

KANSEN VOOR INNOVATIES IN DE PREVENTIEVE ZORG, KANSEN VOOR DE MONDZORG

OPENBARE LES

25 JANUARI 2018

DR. KATARINA JERKOVIĆ-ĆOSIĆ

KENNISCENTRUM

GEZOND EN DUURZAAM LEVEN

LECTORAAT

INNOVATIES IN PREVENTIEVE ZORG



HOGESCHOOL
UTRECHT

KANSEN VOOR INNOVATIES IN DE PREVENTIEVE ZORG, KANSEN VOOR DE MONDZORG

OPENBARE LES
25 JANUARI 2018
DR. KATARINA JERKOVIĆ-ĆOSIĆ

KENNISCENTRUM
GEZOND EN DUURZAAM LEVEN
LECTORAAT
INNOVATIES IN PREVENTIEVE ZORG

1. INLEIDING 5

De uitdagingen in preventie, beleid en organisatie 7

Doelen en positionering van het lectoraat 10

2. PREVENTIE: DEFINITIE, INDELINGEN EN EFFECTEN 13

Indelingen van preventie 13

De effecten van preventie 17

3. RISICOGROEPEN IN DE MONDZORG 23

Mensen met een lage sociaaleconomische status 23

Kinderen 24

Kwetsbare ouderen 25

4. WAAR LIGGEN DE KANSEN VOOR PREVENTIE? 29

Ontwikkelingen in zorgdomein en onderwijs 29

Gezondheidsvaardigheden 32

5. DE KANSEN BENUTTEN - HET ONDERZOEKSPROGRAMMA 37

Het lectoraat en het onderwijs 37

Screening en vroegsignalering 38

Interprofessionale aanpak van preventie 41

Integratie mondpreventie in de gezondheidszorg 43

Lectoraat en werkveld 45

TOT SLOT 49

Curriculum vitae 53

Literatuurlijst 54

Colofon 59

**“IN DE ZORG ZIJN WE
VAAK AAN HET ‘DWEILEN
MET DE KRAAN OPEN’.**

**IK WIL GEEN BETERE
DWEIL,, IK WIL DE KRAAN
DICHTDRAAIEN..”**

1 / INLEIDING

Mensen leven steeds langer. Daarnaast kampen steeds meer mensen met een of meerdere (chronische) aandoeningen. Veel van deze ziekten zijn de zogenaamde welvaartsziekten zoals kanker, diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten en obesitas. Al deze ziekten zijn gerelateerd aan een ongezonde leefstijl. Dit vraagt om preventie ter beïnvloeding van leefstijl en gedrag.

Na roken draagt ongezonde voeding het meeste bij aan de kans op overlijden. Wereldwijd is zelfs een op de vijf doden een gevolg van slechte voeding (The Lancet 2017). Voor het eerst in de geschiedenis sterven er meer mensen aan te veel eten dan aan te weinig eten (Harari 2017). Of zoals Harari stelt: "In de vroege eenentwintigste eeuw gaat de gemiddelde mens eerder dood aan de te grote porties McDonalds dan aan droogte, ebola of aanslagen van Al Qaida." In 2016 was helft van het totale aantal Nederlanders te zwaar (Body Mass Index – BMI > 25) en 14,2% heeft obesitas (BMI > 30) (Leefstijlmonitor CBS 2016). Naast de grote kans op overlijden ervaren mensen met een ongezonde leefstijl vaak een lagere kwaliteit van leven. Ook is voor hen de kans groot om door de ziektebeperkingen niet optimaal in de maatschappij te kunnen participeren.

De belangrijkste mondziekten zoals cariës (tandbederf), parodontitis (tandvleesontsteking) en mondkanker, worden net als bovengenoemde welvaartsziekten veroorzaakt door een ongezonde leefstijl en zijn door middel van preventie te voorkomen (RVZ 2011). En toch is cariës wereldwijd de meest voorkomende chronische ziekte bij kinderen, het komt vijf maal vaker voor dan astma (Benjamin 2010). Ongeveer 50% van alle Europeanen lijdt aan enige vorm van tandvleesontsteking en 10% lijdt aan een vergevorderde vorm van parodontitis (Patel 2012). Mondkanker is de twaalfde meest voorkomende soort kanker in Europa. Verhoudingsgewijs is het aantal mensen met cariës, tandvleesontstekingen en mondkan-

ker in Nederland vergelijkbaar met het aantal mensen met deze ziekten in Europa.

