêtegegevens met andere datasets op een gepseudonimiseerde manier (via een TTP - trusted third party).

Toestemming voor het mondonderzoek werd verkregen via documenten die werden overhandigd door de tandarts-onderzoeker of ICE-screener op het moment van het mondonderzoek, en werden ingevuld vóór aanvang van de klinische procedure. Het informed consent-formulier bevatte ook een luik waarin deelnemers toestemming konden geven voor de koppeling van hun mondonderzoeksgegevens met HIS- en/of IMA-gegevens. De ondertekende toestemmingsformulieren werden per post verzonden naar Sciensano, waar ze werden gearhiveerd.

5.6.3. *Mogelijke risico's en voordelen*

De risico's verbonden aan de procedures voor het uitvoeren van het mondonderzoek waren identiek aan die van een routine tandheelkundig onderzoek en werden dus als beperkt beschouwd. Tandartsen werden geïnstrueerd om te allen tijde de richtlijnen voor patiëntveiligheid en infectiepreventie te respecteren. Het onderzoek beperkte zich tot visueel-tactiele procedures, zonder gebruik van ioniserende straling. Deelnemers die al geruime tijd geen tandartsbezoek hadden gehad, konden rechtstreeks voordeel halen uit het onderzoek, aangezien de tandarts verplicht was belangrijke mondgezondheidsproblemen mondeling aan de deelnemer mee te delen. De samenleving kan indirect voordeel halen uit de verzamelde informatie over mogelijke risicogroepen en drempels bij het gebruik van gezondheidszorg. De verzamelde data kunnen helpen bij de planning van zorgnoden en inzet van personeel.

5.6.4. *Vertrouwelijkheid*

Persoonsgegevens die werden verzameld in het kader van OHDRES 2023-2024 werden te allen tijde vertrouwelijk behandeld, en alle nodige maatregelen werden getroffen om de gegevens te beveiligen. Tandartsen zijn bovendien gebonden aan het beroepsgeheim.

5.6.5. *Studieverzekering*

Samen met de aanvraag bij de Ethische Commissie werd door Sciensano een globale verzekering afgesloten (Ethias, nr. 45.476.254). Daarnaast waren deelnemende tandartsen ook gedekt door hun professionele aansprakelijkheidsverzekering.

5.6.6. *Gegevensverwerking en privacybescherming*

De gegevensverwerking werd uitgevoerd op gepseudonimiseerde wijze en rapportering gebeurde op geaggregeerd niveau. De verwerking en bescherming van gegevens in deze studie gebeurde in overeenstemming met de regels inzake de bescherming van persoonsgegevens, met inbegrip van maar niet beperkt tot de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming 2016/679 van 27 april 2016 en de uitvoeringsbesluiten. Vragen of andere kwesties met betrekking tot gegevensbescherming worden behandeld door de Data Protection Officer van Sciensano, e-mailadres: dpo@sciensano.be.

De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG / GDPR), de Europese regelgeving voor de bescherming van persoonsgegevens, is van toepassing op deze studie. De rechtsgrondslag voor de verwerking van gegevens is toestemming. Meer specifiek:

- Artikel 6 §1 (e) van de GDPR: "de verwerking is noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of van een taak in het kader van de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is opgedragen";
- Artikel 9 §2 (j) van de GDPR: "de verwerking is noodzakelijk met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden overeenkomstig artikel 89, lid 1, op basis van Unierecht of lidstaatrecht dat evenredig is met het nagestreefde doel, de wezenlijke inhoud van het recht op gegevensbescherming eerbiedigt en passende en specifieke maatregelen voorziet ter bescherming van de grondrechten en fundamentele belangen van de betrokkene."

5.7. Globale databank

In het kader van dit project werd een één-op-één-koppeling tot stand gebracht tussen de gegevens van HIS 2023-2024, OHDRES 2023-2024 en de gegevens afkomstig van de ziekenfondsen, gecentraliseerd door het Intermutualistisch Agentschap (IMA). Dit resulteerde in een finale databank bestaande uit:

- Variabelen verzameld binnen HIS 2023-2024, inclusief de module mondgezondheid (vragenlijstgegevens) (voor meer details, zie sectie 5.4);
- Gegevens bekomen op basis van de mondgezondheidsonderzoeken (zie ook sectie 5.4.3);
- Geselecteerde IMA-variabelen (zie ook sectie 5.4.4).

De procedures om de gegevens van OHDRES 2023-2024 / HIS 2023-2024 te koppelen met de IMA gegevens werden ontwikkeld in samenwerking met alle betrokken partners: ICE, Sciensano, IMA, Statbel en eHealth, en werden goedgekeurd door het Informatieveiligheidscomité (ISC). De procedure wordt kort beschreven in dit document; voor meer gedetailleerde informatie verwijzen we naar de beraadslaging van het Informatieveiligheidscomité (annex 11 of [24-224-n148-ohdres-ku-leuven-gewijzigd-op-1-april-2025.pdf](#)).

Stap 1: De verantwoordelijke van de onderzoeksgegevens bij Sciensano selecteert de pseudoniemen (HISCode) van de studiepopulatie en brengt de HISCode-lijst over naar Statbel.

Stap 2: Statbel converteert elke HISCode in de lijst naar het corresponderend identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ). De INSZ-lijst wordt hierna overgebracht naar de Trusted Third Party (TTP) eHealth.

Stap 3: De TTP eHealth maakt voor elke INSZ in de lijst een unieke Cproject aan, samen met een random number RN1. Hierna zal de TTP eHealth de volgende stappen ondernemen:

- De conversielijst INSZ/RN1 wordt overgebracht naar Statbel (**stap 3.1**).
- Dezelfde conversielijst INSZ/RN1 wordt overgebracht naar het uniek aanspreekpunt van het Nationaal Intermutualistisch College (SPOC NIC) (**stap 3.2**).
- De conversielijst RN1/Cproject wordt overgebracht naar de Trusted Third Party van de verzekeringsinstellingen - Kruispuntbank Sociale Zekerheid (TTP VI (KSZ)) (**stap 3.3**).

Stap 4: Statbel zet elke INSZ in de INSZ/RN1-lijst om naar de corresponderende HISCode en brengt de nieuwe lijst HISCode/RN1 over naar Sciensano.

Stap 5: De verantwoordelijke van de onderzoeksgegevens bij Sciensano selecteert op basis van de HISCode pseudoniemen alle nodige HIS- en OHDRES-gegevens en vervangt dan elke HISCode door de corresponderende RN1 code. Hierna worden RN1/OHDRES_data en RN1/HIS_data overgebracht naar de TTP VI (KSZ).

Stap 6: SPOC NIC converteert in de lijst bekomen in stap 3.2 elke INSZ naar de code van de verzekeringsinstellingen (C1) en brengt de nieuwe lijst C1/RN1 over naar de TTP VI (KSZ).

Stap 7: De TTP VI (KSZ) converteert elke C1 uit de C1/RN1 lijst naar de code C2 van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) en plaatst enkel de C2 codes in het IMA Data Warehouse (DWH).

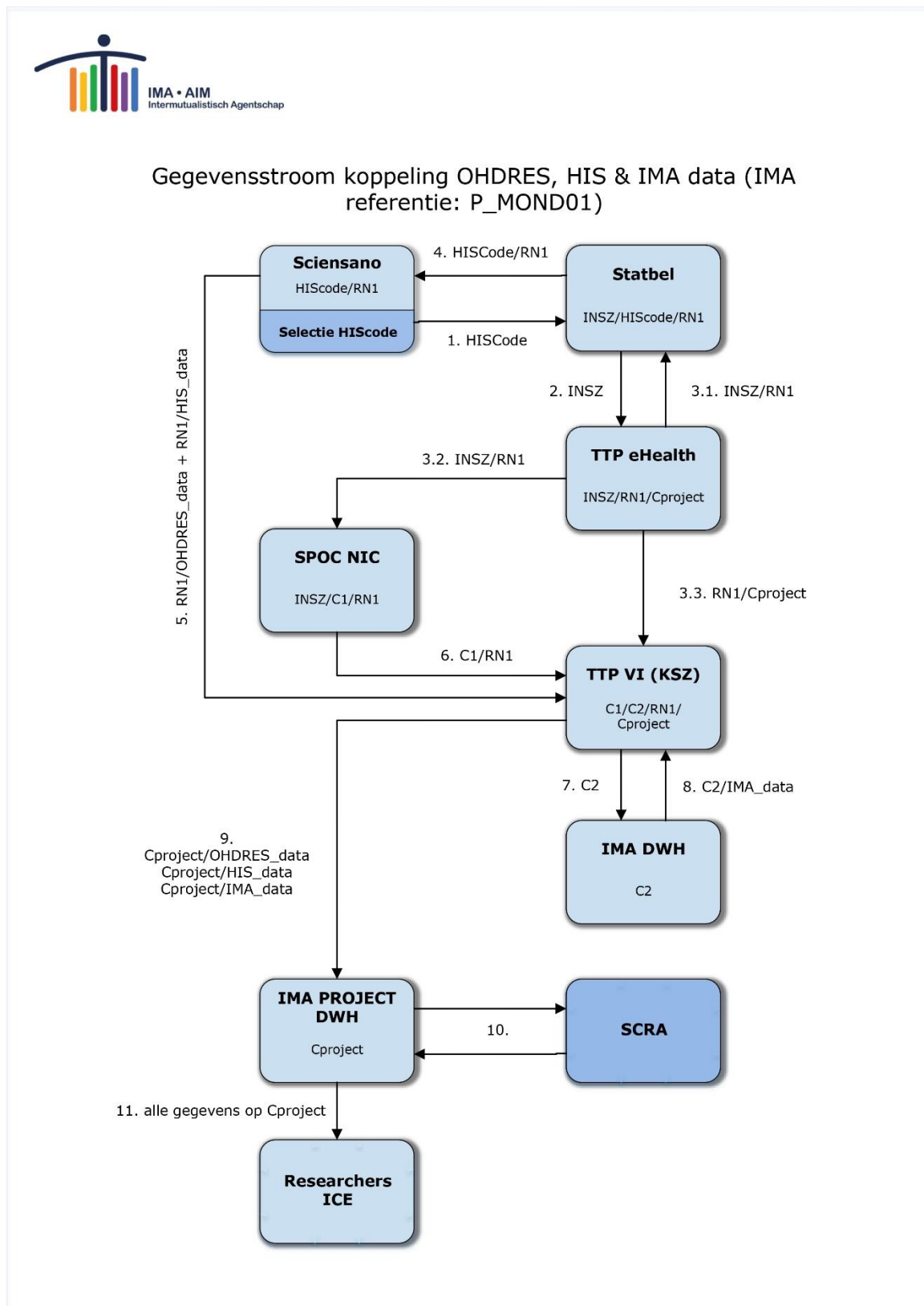
Stap 8: Het IMA selecteert alle nodige gegevens op C2 (data_IMA) en brengt de gegevens C2/IMA_data over naar de TTP VI (KSZ).

Stap 9: Alle OHDRES-, HIS- en IMA-gegevens worden door de TTP VI (KSZ) op Cproject geplaatst en overgebracht naar het IMA Project DWH.

Stap 10: Een Small Cells Risk Analysis (SCRA) wordt uitgevoerd vóór de terbeschikkingstelling van de gegevens indien nodig geacht door het Informatieveiligheidscomité (IVC).

Stap 11: De OHDRES-, HIS- en IMA-gegevens worden in het IMA Project DWH ter beschikking gesteld aan de ICE-onderzoekers.

Figuur 5.1 geeft een overzicht van de datastroom die gebruikt werd voor het koppelen van de informatie, bestaande uit 11 stappen.



Figuur 5.1. Gegevensstroom koppeling OHDRES, HIS & IMA data

5.8. Databeheer en statistiek

5.8.1. Gegevensverwerking en kwaliteitscontrole

Zodra de OHE-gegevens door de tandarts waren ingevoerd, controleerde het ICE of de tandarts vooraf succesvol de kalibratie had doorlopen. Indien dit niet het geval was, werden de gegevens uitgesloten en kreeg de tandarts geen vergoeding. De tandarts had ook de mogelijkheid om gegevens opnieuw in te voeren indien er fouten waren gemaakt bij de eerste invoer. Daarnaast controleerde het ICE de ingevoerde 12-cijferige identificatiecodes en corrigeerde eventuele invoerfouten.

5.8.2. Ontwikkeling van codeboek voor statistische analyse

Een gedetailleerd codeboek werd opgesteld ter ondersteuning van de statistische analyse. Dit codeboek werd opgesteld in Excel, met een apart tabblad voor elke gegevensbron (mondonderzoek, HIS of IMA). Elk tabblad bevatte de oorspronkelijke variabelen met bijbehorende antwoordlabels, de variabelen die aggregatie vereisten met de bijbehorende berekeningsmethodes, en een overzicht van de gevraagde beschrijvende analyses. Ook de structuur van de resultaten volgens geslacht, leeftijd, regio, opleidingsniveau en sociale status werd opgenomen.

5.8.3. Gegevensanalyses

De resultaten worden voorgesteld aan de hand van beschrijvende statistieken zoals aantallen, percentages, gemiddelden ($\pm$ standaarddeviatie), medianen, interkwartiel intervallen, bereik, en chi-kwadraattoetsen. Om de generaliseerbaarheid van de resultaten naar de populatie te verbeteren, werden wegingsfactoren toegepast. Het gebruik van wegingsfactoren corrigeert voor verschillen tussen de steekproef en de werkelijke populatie op het vlak van verdeling naar leeftijd, geslacht en provincie. Na weging kunnen de resultaten als representatief worden beschouwd voor de totale bevolking op nationaal, regionaal en provinciaal niveau. Alle statistieken (percentages, gemiddelden, standaarddeviaties, interkwartielintervallen, enz.), met uitzondering van absolute aantallen, werden gewogen met bovenstaande wegingsfactoren. Voor de analyses van de volledige steekproef ($N = 1724$) en de gekoppelde substeekproef ($N = 1382$) werden verschillende wegingen gebruikt, gezien hun verschillende samenstelling.

5.9. Kwaliteitsbewaking

Om de kwaliteit van de uitgevoerde beoordelingen in het kader van OHDRES 2023-2024 te waarborgen, werden verschillende maatregelen genomen.

Kwaliteit van de vragenlijsten:

- De vragen die opgenomen werden in de modules 'mondgezondheid' en 'tandzorg' van het HIS 2023-2024 interview, werden geselecteerd door het ICE-team en voorgelegd aan het HIS 2023-2024 projectteam en wetenschappelijke en academische experts (zie ook sectie 5.4.1).
- De vragenlijsten werden vertaald in de vier talen waarin interviews werden voorzien (Nederlands, Frans, Duits en Engels), door moedertaalsprekende onderzoekers van het HIS 2023-2024 team en het ICE-team.

- Een pretest van de volledige HIS 2023-2024 werd uitgevoerd door het HIS 2023-2024 team, inclusief de modules mondgezondheid. Onderdeel van deze test waren verschillende evaluatiecriteria zoals begrijpelijkheid en leesbaarheid van de vragen, volgorde van de vragen en toegepaste filters.

Kwaliteit van het klinisch onderzoek:

- De klinische beoordelingen werden gebaseerd op methoden en criteria die gevalideerd zijn, eerder toegepast werden in vorige OHDRES-onderzoeken en vergelijkingen mogelijk maken met gelijkaardige gegevens uit andere landen (zie ook sectie 5.4.3).
- Elke tandarts-onderzoeker werd gekalibreerd voor het klinisch onderzoek via een online module die specifiek ontwikkeld werd voor OHDRES 2023-2024. Hiervoor werd een opleidingsmodule en geïllustreerde klinische richtlijnen ter beschikking gesteld (annex 10) (zie ook sectie 5.3.2.4).

Tot slot werd het project opgenomen in het kwaliteitssysteem van Sciensano en onderworpen aan interne audits door de dienst Kwaliteit, (bio)Veiligheid en Milieu.

6. RESULTATEN EN DISCUSSIE

De resultaten in dit rapport zijn gebaseerd op gegevens verzameld via de Gezondheidsenquête (HIS 2023-2024) en het klinisch mondonderzoek, gecombineerd met gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA 2018-2022), wat een omvattend beeld van de mondgezondheid van de Belgische bevolking oplevert.

6.1. Deelname aan het onderzoek

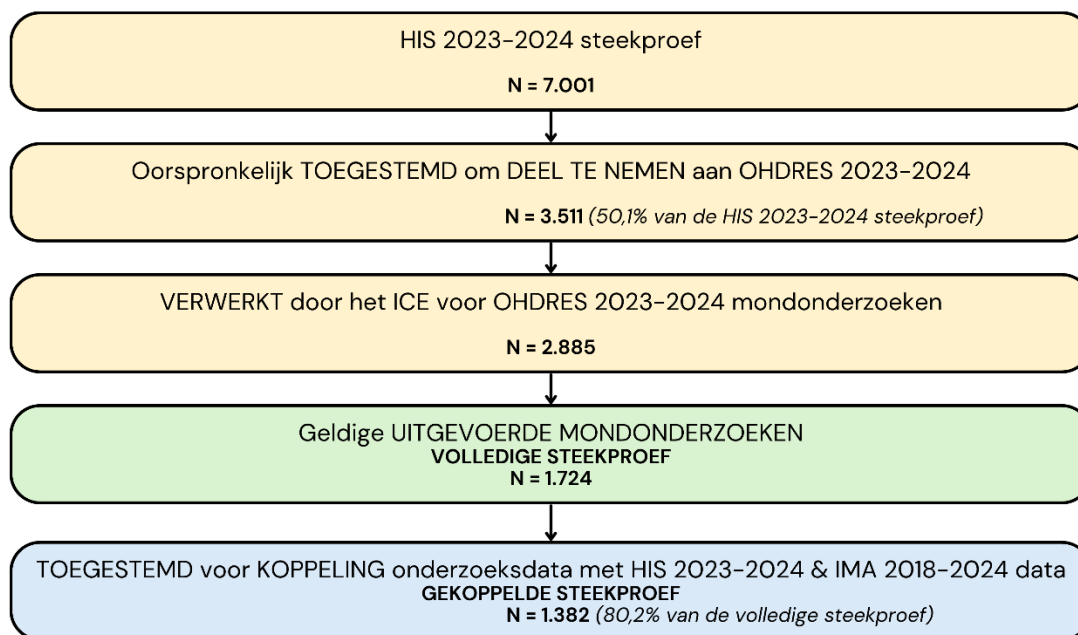
Tijdens het *face-to-face* interview van de HIS 2023-2024 vroegen de interviewers aan de deelnemers die hiervoor in aanmerking kwamen, of zij bereid waren een mondonderzoek te ondergaan. Degenen die instemden, werden onderzocht tussen 16 oktober 2023 en 30 december 2024.

De oorspronkelijke steekproefgrootte voor de HIS 2023-2024 werd bepaald op 11.300 personen, gebaseerd op een gestratificeerde getrapte steekproeftrekking op basis van clusters. De uiteindelijk gerealiseerde steekproef bestond uit 7.001 personen, waarvan een sub-steekproef werd geselecteerd voor het mondonderzoek. Figuur 6.1 toont informatie over de individuen in de HIS 2023-2024 steekproef en de daaropvolgende selectiestappen die leidden tot de OHDRES 2023-2024 steekproef.

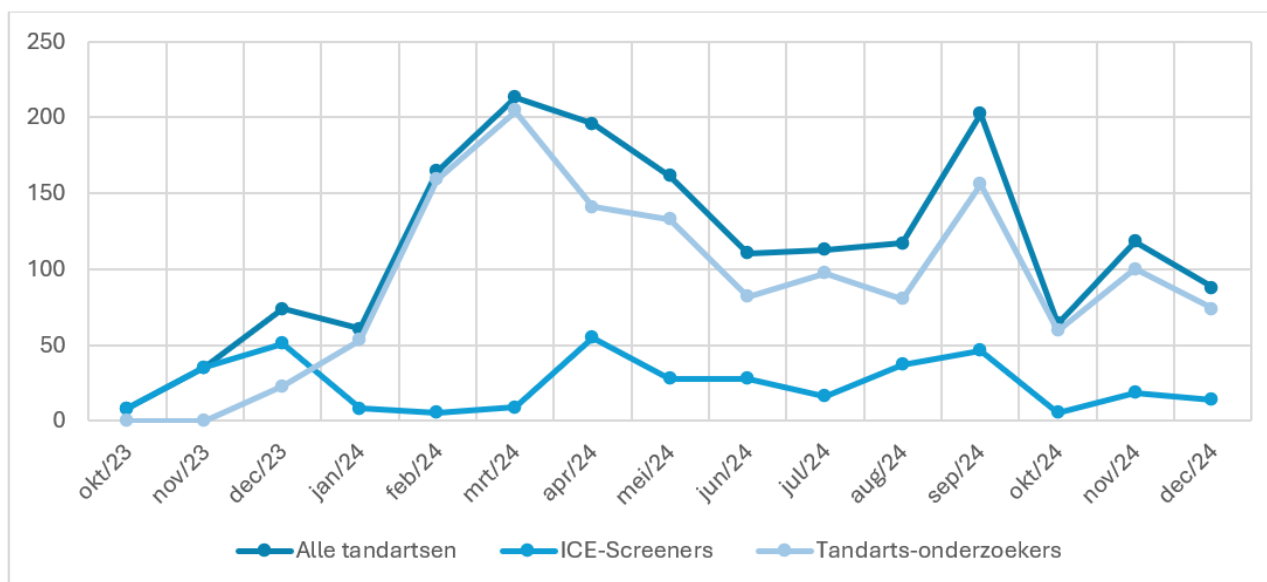
In totaal stemden 3.511 personen aanvankelijk in met deelname aan het mondonderzoek. Van hen ondergingen 1.724 personen een geldig onderzoek, wat de “**Volledige steekproef**” van de OHDRES 2023-2024 vormt. Daarnaast werd een “**Gekoppelde steekproef**” van de OHDRES 2023-2024 samengesteld door een koppeling te realiseren van deze gegevens met geselecteerde gegevens van de HIS 2023-2024 en de IMA 2018-2022 databases. Van de 1.724 geldig onderzochte deelnemers konden de gegevens van 103 personen niet gekoppeld worden aan de HIS 2023-2024 gegevens wegens frauduleuze praktijken van een Statbel interviewer (ongeldige gegevens). Bovendien gaf niet elke deelnemer toestemming voor koppeling van de gegevens met zowel HIS als IMA. Uiteindelijk resulteerde dit in een Gekoppelde steekproef van 1.382 personen.

OPMERKING: In alle tabellen met resultaten worden gegevens uit de Volledige steekproef weergegeven op een groene achtergrond, en gegevens uit de Gekoppelde steekproef op een blauwe achtergrond.

Figuur 6.2 toont de verdeling van het aantal deelnemers per maand en jaar waarin het mondonderzoek plaatsvond, uitgevoerd door de eigen tandarts van de deelnemer of door ICE-screenings. De participatiegraad piekte rond zes en twaalf maanden na de start van de gegevensverzameling.



Figuur 6.1. Overzicht van deelname aan OHDRES 2023-2024 tijdens de opeenvolgende selectiestadia



Figuur 6.2. Verdeling van het aantal deelnemers aan het mondonderzoek volgens maand en jaar van onderzoek, uitgesplitst volgens de uitvoerder van het mondonderzoek, OHDRES 2023-2024, België (N=1.724)

Niet-deelname was voornamelijk te wijten aan het feit dat bij in aanmerking komende deelnemers het mondonderzoek niet plaatsvond. De redenen hiervoor kunnen als volgt worden samengevat: de eigen tandarts van 655 deelnemers ging niet in op het verzoek om het mondonderzoek uit te voeren, 731 deelnemers vielen uit, 288 mogelijke onderzoeken werden niet verwerkt door ICE, 40 afspraken konden niet worden ingepland wegens tijdsgebrek binnen de dataverzamelingsperiode, 61 onderzoeken waren ongeldig omdat de tandarts niet gekalibreerd was. Uiteindelijk werden 1.724 geldige mondonderzoeken bekomen, aangeduid als de **Volledige steekproef**. Gebrek aan toestemming voor gegevenskoppeling (n=342) was de reden voor uitsluiting uit de **Gekoppelde steekproef**, resulterend in een steekproef van 1.382 personen.

Voor een gedetailleerd overzicht van de redenen voor niet-deelname verwijzen we naar de figuur in sectie 10.3.

6.2. Tandarts-onderzoeker en ICE-screener

Deelnemers aan de HIS 2023-2024 die instemden met het mondonderzoek hadden de keuze om zich te laten onderzoeken door hun eigen tandarts, aangegeven als **tandarts-onderzoeker**, of door een **ICE-screener**. Op basis hiervan werden 1.080 algemene tandartsen per brief uitgenodigd om deel te nemen aan de gegevensverzameling voor de OHDRES 2023-2024.

Een voorwaarde voor het uitvoeren van het mondonderzoek was het succesvol afronden van een online kalibratietest, waarbij minimaal 75% overeenstemming met de referentie opgesteld door het projectteam vereist was. Deze referentie bestond uit een correcte beoordeling van mondgezondheidsproblemen zoals opgenomen in het gestandaardiseerde klinische onderzoeksformulier. In totaal voerden 614 tandartsen geldige mondonderzoeken uit, als volgt verdeeld:

- Dertig tandartsen stelden zich kandidaat als ICE-screeners en slaagden voor de kalibratietest. Zij voerden samen 363 geldige onderzoeken uit, met een bereik van 1 tot 71 onderzoeken per screener (gemiddelde=12,1 $\pm$ SD=14,8).
- Van de overige tandarts-onderzoekers die hiertoe werden uitgenodigd, slaagden 584 tandartsen voor de kalibratietest. Zij voerden 1.361 geldige onderzoeken uit, met een bereik van 1 tot 28 onderzoeken per tandarts (gemiddelde=2,3 $\pm$ SD=2,3).
- 119 tandarts-onderzoekers gaven formeel te kennen niet deel te willen nemen en meldten zich af bij het ICE-secretariaat.
- Zesentwintig tandarts-onderzoekers voerden onderzoeken uit zonder de kalibratietest met succes af te leggen; deze onderzoeken werden verwijderd uit de finale database.
- Daarnaast hadden 321 tandarts-onderzoekers ofwel deelnemers die niet kwamen opdagen op het moment van het onderzoek, ofwel deelnemers die uitvielen of die niet reageerden op de uitnodiging voor deelname aan OHDRES 2023-2024.

6.3. Kenmerken van de steekproef

Informatie over het geslacht en de leeftijd van de deelnemers, alsook het gewest waar ze wonen, werd verzameld bij het mondonderzoek. Gegevens over nationaliteit, opleidingsniveau en beroepsstatus van de deelnemers was beschikbaar uit het *face-to-face* interview van de HIS 2023-2024, terwijl informatie over de provincie waarin de deelnemer woont en de sociale status beiden afkomstig waren uit de IMA 2018-2022 database.

De meerderheid van de deelnemers aan de HIS 2023-2024, namelijk 5.698 van de 7.001 (81,4%), beantwoordde het *face-to-face* interview zelf. In de overige 18,6% van de gevallen werd het interview via een proxy afgenomen. Hierbij betrof het in 70,8% van de gevallen deelnemers jonger dan 15 jaar. Andere redenen voor het antwoorden via een proxy waren langdurige afwezigheid (11,6%), mentale beperkingen (4,1%), ziekte of andere beperkingen (9,5%) en weigering om persoonlijk te antwoorden (4,0%).

6.3.1. Verdeling volgens nationaliteit

In totaal hadden 61 deelnemers (6,8%) niet de Belgische nationaliteit (Tabel 6.1a). In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest had 28,4% van de deelnemers een andere nationaliteit dan de Belgische. Van de deelnemers zonder Belgische nationaliteit waren er 44 (5,1%) onderdanen van een Europees land en 17 (1,7%) van een niet-Europees land.

Wat het geboorteland betreft, waren 134 deelnemers (13,6%) niet geboren in België (Tabel 6.1b). In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest was 46,1% van de deelnemers geboren in een ander land dan België. Van degenen die niet in België geboren waren, waren er 62 (6,2%) geboren in een Europees land en 72 (7,4%) in een land buiten Europa.

Tabel 6.1a. Verdeling van de deelnemers volgens nationaliteit en gewest (N= 1.285),
OHDRES 2023-2024, België (N= 1.382)

Nationaliteit	Vlaams Gewest		Brussels Hoofdstedelijk Gewest		Waals Gewest		TOTAAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Belgisch	923	95,3	52	71,6	249	96,6	1.224	93,2
Niet-Belgisch	36	4,7	13	28,4	12	3,4	61	6,8
TOTAAL	959	100,0	65	100,0	261	100,0	1.285	100,0

Bron: HIS 2023-2024; N = aantal personen; % = percentage.

Tabel 6.1b. Verdeling van deelnemers op basis van geboorteland en gewest (N=1.285),
OHDRES 2023-2024, België (N= 1.382)

Geboorteland	Vlaams Gewest		Brussels Hoofdstedelijk Gewest		Waals Gewest		TOTAAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
België	874	89,8	42	53,9	235	90,9	1.151	86,4
Niet België	85	10,2	23	46,1	26	9,1	134	13,6
TOTAAL	959	100,0	65	100,0	261	100,0	1.285	100,0

Bron: HIS 2023-2024; N = aantal personen; % = percentage.

6.3.2. Verdeling volgens gewest en provincie

Tabel 6.2a beschrijft de verdeling van de Volledige steekproef volgens gewest en provincie van de woonplaats, terwijl Tabel 6.2b dezelfde verdeling toont voor de Gekoppelde steekproef. De verschillen tussen beide steekproeven waren zeer klein, zowel wat betreft de verdeling per gewest als per provincie. Bijna twee derde van de deelnemers (59,5% in de Volledige steekproef en 59,1% in de Gekoppelde steekproef) woonde in het Vlaams Gewest, ongeveer 10,0% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (10,9% en 10,1%) en 30% in het Waals Gewest (29,6% en 30,8%).

Tabel 6.2a. Spreiding van deelnemers volgens gewest en provincie van de woonplaats, OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724)

Gewest	Deelnemers	
	N	%
Vlaams Gewest	1.120	59,5
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	128	10,9
Waals Gewest	476	29,6

Provincies	Deelnemers	
	N	%
Antwerpen	205	16,8
Vlaams-Brabant	125	10,4
Oost-Vlaanderen	262	13,7
West-Vlaanderen	348	10,7
Limburg	180	7,9
Brussel	128	10,9
Waals-Brabant	47	3,9
Henegouwen	144	11,9
Luik	110	7,6
Luxemburg	70	2,6
Namen	105	4,4
TOTAAL	1.724	100,0

Bron: OHDRES 2023-2024; N = aantal personen; % = percentage.

Tabel 6.2b. Verdeling van deelnemers volgens gewest en provincie van de woonplaats, OHDRES 2023-2024, België (N= 1.382)

Gewest	Deelnemers	
	N	%
Vlaams Gewest	959	59,1
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	70	10,1
Waals Gewest	353	30,8

Provincies	Deelnemers	
	N	%
Antwerpen	181	16,7
Vlaams-Brabant	94	10,4
Oost-Vlaanderen	228	13,6
West-Vlaanderen	299	10,6
Limburg	157	7,8
Brussel	70	10,1
Waals-Brabant	33	2,6
Henegouwen	106	11,8
Luik	81	9,7
Luxemburg	49	2,6
Namen	84	4,2
TOTAAL	1.382	100,0

Bron: IMA 2018-2022; N = aantal personen; % = percentage.

6.3.3. Verdeling volgens leeftijd en geslacht

De verdeling van de deelnemers volgens leeftijd wordt beschreven in Tabellen 6.3a en 6.3b, voor de Volledige steekproef en voor de Gekoppelde steekproef. Wat de verdeling van de deelnemers in deze twee steekproeven betreft, waren de verschillen in het Vlaams Gewest verwaarloosbaar in alle leeftijdsgroepen. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en het Waals Gewest waren de verschillen klein, met uitzondering van de leeftijdsgroep 15-24 jaar in eerstgenoemde. Het aantal deelnemers van 14 jaar en jonger was beperkt in beide steekproeven. Het percentage vrouwelijke deelnemers bedroeg 50,3% in beide steekproeven.

Tabel 6.3a. Verdeling van de deelnemers per leeftijdsgroep en gewest, OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724)

Leeftijd	Vlaams Gewest		Brussels Hoofdstedelijk Gewest		Waals Gewest		TOTAAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
5-7	25	3,7	4	4,5	6	0,9	35	2,9
8-11	44	5,2	8	11,0	26	9,2	78	7,0
12-14	47	7,0	3	2,7	23	5,3	73	6,0
15-24	94	11,1	6	12,7	53	13,1	153	11,9
25-34	113	12,3	10	17,3	38	10,8	161	12,4
35-44	140	12,8	19	15,0	72	14,0	231	13,4
45-54	172	12,8	20	13,3	82	14,3	274	13,3
55-64	195	13,7	21	10,5	78	14,5	294	13,6
65-74	183	11,0	18	6,8	70	10,1	271	10,3
≥75	107	10,4	19	6,2	28	8,0	154	9,2
TOTAAL	1.120	100,0	128	100,0	476	100,0	1.724	100,0

Bron: OHDRES 2023-2024; N = aantal deelnemers; % = percentage.

Tabel 6.3b. Verdeling van deelnemers per leeftijdsgroep en gewest, OHDRES 2023-2024, België (N= 1.382)

Leeftijd	Vlaams Gewest		Brussels Hoofdstedelijk Gewest		Waals Gewest		TOTAAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
5-7	21	3,7	2	5,7	6	1,9	29	3,4
8-11	39	5,8	4	10,6	14	8,2	57	7,1
12-14	35	6,3	1	3,2	15	6,9	51	6,2
15-24	81	11,1	1	6,8	43	12,6	125	11,2
25-34	95	12,3	9	18,5	23	12,1	127	12,9
35-44	110	12,8	9	16,0	46	12,6	165	13,1
45-54	146	12,8	8	14,2	65	13,6	219	13,2
55-64	167	13,7	10	11,2	60	13,8	237	13,5
65-74	163	11,0	13	7,3	57	10,6	233	10,5
≥75	102	10,4	13	6,6	24	7,7	139	9,2
TOTAAL	959	100,0	70	100,0	353	100,0	1.382	100,0

Bron: IMA 2018-2022; N= aantal personen; % = percentage.

6.3.4. Verdeling volgens socio-demografische kenmerken

De verdeling van de Gekoppelde steekproef volgens opleidingsniveau, verloonde beroepsactiviteit en arbeidsstatus wordt hieronder beschreven. De groep studenten, gedefinieerd als personen van 6 jaar en ouder die ingeschreven waren in dagonderwijs, bestond uit 167 deelnemers (22,6%). Het opleidingsniveau werd enkel geregistreerd voor deelnemers die geen student waren. Tabel 6.4 geeft de verdeling weer van de niet-studenten volgens opleidingsniveau. De helft van de niet-studenten behaalde een diploma hoger onderwijs. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest had het hoogste aandeel deelnemers met een diploma hoger onderwijs (63,8%), gevolgd door het Vlaams Gewest (49,5%) en het Waals Gewest (45,8%). Daarentegen gaf slechts een klein deel van de deelnemers (3,8%) aan maximaal lager onderwijs gevolgd te hebben of geen formeel diploma te bezitten.

Tabel 6.4. Verdeling van niet-studenten 6 jaar en ouder binnen de steekproef, volgens opleidingsniveau en gewest, OHDRES 2023-2024, België (N= 1.382)

Hoogst behaalde diploma	Vlaams Gewest		Brussels Hoofdstedelijk Gewest		Waals Gewest		TOTAAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lager onderwijs/geen diploma	28	3,7	2	4,8	6	3,6	36	3,8
Lager secundair onderwijs	103	12,8	4	9,2	18	9,9	125	11,7
Hoger secundair onderwijs	259	34,0	13	22,2	57	40,1	329	34,4
Hoger onderwijs	333	49,5	32	63,8	86	45,8	451	50,1
TOTAAL	723	100,0	51	100,0	167	100,0	941	100,0

Bron: HIS 2023-2024; N = aantal personen; % = percentage.

Tabel 6.5 geeft de verdeling van de deelnemers weer volgens beroepsactiviteit. Meer dan een derde van de deelnemers (38,5%) meldde geen betaalde beroepsactiviteit te hebben. Het aandeel deelnemers zonder betaalde activiteit was lager in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (30,8%) dan in het Vlaams Gewest (39,3%) en het Waals Gewest (40,0%). Het dient vermeld dat sommige van deze deelnemers studenten waren en daarom niet werden verwacht een betaalde beroepsactiviteit uit te oefenen.

Tabel 6.5. Verdeling van deelnemers volgens betaalde beroepsactiviteit per gewest, OHDRES 2023-2024, België (N=1.382)

Betaalde Beroepsactiviteit	Vlaams Gewest		Brussels Hoofdstedelijk Gewest		Waals Gewest		TOTAAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	405	60,8	24	69,2	92	60,0	521	61,5
Nee	311	39,3	26	30,8	74	40,0	411	38,5
TOTAAL	716	100,0	50	100,0	166	100,0	932	100,0

Bron: HIS 2023-2024; N = aantal personen; % = percentage.

Zoals weergegeven in Tabel 6.6 bestond de groep zonder betaalde beroepsactiviteit voornamelijk uit gepensioneerden (77,5%). In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest was het aandeel gepensioneerde deelnemers aanzienlijk lager (57,1%) dan het nationale gemiddelde (77,5%). Bijna drie procent (2,7%) van de deelnemers zonder betaalde beroepsactiviteit was werkloos.

Tabel 6.6. Verdeling van deelnemers zonder betaalde beroepsactiviteit, volgens reden voor het niet hebben van een beroepsactiviteit, OHDRES 2023-2024, België (N = 1.382)

Reden	Vlaams Gewest		Brussels Hoofdstedelijk Gewest		Waals Gewest		TOTAAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Werkloosheid	5	1,7	2	14,2	1	1,6	8	2,7
Ziekte/invaliditeit	32	11,8	3	24,6	8	10,0	43	12,4
Studies	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Pensioen	251	78,8	20	57,1	60	80,8	331	77,5
Ik doe het huishouden	15	4,6	1	4,2	3	4,9	19	4,6
Ik help een zelfstandige	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,5
Andere reden	6	2,1	0	0,0	2	2,7	8	2,1
TOTAAL	311	100,0	26	100,0	74	100,0	411	100,0

Bron: HIS 2023-2024; N = aantal personen; % = percentage.

6.3.5. Verdeling volgens sociale status (Verhoogde Tegemoetkoming, VT)

In België geeft de sociale status 'Verhoogde Tegemoetkoming (VT)' de rechthebbende recht op een verhoogde terugbetaling van gezondheidszorgkosten door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Deze status, oorspronkelijk opgericht in 1963, werd aanvankelijk alleen toegekend aan weduwen/weduwnaars, invaliden, gepensioneerden en wezen waarvan het gezinsinkomen onder een bepaalde drempel lag. In 1998 werd de reikwijdte van de sociale status VT uitgebreid door wetwijzigingen. De toelatingsvoorwaarden werden uitgebreid naar langdurig werklozen ouder dan vijftig jaar, kinderen die recht hebben op een verhoogde kinderbijslag, personen die een minimumloon of een gegarandeerd inkomen ontvangen, ouderen en hun personen ten laste, evenals personen met een handicap en hun personen ten laste. Sinds 2007 wordt de sociale status VT toegekend aan gezinnen waarvan het gezinsinkomen in het jaar voorafgaand aan de aanvraag onder een bepaalde drempel ligt. Deze gezinnen hebben recht op een voorkeursvergoeding, zonder dat bijkomende voorwaarden (zoals wees, weduwe,...) vereist zijn. Daarnaast komen ook personen die een leefloon ontvangen en alleenstaande buitenlandse minderjarigen in aanmerking voor de VT. Vanaf oktober 2024 zullen bepaalde categorieën personen automatisch recht hebben op de verhoogde terugbetaling. Dit zijn onder andere personen die minstens drie maanden werkloos zijn, personen die arbeidsongeschikt en werkloos zijn voor drie maanden, personen met een handicap en zelfstandigen die in aanmerking komen voor medische overmacht wegens ziekte. Voor 2024 bedroeg de bruto jaarinkomensdrempel voor VT €27.370,91, met een bijkomende €5.067,11 per bijkomend gezinslid.

