

Antropologie en mondgezondheidsprojecten in ontwikkelingslanden

Overal ter wereld spelen de tanden en de mond een belangrijke rol in sociale interacties. Hoe mensen echter omgaan met hun tanden en mond wordt cultureel bepaald. In mondgezondheidsprojecten in ontwikkelingslanden kunnen de verschillende culturele wereldbeelden leiden tot onbegrip tussen behandelaars en patiënten. De mondzorgvrijwilliger moet vaak eerst de lokale opvattingen over tanden en mondhygiëne van de patiënt trachten te doorgronden, voordat hij of zij gedragsverandering kan bewerkstelligen, therapietrouw kan vergroten en het mondzorgproject kan verduurzamen. Antropologisch onderzoek kan daarbij nuttig zijn. In opdracht van 'Dutch Dental Care Foundation' werd in 2014 in Kwale (Kenia) in een pilot een mondgezondheidsproject geëvalueerd, waarin mondzorg is verleend in combinatie met antropologisch veldwerk. Uit de onderzoeksresultaten volgden 6 hoofdthema's die de belangrijkste factoren aangeven die van invloed zijn op de mondgezondheid van schoolkinderen uit Kwale. Verdieping in de lokale cultuur door mondzorgverleners blijkt een belangrijke voorwaarde om zinvol te kunnen werken in ontwikkelingslanden.

Grasveld AE. Antropologie en mondgezondheidsprojecten in ontwikkelingslanden *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2016; 123: 357-361
doi: 10.5177/ntvt.2016.07/08.16115

Inleiding

Hoe ervaren mensen ziekten en aandoeningen en hoe beïnvloedt dat hun gedrag? Hoe beïnvloeden mensen hun eigen en andermans gezondheid? Welke culturele wereldbeelden en sociaaleconomische factoren beïnvloeden gedrag, gezondheid en gezondheidszorg in specifieke situaties? Voor medisch antropologen zijn dit sociaal wetenschappelijke onderzoeksvragen en daarmee bewegen zij zich op het kruispunt van gezondheid, maatschappij en cultuur.

Westerse tandartsen en mondhygiënist die in ontwikkelingslanden werken, kunnen baat hebben bij de bevindingen uit dergelijk sociaalwetenschappelijk onderzoek, omdat vaak blijkt dat de lokale culturele context niet goed wordt begrepen door deze mondzorgverleners. Dit kan leiden tot misverstanden tussen behandelaars en patiënten en gedrag kan worden uitgelegd als non-compliance van de patiënten. Westerse opvattingen over mondgezondheid en specifieke behandelmethoden zijn echter in een andere culturele omstandigheid vaak niet rechtstreeks te implementeren. Mondzorgvrijwilligers in ontwikkelingslanden staan daarom voor de uitdaging een compromis te vinden tussen de lokale culturele gewoonten betreffende de dagelijkse mondverzorging en het omgaan met tandbederf, en de westerse opvattingen over een goede mondhygiëne en mondzorg. Als zij daarin slagen, zal de verleende mondzorg verduurzamen.

Mondgezondheidsprojecten in ontwikkelingslanden die werken volgens het traditionele westerse model ontwikkelen zich daar nu vaak niet duurzaam. De projecten kunnen zelfs schade berokkenen aan het lokale gezondheidssysteem, omdat deze projecten vaak niet zijn geïntegreerd in lokale gezondheidszorgsystemen en er parallelle structuren kunnen ontstaan die elkaar beconcurreren. Echter, *"wanneer de lokale situatie in het werkplan wordt betrokken en wordt samengewerkt met lokale hulpverleners, is de kans groter dat de hulp een duurzaam karakter krijgt"* (Van Palenstein Helderma, 2012).

Sociaalwetenschappelijk onderzoek kan zeer nuttig zijn voor mondgezondheidsprojecten in ontwikkelingslanden. Van oudsher zijn de tanden en de mond een expressie van cultuur en identiteit. Door aangebrachte modificaties en decoraties aan de lippen, de tong en de tanden is te zien tot welke etnische groep een persoon behoort. Rituele verfraaiingen en onherstelbare ingrepen kwamen en komen nog steeds in veel culturen voor (Dijs, 2004). De relatie

Wat weten we?