Mondgezondheid is onlosmakelijk verbonden met de algemene gezondheid en het algemeen welbevinden. De World Dental Federation (FDI) rapporteert samenhang tussen orale manifestaties en ruim honderd verschillende systemische aandoeningen (Glick e.a. 2012). Ondanks het gebrek aan studies die een oorzakelijk verband hebben aangetoond, is er een groot aantal studies die ziekten als diabetes, hart- en vaatziekten en reumatoïde artritis in relatie brengen met slechte mondgezondheid (Patel 2012). Bij ouderen is een slechte mondgezondheid een van de belangrijkste oorzaken van ondervoeding. Ernstige tandvleesontsteking bij een zwangere vrouw kan tot vroeggeboorte leiden.

“SAMENHANG TUSSEN DE ORALE MANIFESTATIES EN SYSTEMISCHE ZIEKTEN IS AANWEZIG BIJ MEER DAN HONDERD VERSCHILLENDE ZIEKTEBEELDEN.”

Een groot deel van de Nederlandse bevolking gaat minimaal één keer per jaar naar een tandarts of mondhygiënist voor een controle. Toch is mondzorg in Nederland nog steeds veelal gericht op curatie en minder op preventie (Gezondheidsraad 2012). Het overgrote deel van de geleverde mondzorg is gericht op herstel, terwijl veel minder activiteiten zijn gericht op het voorkomen van mondziekten, door bijvoorbeeld aanpassing in de leefstijl of mondverzorging. In de zorg zijn we dus vaak aan het ‘dweilen met de kraan open’, maar ik wil geen betere dweil, ik wil de kraan dichtdraaien.

De noodzaak voor preventie wordt steeds duidelijker. Een van de redenen is de enorme stijging van de zorgkosten. In veertien jaar tijd zijn deze kosten verdubbeld, met een totaal bedrag van € 94,2 miljard aan zorgkosten in 2014 (Badir 2014). Dit komt onder meer doordat mensen steeds ouder worden en door alle medische en

technologische mogelijkheden om mensen langer in leven te houden. Toch gaat nog steeds maar een klein deel van de zorguitgaven naar preventie. Volgens de bronnen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) ging in 2012 slechts 3% (2,5 miljard euro) van de totale zorguitgaven naar preventie, bijvoorbeeld naar vaccinatie, screening, tandartscontrole en preventieve medicatie. Daarnaast is er ongeveer 10 miljard euro besteed aan gezondheidsbescherming zoals bestrijding van luchtverontreiniging en bevordering van de verkeersveiligheid. Ongeveer een half miljard wordt uitgegeven aan gezondheidsbevorderende maatregelen als leefstijlvoorlichting (Post, De Bekker-Grob, Mackenbach & Slobbe 2010). Van de totale zorgkosten gaat ongeveer 3,6 miljard euro naar de mondzorg.

“SLECHTS EEN KLEIN DEEL VAN DE ZORGITGAVEN GAAT NAAR PREVENTIE.”

In 2011 bedroegen de zorgkosten voor gebitsafwijkingen 4% van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland. Van de kosten voor gebitsafwijkingen werd het overgrote deel (65%) besteed aan cariës (tandbederf). Cariës staat hiermee in de top tien van diagnosen met de hoogste zorgkosten in 2011. De hoge kosten voor de mondzorg zijn voornamelijk terug te voeren op het veelvuldig restaureren van gebitten die op jonge leeftijd aangedaan zijn door tandbederf.

De uitdagingen in preventie, beleid en organisatie

Het belang van preventie wordt breed in de maatschappij onderkend en steeds meer stappen worden gezet om de preventie een prominentere plek in de gezondheidszorg te geven. In 2014 is ‘Alles is Gezondheid’, een onderdeel van het Nationaal Programma Preventie (NPP), gestart met als doel een vermindering van de groei van het aantal mensen met een chronische ziekte en het verkleinen van de grote gezondheidsverschillen tussen hoog- en laagopgeleiden. Binnen dit richtinggevend beleidskader maken gemeenten, verzekeraars, zorgaanbieders en maatschappelijke organisaties hierover afspraken voor de lange termijn, waardoor

preventie daadwerkelijk een prominente plek krijgt in de gezondheidszorg. In het kader van het Nationaal Programma Preventie wordt door 'Gezond in...' in inmiddels 164 gemeenten gewerkt aan het terugdringen van gezondheidsverschillen. Dit stimuleringsprogramma wordt gefaciliteerd door Pharos en Platform 31. In het regeerakkoord van het kabinet Rutte III worden extra middelen gereserveerd voor preventie en gezondheidsbevordering. Naast de bewezen maatregelen in de vorm van ziektebestrijding worden maatregelen genomen om te bevorderen dat de bewezen effectieve interventies, bijvoorbeeld de inzet van voeding en leefstijlinterventies, in gezondheidsopleidingen en richtlijnen worden opgenomen (Regeerakkoord 2017). Bij gebrek aan kennis over de effectiviteit van preventie ondersteunt dit kabinet aanvullend onderzoek hiernaar.