In de Gekoppelde steekproef had in totaal 16% van de deelnemers de sociale status VT (zie Tabel 6.7). Dit percentage was lager bij mannen (14,6%) dan bij vrouwen (17,7%). Het hoogste percentage deelnemers met recht op VT was terug te vinden bij de leeftijdsgroepen 5-7 jaar (27,5%) en 75 jaar en ouder (25,1%).

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest was het aandeel deelnemers met VT aanzienlijk hoger (39,8%) dan het nationale gemiddelde (16,2%), hoewel voorzichtigheid geboden is bij de interpretatie van dit resultaat vanwege de beperkte steekproefomvang. Het is ook duidelijk dat vrouwen vaker recht hadden op deze status, waarbij jonge kinderen en ouderen oververtegenwoordigd waren. De overeenkomstige cijfers voor het Vlaamse en Waalse Gewest waren respectievelijk 15,0% en 10,5%. Het aandeel deelnemers met VT nam sterk af naarmate het opleidingsniveau toenam, variërend van 44,3% bij deelnemers met alleen lager onderwijs of zonder diploma, tot 7,1% bij degenen met het hoogste opleidingsniveau.

Tabel 6.7. Verdeling van de deelnemers met VT volgens geslacht, leeftijdsgroep, gewest en opleidingsniveau, OHDRES 2023-2024, België (N=1.380)

		Sociale Status VT	
		N	%
GESLACHT	Man	81	14,6
	Vrouw	112	17,7
LEEFTIJDGROEP	5-7	6	27,5
	8-11	5	9,2
	12-14	11	27,7
	15-24	19	19,7
	25-34	17	15,0
	35-44	22	15,7
	45-54	25	10,8
	55-64	30	13,6
	65-74	26	11,4
	≥75	32	25,1
GEWEST	Vlaams Gewest	128	15,0
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	21	39,8
	Waals Gewest	44	10,5
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager Onderwijs/geen diploma ≥15y	16	44,3
	Lager secundair onderwijs	33	32,5
	Hoger secundair onderwijs	42	13,5
	Hoger onderwijs	26	7,1
TOTAAL		193	16,2

Bron: IMA 2018-2022, die data verwierf van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid;
N = aantal personen; % = percentage.

6.3.6. Representativiteit van de steekproef

De representativiteit van de Volledige steekproef en de Gekoppelde steekproef ten opzichte van de Belgische bevolking in 2024 wordt weergegeven in Tabellen 6.8a en 6.8b. Voor beide steekproeven werd de correlatie met de totale bevolking beoordeeld met behulp van de Spearman's r correlatiecoëfficiënt, gebaseerd op gewogen percentages. De verdeling van deelnemers volgens geslacht en leeftijdsgroep waren in overeenstemming met die van de Belgische bevolking (Volledige steekproef en Gekoppelde steekproef Spearman's $r = 0,999$ en $r = 0,988$, respectievelijk; $p < 0,001$), zonder significante over- of ondervertegenwoordiging.

Bijna zestig procent (59,5%) van de deelnemers was inwoner van het Vlaams Gewest, 10,9% van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 29,6% van het Waals Gewest, wat de verdeling van de totale bevolking weerspiegelt (respectievelijk 58,0%, 10,6% en 31,4%, Statbel 2024). Bij analyse per provincie bleef de correlatie sterk overeenkomen (Volledige steekproef en Gekoppelde steekproef Spearman's $r = 0,991$ en $r = 0,970$, respectievelijk; $p < 0,0001$).

Wanneer verschillen van meer dan 1,0% ten opzichte van de verdeling in de totale bevolking als betekenisvol worden beschouwd, was de provincie Luik ondervertegenwoordigd in de Volledige steekproef, terwijl de provincie Waals-Brabant ondervertegenwoordigd was in de Gekoppelde steekproef. Met behulp van de χ^2 -toets voor onafhankelijkheid tussen Belgische en niet-Belgische staatsburgers in de steekproeven en in de bevolking werd geen significant verschil vastgesteld ($p > 0,05$).

Het aandeel deelnemers met sociale status VT was hoger dan in de algemene bevolking (bron: IMA 2018-2022), vooral in de oudste leeftijdsgroep. Er kon geen significante correlatie worden gevonden (Spearman's $r = 0,396$; $p < 0,05$) met de bevolkingsgegevens.

Tabel 6.8a. Verdeling van de deelnemers binnen OHDRES 2023-2024 - Volledige steekproef (N= 1.724) vergeleken met de Belgische bevolking in 2024

		België 2024	OHDRES 2023-2024 Volledige steekproef
		%	%
GESLACHT	Man	49,3	49,7
	Vrouw	50,7	50,3
LEEFTIJDSGROEP	≤14	16,3	15,9
	15-24	11,6	11,9
	25-34	12,8	12,4
	35-44	13,1	13,4
	45-54	12,9	13,3
	55-64	13,2	13,6
	65-74	10,5	10,3
	≥75	9,5	9,2
TOTAAL		100,0	100,0

Bron: Statbel 2024 en OHDRES 2023-2024; % = percentage.

Tabel 6.8b. Verdeling van de deelnemers binnen OHDRES 2023-2024 - Gekoppelde steekproef (N= 1.382) vergeleken met de Belgische bevolking in 2024

		België 2024	OHDRES 2023-2024 Gekoppelde steekproef
		%	%
GESLACHT	Man	49,3	49,7
	Vrouw	50,7	50,3
LEEFTIJDSGROEP	≤14	16,3	16,4
	15-24	11,6	11,2
	25-34	12,8	12,9
	35-44	13,1	13,1
	45-54	12,9	13,2
	55-64	13,2	13,5
	65-74	10,5	10,5
	≥75	9,5	9,2
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma ≥15y	9,8	3,8
	Lager secundair onderwijs	17,5	11,7
	Hoger secundair onderwijs	37,2	34,4
	Hoger onderwijs	35,6	50,1
TOTAAL		100,0	100,0

Bron: Statbel 2024 en HIS 2023-2024; % = percentage.

De verdeling van de steekproef op vlak van scholingsgraad was over het algemeen ook vergelijkbaar met die van de Belgische bevolking, hoewel enkele verschillen werden waargenomen (Spearman's $r = 0,80$; $p = 0,333$). Deelnemers met een diploma hoger onderwijs waren licht oververtegenwoordigd, terwijl degenen met alleen lager onderwijs of zonder diploma ondervertegenwoordigd waren. De verhoudingen van deelnemers die genoten van lager en hoger secundair onderwijs waren globaal in overeenstemming met de nationale statistische gemiddelden. Deze verschillen moeten in aanmerking worden genomen bij het interpreteren van de resultaten die verband houden met het opleidingsniveau.

6.4. Weergave van de resultaten en discussie

Deze sectie geeft een overzicht van de wijze waarop de resultaten worden weergegeven, inclusief de toegepaste weging, de beschouwde gezondheidsindicatoren en de gebruikte maten om de bevindingen te beschrijven.

6.4.1. Weging van de resultaten

Alle voorgestelde resultaten werden gewogen om representativiteit van de Belgische bevolking te bekomen. De weging corrigeerde voor verschillen tussen de samenstelling van de steekproeven en de werkelijke bevolking op het gebied van verdeling naar leeftijd, geslacht en provincie. De weging werd afzonderlijk berekend voor de Volledige OHDRES 2023-2024 steekproef en voor de Gekoppelde OHDRES 2023-2024 steekproef, dit omwille van hun verschillende samenstelling. Door deze wegingsfactoren toe te passen, werden de resultaten representatief voor de totale bevolking op nationaal, regionaal en provinciaal niveau. Alle statistieken (percentages, gemiddelden, standaarddeviaties, interkwartielafstanden, enz.), behalve absolute aantallen, werden gewogen met de hierboven beschreven factoren.

6.4.2. Weergave van de resultaten volgens geselecteerde indicatoren

Geslacht en leeftijd

De resultaten worden apart weergegeven voor mannen, vrouwen en voor elk van de verschillende leeftijdsgroepen, aangezien leeftijd en geslacht essentiële gezondheidsindicatoren zijn. Om internationale vergelijkingen te vergemakkelijken, werden de resultaten gecategoriseerd in specifieke leeftijdsgroepen. Deze leeftijdsgroepen, beginnend vanaf 5 jaar, omvatten de door de WHO (2013) aanbevolen groepen: 5-7, 12-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74 en ≥ 75 jaar.

Opleidingsniveau

Alle gegevens werden geanalyseerd volgens het opleidingsniveau van de deelnemers. Het opleidingsniveau werd gebruikt als indicator van de sociaaleconomische status, gebaseerd op het hoogste opleidingsniveau dat door een lid van het huishouden werd behaald.

België en zijn gewesten

De resultaten worden gerapporteerd voor de gehele Belgische bevolking, evenals afzonderlijk voor elk van de drie Belgische gewesten. De deelnemers werden ingedeeld per gewest op basis van hun woonplaats.

Dentaat en edentaat

Aangezien een functioneel gebit essentieel is zowel op vlak van eten als het algemene welzijn, wordt de aanwezigheid of afwezigheid van tanden beschouwd als een relevante indicator van mondgezondheid. Daarom worden sommige resultaten gepresenteerd voor zowel personen met tanden (dentaat) als zonder tanden (edentaat), terwijl andere resultaten afzonderlijk worden weergegeven voor elk van beide groepen. Deelnemers werden als dentaat beschouwd wanneer ze minstens één natuurlijke tand hadden, en als edentaat wanneer ze al hun natuurlijke tanden in de bovenkaak, onderkaak of beide hadden verloren.

Sociale status

De resultaten worden ook voorgesteld volgens de sociale status VT, die het recht op verhoogde terugbetaling van gezondheidszorgkosten door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering weerspiegelt, conform de definities zoals gespecificeerd in sectie 6.3.5.

6.4.3. *Maten gebruikt om de resultaten te beschrijven*

De distributie van de frequentie van de geregistreerde variabelen wordt gepresenteerd met zowel absolute als relatieve maten. Daarnaast worden maten van centrale tendens, zoals gemiddelde, mediaan en proportie, samen met minimum-, maximum- en kwartielwaarden gebruikt om de kenmerken van de bestudeerde populatie te beschrijven. Deze maten worden aangevuld met maten van spreiding, waaronder de standaarddeviatie (SD) en de interkwartielafstand (Q1-Q3). Statistische analyses werden uitgevoerd met SAS versie 9.4 voor Windows voor de volledige steekproef (SAS/STAT versie 15.2) en SAS Studio versie 3.82 (Enterprise Edition), SAS versie 9.4 voor Linux (SAS/STAT versie 15.3) voor de gekoppelde steekproef.

6.5. Resultaten: Mondgezondheidsstatus

6.5.1. Aantal tanden

Tabel 6.9 beschrijft het gemiddelde aantal aanwezige tanden in het blijvende gebit van de deelnemers, inclusief verstandskiezen. Wanneer zowel het melkgebit als het blijvende gebit aanwezig waren, werd de blijvende dentitie geregistreerd.

Het gemiddelde aantal blijvende tanden aanwezig bij deelnemers in de Volledige steekproef was 24,8 ($\pm 7,1$), met vrijwel geen verschil tussen mannelijke en vrouwelijke deelnemers. Het aantal blijvende tanden nam af met de leeftijd, met het hoogste gemiddelde in de leeftijdsgroep 15-24 jaar, namelijk 28,5 ($\pm 1,6$), dalend tot 15,3 ($\pm 9,3$) bij deelnemers van 75 jaar en ouder. In het Vlaams Gewest was het gemiddelde aantal blijvende tanden iets lager, namelijk 24,2 ($\pm 7,4$), vergeleken met het Waals Gewest (25,4 $\pm 6,8$) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (26,9 $\pm 5,1$).

In de Gekoppelde steekproef nam het aantal tanden duidelijk toe met het opleidingsniveau. Deelnemers met het laagste opleidingsniveau hadden gemiddeld slechts 15,8 ($\pm 10,4$) blijvende tanden, terwijl degenen met het hoogste opleidingsniveau gemiddeld 26,0 ($\pm 5,9$) tanden hadden. Daarnaast hadden deelnemers met sociale status VT gemiddeld 23,0 ($\pm 9,0$) tanden, vergeleken met 24,9 ($\pm 6,9$) bij degenen zonder dit statuut.

Wat betreft de aanwezigheid van verstandskiezen, had 66,4% van de deelnemers geen zichtbare verstandskiezen in de mond, 9,3% had er één en 9,9% had er twee. Het percentage deelnemers met drie en vier verstandskiezen was respectievelijk 5,8% en 8,6%.

Tabel 6.9. Gemiddeld aantal blijvende tanden bij deelnemers 12 jaar en ouder (N= 1.724 en N= 1.382), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Gemiddeld aantal blijvende tanden	SD
		%	%
GESLACHT	Man	25,1	7,0
	Vrouw	24,5	7,1
LEEFTIJDGROEP	12-14	26,5	3,7
	15-24	28,5	1,6
	25-34	28,0	3,9
	35-44	27,4	3,8
	45-54	26,8	4,5
	55-64	23,4	7,0
	65-74	20,1	8,5
	≥ 75	15,3	9,3
GEWEST	Vlaams Gewest	24,2	7,4
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	26,9	5,1
	Waals Gewest	25,4	6,8
TOTAAL		24,8	7,1
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	15,8	10,4
	Lager secundair onderwijs	18,9	10,1
	Hoger secundair onderwijs	23,9	7,2
	Hoger onderwijs	26,0	5,9
SOCIALE STATUS VT	Nee	24,9	6,9
	Ja	23,0	9,0
TOTAAL		24,6	7,3

Bron: OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; SD = standaard deviatie.

6.5.2. Mondhygiëne

In tabel 6.10 worden de resultaten weergegeven wat betreft de mondhygiënestatus van de deelnemers, gemeten met de Plaque Index (Löe, 1967), geregistreerd ter hoogte van zes referentietanden, en weergegeven als gemiddelde scores op individueel niveau. De scores van de Plaque Index werden als volgt gedefinieerd: 0 = geen plaque; 1 = een laagje tandplak ter hoogte van de vrije gingivale rand en het aangrenzende gebied van de tand, zichtbaar bij het bewegen van een sonde over het tandoppervlak; 2 = matige ophoping van zacht débris zichtbaar met het blote oog in de gingivale pocket of ter hoogte van de tand en gingivale rand; en 3 = overvloed aan zachte substantie in de gingivale pocket en/of op de tand en gingivale rand.

De gemiddelde plaque-score voor de totale groep deelnemers in de Volledige steekproef was 0,7 ($\pm 0,7$). De gegevens waren sterk scheef verdeeld. De mediaan was 0,5 en de interkwartielafstand (Q1-Q3) liep van 0,0 tot 1,1. Iets lagere scores, wat duidt op een betere mondhygiëne, werden waargenomen bij vrouwen in vergelijking met mannen. Hogere scores werden geregistreerd bij deelnemers van 65 jaar en ouder, wat wijst op een slechtere mondhygiëne in oudere leeftijdsgroepen. De mondhygiëne bleek iets slechter te zijn in het Vlaams en Waals Gewest dan in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

In de Gekoppelde steekproef werden aanzienlijke verschillen vastgesteld op basis van opleidingsniveau, met lagere gemiddelde plaque-scores en dus een betere mondhygiëne bij deelnemers met het hoogste opleidingsniveau ($0,6 \pm 0,6$) vergeleken met degenen met alleen lager onderwijs of zonder diploma ($0,9 \pm 0,8$). Een vergelijkbare trend werd waargenomen voor de sociale status, aangezien deelnemers met sociale status VT een minder goede mondhygiëne hadden met hogere gemiddelde plaque-scores van $1,0 (\pm 0,8)$ dan hun tegenhangers zonder VT ($0,6 \pm 0,7$).

Tabel 6.10. Plaque Index bij dentate deelnemers 5 jaar en ouder (N= 1.659 en N= 1.324), gemiddelde, SD, mediaan, Q1-Q3, OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Plaque Index			
		Gemiddelde	SD	Mediaan	Q1-Q3
GESLACHT	Man	0,8	0,7	0,6	0,0-1,1
	Vrouw	0,7	0,7	0,4	0,0-1,0
LEEFTIJDGROEP	5-7	0,5	0,6	0,1	0,0-0,8
	8-11	0,8	0,7	0,5	0,0-1,1
	12-14	0,8	0,7	0,7	0,0-1,1
	15-24	0,6	0,7	0,4	0,0-0,9
	25-34	0,7	0,7	0,4	0,0-0,9
	35-44	0,6	0,6	0,3	0,0-0,9
	45-54	0,6	0,7	0,3	0,0-1,0
	55-64	0,7	0,7	0,6	0,0-1,1
	65-74	0,9	0,8	0,7	0,1-1,3
	≥ 75	1,2	0,9	0,9	0,4-1,9
GEWEST	Vlaams Gewest	0,7	0,8	0,5	0,0-1,1
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	0,6	0,7	0,3	0,0-0,9
	Waals Gewest	0,7	0,7	0,6	0,0-1,1
TOTAAL	Dentaat*	0,7	0,7	0,5	0,0-1,1
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	0,9	0,8	0,8	0,1-1,1
	Lager secundair onderwijs	1,0	0,9	0,7	0,1-1,6
	Hoger secundair onderwijs	0,8	0,8	0,5	0,0-1,1
	Hoger onderwijs	0,6	0,6	0,3	0,0-0,9
SOCIALE STATUS VT	Nee	0,6	0,7	0,4	0,0-1,0
	Ja	1,0	0,8	0,8	0,2-1,5
TOTAAL	Dentaat*	0,7	0,7	0,4	0,0-1,1

Bron: OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; SD = standaard deviatie; Q1-Q3 = interkwartielafstand;
*dentaat = deelnemer met minstens één natuurlijke tand.

6.5.3. Parodontale status (DPSI)

Om de parodontale gezondheid van de deelnemers te beoordelen, werd de Dutch Periodontal Screening Index (DPSI) gebruikt, zoals beschreven door Van der Velden (2009). Het scoresysteem is als volgt: 0 = gezond parodontium: geen bloeding bij sonderen, geen tandsteen, pocketdiepte ≤ 3 mm; 1 = bloeding bij sonderen, geen tandsteen of pocketdiepte >3 mm; 2 = tandsteen en/of overhangende restauraties, maar pocketdiepte ≤ 3 mm; 3- = ondiepe pockets: sonderingsdiepte 4-5 mm; 3+ = gelijk aan 3-, maar met tandvleesrecessie aanwezig, gingivale rand ligt apicaal van de cement-glazuurgrens; en 4 = diepe pockets: sonderingsdiepte van 6 mm of meer.

Tabel 6.11 toont de verdeling van hoogst gemeten DPSI-score bij de deelnemers in de Volledige steekproef. Meer dan een derde (32,3%) had een score van 2, terwijl 21,0% een score van 1 had en 20,6% een score van 0. Scores 3- en 3+ werden respectievelijk geregistreerd bij 13,1% en 9,2% van de deelnemers. Score 4, wat wijst op gevorderde parodontale aantasting, werd slechts bij 3,9% van de deelnemers vastgesteld. Bij vrouwelijke deelnemers was het aandeel met score 0 iets lager dan bij mannen (19,3% versus 22,0%). Zoals verwacht nam de parodontale gezondheid af met de leeftijd. Regionale vergelijkingen gaven aan dat het hoogste aandeel deelnemers met een gezond parodontium (score 0) woonde in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (28,6%), gevolgd door het Waals Gewest (23,2%) en het Vlaams Gewest (17,8%).

Verschillen naar opleidingsniveau werden waargenomen in de Gekoppelde steekproef. Een score van 0 kwam driemaal zo vaak voor bij deelnemers met een hoog opleidingsniveau vergeleken met degenen met alleen lager onderwijs of geen diploma (respectievelijk 24,3% en 8,1%). De percentages scores 3- en 3+ namen af met toenemend opleidingsniveau. Echter, voor de scores 1, 2 en 4 werd een omgekeerde relatie vastgesteld, waarbij deelnemers met alleen lager onderwijs of geen diploma de laagste percentages vertoonden. Onder deelnemers met een sociale status VT werden kleine verschillen in de verschillende scores waargenomen in beide richtingen, zonder duidelijk patroon.

Tabel 6.12 presenteert de verdeling van parodontale aantasting in maxilla (bovenkaak) en mandibula (onderkaak). Voor elk sextant werd de hoogste DPSI-score gebruikt. In de Volledige steekproef vertoonde de meerderheid van de deelnemers de meest ernstige parodontale aantasting in de anterieure mandibulaire regio, dit zijn de fronttanden in de onderkaak (68,6%). Een kleiner aandeel vertoonde het hoogste niveau van aantasting in de anterieure maxillaire regio, dit is de regio van snijtanden en hoektanden in de bovenkaak (40,0%). In de posterieure sextanten, zowel in maxilla als mandibula, waren de niveaus van aantasting relatief uniform, variërend van 54,0% tot 57,7%. Verschillen tussen geslachten werden waargenomen, waarbij vrouwen minder parodontaal verval vertoonden in de posterieure maxillaire en mandibulaire regio's vergeleken met mannen. Er werd geen duidelijk patroon gezien over de leeftijdsgroepen heen wat betreft de verdeling van parodontale aantasting in maxilla en mandibula. Deelnemers uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vertoonden hogere niveaus van parodontale aandoeningen in zowel maxillaire als mandibulaire sextanten dan deelnemers uit het Vlaams en Waals Gewest.

In de gekoppelde steekproef nam de ernst van de parodontale aantasting toe in alle sextanten bij deelnemers met een hoger opleidingsniveau vergeleken met minder geschoolden. Deze trend werd niet verwacht. Bij deelnemers met een sociale status VT werd een verschillende trend waargenomen, waarbij meer parodontale aantasting vastgesteld werd dan bij degenen zonder verhoogde tegemoetkoming.

Tabel 6.11. Frequentieverdeling van hoogste DPSI-score bij dentate deelnemers 15 jaar en ouder (N= 1.488 en N= 1.200), OHDRES 2023-2024, België, (N= 1.724 en N= 1.382)

		Hoogste DPSI score											
		0		1		2		3-		3+		4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	127	22,0	127	19,3	224	30,8	96	14,8	82	9,7	39	3,4
	Vrouw	155	19,3	174	22,7	253	33,7	89	11,4	76	8,7	39	4,3
LEEFTIJDGROEP	15-24	52	32,7	35	27,3	58	36,5	7	2,9	0	0	1	0,5
	25-34	29	21,9	40	22,7	70	40,4	17	13,2	3	1,4	1	0,5
	35-44	54	24,9	52	20,0	87	39,2	21	8,5	11	5,5	5	1,8
	45-54	43	19,8	60	21,9	88	30,0	37	13,5	32	10,5	11	4,2
	55-64	56	16,8	45	16,9	85	29,8	42	18,3	37	12,6	21	5,6
	65-74	31	11,3	45	18,4	64	26,6	48	21,6	36	13,8	27	8,4
	≥75	17	11,8	24	19,3	25	16,0	13	16,0	39	28,2	12	8,7
GEWEST	Vlaams Gewest	169	17,8	199	21,2	306	32,5	124	12,6	102	10,1	64	5,8
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	26	28,6	18	19,7	34	27,9	12	11,0	19	10,4	4	2,4
	Waals Gewest	87	23,2	84	21,2	137	33,4	49	14,8	37	7,0	10	0,5
TOTAAL	Dentaat*	282	20,6	301	21,0	477	32,3	185	13,1	158	9,2	78	3,9
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	3	8,1	6	23,4	6	21,7	6	21,0	5	21,1	3	4,7
	Lager secundair onderwijs	16	14,6	23	19,1	24	24,7	17	14,4	20	20,4	9	6,8
	Hoger secundair onderwijs	46	11,3	60	18,0	104	35,9	41	15,8	46	13,9	22	5,2
	Hoger onderwijs	91	24,3	91	19,0	136	30,7	66	14,2	38	7,9	21	3,9
SOCIALE STATUS VT	Nee	204	19,8	208	20,2	325	33,4	139	13,1	101	9,2	57	4,3
	Ja	22	20,3	35	20,2	48	31,7	21	11,0	25	13,9	7	2,9
TOTAAL	Dentaat*	226	19,8	244	20,3	374	33,2	160	12,8	126	9,9	64	4,0

Bron: OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage; *dentaat = deelnemer met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 6.12. Verdeling van hoogste DPSI-score binnen maxillaire (bovenkaak) en mandibulaire (onderkaak) sextanten bij dentate deelnemers 15 jaar en ouder (N=1.488 en N= 1.194), OHDRES 2023-2024, België, (N= 1.724 en N= 1.382)

		Hoogste DPSI score											
		Maxilla		Maxilla		Maxilla		Mandibula		Mandibula		Mandibula	
		rechter sextant		centraal sextant		linker sextant		rechter sextant		centraal sextant		linker sextant	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	371	56,3	237	41,0	379	59,1	356	56,3	455	68,0	352	56,8
	Vrouw	387	51,7	268	39,0	398	56,4	394	52,4	539	69,2	388	50,7
LEEFTIJDGROEP	15-24	90	55,4	85	56,1	93	58,6	83	53,1	131	81,0	89	54,8
	25-34	83	52,9	54	38,4	89	62,5	82	53,0	129	79,8	80	52,9
	35-44	115	55,9	86	43,2	118	57,5	110	53,4	172	75,1	114	55,1
	45-54	144	54,4	88	36,8	151	58,0	146	57,3	178	66,1	145	58,1
	55-64	152	50,6	90	32,5	143	51,5	144	51,0	168	58,0	143	50,0
	65-74	115	55,9	64	29,3	120	58,9	115	51,9	144	59,0	109	49,5
	≥75	59	52,7	38	41,4	63	57,1	70	65,0	72	54,3	60	55,1
GEWEST	Vlaams Gewest	487	53,7	306	36,5	495	56,0	478	52,2	635	68,0	473	51,9
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	65	60,9	50	50,8	67	64,5	61	58,6	71	67,7	60	57,9
	Waals Gewest	206	52,0	149	42,8	215	58,6	211	57,0	288	70,3	207	55,7
TOTAAL	Dentaat*	758	54,0	505	40,0	777	57,7	750	54,3	994	68,6	740	53,7
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	11	43,8	3	9,6	13	52,6	12	38,2	14	47,0	12	45,1
	Lager secundair onderwijs	42	49,6	31	35,3	46	54,0	55	52,3	66	60,4	48	48,5
	Hoger secundair onderwijs	152	49,5	93	33,2	157	54,3	150	48,8	207	69,0	151	46,3
	Hoger onderwijs	232	55,4	151	39,0	237	57,0	218	52,8	286	68,2	217	53,7
SOCIALE STATUS VT	Nee	521	52,2	342	36,8	541	55,2	525	52,9	681	68,1	513	51,3
	Ja	79	62,3	57	47,8	80	64,8	74	54,1	109	72,0	72	52,6
TOTAAL	Dentaat*	601	53,6	399	38,3	622	56,5	599	52,9	791	68,6	585	51,3

Bron: OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage;
 *dentaat = deelnemers met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.5.4. Gebitsstatus

6.5.4.1. Aantasting door cariës

Aantasting door cariës werd weergegeven met behulp van de dmft/DMFT-index voor respectievelijk het melkgebit en het blijvend gebit (WHO, 2013). De gebitsstatus werd geregistreerd met behulp van letters voor melktanden en cijfers voor blijvende tanden. De gehanteerde criteria waren als volgt: A/0 = gaaf; B/1 = aangetast door cariës; C/2 = gevuld met cariës; D/3 = gevuld zonder cariës; E/4 = geëxtraheerd omwille van cariës; N/5 = geëxtraheerd om een andere reden dan cariës; F/6 = sealant; G/7 = brug, pijler, kroon of facet; N/8 = niet doorgebroken tand; T/9 = trauma; X/X = niet geregistreerd.

Tabel 6.13a toont de resultaten voor het blijvend gebit. De gemiddelde DMFT-score in de Volledige steekproef bedroeg 8,6 ($\pm 7,2$). De belangrijkste component van deze index was het aantal gevulde tanden ("F"), met een gemiddelde van 6,4 ($\pm 5,8$). Gemiddeld waren er 1,3 ($\pm 4,0$) ontbrekende tanden en 0,9 ($\pm 2,4$) tanden met onbehandelde cariës. De verdeling van de scores was sterk scheef. De gemiddelde DMFT-score was hoger bij vrouwen (8,2 $\pm 7,4$) dan bij mannen (7,5 $\pm 7,1$).

De hoogste DMFT-scores werden waargenomen in de leeftijdsgroepen van 65-74 jaar en ouder. Het aantal aangetaste en geëxtraheerde tanden bereikte zijn hoogste niveau bij deelnemers van 75 jaar en ouder. Vooral het aantal geëxtraheerde tanden nam sterk toe vanaf 65 jaar, terwijl het aantal gevulde tanden aanzienlijk toenam tussen 25 en 64 jaar. Er was een klein verschil tussen de gemiddelde DMFT-score in het Vlaams en Waals Gewest (respectievelijk 8,9 $\pm 7,2$ en 8,3 $\pm 7,2$), terwijl inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een lagere gemiddelde DMFT-score hadden (7,4 $\pm 6,7$).

In de Gekoppelde steekproef werd vastgesteld dat de gemiddelde DMFT-score daalde met het opleidingsniveau, van 12,7 ($\pm 7,0$) bij het laagste niveau tot 9,2 ($\pm 6,5$) bij het hoogste niveau. Dit patroon werd ook teruggevonden voor de component "ontbrekende tanden".

Deelnemers met VT-status hadden een iets lagere gemiddelde DMFT-score (8,4 $\pm 7,2$) dan deelnemers zonder deze status (8,8 $\pm 7,2$). Ze vertoonden echter hogere gemiddelde waarden voor het aantal aangetaste tanden (1,2 $\pm 2,4$) en ontbrekende tanden (2,1 $\pm 5,4$), in vergelijking met respectievelijk 0,9 ($\pm 2,5$) en 1,4 ($\pm 4,1$) bij deelnemers zonder VT. Omgekeerd hadden deelnemers met VT een lagere gemiddelde score voor het aantal gevulde tanden (5,1 $\pm 5,5$) dan degenen zonder deze status (6,6 $\pm 5,7$).

De gemiddelde DMFT-score in de groep 12-jarigen (N = 22; niet afzonderlijk weergegeven in de tabel) bedroeg 0,7 ($\pm 1,8$), met een mediaan van 0, een interkwartielafstand (Q1-Q3) van 0-0 en een spreiding van 0-7. Aangezien het aantal deelnemers in deze subgroep bijzonder klein was, kunnen hieruit geen betekenisvolle conclusies worden getrokken.

Tabel 6.13a. DMFT index en diens componenten D (Decayed), M (Missing), F (Filled) T (Tooth), gemiddelde en standaarddeviatie in dentate deelnemers 12 jaar en ouder (N= 1.573/1.561 en N= 1.262/1.251; blijvend gebit), OHDRES 2023-2024, België (N=1.724 en N=1.382)

		DMFT (N=1.573)		D (N=1.561)		M (N=1.573)		F (N=1.561)	
		Gem	SD	Gem	SD	Gem	SD	Gem	SD
GESLACHT	Man	7,5	7,1	0,9	2,5	1,3	3,8	6,1	5,7
	Vrouw	8,2	7,4	0,9	2,3	1,3	4,2	6,6	6,0
LEEFTIJD- GROEP	12-14	1,5	2,9	0,5	1,4	0,0	0,1	1,0	2,6
	15-24	2,4	3,6	0,9	2,7	0,0	0,1	1,5	2,3
	25-34	5,4	5,1	1,0	2,3	0,5	2,7	4,1	4,1
	35-44	8,0	5,8	1,0	2,2	0,6	2,0	6,4	4,8
	45-54	10,1	6,1	0,9	2,6	0,8	2,1	8,5	5,5
	55-64	12,8	6,5	1,0	2,7	1,9	4,5	10,0	5,8
	65-74	13,7	7,1	0,7	1,8	3,6	6,4	9,6	5,9
	≥75	12,9	7,7	1,2	2,4	3,7	6,8	8,1	6,1
GEWEST	Vlaams Gewest	8,9	7,2	0,9	2,5	1,4	4,1	6,6	5,9
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	7,4	6,7	0,7	1,7	0,7	2,7	6,0	5,5
	Waals Gewest	8,3	7,2	1,0	2,4	1,2	4,1	6,1	5,8
TOTAAL	Dentaat*	8,6	7,2	0,9	2,4	1,3	4,0	6,4	5,8
		(N= 1.262)		(N= 1.251)		(N= 1.262)		(N= 1.251)	
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	12,7	7,0	1,1	2,4	4,2	6,3	7,5	5,0
	Lager secundair onderwijs	10,9	7,2	1,0	2,3	3,6	6,5	6,5	5,4
	Hoger secundair onderwijs	10,7	6,9	1,4	3,2	1,7	4,4	7,6	5,5
	Hoger onderwijs	9,2	6,5	0,8	2,3	0,9	2,7	7,6	5,6
SOCIALE STATUS VT	Nee	8,8	7,2	0,9	2,5	1,4	4,1	6,6	5,7
	Ja	8,4	7,5	1,2	2,4	2,1	5,4	5,1	5,5
TOTAAL	Dentaat*	8,7	7,2	1,0	2,4	1,5	4,3	6,3	5,7

Bron: OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N= aantal; SD = standaard deviatie;

*dentaat = deelnemer met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 6.13b toont de resultaten voor het melkgebit. De gemiddelde dmft-score bij kinderen van 5 tot 11 jaar bedroeg 1,8 (±2,5). Het grootste deel van deze score werd bepaald door de "d"-component (aangetaste tanden), met een gemiddelde van 1,1 (±1,9). Het is echter belangrijk te benadrukken dat de steekproefgrootte te klein was om zinvolle vergelijkingen tussen subgroepen mogelijk te maken.

Tabel 6.13b. dmft index en diens componenten d (decayed), m (missing), f (filled) t (tooth), gemiddelde en standaarddeviatie in dentate deelnemers tussen 5-11 jaar oud (N= 72; melkgebit), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724)

		dmft (N=72)		d (N=72)		m (N=72)		f (N=72)	
		Gem	SD	Gem	SD	Gem	SD	Gem	SD
GESLACHT	Man	2,0	2,6	1,3	2,0	0,0	0,1	0,6	1,5
	Vrouw	1,6	2,3	0,7	1,8	0,0	0,0	0,6	1,3
LEEFTIJDGROEP	5-7	2,0	3,0	1,0	2,1	0,0	0,2	1,0	2,0
	8-11	1,7	2,2	1,3	2,1	0,0	0,0	0,4	1,2
TOTAAL		1,8	2,5	1,1	1,9	0,0	0,1	0,6	1,4

Bron: OHDRES 2023-2024; N = aantal; SD = standaarddeviatie;

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 6.14 geeft een overzicht van het aantal deelnemers dat volledig vrij was van gecaviteerde cariëslaesies, ontbrekende tanden en vullingen (dmft/DMFT-score van 0). Dit was het geval bij 18,1% van de onderzochte personen in de Volledige steekproef. Er was een verschil tussen mannen en vrouwen (respectievelijk 19,6% tegenover 16,6%). Het aandeel deelnemers zonder cariëservaring daalde sterk vanaf de leeftijd van 25 jaar. Bij kinderen van 5-7 jaar was 43,4% cariësvrij; bij jongeren van 12-14 jaar was dit 61,3%, en bij de groep van 15-24 jaar slechts 45,8%. We benadrukken echter dat de steekproefgrootte in deze leeftijdsgroepen te klein was om zinvolle vergelijkingen tussen subgroepen mogelijk te maken.

In de Gekoppelde steekproef nam het aandeel cariësvrije deelnemers toe met het opleidingsniveau: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe groter het aandeel zonder cariëservaring. Er werd geen verschil in cariësvrije status waargenomen tussen deelnemers met en zonder VT.

Tabel 6.14. Frequentie van dentate cariës-vrije deelnemers 5 jaar en ouder, d.i. vrij van zowel gecaviteerde cariëslaesies, ontbrekende, als gevulde tanden (dmft/DMFT score = 0), (N= 1.686 en N= 1.348), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Cariës-vrij	
		N	%
GESLACHT	Man	130	19,6
	Vrouw	113	16,6
LEEFTIJDSGROEP	5-7	19	43,4
	8-11	46	50,7
	12-14	45	61,3
	15-24	68	45,8
	25-34	27	12,0
	35-44	11	6,1
	45-54	11	6,0
	55-64	4	1,1
	65-74	6	2,1
	≥75	6	3,9
GEWEST	Vlaams Gewest	148	16,7
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	18	20,1
	Waals Gewest	77	20,2
TOTAAL	Dentaat*	243	18,1
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	1	4,7
	Lager secundair onderwijs	6	5,1
	Hoger secundair onderwijs	12	4,8
	Hoger onderwijs	29	7,2
SOCIALE STATUS VT	Nee	178	20,1
	Ja	16	20,4
TOTAAL	Dentaat*	194	20,1

Bron: OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022;

N = aantal; % = percentage, *dentaat = deelnemers met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.5.4.2. *Restauratieve Index en Care Index*

Tabel 6.15 geeft een overzicht van de Restauratieve Index en de Care Index bij deelnemers die een mondonderzoek ondergingen. De restauratieve index beoordeelt het aandeel aangetaste tanden dat werd behandeld met restauraties, terwijl de care index ook extracties als een vorm van behandeling meeneemt (Gupta et al., 2017). Beide indexen kunnen variëren van 0 tot 100.

Uit de gegevens van de Volledige steekproef blijkt dat voor het definitieve gebit de gemiddelde restauratieve index 85,8 ($\pm 28,0$) bedroeg. Van de onderzochte personen had 6,4% een score van 0 en 66,9% een score van 100. De care index toonde een iets hogere gemiddelde score van 87,5 ($\pm 25,9$), waarbij 4,8% een score van 0 had en 67,3% een score van 100.

Voor het melkgebit, bij deelnemers van 5-7 jaar, bedroeg de gemiddelde restauratieve index 49,7 ($\pm 34,6$). In deze groep had 28,6% een restauratieve index van 0, terwijl 7,6% een score van 100 behaalde.

Wat betreft het verschil tussen vrouwen en mannen, hadden mannen hogere scores op beide indexen. De restauratieve en care index namen beiden toe met de leeftijd, hoewel een lichte daling werd vastgesteld in de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder. Er waren vrijwel geen verschillen tussen het Vlaamse en Brussels Hoofdstedelijk Gewest, terwijl beide gewesten hogere waarden rapporteerden dan het Waalse Gewest.

In de Gekoppelde steekproef vertoonden de restauratieve en care index schommelingen volgens het opleidingsniveau, zonder duidelijk patroon. Deelnemers met VT-status hadden lagere gemiddelde scores op beide indexen in vergelijking met hun tegenhangers: 75,1 ($\pm 34,5$) versus 87,3 ($\pm 26,4$) voor de restauratieve index, en 78,9 ($\pm 31,9$) versus 89,0 ($\pm 24,0$) voor de care index.