Mondgezondheidsprojecten in ontwikkelingslanden die werken volgens het traditionele westerse model ontwikkelen zich vaak niet duurzaam. De projecten kunnen zelfs schade berokkenen aan het lokale gezondheidssysteem, omdat ze niet zijn geïntegreerd in lokale gezondheidszorgsystemen en er parallelle structuren kunnen ontstaan die elkaar beconcurreren.

Wat is nieuw?

'Antropologie van de mondgezondheid' kan zich ontwikkelen tot een wetenschappelijke discipline die zich bezighoudt met hoe mensen in verschillende culturen omgaan met mondhygiëne, hoe zij mondaandoeningen ervaren en proberen op te lossen en wat de invloed van de mondgezondheid is op hun levenskwaliteit. Westerse mondzorgverleners in ontwikkelingslanden kunnen baat hebben bij de bevindingen uit dit sociaalwetenschappelijk onderzoek om de verleende mondzorg beter te verduurzamen.

Praktijktoepassing

Mondzorgverleners in ontwikkelingslanden staan voor de uitdaging een compromis te vinden tussen de lokale culturele gewoonten betreffende de dagelijkse mondverzorging en tandbederf en de westerse opvattingen over een goede mondhygiëne en mondgezondheid. Als zij deze 2 inzichten weten te combineren, zal de verleende mondzorg beter bestendigen.



Afb. 1. De mobiele tandheelkundige kliniek draait op volle toeren.

tussen cultuur en de mondgezondheid is daarom een niche waarin veel te onderzoeken valt voor zowel tandartsen als antropologen en sociologen.

Een voorstander van dit soort onderzoek is sociologe Catherine Exley. Zij pleit voor een 'Sociology of Oral Health', een interdisciplinair vakgebied dat zich bezighoudt met de relevantie van de mond en mondgezondheid voor de sociale interacties, de ongelijkheid in de mondgezondheid tussen verschillende bevolkingsgroepen en met de tandheelkundige ervaringen van mensen (Exley, 2009). Echter, behalve enige anekdotische verkenningen, bestaat er nog geen discipline waarin onderzoek wordt gedaan naar de invloed van cultuur op de mondgezondheid.

In de voorliggende pilot is vanuit antropologisch oogpunt een mondzorgproject van 'Dutch Dental Care Foundation' (DDC) in Kwale (Kenia) geëvalueerd. Centrale onderzoeksvraag in de pilot was: wat zijn de culturele en sociaaleconomische factoren die de mondgezondheid van schoolkinderen uit het Kwale-district in Kenia beïnvloeden? De bevindingen zijn interessant voor zowel de mondzorgkunde als de antropologie en kunnen mondgezondheidsprojecten in ontwikkelingslanden verduurzamen.

Dutch Dental Care Foundation

In Kenia bestaat een schrijnend tekort aan tandartsen, vooral in de rurale gebieden. Van de werkzame tandartsen werkt 80% in de grote steden (Eijkman en Kraaijenhagen, 2011). In 2007 waren er 250 tandartsen in Kenia en was de tandarts-patiëntratio 1:150.152 inwoners (FDI, 2007).

Dutch Dental Care Foundation (DDC) - in 2008 opgericht door 2 Nederlandse tandartsen - zendt daarom elk voor- en najaar 3 teams uit naar Kwale, een ruraal gebied in het zuiden van Kenia. De teams bestaan uit mka-chirurgen, tandartsen, mondhygiënisten, assistenten en vrijwilligers voor de administratie en/of sterilisatie. Op 3 verschillende basisscholen worden zogenoemde 'dental outreach camps' georganiseerd. In een klaslokaal wordt een mobiele kliniek geïnstalleerd, waarin gemiddeld 1.000 schoolkinderen en mensen uit de gemeenschap een week