“DE MANIER WAAROP DE ZORG NU GEORGANISEERD EN GEFINANCIERD IS VORMT EEN BELEMMERING VOOR INNOVATIES EN DE IMPLEMENTATIE VAN BEWEZEN PREVENTIEVE INTERVENTIES.”

De weg om de preventie een prominente plaats binnen de maatschappij te geven kent ook uitdagingen. De versnipperde regelgeving en financiering van de preventie zijn hier voorbeelden van. De voormalige minister van VWS rapporteerde in 2016 aan de Tweede Kamer drie belangrijkste knelpunten in de plannen voor het zorgstelsel rondom preventie. De eerste betreft de onduidelijkheid over het invullen van verantwoordelijkheden binnen de vijf wetten waar preventie een rol speelt: Wet publieke gezondheid (Wpg), Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. De uitvoering van deze wetten ligt gedeeltelijk bij gemeenten en gedeeltelijk bij de zorgverzekeraar. Het tweede knelpunt is de ingewikkelde samenwerking tussen deze partijen, die mede het



gevolg is van de onduidelijkheid in de invulling van de genoemde wetten en het principe van marktwerking dat is ingevoerd in het zorgveld. Het derde knelpunt is de fragmentatie en het domeindenken, vooral in de verwachtingen over kosten en baten; bijvoorbeeld dat de baten (vaak) niet terecht komen bij de partijen die de kosten maken (VWS 2016). VWS noemt verder dat het gebrek aan kennis over de kosteneffectiviteit van preventieve interventies een complicerende factor is.

Doelen en positionering van het lectoraat

Het lectoraat Innovaties in preventieve zorg draagt bij aan de missie van het Kenniscentrum Gezond en Duurzaam Leven, die luidt: “We stellen alle mensen in staat om gezond en duurzaam te leven in de stedelijke omgeving”. Het lectoraat richt zich hierbij voornamelijk op het bevorderen van de gezonde leefstijl en de zelfredzaamheid van mensen. Onder zelfredzaamheid wordt verstaan de capaciteit

van een mens om zijn of haar leven zelfstandig te kunnen leiden, al of niet met ondersteuning, opdat hij of zij optimaal kan deelnemen aan de maatschappij, in overeenstemming met zijn of haar wensen en mogelijkheden. Aan deze definitie ligt onder meer het gezondheidsconcept van Huber e.a. (2011) ten grondslag: "Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven." Het lectoraat ontwikkelt kennis en draagt oplossingen aan voor de relevante praktijkvragen. Zo willen wij bijdragen aan het bereiken van de optimale gezondheid van alle burgers in een gezonde omgeving.

Het lectoraat Innovaties in preventieve zorg vindt zijn oorsprong in het vakgebied mondzorg en wordt verder uitgebreid met onderzoeken binnen andere disciplines. Preventie is de basis van het handelen van de mondhygiënist; diens activiteiten zijn immers gericht op gedragsverandering, het aanleren van een gezonde leefstijl en het vergroten van de zelfredzaamheid van de patiënt. De focus van het lectoraat is gericht op bevordering en evaluatie van preventieve zorg die de zelfredzaamheid van de burger beogen te vergroten en de gezondheid en kwaliteit van leven van de burger beogen te verbeteren. Hierbij richt het lectoraat zich op een breed scala aan disciplines in de preventieve zorg, waaronder diëtist, logopedist, verpleegkundige, huisarts, optometrist en fysiotherapeut.

Het vertrekpunt voor veel van onze activiteiten wordt gevormd door de problemen in de mondgezondheid en het mondzorggedrag. Met name ongezonde voeding en een te hoog aantal eetmomenten per dag tasten de mondgezondheid aan. Vandaar dat veel preventieve interventies in de mondzorg, naast adequate mondverzorging, ook het aanleren van een gezond eetgedrag als doel hebben. De interventies vanuit de mondzorg zullen ook andere zorgdisciplines raken. Ook door het verband tussen mondgezondheid en de algemene gezondheid zal de impact van de mondzorginterventies zich niet beperken tot mondzorg en mondgezondheid alleen, maar juist zijn uitwerking hebben op andere aspecten van gezondheid.

Op basis van bovenstaande uitdagingen in de preventie en de doelen van het lectoraat is de centrale vraag in deze openbare les: waar liggen de kansen voor de bevordering van gezondheid van mensen en hoe gaan we deze benutten in ons onderzoek en onderwijs samen met de beroepspraktijk? Binnen deze vraag richten we ons specifiek op het bevorderen van een gezonde leefstijl en van zelfredzaamheid.