Tabel 6.15. Restoratieve Index (N= 1.372 en N= 1.100) en Care Index (N=1.392 en N= 1.119)
in het definitieve gebit bij deelnemers 12 jaar en ouder,
OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Restauratieve Index (N=1.372)			Care Index (N= 1.392)		
		Gem (SD)	=0 N (%)	=100 N (%)	Gem (SD)	=0 N (%)	=100 N (%)
GESLACHT	Man	85,0 (28,2)	35 (5,8)	397 (63,9)	86,7 (26,3)	26 (4,6)	409 (64,4)
	Vrouw	86,5 (27,8)	38 (6,9)	531 (69,7)	88,2 (25,5)	28 (5,0)	539 (70,0)
LEEFTIJDGROEP	12-14	57,3 (46,6)	10 (38,1)	12 (49,1)	59,0 (45,8)	9 (35,1)	13 (50,3)
	15-24	73,6 (38,9)	16 (18,6)	52 (59,0)	73,8 (38,7)	15 (18,4)	52 (59,0)
	25-34	80,1 (33,5)	12 (9,9)	81 (63,7)	81,1 (32,3)	11 (8,2)	84 (64,5)
	35-44	87,1 (23,5)	10 (3,3)	152 (64,8)	88,4 (21,5)	6 (1,8)	153 (64,9)
	45-54	91,4 (21,2)	7 (2,9)	181 (71,4)	92,9 (17,3)	3 (1,0)	182 (71,4)
	55-64	91,1 (21,1)	6 (2,5)	201 (73,5)	93,5 (15,7)	1 (0,1)	203 (73,6)
	65-74	91,6 (19,7)	6 (2,2)	172 (72,6)	93,4 (16,7)	4 (1,4)	182 (73,5)
	≥75	84,4 (27,5)	6 (4,6)	77 (61,1)	87,7 (24,5)	5 (3,2)	79 (61,7)
	Vlaams Gewest	86,5 (27,3)	39 (5,5)	623 (67,7)	88,1 (25,2)	26 (4,0)	632 (68,0)
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	86,7 (25,6)	4 (5,7)	72 (66,0)	88,1 (22,6)	2 (2,7)	73 (66,3)
GEWEST	Waals Gewest	83,9 (30,2)	30 (8,4)	233 (65,7)	85,9 (28,1)	26 (7,1)	243 (66,4)
	TOTAAL	85,8 (28,0)	73 (6,4)	628 (66,9)	87,5 (25,9)	54 (4,8)	948 (67,3)
		(N= 1.100)			(N= 1.119)		
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	89,1 (22,8)	1 (3,0)	20 (65,9)	91,9 (16,4)	0 (0,0)	21 (66,4)
	Lager secundair onderwijs	83,6 (29,6)	6 (6,9)	66 (62,9)	88,5 (23,4)	2 (1,0)	69 (64,8)
	Hoger secundair onderwijs	84,9 (28,3)	13 (4,7)	204 (65,8)	86,7 (26,4)	9 (3,4)	209 (66,2)
	Hoger onderwijs	89,8 (23,2)	11 (3,1)	304 (72,2)	90,9 (20,9)	7 (1,9)	306 (72,3)
SOCIALE STATUS VT	Nee	87,3 (26,4)	40 (4,8)	666 (69,2)	89,0 (24,0)	29 (3,4)	682 (69,7)
	Ja	75,1 (34,5)	16 (12,3)	72 (47,7)	78,9 (31,9)	12 (8,4)	75 (49,2)
TOTAAL		85,4 (28,0)	56 (5,9)	738 (65,8)	87,5 (25,5)	41 (4,1)	757 (66,5)

Bron: OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022;

N = aantal deelnemers; SD = standaard deviatie; % = percentage; * deelnemers met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.5.4.3. Status worteloppervlakken

Tabel 6.16 beschrijft het percentage deelnemers met tanden met blootliggende worteloppervlakken, evenals het percentage met aangetaste en/of gevulde blootliggende worteloppervlakken. In de Volledige steekproef bedroegen deze percentages respectievelijk 56,3% en 14,7%. Er werd een klein verschil vastgesteld tussen mannen en vrouwen in het percentage met blootliggende worteloppervlakken, terwijl er geen verschil was in het percentage met aangetaste en/of gevulde worteloppervlakken.

Beide situaties nemen gestaag toe met de leeftijd, hoewel bij deelnemers van 75 jaar en ouder een daling werd geregistreerd, vooral in het percentage met blootliggende worteloppervlakken. De hoogste percentages met blootliggende worteloppervlakken, alsook aangetaste en/of gevulde blootliggende worteloppervlakken, werden vastgesteld in het Vlaams Gewest (respectievelijk 63,3% en 15,3%), gevolgd door het Waals Gewest (44,8% en 14,7%) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (44,8% en 11,9%).

In de Gekoppelde steekproef werd een aanzienlijk lager percentage deelnemers met aangetaste en/of gevulde blootliggende worteloppervlakken vastgesteld bij degenen met het hoogste opleidingsniveau (16,2%) in vergelijking met deelnemers met enkel lager onderwijs of geen diploma (38,4%). Deelnemers met VT-status hadden een iets hoger percentage aangetaste en/of gevulde blootliggende worteloppervlakken (17,7%) dan hun tegenhangers zonder deze status (16,9%).

Tabel 6.16. Frequentie van dentate deelnemers 15 jaar en ouder met blootliggende worteloppervlakken en blootliggende worteloppervlakken met cariës en/of vullingen (N=1.538 en N= 1.245),
OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Blootliggende worteloppervlakken		Blootliggende worteloppervlakken met cariës en/of vullingen	
		N	%	N	%
GESLACHT	Man	472	58,0	150	14,6
	Vrouw	505	54,6	141	14,9
LEEFTIJD- GROEP	15-24	13	5,3	0	0,0
	25-34	56	32,5	5	2,2
	35-44	134	55,7	18	6,1
	45-54	191	69,6	43	13,5
	55-64	241	80,8	84	27,4
	65-74	226	82,2	93	30,7
	≥75	116	70,5	48	28,8
GEWEST	Vlaams Gewest	680	63,3	178	15,3
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	74	48,8	23	11,9
	Waals Gewest	223	44,8	90	14,7
TOTAAL		977	56,3	291	14,7
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	24	68,5	11	38,4
	Lager secundair onderwijs	88	68,8	23	15,2
	Hoger secundair onderwijs	239	70,1	76	22,1
	Hoger onderwijs	323	65,9	82	16,2
SOCIALE STATUS VT	Nee	698	59,8	199	16,9
	Ja	104	52,9	40	17,7
TOTAAL		803	58,7	239	17,0

Bron: OHDRES 2023-2024, HI 2023-2024 en IMA 2018-2022;

N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemers met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 6.17 geeft het gemiddeld aantal tanden per deelnemer weer met blootliggende worteloppervlakken, evenals het gemiddeld aantal tanden met blootliggende worteloppervlakken waarop tekenen van cariës - al dan niet behandeld - werden vastgesteld. In de Volledige steekproef hadden deelnemers gemiddeld 3,5 ($\pm 4,7$) tanden met blootliggende worteloppervlakken en 0,5 ($\pm 1,5$) tanden met aangetaste en/of gevulde blootliggende worteloppervlakken. De gemiddelden waren vergelijkbaar tussen mannen en vrouwen en namen consistent toe met de leeftijd: van 0,2 ($\pm 0,9$) in de leeftijdsgroep van 15-24 jaar tot 5,0 ($\pm 5,3$) bij deelnemers van 75 jaar en ouder.

Er waren weinig regionale verschillen. Het gemiddeld aantal tanden met blootliggende worteloppervlakken was het hoogst in het Vlaams Gewest, gevolgd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en het Waals Gewest. Het gemiddeld aantal tanden met aangetaste en/of gevulde worteloppervlakken was daarentegen het hoogst in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, gevolgd door het Vlaams Gewest en vervolgens het Waals Gewest.

In de Gekoppelde steekproef daalde het gemiddeld aantal tanden met aangetaste en/of gevulde blootliggende worteloppervlakken met een stijgend opleidingsniveau: van 1,5 ($\pm 2,5$) bij deelnemers met enkel lager onderwijs of geen diploma tot 0,6 ($\pm 1,8$) bij deelnemers met een hoog opleidingsniveau. Er werd geen verband vastgesteld tussen sociale status en het gemiddeld aantal tanden met aangetaste en/of gevulde blootliggende worteloppervlakken.

Tabel 6.17. Gemiddeld aantal tanden met blootliggende worteloppervlakken en aangetaste en/of gevulde blootliggende worteloppervlakken in dentate deelnemers 15 jaar en ouder (N= 1.538 en N= 1.245), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Blootliggende worteloppervlakken		Blootliggende worteloppervlakken met cariës en/of vullingen	
		Gem	SD	Gem	SD
GESLACHT	Man	3,5	4,6	0,4	1,5
	Vrouw	3,6	4,7	0,5	1,6
LEEFTIJDGROEPEN	15-24	0,2	0,9	0,0	0,0
	25-34	1,3	2,8	0,1	0,7
	35-44	3,0	4,0	0,2	1,3
	45-54	4,4	4,9	0,3	1,0
	55-64	5,3	4,9	0,8	2,1
	65-74	5,8	5,2	1,0	1,9
	≥ 75	5,0	5,3	1,0	2,3
GEWEST	Vlaams Gewest	4,1	4,9	0,5	1,5
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	3,2	4,7	0,5	1,7
	Waals Gewest	2,4	4,0	0,4	1,5
TOTAAL	Dentaat*	3,5	4,7	0,5	1,5
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	4,1	3,8	1,5	2,5
	Lager secundair onderwijs	4,6	5,0	0,4	1,0
	Hoger secundair onderwijs	4,5	5,1	0,8	2,1
	Hoger onderwijs	4,4	5,1	0,6	1,8
SOCIALE STATUS VT	Nee	3,9	4,9	0,6	2,0
	Ja	3,4	4,7	0,4	1,2
TOTAAL	Dentaat*	3,8	4,8	0,6	1,7

Bron: OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022;
SD = standaard deviatie; *dentaat = deelnemer met minstens één natuurlijke tand.

6.5.4.4. Tandslijtage

Tandslijtage, het cumulatief verlies van gemineraliseerd tandweefsel als gevolg van fysieke of chemo-fysische processen zoals attritie, erosie en abrasie, werd geregistreerd met behulp van de Basic Erosive Wear Examination (BEWE) Index (Bartlett et al., 2008). Dit is een eenvoudige methode om tandslijtage te diagnosticeren en biedt klinici een leidraad voor het beheer ervan. De criteria zijn: 0 = geen erosieve slijtage; 1 = beginnend verlies van oppervlaktestructuur; 2 = duidelijk defect, verlies van harde weefsels < 50% van het oppervlak, meestal met betrokkenheid van dentine; 3 = duidelijk defect, verlies van harde weefsels > 50% van het oppervlak, meestal met betrokkenheid van dentine. In deze studie werden indextanden (incisieven en eerste molaren) geëvalueerd, en alleen deelnemers met een score 2 of 3 - dus met duidelijke defecten en dentineblootstelling - werden als gevallen van tandslijtage beschouwd (Martignon et al., 2019). De uiteindelijke BEWE-score van elke deelnemer werd bepaald door de som van de hoogste scores per sextant.

Tabel 6.18 beschrijft de frequentieverdeling van deelnemers van 6 jaar en ouder met duidelijke tekenen van tandslijtage met blootliggend dentine. In de Volledige steekproef vertoonde 41,1% van de onderzochte deelnemers tekenen van tandslijtage. De prevalentie was hoger bij mannen (44,9%) dan bij vrouwen (37,2%). De steekproefgroottes in de leeftijdsgroepen tot 34 jaar waren te klein om betekenisvolle vergelijkingen te kunnen maken. De proportie deelnemers met tandslijtage nam toe met de leeftijd: van 45,9% in de leeftijdsgroep van 35-44 jaar tot 62,9% bij deelnemers van 75 jaar en ouder. De prevalentie van tandslijtage was gelijkaardig in de drie gewesten. In de Gekoppelde steekproef bleek dat de prevalentie van tandslijtage daalde naarmate het opleidingsniveau toenam. Een beduidend hogere prevalentie werd vastgesteld bij deelnemers met enkel lager onderwijs of zonder diploma (69,3%) vergeleken met degenen met het hoogste opleidingsniveau (48,4%). Er werd geen verschil vastgesteld in tandweefselverlies tussen deelnemers met en zonder VT-status.

Tabel 6.18. Frequentie van dentate deelnemers 6 jaar en ouder met tandslijtage (N= 1.665 en N=1.329), Oral Health Survey, België, 2023-2024 (N= 1.724 en N= 1.382)

		Tandslijtage	
		N	%
GESLACHT	Man	396	44,9
	Vrouw	347	37,2
LEEFTIJDGROEP	6-7	5	21,3
	8-11	9	12,6
	12-14	10	12,9
	15-24	13	9,9
	25-34	52	36,2
	35-44	105	45,9
	45-54	140	53,2
	55-64	168	60,8
	65-74	155	59,4
	≥75	86	62,9
GEWEST	Vlaams Gewest	486	41,8
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	62	40,3
	Waals Gewest	195	39,8
TOTAAL	Dentaat* ≥ 6	743	41,1
	Dentaat* ≥ 12	729	43,8
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager Onderwijs/geen diploma	21	69,3
	Lager secundair onderwijs	69	58,6
	Hoger secundair onderwijs	162	50,3
	Hoger onderwijs	219	48,4
SOCIAL STATUS VT	Nee	512	42,0
	Ja	87	41,6
TOTAAL	Dentaat* ≥ 6	600	42,0
	Dentaat* ≥ 12	589	44,2

Bron: OHGRES 2023-2024, HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage; *dentaat = deelnemer met minstens één natuurlijke tand. Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.5.4.5. Molar-Incisor Hypomineralisation (MIH)

MIH is een systemische ontwikkelingsstoornis van het glazuur die één of meerdere blijvende eerste molaren aantast, en vaak gepaard gaat met letsels op de blijvende snijtanden. MIH wordt gekenmerkt door scherp afgelijnde opaciteiten, veroorzaakt door een verminderde hoeveelheid anorganische glazuurcomponenten, wat leidt tot een witachtige, crèmekleurige of bruine verkleuring (Ghanim et al., 2017). Het betreft een kwalitatieve glazuurafwijking, waarbij hypomineralisatie kan leiden tot een gedeeltelijk of volledig verlies van glazuur door post-eruptieve afbrokkeling.

Tabel 6.19 toont de prevalentie van MIH bij deelnemers van 6 jaar en ouder. In de Volledige steekproef was de prevalentie laag (6,9%), zonder verschil tussen mannen en vrouwen. De verschillen in prevalentie tussen de leeftijdsgroep 12-14 jaar en de oudere groepen kunnen deels verklaard worden door restauratieve behandelingen van aangetaste molaren, waardoor de klinische herkenbaarheid van MIH nadien bemoeilijkt wordt. In ernstige gevallen kunnen aangetaste elementen ook geëxtraheerd zijn, wat het aantal identificeerbare gevallen verder beperkt.

Gezien het kleine aantal vastgestelde gevallen is het echter niet mogelijk om betekenisvolle conclusies te trekken over de verschillende leeftijdsgroepen heen. Er werden geen significante verschillen in MIH-prevalentie vastgesteld tussen de gewesten. Wel lag de prevalentie van MIH bij deelnemers met VT-status lager (4,1%) dan bij personen zonder deze status (6,1%).

Tabel 6.19. Frequentie van dentate deelnemers zes jaar en ouder met Molar-Incisor Hypomineralisation (N= 1.715 en N= 1.374), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Molar-Incisor Hypomineralisation (MIH)	
		N	%
GESLACHT	Man	34	6,8
	Vrouw	53	7,0
LEEFTIJDSGROEP	6-7	3	11,6
	8-11	12	22,3
	12-14	11	17,5
	15-24	13	7,9
	25-34	11	6,6
	35-44	9	6,1
	45-54	10	3,5
	55-64	9	3,3
	65-74	7	3,1
	≥75	2	1,8
GEWEST	Vlaams Gewest	53	6,1
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	9	10,3
	Waals Gewest	25	7,1
TOTAAL	Dentaat* ≥6j	87	6,9
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	2	7,3
	Lager secundair onderwijs	3	2,4
	Hoger secundair onderwijs	7	2,1
	Hoger onderwijs	12	3,6
SOCIALE STATUS VT	Nee	51	6,1
	Ja	6	4,1
TOTAAL	Dentaat* ≥6j	58	5,9

Bron: OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022;

N = aantal deelnemers; % = percentage; *dentaat = deelnemer met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.5.4.6. Dentaal trauma

Tabel 6.20 toont het aantal deelnemers met tanden waarop tekenen van dentaal trauma werden vastgesteld. In de Volledige steekproef had 2,4% van de deelnemers minstens één tand met aanwijzingen van tandtrauma. Door het beperkte aantal gevallen binnen de verschillende subgroepen is het niet mogelijk om valide conclusies te trekken over de waargenomen verschillen. De meest getroffen elementen waren de centrale snijtanden in de bovenkaak, dit zowel in het blijvende als in het melkgebit.

Tabel 6.20. Frequentie van dentate deelnemers 5 jaar en ouder met minstens één tand met tekenen van dentaal trauma (N=1.674 en N=1.337), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Minstens één tand met tekenen van dentaal trauma	
		N	%
GESLACHT	Man	25	3,2
	Vrouw	17	1,5
LEEFTIJDSGROEP	5-7	0	0,0
	8-11	0	0,0
	12-14	0	0,0
	15-24	4	2,4
	25-34	4	3,5
	35-44	6	2,9
	45-54	10	3,1
	55-64	10	3,5
	65-74	5	2,3
	≥75	3	1,2
GEWEST	Vlaams Gewest	26	2,6
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	4	2,6
	Waals Gewest	12	1,7
TOTAAL	Dentaat*	42	2,4
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	0	0,0
	Lager secundair onderwijs	2	2,1
	Hoger secundair onderwijs	12	3,6
	Hoger onderwijs	14	4,8
SOCIALE STATUS VT	Nee	35	3,2
	Ja	3	1,4
TOTAAL	Dentaat*	38	2,9

Bron: OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022;

N = aantal deelnemers; % = percentage; *dentaat = deelnemer met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.5.5. Anterieure dento-faciale afwijkingen

Tabel 6.21 beschrijft de prevalentie van anterieure dento-faciale afwijkingen bij deelnemers van 12 jaar en ouder (Mohlin et al., 2017). In de Volledige steekproef vertoonde één derde van de deelnemers (36,3%) één of meerdere afwijkingen in het anterieure segment, met nagenoeg geen verschil tussen mannen en vrouwen. De hoogste prevalentie van anterieure dento-faciale afwijkingen werd waargenomen bij deelnemers tussen 35 en 74 jaar, met een aandeel van ongeveer 40%. Voor de andere leeftijdsgroepen was de steekproef te klein om betrouwbare uitspraken te doen. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werd een hogere prevalentie vastgesteld (40,7%) in vergelijking met het Vlaamse Gewest (35,6%) en het Waalse Gewest (36,0%).

In de Gekoppelde steekproef nam de prevalentie van deze afwijkingen opvallend toe met het opleidingsniveau, van 26,5% bij deelnemers met enkel lager onderwijs of zonder diploma tot 42,9% bij deelnemers met hoger onderwijs. In tegenstelling daarmee verschilden de prevalentiecijfers nauwelijks tussen deelnemers met VT-statuuut (36,2%) en hun tegenhangers zonder dit statuut (34,6%).

Tabel 6.21. Frequentie van dentate deelnemers 12 jaar en ouder met minstens één anterieure dento-faciale afwijking (N= 1.561 en N= 1.251), OHGRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Anterieure dento-faciale afwijkingen	
		N	%
GESLACHT	Man	289	36,0
	Vrouw	313	36,5
LEEFTIJDGROEP	12-14	29	34,4
	15-24	40	26,0
	25-34	52	31,7
	35-44	93	40,2
	45-54	120	41,2
	55-64	129	42,1
	65-74	98	40,1
	≥75	41	31,1
GEWEST	Vlaams Gewest	390	35,6
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	53	40,7
	Waals Gewest	159	36,0
TOTAAL	Dentaat*	602	36,3
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	11	26,5
	Lager secundair onderwijs	33	26,8
	Hoger secundair onderwijs	121	38,0
	Hoger onderwijs	198	42,9
SOCIALE STATUS VT	Nee	419	36,2
	Ja	57	34,6
TOTAAL	Dentaat*	477	36,0

Bron: OHGRES 2023-2024, HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022;

N = aantal deelnemers; % = percentage; *dentaat = deelnemer met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 6.22 toont de verdeling van de meest voorkomende situaties op vlak van ruimtegebrek en types van anterieure dento-faciale afwijkingen. Crowding werd gedefinieerd als een situatie waarbij de beschikbare ruimte tussen de rechter- en linkerhoektand onvoldoende is om de vier incisieven in normale positie te plaatsen. Alleen gevallen met meer dan 2 mm crowding werden geregistreerd. Horizontale malocclusie werd gedefinieerd als een maxillaire overjet van ≥ 6 mm of een mandibulaire overjet van > 0 mm. Verticale malocclusie werd gedefinieerd als een overbeet van ≥ 5 mm of een open beet van > 0 mm.

In de Volledige steekproef werd crowding vastgesteld bij 24,7% van de deelnemers. Verticale malocclusie kwam voor bij 13,4% van de deelnemers en horizontale malocclusie bij 10,2%. De verschillen tussen mannen en vrouwen waren klein. Crowding kwam iets vaker voor bij mannen dan bij vrouwen (25,3% versus 24,0%), net zoals horizontale malocclusie (10,9% versus 9,4%). Voor verticale malocclusie was het omgekeerde waar: vrouwen vertoonden een iets hogere prevalentie (14,4%) dan mannen (12,5%).

Tabel 6.22. Frequentie van dentate deelnemers 12 jaar en ouder met minstens één anterieure dento-faciale anomalie: crowding (N=1.499 en N= 1.195), verticale malocclusie (N= 1.474 en N= 1.177), en horizontale malocclusie (N= 1.472 en N= 1.176), OHGRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Anterieure dento-faciale afwijking					
		Crowding		Verticale malocclusie		Horizontale malocclusie	
		N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	205	25,3	118	12,5	90	10,9
	Vrouw	183	24,0	111	14,4	75	9,4
LEEFTIJDGROEP	12-14	21	26,1	13	16,5	9	12,2
	15-24	22	14,0	19	13,4	11	4,9
	25-34	24	13,6	27	12,4	18	13,6
	35-44	72	32,1	31	13,7	10	3,8
	45-54	83	30,0	44	14,3	35	12,6
	55-64	86	30,2	43	13,5	41	14,6
	65-74	61	28,7	35	12,1	26	9,6
	≥75	19	21,2	17	11,8	15	12,3
GEWEST	Vlaams Gewest	250	24,5	149	14,3	119	11,6
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	32	24,7	21	16,0	16	10,7
	Waals Gewest	106	25,0	59	10,6	30	7,1
TOTAAL	Dentaat*	388	24,7	229	13,4	165	10,2
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	4	10,9	3	11,1	4	11,3
	Lager secundair onderwijs	15	14,8	16	12,1	10	11,3
	Hoger secundair onderwijs	77	26,8	48	14,3	40	11,9
	Hoger onderwijs	136	30,7	69	14,7	50	10,4
SOCIALE STATUS VT	Nee	268	25,3	159	13,6	117	9,9
	Ja	32	17,8	24	18,6	19	10,5
TOTAAL	Dentaat*	300	24,1	184	14,5	136	10,0

Bron: OHGRES 2023-2024, HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage;

*dentaat = deelnemer met minstens één tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

Er werd geen duidelijk patroon waargenomen tussen de verschillende leeftijdsgroepen. De prevalentie van crowding varieerde van 13,6% tot 32,1%, verticale malocclusie van 11,8% tot 16,5% en horizontale malocclusie van 3,8% tot 14,6%. Het is belangrijk te benadrukken dat de kleine steekproefgroottes in veel leeftijdsgroepen de betrouwbaarheid van verdere interpretaties beperken. Wat de gewesten betreft, werden er nauwelijks verschillen vastgesteld in de prevalentie van crowding. Verticale malocclusie kwam het vaakst voor in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (16,0%), gevolgd door het Vlaams Gewest (14,3%) en het Waals Gewest (10,6%). Horizontale malocclusie kwam het meest voor in het Vlaams Gewest (11,6%), gevolgd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (10,7%) en het Waals Gewest (7,1%).

In de Gekoppelde steekproef werd vastgesteld dat de prevalentie van crowding en verticale malocclusie toenam met het opleidingsniveau, van respectievelijk 10,9% tot 30,7% en van 11,1% tot 14,7%. Daarentegen daalde de prevalentie van horizontale malocclusie licht, van 11,3% naar 10,4%. Wat de sociale status betreft, kwamen alle types malocclusies vaker voor bij deelnemers met een VT-status.

6.5.6. Gebitsprothesen

6.5.6.1. Niet-uitneembare prothetiek en partiële uitneembare gebitsprothesen

De prothetische status werd geregistreerd bij alle deelnemers (Tabel 6.23). In de Volledige steekproef had 8,7% van de deelnemers een kroon of brug, terwijl 7,6% een partiële uitneembare prothese droeg. Niet-uitneembare prothetische constructies kwamen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (10,2% tegenover 7,2%), net als partiële uitneembare prothesen (8,7% versus 6,6%). Het voorkomen van zowel niet-uitneembare als partiële uitneembare prothesen nam toe vanaf de leeftijd van 25 jaar. In de leeftijdsgroep 25-34 jaar werd slechts één partiële uitneembare prothese geregistreerd.

Niet-uitneembare prothetische restauraties werden het vaakst waargenomen bij deelnemers uit het Vlaams Gewest, gevolgd door het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (respectievelijk 9,2%, 8,4% en 7,4%). Een vergelijkbaar patroon werd vastgesteld voor partiële uitneembare prothesen: 8,6% in het Vlaams Gewest, 7,2% in het Waals Gewest en 4,0% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

In de Gekoppelde steekproef was de prevalentie van niet-uitneembare en partiële uitneembare prothesen significant lager bij deelnemers met een hoog opleidingsniveau (respectievelijk 11,0% en 5,5%) dan bij deelnemers met enkel lager onderwijs of geen diploma (18,2% en 17,1%). Deelnemers met een VT-status droegen vaker een uitneembare prothese (12,0%) dan hun tegenhangers zonder deze status (7,2%).

Bij de meerderheid van de dragers van partiële uitneembare gebitsprothesen, betrof dit een prothese met kunststofbasis (46,2%). Daarnaast droeg 40,9% een metalen frameprothese en 12,9% een combinatie van beide typen.

6.5.6.2. Volledige uitneembare gebitsprothesen

In de Volledige steekproef droeg 5,8% van de deelnemers een volledige uitneembare gebitsprothese (Tabel 6.23). Dit percentage was significant hoger bij vrouwen dan bij mannen (6,6% versus 5,0%). Het aantal dragers van een volledige prothese nam toe vanaf de leeftijd van 25 jaar. In de leeftijdsgroep van 25-34 jaar droeg 0,8% (n=1) een volledige gebitsprothese, wat toenam tot 30,5% in de groep van 75 jaar en ouder.

Volledige uitneembare gebitsprothesen kwamen beduidend vaker voor in het Vlaams Gewest (7,3%) dan in het Waals Gewest (4,5%) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (1,6%).

In de Gekoppelde steekproef was de prevalentie van volledige uitneembare prothesen significant lager bij deelnemers met een hoog opleidingsniveau (2,6%) dan bij deelnemers met lager onderwijs of geen diploma (37,6%). Verder droegen deelnemers met VT-status meer dan dubbel zo vaak een uitneembare prothese (11,5%) in vergelijking met hun tegenhangers zonder deze status (5,5%). Deze resultaten onderstrepen de invloed van sociale determinanten op de mondgezondheidstoestand van de deelnemers.

Tabel 6.23. Frequentie van deelnemers met minstens één brug (N= 1.724 en N= 1.382), partiële uitneembare gebitsprothese (N= 1.724 en N= 1.382), of volledige uitneembare gebitsprothese (N= 1.724 en N= 1.382), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Brug		Partiële uitneembare prothese		Volledige uitneembare prothese	
		N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	88	7,2	78	6,6	60	5,0
	Vrouw	108	10,2	88	8,7	64	6,6
LEEFTIJDGROEP	5-7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	8-11	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	12-14	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	15-24	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	25-34	4	1,9	1	0,8	1	0,8
	35-44	12	5,4	10	4,1	2	0,6
	45-54	31	10,8	11	3,5	5	1,1
	55-64	52	15,1	32	11,0	22	7,6
	65-74	67	21,6	56	19,6	44	15,5
	≥75	30	22,4	56	32,6	50	30,5
GEWEST	Vlaams Gewest	132	9,2	108	8,6	93	7,3
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	17	7,4	11	4,0	3	1,6
	Waals Gewest	47	8,4	47	7,2	28	4,5
TOTAAL		196	8,7	166	7,6	124	5,8
OPLEIDINGS-NIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	5	18,2	7	17,1	13	37,6
	Lager secundair onderwijs	14	9,1	27	20,3	29	22,3
	Hoger secundair onderwijs	52	12,3	47	12,4	38	9,4
	Hoger onderwijs	64	11,0	32	5,5	14	2,6
SOCIALE STATUS VT	Nee	142	8,7	111	7,2	84	5,5
	Ja	17	6,4	31	12,0	27	11,5
TOTAAL		159	8,3	142	8,0	111	6,5

Bron: OHDRES 2023-2024; HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage;
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 6.24. Aantal deelnemers 35 jaar en ouder die een volledige uitneembare gebitsprothese dragen in één of twee kaakhelften (N= 1.224 en N= 993), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Edentaat maxilla		Edentaat mandibula		Edentaat maxilla en mandibula		Volledige uitneembare gebitsprothese maxilla		Volledige uitneembare gebitsprothese mandibula		Volledige uitneembare gebitsprothese in maxilla en mandibula	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	58	4,9	31	2,7	27	2,4	56	7,7	29	4,2	26	3,8
	Vrouw	69	7,2	23	2,5	23	2,5	64	10,9	23	3,9	23	3,9
LEEFTIJDSGROEP	35-44	1	0,3	1	0,3	1	0,3	2	0,6	0	0,0	0	0,0
	45-54	6	1,6	3	0,9	3	0,9	5	1,1	3	0,9	3	0,9
	55-64	24	8,5	8	2,4	8	2,4	22	7,9	7	2,1	7	2,1
	65-74	46	16,4	21	7,2	18	6,2	42	14,6	18	6,0	16	5,1
	≥75	49	30,5	20	13,8	19	13,5	49	30,2	24	15,2	23	14,8
GEWEST	Vlaams Gewest	93	7,3	37	3,0	33	2,7	90	11,6	39	5,2	36	4,9
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	3	1,6	0	0,0	0	0,0	3	3,0	1	0,8	1	0,8
	Waals Gewest	31	5,0	17	2,8	17	2,8	27	6,8	12	2,7	12	2,7
TOTAAL		126	9,9	53	4,2	49	3,9	120	9,4	52	4,0	49	3,8
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	13	37,6	7	17,6	7	17,6	13	42,1	8	23,2	8	23,2
	Lager secundair onderwijs	30	23,6	13	11,6	12	11,3	29	24,6	13	12,4	13	12,4
	Hoger secundair onderwijs	39	9,7	9	1,7	9	1,7	38	11,8	10	2,4	10	2,4
	Hoger onderwijs	13	2,4	11	2,1	8	1,6	11	2,7	9	2,3	6	1,7
SOCIALE STATUS VT	Nee	83	5,5	37	2,6	33	2,4	80	8,5	33	3,4	30	3,1
	Ja	28	12,2	12	5,0	12	5,0	27	21,2	13	9,7	13	9,7
TOTAAL		110	10,7	48	4,7	44	4,5	107	10,3	46	4,3	43	4,1

Bron: OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage;
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

Zoals weergegeven in Tabel 6.24, werd een onderscheid gemaakt tussen deelnemers die een volledige uitneembare gebitsprothese droegen in de bovenkaak, de onderkaak of in beide kaken. In de Volledige steekproef droeg 9,4% van de deelnemers een volledige uitneembare prothese in de bovenkaak, 4,0% in de onderkaak en 3,8% in beide kaken. Het dragen van een volledige prothese in de bovenkaak steeg van 0,6% in de leeftijdsgroep 35-44 jaar tot 30,2% bij deelnemers van 75 jaar en ouder. Voor de onderkaak lagen de percentages aanzienlijk lager, van 0,0% tot 15,2%. Het percentage deelnemers dat volledige gebitsprothesen in beide kaken droeg, steeg van 0,0% in de groep 35-44 jaar tot 14,8% bij de 75-plussers. Aangezien het percentage volledig edentate deelnemers 3,9% bedroeg, kan geconcludeerd worden dat vrijwel alle volledig edentate personen een volledige uitneembare prothese droegen (3,8%).

In de Gekoppelde steekproef was het dragen van volledige gebitsprothesen in beide kaken aanzienlijk lager bij deelnemers met een hoog opleidingsniveau (1,7%) dan bij degenen met enkel lager onderwijs of geen diploma (23,2%). Daarnaast had slechts 3,1% van de deelnemers zonder VT-statuuat een volledige prothese in beide kaken, tegenover 9,7% bij degenen met dit statuut. Deze bevindingen benadrukken opnieuw de invloed van sociale indicatoren op de mondgezondheidstoestand.

6.5.6.3. *Implantaten*

In de Volledige steekproef bedroeg het algemene aandeel deelnemers met minstens één tandimplantaat 8,2%, zonder verschil tussen mannen en vrouwen (respectievelijk 8,2% en 8,1%). Het gemiddeld aantal implantaten bij deelnemers van 15 jaar en ouder was 0,2 ($\pm 0,9$). Het aantal deelnemers met implantaten nam toe vanaf de leeftijd van 25 jaar. In de leeftijdsgroep 25-34 jaar werden slechts vier tandimplantaten geregistreerd. Het aandeel implantaten in het Vlaams Gewest (9,0%) was vergelijkbaar met dat in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (9,8%) en lag hoger dan in het Waals Gewest (5,8%).

In de Gekoppelde steekproef kwam het gebruik van tandimplantaten vaker voor bij hoogopgeleide deelnemers (12,6%) dan bij deelnemers met het laagste opleidingsniveau (8,0%). Van de deelnemers met VT-statuuat had 6,1% implantaten, tegenover 9,1% deelnemers zonder dit statuut.

In totaal hadden negen edentate deelnemers (11,4%) van 15 jaar en ouder implantaten.

6.5.6.4. *Tandeloosheid zonder prothetische vervanging*

Voor de beoordeling van volledig edentaten werden enkel deelnemers van 35 jaar en ouder in aanmerking genomen. In deze groep waren er slechts twee edentate deelnemers zonder enige vorm van prothetische vervanging, wat overeenkomt met 4,1% (2 van 49 deelnemers).

6.5.7. Functionele occlusale contacten en functionele occlusie

Functionele occlusale contacten werden geëvalueerd door het aantal contacten tussen occluderende natuurlijke tanden of niet-uitneembare prothesen (premolaren en molaren) te tellen in elke hemi-boog (links en rechts). Indien één tand contact had met twee antagonististen, werd slechts één contact geregistreerd. Bij dragers van uitneembare gebitsprothesen werden de contacten zowel zonder als met prothese in de mond geteld. Het totale aantal functionele contacten per deelnemer kon variëren van 0 tot 10.

Tabel 6.25 toont het aantal functionele occlusale contacten bij deelnemers van 15 jaar en ouder, zowel zonder als met prothese. In de Volledige steekproef bedroeg het gemiddeld aantal occlusale contacten zonder prothese 6,6 ($\pm 3,0$). Mannen hadden gemiddeld iets meer functionele contacten dan vrouwen (7,1 $\pm 2,9$ versus 6,7 $\pm 3,0$). Het gemiddeld aantal contacten daalde duidelijk met de leeftijd: van 8,4 ($\pm 1,5$) in de groep 15-24 jaar tot 3,3 ($\pm 3,3$) bij 75-plussers. Het Vlaams Gewest had het laagste gemiddelde (6,6 $\pm 3,0$), gevolgd door het Waals Gewest (7,1 $\pm 3,0$) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (7,8 $\pm 2,6$).

In de Gekoppelde steekproef hadden deelnemers met het hoogste opleidingsniveau significant meer functionele contacten (7,5 $\pm 2,4$) dan degenen met het laagste opleidingsniveau (4,8 $\pm 4,1$). Deelnemers zonder VT-statuuut hadden gemiddeld meer occlusale contacten (6,9 $\pm 2,9$) dan deelnemers met VT-statuuut (5,9 $\pm 3,5$).

Bij dragers van een uitneembare gebitsprothese bedroeg het gemiddeld aantal occlusale contacten (tussen natuurlijke tanden, niet-uitneembare prothesen en de prothese zelf) 7,5 ($\pm 2,3$). Er was geen verschil tussen mannen en vrouwen, maar het aantal contacten daalde duidelijk met de leeftijd: van 8,4 ($\pm 1,5$) in de jongste groep tot 5,9 ($\pm 2,9$) bij 75-plussers. Regionale verschillen waren klein: het Vlaams Gewest had het laagste gemiddelde (7,3 $\pm 2,3$), gevolgd door het Waals Gewest (7,6 $\pm 2,3$) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (8,1 $\pm 2,2$).

In de Gekoppelde steekproef steeg het aantal functionele occlusale contacten met het opleidingsniveau: deelnemers met het hoogste opleidingsniveau hadden gemiddeld 7,8 ($\pm 2,0$) contacten, vergeleken met 6,8 ($\pm 3,2$) bij deelnemers met het laagste opleidingsniveau. Deelnemers zonder VT-statuuut hadden gemiddeld iets meer occlusale contacten dan degenen met dit statuuut (7,5 $\pm 2,3$ tegenover 7,1 $\pm 2,6$).

Tabel 6.25. Aantal functionele occlusale contacten bij deelnemers 15 jaar en ouder (N= 1.488 en N= 1.230), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382).

		Occlusale functionele contacten			
		Tussen natuurlijke occluderende tandparen, met inbegrip van vast prothetisch herstel, maar zonder uitneembare gebitsprotheses (N= 1.488)		Tussen occluderende tandparen, met inbegrip van zowel vast prothetisch herstel als uitneembare gebitsprotheses (N= 1.531)	
		Gem	SD	Gem	SD
GESLACHT	Man	7,1	2,9	7,6	2,2
	Vrouw	6,7	3,0	7,4	2,4
LEEFTIJD- GROEP	15-24	8,4	1,5	8,4	1,5
	25-34	8,5	1,5	8,5	1,5
	35-44	7,9	1,9	8,0	1,9
	45-54	7,6	2,2	7,9	2,0
	55-64	6,1	3,0	6,8	2,4
	65-74	4,9	3,3	6,3	2,5
	≥75	3,3	3,3	5,9	2,9
GEWEST	Vlaams Gewest	6,6	3,0	7,3	2,3
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	7,8	2,6	8,1	2,2
	Waals Gewest	7,1	3,0	7,6	2,3
TOTAAL		6,6	3,0	7,5	2,3
		(N=1.230)		(N=1.238)	
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	4,8	4,1	6,8	3,2
	Lager secundair onderwijs	4,5	3,4	6,2	2,6
	Hoger secundair onderwijs	6,4	3,2	7,3	2,4
	Hoger onderwijs	7,5	2,4	7,8	2,0
SOCIALE STATUS VT	Nee	6,9	2,9	7,5	2,3
	Ja	5,9	3,5	7,1	2,6
TOTAAL		6,8	3,0	7,4	3,2

Bron: OHDRES 2023-2024; HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; SD = standaard deviatie.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

In dit rapport werd functionele occlusie gedefinieerd als de aanwezigheid van minstens 20 natuurlijke tanden, waaronder minimaal 10 in de bovenkaak en 10 in de onderkaak, én minstens twee functionele occlusale contacten aan zowel de linker- als de rechterzijde, zoals beschreven door Reissmann et al. (2019).