lang gratis worden behandeld (afb. 1). Bij de kinderen ligt de nadruk op preventie en bij de volwassenen op pijnbestrijding. De mondhygiënisten gaan alle klassen langs om voorlichting en tandenpoetsinstructies te geven (afb. 2). Daarnaast heeft DDC 2 permanente klinieken ingericht waar Keniaanse Community Oral Health Officers (COHO) met hun assistenten werken. Deze praktijken worden gesponsord door DDC. Mensen uit de gemeenschap kunnen zich er tegen een gereduceerd tarief laten behandelen. De COHO werken ook mee met de tandartsen en mka-chirurgen tijdens de dental outreach camps, voor de bevordering van hun deskundigheid.

Een klein onderzoek uit 2011, ook in opdracht van DDC, toonde aan hoe slecht het was gesteld met de mondgezondheid in Kwale (Eijkman en Kraaijenhagen, 2011). Dit onderzoek werd door 2 tandartsen uitgevoerd op 3 scholen zonder drinkwaterleiding onder in totaal 45 11-jarigen (20 meisjes). Opgetekend werden onder meer de DMFT-score, pijnervaringen en de gevolgen daarvan, en wel of geen bezit en gebruik van tandenborstel en tandpasta.

De DMFT-score was 0,7; 22 kinderen gaven aan wel eens pijn in de mond te hebben gehad en 14 van hen had daardoor de school verzuimd. Kiespijn bleek naast diarree de belangrijkste reden van schoolverzuim in Kwale; 14 kinderen waren niet in het bezit van een tandenborstel en 18 gebruikten geen tandpasta. Twee hoofdonderwijzers bevestigden dat schoolverzuim door gebitsklachten op hun scholen vaak voorkwam. De aanschaf van tandpasta en tandenborstels was, volgens de onderwijzers, vaak te duur voor de ouders. Door het tekort aan tandartsen en de hoge kosten van tandheelkundige preventie en restauratieve mondzorg is de toegang tot de mondzorg in Kenia laag.

Materiaal en methode

De voorliggende antropologische pilot vond plaats in februari en maart 2014 en bestond uit een combinatie van het verlenen van mondzorg en antropologisch veldwerk. De opzet van het onderzoek was kwalitatief en er werd een combinatie van onderzoeksmethoden toegepast: (participerende) observatie, vragenrondes in de klassen, semigestructureerde interviews met docenten, leerlingen en COHO, focusgroepdiscussies met meerdere leerlingen, voedingsanamneses, een tekenopdracht voor kleuters (van hun favoriete eten en drinken), een oriënterende verkenning van de gemeenschap, huisbezoeken bij leerlingen, informele gesprekken met mensen op straat, bezoeken aan de afdeling tandheelkunde en mka-chirurgie bij ziekenhuizen in de buurt, bezoeken bij relevante niet-gouvernementele organisaties (NGO's), web- en literatuuronderzoek in medische, sociologische, antropologische en tandheelkundige vakbladen (afb. 3).

Bij terugkomst in Nederland werden de data gecodeerd en geanalyseerd met behulp van de 'cutting and sorting'



Afb. 2. Mondhygiënisten geven voorlichting en poetsinstructie in de buitenlucht.

methode, waarbij de bevindingen zijn gesorteerd op thema. Hieruit volgden 6 hoofdthema's. Elk thema kreeg een bepaalde kleur. De interviews werden in Nederland getranscribeerd. Alle veldnotities en interviews werden nagelezen en geanalyseerd, waarbij de relevante opmerkingen en observaties werden gemarkeerd, naar themakleur verdeeld en - indien nodig - onderverdeeld op subthema.

