

# Mondzorgvrijwilligerswerk in ontwikkelingslanden 1. Meer dan liefdadigheid

Hoewel beperkt in omvang kan mondzorgvrijwilligerswerk in ontwikkelingslanden bijdragen aan duurzame verbetering van de mondgezondheid. Het is echter dubieus of de traditionele zorgverlening volgens westers model die veel vrijwilligers toepassen duurzaam is en vermoedelijk heeft deze aanpak negatieve gevolgen voor het lokale gezondheidszorgsysteem in veel ontwikkelingslanden. Bij het maken van beleid over mondzorgvrijwilligerswerk spelen ten minste 4 i's een rol: 1. 'ideas', interventies op basis van wetenschappelijk bewijs, 2. 'institutions', bestaande regelgeving en mandaten van ministeries en andere participerende organisaties, 3. 'interests', prikkels en drijfveren van partners om wel of niet mee te doen en 4. 'incidents', plotselinge veranderingen in de economische situatie of een inspirerend voorbeeld van een werkend publiek preventieprogramma.

Palenstein Helderma WH van, Huddleston Slater JJW, Vugt P van, Rietmeijer AGM. Mondzorgvrijwilligerswerk in ontwikkelingslanden 1. Meer dan liefdadigheid Ned Tijdschr Tandheelkd 2012; 119: 115-118  
doi: 10.5177/ntvt.2012.03.11247

## Inleiding

Vorig jaar vroeg de redactie van het *Nederlands Tandartsenblad* tandartsen, mondhygiënisten en tandtechnici die kortdurend of parttime mondzorgvrijwilligerswerk verrichten voor achtergestelde groepen in binnen- en buitenland zich te melden. Dat leverde meer dan 40 reacties op. De namen en adressen van ergens in de wereld actieve individuen en stichtingen die zich hebben gemeld, staan op de wereldkaart van afbeelding 1. Het is hartverwarmend dat

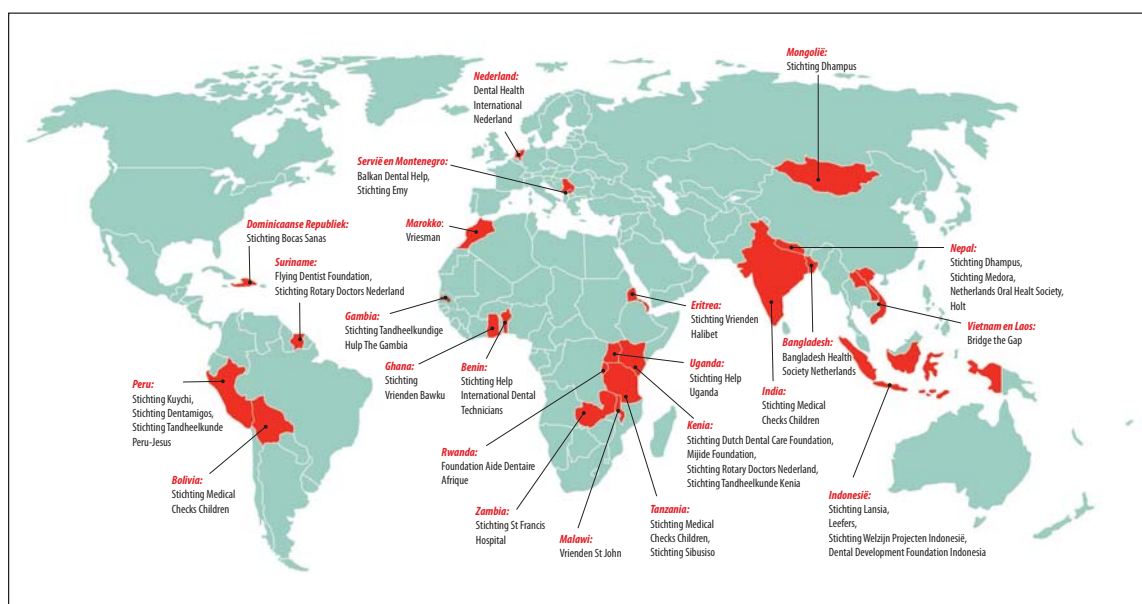
vanuit Nederland zoveel initiatieven worden genomen om de minderbedeelden in de wereld de mondzorg te geven die ze ontberen.