Tabel 6.26 toont het voorkomen van een functionele occlusie, zowel met als zonder een eventuele uitneembare prothese. In de Volledige steekproef had 79,4% van de deelnemers van 15 jaar en ouder een functionele occlusie, ongeacht het gebruik van een uitneembare prothese. Wanneer het dragen van een uitneembare gebitsprothese werd meegerekend, steeg dit aandeel tot 89,6%. Mannen vertoonden vaker een functionele occlusie dan vrouwen, zowel zonder als met het gebruik van een uitneembare prothese.

Het percentage deelnemers met een functionele occlusie nam aanzienlijk af met de leeftijd. In de leeftijdsgroep 15-24 jaar beschikte 99,6% van de deelnemers over een functionele occlusie, ongeacht het dragen van een prothese. Bij deelnemers van 75 jaar en ouder daalde dit percentage tot slechts 32,4%. Wanneer het gebruik van uitneembare prothesen werd meegenomen, lagen de respectievelijke cijfers voor beide leeftijdsgroepen op 99,6% en 73,1%. Het Vlaams Gewest vertoonde het laagste aandeel deelnemers met een functionele occlusie, zowel zonder als met gebruik van een uitneembare prothese, in vergelijking met het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Tabel 6.26. Aantal deelnemers 15 jaar en ouder met functionele occlusie (N= 1.488 en N= 1.245),
OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Functionele occlusie zonder dragen van uitneembare gebitsprothese		Functionele occlusie met dragen van uitneembare gebitsprothese	
		N	%	N	%
GESLACHT	Man	541	81,7	625	90,5
	Vrouw	611	77,3	710	88,7
LEEFTIJD- GROEP	15-24	152	99,6	152	99,6
	25-34	157	97,5	158	98,3
	35-44	210	92,6	214	93,8
	45-54	238	89,7	250	92,8
	55-64	209	72,2	243	85,2
	65-74	143	55,7	208	78,5
	≥75	43	32,4	110	73,1
GEWEST	Vlaams Gewest	746	76,8	873	88,6
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	92	88,9	103	94,0
	Waals Gewest	314	81,3	359	89,9
TOTAAL		1.152	79,4	1.335	89,6
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	12	39,3	25	78,9
	Lager secundair onderwijs	55	48,6	91	76,2
	Hoger secundair onderwijs	231	75,3	284	88,2
	Hoger onderwijs	383	87,0	413	92,9
SOCIALE STATUS VT	Nee	813	79,9	935	89,3
	Ja	97	64,9	132	83,5
TOTAAL		912	77,7	1.069	88,4

Bron: OHDRES 2023-2024; HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

In de Gelinkte steekproef bleek het opleidingsniveau een belangrijke determinant van functionele occlusie te zijn. Zonder rekening te houden met het dragen van een eventuele uitneembare prothese, had slechts 39,3% van de deelnemers met enkel lager onderwijs of geen diploma een functionele occlusie, tegenover 87,0% van degenen met het hoogste opleidingsniveau. Wanneer het gebruik van uitneembare prothesen werd meegerekend, stegen deze percentages respectievelijk tot 78,9% en 92,9%. Een gelijkaardige trend werd waargenomen bij deelnemers met een VT-status: zonder gebruik van een uitneembare prothese had 64,9% een functionele occlusie, vergeleken met 79,9% van de deelnemers zonder dit statuut. Wanneer het gebruik van uitneembare prothesen in aanmerking werd genomen, verkleinde dit verschil: 83,5% van de deelnemers met VT-status vertoonde dan een functionele occlusie tegenover 89,3% van hun tegenhangers zonder dit statuut.

6.6. Resultaten: gerapporteerd mondgezondheidsgedrag

6.6.1. Mondhygiënegewoonten

In deze sectie wordt een overzicht gebracht van de gecombineerde gegevens uit het *face-to-face* interview van de Gezondheidsenquête 2023-2024, uitgevoerd door Sciensano, en de gegevens uit de IMA databank van 2018-2022. Samen vormen deze gegevens de Gelinkte steekproef. De focus ligt op de dagelijkse mondhygiënegewoonten van deelnemers van 5 jaar en ouder. Hierbij wordt gerapporteerd over het poetsgedrag van natuurlijke tanden en vaste prothesen, het gebruik van fluoridetandpasta, interdentale reiniging, en het poetsen van partiële en/of volledige uitneembare prothesen.

6.6.1.1. Frequentie van tandenpoetsen

Tabel 6.27 toont gegevens over de frequentie van tandenpoetsen onder dentate deelnemers, gedefinieerd als deelnemers met minstens één natuurlijke tand. Veruit de meerderheid (60,2%) gaf aan hun tanden minstens twee keer per dag te poetsen. Een aanzienlijk deel (36,5%) poetste één keer per dag, terwijl 3,1% aangaf niet dagelijks te poetsen. Vier deelnemers (0,2%) verklaarden nooit hun tanden te poetsen.

Vrouwen poetsten hun tanden vaker tweemaal daags dan mannen (67,2% versus 52,9%). De hoogste frequentie van tweemaal daags poetsen werd gerapporteerd in de leeftijdsgroep 25-34 jaar (70,3%), terwijl dit het laagst was bij deelnemers van 55-64 jaar (54,7%). Tweemaal daags poetsen kwam het vaakst voor in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (81,1%), gevolgd door het Vlaams Gewest (58,1%) en het Waals Gewest (56,4%). De frequentie van tweemaal daags poetsen nam toe met het opleidingsniveau, van 48,3% bij deelnemers met lager secundair onderwijs tot 66,6% bij deelnemers met het hoogste opleidingsniveau (de groep met enkel lager onderwijs of geen diploma volgde deze trend niet, maar het betrof hier een zeer kleine groep). Er werd geen significant verschil vastgesteld op basis van het sociaal statuut van de deelnemers.

Tabel 6.27. Frequentie van tandenpoetsen, gerapporteerd door dentate deelnemers van 5 jaar en ouder (N= 1.079),
OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Tandenpoetsen							
		Twee keer per dag of meer		Eén keer per dag		Minder dan één keer per dag		Nooit	
		N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	246	52,9	226	41,1	36	5,6	4	0,4
	Vrouw	374	67,2	188	32,1	5	0,7	0	0,0
LEEFTIJDGROEP*	5-7	13	55,4	9	44,6	0	0,0	0	0,0
	8-11	25	60,0	17	37,2	2	1,7	1	1,2
	12-14	21	52,2	14	46,6	1	1,2	0	0,0
	15-24	61	60,4	35	37,3	2	2,3	0	0,0
	25-34	68	70,3	34	25,0	5	4,7	0	0,0
	35-44	84	62,6	47	34,8	5	2,7	0	0,0
	45-54	105	62,5	65	33,0	8	4,5	0	0,0
	55-64	101	54,7	83	42,9	5	2,2	1	0,3
	65-74	93	54,8	77	41,3	6	3,1	2	0,8
	≥75	49	58,1	33	35,5	7	6,4	0	0,0
GEWEST	Vlaams Gewest	465	58,1	314	37,5	35	4,1	4	0,3
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	43	81,0	14	18,2	2	0,8	0	0,0
	Waals Gewest	112	56,4	86	41,8	4	1,8	0	0,0
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	14	63,4	11	31,3	1	4,2	1	1,2
	Lager secundair onderwijs	52	48,3	46	45,6	7	5,6	1	0,5
	Hoger secundair onderwijs	161	55,0	131	39,5	18	5,5	0	0,0
	Hoger onderwijs	272	66,6	154	31,2	10	2,1	1	0,1
SOCIALE STATUS VT	Nee	538	60,1	368	36,9	35	2,9	2	0,1
	Ja	80	60,0	46	34,7	6	4,7	2	0,7
TOTAAL	Dentaat*	620	60,2	414	36,5	41	3,1	4	0,2

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage; *dentaat = deelnemer met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.6.1.2. Gebruik van een fluoride-houdende tandpasta

Tabel 6.28 toont het dagelijks gebruik van tandpasta met fluoride ter preventie van cariësprogressie. Tandenvoetsen met fluoridetandpasta wordt beschouwd als een belangrijke maatregel op vlak van volksgezondheid omdat hierbij zowel tandplaque verwijderd wordt als fluoride lokaal aangebracht.

De meerderheid van de dentate deelnemers (81,6%) gaf aan een tandpasta met fluoride te gebruiken. Er werd geen verschil vastgesteld tussen mannen en vrouwen. Het hoogste gerapporteerde fluoridegebruik werd waargenomen bij deelnemers van 45-54 jaar (88,9%), terwijl in alle andere leeftijdsgroepen het gebruik minstens 77,0% bedroeg.

Het gebruik van fluoridetandpasta werd het vaakst gemeld in het Vlaams Gewest (84,1%), gevolgd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (80,3%) en het Waals Gewest (75,9%). Opvallend was dat deelnemers met enkel lager onderwijs of zonder diploma vaker meldden fluoridetandpasta te gebruiken (90,3%) dan deelnemers met het hoogste opleidingsniveau (82,1%). Er werd slechts een zeer klein verschil vastgesteld naargelang het sociaal statuut van de deelnemers.

Tabel 6.28. Gerapporteerd gebruik van fluoridetandpasta door dentate deelnemers van 5 jaar en ouder (N= 935), OHDRS 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Gebruik van fluoride-houdende tandpasta	
		N	%
GESLACHT	Man	361	81,9
	Vrouw	410	81,3
LEEFTIJD- GROEP	5-7	15	86,4
	8-11	29	77,6
	12-14	29	85,6
	15-24	67	77,0
	25-34	74	77,4
	35-44	101	81,7
	45-54	145	88,9
	55-64	143	84,8
	65-74	119	78,4
	≥75	49	76,4
GEWEST	Vlaams Gewest	608	84,1
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	34	80,3
	Waals Gewest	129	75,9
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	16	90,3
	Lager secundair onderwijs	75	81,2
	Hoger secundair onderwijs	221	81,9
	Hoger onderwijs	318	82,1
SOCIALE STATUS VT	Nee	681	81,6
	Ja	90	82,4
TOTAAL	Dentaat*	771	81,6

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage;

*dentaat = deelnemer met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.6.1.3. Interdentale reiniging

Slechts 8,2% van de deelnemers gaf aan tweemaal per dag interdentale reiniging uit te voeren, terwijl 17,5% dit eenmaal per dag deed. Daarentegen meldde 48,2% nooit interdentale reiniging toe te passen.

Vrouwen voerden vaker dagelijks interdentale reiniging uit dan mannen (32,0% versus 19,1%). De frequentie van dagelijkse interdentale reiniging nam toe met de leeftijd en bereikte een piek bij deelnemers van 75 jaar en ouder (37,0%). Dagelijkse interdentale reiniging kwam beduidend vaker voor in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (34,3%) dan in het Vlaams Gewest (26,5%) en het Waals Gewest (19,9%). Opmerkelijk is dat deelnemers met een lager opleidingsniveau en deelnemers met een VT-statuuut vaker dagelijkse interdentale reiniging meldden, respectievelijk 46,3% en 38,5%, vergeleken met hun tegenhangers (31,8% en 23,4%).

Tabel 6.29. Frequentie van interdentale reiniging gerapporteerd door dentate deelnemers van 5 jaar en ouder (N= 1.074), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Interdentale reiniging							
		Twee keer per dag of meer		Eén keer per dag		Minder dan één keer per dag		Nooit	
		N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	36	6,0	76	13,1	123	23,7	272	57,3
	Vrouw	64	10,3	133	21,7	178	28,6	192	39,4
LEEFTIJDGROEP	5-7	0	0,0	1	6,4	0	0,0	21	93,6
	8-11	0	0,0	2	5,5	4	8,1	38	86,5
	12-14	2	9,7	1	9,5	4	10,4	29	70,4
	15-24	2	2,0	12	9,0	21	22,0	62	67,0
	25-34	9	6,5	12	11,5	40	33,6	46	48,5
	35-44	5	2,3	24	16,5	54	40,2	53	41,0
	45-54	21	14,0	40	22,7	57	29,7	60	33,6
	55-64	22	10,5	50	28,7	66	33,8	51	27,1
	65-74	28	17,9	44	26,6	45	27,0	59	28,6
	≥75	11	14,0	23	23,0	10	11,4	45	51,7
GEWEST	Vlaams Gewest	77	8,1	161	18,4	230	28,3	346	45,2
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	8	13,5	14	20,8	16	23,7	21	42,0
	Waals Gewest	15	6,2	34	13,7	55	21,7	97	58,4
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	4	22,3	6	24,0	2	3,5	14	50,3
	Lager secundair onderwijs	14	11,9	17	15,6	28	27,2	46	45,3
	Hoger secundair onderwijs	29	7,9	74	20,7	104	32,8	103	38,6
	Hoger onderwijs	48	10,1	93	21,7	142	33,2	153	35,0
SOCIALE STATUS VT	Nee	78	7,2	181	16,2	275	28,0	406	48,6
	Ja	22	14,0	27	24,5	26	16,0	57	45,6
TOTAAL	Dentaat*	100	8,2	209	17,5	301	26,2	464	48,2

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage;

*dentaat = deelnemer met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.6.1.4. *Poetsen van uitneembare gebitsprothesen*

Tabel 6.30 geeft een overzicht van de frequentie van het poetsen van uitneembare prothesen. Meer dan een derde (36,4%) van de deelnemers gaf aan hun uitneembare gebitsprothese tweemaal per dag te poetsen, terwijl meer dan de helft (57,9%) dit eenmaal per dag deed. Slechts 5,7% meldde hun prothese niet dagelijks te poetsen.

Alle vrouwelijke deelnemers (100,0%) gaven aan hun prothese eenmaal of tweemaal per dag te poetsen, tegenover 88,1% van de mannen. Het tweemaal daags poetsen van uitneembare prothesen kwam vaker voor in het Vlaams Gewest (33,8%) dan in het Waals Gewest (29,1%) en werd vaker gerapporteerd door dentate deelnemers (36,4%) dan door edentate deelnemers (13,3%).

De frequentie van tweemaal daags poetsen nam licht toe met het opleidingsniveau: van 30,9% bij deelnemers met enkel lager onderwijs of geen diploma tot 33,8% bij degenen met het hoogste opleidingsniveau. Deelnemers met een VT-statuuut rapporteerden minder vaak tweemaal daags hun gebitsprothese te poetsen (25,0%) dan deelnemers zonder dit statuut (33,3%).

Tabel 6.30. Frequentie van het poetsen van uitneembare gebitsprothese gerapporteerd door prothesedragende deelnemers van 15 jaar en ouder (N= 176), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Poetsen van uitneembare gebitsprothese							
		Twee keer per dag of meer		Eén keer per dag		Minder dan één keer per dag		Nooit	
		N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	16	19,3	58	68,8	11	11,9	0	0,0
	Vrouw	38	41,2	53	58,8	0	0,0	0	0,0
LEEFTIJDGROEP	15-24	-	-	-	-	-	-	-	-
	25-34	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
	35-44	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
	45-54	3	26,6	6	73,4	0	0,0	0	0,0
	55-64	7	17,6	23	73,2	2	9,2	0	0,0
	65-74	21	33,5	42	63,3	3	3,2	0	0,0
	≥75	23	38,6	37	55,3	6	6,2	0	0,0
GEWEST	Vlaams Gewest	46	33,8	88	61,6	7	4,6	0	0,0
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	0	0,0	4	91,1	1	8,9	0	0,0
	Waals Gewest	8	29,1	19	63,8	3	7,2	0	0,0
DENTITIE	Dentaat* ≥ 35	49	36,4	85	57,9	9	5,7	0	0,0
	Edentaat ≥ 35	5	13,3	25	82,1	2	4,7	0	0,0
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	5	30,9	12	65,3	1	3,8	0	0,0
	Lager secundair onderwijs	14	29,5	32	68,0	2	2,6	0	0,0
	Hoger secundair onderwijs	21	33,3	41	60,3	4	6,4	0	0,0
	Hoger onderwijs	14	33,8	24	57,8	4	8,4	0	0,0
SOCIALE STATUS VT	Nee	44	33,3	86	61,5	9	5,3	0	0,0
	Ja	10	25,0	25	69,1	2	5,9	0	0,0
TOTAAL		54	31,3	111	63,3	11	5,4	0	0,0

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage; *dentaat = deelnemer met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.6.1.5. *Basis dagelijkse mondhygiëne volgens advies Vlaams Instituut Mondgezondheid 'Gezonde Mond'.*

Het basisadvies voor dagelijkse mondhygiëne voor natuurlijke tanden en niet-uitneembare prothesen, waaronder kronen, bruggen, implantaten en pijlers met (semi-)precisieverankeringen voor uitneembare prothesen, omvat minstens tweemaal daags poetsen met een fluoridehoudende tandpasta, gecombineerd met minstens eenmaal daags interdentale reiniging. Het gebruik van een tongschraper eenmaal per dag wordt eveneens aanbevolen, maar werd niet in dit deel van de resultaten opgenomen (Vlaams Instituut Mondgezondheid 'Gezonde Mond', 2025).

Voor deelnemers met uitneembare gebitsprothesen, zowel partieel als volledig, bestaat het aanbevolen basisprotocol uit het tweemaal daags poetsen van de prothese met een neutrale zeep en het reinigen van het tandvlees onder de prothese met gaas of een zachte tandenborstel. Ook deze laatste handeling werd in dit deel van de resultaten niet in rekening gebracht (Vlaams Instituut Mondgezondheid 'Gezonde Mond', 2025).

Zoals weergegeven in Tabel 6.31, was de algemene naleving van de basisadviezen voor dagelijkse mondhygiëne bij deelnemers van 15 jaar en ouder laag (18,3%). Slechts bij 21,2% van de dentate deelnemers kwamen de gerapporteerde mondhygiënegewoonten overeen met de basisadviezen, terwijl dit bij edentate deelnemers 82,3% bedroeg. Deze laatste schatting is echter gebaseerd op slechts vier edentate deelnemers; dertien andere edentate deelnemers werden uitgesloten van de berekening omdat zij geen prothetische vervanging hadden.

De gerapporteerde mondhygiënegewoonten bij vrouwen kwamen in het algemeen vaker overeen met de basisadviezen dan bij mannen (23,1% versus 13,1%). De naleving nam toe van 8,7% bij deelnemers van 15-24 jaar naar 26,3% in de leeftijdsgroep 45-54 jaar. Nadien volgde een lichte daling, waarna opnieuw een stijging werd waargenomen bij deelnemers van 75 jaar en ouder, die de hoogste overeenkomst vertoonden met de adviezen (28,9%). Deze hogere naleving in de oudste leeftijdsgroep houdt vermoedelijk verband met het hogere aandeel edentate deelnemers en het tweemaal daags poetsen van prothesen. De naleving van de basisadviezen was het hoogst in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (25,7%), gevolgd door het Vlaams Gewest (19,1%) en het Waals Gewest (13,3%).

De naleving nam toe met het opleidingsniveau, van 9,6% bij deelnemers met een diploma lager secundair onderwijs tot 21,1% bij degenen met het hoogste opleidingsniveau. De opvallend hoge naleving van de adviezen bij deelnemers met enkel lager onderwijs of geen diploma (47,9%) moet met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd wegens het zeer beperkte aantal deelnemers in die categorie. Ten slotte bleek dat deelnemers met een VT-statuuat een hogere overeenkomst met de basisadviezen rapporteerden (25,4%) dan deelnemers zonder dit statuut (17,2%).

Tabel 6.31. Overeenstemming met de basisadviezen voor dagelijkse mondhygiëne van het Vlaams Instituut Mondgezondheid 'Gezonde Mond' door deelnemers van 15 jaar en ouder (N= 856), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Overeenstemming	
		N	%
GESLACHT	Man	49	13,1
	Vrouw	106	23,1
LEEFTIJDGROEP	15-24	8	8,7
	25-34	12	10,5
	35-44	18	14,2
	45-54	38	26,3
	55-64	29	18,7
	65-74	32	24,7
	≥75	18	28,9
GEWEST	Vlaams Gewest	125	19,1
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	8	25,7
	Waals Gewest	22	13,3
DENTITIE	Dentaat* ≥ 35	131	21,2
	Edentaat ≥ 35	4	82,3
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	7	47,9
	Lager secundair onderwijs	10	9,6
	Hoger secundair onderwijs	53	16,5
	Hoger onderwijs	76	21,3
SOCIALE STATUS VT	Nee	128	17,2
	Ja	27	25,4
TOTAAL		155	18,3

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022. N = aantal deelnemers; % = percentage;

*dentaat = deelnemer met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.6.1.6. Tweemaal daags poetsen van natuurlijke tanden en niet-uitneembare protheses met een fluoride-houdende tandpasta

Informatie over tweemaal daags tandenpoetsen met een fluoridehoudende tandpasta wordt vaak geregistreerd als maat voor mondhygiëne in internationale onderzoeken en laat vergelijkingen tussen landen toe. Tabel 6.32 beschrijft het poetsgedrag van deelnemers van 15 jaar en ouder. In totaal werden 63 deelnemers uitgesloten van de analyse wegens volledige tandeloosheid (edentaat).

Bijna de helft van de deelnemers (49,4%) gaf aan minstens tweemaal per dag hun tanden te poetsen met een fluoridehoudende tandpasta. Vrouwelijke deelnemers rapporteerden dit gedrag significant vaker (56,0%) dan mannelijke deelnemers (42,4%). De hoogste percentages tweemaal daags tandenpoetsen met een fluoridehoudende tandpasta werden gerapporteerd in de leeftijdsgroepen 25-34, 35-44 en 45-54 jaar (respectievelijk 51,4%, 51,6% en 55,2%).

Het tweemaal daags poetsen kwam het vaakst voor in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (57,4%), gevolgd door het Vlaams Gewest (49,9%) en het Waals Gewest (44,9%). Opmerkelijk is dat deelnemers met enkel lager onderwijs of zonder diploma een hogere frequentie van tweemaal daags poetsen rapporteerden (69,2%) dan deelnemers met het hoogste opleidingsniveau (53,9%); deze bevinding moet echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd vanwege het beperkte aantal deelnemers in deze groep. Daarnaast rapporteerden deelnemers met VT-statuuut iets vaker tweemaal daags te poetsen (54,2%) dan deelnemers zonder dit statuut (48,7%).

Het relatief lage percentage van gerapporteerd gebruik van fluoridehoudende tandpasta kan mogelijk verklaard worden doordat deelnemers zich niet bewust waren van de aanwezigheid van fluoride in hun tandpasta of hier geen aandacht aan besteedden.

Tabel 6.32. Tweemaal daags poetsen van natuurlijke tanden en vaste prothetiek met een fluoridehoudende tandpasta, gerapporteerd door deelnemers van 15 jaar en ouder (N= 836), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Tweemaal daags poetsen met een fluoridehoudende tandpasta	
		N	%
GESLACHT	Man	156	42,4
	Vrouw	247	56,0
LEEFTIJDGROEPEN	15-24	37	44,2
	25-34	46	51,4
	35-44	65	51,6
	45-54	85	55,2
	55-64	76	46,3
	65-74	67	46,1
	≥75	27	45,4
GEWEST	Vlaams Gewest	316	49,9
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	20	57,4
	Waals Gewest	67	44,9
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	10	69,2
	Lager secundair onderwijs	38	39,2
	Hoger secundair onderwijs	115	44,5
	Hoger onderwijs	200	53,9
SOCIALE STATUS VT	Nee	350	48,7
	Ja	53	54,2
TOTAAL	Dentaat*	403	49,4

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022.

N = aantal deelnemers; %= percentage; *dentaat = deelnemer met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.6.2. Voedingsgewoonten

6.6.2.1. Consumptie van frisdrank

Sommige voedingsgewoonten worden als schadelijk beschouwd voor de mondgezondheid en worden in het bijzonder geassocieerd met de ontwikkeling van cariës en erosieve tandslijtage. In dit kader werd het consumptiegedrag van frisdranken onderzocht, aangezien deze dranken zowel cariogene als erosieve eigenschappen bezitten. De consumptie van frisdranken is vooral zorgwekkend bij kinderen en jongvolwassenen.

Tabel 6.33 toont aan dat 18,5% van de deelnemers aangaf dagelijks frisdranken te consumeren, hetzij éénmaal, hetzij meerdere keren per dag, terwijl 37,3% aangaf nooit frisdranken te drinken.

In totaal gaf 21,9% van de deelnemers aan minstens vier keer per week frisdrank te consumeren. Wat de frequentie van consumptie betreft, gaven mannen vaker een hoge consumptie aan dan vrouwen (29,4% tegenover 14,8%). Daarentegen was het aandeel vrouwen dat nooit frisdrank drinkt aanzienlijk hoger dan bij mannen (42,5% versus 31,9%).

Jongere leeftijdsgroepen rapporteerden een hogere frisdrankconsumptie dan oudere leeftijdsgroepen. In het Waals Gewest was het aandeel deelnemers dat minstens vier keer per week frisdrank consumeerde (24,4%) hoger dan in het Vlaams Gewest (21,5%) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (18,5%). Wat het niveau van consumptie betreft rapporteerden deelnemers met natuurlijke tanden een hogere frequentie (16,5%) dan edentate deelnemers (13,6%).

Frisdrankconsumptie van minstens vier keer per week kwam vooral voor bij deelnemers met een lager secundair (26,5%) en hoger secundair diploma (28,8%). In vergelijking met het steekproefgemiddelde (21,9%) was er een duidelijk verschil tussen deelnemers met een VT-statuuut en deelnemers zonder dit statuut, met respectievelijke consumptiecijfers van 33,7% en 19,9%.

In 2018 bedroeg de dagelijkse consumptie van gesuikerde frisdranken bij Belgen 20,4%, waarvan 4,1% aangaf dagelijks één liter of meer te drinken (Sciensano, 2020a). Bovendien bleek uit Eurostat-gegevens van 2019 dat Belgen van 15 jaar en ouder tot de hoogste consumenten van gesuikerde frisdranken binnen de Europese Unie behoorden, met 20% die aangaf dagelijks dergelijke dranken te nuttigen (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_fv7e/default/table?lang=en). Deze bevindingen komen nagenoeg overeen met onze resultaten.

6.6.2.2. Consumptie van andere voedingsmiddelen

Tabel 6.34a geeft een overzicht van de fruitconsumptie. Meer dan de helft van de deelnemers (56,6%) gaf aan minstens eenmaal per dag fruit te eten, terwijl 2,1% aangaf nooit fruit te consumeren. Vrouwelijke deelnemers gaven vaker aan dagelijks fruit te eten dan mannelijke deelnemers (61,2% versus 51,8%). De leeftijdsgroepen met de hoogste dagelijkse fruitconsumptie waren kinderen van 5-7 jaar (100,0%) en volwassenen van 75 jaar en ouder (71,3%). In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werd fruitconsumptie minstens eenmaal per dag vaker gerapporteerd (62,1%) dan in het Vlaams Gewest (58,8%) en het Waals Gewest (48,8%). Daarnaast rapporteerden dentate deelnemers een hogere dagelijkse fruitconsumptie (58,9%) dan edentate deelnemers (42,9%).

Er werd geen duidelijk patroon waargenomen in de dagelijkse fruitconsumptie op basis van het opleidingsniveau of sociale status.

De consumptie van groenten en salades wordt weergegeven in Tabel 6.34b. In totaal gaf 82,0% van de deelnemers aan minstens eenmaal per dag groenten en salades te consumeren, terwijl 0,6% aangaf deze nooit te eten. Vrouwen gaven vaker aan dagelijks groenten en salades te eten dan mannen (85,2% versus 78,8%). Alle leeftijdsgroepen rapporteerden een hoge dagelijkse consumptie van groenten en salades, met een duidelijke stijging vanaf de leeftijdsgroep 35-44 jaar (82,5%), oplopend tot 91,0% bij personen van 75 jaar en ouder. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest was de dagelijkse consumptie van groenten en salades het hoogst (91,6%), gevolgd door het Vlaams Gewest (84,1%) en het Waals Gewest (73,1%). Opmerkelijk genoeg rapporteerden edentate deelnemers een hogere dagelijkse consumptie van groenten en salades (96,4%) dan dentate deelnemers (85,4%).

Dagelijkse consumptie van groenten en salades werd gerapporteerd door 91,8% van de deelnemers met enkel lager onderwijs of zonder diploma, vergeleken met 86,8% bij deelnemers met een hoger opleidingsniveau. Deelnemers met een VT-statuuut rapporteerden iets vaker dagelijkse consumptie (84,7%) dan hun tegenhangers zonder dit statuut (81,7%).

Tabel 6.34c bevat gegevens over de consumptie van gesuikerde of hartige snacks. Minder dan de helft van de deelnemers (48,9%) gaf aan deze snacks dagelijks te consumeren, hetzij éénmaal, hetzij meerdere keren per dag, terwijl 3,2% aangaf deze nooit te consumeren. Mannelijke deelnemers rapporteerden een vergelijkbare dagelijkse consumptie van gesuikerde of hartige snacks als vrouwelijke deelnemers (48,6% tegenover 49,2%). Jongere leeftijdsgroepen, met name deelnemers van 24 jaar of jonger, rapporteerden een hogere snackconsumptie dan oudere leeftijdsgroepen, met een piek bij kinderen van 5-7 jaar (85,1%). In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werd een lagere frequentie van dagelijkse snackconsumptie (27,0%) waargenomen dan in het Waals Gewest (47,3%) en het Vlaams Gewest (53,1%). Wat het niveau van consumptie betreft, werd een duidelijk verschil vastgesteld tussen dentate (44,5%) en edentate deelnemers (57,0%).

De consumptie van gesuikerde of hartige snacks eenmaal per dag of meer was vrij gelijk over de opleidingsniveaus heen. Wel werd een verschil vastgesteld tussen deelnemers met VT-statuuut (42,6%) en diegenen zonder dit statuut (50,1%).

Eerder onderzoek in België toonde aan dat gezondere eetgewoonten vaker voorkwamen bij vrouwen, oudere volwassenen, personen met een hoger opleidingsniveau en inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (Sciensano, 2020a). Onze bevindingen met betrekking tot de consumptie van frisdranken en geselecteerde voedingsmiddelen sluiten aan bij deze eerdere observaties.

Tabel 6.33. Frequentie van frisdrankgebruik door deelnemers 5 jaar en ouder (N= 1.141),
OHDRES 2023-2024, België, (N= 1.724 en N= 1.382)

		Frisdrankgebruik									
		≥ 1 keer per dag		4-6 keer per week		1-3 keer per week		< 1 keer per week		Nooit	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	108	23,7	26	5,7	105	20,2	99	18,5	210	31,9
	Vrouw	66	13,6	10	1,2	108	20,7	125	22,0	284	42,5
LEEFTIJDGROEP	5-7	0	0,0	0	0,0	9	38,9	4	24,0	9	37,1
	8-11	10	20,1	3	8,5	13	32,9	9	21,8	10	16,8
	12-14	8	31,4	1	1,2	17	42,8	5	13,3	5	11,4
	15-24	30	28,3	7	6,0	31	31,6	12	10,3	19	23,8
	25-34	27	32,2	3	3,1	29	21,2	24	22,1	24	21,4
	35-44	21	19,8	8	6,5	27	17,5	35	25,3	46	30,9
	45-54	33	19,1	4	2,5	32	16,9	41	25,1	71	36,4
	55-64	22	12,5	4	1,6	28	13,6	42	23,3	102	49,1
	65-74	15	6,2	6	2,7	20	10,9	36	18,5	124	61,6
	≥75	8	6,3	0	0,0	7	7,1	16	13,8	84	72,8
GEWEST	Vlaams Gewest	134	17,9	29	3,6	157	20,2	171	19,7	378	38,5
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	6	11,0	3	7,5	6	13,8	15	29,3	29	38,4
	Waals Gewest	34	23,0	4	1,4	50	23,6	38	18,1	87	33,8
DENTITIE	Dentaat* ≥35	96	13,7	21	2,8	112	14,1	166	22,4	401	47,0
	Edentaat ≥35	3	9,8	1	3,8	2	5,0	4	10,1	26	71,3
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	4	11,8	0	0,0	4	8,6	11	21,7	17	57,9
	Lager secundair onderwijs	26	19,8	5	6,7	15	9,9	22	17,8	57	45,8
	Hoger secundair onderwijs	61	25,9	10	2,9	38	10,2	56	18,4	164	42,7
	Hoger onderwijs	38	10,6	12	2,6	89	21,0	104	25,2	207	40,5
SOCIALE STATUS VT	Nee	141	17,0	29	2,9	198	22,1	199	20,9	424	37,2
	Ja	32	26,9	7	6,8	15	11,4	25	16,9	69	37,9
TOTAAL		174	18,5	36	3,4	213	20,4	224	20,3	494	37,3

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage; *dentaat: deelnemer met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 6.34a. Frequentie van fruitconsumptie door deelnemers 5 jaar en ouder (N= 1.142),
OHDRES 2023-2024, België, (N= 1.724 en N= 1.382)

		Fruitconsumptie									
		≥ 1 keer per dag		4-6 keer per week		1-3 keer per week		< 1 keer per week		Nooit	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	293	51,8	74	13,8	113	21,5	57	10,9	12	2,0
	Vrouw	361	61,2	74	13,4	107	15,9	41	7,3	10	2,3
LEEFTIJDGROEP	5-7	22	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	8-11	31	64,0	6	19,1	6	10,8	1	0,8	1	5,4
	12-14	19	55,9	6	12,9	9	28,7	1	1,5	1	1,0
	15-24	34	40,5	15	17,2	33	27,6	15	13,3	2	1,4
	25-34	53	47,2	16	15,4	26	23,6	12	13,3	1	0,5
	35-44	80	55,3	16	14,0	28	17,5	11	11,7	2	1,5
	45-54	89	47,3	24	12,6	35	18,9	28	17,8	5	3,5
	55-64	116	59,2	24	11,4	43	23,0	12	5,1	3	1,3
	65-74	129	63,4	24	12,7	29	13,3	14	7,7	5	3,0
	≥75	81	71,3	17	13,6	11	8,1	4	3,3	2	3,7
GEWEST	Vlaams Gewest	509	58,8	101	12,0	167	19,0	77	8,5	15	1,7
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	36	62,1	10	15,4	10	13,6	4	8,9	0	0,0
	Waals Gewest	109	48,8	37	16,9	43	19,7	17	10,6	7	4,1
DENTITIE	Dentaat* ≥35	478	58,9	100	12,7	136	16,7	68	9,9	14	1,8
	Edentaat ≥35	17	42,9	5	15,2	10	23,6	1	0,9	3	17,3
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	27	66,2	1	3,8	5	12,2	2	11,4	1	6,4
	Lager secundair onderwijs	69	51,5	17	13,1	20	17,5	15	14,0	4	4,0
	Hoger secundair onderwijs	172	49,2	45	12,8	67	20,9	39	15,6	6	1,5
	Hoger onderwijs	277	61,0	56	13,2	83	17,5	27	6,3	8	2,0
SOCIALE STATUS VT	Nee	567	56,5	130	13,9	194	18,5	83	9,1	18	2,0
	Ja	86	57,4	18	12,3	26	19,5	15	8,8	3	2,1
TOTAAL		654	56,6	148	13,6	220	18,6	98	9,1	22	2,1

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemer met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 6.34b. Frequentie van de consumptie van groenten en salades door deelnemers 5 jaar en ouder (N= 1.142), OHDRES 2023-2024, België, (N= 1.724 en N= 1.382)

		Consumptie van groenten en salades									
		≥ 1 keer per dag		4-6 keer per week		1-3 keer per week		< 1 keer per week		Nooit	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	449	78,8	63	14,3	32	5,9	2	0,6	3	0,5
	Vrouw	512	85,2	49	9,3	22	3,7	9	1,0	1	0,8
LEEFTIJDSGROEP	5-7	18	77,3	3	19,7	0	0,0	0	0,0	1	3,1
	8-11	37	82,0	4	7,7	3	4,9	0	0,0	1	5,4
	12-14	30	73,4	4	20,3	2	6,3	0	0,0	0	0,0
	15-24	75	78,8	13	12,1	7	6,5	4	2,7	0	0,0
	25-34	84	72,1	15	20,9	5	3,8	4	3,3	0	0,0
	35-44	117	82,5	10	11,3	8	5,4	0	0,0	2	0,9
	45-54	148	82,9	20	9,9	12	6,9	1	0,2	0	0,0
	55-64	168	85,5	24	10,6	5	3,7	1	0,2	0	0,0
	65-74	181	90,1	12	5,9	7	3,7	1	0,3	0	0,0
	≥75	103	91,0	7	4,9	5	4,1	0	0,0	0	0,0
GEWEST	Vlaams Gewest	745	84,1	84	11,8	30	3,1	7	0,7	3	0,4
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	51	91,6	5	3,6	4	4,8	0	0,0	0	0,0
	Waals Gewest	165	73,1	23	15,0	20	8,9	4	1,5	1	1,5
DENTITIE	Dentaat* ≥35	683	85,4	72	9,3	36	5,0	3	0,2	2	0,2
	Edentaat ≥35	34	96,4	1	1,4	1	2,1	0	0,0	0	0,0
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	32	91,8	0	0,0	3	7,1	1	1,1	0	0,0
	Lager secundair onderwijs	106	87,0	15	9,8	3	2,5	1	0,8	0	0,0
	Hoger secundair onderwijs	268	77,1	37	16,0	19	5,6	3	0,8	2	0,5
	Hoger onderwijs	396	86,8	35	8,5	18	4,5	2	0,2	0	0,0
SOCIALE STATUS VT	Nee	832	81,7	100	11,9	45	4,7	11	1,0	4	0,7
	Ja	128	84,7	11	10,1	9	5,1	0	0,0	0	0,0
TOTAAL		961	82,0	112	11,8	54	4,8	11	0,8	4	0,6

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemer met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 6.34c. Frequentie van de consumptie van gesuikerde of hartige snacks door deelnemers 5 jaar en ouder (N= 1.142),
OHDRES 2023-2024, België, (N=1.724 en N= 1.389)

		Consumptie van gesuikerde of hartige snacks									
		≥ 1 keer per dag		4-6 keer per week		1-3 keer per week		< 1 keer per week		Nooit	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	284	48,6	75	15,6	128	24,8	43	7,0	19	4,0
	Vrouw	306	49,2	80	15,8	138	24,5	52	8,1	17	2,3
LEEFTIJDSGROEP	5-7	17	85,1	4	12,5	1	2,5	0	0,0	0	0,0
	8-11	33	72,2	5	11,0	6	12,6	1	4,3	0	0,0
	12-14	20	55,2	8	19,1	8	25,7	0	0,0	0	0,0
	15-24	62	50,2	16	26,3	15	18,1	5	4,1	1	1,4
	25-34	53	41,1	16	16,9	29	34,5	7	4,5	3	3,0
	35-44	63	42,1	25	18,9	36	27,5	11	10,8	2	0,7
	45-54	82	41,6	32	18,9	42	26,8	16	8,9	5	3,8
	55-64	95	43,8	21	12,4	53	26,5	19	9,7	10	7,6
	65-74	102	49,2	15	7,9	48	23,9	26	14,2	10	4,8
	≥75	63	51,6	9	9,2	28	25,8	10	8,5	5	4,9
GEWEST	Vlaams Gewest	473	53,1	110	14,7	204	24,1	63	6,6	19	1,5
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	18	27,0	10	20,3	15	25,1	10	15,2	7	12,4
	Waals Gewest	99	47,3	35	16,3	47	26,0	22	6,9	10	3,5
DENTITIE	Dentaat* ≥35	383	44,5	105	14,4	201	26,6	79	10,4	28	4,1
	Edentaat ≥35	22	57,0	1	3,8	6	18,0	3	10,4	4	10,7
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	21	48,2	2	4,7	10	37,4	2	7,7	1	2,1
	Lager secundair onderwijs	60	40,8	10	7,3	30	28,9	21	16,6	4	6,5
	Hoger secundair onderwijs	172	48,8	38	11,9	80	27,5	29	9,5	10	2,4
	Hoger onderwijs	214	43,8	70	17,9	113	26,5	37	7,6	17	4,2
SOCIALE STATUS VT	Nee	524	50,1	132	15,2	230	25,1	77	6,7	29	2,9
	Ja	66	42,6	22	18,2	35	21,7	18	12,9	7	4,7
TOTAAL		590	48,9	155	15,7	266	24,7	95	7,6	36	3,2

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemer met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.6.3. Tandartsbezoek

Tandartsbezoek werd geëvalueerd op basis van: niet-vervulde behoefte aan een tandheelkundig consult of behandeling, het tijdstip van het laatste tandartsbezoek, redenen waarom in de afgelopen 12 maanden geen tandarts werd bezocht, en redenen om een tandartsbezoek uit te stellen.