Resultaten

De onderzoeksresultaten lieten uiteindelijk 6 hoofdthema's zien. Deze hoofdthema's weerspiegelden de belangrijkste factoren die van invloed bleken te zijn op de mondgezondheid van schoolkinderen uit Kwale:

1. De sociaaleconomische omstandigheden. Alle subthema's zoals het inkomen van de ouders, de leefomstandigheden, wel of geen drinkwater en sanitaire voorzieningen in of nabij het woonhuis vallen hieronder.
2. Het dieet van de kinderen. Uit de data kwam naar voren dat hoe rijker de gezinnen zijn, hoe meer suiker de kinderen nuttigden. 'Junkfood' werd geassocieerd met een westerse en moderne manier van leven (rijkdom).
3. De traditionele opvattingen en rituelen betreffende de mond. De bevindingen toonden dat er over het algemeen meer vertrouwen was in de traditionele genezers dan in de tandheelkundige zorgverleners. Traditionele genezers voerden dan ook verschillende behandelingen tegen kiespijn uit.
4. De invloed van religie. Kwale is een islamitisch gebied en in de islam wordt reinheid gezien als een groot goed. Deze reinheid kan een gunstig effect hebben op de mondgezondheid.
5. Het dagelijkse mondhygiënegedrag. Slechts een derde van de ondervraagde schoolkinderen had een tandenborstel, zelf gekocht of gekregen via DDC of een ander ontwikkelingsproject. Vaak deelden zij de tandenborstel met de rest van de familie. Tandpasta bleek meestal te duur om aan te schaffen en als alternatief werden water en zout of houtskool gebruikt. De overige twee derde van de kinderen reinigden hun tanden met takjes van de

Azadirachta indica, ook wel Neem-boom genoemd, de traditionele manier van mondverzorging. Hoewel deze Neem-takjes antibacteriële bestanddelen bevatten, kan tandbederf er niet mee worden voorkomen (Botelho et al, 2008). Een derde van de kinderen had kennis over westerse mondhygiënegewoonten en wist hoe ze een tandenborstel moest gebruiken. De kinderen deden deze informatie op via reclameborden, televisie en/of de radio en op school. De voorlichting van DDC was vaak een bevestiging van wat ze al wisten. Het voordeel was dat ze beschikking kregen over preventieve middelen zoals tandpasta.

6. De esthetische denkbeelden over de tanden en de mond. Deze cultureel bepaalde esthetische denkbeelden in de gemeenschap beïnvloedden de sociale positie van mensen met tandheelkundige problemen negatief. Er kwam bijvoorbeeld opvallend veel *fluorosis dentalis* voor in Kwale. Kinderen met bruine vlekken op hun tanden werden op school vaak gepest. Dit tastte hun zelfvertrouwen aan en kan ertoe leiden dat ze in een sociaal isolement raken.

Implicaties

De bevindingen uit het onderzoek suggereren dat cultuur invloed heeft op de mondgezondheid. Hall en Lamont (2009) noemen 3 belangrijke factoren die de volksgezondheid kunnen beïnvloeden:

1. medische factoren (de kwaliteit van, de toegang tot en het vertrouwen in de gezondheidszorg in een bepaald gebied);
2. materiële factoren (economische voorspoed van de huishoudens, de behuizing, het dieet, de toegang tot water en sanitatie);
3. en sociale factoren (sociale structuren en culturele denkbeelden in een bepaald gebied).

De 6 thema's uit het onderzoek onder de schoolkinderen in Kwale kunnen alle onder een van deze 3 factoren worden geschaard en geven inzicht in de culturele context van een mondgezondheidsproject. De implicaties die hier uit volgen kunnen leiden tot een verbetering van de effectiviteit van de DDC-projecten.

Het blijkt cruciaal om de moeders ook voorlichting over mondgezondheid en poetsinstructie te geven. Zij maken de belangrijkste keuzes op het gebied van de mondhygiëne van hun kinderen. Tandpoetsprogramma's op scholen zonder betrokkenheid van de omgeving (ouders, lokale autoriteiten) lopen de kans om op niets uit te lopen (Van Palenstein Helderman et al, 2012). Ook medisch sociologe Swidler stelt dat de volksgezondheid het meest verbetert in gebieden met een hoge mate van gemeenschapsmobilisatie en waar men het belang van het initiatief inziet en ondersteunt (Swidler, 2009). Dental outreach camps moeten daarom beginnen met een voorlichtingsmiddag voor de



Afb. 3. Interviews afnemen voor het antropologisch veldwerk.

moeders (ouders) en de vooraanstaande leden uit de gemeenschap om ze te enthousiasmeren en bij het project te betrekken. Een zogenoemde 'bottom-up mobilization' werkt beter dan de gebruikelijke 'top-down approach'.