Om te beginnen staan we in hoofdstuk 2 stil bij het begrip preventie, bij verschillende indelingen van preventie en bij mogelijke effecten van preventie. In hoofdstuk 3 worden de risicogroepen ten aanzien van de mondgezondheid besproken met ieder specifieke uitdagingen voor preventie. Om deze uitdagingen aan te gaan introduceer ik in hoofdstuk 4 enkele kansen voor innovaties in de preventieve zorg voor praktijk, onderwijs en onderzoek. In het laatste hoofdstuk geef ik in het onderzoeksprogramma van het lectoraat aan wat de strategie is om deze kansen te gaan benutten en waar en hoe we dat willen gaan doen.

Innovatie in de zorg is breder dan zorgvernieuwing op basis van technologie. Binnen het lectoraat gebruiken we de brede definitie van zorginnovatie van Hermans en Franken (2010).

Zorginnovatie is:

- een initiatief om anders en vernieuwend zorg te verlenen;
- als antwoord op huidige en toekomstige uitdagingen in de zorg en in de samenleving;

gestuurd door:

- de participatie van de gebruiker;
- de creatie, de transfer en de valorisatie van nieuwe kennis;
- netwerken in en over de grenzen van een bepaalde sector;

waardoor:

- transformatieprocessen op gang worden gebracht;
- generieke en gebruikersgerichte zorgdoelen gerealiseerd worden: levenskwaliteit, zelfredzaamheid, participatie, verbondenheid en inclusie.

**“I SAVED THE LIVES
OF 150 PEOPLE
THROUGH HEART
TRANSPLANTATIONS.
IF I HAD CARED ABOUT
PREVENTATIVE MEDICINE
EARLIER, I WOULD
HAVE SAVED 150
MILLION PEOPLE.”**

**PROF. CHRISTIAAN BARNARD, HARTCHIRURG; HIJ VOERDE DE
EERSTE MENS TOT MENS HARTTRANSPLANTATIE UIT.**

2 / PREVENTIE: DEFINITIE, INDELINGEN EN EFFECTEN

In de gezondheidszorg wordt preventie als actie of serie maatregelen gezien om ervoor te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Preventieve interventies kunnen op verschillende locaties uitgevoerd worden, vooral in de zorg, maar ook op school, in de wijk en op de werkplek (RIVM 2015).

In de geschiedenis van de gezondheidszorg heeft preventie een enorme groei doorgemaakt. Om te beginnen met publieke voorzieningen als schoon drinkbaar water, hygiënische maatregelen zoals de verwerking van afval en vaccinaties ter preventie van allerlei ziektes, tot aan verschillende maatregelen gericht op het terugdringen van individuele risico's, bijvoorbeeld om mensen van het roken af te helpen. Binnen de zorg is in de loop van de afgelopen drie decennia langzaam maar zeker het accent verschoven van het genezen van ziekten en het behalen van maximale zorgresultaten, naar het behoud van gezondheid. Momenteel speelt in de praktijk van preventie het aanleren van een gezonde leefstijl een belangrijke rol. Preventie draagt bij aan het vergroten van de bewustwording van mensen, bevordert de zelfzorg en een gezonde leefstijl, waarmee wordt geïnvesteerd in een optimale gezondheid op lange termijn. Door gerichte nadruk op preventie en het aanleren van een gezonde leefstijl hopen we ook de participatie van mensen in de maatschappij te bevorderen.

Indelingen van preventie

Er zijn verschillende manieren om preventie in te delen. De meest bekende zijn indelingen naar fase van ziekte, type doelgroep, type maatregel en methode van uitvoering.

Fase van ziekte

De meest gebruikte indeling is gebaseerd op de fase van ziekten. *Primaire preventie* heeft als doel om ziekten te voorkomen door het wegnemen van de oorzaak bij de gezonde populatie. *Secundaire preventie* beoogt ziektes in een vroeg stadium op te sporen bij mensen die ziek zijn maar dit nog niet weten. *Tertiaire preventie* richt zich op mensen met een ziekte om tekorten in de gezondheidstoestand en/of de zelfredzaamheid op te heffen, te reduceren en/of te compenseren.

Type doelgroep

Daarnaast bestaat een indeling op basis van doelgroep. *Universele preventie* is gericht op het behouden van de gezondheid van de gezonde bevolking. *Selectieve preventie* richt zich op het voorkomen van ziekten bij personen met een of meerdere risicofactoren voor een bepaalde ziekte. Geïndiceerde preventie pakt de beginnende klachten aan om de verergering van de aandoening te voorkomen. *Zorggerelateerde preventie* probeert te bereiken dat een bestaande aandoening niet leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte.