6.6.3.1. Niet-vervulde tandheelkundige zorgnood

Tabel 6.35 toont de resultaten wat betreft niet-vervulde nood aan een consult of behandeling door een tandarts in de afgelopen 12 maanden. In totaal rapporteerden 59 deelnemers (6,0%) dat zij niet-vervulde zorgnoden hadden. Dit aandeel lag hoger bij mannen (7,4%) dan bij vrouwen (4,7%). De leeftijdsgroepen met het hoogste percentage niet-vervulde tandheelkundige zorgnood waren deelnemers van 25-34 jaar (11,2%), gevolgd door deelnemers van 75 jaar en ouder (10,3%).

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werd het vaakst melding gemaakt van niet-vervulde tandheelkundige zorgnood (8,5%), gevolgd door het Waals Gewest (7,8%) en het Vlaams Gewest (4,9%). Edentate deelnemers rapporteerden driemaal minder vaak niet-vervulde behoeften dan dentate deelnemers (2,1% versus 6,3%). De prevalentie van niet-vervulde tandheelkundige zorgnoden daalde geleidelijk met een stijgend opleidingsniveau: van 12,3% bij deelnemers met het laagste onderwijsniveau tot 5,9% bij diegenen met het hoogste opleidingsniveau. Deelnemers met een VT-statuuat rapporteerden bijna dubbel zo vaak niet-vervulde tandheelkundige zorgnoden (10,6%) als deelnemers zonder dit statuut (5,1%). De vaakst aangehaalde redenen waarom geen tandheelkundig consult of behandeling plaatsvond wanneer dit nodig was, waren: lange wachttijden (19,9%), gebrek aan tijd (19,3%), financiële beperkingen (14,1%) en angst voor de tandarts (13,2%).

Tabel 6.35. Aantal deelnemers 5 jaar en ouder met niet-vervulde nood aan een tandheelkundige consultatie of behandeling in de laatste twaalf maanden (N= 1.140), OHDRS 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Niet-vervulde tandheelkundige zorgnood	
		N	%
GESLACHT	Man	34	7,4
	Vrouw	25	4,7
LEEFTIJDGROEP	5-7	0	0,0
	8-11	1	4,3
	12-14	0	0,0
	15-24	6	5,4
	25-34	9	11,2
	35-44	7	5,6
	45-54	6	4,2
	55-64	11	7,2
	65-74	9	4,2
	≥75	10	10,3
GEWEST	Vlaams Gewest	34	4,9
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	7	8,5
	Waals Gewest	18	7,8
DENTITIE	Dentaat* ≥35	42	6,3
	Edentaat ≥35	1	2,1
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	3	12,3
	Lager secundair onderwijs	11	10,8
	Hoger secundair onderwijs	18	7,3
	Hoger onderwijs	21	5,9
SOCIALE STATUS VT	Nee	42	5,1
	Ja	16	10,6
TOTAL		59	6,0

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers;

% = percentage; *deelnemers met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.6.3.2. Laatste tandartsbezoek

Tabel 6.36 beschrijft hoeveel tijd er is verstreken sinds het laatste tandartsbezoek van de deelnemers. De meerderheid (81,5%) gaf aan in het afgelopen jaar een tandarts te hebben bezocht, terwijl 7 deelnemers (1,3%) aangaven nog nooit een tandarts te hebben bezocht. Een hoger aandeel vrouwen (84,9%) dan mannen (78,0%) rapporteerde een tandartsbezoek in het voorbije jaar. Binnen eenzelfde tijdsinterval van één jaar was het aandeel deelnemers jonger dan 14 jaar dat een tandarts had bezocht aanzienlijk hoger dan in oudere leeftijdsgroepen.

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest had 75,6% van de deelnemers een tandartsbezoek in het afgelopen jaar, wat iets lager was dan in het Waals Gewest (78,5%) en het Vlaams Gewest (83,6%). Dentate deelnemers bezochten veel vaker een tandarts in het afgelopen jaar (80,6%) dan edentate deelnemers (31,9%).

Het percentage deelnemers dat een tandartsbezoek binnen het afgelopen jaar rapporteerde, nam toe met het opleidingsniveau: van 67,8% bij deelnemers met enkel lager onderwijs of geen diploma tot 81,8% bij deelnemers met een hoog opleidingsniveau. Er werd ook een verschil waargenomen op basis van sociale status: 71,6% van de deelnemers met VT-status gaf aan in het afgelopen jaar naar de tandarts te zijn geweest, tegenover 83,3% van de deelnemers zonder VT-status.

Tabel 6.36. Laatste tandartsbezoek, gerapporteerd door deelnemers 5 jaar en ouder (N= 1.142), OHDRES 2023-2024, België, (N=1.724 en N= 1.382)

		Laatste tandartsbezoek							
		Minder dan 6 maanden		Meer dan 6, maar minder dan 12 maanden		≥ 12 maanden		Nooit	
		N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	276	48,9	161	29,1	106	19,7	6	2,3
	Vrouw	323	53,8	181	31,1	88	15,0	1	0,2
LEEFTIJDSGROEP	5-7	14	73,3	6	23,4	2	3,2	0	0,0
	8-11	23	57,7	18	32,5	3	6,8	1	3,0
	12-14	25	69,7	11	30,3	0	0,0	0	0,0
	15-24	47	49,1	37	37,7	14	12,5	1	0,7
	25-34	51	40,4	36	33,9	20	22,4	1	3,2
	35-44	74	52,7	39	29,1	23	15,9	1	2,4
	45-54	108	57,6	52	26,0	21	16,4	0	0,0
	55-64	107	50,2	53	24,9	37	24,2	1	0,7
	65-74	104	51,2	55	27,5	41	20,8	1	0,5
	≥75	46	37,0	35	34,6	33	27,8	1	0,6
GEWEST	Vlaams Gewest	478	56,7	255	26,9	132	15,2	4	1,2
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	25	42,8	18	32,8	15	20,3	2	4,1
	Waals Gewest	96	41,6	69	36,9	47	21,2	1	0,3
DENTITIE	Dentaat* ≥35	433	52,3	228	28,3	131	18,5	4	0,9
	Edentaat ≥35	6	12,1	6	19,8	24	68,1	0	0,0
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager school/geen diploma	11	30,6	10	37,2	15	32,2	0	0,0
	Lager secundair onderwijs	58	42,6	35	26,4	31	30,4	1	0,6
	Hoger secundair onderwijs	166	45,2	100	32,1	62	22,2	1	0,4
	Hoger onderwijs	255	54,1	127	27,7	67	16,9	2	1,3
SOCIALE STATUS VT	Nee	535	51,9	301	31,4	152	15,8	4	0,9
	Ja	64	49,2	40	22,4	41	25,2	3	3,6
TOTAAL		599	51,4	342	30,1	194	17,3	7	1,3

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022.

N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemer met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.6.3.3. Redenen voor het uitstellen van een tandartsbezoek in de laatste 12 maanden

Tabellen 6.37a en 6.37b geven een overzicht van de redenen die deelnemers opgaven voor het uitstellen van een tandartsbezoek in de afgelopen 12 maanden. De meest voorkomende reden was het ontbreken van symptomen, gerapporteerd door 54,3% van de deelnemers. Moeilijkheden om een afspraak te krijgen werden door 10,2% als belangrijkste reden genoemd, gevolgd door financiële zorgen (9,0%) en tijdsgebrek (8,6%). Daarnaast gaf 7,5% aan geen geschikte tandarts te kennen, terwijl 5,4% angst voor de tandarts als reden opgaf. Verder stelde 2,9% van de deelnemers het bezoek uit in de hoop dat de klachten vanzelf zouden verdwijnen, en 1,5% verwees naar een eerdere negatieve ervaring met een tandarts. Slechts 0,6% van de deelnemers gaf beperkte toegang tot tandzorg (zoals afstand of gebrek aan vervoer) aan als reden.

Het ontbreken van symptomen werd vaker genoemd door mannen (56,1%) dan door vrouwen (51,8%) en was de enige reden die door de vertegenwoordigers van alle kinderen van 5-7 jaar werd opgegeven (100,0%). In het Waals Gewest gaf 55,9% van de deelnemers het ontbreken van symptomen op als belangrijkste reden, vergelijkbaar met het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (55,3%) en iets hoger dan in het Vlaams Gewest (53,2%). Edentate deelnemers gaven deze reden veel vaker op (85,4%) dan dentate deelnemers (49,2%).

Het percentage deelnemers dat het ontbreken van symptomen als reden aangaf, daalde met het opleidingsniveau: van 71,2% bij deelnemers met het laagste opleidingsniveau tot 51,4% bij deelnemers met het hoogste. De reden werd ook vaker gerapporteerd door deelnemers met een VT-statuuut (59,2%) dan door degenen zonder dit statuut (53,4%).

Tot slot werd kostprijs vaker als reden genoemd door deelnemers met een VT-statuuut (11,4%) dan door deelnemers zonder dit statuut (7,5%). Tijdsgebrek werd vooral aangegeven als barrière bij deelnemers tussen 15 en 44 jaar.

Tabel 6.37a. Redenen voor het uitstellen van een tandartsbezoek, gerapporteerd door deelnemers 5 jaar en ouder (N= 197),
OHDRES 2023-2024, België, (N=1.724 en N= 1.382)

		Redenen voor het uitstellen van een tandartsbezoek (deel 1)									
		Kostprijs		Afstand/Transport		Moeilijk een afspraak te krijgen		Tijdsgebrek		Angst voor de tandarts	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	7	9,5	2	1,0	11	11,8	10	9,6	4	1,8
	Vrouw	5	8,4	0	0,0	10	8,0	7	7,2	8	10,3
LEEFTIJDGROEP	5-7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	8-11	2	61,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	12-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	15-24	0	0,0	1	4,8	0	0,0	2	13,4	0	0,0
	25-34	1	4,2	0	0,0	3	16,4	4	15,0	2	5,4
	35-44	3	24,1	0	0,0	4	17,3	2	12,1	4	11,1
	45-54	0	0,0	0	0,0	3	5,2	2	9,1	0	0,0
	55-64	4	11,5	0	0,0	6	14,3	2	4,8	1	6,9
	65-74	2	3,9	0	0,0	5	12,1	5	9,5	2	4,1
	≥75	0	0,0	1	1,9	0	0,0	0	0,0	3	8,4
GEWEST	Vlaams Gewest	6	6,9	0	0,0	14	12,7	13	9,6	7	3,4
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	1	13,1	1	1,7	0	0,0	1	6,6	1	2,8
	Waals Gewest	5	11,3	1	1,2	7	10,2	3	7,7	4	10,3
DENTITIE	Dentaat* ≥35	9	9,8	1	0,4	17	11,0	11	7,9	10	7,3
	Edentaat ≥35	0	0,0	0	0,0	1	5,7	0	0,0	0	0,0
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	0	0,0	0	0,0	1	4,7	0	0,0	2	7,4
	Lager secundair onderwijs	1	1,3	0	0,0	5	14,7	2	4,7	1	4,4
	Hoger secundair onderwijs	5	12,4	2	2,0	6	7,2	5	8,6	5	8,9
	Hoger onderwijs	3	2,5	0	0,0	9	15,7	8	11,8	4	4,6
SOCIALE STATUS VT	Nee	7	7,5	2	0,8	18	12,1	15	8,9	10	5,7
	Ja	4	11,4	0	0,0	3	4,2	2	7,8	2	4,5
TOTAAL		12	9,0	2	0,6	21	10,2	17	8,6	12	5,4

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemer met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 6.37b. Redenen voor het uitstellen van een tandartsbezoek, gerapporteerd door deelnemers 5 jaar en ouder (N= 197),
OHDRES 2023-2024, België, (N= 1.724 en N= 1.382)

		Redenen voor het uitstellen van een tandartsbezoek (deel 2)									
		Wachten tot de last vanzelf verdwijnt		Ken geen goede tandarts		Afwezigheid van symptomen		Negatieve ervaring met tandarts		Schaamte voor de toestand van de mond	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	4	2,2	7	5,3	61	56,1	2	2,6	0	0,0
	Vrouw	4	3,9	8	10,5	47	51,8	0	0,0	0	0,0
LEEFTIJDGROEP	5-7	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
	8-11	0	0,0	0	0,0	2	38,5	0	0,0	0	0,0
	12-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	15-24	0	0,0	2	15,1	10	66,8	0	0,0	0	0,0
	25-34	1	2,5	2	4,1	8	52,4	0	0,0	0	0,0
	35-44	0	0,0	0	0,0	11	35,4	0	0,0	0	0,0
	45-54	0	0,0	2	17,8	13	61,5	1	6,4	0	0,0
	55-64	3	6,2	1	2,8	19	49,5	1	4,0	0	0,0
	65-74	1	2,3	3	7,6	24	60,6	0	0,0	0	0,0
	≥75	3	7,7	5	15,5	19	66,5	0	0,0	0	0,0
GEWEST	Vlaams Gewest	5	3,3	13	9,7	74	53,2	1	1,4	0	0,0
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	2	5,7	2	14,7	8	55,3	0	0,0	0	0,0
	Waals Gewest	1	0,9	0	0,0	26	55,9	1	2,5	0	0,0
DENTITIE	Dentaat* ≥35	6	3,6	9	8,3	67	49,2	2	2,5	0	0,0
	Edentaat ≥35	1	3,1	2	5,8	19	85,4	0	0,0	0	0,0
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	1	10,0	1	6,8	9	71,2	0	0,0	0	0,0
	Lager secundair onderwijs	0	0,0	3	5,5	19	69,4	0	0,0	0	0,0
	Hoger secundair onderwijs	3	4,1	2	3,2	32	48,8	2	4,9	0	0,0
	Hoger onderwijs	3	2,5	7	11,6	34	51,4	0	0,0	0	0,0
SOCIALE STATUS VT	Nee	7	3,2	9	6,5	84	53,4	2	2,0	0	0,0
	Ja	1	2,1	6	10,9	24	59,2	0	0,0	0	0,0
TOTAAL		8	2,9	15	7,5	108	54,3	2	1,5	0	0,0

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemer met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.6.4. Gebruik van stimulerende middelen

Het gebruik van stimulerende middelen werd beoordeeld op basis van het gerapporteerde gebruik van tabak, blootstelling aan passief roken, gebruik van e-sigaretten, illegale drugs en alcohol. Deze gegevens werden verzameld in het kader van de Gezondheidsenquête (HIS) 2023-2024 en hebben betrekking op deelnemers van 15 jaar en ouder.

6.6.4.1. Tabaksgebruik en passief roken

Tabel 6.38 geeft een overzicht van de bevindingen met betrekking tot blootstelling aan tabak. Bijna tien procent (9,7%) van de deelnemers gaf aan dagelijks tabak te gebruiken, waarbij mannen (11,9%) dat vaker rapporteerden dan vrouwen (7,5%). De hoogste percentages dagelijkse rokers werden aangetroffen in de leeftijdsgroepen 25-34 jaar (14,1%) en 35-44 jaar (15,7%). Er waren duidelijke regionale verschillen: het aandeel dagelijkse rokers was het hoogst in het Waals Gewest (18,2%), gevolgd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (9,7%) en het Vlaams Gewest (6,3%). Daarnaast rapporteerden edentate deelnemers een lager tabaksgebruik (9,3%) dan edentate deelnemers (14,0%). Er kon geen duidelijke relatie worden vastgesteld tussen dagelijks tabaksgebruik en opleidingsniveau of sociaal statuut. Voormalige rokers vormden 26,1% van de onderzochte populatie. Passief roken werd gerapporteerd door 9,0% van de deelnemers (150 van de 1.389), die aangaven thuis blootgesteld te zijn aan tabaksrook. De resultaten tonen aan dat 9,7% van de deelnemers dagelijks tabak gebruikt, wat lager is dan de 15,0% die in 2018 in België werd gerapporteerd (Sciensano, 2020b). Of dit duidt op een daadwerkelijke daling van het tabaksgebruik door toegenomen publieke gezondheidsinitiatieven, strengere regelgeving rond tabaksverkoop en grotere bewustwording van de gezondheidsrisico's van roken, moet nog verder worden onderzocht.

E-sigaretten werden aanvankelijk geïntroduceerd als hulpmiddel om rokers te helpen bij het verminderen of stoppen van hun verslaving. Het gebruik ervan is echter toegenomen onder jongeren, van wie sommigen regelmatige gebruikers zijn geworden. De gezondheidsrisico's van e-sigaretten zijn nog niet volledig bekend, en mogelijke negatieve effecten kunnen niet worden uitgesloten. Daarnaast is er een grote variatie in de kwaliteit van de producten op de markt, die bovendien nog onvoldoende gereguleerd is. Sommige e-sigaretten bevatten nicotine, andere niet. Tabel 6.39 toont gegevens over het gebruik van e-sigaretten bij deelnemers van 15 jaar en ouder. In deze bevraging gaf 96,0% aan geen e-sigaretten te gebruiken, terwijl 1,7% dagelijks gebruik meldde. Dit percentage was hoger bij mannen (2,0%) dan bij vrouwen (1,5%). De leeftijdsgroep met het hoogste percentage dagelijkse gebruikers was die van 35-44 jaar (3,6%), gevolgd door de groep van 45-54 jaar (3,1%). Er werden regionale verschillen vastgesteld, met het hoogste aandeel dagelijkse gebruikers in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (3,6%), gevolgd door het Vlaams Gewest (1,6%) en het Waals Gewest (1,3%). Geen enkele edentate deelnemer rapporteerde dagelijks gebruik van e-sigaretten. Deelnemers met het laagste opleidingsniveau gaven aanzienlijk vaker aan dagelijks e-sigaretten te gebruiken. Daarentegen werd een lager percentage dagelijks gebruik gerapporteerd door deelnemers met een VT-statuuut (0,3%) dan door deelnemers zonder dit statuut (2,0%).

Tabel 6.38. Blootstelling aan tabak in deelnemers 15 jaar en ouder (N= 949),
OHDRES 2023-2024, België, (N=1.724 en N= 1.382)

		Tabaksgebruik							
		Dagelijks		Occasioneel		Ex-roker		Niet	
		N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	36	11,9	14	4,3	161	31,1	394	83,8
	Vrouw	41	7,5	23	4,3	108	21,3	441	88,3
LEEFTIJDGROEP	15-24	3	4,1	3	4,1	4	3,8	69	91,8
	25-34	12	14,1	5	6,3	18	17,3	88	79,7
	35-44	12	15,7	6	3,7	40	27,9	107	80,6
	45-54	18	9,3	14	8,4	39	28,0	136	82,3
	55-64	11	6,6	4	1,8	58	33,0	172	91,6
	65-74	19	10,8	2	1,1	74	37,0	170	88,1
	≥75	2	2,0	3	4,8	36	33,2	93	93,2
GEWEST	Vlaams Gewest	49	6,3	30	5,2	211	26,9	644	88,5
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	5	9,7	0	0,0	20	39,1	46	90,3
	Waals Gewest	23	18,2	7	3,7	38	18,7	145	78,0
DENTITIE	Dentaat* ≥35	58	9,3	28	3,7	235	31,3	652	87,1
	Edentaat ≥35	4	14,0	1	8,5	12	38,3	26	77,6
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	3	11,9	1	10,1	5	12,9	23	78,0
	Lager secundair onderwijs	15	16,4	1	0,7	38	35,4	92	82,9
	Hoger secundair onderwijs	37	16,7	13	3,2	90	24,9	258	80,2
	Hoger onderwijs	18	4,7	19	5,6	128	29,4	393	89,6
SOCIALE STATUS VT	Nee	62	9,5	31	4,2	240	26,3	745	86,3
	Ja	14	9,5	6	5,4	29	25,3	90	85,1
TOTAAL		77	9,7	37	4,3	269	26,1	835	86,0

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemer met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 6.39. Huidig gebruik van e-sigaretten door deelnemers 15 jaar en ouder (N= 1.245)
OHDRES 2023-2024, België, (N=1.724 en N= 1.389)

		Gebruik van e-sigaretten									
		Dagelijks		≥ 1 per week maar niet dagelijks		≥ 1 per maand maar niet wekelijks		< 1 per maand		Geen gebruik	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	7	2,0	2	0,6	3	0,7	2	0,5	430	96,3
	Vrouw	5	1,5	6	1,0	3	0,9	3	0,9	479	95,8
LEEFTIJDGROEP	15-24	2	1,6	1	0,8	6	7,0	4	4,9	66	85,7
	25-34	2	2,5	2	1,3	0	0,0	0	0,0	101	96,2
	35-44	5	3,6	2	1,3	0	0,0	0	0,0	122	95,1
	45-54	3	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	167	96,9
	55-64	3	1,4	0	0,0	0	0,0	1	0,7	179	97,9
	65-74	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	183	100,0
	≥75	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	91	100,0
	GEWEST	Vlaams Gewest	9	1,6	6	0,8	5	0,9	4	0,9	693
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	1	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	49	96,4
	Waals Gewest	2	1,3	2	1,1	1	0,8	1	0,4	167	96,5
DENTITIE	Dentaat* ≥35	8	1,6	5	0,7	0	0,0	1	0,2	709	97,5
	Edentaat ≥35	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	33	100,0
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	1	13,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	27	83,4
	Lager secundair onderwijs	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	104	100,0
	Hoger secundair onderwijs	5	1,8	3	1,0	1	0,3	0	0,0	291	96,9
	Hoger onderwijs	3	0,7	3	0,6	0	0,0	2	0,8	421	97,9
SOCIALE STATUS VT	Nee	11	2,0	7	0,7	4	0,6	5	0,8	799	96,0
	Ja	1	0,3	0	0,0	2	2,2	0	0,0	110	97,5
TOTAAL		12	1,7	8	0,8	6	0,8	5	0,7	909	96,0

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemer met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.6.4.2. Gebruik van illegale drugs

Tabel 6.40 geeft een overzicht van het gebruik van illegale drugs door deelnemers van 15 jaar en ouder. In totaal gaf 5,6% van de deelnemers aan cannabis te hebben gebruikt in de afgelopen twaalf maanden, terwijl 5,5% meldde andere illegale drugs te hebben gebruikt. Voor zowel cannabis als andere drugs lag het gerapporteerde gebruik aanzienlijk hoger bij mannen dan bij vrouwen: respectievelijk 7,1% tegenover 4,2% voor cannabis en 7,4% tegenover 3,8% voor andere drugs. Het gebruik van cannabis was het hoogst bij deelnemers in de leeftijdsgroepen 15-24 en 25-34 jaar. Het gebruik van andere drugs bereikte een piek in de leeftijdsgroep van 25-34 jaar.

Er werden duidelijke regionale verschillen vastgesteld. Het cannabisgebruik was het hoogst in het Waals Gewest (8,1%), gevolgd door het Vlaams Gewest (4,8%) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (4,2%). Wat betreft het gebruik van andere drugs, rapporteerden deelnemers uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest het hoogste percentage (14,9%), gevolgd door het Waals Gewest (7,1%) en het Vlaams Gewest (3,4%). Opvallend is dat het gebruik van cannabis en andere drugs uitsluitend werd gerapporteerd door dentate deelnemers, met respectievelijke frequenties van 2,8% en 4,0%.

Het gebruik van cannabis was het hoogst onder deelnemers met het hoogste opleidingsniveau (6,7%), terwijl het gebruik van andere drugs het meest voorkwam bij deelnemers met een diploma lager secundair onderwijs (9,8%), gevolgd door deelnemers met opleiding hoger onderwijs (7,0%). Deelnemers met een VT-statuuut rapporteerden een iets hoger cannabisgebruik (6,0%) dan deelnemers zonder dit statuut (5,3%). Het verschil was duidelijker voor andere drugs: deelnemers met VT-status meldden significant vaker gebruik (8,9%) dan hun tegenhangers zonder dit statuut (4,8%).

Tabel 6.40. Gerapporteerd gebruik van illegale drugs in de laatste 12 maanden door deelnemers 15 jaar en ouder (N= 943)
OHDRES 2023-2024, België; (N=1.724 en N= 1.382)

		Cannabis		Andere drugs	
		N	%	N	%
GESLACHT	Man	24	7,1	21	7,4
	Vrouw	19	4,2	15	3,8
LEEFTIJDSGROEP	15-24	11	13,6	6	6,4
	25-34	13	12,3	10	12,1
	35-44	11	7,4	12	8,0
	45-54	6	2,8	5	4,4
	55-64	2	1,5	2	3,6
	65-74	0	0,0	1	0,7
	≥75	0	0,0	0	0,0
GEWEST	Vlaams Gewest	26	4,8	19	3,4
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	2	4,2	6	14,9
	Waals Gewest	15	8,1	11	7,1
DENTITIE	Dentaat* ≥35	19	2,8	20	4,0
	Edentaat ≥35	0	0,0	0	0,0
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	0	0,0	0	0,0
	Lager secundair onderwijs	3	3,2	6	9,8
	Hoger secundair onderwijs	9	2,9	5	2,5
	Hoger onderwijs	21	6,7	19	7,0
SOCIALE STATUS VT	Nee	35	5,3	28	4,8
	Ja	7	6,0	7	8,9
TOTAAL		43	5,6	36	5,5

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022; N = aantal deelnemers; % = percentage;

*deelnemer met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.6.4.3. Consumptie van alcohol

Zowel in de internationale als nationale literatuur bestaat er geen universeel gestandaardiseerde definitie van overmatig alcoholgebruik. De voorgestelde drempelwaarden verschillen tussen landen. Sciensano hanteert de volgende classificatie: meer dan 21 standaardglazen per week voor mannen en meer dan 14 standaardglazen per week voor vrouwen wordt beschouwd als overmatig alcoholgebruik (Sciensano, 2020c). Deze drempelwaarden zijn in overeenstemming met de aanbevelingen van het Europese project “Reducing Alcohol Related Harm” (RARHA), een gezamenlijke actie die plaatsvond tussen 2014 en 2016 en die mede werd gefinancierd door de Europese Commissie.

(https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/national-low-risk-drinking-recommendations-drinking-guidelines_en?utm_source=chatgpt.com).

De resultaten tonen aan dat 5,5% van de deelnemers aangaf in de voorbije 12 maanden overmatig alcohol te hebben geconsumeerd, terwijl 18,4% aangaf helemaal geen alcohol te hebben gebruikt (Tabel 6.41). Overmatig alcoholgebruik kwam vaker voor bij mannen (6,1%) dan bij vrouwen (5,0%). De hoogste proporties van overmatig gebruik werden waargenomen in de leeftijdsgroepen 15-24 jaar (8,2%) en 45 jaar en ouder (8,0%).

Per regio werd het hoogste aandeel overmatige alcoholconsumptie vastgesteld in het Waals Gewest (7,3%), gevolgd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (5,7%) en het Vlaams Gewest (4,8%). De frequentie was licht hoger bij dentate deelnemers (5,4%) dan bij edentate deelnemers (5,1%).

Wat opleidingsniveau betreft rapporteerden deelnemers met het laagste opleidingsniveau de hoogste frequentie van overmatig alcoholgebruik (12,3%), terwijl deze frequentie aanzienlijk lager was bij deelnemers met het hoogste opleidingsniveau (5,4%). Ten slotte was overmatig alcoholgebruik lager bij deelnemers met een VT-statuuut (3,3%) dan bij deelnemers zonder dit statuut (5,9%).

Tabel 6.41. Gerapporteerde alcoholconsumptie in de laatste 12 maanden door deelnemers 15 jaar en ouder (N= 953), OHDRES 2023-2024, België, (N=1.724 en N= 1.382)

		Overmatige alcoholconsumptie		Geen alcoholconsumptie	
		N	%	N	%
GESLACHT	Man	23	6,1	59	15,4
	Vrouw	26	5,0	101	21,2
LEEFTIJDSGROEP	15-24	5	8,2	19	27,9
	25-34	4	4,5	24	21,6
	35-44	5	4,3	19	17,7
	45-54	12	8,0	22	12,7
	55-64	9	4,6	28	17,2
	65-74	11	6,4	25	12,5
	≥75	3	2,9	23	23,5
GEWEST	Vlaams Gewest	30	4,8	122	16,2
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	3	5,7	12	26,6
	Waals Gewest	16	7,3	26	20,7
DENTITIE	Dentaat* ≥35	39	5,4	109	15,8
	Edentaat ≥35	1	5,1	8	28,5
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	1	12,3	6	14,3
	Lager secundair onderwijs	6	7,8	33	34,5
	Hoger secundair onderwijs	13	3,4	55	20,8
	Hoger onderwijs	23	5,4	45	9,7
SOCIALE STATUS VT	Nee	45	5,9	119	15,2
	Ja	4	3,3	41	40,7
TOTAAL		49	5,5	160	18,4

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022.

N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemer met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.7. Resultaten: Subjectieve mondgezondheid

Subjectieve mondgezondheid werd beoordeeld bij deelnemers van 15 jaar en ouder als een globale indicator die de fysieke, psychologische en sociale dimensies van gezondheid omvat. Ze werd gemeten op basis van de beoordeling door de deelnemers van hun eigen mondgezondheidstoestand en de aanwezigheid van eventuele klachten met betrekking tot de mond. Deze gegevens maakten deel uit van de HIS 2023-2024.

6.7.1. Zelf-ervaren mondgezondheidssituatie

Aan de deelnemers werd gevraagd om hun eigen mondgezondheidstoestand te beoordelen, met specifieke verwijzing naar hun gebitselementen en tandvlees, en dit aan de hand van een globale zelfbeoordelingsschaal. De beoordelingscriteria waren: 1 (zeer goed), 2 (goed), 3 (matig), 4 (slecht) en 5 (zeer slecht). De antwoorden “zeer goed” en “goed” werden gegroepeerd tot “goede mondgezondheid”, terwijl de antwoorden “matig”, “slecht” en “zeer slecht” werden gegroepeerd tot “geen goede mondgezondheid”. De resultaten van deze zelfbeoordelingen worden samengevat in Tabel 6.42.

In het algemeen beoordeelde 78,1% van de deelnemers hun eigen mondgezondheid als zeer goed of goed, waarmee zij tot de groep met subjectief goede mondgezondheid werden gerekend. Bij de vrouwen bedroeg dit percentage 78,3% en bij de mannen 77,9%. Subjectief goede mondgezondheid werd vaker gerapporteerd door jongere leeftijdsgroepen (44 jaar of jonger) dan door oudere leeftijdsgroepen, met een aanzienlijke daling van 94,6% bij kinderen van 5-7 jaar tot 63,4% bij personen van 75 jaar en ouder.

Subjectief goede mondgezondheid werd vaker gerapporteerd door inwoners van het Vlaams Gewest (81,3%) dan door die van het Waals Gewest (73,3%) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (70,8%). Door edentate deelnemers werd mondgezondheid veel minder vaak als goed beoordeeld (59,7%) dan door dentate deelnemers (72,5%).

De subjectieve beoordeling van de mondgezondheid nam geleidelijk toe met het opleidingsniveau. Deelnemers met een hoger opleidingsniveau (78,6%) rapporteerden vaker een subjectief goede mondgezondheid dan degenen met enkel lager onderwijs of geen diploma (54,4%). Daarnaast rapporteerden deelnemers met een VT-statuuat minder vaak een subjectief goede mondgezondheid (69,6%) dan hun tegenhangers zonder dit statuut (79,7%).

Tabel 6.42. Perceptie van de eigen mondgezondheid door deelnemers 5 jaar en ouder (N= 1.142),
OHDRES 2023-2024, België, (N=1.724 en N=1.382)

		Heel goed		Goed		Gemiddeld		Slecht		Heel slecht	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	149	30,7	268	47,2	104	17,5	25	4,4	3	0,2
	Vrouw	194	33,3	272	45,0	92	14,8	32	5,9	3	1,1
LEEFTIJDGROEP	5-7	17	67,8	4	26,8	0	0,0	0	0,0	1	5,4
	8-11	20	33,7	17	46,4	6	14,5	2	5,4	0	0,0
	12-14	20	40,5	15	58,0	1	1,5	0	0,0	0	0,0
	15-24	48	46,7	40	44,1	9	7,9	1	0,9	1	0,4
	25-34	45	41,8	45	40,2	15	16,5	3	1,5	0	0,0
	35-44	45	36,0	67	45,0	20	15,5	5	3,6	0	0,0
	45-54	50	25,3	89	48,5	30	16,0	11	8,0	1	2,2
	55-64	43	24,1	108	49,7	35	17,6	10	8,1	2	0,5
	65-74	37	16,8	96	46,5	51	27,2	16	8,9	1	0,6
	≥75	18	14,3	59	49,1	29	27,2	9	9,4	0	0,0
GEWEST	Vlaams Gewest	284	33,9	410	47,4	138	15,0	33	3,3	4	0,5
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	15	34,4	24	36,4	13	16,2	6	9,6	2	3,4
	Waals Gewest	44	26,5	106	46,8	45	18,9	18	7,8	0	0,0
DENTITIE	Dentaat* ≥35	187	24,8	401	47,7	158	19,7	46	7,0	4	0,7
	Edentaat ≥35	6	12,2	18	47,5	7	25,1	5	15,2	0	0,0
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	5	9,8	16	44,6	6	12,2	9	33,6	0	0,0
	Lager secundair onderwijs	27	19,3	62	51,1	23	17,0	10	11,1	3	1,6
	Hoger secundair onderwijs	73	26,4	170	45,8	66	20,4	20	7,4	0	0,0
	Hoger onderwijs	135	32,1	217	46,5	82	18,0	16	2,7	1	0,8
SOCIALE STATUS VT	Nee	312	33,1	470	46,6	166	15,7	41	4,0	3	0,6
	Ja	30	25,7	70	43,9	30	18,8	15	10,6	3	1,0
TOTAAL		343	32,0	540	46,1	196	16,1	57	5,1	6	0,6

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022. N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemer met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.7.2. Klachten met betrekking tot aangezicht en mondholte

Gerapporteerde klachten en ongemakken in verband met het aangezicht en de mondholte worden samengevat in Tabel 6.43. In totaal gaf 34,3% van de deelnemers aan minstens één klacht te hebben die verband houdt met mondgezondheid. De meest genoemde klacht was bloedend tandvlees (19,4%), gevolgd door tandpijn (12,8%) en andere pijn of ongemak in de mond of het aangezicht (7,8%). Daarnaast werd pijn in het kaakgewricht (temporomandibulair gewricht) vermeld door 6,2% van de deelnemers.

Vrouwen rapporteerden meer dan twee keer zo vaak kaakgewrichtspijn (8,8%) als mannen (3,6%). Over het algemeen kwamen klachten minder vaak voor bij deelnemers van 55 jaar en ouder. Tandpijn en kaakgewrichtspijn werden vaker gemeld door inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (respectievelijk 23,6% en 10,0%) en die van het Waals Gewest (18,0% en 9,3%) dan door inwoners van het Vlaams Gewest (8,9% en 4,4%). Edentate deelnemers (10,0%) rapporteerden minder klachten dan dentate deelnemers (35,9%).

Klachten over bloedend tandvlees kwamen bijna twee keer zo vaak voor bij deelnemers met een hoog opleidingsniveau (22,7%) in vergelijking met degenen met enkel lager onderwijs of geen diploma (12,2%). Deelnemers met een VT-statuuut rapporteerden minder vaak klachten over bloedend tandvlees (15,2%).

Tabel 6.43. Klachten met betrekking tot het aangezicht en de mondholte in de laatste vier weken, gerapporteerd door deelnemers 5 jaar en ouder (N= 1.142), OHGRES 2023-2024, België, (N=1.724 en N= 1.382)

		Tandpijn		Kaakgewrichtspijn		Andere pijn of ongemak		Bloedend tandvlees		Minstens één klacht	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	57	13,4	20	3,6	35	7,4	107	19,2	171	33,8
	Vrouw	70	12,2	53	8,8	49	8,1	117	19,6	212	34,8
LEEFTIJDSGROEP	5-7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7	1	2,7
	8-11	4	11,7	2	1,9	4	6,7	6	13,9	11	21,8
	12-14	3	9,9	1	1,9	5	19,5	5	15,7	12	39,3
	15-24	11	10,2	5	4,1	5	2,7	24	21,5	33	28,6
	25-34	15	21,7	11	8,4	11	10,4	32	29,4	48	49,0
	35-44	24	18,9	11	8,4	14	10,2	29	21,5	61	45,0
	45-54	24	15,2	17	10,6	15	7,8	48	25,4	73	40,0
	55-64	22	9,8	9	7,3	8	5,4	36	17,8	65	32,6
	65-74	18	9,4	14	6,8	14	7,5	30	14,6	52	27,7
	≥75	6	5,7	3	1,7	8	7,1	13	10,9	27	23,7
GEWEST	Vlaams Gewest	80	8,9	47	4,4	65	8,0	160	17,6	267	29,9
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	10	23,6	6	10,0	5	9,7	14	21,7	22	39,3
	Waals Gewest	37	18,0	20	9,3	14	6,4	50	22,9	94	43,1
DENTITIE	Dentaat* ≥35	94	12,9	53	7,6	57	7,7	154	19,3	274	35,9
	Edentaat ≥35	-	-	1	1,2	2	5,4	2	5,0	4	10,0
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	5	13,2	4	8,8	3	13,4	5	12,2	12	33,3
	Lager secundair onderwijs	16	17,0	7	7,1	6	5,5	19	14,6	37	33,7
	Hoger secundair onderwijs	42	15,9	16	5,9	21	6,0	70	21,8	114	36,6
	Hoger onderwijs	43	11,1	35	7,3	40	9,8	97	22,7	163	38,5
SOCIALE STATUS VT	Nee	102	11,7	55	5,4	68	7,1	197	20,2	327	33,8
	Ja	24	18,1	18	11,4	16	11,8	27	15,2	55	36,6
TOTAAL		127	12,8	73	6,2	84	7,8	224	19,4	383	34,3

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022. N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemers met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.8. Resultaten: Algemene gezondheid

6.8.1. Subjectieve gezondheid

Dit onderdeel geeft een overzicht van de algemene gezondheidsstatus zoals gerapporteerd door de deelnemers zelf. De gegevens zijn afkomstig uit de HIS 2023-2024 en omvatten enkel deelnemers van 15 jaar en ouder.

Het concept "subjectieve gezondheid" is gebaseerd op de zelfevaluatie van individuen met betrekking tot hun eigen gezondheidstoestand. Het is een globale maatstaf die de fysieke, psychologische en sociale dimensies van gezondheid omvat. Deze perceptie kan variëren afhankelijk van de aanwezigheid van symptomen of specifieke klachten, evenals medische diagnoses.

Aangezien deze maat enkel gebaseerd is op het eigen oordeel van het individu over zijn of haar gezondheidstoestand, wordt ze niet geëvalueerd door een externe waarnemer. Hoewel deze beoordeling beïnvloed kan worden door houdingen en uitdrukkingen van mensen in de omgeving, wordt de uiteindelijke beoordeling door het individu zelf gemaakt. Bovendien ligt de focus specifiek op de algemene gezondheid en niet op de actuele of tijdelijke of acute gezondheidstoestand, om zo de invloed van korte termijn fluctuaties in de gezondheid op de beoordeling te beperken.