Kwale is een overwegend islamitisch gebied. Er is een link tussen deze religie en mondhygiëne. De profeet Mohammed was een fervent voorstander van het reinigen van zijn tanden met de 'chewing-stick' (een soort Neem-stick). Hij riep zijn volgers op hetzelfde te doen. Mondhygiëne wordt hier verbonden met rituele reinheid (Bos, 1993). In de voorlichting op de scholen kan deze relatie worden ingezet.

Het dieet heeft een sterke negatieve invloed op de conditie van de gebitten van de schoolkinderen. Uit de voedingsanamneses kwam naar voren dat de kinderen dagelijks enorme hoeveelheden goedkope suikers consumeren. Zoete vruchtendranken, koffie en thee met gemiddeld 3 schepjes suiker en snoep zijn de grootste boosdoeners. In de pauze worden er vaak snoepjes verkocht door vrouwen op het schoolplein. In de voorlichting moet aandacht worden besteed aan de negatieve snoep- en eetgewoonten van de kinderen om dit risicogedrag te verminderen.

Vertrouwen is een belangrijke factor bij het kiezen voor bepaalde zorgverlener. De mondzorgverleners van DDC moeten daarom het vertrouwen van de gemeenschap zien te winnen en te behouden. Kinderen met kiespijn worden meestal eerst door hun ouders naar een traditionele genezer gestuurd, omdat het een buurman, een vriend of een familielid is en men daar meer vertrouwen in heeft dan in de reguliere tandarts. Van de traditionele genezer krijgen ze bijvoorbeeld bladeren tegen de kiespijn (vaak Neem) die ze moeten koken en waar ze vervolgens mee moeten spoelen. Soms extraheren deze genezers ook gebitselementen met behulp van een touwtje of ander instrumentarium, en niet altijd met een goede afloop. Het is daarom goed dat DDC nauw samenwerkt met de Keniaanse COHO's, zij spreken Swahili en worden eerder vertrouwd door de mensen uit de gemeenschap.

De belangrijkste barrières om tandheelkundige zorg te zoeken zijn de kosten van de tandheelkundige zorg en de

angst voor tandheelkundige behandelingen (Finch et al, 2009). De eerste barrière is in het huidige project gedeeltelijk weggenomen door de gratis behandelingen van DDC op de scholen en de behandelingen in de praktijken van DDC waarvoor maar kleine vergoeding wordt gevraagd. Angst blijft echter overeind, vooral die voor injecties. Daarom is het essentieel de patiënt eerst goed over de behandelprocedure te informeren en te bekijken of anesthesie gewenst en/of nodig is. Vaak zijn de injecties traumatisch voor de patiënten, vooral voor de kinderen. Zoveel mogelijk moet worden voorkomen dat de kinderen een tandartstrauma oplopen. Prettige geuren zoals sinaasappel en lavendel in de wachtkamer kunnen bijdragen aan reductie van angstgevoelens (Lehrner et al, 2005).

Het gebruik van de Neem-sticks moet worden gestimuleerd, in combinatie met het gebruik van een tandenborstel en zo mogelijk een fluoridetandpasta. Neem bevat antibacteriële kwaliteiten en spoelen met een mengsel van Neem-bladeren is even effectief als spoelen met chloorhexidine bij het reduceren van parodontale aandoeningen (Botelho, 2008).