Werken als vrijwilliger is meestal intens bevredigend, maar al in de jaren '60 van de vorige eeuw rezen bezorgde vragen over het nut van dit werk en de mogelijke negatieve effecten ervan op de ontvangende samenleving (Illich, 1968). Recentere auteurs vroegen zich zelfs af of vrijwilligersorganisaties op medisch gebied met hun acties niet meer kwaad dan goed deden (Barber en Bowie, 2008). Een van de kritiekpunten was het ontbreken van voldoende nazorg.

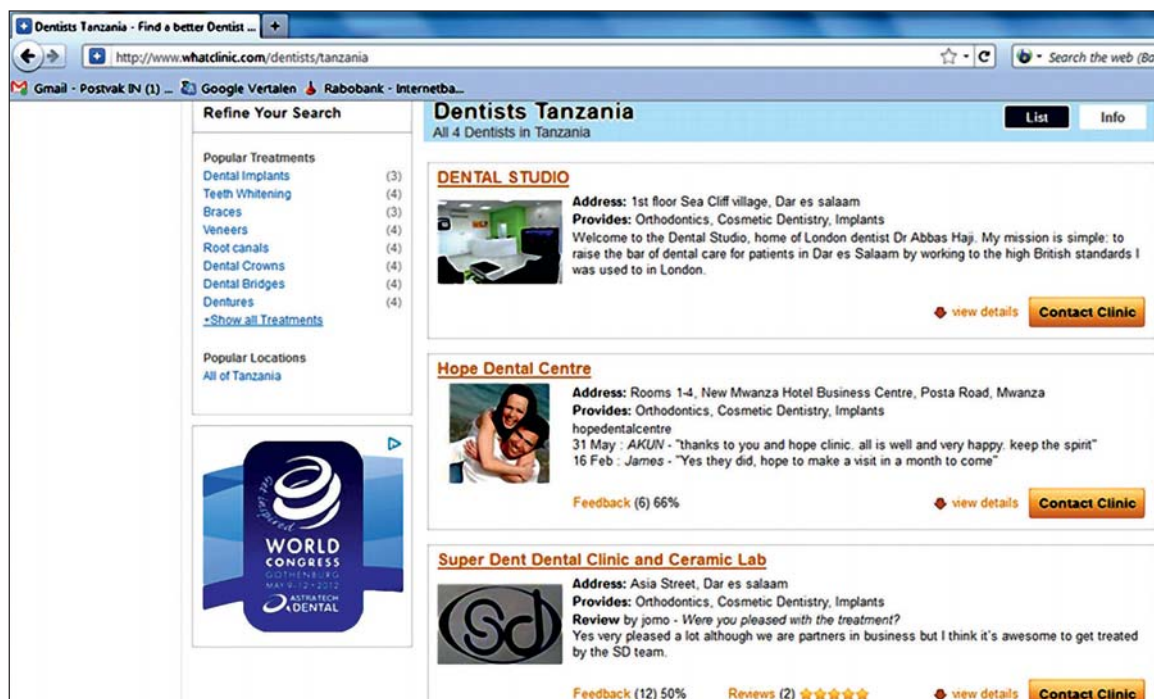
## Mondzorgvrijwilligerswerk

Bij de beslissing om vrijwilliger te worden, speelt de wens om onrechtvaardige en onmenselijke omstandigheden te verbeteren het belangrijkste motief. Daarnaast hebben vrijwilligers een scala aan bijkomende redenen variërend van religieuze motieven tot zucht naar avontuur. Mondzorgvrijwilligers laten zien dat de beroepsgroep in Nederland zich zorgen maakt over onwenselijke situaties elders. Tegelijkertijd laten ze aan het ontvangende land zien dat ze uit een rijk land komen en daardoor in een bevoorrechte positie verkeren. Zo kunnen ze bijvoorbeeld ongehinderd reizen over grote afstanden en pro-deo-zorg leveren. De meeste lokale mondzorgverleners in ontwikkelingsgebieden verkeren niet in die gelukkige omstandigheden.