De antwoordcategorieën "zeer goed" en "goed" werden gegroepeerd tot "subjectief goede gezondheid", terwijl "matig", "slecht" en "zeer slecht" gegroepeerd werden tot "subjectief geen goede gezondheid". De resultaten worden weergegeven in Tabel 6.44.

In het algemeen beoordeelde 81,1% van de deelnemers hun subjectieve gezondheid als zeer goed of goed. Dit was vaker het geval bij mannen (83,0%) dan bij vrouwen (79,3%). In de leeftijdsgroepen 15-24 jaar en 25-34 jaar rapporteerde meer dan 90% van de deelnemers een subjectief goede gezondheid. Daarentegen rapporteerde slechts 66,9% van de deelnemers van 75 jaar en ouder een subjectief goede gezondheid. De verschillen tussen de gewesten waren beperkt: 83,3% in het Waals Gewest, gevolgd door 81,1% in het Vlaams Gewest en 75,8% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest rapporteerden een subjectief goede gezondheid. Het aandeel edentate deelnemers dat een subjectief goede gezondheid rapporteerde (62,4%) lag lager dan bij dentate deelnemers (77,3%).

De verschillen in subjectieve gezondheid naar opleidingsniveau waren bijzonder groot. In de groep deelnemers met enkel lager onderwijs of geen diploma rapporteerde slechts 45,3% een subjectief goede gezondheid, in tegenstelling tot 87,1% van de deelnemers met een hoog opleidingsniveau. Eveneens rapporteerden deelnemers met een VT-statuuat aanzienlijk minder vaak een subjectief goede gezondheid dan hun tegenhangers zonder dit statuut, respectievelijk 59,5% en 84,5%.

Tabel 6.44. Zelf-ervaren algemene gezondheidstoestand door deelnemers 15 jaar en ouder (N= 961),
OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Heel goed		Goed		Matig		Slecht		Zeer slecht	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	125	32,8	241	50,2	69	13,7	10	2,5	3	0,8
	Vrouw	102	24,2	301	55,1	94	17,1	14	2,9	2	0,6
LEEFTIJDGROEP	15-24	24	38,5	47	54,0	7	7,6	0	0,0	0	0,0
	25-34	39	45,8	56	48,5	6	5,7	0	0,0	0	0,0
	35-44	39	35,5	68	46,4	20	14,6	3	1,9	2	1,7
	45-54	45	25,7	89	50,4	32	21,0	5	2,9	0	0,0
	55-64	37	20,5	109	57,2	33	15,4	4	4,6	3	2,3
	65-74	32	16,7	117	59,5	36	19,0	8	4,9	0	0,0
	≥75	11	11,1	56	55,8	29	27,7	4	5,4	0	0,0
GEWEST	Vlaams Gewest	159	23,8	431	57,3	128	16,8	13	1,9	3	0,3
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	16	38,9	22	36,9	9	16,1	2	3,2	2	5,0
	Waals Gewest	52	35,9	89	47,4	26	11,8	9	5,0	0	0,0
DENTITIE	Dentaat* ≥35	161	24,0	421	53,3	139	18,0	22	3,7	5	1,0
	Edentaat ≥35	3	6,0	18	56,4	11	34,0	2	3,6	0	0,0
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	4	10,2	11	35,1	12	40,9	4	13,8	0	0,0
	Lager secundair onderwijs	15	12,6	67	61,0	26	20,8	3	2,2	2	3,5
	Hoger secundair onderwijs	56	23,4	174	52,2	66	18,9	11	4,6	2	1,0
	Hoger onderwijs	123	33,2	250	53,9	52	11,7	5	1,0	1	0,1
SOCIALE STATUS VT	Nee	214	30,9	487	53,6	124	13,6	14	1,8	2	0,1
	Ja	13	12,8	54	46,7	39	27,5	10	8,9	3	4,2
TOTAAL		227	28,3	542	52,8	163	15,5	24	2,8	5	0,7

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022. N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemers met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.8.2. Chronische aandoeningen

Tabel 6.45 presenteert gegevens over chronische gezondheidsproblemen, hartaandoeningen en diabetes in de voorbije 12 maanden, zoals gerapporteerd door deelnemers van 15 jaar en ouder. Eén derde van de deelnemers (31,9%) gaf aan één of meer chronische aandoeningen of beperkingen te hebben. Dit aandeel was hoger bij vrouwen (34,8%) dan bij mannen (28,8%), en meer dan een derde van de deelnemers van 45 jaar en ouder rapporteerde een chronische aandoening. Er waren regionale verschillen. In het Vlaams Gewest rapporteerde 26,4% van de inwoners een chronische aandoening, wat aanzienlijk minder is dan in het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, respectievelijk 39,6% en 47,6%. Chronische aandoeningen werden vaker gemeld door edentate deelnemers (45,9%) dan door dentate deelnemers (38,4%).

Het opleidingsniveau van de deelnemers was een relevante factor: deelnemers met een laag opleidingsniveau rapporteerden bijna dubbel zo vaak een chronische aandoening in vergelijking met deelnemers met een hoger opleidingsniveau (31,1%). Ook deelnemers met een VT-statuuut vermeldde vaker chronische aandoeningen (50,5%) dan deelnemers zonder dit statuut (29,0%).

Onder de andere gezondheidsproblemen werd het voorkomen van hartaandoeningen en diabetes mellitus (diabetes) in de afgelopen 12 maanden eveneens gerapporteerd, maar in veel mindere mate. Hartaandoeningen werden door 4,1% van de deelnemers gerapporteerd, met de hoogste frequentie bij deelnemers van 75 jaar en ouder (11,9%). Diabetes werd gerapporteerd door 5,6% van de deelnemers, oplopend tot 13,2% in de leeftijdsgroep 65-74 jaar en 13,8% bij deelnemers van 75 jaar en ouder. Verdere vergelijkingen werden niet uitgevoerd vanwege het kleine aantal deelnemers binnen deze subgroepen.

Tabel 6.45. Chronische aandoeningen, hartaandoening en diabetes in deelnemers 15 jaar en ouder
(N= 1.389, N= 1.251 en N= 1.039), OHDRS 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Chronische aandoening		Hartaandoening		Diabetes	
		N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	127	28,8	33	5,0	36	4,5
	Vrouw	173	34,8	20	3,2	31	4,8
LEEFTIJDGROEP	15-24	9	9,9	0	0,0	1	0,4
	25-34	23	35,7	0	0,0	0	0,0
	35-44	32	22,8	1	0,8	4	1,8
	45-54	59	38,9	6	3,1	5	4,7
	55-64	70	38,5	13	6,2	15	8,2
	65-74	66	35,6	20	8,9	25	13,2
	≥75	40	38,9	13	11,9	17	13,8
GEWEST	Vlaams Gewest	208	26,4	45	4,8	43	3,8
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	25	47,6	0	0,0	9	9,4
	Waals Gewest	67	39,6	8	3,8	15	5,0
DENTITIE	Dentaat* ≥35	315	38,4	58	5,5	77	9,2
	Edentaat ≥35	16	45,9	2	6,3	7	16,5
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	20	61,2	2	3,6	8	20,0
	Lager secundair onderwijs	45	43,9	12	10,2	13	9,5
	Hoger secundair onderwijs	100	34,5	24	5,5	18	4,3
	Hoger onderwijs	127	31,1	15	2,8	26	5,7
SOCIALE STATUS VT	Nee	237	29,0	44	3,7	49	3,8
	Ja	63	50,5	9	5,9	18	9,7
TOTAAL		300	31,9	53	4,1	67	5,6

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022.

N = aantal deelnemers; % = percentage; * deelnemer met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.8.3. Algemene gezondheid en levenskwaliteit

Deze sectie geeft een overzicht van de algemene levenskwaliteit van deelnemers van 15 jaar en ouder. Het EQ-5D-instrument (EuroQol Group, 1990) werd gebruikt om de levenskwaliteit in verband met de algemene gezondheid te meten. Deze eenvoudige en snelle vragenlijst evalueert de impact van de algemene gezondheid op de levenskwaliteit volgens vijf dimensies: mobiliteit, persoonlijke verzorging, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak, en angst en depressie. Op basis van de antwoorden op deze vijf dimensies is het mogelijk om een gezondheidsprofiel van elke individu op te stellen (Sciensano, 2022).

De resultaten worden gepresenteerd in Tabel 6.46. In België rapporteerde 68,1% van de bevolking van 15 jaar en ouder geen gezondheidsproblemen. Hun gemiddelde EQ-5D-score bedroeg 0,9 (±0,2). Mannen rapporteerden vaker de afwezigheid van gezondheidsproblemen dan vrouwen (respectievelijk 71,2% en 65,2%). De laagste proporties van deelnemers die aangaven geen gezondheidsproblemen te hebben, werden gevonden in de leeftijdsgroepen 45-54 jaar (61,1%) en 75 jaar en ouder (61,2%). In het Vlaams Gewest gaf 73,6% van de deelnemers aan geen gezondheidsproblemen te hebben, gevolgd door 60,4% in het Waals Gewest en 52,4% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Het rapporteren van de afwezigheid van gezondheidsproblemen nam geleidelijk toe met het opleidingsniveau, van 38,8% bij deelnemers met enkel lager onderwijs of geen diploma tot 68,9% bij deelnemers met hoger onderwijs. Deze trend werd ook waargenomen in relatie tot sociaal statuut: 49,5% van de deelnemers met VT-statuut rapporteerde geen gezondheidsproblemen tegenover 71,9% van de deelnemers zonder dit statuut.

Tabel 6.46. Frequentie van deelnemers 15 jaar en ouder die de afwezigheid van gezondheidsproblemen aangeven, evenals de impact van de algemene gezondheid op de levenskwaliteit, gemeten d.m.v. het EQ-5D instrument (N= 932), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Afwezigheid van gezondheidsproblemen		EQ-5D score	
		N	%	Mean	SD
GESLACHT	Man	319	71,2	0,9	0,2
	Vrouw	338	65,2	0,8	0,2
LEEFTIJDGROEP	15-24	68	90,1	0,9	0,1
	25-34	80	64,3	0,9	0,2
	35-44	97	77,2	0,9	0,2
	45-54	110	61,1	0,8	0,2
	55-64	115	61,7	0,8	0,2
	65-74	127	64,5	0,9	0,2
	≥75	60	61,2	0,8	0,3
GEWEST	Vlaams Gewest	522	73,6	0,9	0,2
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	27	52,4	0,8	0,2
	Waals Gewest	108	60,4	0,8	0,2
DENTITIE	Dentaat* ≥35	492	66,1	0,8	0,2
	Edentaat ≥35	17	55,2	0,7	0,3
OPLEIDINGS-NIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	10	38,8	0,6	0,3
	Lager secundair onderwijs	69	56,1	0,8	0,2
	Hoger secundair onderwijs	210	65,5	0,8	0,2
	Hoger onderwijs	300	68,9	0,9	0,2
SOCIALE STATUS VT	Nee	601	71,0	0,9	0,2
	Ja	55	49,5	0,7	0,3
TOTAAL		657	68,1	0,9	0,2

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022. N = aantal deelnemers; % = percentage;

*deelnemer met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden wanneer het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.9. Resultaten: Mondzorg- en algemene zorgconsumptie

Gegevens over geregistreerde mondgezondheid gerelateerde zorgconsumptie en het gebruik van gezondheidszorgdiensten werden opgehaald uit de IMA-database 2018-2022 en bieden een overzicht van het zorggebruik van de Belgische bevolking.

6.9.1. Gebruik van professionele mondzorg

De gegevens over het gebruik van mondzorg omvatten verstrekkingen door een algemeen tandarts of een tandarts gespecialiseerd in parodontologie of orthodontie.

Tabel 6.47 toont het aantal tandartsbezoeken tijdens de periode 2018-2022 en het percentage deelnemers dat regelmatig een tandarts bezocht. Een regelmatige bezoeker werd gedefinieerd als iemand voor wie minstens 3 bezoeken aan een tandarts werden geregistreerd, met uitsluiting van dringende bezoeken, in 3 verschillende jaren over een periode van vijf jaar. Uit de gegevens blijkt dat 69,6% van de deelnemers aan dit criterium voldeed voor de periode 2018-2022, terwijl 9,0% in deze periode geen enkel tandartsbezoek had. Vrouwen (72,6%) bezochten vaker regelmatig een tandarts dan mannen (66,5%). Daarentegen kwamen onregelmatige en dringende bezoeken vaker voor bij mannelijke deelnemers (respectievelijk 22,3% vs. 20,7% en 1,5% vs. 0,8%). Regelmatig tandartsbezoek was het minst frequent in de jongste leeftijdsgroep van 5-7 jaar (29,0%).

Regelmatige tandartsbezoeken kwamen vaker voor bij inwoners van het Vlaamse Gewest (72,2%) dan bij deze van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (67,1%) en het Waalse Gewest (65,4%). Regelmatig bezoek kwam significant vaker voor bij dentate deelnemers (73,2%) dan bij edentate deelnemers (22,9%). De frequentie van regelmatige tandartsbezoeken nam consistent toe met het opleidingsniveau: deelnemers met een hoger opleidingsniveau waren vaker een regelmatig tandartsbezoeker (75,5%) dan deelnemers met enkel lager onderwijs of geen diploma (57,0%). Ook deelnemers met een VT-statuuut rapporteerden minder vaak regelmatige bezoeken (58,8%) dan deelnemers zonder dit statuut (71,8%).

Tabel 6.48 presenteert gegevens over diagnostische en preventieve verstrekkingen op basis van geregistreerde zorgconsumptie. Een preventief mondonderzoek werd geregistreerd bij 63,3% van de deelnemers, gevolgd door intra-orale radiografieën (45,5%), tandsteenverwijdering of profylaxe (44,1%), extra-orale radiografieën (31,7%) en sealen (2,8%). Er werd een klein verschil geregistreerd in de frequentie van preventieve mondonderzoeken tussen vrouwen (64,1%) en mannen (62,1%). Bovendien werd een piek in het gebruik van preventieve mondonderzoeken van meer dan 80% geregistreerd bij adolescenten en jongvolwassenen van 12-24 jaar, vermoedelijk toe te schrijven aan orthodontische opvolging en monitoring van de doorbraak van wijsheidstanden. Deze onderzoeken werden vaker geregistreerd bij inwoners van het Vlaamse Gewest (66,3%) dan bij inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (64,6%) en het Waalse Gewest (47,1%). Het ondergaan van preventieve mondonderzoeken nam toe met het opleidingsniveau: deelnemers met een hoger opleidingsniveau lieten deze onderzoeken significant vaker uitvoeren (64,3%) dan deelnemers met een laag opleidingsniveau (28,7%). Deelnemers met een VT-statuuut ondergingen minder vaak een preventief mondonderzoek (58,7%) dan deelnemers zonder dit statuut (64,1%).

Het hoogste aandeel sealantapplicaties werd geregistreerd in de leeftijdsgroep 12-14 jaar (27,9%), aangezien deze preventieve verstrekking voornamelijk gericht is op kinderen en adolescenten.

Er werd een klein verschil vastgesteld in het gebruik van tandsteenverwijdering of profylaxe tussen vrouwen (46,6%) en mannen (41,6%). Het gebruik van deze zorg nam consistent toe met de leeftijd en bereikte het hoogste niveau in de leeftijdsgroep 65-74 jaar. Tandsteenverwijdering of profylaxe werd vaker geregistreerd bij deelnemers in het Vlaamse Gewest (47,2%), gevolgd door die in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (42,0%) en het Waalse Gewest (39,0%).

Het laten uitvoeren van een tandsteenverwijdering of profylaxe nam toe met het opleidingsniveau: deelnemers met hoger onderwijs gebruikten deze diensten significant vaker (63,3%) dan deelnemers met enkel lager onderwijs of geen diploma (30,3%). Bij deelnemers met een VT-statuuut werd dit type zorg minder vaak geregistreerd (35,8%) dan bij deelnemers zonder dit statuut (45,7%).

Tabel 6.47. Tandartsbezoek in 5-jarige-periode 2018-2022, op basis van de geregistreeerde zorgconsumptie (N= 1.382), OHDRS 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Regelmatig tandartsbezoek **		Onregelmatig tandartsbezoek ***		Urgentie-behandelingen ****		Geen tandartsbezoek	
		N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	454	66,5	141	22,3	11	1,5	73	11,2
	Vrouw	537	72,6	131	20,7	7	0,8	46	6,7
LEEFTIJD- GROEP	5-7	10	29,0	13	58,5	0	0,0	6	12,5
	8-11	31	56,4	20	32,1	0	0,0	6	11,4
	12-14	45	92,5	4	3,9	0	0,0	2	3,6
	15-24	100	79,3	20	17,3	2	1,0	5	3,4
	25-34	81	61,3	33	28,0	4	2,5	13	10,7
	35-44	110	69,9	39	20,6	2	0,9	16	9,5
	45-54	169	73,4	36	18,1	4	2,2	14	8,5
	55-64	176	70,2	43	21,0	4	1,3	18	8,8
	65-74	177	75,5	36	15,3	1	0,5	20	9,2
	≥75	92	65,0	28	21,5	1	0,7	19	13,5
GEWEST	Vlaams Gewest	717	72,2	168	19,4	14	1,4	74	8,4
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	49	67,1	12	18,5	1	0,6	9	14,4
	Waals Gewest	225	65,4	92	26,5	3	0,9	36	8,2
DENTITIE	Dentaat* ≥35	712	73,2	171	19,0	12	1,3	66	7,8
	Edentaat ≥35	12	22,9	11	26,1	0	0,0	21	51,0
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	20	57,0	9	26,9	0	0,0	7	16,1
	Lager secundair onderwijs	84	59,6	22	22,3	0	0,0	19	18,1
	Hoger secundair onderwijs	250	72,9	55	19,1	4	0,8	24	8,0
	Hoger onderwijs	344	75,5	80	17,0	10	2,2	27	7,5
SOCIALE STATUS VT	Nee	875	71,8	218	20,2	18	1,4	94	8,0
	Ja	116	58,8	52	27,0	0	0,0	25	14,2
TOTAAL		991	69,6	272	21,5	18	1,1	119	9,0

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022. N = aantal deelnemers; % = percentage;

*deelnemer met minstens één natuurlijke tand; **minstens 3 contacten in 3 verschillende jaren; ***minstens één contact;

**** supplementen voor dringende consultatie en supplement voor wacht dienst (RIZIV-codes 301055-081, 3735586).

Resultaten dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden indien het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 6.48. Diagnostische en preventieve verstrekkingen uitgevoerd door een tandarts tijdens de periode van 5 jaar (2018-2022) volgens de geregistreeerde zorgconsumptie (N= 1.382), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Preventief mondonderzoek		Sealant		Scaling of profylaxie		Intra-orale radiografie		Extra-orale radiografie	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	394	62,5	14	2,6	315	41,6	323	44,4	202	29,4
	Vrouw	461	64,1	12	3,0	303	46,6	354	46,5	243	33,9
LEEFTIJDSGROEP	5-7	19	67,0	0	0,0	0	0,0	5	14,9	0	0,0
	8-11	45	69,3	5	6,6	0	0,0	19	30,9	8	10,3
	12-14	44	85,6	13	27,9	0	0,0	25	51,7	28	50,0
	15-24	101	82,3	8	5,6	14	11,5	59	46,8	74	57,1
	25-34	88	63,6	-	-	66	51,7	52	42,3	40	28,8
	35-44	119	73,5	-	-	92	53,2	68	37,9	43	29,9
	45-54	152	64,8	-	-	145	63,3	125	55,6	73	30,1
	55-64	153	67,1	-	-	145	60,1	130	50,9	82	36,0
	65-74	115	48,9	-	-	160	67,4	128	53,9	65	27,8
	≥75	19	13,0	-	-	86	62,5	66	44,8	32	23,4
GEWEST	Vlaams Gewest	621	66,3	15	2,5	512	47,2	470	45,0	296	29,6
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	36	64,6	1	2,5	39	42,0	36	39,5	25	34,5
	Waals Gewest	198	47,1	10	3,5	157	39,0	171	46,4	124	34,7
DENTITIE	Dentaat* ≥35	553	58,7	-	-	626	63,6	515	50,8	291	31,1
	Edentaat ≥35	5	8,2	-	-	2	3,8	2	2,8	4	5,2
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	12	28,7	0	0,0	11	30,3	12	34,6	9	25,6
	Lager secundair onderwijs	54	39,4	0	0,0	70	53,4	57	41,8	29	22,3
	Hoger secundair onderwijs	200	60,7	0	0,0	218	60,5	164	45,5	103	30,9
	Hoger onderwijs	289	64,3	0	0,0	294	63,3	245	50,5	136	30,2
SOCIALE STATUS VT	Nee	754	64,1	22	2,5	620	45,7	589	45,8	375	30,6
	Ja	99	58,7	4	4,4	87	35,8	86	42,8	68	36,0
TOTAAL		855	63,3	26	2,8	708	44,1	677	45,5	445	31,7

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022. N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemer met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden indien het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 6.49 beschrijft gegevens over raadplegingen bij specialisten in de parodontologie en de orthodontie. In totaal consulteerde 4,4% van de deelnemers een parodontoloog en 5,9% consulteerde een orthodontist gedurende de periode 2018-2022. Consultaties bij een parodontoloog namen toe vanaf de leeftijd van 25 jaar tot 74 jaar. Behalve bij orthodontische consultaties in de leeftijdsgroepen 12-14 jaar en 15-24 jaar, was het gebruik van orthodontische diensten significant minder frequent in de andere leeftijdscategorieën. Het kleine aantal deelnemers in de verschillende categorieën maakte verdere subgroepanalyses niet mogelijk.

Tabel 6.49. Consultaties met een tandarts-specialist gedurende de 5 jarige-periode (2018-2022) op basis van de geregistreeerde zorgconsumptie, (N= 1,382), OHDRES 2023-2024, België (N=1.724 en N=1.382)

		Consultatie parodontologie		Consultatie orthodontie	
		N	%	N	%
GESLACHT	Man	26	3,5	28	5,4
	Vrouw	45	5,3	29	6,3
LEEFTIJDGROEP	5-7	0	0,0	0	0,0
	8-11	0	0,0	4	7,1
	12-14	0	0,0	9	17,3
	15-24	0	0,0	29	26,9
	25-34	2	1,2	10	7,4
	35-44	6	3,9	2	1,1
	45-54	17	7,0	3	1,5
	55-64	16	7,9	0	0,0
	65-74	23	12,2	0	0,0
	≥75	7	5,1	0	0,0
GEWEST	Vlaams Gewest	51	5,0	39	4,6
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	6	4,5	2	8,7
	Waals Gewest	14	3,3	16	7,3
DENTITIE	Dentaat* ≥35	11	1,0	5	0,6
	Edentaat ≥35	0	0,0	0	0,0
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	1	0,9	0	0,0
	Lager secundair onderwijs	7	7,9	1	0,8
	Hoger secundair onderwijs	19	4,5	5	1,4
	Hoger onderwijs	34	7,1	11	3,2
SOCIALE STATUS VT	Nee	59	4,2	53	5,8
	Ja	12	5,5	4	6,3
TOTAAL		71	4,4	57	5,9

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022.

N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemer met minstens één natuurlijke tand.

Resultaten dienen met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd indien het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 6.50 beschrijft gegevens over conserverende behandelingen uitgevoerd door algemeen tandartsen op basis van geattesteerde prestaties gedurende de periode 2018-2022. In totaal werden éénvlaksvullingen geregistreerd bij 26,6% van de deelnemers, terwijl meervlaksvullingen werden geregistreerd bij 54,2%. Daarnaast werden endodontische behandelingen (zonder verhoogde moeilijkheidsgraad) gedocumenteerd bij 13,3% van de deelnemers, tussenkomsten voor prothetische behandelingen bij 6,5% en extracties of kleine chirurgische ingrepen bij 15,6%. Kleine verschillen tussen vrouwen en mannen werden waargenomen over de verschillende soorten conserverende behandelingen, maar er kwam geen duidelijk patroon naar voren. Eénvlaksvullingen vertoonden geen specifiek patroon in relatie tot leeftijd, terwijl meervlaksvullingen toenamen met de leeftijd en een piek bereikten in de leeftijdsgroep 55-64 jaar. Endodontologische behandelingen werden het meest frequent geattesteerd bij deelnemers in de groep van 45-54 jaar. Hoewel verschillen werden waargenomen tussen de regio's, kon er geen duidelijke trend worden vastgesteld wanneer alle conserverende behandelingen samen werden beschouwd.

Het gebruik van conserverende behandelingen was lager bij deelnemers die enkel lager onderwijs genoten of zonder diploma en met lager secundair onderwijs, vergeleken met degenen met hoger secundair of hoger onderwijs. Voor endodontologische behandelingen werd een geleidelijke toename gerapporteerd met een hoger opleidingsniveau. Conserverende behandelingen werden vaker geregistreerd bij deelnemers met een VT-statuuut, vooral prothetische procedures en kleine chirurgische ingrepen, vergeleken met degenen zonder dit statuut.

Tabel 6.51 presenteert het gemiddelde aantal door tandartsen uitgevoerde prestaties op basis van geregistreerd zorggebruik en de IMA-Atlas. Het totale gemiddelde aantal geregistreerde tandheelkundige prestaties was 16,7 ($\pm 14,4$), met een gemiddelde van 17,1 ($\pm 14,1$) attestaties voor vrouwen en 16,2 ($\pm 14,8$) voor mannen. Het hoogste gemiddelde aantal tandheelkundige verstrekkingen werd geregistreerd in de leeftijdsgroep 15-24 jaar, met een gemiddelde van 22,0 ($\pm 14,7$) prestaties. Over de regio's heen registreerde het Waals Gewest de laagste gemiddelde tandheelkundige zorgconsumptie, met gemiddeld 15,2 ($\pm 13,4$) prestaties. Dentate deelnemers hadden een gemiddelde tandheelkundige zorgconsumptie van 19,1 ($\pm 14,9$) prestaties, wat bijna zes keer hoger was dan die van edentate deelnemers (3,2 $\pm 7,8$). Er werd geen significant verschil geregistreerd in het aantal tandheelkundige prestaties tussen deelnemers met VT-statuuut en degenen zonder deze status.

Tabel 6.50. Conserverende behandelingen uitgevoerd door een algemeen tandarts gedurende de vijfjarige periode (2018-2022) op basis van de geregistreeerde zorgconsumptie (N= 1.382), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Eénvlaksvulling		Vulling >1 vlak		Endodontologische behandeling zonder verhoogde moeilijkheidsgraad		Prothetische prestatie**		Extractie of kleine chirurgie	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	182	26,1	383	54,2	110	15,1	64	6,1	144	16,7
	Vrouw	204	27,0	429	54,3	103	11,5	59	6,9	113	14,5
LEEFTIJDGROEP	5-7	5	22,3	3	10,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2
	8-11	9	9,7	17	27,3	0	0,0	0	0,0	3	2,7
	12-14	14	25,4	23	47,3	1	1,5	0	0,0	16	31,1
	15-24	39	35,6	61	49,3	8	9,3	0	0,0	23	21,2
	25-34	30	22,5	58	47,9	17	11,7	0	0,0	1	0,4
	35-44	49	31,7	99	60,9	26	14,7	0	0,0	2	0,6
	45-54	73	29,9	157	68,0	53	23,9	3	0,8	5	2,4
	55-64	68	27,4	169	69,6	46	17,5	25	10,8	59	25,6
	65-74	68	30,2	155	64,9	45	21,8	46	18,0	98	38,8
	≥75	31	19,1	70	46,5	17	10,3	49	33,3	49	33,3
GEWEST	Vlaams Gewest	266	26,6	563	54,3	133	11,8	87	6,9	179	15,9
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	18	24,7	44	57,5	14	17,8	7	4,6	20	20,9
	Waals Gewest	102	27,1	205	52,9	66	14,8	29	6,4	58	13,2
DENTITIE	Dentaat* ≥35	288	29,4	646	65,8	187	18,8	107	10,1	209	18,9
	Edentaat ≥35	1	2,1	4	6,0	0	0,0	16	29,4	4	10,2
OPLEIDINGSNIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	5	11,2	18	45,2	5	10,2	8	24,3	12	31,7
	Lager secundair onderwijs	40	28,2	77	57,4	21	14,5	28	19,9	32	24,3
	Hoger secundair onderwijs	94	29,4	213	62,7	56	14,8	43	10,4	76	17,6
	Hoger onderwijs	131	26,9	292	61,4	85	17,8	21	3,5	61	10,3
SOCIALE STATUS VT	Nee	333	26,4	700	53,7	179	12,5	97	5,7	216	14,1
	Ja	52	27,5	110	56,3	34	17,7	26	10,8	41	23,2
TOTAAL		386	26,6	812	54,2	213	13,3	123	6,5	257	15,6

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022. N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemer met minstens één natuurlijke tand;

**De geregistreeerde prestaties hebben alleen betrekking op uitneembare prothesen; vaste prothesen zijn niet opgenomen in de nomenclatuur.
Resultaten dienen met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd indien het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 6.51. Aantal tandheelkundige prestaties gedurende de 5-jarige periode (2018-2022) op basis van de geregistreerde zorgconsumptie en de IMA Atlas (N= 1.382), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.382)

		Tandheelkundige prestaties		Preventieve tandheelkundige prestaties		Dentale radiografie incl. CBCT		Dentale beeldvorming door een tandarts		Orthodontische behandelingen		Vroege orthodontische interventie	
		Gem	SD	Gem	SD	Gem	SD	Gem	SD	Gem	SD	Gem	SD
GESLACHT	Man	16,2	14,8	5,3	5,5	2,0	2,9	2,0	2,9	0,8	3,5	0,0	0,1
	Vrouw	17,1	14,1	6,0	5,9	2,2	3,0	2,2	3,0	0,9	4,0	0,0	0,1
LEEFTIJDGROEP	5-7	3,4	4,0	1,6	1,4	0,2	0,7	0,2	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
	8-11	7,1	7,9	2,8	2,7	1,3	2,7	1,3	2,7	0,1	0,3	0,1	0,3
	12-14	15,0	9,6	4,5	3,5	2,5	2,4	2,5	2,4	1,7	5,0	0,0	0,3
	15-24	22,0	14,7	3,8	3,3	3,2	3,0	3,2	3,0	6,7	8,6	-	-
	25-34	13,8	12,9	5,3	4,9	1,5	2,0	1,5	2,0	0,0	0,2	-	-
	35-44	15,4	12,3	6,3	5,3	1,6	2,3	1,6	2,3	-	-	-	-
	45-54	19,5	14,7	7,1	6,3	2,3	3,0	2,3	3,0	-	-	-	-
	55-64	19,3	15,9	6,8	6,7	2,3	3,3	2,2	3,3	-	-	-	-
	65-74	20,9	16,8	7,8	7,0	2,2	2,9	2,1	2,9	-	-	-	-
	≥75	16,9	14,8	6,0	6,8	2,5	4,1	2,4	4,1	-	-	-	-
GEWEST	Vlaams Gewest	17,4	14,7	6,0	5,7	2,1	3,0	2,0	3,0	0,9	4,0	0,0	0,1
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	17,4	15,9	6,4	6,2	2,2	2,8	2,2	2,8	0,8	3,0	0,0	0,2
	Waals Gewest	15,2	13,4	4,8	5,5	2,1	2,9	2,1	2,9	0,8	3,5	0,0	0,0
DENTITIE	Dentaat* ≥35	19,1	14,9	7,1	6,4	2,2	3,2	2,2	3,2	0,0	0,0	-	-
	Edentaat ≥35	3,2	7,8	0,3	1,5	0,2	1,2	0,2	1,2	0,0	0,0	-	-
OPLEIDINGS-NIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	10,0	9,5	2,6	4,2	1,0	1,4	1,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0
	Lager secundair onderwijs	16,7	16,4	5,3	6,0	1,5	2,5	1,5	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0
	Hoger secundair onderwijs	17,9	14,3	6,5	5,9	1,9	2,9	1,9	2,9	0,1	1,4	0,0	0,0
	Hoger onderwijs	18,5	14,6	7,6	6,4	2,3	3,1	2,3	3,1	0,0	0,1	0,0	0,0
SOCIALE STATUS VT	Nee	16,7	14,1	5,9	5,8	2,1	3,0	2,1	3,0	0,9	3,9	0,0	0,1
	Ja	16,9	16,0	4,4	5,0	1,9	2,5	1,9	2,5	0,8	3,1	0,0	0,0
TOTAAL		16,7	14,4	5,7	5,7	2,1	2,9	2,1	2,9	0,9	3,8	0,0	0,1

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022. N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemer met minstens één natuurlijke tand.
Resultaten dienen met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd indien het aantal deelnemers lager is dan 100.

6.9.2. Gebruik van algemene gezondheidszorg

Tabel 6.52 beschrijft gegevens over consultaties bij artsen op basis van geregistreerde zorgconsumptie. Een specifieke set van geattesteerde zorg werd gebruikt om profielen omtrent medische zorgconsumptie samen te stellen, gecategoriseerd als volgt: “regelmatische contacten” (minimaal drie bezoeken aan huisarts of specialist, exclusief spoedbezoeken, in drie verschillende jaren over een periode van vijf jaar), “onregelmatische contacten” (minimaal één contact tijdens de periode van vijf jaar) en “geen contact” (geen geregistreerde consultatie gedurende een periode van vijf jaar).

De meerderheid van de Belgische bevolking (82,8%) had regelmatige contacten met een huisarts of specialist tijdens de periode 2018-2022, terwijl 7,2% geen geregistreerde bezoeken had in deze periode. Iets meer vrouwen (84,1%) dan mannen (81,5%) hadden regelmatige contacten met een arts. Ook onregelmatige bezoeken waren iets frequenter bij vrouwelijke deelnemers (10,6%) vergeleken met mannen (9,4%). Regelmatige bezoeken waren het minst frequent in de jongste groep deelnemers van 5-7 jaar en het meest frequent in de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder. Bovendien waren onregelmatige bezoeken het meest frequent bij kinderen van 5-7 jaar (31,1%). Regelmatige medische bezoeken werden vaker gerapporteerd door inwoners van het Vlaams Gewest (90,4%) dan door die van het Waals Gewest (75,8%) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (60,1%). Vergelijkbare niveaus van regelmatige bezoeken aan een arts werden waargenomen bij dentate (86,2%) en edentate deelnemers (83,5%). Onregelmatige bezoeken waren echter frequenter bij edentate deelnemers (12,8%) dan bij dentate deelnemers (9,0%). De hoogste frequentie van regelmatige bezoeken aan een arts werd vastgesteld bij deelnemers met alleen lager onderwijs of zonder diploma (92,7%). Daarentegen was de frequentie van onregelmatige bezoeken het hoogst bij deelnemers met hoger onderwijs. Ten slotte rapporteerden deelnemers met een VT-statuuat minder frequent regelmatige bezoeken (77,5%) dan deelnemers zonder dit statuut (83,9%).

Tabel 6.52 Consultaties bij een arts gedurende de 5-jarige-periode (2018-2022)² op basis van geregistreeerde zorgconsumptie (N= 1.382), OHDRES 2023-2024, België (N= 1.724 en N= 1.382)

		Regelmatig contact**		Onregelmatig contact (minstens 1)		Geen contact	
		N	%	N	%	%	%
GESLACHT	Man	581	81,5	58	9,4	29	9,1
	Vrouw	639	84,1	52	10,6	23	5,3
LEEFTIJD- GROEP	5-7	23	61,1	5	31,1	1	7,8
	8-11	49	83,7	6	9,6	2	6,8
	12-14	43	75,7	5	14,7	3	9,6
	15-24	112	80,0	8	6,5	5	13,5
	25-34	108	78,7	13	9,4	6	11,9
	35-44	143	79,3	14	12,5	8	8,2
	45-54	193	85,5	19	9,8	7	4,7
	55-64	207	87,3	19	7,7	11	5,0
	65-74	212	89,8	14	7,1	7	3,2
	≥75	130	90,6	7	8,1	2	1,3
GEWEST	Vlaams Gewest	880	90,4	63	7,9	16	1,7
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	50	60,1	9	13,7	11	26,3
	Waals Gewest	290	75,8	38	12,8	25	11,4
DENTITIE	Dentaat* ≥35	847	86,2	69	9,0	33	4,8
	Edentaat ≥35	38	83,5	4	12,8	2	3,7
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	33	92,7	3	7,3	0	0,0
	Lager secundair onderwijs	118	91,5	6	7,6	1	0,8
	Hoger secundair onderwijs	299	83,7	19	7,8	11	8,6
	Hoger onderwijs	395	86,1	40	10,2	16	3,7
SOCIALE STATUS VT	Nee	1.048	83,9	99	10,5	40	5,6
	Ja	171	77,5	11	7,7	11	14,8
TOTAAL		1.220	82,8	110	10,0	52	7,2

Bron: HIS 2023-2024 en IMA 2018-2022. N = aantal deelnemers; % = percentage;

*deelnemer met minstens één natuurlijke tand; **minstens drie contacten in 3 verschillende jaren.

Resultaten moeten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden indien het aantal deelnemers lager is dan 100.

7. VERGELIJKING VAN RESULTATEN OHDRES 2023-2024 MET EERDERE OHDRES-ONDERZOEKEN

Dit hoofdstuk beschrijft, vergelijkt en bespreekt trends in mondgezondheid en mondgezondheidsgerelateerd gedrag van de Belgische bevolking, zoals geregistreerd tijdens de verschillende mondgezondheidsenquêtes van 2008-2010, 2012-2014 en 2023-2024. Hoewel voor de meeste mondgezondheidsindicatoren niet verwacht wordt dat er op korte termijn grote verschuivingen zullen optreden, blijft het belangrijk om de impact van maatschappelijke veranderingen, beleidsaanpassingen en initiatieven ter bevordering van de mondgezondheid op regelmatige basis op te volgen.

Om de verkregen informatie te interpreteren, is het belangrijk om enkele specifieke aspecten van de verschillende onderzoeken te belichten.

- Een eerste gegevensregistratie over mondgezondheid werd uitgevoerd in België in de periode 2008-2010, aangeduid als de OHDRES 2008-2010. Deze eerste gegevensverzamelingsronde bestond uit gegevens verzameld op basis van een mondonderzoek, gegevens verkregen via vragenlijsten aan de deelnemers en gegevens met betrekking tot gezondheidszorgconsumptie verkregen vanuit het IMA, maar zonder een koppeling met gegevens uit de nationale Gezondheidsenquête (HIS). Een gedetailleerd verslag van de OHDRES 2008-2010 kan worden geraadpleegd via de website van het RIZIV: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport_mondgezondheid_2011.pdf
- Een volgende dataverzameling werd opgestart in de periode van 2012 tot 2014. Voor deze enquête werd een koppeling op individueel niveau gerealiseerd met de gegevens van de nationale gezondheidsenquête (HIS 2013). Het verzamelen van gegevens over mondgezondheid in combinatie met algemene gezondheidsgegevens biedt een aanzienlijke toegevoegde waarde. Het online rapport van de OHDRES 2012-2014 kan geraadpleegd worden via de website van het RIZIV en bundelt de gebruikte methoden en beschrijft de resultaten van het OHDRES 2012-2014 project: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport_mondgezondheid_2012_2014.pdf
- Na een onderbreking van 10 jaar vond een volgende gegevensverzameling over mondgezondheid plaats, namelijk het OHDRES 2023-2024 project, het onderwerp van dit rapport. OHDRES 2023-2024 koppelt informatie verzameld door middel van persoonlijke interviews als onderdeel van het nationale gezondheidsonderzoek 2023-2024, met gegevens over mondgezondheid verkregen door klinisch onderzoek en geselecteerde gegevens over zorgconsumptie, op individueel niveau. Voor meer informatie over de methodologische aspecten en gedetailleerde resultaten verwijzen we naar de verschillende hoofdstukken in dit rapport.