Type maatregel

Maatregelen worden onderverdeeld in de typen ziektepreventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming. Voorbeelden van ziektepreventie zijn screening, vaccinaties en preventieve medicatie. Gezondheidsbevordering richt zich op het bevorderen van een gezonde leefstijl en gezonde sociale en fysieke omgeving. Kwaliteitsbewaking van drink- en zwemwater, afvalverwijdering en verkeersveiligheid zijn voorbeelden van gezondheidsbescherming.

Methode van uitvoering

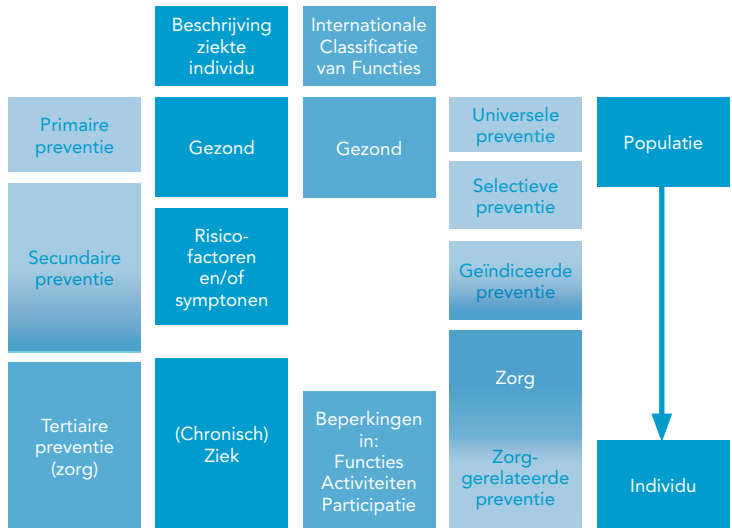
Op basis van methode van uitvoering kennen we *vijf pijlers*:

- 1 Inrichting van de fysieke en sociale omgeving, zoals rookvrije schoolpleinen;
- 2 Regelgeving en handhaving, zoals wetten en vergunningen;
- 3 Voorlichting en educatie aan groepen, zoals lesprogramma's en landelijke publiekscampagnes;

- 4 Signalering en individueel advies, zoals preventieconsult en landelijke screeningsprogramma's;
- 5 bv. preventieve groepscurssussen in de ggz of beweegprogramma's.

Het onderstaande schema is gebaseerd op twee gangbare indelingen binnen het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)-model. In dit schema is de geleidelijke overgang te zien van preventie op een populatieniveau binnen primaire en universele preventie, tot een individueel niveau van preventie binnen tertiaire en zorggerelateerde preventie (Kroes e.a. 2007).

Schematische weergave van enkele indelingen van preventie.

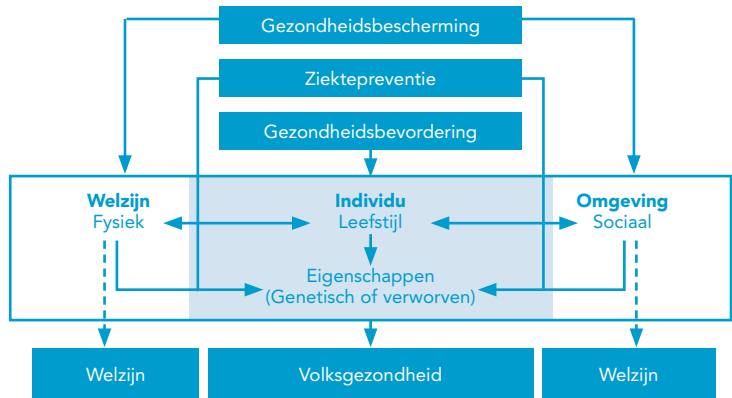


Een ander conceptueel model van preventie is gebaseerd op het type maatregel en laat tevens de relatie zien tussen volksgezondheid en welzijn (Post, De Bekker-Grob, Mackenbach & Slobbe 2010).

Dit model (zie pagina 16) laat zien dat een ongezonde leefstijl niet op zichzelf staat, maar samenhangt met de fysieke en sociale omgeving. Hiermee wordt de noodzakelijke samenwerking tussen

gezondheidszorg en welzijn in de interventies om leefstijl te beïnvloeden benadrukt. Vanuit gezondheidszorgperspectief vormen in het meest ideale geval de fysieke en sociale omgeving altijd een onderdeel van de preventieve interventies gericht op het aanleren van een gezonde leefstijl. Er zijn al voorbeelden van succesvolle interventies waarbij (simpele) aanpassingen in de fysieke omgeving tot een verandering in de leefstijl hebben geleid. Bijvoorbeeld: het inrichten van meer speelruimtes in de wijk bevordert het buitenspelelen en dringt daarmee ook de cijfers van kinderen met overgewicht omlaag (Vreke, Donders, Langers, Salverda & Veeneklaas 2006). Ook dienen we ons door dit model te realiseren dat successen om leefstijl te veranderen afhankelijk zijn van de prioriteit van andere problemen die zich voordoen. Bijvoorbeeld: voor een alleenstaande, werkloze, laagopgeleide vrouw met drie kleine kinderen heeft tandenpoetsen met een elektrische tandenborstel niet echt de hoogste prioriteit.