Ten slotte moeten mondzorgverleners in ontwikkelingslanden bekend zijn met traditionele rituelen voor de tanden en de mond, omdat ze daarmee in aanraking kunnen komen. In het onderzoek in Kwale werden bijvoorbeeld de volgende traditionele genezings- en initiatierituelen geobserveerd:

- Het wegsnijden van de kiemen van de melkcuspidaten bij baby's (germectomy) door een traditionele genezer of vroedvrouw. De zwelling van het tandvlees bij doorbrekende cuspidaten wordt gezien als oorzaak van koorts en diarree; deze ziekten zijn geassocieerd met wanorde en onzindelijkheid in de samenleving. Om het kind te reinigen en de samenleving te beschermen, moeten deze schadelijke kiemen worden verwijderd (Graham, 2000; Nes, 2007).
- Het partieel of geheel wegsnijden van de huid (uvulectomy) door traditionele genezers ter voorkoming van keelinfecties en hoesten. Uvulectomy en een germectomy worden soms ook samen uitgevoerd (Graham, 1996 en 2000).
- De extractie van de 2 centrale incisieven in de onderkaak bij de Maasai-stam. Dit ritueel komt zowel voort uit schoonheidsideaal, als uit praktische overwegingen. Tetanus kwam in het verleden vrij veel voor onder de Maasai en deze aandoening kan acute kaakkramp veroorzaken. Door het verwijderen van de 2 centrale incisieven kon er bij een aanval van kaakkramp toch eten en medicijnen worden toegediend. Echter, de extractie is bovenal een initiatieritueel dat staat voor de transitie van kind naar volwassene en wordt geassocieerd met schoonheid.

Conclusie

Concluderend kan worden gesteld dat het voor mondzorgverleners werkend in een ontwikkelingsland zinvol is zich eerst goed in de lokale cultuur te verdiepen. Om tandheelkundig ontwikkelingswerk te verduurzamen zou er meer aandacht moeten zijn voor de sociale structuren en de culturele context van de patiëntengroep waarmee men werkt. Inzicht in achtergronden verduidelijken veelal gedrag. Pas daarna kan gedragsverandering worden bewerkstelligd.

De wijze waarop een cultuur de mondgezondheid beïnvloedt, is overal verschillend. Daarom kan antropologisch onderzoek nuttig zijn bij tandheelkundig ontwikkelingswerk in verschillende landen. Mogelijk leidt het in de toekomst tot de 'antropologie van de mondgezondheid', een discipline die zich bezighoudt met hoe mensen in verschillende culturen omgaan met mondhygiëne, hoe zij mondaandoeningen ervaren en proberen op te lossen en wat de invloed van hun mondgezondheid is op hun levenskwaliteit, welke traditionele rituelen ze uitvoeren met hun tanden en/of mond en hoe dit hun identiteit beïnvloedt, wat de functie is van de mond en tanden in sociale interacties, welke invloed religie heeft op de mondgezondheid, welke invloed het dieet heeft op de mondgezondheid en hoe sociale structuren de mondgezondheid beïnvloeden.

Hoewel er nog steeds een groot tekort is aan professionele mondzorgverleners in de rurale gebieden, wordt aangenomen dat de kwaliteit van en de toegang tot tandheelkundige zorg in Kwale is verbeterd door gezamenlijke inspanningen van DDC en de Keniaanse COHO. Door de dental outreach camps gaan kinderen eerder naar de (school)tandarts omdat er geen kosten aan verbonden zijn. Zo raken zij bekend met de tandheelkundige controle waarbij de nadruk ligt op preventie. De mondzorgvrijwilligers van het DDC-project zien een duidelijk verschil tussen de staat van de kinderdentitie op scholen die eerder zijn bezocht en scholen waar DDC voor het eerst komt. Als DDC echter nog meer rekening houdt met de sociale structuren en de culturele denkbeelden in Kwale en deze kennis in positieve zin weet te inzetten, zal dit mogelijk leiden tot duurzamere projecten.