Westerse mondzorgvrijwilligers vertrekken meestal naar afgelegen plattelandsgebieden in ontwikkelingslanden



Afb. 1. Wereldkaart met plaatsaanduidingen waar Nederlandse organisaties basale mondzorg geven aan achtergestelde groepen in het buitenland.



Afb. 2. Advertentie om toeristen te werven voor lokale mondzorgpraktijken in Tanzania.

waar niet of nauwelijks mondzorg aanwezig is. In dit artikel wordt nader ingegaan op de effecten van mondzorgvrijwilligerswerk en op mogelijkheden om een nog beter resultaat te bereiken.

### Sociaaleconomische invloed op mondgezondheid

De enorme verschillen in mondgezondheid tussen rijke en arme landen zijn primair terug te voeren op sociaaleconomische gradiënten (Marmot en Bell, 2011). Ondervoeding, gebrek aan drinkwater en sanitaire voorzieningen en slechte scholing zijn de zichtbare determinanten, maar daarachter gaan de 'oorzaken van de oorzaken' schuil: oneerlijke verdeling van de economische middelen, armzalige politiek en slecht bestuur (World Health Organization, 2008). Wereldwijd bestaat gebrek aan politieke belangstelling voor mondgezondheid en dat is mede het gevolg van het onvermogen van de mondiale mondzorgberoepsgroep een duidelijke agenda op te stellen met voorstellen die de problemen effectief kunnen aanpakken (Benzian et al, 2011).

Van alle mondziekten veroorzaakt cariës wereldwijd verreweg de meeste last in termen van per persoon verminderde levenskwaliteit. Dat is te wijten aan de hoge prevalentie van cariës die wereldwijd merendeels onbehandeld blijft (Baelum et al, 2007). Nationale preventieprogramma's en het toelaten van hulpkrachten in de mondzorg zouden wereldwijd een aanmerkelijke verbetering kunnen bewerkstelligen. Preventie speelt echter een ondergeschikte rol bij gezondheidswerk in ontwikkelingslanden. Daarnaast stuit de inzet van hulpkrachten in de mondzorg daar op weerstanden (Benzian et al, 2010). Ontwikkelingslanden proberen de mondgezondheidsproblemen op te lossen door meer tandartsen op te leiden. Helaas leidt dat niet tot minder mondziekten (cariës) en een groter en beter ver-

deeld aanbod van mondzorg voor de gehele bevolking. In ontwikkelingslanden opgeleide tandartsen vestigen zich namelijk vooral in grote steden om daar een doelgroep te bedienen die de dure mondzorg kan betalen. Bovendien vertrekken veel van deze lokaal opgeleide tandartsen naar landen waar de economische omstandigheden gunstiger zijn. Financiële overwegingen zijn overigens niet de enige reden tot emigreren. Het ontbreken van mogelijkheden om in het beroep te groeien en het slechte toekomstperspectief voor eventuele kinderen spelen ook mee.

Doordat in de grote steden te veel tandartsen zijn, is de concurrentie daar moordend en hebben velen te weinig werk. Op internet zijn dan ook veel oproepen te vinden van tandartsen in ontwikkelingslanden die proberen toeristen te werven voor hun praktijk (afb. 2). Verhuizen naar het platteland is voor deze tandartsen geen optie omdat daar niets te verdienen valt. Bovendien ontbreken daar goede onderwijsvoorzieningen voor hun kinderen.

Op het platteland bestaat grote behoefte aan mondzorg en daar spelen westerse vrijwilligers op in. Ze gaan erheen om op onbaatzuchtige wijze zorg te verlenen. Ze bieden vooral basiszorg aan en behandelen de meest urgente mondproblemen. Voor de plaatselijke bevolking is die zorg (veelal pijnbehandeling) een zegen. Enorme aantallen patiënten worden van hun pijn afgeholpen.

### Continuïteit en duurzaamheid

Hoewel mondzorgvrijwilligerswerk een uitkomst is voor de ontvangers is de continuïteit ver te zoeken als vrijwilligers na 2 weken weer vertrekken. Van vrijwilligers kan helaas niet worden verwacht dat ze voor langere tijd belangeloos zorgverlenen. Daarom is het belangrijk in korte tijd effectief en duurzaam te handelen.