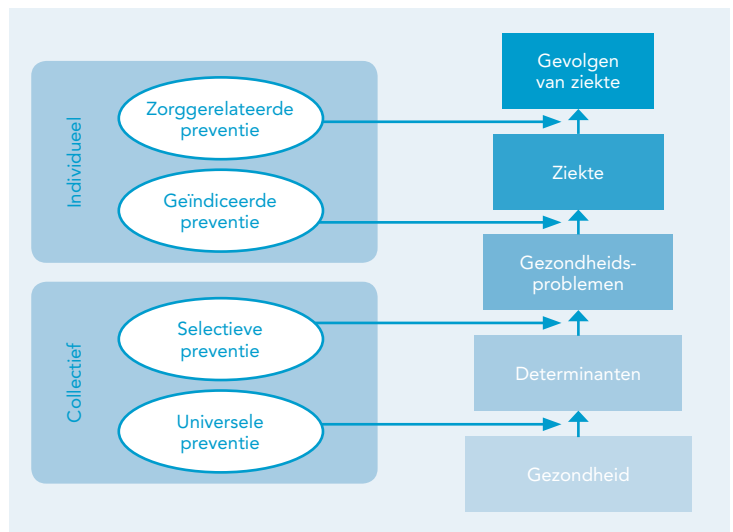
Conceptueel model
van preventie
(Post, De Bekker-Grob,
Mackenbach & Slobbe,
RIVM 2010).



In de mondzorg is de indeling van preventie op basis van fase van ziekte nog steeds het meest gangbaar. Primaire preventie vindt veelal plaats in de vorm van advies en voorlichting over mondzorg bij gezonde mensen. Hierbij wordt duidelijk onderscheid gemaakt in individuele en collectieve preventieve maatregelen.

Onder de secundaire preventie valt bijvoorbeeld het toedienen van extra fluoride of het aflakken van de fissuren in de kiezen om cariës te voorkomen bij mensen met de eerste tekenen van ziekte. Tertiaire preventie omvat het stoppen van het ziekteproces door (curatief) in te grijpen en functieverlies te voorkomen.

Preventie-indelingen weergegeven in een doelenboom (Van der Lucht & Polder 2010).



Binnen het lectoraat hanteren we de indeling van preventie op basis van doelgroep. Daarbij zal het grootste deel van onze activiteiten gericht zijn op universele en selectieve preventie en een kleiner deel op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie (zie schema op deze pagina).

De effecten van preventie

Preventie wordt vaak ongevraagd aangeboden aan mensen die (nog) geen klachten hebben. Daarom is het van enorm groot belang dat er bewijs beschikbaar is over de ingezette preventieve maatregelen. Uit onderzoek blijkt dat preventie grote baten heeft in de zin van langer genieten van het leven en langer optimaal meedoen in de maatschappij (Rijksoverheid 2013).

Ook zou preventie op termijn bijdragen aan een besparing van kosten in de gezondheidszorg en daarmee aan een economisch verantwoorde organisatie van de zorg.

Echter, van de drie verschillende typen maatregelen (ziektepreventie, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering) blijkt er alleen voor ziektepreventie voldoende bewijs van kosteneffectiviteit te zijn. Veel van de onderbouwde kosteneffectieve preventieve interventies in Nederland betreffen maatregelen zoals bevolkingsonderzoeken, screenings en vaccinaties (Van der Berg, De Wit, Vijgen, Busch & Schuit 2008; Van Gils, Tariq, Hamberg-van Reenen & Van den Berg 2009). Voor gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering is er minder bewijs over kosteneffectiviteit. Gezondheidsbescherming, bijvoorbeeld controle op hoeveelheid straling in de lucht, wordt op populatieniveau ingezet en het is daarom vaak niet goed vast te stellen wat de gezondheidseffecten zijn die toegeschreven kunnen worden aan deze maatregel. Binnen gezondheidsbevordering is er vooral op het terrein van leefstijlbevordering nog veel behoefte aan kennis over kosteneffectiviteit.

“DE SUCCESSEN VAN PREVENTIE LIJKEN TE STAGNEREN BIJ DE BEÏNVLOEDING VAN DE GEZONDE LEEFSTIJL.”