Literatuur

- * Bos G. The Miswāk, an aspect of dental care in Islam. *Med Hist* 1993; 37; 68-79.
- * Botelho M, Dos Santos RA, Martins, JG, et al. Efficacy of a mouthrinse based on leaves of the neem tree (*Azadirachta indica*) in the treatment of patients with chronic gingivitis: a double-blind, randomized, controlled trial. *J Med Plants Res* 2008; 2: 341-346.
- * Dijs F. Tandjuwelen na lange en vergeten geschiedenis weer in opkomst 1. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2004; 111; 368-370.
- * Dijs F. Tandjuwelen na lange en vergeten geschiedenis weer in opkomst 2. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2004; 111; 452-455.
- * Eijkman MAJ, Kraaijenhagen AE. DDC: Preventie project. 2011; 1-4 (niet gepubliceerd).
- * Exley C. Bridging a gap: the (lack of a) sociology of oral health and healthcare. *Sociology of Health and Illness* 2009; 31: 1093-1108.
- * FDI. World Table 2007. http://www.fdiworldental.org/media/11443/atlas_table.pdf (Geraadpleegd 13-03-2016).

Onderzoek en wetenschap

- * Graham EA. Clinical pearl: uvulectomy. *Ethnomed* 1996; September 01. <http://ethnomed.org/clinical/pediatrics/pearl1> (Geraadpleegd 25-01-2016).
- * Graham EA, Domoto PK, Lynch H, Egbert MA. Dental Injuries due to African traditional therapies for diarrhea. *West J Med* 2000; 173: 135-137.
- * Hall PA, Lamont M (eds). *Successful Societies. How Institutions and Culture Affect Health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
- * Lehrner J, Marwinski G, Lehr S, Jöhren P, Deecke L. Ambient odors of orange and lavender reduce anxiety and improve mood in a dental office. *Physiol Behav* 2005; 86; 92-95.
- * Nes K. van. Good breath, bad breath. Exploring perceptions and practices on oral health and oral hygiene in Chipata District, Zambia. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2007.
- * Palenstein Helderman W, Huddleston Slater J, Vugt P van, Rietmeijer A van, et al. Mondzorgvrijwilligerswerk in ontwikkelingslanden 2. Effectief zorgverlenen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2012; 119; 169-172.
- * Swidler A. Responding to AIDS in Sub-Saharan Africa: Culture, Institutions, and Health. In: Hall P, Lamont M (eds). *Successful societies. How institutions and culture affect health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

Summary

Anthropology and oral health projects in developing countries

The mouth and teeth play an important role in social interactions around the world. The way people deal with their teeth and mouth, however, is determined culturally. When oral healthcare projects are being carried out in developing countries, differing cultural worldviews can cause misunderstandings between oral healthcare providers and their patients. The oral healthcare volunteer often has to try to understand the local assumptions about teeth and oral hygiene first, before he or she can bring about a change of behaviour, increase therapy compliance and make the oral healthcare project sustainable. Anthropology can be helpful in this respect. In 2014, in a pilot project commissioned by the Dutch Dental Care Foundation, in which oral healthcare was provided in combination with anthropological research, an oral healthcare project in Kwale (Kenia) was evaluated. The study identified 6 primary themes that indicate the most important factors influencing the oral health of school children in Kwale. Research into the local culture by oral healthcare providers would appear to be an important prerequisite to meaningful work in developing countries.

Bron

A.E. Grasveld

Medisch antropoloog en mondhygiënist

Datum van acceptatie: 1 april 2016

Adres: mw. A.E. Grasveld, Bazarstraat 25B, 2518AG Den Haag

alicegrasveld@gmail.com

Dankwoord

De auteur bedankt prof. dr. M.A.J. Eijkman en drs. A.E. Kraaijenhagen-Oostinga voor de herhaaldelijke feedback op dit artikel vanuit tandheelkundig perspectief, prof. dr. S. van der Geest en dr. J.P.E. Verheijen voor de antropologische terugkoppeling en drs. R. Wilderom en drs. C. Kam voor het sociologische commentaar. Ook gaat dank uit naar 'Dutch Dental Care Foundation' voor de geboden mogelijkheid om het onderzoek uit te voeren, en naar mw. I. Slikker en mw. M. Klijn-Griffioen voor het aanleveren van de afbeeldingen.