Vrijwilligers die voor de eerste keer mondzorg in ontwikkelingslanden verlenen, hebben weinig ervaring met zorgverlening buiten de vertrouwde eigen praktijk en zijn niet opgeleid om dit werk te doen onder primitieve omstandigheden. In ontwikkelingslanden worden vrijwilligers geconfronteerd met een vreemde taal en een samenleving met andere normen, een andere mentaliteit en andere verwachtingen. Vaak ontbreken faciliteiten zoals waterleiding en een elektriciteitsnet.

De vrijwilligersorganisaties zullen zich moeten bezinnen op de vraag of de lokale bevolking behoefte heeft aan een volledige westers ingerichte zorgverlening. Want als ter plaatse alleen beperkte zorgmogelijkheden bestaan, kan de westerse zorg niet worden voortgezet als de vrijwilligers vertrokken zijn. Als duurzame zorg het doel is, moet de geleverde zorg aansluiten op de lokale situatie (tab. 1).

### Wetenschappelijke fundering en haalbaarheid

Niet-gouvernementele organisaties op mondzorggebied winnen slechts zelden wetenschappelijk advies in over uit te voeren interventies (Benzian en Gelbier, 2002). Interventies door deze organisaties die zonder wetenschappelijk bewijs worden uitgevoerd, zijn het stimuleren van preventief gedrag door kennisoverdracht, een eenmalige applicatie van fluoridevernis, een eenmalige verwijdering van tandsteen of het uitdelen van tandpasta en tandenborstels aan schoolkinderen (Kay en Locker, 1996; Lembariti et al, 1998; Chu en Lo, 2006).

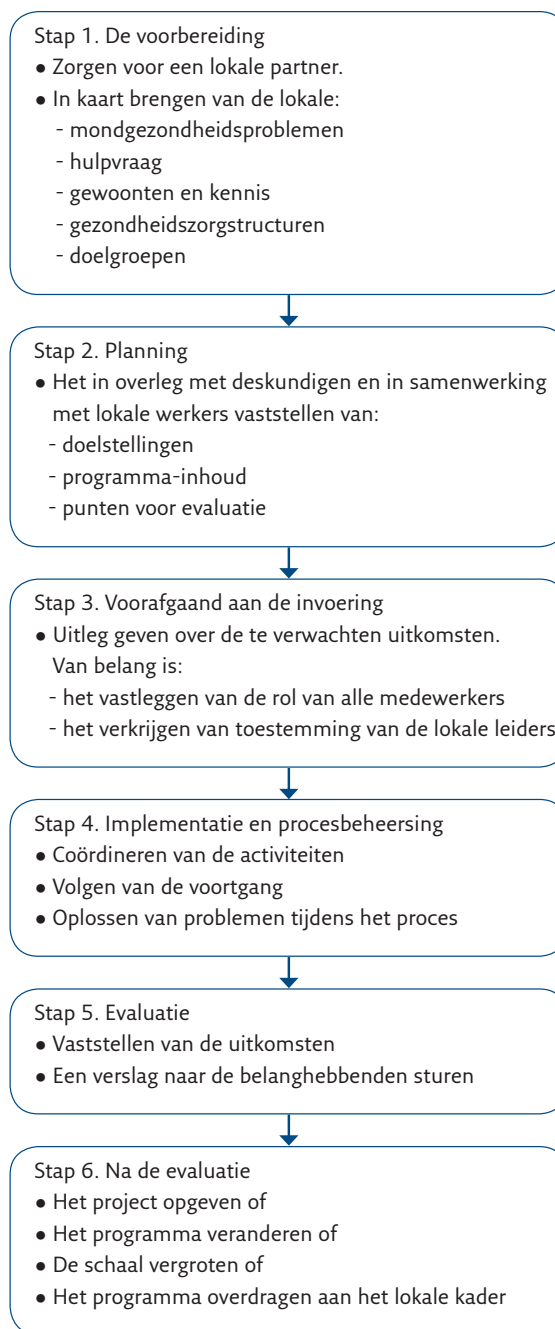
Een onderzoek liet zien dat er weinig zicht was op de kwaliteit en de voortgang van mondzorgprojecten die niet-gouvernementele organisaties opzetten (Benzian en Gelbier, 2002). Hoogst zelden worden mondzorgprojecten van deze organisaties gepland, uitgevoerd en geëvalueerd volgens het systematisch stramien in 6 stappen zoals dat in 2003 is voorgesteld (afb. 3). Er worden veel middelen en tijd in mondzorgvrijwilligerswerk gestoken, maar het blijft helaas onduidelijk welke effecten dit heeft op de mondgezondheid doordat evaluatie ontbreekt.