De vergelijking tussen de verschillende onderzoeken werd gebaseerd op steekproeven van 2.755 deelnemers in OHDRES 2008-2010, 1.875 deelnemers in OHDRES 2012-2014 en 1.724 (data van het mondonderzoek) / 1382 (gekoppelde databank: data van mondonderzoek, interviewgegevens en gegevens zorgconsumptie) deelnemers in OHDRES 2023-2024.

In dit deel worden de volgende variabelen beschreven en vergeleken: geselecteerde achtergrondkenmerken van de deelnemers, gerapporteerde mondhygiënegewoonten (poetsfrequentie, interdentale reiniging), niveau van mondhygiëne (plaque-index), parodontale status (DPSI), gebitsstatus (DMFT-score, aantal cariësvrije deelnemers, gebitsslijtage, blootliggende worteloppervlakken, aantal blijvende tanden, dragen van uitneembare prothesen, tandenloosheid en aanwezigheid van functionele occlusie, prothetische voorzieningen), aanwezigheid van mondgezondheidsklachten en tandartsbezoek. Voor een gedetailleerde uitleg van de verschillende variabelen verwijzen we naar de respectievelijke hoofdstukken.

Het is belangrijk om in gedachten te houden dat alle resultaten gewogen werden om de representativiteit van de resultaten voor de algemene Belgische bevolking te maximaliseren. Verder is het ook belangrijk om erop te wijzen dat de datasets (samengevoegde gegevens) van de vorige dataverzamelingen niet langer beschikbaar zijn. De toegang tot de gegevens was beperkt in de tijd, zoals opgelegd door het Informatiebeveiligingscomité. Daarom konden alleen ruwe vergelijkingen van gemiddelden ($\pm$ SD, indien beschikbaar) of aantallen worden uitgevoerd.

7.1. Socio-demografische gegevens

In tabel 7.1 worden de socio-demografische kenmerken van de verschillende steekproeven weergegeven volgens geslacht, leeftijdsgroep, regio en hoogst behaalde opleidingsniveau.

Tabel 7.1. Socio-demografische kenmerken van deelnemers aan verschillende OHDRES-onderzoeken, OHDRES 2008-2010 (N= 2.755), OHDRES 2012-2014 (N= 1.875) en OHDRES 2023-2024 (N= 1.724 en N= 1.382), België

Socio-demografische kenmerken		OHDRES 2008-2010		OHDRES 2012-2014		OHDRES 2023-2024	
		N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	1.295#	47	949#	50,6	826	49,7
	Vrouw	1.460#	53	926#	49,4	898	50,3
LEEFTIJDSGROEP	5-7	-	-	-	-	35	2,9
	8-11	71	2,7	59	3,9	-	-
	12-14	-	-	-	-	78	7,0
	15-24	95	3,6	91	7,2	73	6,0
	25-34	290	11,7	91	10,4	153	11,9
	35-44	222	13,1	284	13,5	161	12,4
	45-54	389	16,3	330	16,3	231	13,4
	55-64	437	15,3	294	16,5	274	13,3
	65-74	433	13,5	247	12,4	294	13,6
	≥75	329	9,8	177	7,9	271	10,3
		359	8,9	104	4,6	154	9,2
GEWEST	Vlaams Gewest	1.669	59,2	731	39,0	1.120	59,5
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	147	14,8	521	27,8	128	10,9
	Waals Gewest	939	26,0	623	33,2	476	29,6
TOTAAL						1.724	100,0
OPLEIDINGSNIVEAU*	Lager onderwijs/ geen diploma	390	13,7	155	10,1	36	3,8
	Lager secundair onderwijs	436	16,3	226	16,2	125	11,7
	Hoger secundair onderwijs	610	28,3	455	35,5	329	34,4
	Hoger onderwijs	664	41,7	554	39,2	451	50,1
TOTAAL		2.755	100,0	1.875	100,0	1.382	100,0

Bron: OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 en OHDRES 2023-2024; N = aantal deelnemers; % = percentage;
 #data berekend uit de percentages, geen ruwe data meer beschikbaar, *opleidingsniveau: alleen ≥ 25-jarigen voor
 OHDRES 2008-2010 en 2012-2014, alleen niet-studenten voor OHDRES 2023-2024;
 Resultaten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd als het aantal deelnemers lager is dan 100.

De steekproef kwam beter overeen met de samenstelling van de Belgische bevolking in de OHDRES 2012-2014 enquête, in vergelijking met de huidige steekproef (voor meer details zie ook hoofdstuk 6, sectie 6.3).

Over het algemeen waren mannen en vrouwen goed vertegenwoordigd in alle drie de OHDRES-onderzoeken. Wat leeftijdsgroepen betreft, was het aantal deelnemers van 25 jaar en ouder in alle OHDRES-onderzoeken voldoende, en tot op zekere hoogte het aantal deelnemers in de leeftijdsgroep 15-24 jaar. Het aantal kinderen van 14 jaar en jonger lag echter in alle OHDRES-onderzoeken onder de drempel van 100 personen. Dit is een beperking waarmee rekening moet worden gehouden bij de interpretatie van de resultaten van deze enquêtes. Wat betreft de gewesten was het Brussels Hoofdstedelijk Gewest oververtegenwoordigd (OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014) of goed vertegenwoordigd (OHDRES 2023-2024). Het Vlaams Gewest was ondervertegenwoordigd in de OHDRES 2012-2014, terwijl het Waals Gewest ondervertegenwoordigd was in de OHDRES 2008-2010. In de OHDRES 2023-2024 enquête is het aantal deelnemers in verhouding tot hun opleidingsniveau klein voor degenen met een lagere school opleiding of zonder diploma.

7.2. Mondhygiëne en mondhygiënegewoonten

Met betrekking tot mondhygiëne werden gegevens over gerapporteerde **poetsfrequentie** en interdentale reiniging vergeleken (tabellen 7.2a en 7.2b). Opgemerkt moet worden dat wat betreft de gerapporteerde poetsfrequentie in de OHDRES 2008-2010 geen onderscheid werd gemaakt tussen het poetsen van natuurlijke tanden of een gebitsprothese, terwijl in de OHDRES 2012-2014 en de huidige enquête specifiek werd gevraagd naar de poetsfrequentie van natuurlijke tanden. Het percentage deelnemers dat aangaf tweemaal daags of vaker te poetsen, steeg van 50,4% in de OHDRES 2008-2010-enquête naar 53,0% in de OHDRES 2012-2014-enquête en 60,2% in de OHDRES 2023-2024-enquête. Vrouwen geven in alle onderzoeken vaker aan tweemaal daags te poetsen dan mannen. De toename in poetsfrequentie wordt gezien in alle leeftijdsgroepen.

Interdentaal reinigen, wat het gebruik van flosdraad, interdentale ragers en/of tandenstokers inhoudt, werd gerapporteerd door 46% van de deelnemers van 25 jaar en ouder in de OHDRES 2012-2014, wat nauwelijks 1% minder is dan in de OHDRES 2008-2010. In de OHDRES 2008-2010 gaf 48% van de mannen aan regelmatig interdentaal te reinigen, vergeleken met 38% in de OHDRES 2012-2014. Voor vrouwen was dit respectievelijk 54% en 51%. In de huidige cohorte gaf 51,8% aan enige vorm van interdentale reiniging toe te passen, waarvan 8,2% tweemaal daags. De frequentie van dagelijkse interdentale reiniging bij vrouwen was 32,0%, wat hoger is dan bij mannen (19,1%). Opgemerkt moet worden dat de gegevens van de OHDRES 2023-24 werden verkregen door de HIS-interviewers in plaats van door de tandarts-onderzoekers (zoals het geval was in de eerdere onderzoeken); dit kan de resultaten hebben beïnvloed.

De **mondhygiëne** van de deelnemers werd klinisch beoordeeld aan de hand van de hoeveelheid aanwezige tandplaque en dit volgens de criteria die eerder in dit verslag werden beschreven (hoofdstuk 6) (tabel 7.3). Langetermijntrends werden beoordeeld op basis van de geaggregeerde percentages van minstens eenmaal daags poetsen versus zelden of nooit. Het percentage personen met goede tot acceptabele zelfgerapporteerde mondhygiënegewoonten nam toe (significante correlatie $r^2=0,996$, $p=0,042$). Wanneer gekeken werd naar de klinisch beoordeelde plaque hoeveelheden (PI), gebaseerd op gemiddelde $\pm$ SD van de totale groepen, werd een dergelijke trend niet waargenomen.

Tabel 7.2a. Frequentie van tandenpoetsen gerapporteerd door dentate deelnemers van 5 jaar en ouder in verschillende OHDRES onderzoeken, OHDRES 2008-2010# (N= 2.755), OHDRES 2012-2014 (N= 1.757) en OHDRES 2023-2024 (N= 1.079), België

Poetsfrequentie (deel 1)		Twee keer per dag of meer						Eenmaal daags					
		2008-2010#		2012-2014		2023-2024		2008-2010#		2012-2014		2023-2024	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	287	47,9	388	43,0	246	52,9	578	44,9	377	45,9	226	41,1
	Vrouw	496	56,0	569	63,4	374	67,2	777	56,3	282	33,7	188	32,1
LEEFTIJD- GROEP	5-7	30	51,6	30	46,7	13	55,4	38	46,8	27	51,3	9	44,6
	8-11	-	-	-	-	25	60,0	-	-	-	-	17	37,2
	12-14	46	44,3	54	61,2	21	52,2	38	49,6	31	35,2	14	46,6
	15-24	145	43,6	98	45,3	61	60,4	122	48,6	76	49,6	35	37,3
	25-34	110	51,0	159	61,0	68	70,3	98	40,8	94	32,4	34	25,0
	35-44	188	59,5	180	52,1	84	62,6	170	37,6	113	38,5	47	34,8
	45-54	206	58,7	173	61,4	105	62,5	189	35,6	90	34,1	65	33,0
	55-64	196	47,3	118	46,8	101	54,7	194	40,3	90	40,7	83	42,9
	65-74	138	42,5	70	46,8	93	54,8	132	41,6	64	43,3	77	41,3
	≥75	119	44,4	37	50,5	49	58,1	151	41,5	33	44,4	33	35,5
GEWEST	Vlaams Gewest	740	47,5	342	53,2	465	58,1	758	45,1	282	39,9	314	37,5
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	84	58,7	324	68,9	43	81,0	53	32,6	133	25,6	14	18,2
	Waals Gewest	428	52,5	291	47,5	112	56,4	365	34,8	244	44,7	86	41,8
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	98	42,1	65	41,5	14	63,4	97	41,1	37	37,6	11	31,3
	Lager secundair onderwijs	140	47,3	96	42,5	52	48,3	144	45,7	84	43,9	46	45,6
	Hoger secundair onderwijs	238	48,5	240	51,2	161	55,0	212	41,0	177	41,9	131	39,5
	Hoger onderwijs	288	58,9	338	63,9	272	66,6	276	36,3	179	31,0	154	31,2
TOTAAL		1.252	50,4	957	53,0	620	60,2	1.176	40,5	659	39,9	414	36,5

Bron: OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 en OHDRES 2023-2024; N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemer met ten minste één natuurlijk gebitslement:

#in OHDRES 2008-2010 werden ook deelnemers met een gebitsprothese meegenomen.

Resultaten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd als het aantal deelnemers kleiner is dan 100.

Tabel 7.2b. Frequentie van tandenpoetsen gerapporteerd door dentate deelnemers van 5 jaar en ouder in verschillende OHDRES onderzoeken, OHDRES 2008-2010# (N= 2.755), OHDRES 2012-2014 (N= 1.757) en OHDRES 2023-2024 (N= 1.079), België

Poetsfrequentie (deel 2)		Minder dan één keer per dag						Nooit					
		2008-2010#		2012-2014		2023-2024		2008-2010#		2012-2014		2023-2024	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	130	7,7	71	8,4	36	5,6	55	2,9	15	2,0	4	0,4
	Vrouw	50	3,7	37	2,5	5	0,7	45	2,9	7	0,2	0	0,0
LEEFTIJD- GROEP	5-7	2	1,6	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	8-11	-	-	-	-	2	1,7	-	-	-	-	1	1,2
	12-14	7	5,3	4	3,6	1	1,2	1	0,3	0	0,0	0	0,0
	15-24	18	5,5	16	4,7	2	2,3	3	1,2	1	0,1	0	0,0
	25-34	11	7,2	15	5,2	5	4,7	1	0,4	4	0,6	0	0,0
	35-44	23	3,8	24	6,8	5	2,7	3	0,3	5	2,5	0	0,0
	45-54	29	4,6	13	3,3	8	4,5	8	1,0	2	1,1	0	0,0
	55-64	29	4,7	10	9,2	5	2,2	11	7,1	3	2,2	1	0,3
	65-74	30	8,5	13	8,1	6	3,1	20	4,2	4	1,5	2	0,8
	≥75	26	5,9	5	4,4	7	6,4	52	12,7	3	0,7	0	0,0
GEWEST	Vlaams Gewest	100	4,7	41	5,8	35	4,1	42	2,3	9	0,9	4	0,3
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	6	7,5	27	3,9	2	0,8	1	0,6	7	1,2	0	0,0
	Waals Gewest	74	6,4	40	5,6	4	1,8	57	5,5	9	1,6	0	0,0
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	22	9,0	18	12,4	1	4,2	25	7,6	8	7,3	1	1,2
	Lager secundair onderwijs	33	5,8	19	8,5	7	5,6	9	1,2	6	3,5	1	0,5
	Hoger secundair onderwijs	40	9,6	29	5,4	18	5,5	6	1,0	7	1,1	0	0,0
	Hoger onderwijs	24	2,2	22	4,9	10	2,1	1	2,6	0	0,0	1	0,1
TOTAAL	Dentaat*#	180	5,6	108	5,5	41	3,1	100	2,9	22	1,1	4	0,2

Bron: OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 en OHDRES 2023-2024; N = aantal deelnemers; % = percentage; * deelnemer met ten minste één natuurlijk gebitselement; #in OHDRES 2008-2010 werden ook deelnemers met een gebitsprothese meegenomen.

Resultaten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd als het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 7.3. Plaque-index bij dentate deelnemers van 5 jaar en ouder in verschillende OHDRES-onderzoeken, OHDRES 2008-2010 (N= 2.472), OHDRES 2012-2014 (N= 1.740) en OHDRES 2023-2024 (N= 1.659 en N= 1.324), België

Plaque Index		OHDRES 2008-2010		OHDRES 2012-2014		OHDRES 2023-2024	
		Gem	SD	Gem	SD	Gem	SD
GESLACHT	Man	0,7	0,8	0,8	0,9	0,8	0,7
	Vrouw	0,6	0,7	0,67	0,7	0,7	0,7
LEEFTIJD- GROEP	5-7	0,3	0,6	0,6	0,7	0,5	0,6
	8-11	-	-	-	-	0,8	0,7
	12-14	0,5	0,5	0,4	0,6	0,8	0,7
	15-24	0,4	0,6	0,6	0,7	0,6	0,7
	25-34	0,6	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7
	35-44	0,6	0,7	0,7	0,9	0,6	0,6
	45-54	0,7	0,7	0,7	0,8	0,6	0,7
	55-64	0,7	0,7	0,8	0,9	0,7	0,7
	65-74	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8
	≥75	1,4	0,9	0,7	0,8	1,2	0,9
GEWEST	Vlaams Gewest	0,6	0,8	0,6	0,7	0,7	0,8
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,7
	Waals Gewest	0,8	0,7	1,0	0,9	0,7	0,7
TOTAAL	Dentaat*					0,7	0,7
OPLEIDINGS- NIVEAU**	Lager onderwijs/geen diploma	0,7	0,8	1,2	1,0	0,9	0,8
	Lager secundair onderwijs	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0	0,9
	Hoger secundair onderwijs	0,7	0,7	0,9	0,8	0,8	0,8
	Hoger onderwijs	0,6	0,6	0,5	0,7	0,6	0,6
TOTAAL	Dentaat*	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7

Bron: OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 en OHDRES 2023-2024; N = aantal deelnemers; SD = standaard deviatie;

* deelnemer met ten minste één natuurlijk gebitselement;

**opleiding: alleen ≥ 25-jarigen voor OHDRES 2008-2010 en 2012-2014, alleen niet-studenten voor OHDRES 2023-2024.

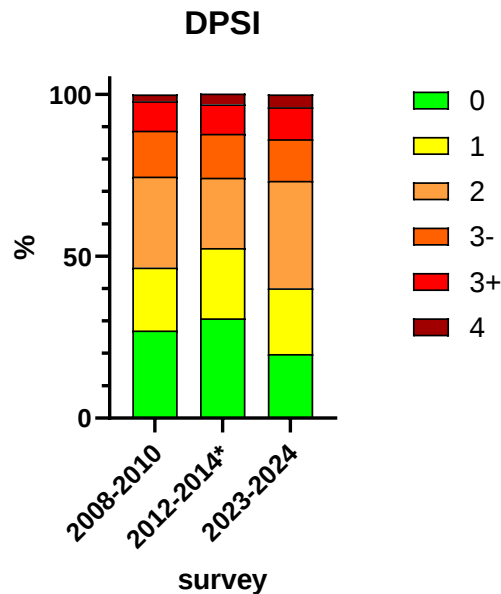
Resultaten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd als het aantal deelnemers lager is dan 100.

In tegenstelling tot de gerapporteerde mondhygiënegewoonten evolueerde de plaque-index niet significant tussen de verschillende onderzoeken, zoals blijkt uit tabel 7.3. Alle datasets laten een gradiënt zien volgens opleidingsniveau. In het huidige onderzoek is het verschil tussen leeftijdsgroepen minder opvallend dan in de voorgaande onderzoeken, evenals het verschil tussen gewesten.

7.3. Parodontale status

De parodontale status van de deelnemers werd beoordeeld op basis van de verdeling van de hoogst geregistreerde **DPSI** in de mond en dit volgens de criteria beschreven in hoofdstuk 6. Figuur 7.1 toont de resultaten voor de verschillende onderzoeksjaren.

Uit een vergelijking met de vorige gegevensverzamelingsrondes blijkt dat de situatie voor de OHDRES 2023-2024 niet veel veranderd is ten opzichte van de OHDRES 2008-2010 enquête. Voor de OHDRES 2012-2014 toont het histogram hogere frequenties bij categorie 0. Aangezien de oorspronkelijke gegevens van eerdere onderzoeken niet meer beschikbaar zijn, kon echter geen statistische analyse worden uitgevoerd.



Figuur 7.1: Verdeling van hoogste DPSI-score per dentate deelnemer van 15 jaar en ouder in verschillende OHDRES-onderzoeken; OHDRES 2008-2010 (N= 2.306), OHDRES 2012-2014 (N= 1.343) en OHDRES 2023-2024 (N= 1.488 en N= 1.200), België; alleen dentate deelnemers; * = percentage van niet-ontbrekende gegevens, herrekend omdat oorspronkelijke database niet meer beschikbaar is.

7.4. Gebitsstatus

De gebitsstatus van de deelnemers werd beoordeeld op basis van het aantal cariësvrije deelnemers en de gemiddelde **DMFT-scores**, bepaald volgens de criteria beschreven door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Voor meer details verwijzen we naar hoofdstuk 5.

De gemiddelde DMFT-scores weerspiegelen de aanwezigheid van cariës of de gevolgen daarvan in de blijvende gebitselementen (tabel 7.4). In het algemeen daalde de gemiddelde DMFT-score van 10,4 ($\pm 8,4$) in het OHDRES-onderzoek van 2008-2010 naar 9,6 ($\pm 8,1$) in het OHDRES-onderzoek van 2012-2014 en 8,3 ($\pm 7,2$) in het meest recente onderzoek. De hoge DMFT-scores in oudere leeftijdsgroepen daalden ook. Deelnemers van 45 jaar en ouder vertoonden een geleidelijke afname in DMFT score tussen de drie onderzoeken, wat duidt op een neerwaartse trend. Een dalende trend werd ook vastgesteld in het Vlaamse Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De gradiënt volgens opleidingsniveau blijft aanzienlijk in alle cohorten.

Zoals in vorige onderzoeken was de belangrijkste component van de DMFT-index de F-component, die het aantal gerestaureerde tanden weergeeft. In oudere leeftijdsgroepen (boven 55 jaar) stijgt de M-component aanzienlijk. De veranderingen in de D-component bleven ruim binnen de grenzen van de variabiliteit en schommelden rond 1,0.

De aanwezigheid van onbehandelde cariëslaesies en het aandeel volledig **cariësvrije** personen zijn relevantere indicatoren voor de algemene mondgezondheid. Over de verschillende onderzoeksjaren was er een globale toename van cariësvrije personen (tabel 7.5), van 11,1% in de OHDRES-enquête 2008-2010 tot 18,1% in OHDRES 2023-2024; dit leverde echter geen significante regressieanalyse op ($r^2=0,95$, $p=0,15$).

Tabel 7.4. DMFT-index bij dentate deelnemers van 5/12 jaar en ouder in verschillende OHDRES-onderzoeken, OHDRES 2008-2010 (N= 2.472), OHDRES 2012-2014 (N= 1.820) en OHDRES 2023-2024# (N= 1.573 en N= 1.262), België

DMFT-index		OHDRES 2008-2010		OHDRES 2012-2014		OHDRES 2023-2024#	
		Gem	SD	Gem	SD	Gem	SD
GESLACHT	Man	9,6	8,2	9,2	7,8	8,3	7,1
	Vrouw	11,1	8,5	9,9	8,3	8,8	7,3
LEEFTIJD- GROEP	5-7	0,3	0,9	0,3	0,7	-	-
	12-14	1,3	0,3	0,7	1,8	1,5	2,9
	15-24	3,7	4,8	3,2	3,7	2,4	3,6
	25-34	6,6	5,9	6,5	4,7	5,4	5,1
	35-44	10,3	6,0	10,4	6,2	8,0	5,8
	45-54	12,6	6,5	13,9	6,1	10,1	6,1
	55-64	14,7	7,1	16,5	7,3	12,8	6,5
	65-74	17,3	7,5	15,4	7,3	13,7	7,1
	≥75	19,3	8,1	16,8	8,2	12,9	7,7
GEWEST	Vlaams Gewest	11,3	8,7	9,8	8,0	8,9	7,2
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	8,0	8,0	7,9	7,5	7,4	6,7
	Waals Gewest	9,8	7,6	9,7	8,3	8,3	7,2
TOTAAL	Dentaat*					8,6	7,2
OPLEIDINGS- NIVEAU**	Lager onderwijs/geen diploma	15,8	8,4	15,4	9,4	12,7	7,0
	Lager secundair onderwijs	12,9	7,8	14,8	7,2	10,9	7,2
	Hoger secundair onderwijs	13,9	6,2	12,0	7,1	10,7	6,9
	Hoger onderwijs	11,8	5,8	10,0	6,7	9,2	6,5
TOTAAL	Dentaat*	10,4	8,4	9,6	8,1	8,7	7,2

Bron: OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 en OHDRES 2023-2024; N= aantal, SD = standaarddeviatie;
 *deelnemer met ten minste één natuurlijk gebitselement; #12 jaar en ouder; **opleiding: alleen ≥ 35-jarigen voor
 OHDRES 2008-2010, ≥25-jarigen voor OHDRES 2012-2014, niet-studenten voor OHDRES 2023-2024.
 Resultaten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd als het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 7.5. Frequentie van dentate cariësvrije deelnemers van 5 jaar en ouder (d.w.z. vrij van onbehandelde cariëslaesies, ontbrekende en gevulde tanden (dmft/DMFT-score = 0) in verschillende OHDRES-onderzoeken, OHDRES 2008-2010 (N= 2.472), OHDRES 2012-2014 (N= 1.820) en OHDRES 2023-2024 (N= 1.686 en N= 1.348), België

Cariësvrij		OHDRES 2008-2010		OHDRES 2012-2014		OHDRES 2023-2024	
		N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	122	11,9	102	14,5	130	19,6
	Vrouw	136	10,5	113	14,9	113	16,6
LEEFTIJD- GROEP	5-7	41	64,4	27	37,5	19	43,4
	8-11	-	-	-	-	46	50,7
	12-14	41	48,5	47	70,8	45	61,3
	15-24	79	29,0	50	28,9	68	45,8
	25-34	15	9,8	28	9,8	27	12,0
	35-44	8	2,9	12	4,6	11	6,1
	45-54	6	0,7	13	2,4	11	6,0
	55-64	8	0,9	4	2,1	4	1,1
	65-74	2	0,5	3	1,5	6	2,1
	≥75	10	2,1	22	2,1	6	3,9
GEWEST	Vlaams Gewest	137	10,3	89	14,5	148	16,7
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	21	16,7	65	14,0	18	20,1
	Waals Gewest	100	9,8	61	15,3	77	20,2
TOTAAL	Dentaat*					243	18,1
OPLEIDINGS- NIVEAU**	Lager onderwijs/geen diploma	122	24,1	7	8,2	1	4,7
	Lager secundair onderwijs	43	8,5	8	1,5	6	5,1
	Hoger secundair onderwijs	45	7,5	18	3,7	12	4,8
	Hoger onderwijs	22	5,3	33	5,5	29	7,2
TOTAAL	Dentaat*	258	11,1	215	14,7	243	18,1

Bron: OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 en OHDRES 2023-2024; N = aantal deelnemers; % = percentage;
 *deelnemer met ten minste één natuurlijk gebitselement;
 **opleiding: alleen ≥ 25-jarigen voor OHDRES 2008-2010 en 2012-2014, alleen niet-studenten voor OHDRES 2023-2024
 Resultaten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd als het aantal deelnemers kleiner is dan 100.

Erosieve gebitsslijtage werd op een andere manier beoordeeld dan in eerdere onderzoeken. Wanneer echter de uitkomstvariabele 'elke vorm van verlies van hard weefsel', die werd geregistreerd in de OHDRES 2008-2010 en OHDRES 2023-2024, als een aanvaardbaar equivalent wordt beschouwd, kan een netto toename van de prevalentie worden waargenomen. In de vorige onderzoeken werd een gemiddelde prevalentie van respectievelijk 34,7% en 33,9% geregistreerd, terwijl in het huidige onderzoek 44,2% van de deelnemers tekenen van gebitsslijtage vertoonde. Het is belangrijk op te merken dat vroege tekenen van gebitsslijtage die zich beperkten tot het glazuuroppervlak in geen van de OHDRES edities werden geregistreerd. Tandslijtage werd alleen geregistreerd als er sprake was van blootliggend dentine. In alle 3 onderzoeken werd een leeftijdsgradiënt waargenomen, met de laagste prevalenties in de leeftijdsgroep 12-14 jaar (van 1,7% in OHDRES 2008-2010 naar 8,7% in OHDRES 2012-2014 tot 12,9% in het meest recente onderzoek) en de hoogste scores bij deelnemers van 75 jaar en ouder (respectievelijk 39,3%, 53,9% en 62,9%).

Het risico op erosieve tandslijtage werd in eerdere onderzoeken bepaald op basis van zelfgerapporteerde consumptie van dranken en voedingsmiddelen (zowel frequentie als tijdstip van consumptie). Een deelnemer liep een hoog risico op erosie als er tussen de maaltijden zure dranken en voedingsmiddelen werden genuttigd. In de meest recente enquête werd dit item om logistieke redenen op een andere manier geregistreerd en gecodeerd. Hoewel er informatie beschikbaar is over de consumptiefrequentie van frisdranken, werd het moment van consumptie niet geregistreerd. In de OHDRES 2023-2024 bedroeg de dagelijkse consumptie van frisdranken 18,5%, wat veel lager is dan het aantal dat in de OHDRES 2008-2010 werd geregistreerd (34,0%).

Het aantal tanden met **blootliggende wortels** en gecarieerde en gevulde worteloppervlakken werd geregistreerd tijdens het klinisch mondonderzoek bij deelnemers van 15 jaar en ouder. Het percentage deelnemers met blootliggende worteloppervlakken werd niet vermeld in het OHDRES 2008-2010 onderzoek en bedroeg 38,7% in het OHDRES 2012-2014 en 56,3% in het meest recente onderzoek. Bij 11,4% van de deelnemers aan de OHDRES 2012-2014 en 14,7% van de deelnemers aan de OHDRES 2023-2024 waren blootliggende worteloppervlakken met tekenen van cariës of vullingen aanwezig op het moment van het mondonderzoek. Beide gegevens laten een duidelijk stijgende trend zien.

Het gemiddelde aantal blootliggende tandwortels per individu bedroeg 1,9 ($\pm 3,3$) in het OHDRES 2008-2010 onderzoek, 1,9 ($\pm 3,4$) in het OHDRES 2012-2014 onderzoek en steeg naar 3,5 ($\pm 4,7$) in het meest recente onderzoek. Het langer behouden van natuurlijke tanden kan hier een reden voor zijn. Het gemiddelde aantal gaat echter gepaard met een hoge standaarddeviatie. Het gemiddelde aantal gecarieerde of gerestaureerde worteloppervlakken nam in eenzelfde verhouding toe (van 0,3 ($\pm 1,1$) in de OHDRES 2008-2010 en 0,3 ($\pm 1,0$) in de OHDRES 2012-2014 tot 0,5 ($\pm 1,5$) in de OHDRES 2023-2024).

Het gemiddelde **aantal aanwezige blijvende tanden** in de mond kan dienen als een indirecte indicator voor de algemene mondgezondheid. Hiertoe werd de volledige dentitie beschouwd als bestaande uit 32 tanden. Er werden geen opvallende veranderingen waargenomen tussen de drie datasets en dit voor de meerderheid van de vergeleken of beschikbare subgroepen (tabel 7.6). Het gemiddelde aantal blijvende tanden neemt in alle onderzoeksjaren af met toenemende leeftijd en neemt toe met het opleidingsniveau. Er moet echter worden opgemerkt dat in de opeenvolgende onderzoeksjaren verschillende leeftijdsgroepen werden gebruikt. Daarom moeten vergelijkingen met de nodige voorzichtigheid worden gemaakt.

Tabel 7.6. Gemiddeld aantal blijvende tanden bij deelnemers aan verschillende OHDRES-onderzoeken, OHDRES 2008-2010# (N= 2.016), OHDRES 2012-2014 (N= 1.875) en OHDRES 2023-2024# (N= 1.573 en N= 1.262), België

Gemiddeld aantal blijvende tanden		OHDRES 2008-2010#		OHDRES 2012-2014		OHDRES 2023-2024#	
		Gem	SD	Gem	SD	Gem	SD
GESLACHT	Man	22,8	7,5	22,8	8,5	25,1	7,0
	Vrouw	22,9	7,7	22,1	9,1	24,5	7,1
LEEFTIJD- GROEP	5-7	-	-	5,4	5,5	-	-
	12-14	-	-	25,0	5,1	26,5	3,7
	15-24	-	-	28,1	1,8	28,5	1,6
	25-34	28,7	2,9	28,5	3,5	28,0	3,9
	35-44	27,2	4,4	27,21	4,2	27,4	3,8
	45-54	24,5	5,7	24,0	6,8	26,8	4,5
	55-64	21,3	7,2	18,6	9,1	23,4	7,0
	65-74	18,7	8,5	16,5	9,5	20,1	8,5
	≥75	16,2	9,1	14,5	10,4	15,3	9,3
GEWEST	Vlaams Gewest	21,8	8,0	21,8	9,0	24,2	7,4
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	24,0	7,6	23,3	9,0	26,9	5,1
	Waals Gewest	24,2	6,5	23,5	8,3	25,4	6,8
TOTAAL						24,8	7,1
OPLEIDINGS- NIVEAU*	Lager onderwijs/geen diploma	16,1	9,5	15,7	10,4	15,8	10,4
	Lager secundair onderwijs	20,3	7,9	19,3	9,6	18,9	10,1
	Hoger secundair onderwijs	23,1	7,0	24,0	7,6	23,9	7,2
	Hoger onderwijs	25,7	6,5	26,0	5,9	26,0	5,9
TOTAAL		22,8	7,6	22,4	8,8	24,6	7,3

Bron: OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 en OHDRES 2023-2024; N= aantal, SD = standaarddeviatie;

#alleen 25 jaar en ouder opgenomen in OHDRES 2008-2010 & 12 jaar en ouder opgenomen in OHDRES 2023-2024;

**opleidingsniveau: alleen ≥ 25-jarigen voor OHDRES 2008-2010 en 2012-2014, alleen niet-studenten voor OHDRES 2023-2024.

Resultaten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd als het aantal deelnemers lager is dan 100.

7.5. Prothetische status en functionele occlusie

De aanwezigheid van een **uitneembare partiële prothese** werd voor alle deelnemers geregistreerd. Tabel 7.7 toont de verdeling volgens de geselecteerde achtergrondvariabelen in de relevante leeftijdsgroepen. Bij volwassenen van 25 jaar en ouder daalde het dragen van een (gedeeltelijke) uitneembare prothese van 19,9% naar 8,0% over de drie onderzoeken heen. Dit leverde een bijna significante regressielijn op ($r^2=0,992$, $p=0,056$).

Een ander opmerkelijk feit is dat de toepassing van implantaat-ondersteunde niet-uitneembare of uitneembare prothesen aanzienlijk is toegenomen, met 8,6% van de deelnemers aan de OHDRES 2023-24 die ten minste 1 implantaat hadden (gegevens niet weergegeven in tabel). Dit type behandeling wordt vooral gebruikt door het hoger opgeleide deel van de steekproef. Aangezien er geen gegevens werden verzameld in de OHDRES 2008-2010-enquête en de aantallen laag waren in de OHDRES 2012-2014 (2,9%), werd er geen verdere analyse uitgevoerd.

Tandenloosheid (zowel boven- als onderkaak) werd geregistreerd voor alle deelnemers van 35 jaar en ouder. Het percentage volledig edentate personen daalde van 7,6% in OHDRES 2008-2010 naar 4,0% in OHDRES 2012-2014 en bleef ongewijzigd in het meest recente onderzoek (3,9%). Het percentage edentate deelnemers in de leeftijdsgroep van 55-64 jaar nam aanzienlijk toe tussen de OHDRES 2008-2010 en 2012-2014 onderzoeken (van 6,0% naar 7,4%). In het OHDRES 2023-2024 onderzoek werden volledig edentate deelnemers voornamelijk aangetroffen in de leeftijdsgroep van 74 jaar en ouder (13,5%). Het aantal edentate volwassen deelnemers die geen volledige gebitsprothese droegen, blijft een minderheid met slechts 2 personen in de huidige steekproef.

Tabel 7.7. Aantal deelnemers van 15 jaar en ouder met ten minste één brug of uitneembare partiële prothese in verschillende OHDRES-onderzoeken, OHDRES 2008-2010 (N= 2.306), OHDRES 2012-2014 (N= 1.657) en OHDRES 2023-2024 (N= 1.488 en N= 1.245), België

Brug of partiële prothese		OHDRES 2008-2010				OHDRES 2012-2014				OHDRES 2023-2024			
		Brug		Partiële prothese		Brug		Partiële prothese		Brug		Partiële prothese	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	82	7,4	302	17,2	47	4,5	131	13,3	88	7,2	78	6,6
	Vrouw	142	13,6	463	22,2	61	6,9	178	17,5	108	10,2	88	8,7
LEEFTIJD- GROEP	15-24	0	0,0	1	0,2	2	0,1	1	0,2	0	0,0	0	0,0
	25-34	5	4,1	5	1,8	1	0,1	3	2,0	4	1,9	1	0,8
	35-44	24	6,2	18	5,1	8	2,3	16	3,3	12	5,4	10	4,1
	45-54	443	12,6	108	22,7	19	7,5	49	18,9	31	10,8	11	3,5
	55-64	75	27,1	178	30,7	32	14,5	96	41,4	52	15,1	32	11,0
	65-74	43	20,9	209	55,1	31	17,8	85	46,3	67	21,6	56	19,6
	≥75	33	17,8	246	61,6	14	15,2	58	49,6	30	22,4	56	32,6
GEWEST	Vlaams Gewest	130	9,1	498	23,6	47	6,9	146	18,0	132	9,2	108	8,6
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	12	9,4	23	15,6	28	4,6	58	10,7	17	7,4	11	4,0
	Waals Gewest	82	15,7	244	15,3	33	3,6	105	11,7	47	8,4	47	7,2
TOTAAL	Dentaat*									196	8,7	166	7,6
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	24	5,2	239	29,6	10	5,6	68	48,4	5	18,2	7	17,1
	Lager secundair onderwijs	45	15,8	205	33,1	17	6,3	74	30,3	14	9,1	27	20,3
	Hoger secundair onderwijs	60	10,6	190	19,0	30	6,7	103	10,7	52	12,3	47	12,4
	Hoger onderwijs	90	13,6	104	9,8	46	9,6	61	11,7	64	11,0	32	5,5
SOCIALE STATUS	WIGW	-	-	-	-	55	12,2	186	37,6	-	-	-	-
	OMNIO	-	-	-	-	2	0,5	8	8,3	-	-	-	-
	VT	-	-	-	-	-	-	-	-	17	6,4	31	12,0
TOTAAL	Dentaat*	224	10,9	765	19,9	108	5,7	309	15,3	159	8,3	142	8,0

Bron: OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 en OHDRES 2023-2024; N = aantal deelnemers; % = percentage; *deelnemer met ten minste één natuurlijk gebitselement;

*alleen ≥35 jaar ; * sociaal statuut: WIGW/OMNIO in OHDRES 2010-2012 en VT in OHDRES 2023-2024;

Resultaten met voorzichtigheid interpreteren als het aantal deelnemers lager is dan 100.

Tabel 7.8. Aantal deelnemers van 15 jaar en ouder met uitneembare volledige prothesen in één of twee kaken in verschillende OHDRES-onderzoeken, OHDRES 2008-2010 (N= 2.306), OHDRES 2012-2014 (N= 1.657) en OHDRES 2023-2024# (N= 1.224 en N= 993), België

Volledige gebitsprothese		OHDRES 2008-2010				OHDRES 2012-2014				OHDRES 2023-2024#			
		1 volledige prothese		2 volledige prothesen		1 volledige prothese		2 volledige prothesen		1 volledige prothese		2 volledige prothesen	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESLACHT	Man	202	10,7	104	5,6	63	5,8	32	2,8	59	8,2	26	3,8
	Vrouw	312	13,6	179	7,2	90	9,5	30	2,8	64	10,9	23	3,9
LEEFTIJD- GROEP	15-24	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-
	25-34	3	0,7	2	0,4	1	0,9	0	0,0	-	-	-	-
	35-44	6	2,2	3	0,3	4	0,8	2	0,6	2	0,6	0	0,0
	45-54	57	9,6	20	4,0	20	0,7	4	1,5	5	1,1	3	0,9
	55-64	97	17,8	36	6,0	47	21,7	20	6,9	22	7,9	7	2,1
	65-74	150	36,1	88	21,6	47	23,5	17	9,3	44	15,5	16	5,1
	≥75	196	46,5	134	30,0	33	32,3	18	16,8	50	30,5	23	14,8
GEWEST	Vlaams Gewest	350	15,5	196	8,3	71	7,2	29	2,3	93	12,0	36	4,9
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	12	7,4	6	3,7	26	6,4	7	2,9	3	3,0	1	0,8
	Waals Gewest	152	7,8	81	3,9	56	6,2	26	0,6	27	6,8	12	2,7
TOTAAL										123	9,6	49	3,8
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager onderwijs/geen diploma	195	23,7	112	21,8	34	29,5	13	10,9	13	42,1	8	23,2
	Lager secundair onderwijs	138	19,0	77	11,0	45	19,5	22	2,5	29	24,6	13	12,4
	Hoger secundair onderwijs	117	10,4	67	5,9	46	8,2	17	0,7	38	11,8	10	2,4
	Hoger onderwijs	43	3,6	17	1,2	26	3,8	9	2,8	14	3,3	6	1,7
SOCIALE STATUS	WIGW	-	-	-	-	103	21,8	44	9,3	-	-	-	-
	OMNIO	-	-	-	-	3	2,9	2	2,2	-	-	-	-
	VT	-	-	-	-	-	-	-	-	27	21,2	13	9,7
TOTAAL		514	11,3	283	6,5	153	7,6	62	2,8	110	10,6	43	4,1

Bron: OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 en OHDRES 2023-2024; N = aantal deelnemers; % = percentage;

* sociale status: WIGW/OMNIO in OHDRES 2010-2012 en VT in OHDRES 2023-2024; # alleen beschikbaar voor leeftijd 35 en ouder in OHDRES 2023-2024.