Collectief zijn mensen groot voorstander van preventie, maar niemand zit te wachten op ongevraagde adviezen over leefstijl. Dat is ook de reden dat de deelname aan en het effect van vaccinaties, screeningsprogramma's of bevolkingsonderzoek, veel groter zijn dan bij een programma gericht op gedragsverandering (Koopmans e.a. 2012). Een andere reden is dat het gedrag van mensen complex is, wat verandering in het gedrag bewerkstelligen soms ontzettend lastig maakt. Over mogelijke factoren die een rol spelen bij gedragsverandering op het gebied van gezondheid, zijn al verschillende theorieën ontwikkeld en onderzoeken gedaan (Brug,

Assema & Van Lechne 2007). Naast kennis bepalen andere interne factoren, zoals risicoperceptie, attitude en verwachting van de eigen effectiviteit, het gedrag van mensen. Daarnaast zijn er externe factoren die een grote rol spelen, zoals sociale druk, sociale omgeving en randvoorwaarden in de samenleving. De vele factoren die van invloed kunnen zijn op gedragsverandering maken het lastig om een effectieve interventie in te zetten.

Onder de meeste mondzorgprofessionals is het gedragsmodel 'Theory of Planned behaviour' redelijk bekend. Er komen echter steeds meer studies die bewijzen dat dit model mogelijk achterhaald is. Uit een recente systematische review met meta-analyse naar psychosociale factoren die het mondhigiënegedrag bij personen van 9 tot 19 jaar beïnvloeden, komt naar voren dat naast de welbekende factoren zoals kennis, attitude en intentie (zoals verondersteld in de Theory of Planned Behaviour) de factoren coping self-efficacy, action planning en coping planning nog meer van invloed zijn om de intention-behaviour gap te overbruggen (Scheerman e.a. 2016). Een model dat inspeelt op deze intention-behaviour gap is het Health Action Process Approach (HAPA) gedragsmodel (Scholz, Sniehotta & Schwarzer 2005; Sniehotta, Schwarzer, Scholz & Schüz 2005; Schwarzer 2008). Onderzoeken naar de toepassing van dit model binnen de mondzorg zijn zeer schaars, maar lijken veelbelovend (Schüz e.a. 2007; Schwarzer, Antoniuk & Gholami 2014).

Naast de behoefte aan meer onderzoek naar kosteneffectiviteit in het algemeen binnen preventie, pleit het Nationaal Programma Preventie ook voor onderzoek naar het effect van interprofessionele interventies, gericht op gemeenschappelijke verklaringen van verschillende risicofactoren. Ook zou er meer onderzoek moeten komen naar het langetermijneffect van lopende interventies. Daarnaast wordt er in het huidige onderzoek naar de effecten van preventie amper gekeken naar de effecten op maatschappelijke participatie en de mate van zelfredzaamheid (Van der Berg, Post, Hamburg-van Reenen, Baan & Schoemaker 2014).

Het onderzoek binnen de Nederlandse mondzorg is voornamelijk gericht op de curatieve oplossingen. Voor veel preventieve maatregelen is weinig tot geen bewijs. Binnen de preventie in de mondzorg wordt meer onderzoek gedaan naar bijvoorbeeld toepassingen van preventieve middelen (bijvoorbeeld fisuurlak en fluoride-applicaties) in de individuele zorg. Het onderzoek is minder gericht op doelmatigheid, langetermijneffecten van preventieve interventies en bijdragen van de verschillende professionals aan doelmatige preventieve zorg (Gezondheidsraad 2012). Dit is mede de oorzaak van veel niet-verklaarbare behandelvariatie tussen de zorgverleners in de mondzorg, tevens een aanwijzing dat de doelmatigheid van de zorgverlening niet altijd gewaarborgd is (Gezondheidsraad 2012). De investeringen in de ontwikkeling van richtlijnen en kwaliteitsindicatoren sinds 2012, stuiten op veel belemmeringen binnen de beroepsgroepen in de mondzorg en hebben daarom tot nu toe helaas beperkte resultaten geboekt.

Samenvattend: er is behoefte aan meer kennis en inzicht in de (kosten)effectiviteit van preventieve interventies, vooral interventies gericht op leefstijlverandering, langetermijneffecten en effecten van geïntegreerde interventies vanuit een interprofessionele aanpak. Meer onderzoek hiernaar zou bevorderen dat preventieve zorg in Nederland een prominenter plek in gezondheidszorg en maatschappij krijgt.