Op wetenschappelijk bewijs gefundeerde informatie komt voort uit gecontroleerd klinisch onderzoek dat veelal in het westen is uitgevoerd onder optimale omstandigheden en zonder financiële restricties. Een voorbeeld is het bewijs voor de cariëspreventieve waarde van fissuurverzegelingen (Griffin et al, 2008). In ontwikkelingslanden zijn deze interventies echter voor een groot deel van de bevolking niet haalbaar. Als toch fissuurverzegelingen worden

- Hoe kunnen extracties worden verricht met een beperkt aantal instrumenten?
- Hoe kunnen restauraties worden gemaakt zonder draaiend instrumentarium?
- Hoe kan de hygiëne worden gewaarborgd zonder elektriciteit?
- Hoe om te gaan met medisch afval in een veldsituatie?
- Welke fluoridetandpasta moet worden aanbevolen?

Tabel 1. Vragen om te bepalen hoe zorgverleners de zorg kunnen laten aansluiten bij de bestaande situatie.

### Visie



Afb. 3. Schema van de 6 stappen bij het opzetten en uitvoeren van een project.

aangebracht, maar onder onvoldoende condities, is de kwaliteit zo slecht dat de preventieve waarde nihil is (Chinnock et al, 2005). In de literatuur wordt het onderscheid tussen wetenschappelijk bewijs en haalbaarheid vaak niet duidelijk gemaakt (Jordan et al, 2008).

In een hypothetisch ideaal geval wordt eerst het mondgezondheidsprobleem gedefinieerd, om daarna een strategie met op wetenschappelijk bewijs gefundeerde interventies uit te stippelen om het probleem op te lossen. Maar zo gaat het in werkelijkheid helaas niet. Zelfs als zulke interventies de basis vormen van voorgesteld beleid is dat nog geen garantie dat het ook wordt uitgevoerd. Het maken van

beleid is een verward en gecompliceerd, niet-rechtlijnig proces, waarin de vraag of handelingen bewezen effectief zijn slechts 1 van de vele componenten is. Daarbij spelen ten minste 4 i's een rol: 1. 'ideas', interventies op basis van wetenschappelijk bewijs, 2. 'institutions', bestaande regelgeving en mandaten van ministeries en andere participerende organisaties, 3. 'interests', prikkels en drijfveren van partners om wel of niet mee te doen en 4. 'incidents', plotselinge veranderingen in de economische situatie of een inspirerend voorbeeld van een werkend publiek preventieprogramma (John, 2000). Deze 4 i's bepalen of een voorgesteld beleid uiteindelijk wordt uitgevoerd.

Een bijkomend probleem is het ontbreken van consistente voorstellen ('ideas') in de mondiale mondzorg. Er bestaat geen eenduidige visie, maar wel een bizarre variatie aan nationale richtlijnen over bijvoorbeeld mondhygiene (Pires et al, 2011). Om als Nederlandse organisatie in een ontwikkelingsland aanbevelingen te doen, is kennis van lokale richtlijnen, als die tenminste bestaan, wenselijk. Aanbevelingen die niet sporen met bestaande richtlijnen hebben geen kans van slagen. Zo kreeg in Macedonië het voorstel om kinderen op school te laten tandenpoetsen met fluoridetandpasta geen enkele respons omdat daar landelijk een schoolprogramma met gefluorideerde melk was gestart.

## Vooruitblik

In het tweede deel van dit artikel, in het komende aprilnummer, worden aandachtspunten voor de voorbereiding en de uitvoering van mondzorgvrijwilligerswerk besproken die de effectiviteit van het vrijwilligerswerk gunstig beïnvloeden.