Resultaten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd als het aantal deelnemers lager is dan 100.

In dit rapport gebruikten we de volgende definitie voor functionele occlusie: deelnemers met ten minste 20 natuurlijke tanden (minimum 10 in de bovenkaak en minimum 10 in de onderkaak) en ten minste 2 functionele occlusale contacten aan elke kant (rechts en links). De percentages deelnemers van 25 jaar en ouder met een functionele occlusie zonder het dragen van een uitneembare prothese stegen van 68,5% (OHDRES 2008-2010), over 69,5% (OHDRES 2012-2014) naar 77,7% in het OHDRES 2023-2024 onderzoek; vanwege de beperkte mogelijkheden tot statistische analyse kon deze trend niet worden bevestigd door een regressieanalyse.

Het gemiddelde aantal functionele occlusale contacten steeg van 5,5 ($\pm 3,3$) (in de OHDRES 2008-2010 naar 5,8 ($\pm 3,2$) in de OHDRES 2012-2014 en 6,8 ($\pm 3,0$) in de OHDRES 2023-2024. Dit resulteerde in een bijna significante correlatiecoëfficiënt (0,993, $p = 0,053$).

7.6. Klachten met betrekking tot het aangezicht en de mondholte

Met behulp van de vragenlijst werd deelnemers gevraagd naar de aanwezigheid van pijn of ongemak ter hoogte van het aangezicht, de mond en/of tanden in de afgelopen 4 weken. Uit het OHDRES 2023-2024 onderzoek blijkt dat in totaal 34,3% van de deelnemers aangaf ten minste één mondgezondheidsgerelateerde klacht te hebben ervaren. Dit is minder dan in beide voorgaande onderzoeken. Het relatieve belang van de meest genoemde klachten was vrij constant: bloedend tandvlees stond op de eerste plaats, met een gerapporteerde prevalentie van 19,4% (tegenover 24,1% in de OHDRES 2008-2010 en 31,7% in de OHDRES 2012-2014 onderzoeken), op de tweede plaats kwam tandpijn bij warm/koud met 12,8% (15,3% in de OHDRES 2008-2010 en 21,7% in de OHDRES 2012-2014) en andere pijn of ongemak in de mond of het aangezicht (7,8%, zijnde 14,6% in de OHDRES 2008-2010 en 14,5% in de OHDRES 2012-2014). Daarnaast werd pijn in het kaakgewricht (temporomandibulaire gewricht) gerapporteerd door 6,2% van de deelnemers in de OHDRES 2023-2024, tegenover 13,2% in de OHDRES 2008-2010 en 10,5% in de OHDRES 2012-2014 enquête. Door het ontbreken van de volledige dataset van de eerdere onderzoeken is het moeilijk om deze trend met statistische tests te onderbouwen.

7.7. Tandartsbezoek

Regelmatig bezoek aan de tandarts werd gedefinieerd als het hebben van ten minste 3 geregistreerde contacten met een tandarts in 3 verschillende jaren in de afgelopen 5 jaar. Het percentage deelnemers dat regelmatig een tandarts bezocht was 56,4% in het OHDRES 2008-2010 onderzoek, 54,6% in het OHDRES 2012-2014 en 69,6% in het OHDRES 2023-2024, wat een sterke stijging laat zien in de afgelopen 10 jaar. Het percentage deelnemers met minimaal 1 contact in de referentieperiode van 5 jaar bedroeg 90,5% in de OHDRES 2008-2010, 80,3% in de OHDRES 2012-2014 en 91,0% in de OHDRES 2023-2024.

8. EVALUATIE EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk bundelen we de belangrijkste bevindingen met betrekking tot het verloop van het OHDRES 2023-2024 project met focus op hun mogelijke impact op de gerapporteerde resultaten en aanbevelingen voor toekomstige dataverzamelingen met betrekking tot de mondgezondheid van de Belgische bevolking.

8.1. Samenwerking met opdrachtgever

Het ICE voerde deze studie uit in samenwerking met Sciensano, die op zijn beurt deze dataverzameling met betrekking tot de mondgezondheid van de Belgische bevolking organiseerde in opdracht van het RIZIV. De studie vond plaats bij participanten die deelnamen aan de HIS 2023-2024.

Voorafgaand aan de start van het project werd daartoe een gedetailleerd protocol uitgewerkt in samenwerking met Sciensano. Daarbij werden de nodige afspraken gemaakt rond de opzet van de studie en de praktische organisatie ervan. Dit protocol vormde de leidraad voor het verdere verloop van het project.

Tijdens de volledige duur van het project werd op zeer regelmatige basis (tweewekelijks) online overlegd tussen het ICE en de wetenschappelijke equipe van Sciensano. Van al deze overlegmomenten werden verslagen opgesteld.

8.2. Uitdagingen en aanbevelingen

8.2.1. *Timing van het project*

De wachttijd die verliep tussen de goedkeuring van het OHDRES 2023-2024 project en het ondertekenen van de overeenkomst tussen Sciensano en het ICE had tot gevolg dat de rekrutering en aanwerving van het voorziene personeel aanzienlijke vertraging opliep. Dit compromitteerde een vlotte opstart van het project. Bij volgende dataverzamelingen dient dit item bijzondere aandacht te krijgen.

Deelnemers aan het OHDRES 2023-2024 project werden gerekruteerd onder de deelnemers aan de HIS 2023-2024, volgens het principe van rekrutering in tweede fase. Dit betekende in de praktijk dat de opstart van de dataverzameling en de progressie van aanmelding van participanten eenzelfde tempo volgde. De impact hiervan was aanzienlijk, vermits de rekrutering van deelnemers aan de HIS 2023-2024 moeizamer verliep dan aanvankelijk gedacht. Dit heeft uiteindelijk een invloed gehad op de looptijd van het project en de uiteindelijke steekproefgrootte die werd bereikt.

Toen de HIS 2023-2024 datacollectie van start ging, was het digitale platform waarmee het ICE het veldwerk diende in te plannen nog niet operationeel. Het implementeren van de benodigde digitale infrastructuur heeft enkele maanden in beslag genomen waardoor er voor de vroege HIS-deelnemers een lange periode zat tussen het interview en hun OHDRES-screening.

De procedure voor de aanvraag van de machtiging om een koppeling te maken met andere bestaande databases (HIS-gegevens, IMA gegevens) was omslachtig en werd daarom tijdig opgestart. Ook de benodigde tijd om de uiteindelijke koppeling te realiseren was aanzienlijk en onvoorspelbaar, wat een efficiënte planning bemoeilijkte. Het IMA kan hierbij de nodige ondersteuning bieden.

8.2.2. Organisatie en planning van het project

De planning van het hele project vereiste een feilloze afstemming tussen het werk dat verricht werd door de Statbel interviewers, de opvolging die gebeurde door Sciensano en de praktische contacten en opvolging door het ICE secretariaat. De daartoe ontwikkelde digitale applicatie liet slechts beperkte controles toe, was onvolledig en onvoldoende gebruiksvriendelijk. Dit betekende concreet dat heel wat aspecten afzonderlijk opgevolgd dienden te worden, wat een belangrijke investering van personeel vereiste en risico's inhield op (vermijdbare) fouten. Het samenbrengen van al deze processen in één enkele applicatie en voldoende tijd en ruimte om de tool grondig te testen, vormt een belangrijk aandachtspunt bij het overwegen van een volgende dataverzamelingsronde.

Voor de ontwikkeling van de online applicatie voor de training en kalibratie modules werd beroep gedaan op een externe partner. Het hele proces voor de ontwikkeling ervan was bijzonder tijdsintensief. Na de start van het project bleek er bovendien een aanzienlijke vertraging te zitten op de responsiviteit van de kalibratietool wanneer meerdere tandartsen gelijktijdig aangemeld waren. Een optimalisatie van deze toepassing dringt zich dan ook op.

8.2.3. Uitvoering van het veldwerk

Zoals hoger reeds aangehaald volgde de dataverzameling van de OHDRES 2023-2024 een zelfde tempo als de aanmelding van participanten aan de HIS 2023-2024. Vermits de rekrutering van deelnemers aan de HIS 2023-2024 moeizamer verliep dan aanvankelijk gedacht, had dit ook repercussies voor OHDRES 2023-2024. Dit heeft niet alleen een impact gehad op de looptijd van het project maar ook op de uiteindelijke steekproefgrootte die werd bereikt. De bereidwilligheid van HIS-participanten om ook deel te nemen aan de OHDRES 2023-2024 was vergelijkbaar met wat aanvankelijk werd vooropgesteld.

Bij het veldwerk werd het bovendien duidelijk dat de huidige werkdruk in de tandartspraktijken de bereidwilligheid van tandartsen om het mondonderzoek bij hun eigen patiënt uit te voeren in het gedrang bracht. Hetzelfde werd vastgesteld voor wat betreft het rekruteren van ICE-screeners en hun beschikbaarheid.

Ook de niet onbelangrijke tijdsinvestering die gevraagd werd om de instructies door te nemen, de training te doorlopen en de kalibratietest uit te voeren speelden hierbij een rol. Dit ondanks de gewaardeerde inspanningen van RIZIV en beroepsverenigingen om tandartsen te informeren en motiveren tot deelname. Zonder de voorziene koppeling van hun deelname aan de accrediteringsvoorwaarden voor algemene tandartsen, zou de participatie veel lager geweest zijn.

Bij een volgende dataverzamelingsronde dienen daarom alternatieven te worden overwogen. Het inschakelen van mondhygiënist voor de dataverzameling dient hierbij geëxploreerd te worden.

Het feit dat er noch een structuur noch een cultuur van 'public health' op het gebied van mondgezondheid bestaat in België maakt dat elke dataregistratie campagne weer van nul af moet beginnen, met de hierboven beschreven logistieke problemen tot gevolg.

8.2.4. Gehanteerde methodiek

In tegenstelling tot wat het geval was bij de vorige OHDRES studie maakte de bevraging van mondgezondheidsgerelateerd gedrag ditmaal integraal deel uit van het HIS 2023-2024 *face-to-face* interview, wat betekent dat dit dus werd uitgevoerd door de Statbel interviewers. Dit was een goede keuze, niet alleen omdat dit de opdracht voor de tandarts-onderzoekers aanzienlijk vereenvoudigde maar ook omdat dit betekent dat de gegevens op deze manier verzameld werden bij alle HIS 2023-2024 participanten, dus in een steekproef veel ruimer dan enkel het OHDRES 2023-2024 gedeelte.

De methodiek die gehanteerd werd voor het klinisch onderzoek garandeerde een maximale vergelijkbaarheid met voorgaande dataverzamelingen en ook met internationale rapporteringen. Uiteraard zijn er beperkingen inherent aan de geselecteerde indicatoren. Vermits er bijvoorbeeld geen beeldvorming werd benut bij de registratie van de aantastingsgraad betekent dit dat de resultaten een onderschatting vormen van de actuele situatie. Dit is echter het geval bij de meeste epidemiologische studies en dient in het achterhoofd te worden gehouden bij de interpretatie van de gegevens.

Het feit dat de gegevens van het klinisch mondonderzoek online ingevoerd werden door de tandarts-onderzoekers vormde een belangrijke meerwaarde die tijdbesparend was maar ook de foutenmarge bij het invoeren reduceerde. Deze optie moet zeker bewaard blijven in volgende dataverzamelingsrondes.

De training en kalibratie vergden bijzonder veel van de tandarts-onderzoekers. Aangezien het uitvoeren van een mondonderzoek in het kader van een epidemiologische studie verschilt ten opzichte van het standaard mondonderzoek in de praktijk, wordt het toepassen van een training en kalibratie wel sterk aanbevolen.

De ontwikkelde training- en kalibratiemodules bestonden uit een set van klinische foto's waarmee de verschillende onderdelen van het onderzoek gescoord moesten worden. Het was voor de tandartsen moeilijk om met deze beperkte beelden en informatie bepaalde indices te scoren. In de toekomst dienen andere kalibratiemethoden onderzocht te worden, bijvoorbeeld gebruik makend van videoclips. Ook het verder uitbouwen van individuele ondersteuning voor de tandarts-onderzoekers kan een optie zijn.

Tot slot dient te worden overwogen of het inschakelen van een vaste equipe van screeners niet alleen efficiënter zou zijn, maar meteen ook de kwaliteit ten goede zou komen. Het is dus nodig om dit proces grondiger te evalueren en bij te sturen waar nodig.

8.2.5. Analyse en rapportering

De gegevens verzameld in het kader van dit OHDRES 2023-2024 onderzoek zijn heel uitgebreid en zitten vervat in een omvangrijk databestand. Dat biedt de mogelijkheid om tal van verschillende aspecten te exploreren en een brede waaier aan vraagstellingen te beantwoorden. Er zal een investering van tijd en middelen nodig zijn om dit ten volle te exploiteren.

Daarnaast verdient het aanbeveling om de collectie van data met betrekking tot de mondgezondheid op regelmatige basis te herhalen, zoals ook aangegeven in de strategische objectieven 5 en 6 van het WHO Action Plan Oral health (WHO, 2024).

Een aandachtspunt hierbij is de beperkte periode van beschikbaarheid van het gekoppelde databestand op de beveiligde server, namelijk maximaal 5 jaar, zoals opgelegd in de beraadslaging van het Informatieveiligheidscomité (IVC). Dat betekent concreet dat de exploratie voor het einde van die periode moet hebben plaatsgevonden.

Om eenzelfde reden zijn vergelijkingen met resultaten van vorige dataverzamelingsrondes slechts beperkt mogelijk, wat een belangrijk nadeel is gezien de enorme inspanningen die nodig geweest zijn om de data te genereren.

9. REFERENCES

- Alwithanani N. Periodontal diseases and diabetes mellitus: a systematic review. *J Pharm Bioallied Sci.* 2023;15(Suppl 1):S54-63.
- Barbarisi A, Visconti V, Lauritano D, Cremonini F, Caccianiga G, Ceraulo S. Correlation between periodontitis and onset of Alzheimer's disease: a literature review. *Dent J.* 2024;12(10):331.
- Bartlett D, Ganss C, Lussi A. Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. *Clin Oral Investig.* 2008;12(Suppl 1):S65-8.
- Carvalho JC, Qvist V, Aimee NR, Mestrinho H, Bakhshandeh A. Diagnosis, risk assessment, and treatment decisions for occlusal caries: a survey from the Danish public dental health service. *Caries Res.* 2018;52(1-2):58-70.
- EuroQol Group. EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* 1990;16(3):199-208.
- Ghanim A, Silva MJ, Elfrink MEC, Lygidakis NA, Mariño RJ, Weerheijm KL, Manton DJ. Molar incisor hypomineralisation (MIH) training manual for clinical field surveys and practice. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2017;18(4):225-42.
- Gupta E, Innes N, Schuller AA, Vermaire JH, Marshman Z. A scoping review of the uses of the care index in children. *Community Dent Health.* 2017 Sep;34(3):131-6.
- Jevdjevic M, Listl S. Global, regional, and country-level economic impacts of oral conditions in 2019. *J Dent Res.* 2025;104(1):17-21.
- Kanaan M, Brabant A, Hara AT, Carvalho JC. Diagnosis, risk assessment, and treatment decisions for tooth wear in daily practice: a case presentation survey among Belgian dentists. *Eur J Oral Sci.* 2021;129(2):e12764.
- Khadka S, Khan S, King A, Goldberg LR, Crocombe L, Bettiol S. Poor oral hygiene, oral microorganisms and aspiration pneumonia risk in older people in residential aged care: a systematic review. *Age Ageing.* 2021;50(1):81-7.
- Löe H. The gingival index, the plaque index, and the retention index systems. *J Periodontol.* 1967;38:610-6.
- Martignon S, López-Macías AM, Bartlett D, Pitts N, Usuga-Vacca M, Gamboa LF, O'Toole S. The use of index teeth vs. full mouth in erosive tooth wear to assess risk factors in the diet: a cross-sectional epidemiological study. *J Dent.* 2019;88:103164.
- Martin-Cabezas R, Seelam N, Petit C, Agossa K, Gaertner S, Tenenbaum H, et al. Association between periodontitis and arterial hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Am Heart J.* 2016;180:98-112.

Mohlin B, Westerlund A, Ransjö M, Kurol J. Occlusal development, malocclusions, and preventive and interceptive orthodontics. In: Koch G, Poulsen S, Espelid I, Haubek D, editors. *Pediatric Dentistry - a clinical approach*. 3rd ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2017. p. 291-307.

Nasseh K, Vujicic M, Glick M. The relationship between periodontal interventions and healthcare costs and utilization: evidence from an integrated dental, medical, and pharmacy commercial claims database. *Health Econ*. 2017;26(4):519-27.

Reissmann DR, Wolfart S, John MT, Marré B, Walter M, Kern M, et al. Impact of shortened dental arch on oral health-related quality of life over a period of 10 years: a randomized controlled trial. *J Dent*. 2019;80:55-62.

Sanz M, Marco Del Castillo A, Jepsen S, Gonzalez-Juanatey JR, D'Aiuto F, Bouchard P, et al. Periodontitis and cardiovascular diseases: consensus report. *J Clin Periodontol*. 2020;47(3):268-88.

Sciensano. Déterminants de Santé : Alimentation. Health Status Report. Bruxelles, Belgique; 31 July 2020a. Available from: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/alimentation#consommation-de-boissons-sucrees>. Accessed 4 June 2025.

Sciensano. Déterminants de Santé : Consommation de tabac, Health Status Report, 29 septembre 2020b, Bruxelles, Belgique, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/consommation-de-tabac>. Accessed 4 June 2025.

Sciensano. Déterminants de Santé : Consommation d'alcool, Health Status Report, 25 Juin 2020c, Bruxelles, Belgique, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/consommation-d-alcool>. Accessed 4 June 2025.

Sciensano. Espérance de Vie et Qualité de Vie : Qualité de vie, Health Status Report, 06 Jan 2022, Bruxelles, Belgique, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/qualite-de-vie>. Accessed 4 June 2025.

Statbel. Population par lieu de résidence, nationalité (Belge/non-Belge), état civil, âge et sexe, Janvier 2024. [cited 2025 Jun 4]. Available from: <https://statbel.fgov.be/>

Tellez M, Zini A, Estupiñan-Day S. Social determinants and oral health: an update. *Curr Oral Health Rep*. 2014;1(3):148-52.

van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JN, Bronkhorst EM, Schols JM, de Baat C. Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review. *Gerodontology*. 2013;30(1):3-9.

Van der Velden U. The Dutch periodontal screening index: validation and its application in The Netherlands. *J Clin Periodontol*. 2009;36(12):1018-24.

Vlaams Instituut Mondgezondheid 'Gezonde Mond'. Basisadviezen mondgezondheid. Available from: [Basisadviezen mondgezondheid](#). Accessed 4 June 2025.

Vlaams Instituut Mondgezondheid 'Gezonde Mond'. Basisadviezen gebitsprothesen en andere gebitsstructuren. Available from: Basisadviezen gebitsprothesen en andere gebitsstructuren. Accessed 4 June 2025.

World Economic Forum. The economic rationale for a global commitment to invest in oral health [Internet]. Geneva: World Economic Forum; 2024 [cited 2025 Jun 4]. Available from: <https://www.weforum.org/publications/the-economic-rationale-for-a-global-commitment-to-invest-in-oral-health/>

World Health Organization (WHO). Oral health survey - basic methods. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2013. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/97035/9789241548649_eng.pdf?sequence=1. Accessed 4 June 2025.

World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2025 Jun 4]. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/364538>

World Health Organization. Global strategy and action plan on oral health 2023-2030. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376623/9789240090538-eng.pdf?sequence=1>. Accessed 4 June 2025.

10. ANNEXEN

10.1. Sectie mondgezondheids van de HIS

(andere talen beschikbaar in Annex 12)

Code	Nederlandse versie
DH01 <i>*Not asked in participants aged <15y</i>	Hebt u nog uw natuurlijke tanden, ook al is het er maar één? 1. Ja 2. Neen
DH02 <i>*Not asked if DH01 = 2</i>	Hoe vaak poetst u gewoonlijk uw tanden? 1. Meer dan twee keer per dag 2. Twee keer per dag 3. Eén keer per dag 4. Minder dan één keer per dag 5. Nooit
DH03 <i>*Not asked if DH01 = 2 or if DH02 = 5</i>	Gebruikt u een fluoridehoudende tandpasta? 1. Ja 2. Nee 3. Ik weet het niet
DH04 <i>*Not asked if DH01 = 2 or if DH02 = 5</i>	Hoe vaak reinigt u gewoonlijk tussen uw tanden? 1. Meer dan twee keer per dag 2. Twee keer per dag 3. Eén keer per dag 4. Minder dan één keer per dag 5. Nooit
DH05 <i>*Not asked in participants aged <15y</i>	Hebt u een uitneembare gebitsprothese? 1. Ja 2. Neen
DH06 <i>*Not asked in participants aged <15y or if DH05 = 2</i>	Hoe vaak poetst u gewoonlijk uw uitneembare gebitsprothese? 1. Meer dan twee keer per dag 2. Twee keer per dag 3. Eén keer per dag 4. Minder dan één keer per dag 5. Nooit
DH07	Hoe zou u, in het algemeen, de gezondheidstoestand van uw tanden en tandvlees omschrijven? 1. Zeer goed 2. Goed 3. Gaat wel (redelijk) 4. Slecht 5. Zeer slecht
DH0801	In welke mate heeft u in de afgelopen 4 weken last gehad van tandpijn bij het consumeren van warme/koude voedingsmiddelen of dranken? 1. Neen, geen pijn 2. Ja, licht 3. Ja, matig 4. Ja, hevig 5. Ja, extreem
DH0802	In welke mate heeft u in de afgelopen 4 weken last gehad van pijn in of rond de kaakgewrichten? 1. Neen, geen pijn 2. Ja, licht 3. Ja, matig 4. Ja, hevig 5. Ja, extreem
DH0803	In welke mate heeft u in de afgelopen 4 weken last gehad van andere pijn of ongemak in mond of aangezicht? 1. Neen, geen pijn 2. Ja, licht 3. Ja, matig 4. Ja, hevig 5. Ja, extreem

DH0804	In welke mate heeft u in de afgelopen 4 weken last gehad van bloedend tandvlees? 1. Geen 2. Tijdens het poetsen of eten 3. Spontaan 4. Weet het niet
DH09	Is het de afgelopen 12 maanden voorgevallen dat u echt een tandheelkundig onderzoek of behandeling nodig had, maar dit niet gebeurd is? 1. Ja, dat is minstens één keer voorgevallen 2. Neen, dat is niet voorgevallen
DH10 <i>*Not asked if DH09 = 2</i>	Wat was de belangrijkste reden dat u toen geen tandheelkundig onderzoek of behandeling hebt gehad? 1. Kon het me niet veroorloven (te duur of niet gedekt door de mutualiteit of een verzekering) 2. Te ver / geen vervoer 3. Er was een wachtlijst, ik kon geen afspraak krijgen 4. Geen tijd door het werk of door de zorg voor kinderen of voor anderen 5. Bang voor tandartsen 6. Wenste te wachten om te kijken of het probleem niet verbeterde uit zichzelf 7. Kende geen goede tandarts 8. Andere reden
	De volgende vragen gaan over raadplegingen van een tandarts, orthodontist of andere tandarts specialist.
DC01	Wanneer hebt u voor het laatst een tandarts geraadpleegd? 1. Minder dan 6 maanden geleden 2. 6 maanden geleden of langer, maar minder dan 12 maanden geleden 3. 12 maanden geleden of langer 4. Nooit 5. Weet het niet
DC02 <i>*Not asked if DC01 = 1 or 2</i>	Als uw laatste bezoek langer dan 12 maanden geleden was, wat is hiervoor de reden? 1. Kon het me niet veroorloven (te duur of niet gedekt door de mutualiteit of een verzekering) 2. Te ver / geen vervoer 3. Er was een wachtlijst, ik kon geen afspraak krijgen 4. Geen tijd door het werk of door de zorg voor kinderen of voor anderen 5. Bang voor tandartsen 6. Wenste te wachten om te kijken of het probleem niet verbeterde uit zichzelf 7. Kende geen goede tandarts 8. Ik had geen klachten 9. Eerdere slechte ervaring met tandarts 10. Ik schaam me om mijn mond

10.2. Klinisch onderzoeksformulier

(andere talen beschikbaar op de laatste 2 pagina's van annex 10 'Geïllustreerde handleiding klinisch mondonderzoek')



MONDGEZONDHEIDSENQUÊTE, BELGIË, 2023

KLINISCH ONDERZOEKSFORMULIER

1. IDENTIFICATIEGEGEVENS HIS-nummer _ _ - _ 0 _ _ _ _ _ - _ 0 _ _ _ _ - _ 0 _ _ _ - _ 0 _ _ _ (1)				Postcode _ _ _ _ (2)		Code tandarts _ _ _ (3)																																														
Geboortedatum _ _ _ _ _ _ _ _ (4a) d d m m j j j j				Geslacht _ (4b) (1=man, 2=vrouw, 3=andere)		Datum onderzoek _ _ _ _ _ _ _ _ (5) d d m m j j j j																																														
Duid telkens het passende antwoord aan met een X of vul de passende score in Vb. ☒ of 3																																																				
Werd de deelnemer onderzocht? (6a) ☐ Ja (6b) ☐ Neen, weigering (6c) ☐ Neen wegens afwezigheid (6d) ☐ Neen, wegens ziekte (6e) ☐ Neen, andere reden Reden van weigering : (6a1) ☐ Desinteresse (6a2) ☐ Tijdsgebrek (6a3) ☐ Leeftijdsredenen (6a4) ☐ Onmogelijk vanwege mentale toestand																																																				
2. DENTOFACIALE AFWIJKINGEN in het front (leeftijd ≥ 12 jaar) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> PLAATSTEKORT (crowding in het front) (7a) ☐ Geen plaatstekort (7b) ☐ Plaatstekort <u>zowel</u> in boven- als onderkaak (> 2 mm) (7c) ☐ Plaatstekort <u>enkel</u> in boven- of onderkaak (> 2 mm) (7d) ☐ Niet van toepassing (nvt) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> HORIZONTALE MALOCCLUSIE (8a) ☐ Geen (8b) ☐ Sagittale overbeet ('overjet') (≥ 6 mm) (8c) ☐ Omgekeerde sagittale overbeet (> 0 mm) (8d) ☐ Niet van toepassing (nvt) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> VERTICALE MALOCCLUSIE (9a) ☐ Geen (9b) ☐ Verticale overbeet (diepe beet) (≥ 5 mm) (9c) ☐ Open beet (> 0 mm) (9d) ☐ Niet van toepassing (nvt) </td> </tr> </table>								PLAATSTEKORT (crowding in het front) (7a) ☐ Geen plaatstekort (7b) ☐ Plaatstekort <u>zowel</u> in boven- als onderkaak (> 2 mm) (7c) ☐ Plaatstekort <u>enkel</u> in boven- of onderkaak (> 2 mm) (7d) ☐ Niet van toepassing (nvt)	HORIZONTALE MALOCCLUSIE (8a) ☐ Geen (8b) ☐ Sagittale overbeet ('overjet') (≥ 6 mm) (8c) ☐ Omgekeerde sagittale overbeet (> 0 mm) (8d) ☐ Niet van toepassing (nvt)	VERTICALE MALOCCLUSIE (9a) ☐ Geen (9b) ☐ Verticale overbeet (diepe beet) (≥ 5 mm) (9c) ☐ Open beet (> 0 mm) (9d) ☐ Niet van toepassing (nvt)																																										
PLAATSTEKORT (crowding in het front) (7a) ☐ Geen plaatstekort (7b) ☐ Plaatstekort <u>zowel</u> in boven- als onderkaak (> 2 mm) (7c) ☐ Plaatstekort <u>enkel</u> in boven- of onderkaak (> 2 mm) (7d) ☐ Niet van toepassing (nvt)	HORIZONTALE MALOCCLUSIE (8a) ☐ Geen (8b) ☐ Sagittale overbeet ('overjet') (≥ 6 mm) (8c) ☐ Omgekeerde sagittale overbeet (> 0 mm) (8d) ☐ Niet van toepassing (nvt)	VERTICALE MALOCCLUSIE (9a) ☐ Geen (9b) ☐ Verticale overbeet (diepe beet) (≥ 5 mm) (9c) ☐ Open beet (> 0 mm) (9d) ☐ Niet van toepassing (nvt)																																																		
3. PLAK INDEX (alle leeftijden) <table style="margin: 10px auto; border: none;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Te scoren tanden</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">55</td> <td style="text-align: center;">52</td> <td style="text-align: center;">64</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">16</td> <td style="text-align: center;">12</td> <td style="text-align: center;">24</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(10-12)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(13-15)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">44</td> <td style="text-align: center;">32</td> <td style="text-align: center;">36</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">84</td> <td style="text-align: center;">72</td> <td style="text-align: center;">75</td> </tr> </table> 0 = Geen plak (a) 1 = Plak enkel door sonderen te detecteren (b) 2 = Plak zichtbaar met het blote oog (c) 3 = Overvloed aan tandplak (d) X = Tand afwezig (e)				Te scoren tanden			55	52	64	16	12	24				(10-12)						(13-15)			44	32	36	84	72	75	4. DUTCH PERIODONTAL SCREENING INDEX (DPSI) (leeftijd ≥ 15 jaar) <table style="margin: 10px auto; border: none;"> <tr> <td rowspan="2" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">DPSI</td> <td colspan="3" style="border: 1px solid black; text-align: center;">SEXTANT</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Rechts</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Centraal</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Links</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">MAX</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="text-align: right;">(16-18)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">MAND</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="text-align: right;">(19-21)</td> </tr> </table> 0 = Gezond (a) 1 = Bloeding bij sonderen (≤ 3 mm) (b) 2 = Tandsteen/overhangende vulling (≤ 3 mm) (c) 3+ = Pocket 4-5 mm zonder gingivale recessie (d) 3+ = Pocket 4-5 mm met gingivale recessie (e) 4 = Pocket ≥ 6 mm (f) / = Niet van toepassing (g)				DPSI	SEXTANT				Rechts	Centraal	Links	MAX				(16-18)	MAND				(19-21)
Te scoren tanden																																																				
55	52	64																																																		
16	12	24																																																		
(10-12)																																																				
(13-15)																																																				
44	32	36																																																		
84	72	75																																																		
DPSI	SEXTANT																																																			
	Rechts	Centraal	Links																																																	
MAX				(16-18)																																																
MAND				(19-21)																																																
5. SLIJTAGE VAN SNIJTANDEN EN EERSTE MOLAREN PER SEXTANT (leeftijd ≥ 6 jaar) <table style="margin: 10px auto; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Tandslijtage</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Rechts</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Centraal</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Links</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">MAX</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="text-align: right;">(22-24)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">MAND</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="text-align: right;">(25-27)</td> </tr> </table> 0 = geen slijtage of initieel verlies van oppervlaktetextuur (a) 1 = duidelijk defect, verlies van hard weefsel met blootstelling van dentine (b) / = Niet van toepassing (c)				Tandslijtage	Rechts	Centraal	Links		MAX				(22-24)	MAND				(25-27)	6. HYPOMINERALISATIE VAN MOLAREN (leeftijd ≥ 6 jaar) <table style="margin: 10px auto; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Neen</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Ja</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Nvt</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">MIH</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="text-align: right;">(28-30)</td> </tr> </table> Nee = geen verandering in de kleur en translucentie van het glazuur (a) Ja = goed afgelijnde witte, roomkleurige of geelbruine opaciteiten zonder of met post-eruptieve afbrokkeling (b) / = Niet van toepassing (c)					Neen	Ja	Nvt		MIH				(28-30)																				
Tandslijtage	Rechts	Centraal	Links																																																	
MAX				(22-24)																																																
MAND				(25-27)																																																
	Neen	Ja	Nvt																																																	
MIH				(28-30)																																																

7. GEBITSSTATUS (alle leeftijden)

[illegible]

Status	Score voor definitieve tanden	Score voor melktanden
Gaaf	0	a
Cariës	1	b
Gerestaureerd, met cariës	2	c
Gerestaureerd, geen cariës	3	d
Geëxtraheerd omwille van cariës	4	e
Ontbrekend omwille van andere redenen	5	n
Fissuur verzegeling	6	f
Brug, abutment, kroon of veneer	7	g
Niet doorgebroken tand	8	n
Trauma (fractuur)	9	t
Niet geregistreerd	/	/

WORTELS:

Aantal tanden met blootliggende wortels			(63)
---	--	--	------

Aantal tanden met blootliggende wortels waarop cariës of vulling omwille van cariës

Aantal implantaten			(65)
--------------------	--	--	------

8. PROTHETISCHE STATUS (alle leeftijden)

MAXILLA

(66a)	☐	Geen prothese
(66b)	☐	Meer dan één brug
(66c)	☐	Eén brug
(66d)	☐	Enkel een partiële prothese
(66e)	☐	Zowel brug(gen) als partiële prothese
(66f)	☐	Uitneembare volledige prothese

MANDIBULA

(67a)	☐	Geen prothese
(67b)	☐	Meer dan één brug
(67c)	☐	Eén brug
(67d)	☐	Enkel een partiële prothese
(67e)	☐	Zowel brug(gen) als partiële prothese
(67f)	☐	Uitneembare volledige prothese

TYPE PROTHESE

MAXILLA

(68a) ☐ Kunststofbasis

(68b) ☐ Skeletprothese (metaal)

(68c) ☐ Niet van toepassing

MANDIBULA

(69a) ☐ Kunststofbasis

(69b) ☐ Skeletprothese (metaal)

(69c) ☐ Niet van toepassing

9. FUNCTIONELE OCCLUSALE CONTACTEN (leeftijd ≥ 15 jaar)

	Rechts	Links
Aantal contacten van <u>natuurlijke</u> tandparen (zonder eventueel aanwezige uitneembare prothese)		

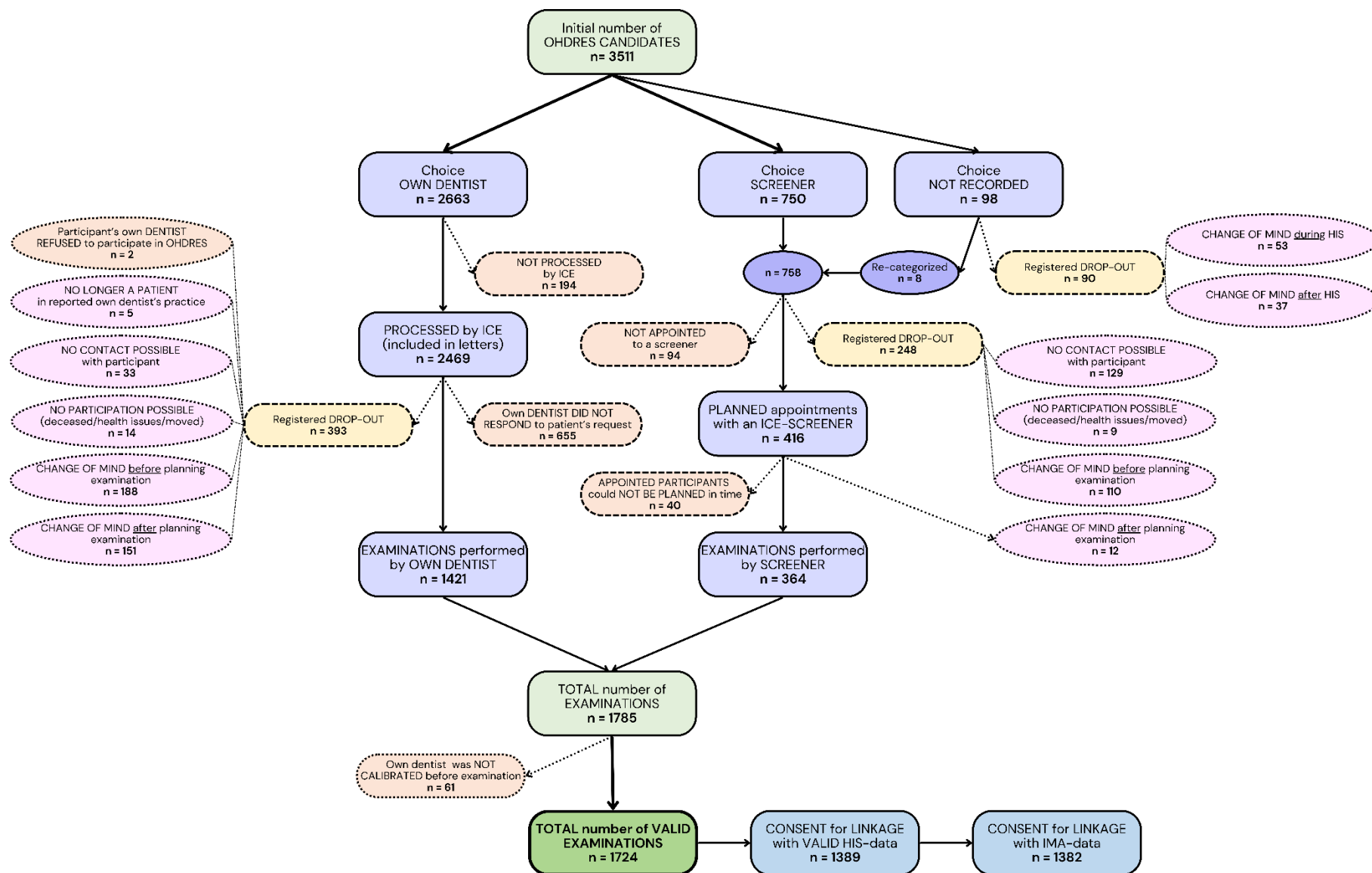
0, 1, 2, 3, 4 of 5 = aantal contacten

/ = nvt (patiënt is jonger dan 15 jaar)

	Rechts	Links	
Aantal contacten met uitneembare prothese (indien persoon drager hiervan)			(72-73)

/ = nvt (patiënt is jonger dan 15 jaar of geen uitneembare prothese aanwezig)

10.3. Flowchart steekproef OHDRES 2023-2024



10.4. Lijst van andere annexen

(zie apart document 'annex file')

Lijst van annexen, met indicatie van taalversies waarin het document beschikbaar is:
NL = Nederlands; FR = Frans; ENG = Engels; DEU = Duits

1. Studieprotocol OHDRES 2023-2024 (ENG)
2. Uitnodigingsbrief participant (NL, FR)
3. Informatiefolder participant (NL, FR)
4. Interview guide voor Statbel interviewers (NL, FR)
5. Informatiebrief tandarts (NL, FR)
6. Uitnodigingsbrief tandarts (NL, FR, DEU)
7. Toestemmingsformulieren OHDRES 2023-2024 (NL, FR, ENG, DEU)
8. Handleiding training en kalibratiemodules (NL, FR, ENG)
9. Vergoedingsaanvraag tandarts (NL, FR)
10. Geïllustreerde handleiding klinisch mondonderzoek (NL, FR, ENG)
11. Informatieveiligheidscomité (IVC) beraadslaging (NL)
12. Sectie mondgezondheid HIS 2023-2024 (NL, FR, ENG, DEU)