## Literatuur

- \* Baelum V, Palenstein Helderman van WH, Hugoson A, Yee R, Fejerskov O. A global perspective on changes in the burden of caries and periodontitis: implications for dentistry. *J Oral Rehabil* 2007; 34: 872-906.
- \* Barber M, Bowie C. How international NGOs could do less harm and more good. *Dev Pract* 2008; 18: 748-754.
- \* Benizian H, Gelbier S. Dental aid organisations: baseline data about their reality today. *Int Dent J* 2002; 52: 309-314.
- \* Benizian H, Jean J, Palenstein Helderman van WH. Illegal oral care: more than a legal issue. *Int Dent J* 2010; 60: 399-406.
- \* Benizian H, Hobdell M, Holmgren C, Yee R, Monse B, Barnard JT, Palenstein Helderman van WH. Political priority of global oral health: an analysis of reasons for international neglect. *Int Dent J* 2011; 61: 124-130.
- \* Chinnock P, Siegfried N, Clarke M. Is evidence-based medicine relevant to the developing world? *Evid Based Complement Alternat Med* 2005; 2: 321-324.
- \* Chu CH, Lo EC. A review of sodium fluoride varnish. *Gen Dent* 2006; 54: 247-253.
- \* Griffin SO, Oong E, Kohn W, Vidakovic B, Gooch BF, et al. The effectiveness of sealants in managing caries lesions. *J Dent Res* 2008; 87: 169-174.
- \* Illich I. To hell with good intentions. Speech to the Conference on Inter-American Student Projects (CIASP) Mexico 1968. [www.swaraj.org/illich\\_hell.htm](http://www.swaraj.org/illich_hell.htm), geraadpleegd 12-9-2011.

## Visie

- \* John P. *Analyzing public policy*. London: Continuum International Publishing Group, 2000.
- \* Jordan RA, Markovic L, Gaengler P. Fluoride availability from natural resources in the Gambia- implications for oral health care. *Int Dent J* 2008; 58: 237-242.
- \* Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 231-235.
- \* Lembariti BS, Weijden van der GA, Palenstein Helderman van WH. The effect of a single scaling with or without oral hygiene instruction on gingival bleeding and calculus formation. *J Clin Periodontol* 1998; 25: 30-33.
- \* Marmot M, Bell R. Social determinants and dental health. *Adv Dent Res* 2011; 23: 201-206.
- \* Pires AP, Nadanovsky P, de Oliveira BH. Inconsistencies in recommendations on oral hygiene practices for children by professional dental and paediatric organisations in ten countries. *Int J Paediatr Dent* 2011; 21: 223-231.
- \* World Health Organisation. Commission on social determinants of health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008. [www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index) geraadpleegd 12-9-2011.

## Summary

### Oral health care volunteering in developing countries 1. More than charity

*Although limited in extent, oral health care volunteering in developing countries can contribute to sustainable improvement of oral health. However, it is questionable whether traditional care delivery based on the Western model, which many volunteers apply, has a sustainable effect and, presumably, it has negative consequences for the local health care system in many developing countries. Four i's should be involved when trying to make tactful policy: 1. 'ideas', evidence-based interventions, 2. 'institutions', current regulatory processes and approvals of governments and participating societies, 3. 'interests', incentives and motives of societies to collaborate, 4. 'incidents', unexpected economic alterations in the country or an inspiring successful public prevention programme.*

### Bron

W.H. van Palenstein Helderman<sup>1</sup>, J.J.W. Huddleston Slater<sup>1</sup>, P. van Vugt<sup>1</sup>, A.G.M. Rietmeijer<sup>1,2</sup>

Uit <sup>1</sup>Dental Health International Nederland en <sup>2</sup>Ivoren Kruis

Datum van acceptatie: 23 januari 2012

Adres: W.H. van Palenstein Helderman, Nieuwegracht 38, 3512 LS Utrecht  
[w.vanpalenstein@gmail.com](mailto:w.vanpalenstein@gmail.com)

### Dankwoord

Met dank aan prof. dr. M.A.J. Eijkman voor zijn kritische commentaar.