“MONDGEZONDHEID
IS VAAK ONS
VERTREKPUNT VOOR
**ACTIES OM EEN
GEZONDE LEEFSTIJL
EN ZELFREDZAAMHEID
TE BEREIKEN.”**

3 / RISICOGROEPEN IN DE MONDZORG

In het rapport van de Gezondheidsraad (Gezondheidsraad 2012) worden vier risicogroepen in de mondzorg onderscheiden: mensen met een lage sociaaleconomische status (SES), kinderen, kwetsbare ouderen en mensen met onderliggende medische aandoeningen. Deze vier groepen worden ook vaak op andere gezondheidsgebieden als risicogroepen gedefinieerd. Vanuit het lectoraat richten we ons op de eerste drie groepen. Voor deze groepen zijn activiteiten binnen universele en selectieve preventie toepasbaar. Mensen met onderliggende medische aandoeningen zijn al (intensieve) zorggebruikers, waarbij vaak alleen geïndiceerde en zorggerelateerde preventie toegepast wordt. In onze aanpak beschouwen we problematiek vanuit de mondgezondheid vaak als het vertrekpunt voor acties om samen met andere (zorg) professionals bij deze mensen een gezonde leefstijl en zelfredzaamheid te bereiken.

Mensen met een lage sociaaleconomische status

De mondgezondheid van mensen met een lage SES is, net als de algemene gezondheid, over het algemeen slechter dan de mondgezondheid van mensen met een hoge SES. De grootste problemen doen zich al op jonge leeftijd voor. Vandaar dat de jongvolwassenen uit de lage SES al een achterstand hebben ten aanzien van mondgezondheid in vergelijking met de jongvolwassenen uit de hoge SES. Die achterstand valt niet meer in te halen. TNO-onderzoeken naar trends in de mondgezondheid laten in de periode tussen 1995-2013 een afname zien in de cariëserving bij zowel hoog- als laagopgeleiden, waarbij hoogopgeleiden betere mondgezondheid hadden ontwikkeld dan hun laagopgeleide leeftijdsgenoten (Schuller, Vermaire & Verrips 2017).

Internationale studies laten zien dat de effecten van preventieve interventies niet gelijk opgaan voor mensen met verschillende SES. Ondanks alle preventieve maatregelen blijven mensen uit de

lage SES er toch een ongezondere leefstijl op na houden en lijden zij vaker aan (chronische) ziekten (Pampel, Krueger & Denney 2010). Naast de ongezonde leefstijl kampen deze mensen vaker met andere maatschappelijke problemen zoals werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en armoede.

Mensen met een lage SES bezoeken de tandarts of mondhygiënist minder vaak voor controle. Laagopgeleide mensen en mensen met een laag inkomen mijden vaker de tandarts, in vergelijking met hoogopgeleide mensen en mensen met een hoog inkomen. In 2016 heeft ruim één op de vijf Nederlanders (22%) met een laag inkomen een tandartsbezoek gemeden, terwijl hij of zij wel mondzorg nodig had. 21% van deze mensen meed de tandarts uit angst voor verwachte kosten. Achteraf gezien heeft ruim de helft spijt van deze beslissing. In een kwart van de gevallen (23%) zijn de klachten zelfs verergerd met alle (financiële) gevolgen van dien (Nederland Actueel 2016). Verergering van de klachten leidt vaak tot behandelingen die financiële problemen met zich meebrengen. Deze mensen zijn dan vaker geneigd om tanden en kiezen te laten verwijderen, in plaats van bijvoorbeeld enkele honderden euro's te betalen voor een wortelkanaalbehandeling. Dit is een van de redenen dat ouderen uit de lage SES vaker een volledig kunstgebit hebben in vergelijking met ouderen uit de hoge SES.

Kinderen

De mondgezondheid onder kinderen is de laatste jaren niet significant verbeterd. Van de vijfjarige kinderen in Nederland heeft 41% al cariës en 84% van de 23-jarigen heeft één of meerdere gaatjes (Schuller 2013). Bij 10% van de jonge kinderen zijn de tanden zo aangetast dat de complete melkgebitten onder algehele narcose getrokken moeten worden. De grootste problemen zijn aanwezig in de groep kinderen met lage SES en kinderen van migrantenouders. Recent onderzoek in Nederland toont aan dat tot 70% van de cariës bij kinderen voorkomen kan worden door een individuele preventieve aanpak (Vermaire 2013). Kinderen bezoeken echter vaak veel te laat tandarts of mondhygiënist, zodat al gelijk curatief moet worden ingegrepen om het ziekteproces te stoppen.

Kinderen zouden vanaf de doorbraak van hun eerste tandje naar de tandarts of mondhygiënist meegenomen moeten worden. Echter slechts 33% van de vierjarige kinderen is ooit bij een tandarts of mondhygiënist geweest (CBS 2014).

Een deel van het probleem is het gebrek aan kennis bij ouders over het tijdstip van het eerste bezoek. Maar als mondzorgprofessionals beschikken we ook niet over voldoende competenties om deze groep kinderen goed te kunnen behandelen. Tandartsen gaan bijvoorbeeld heel verschillend om met cariës in het melkgebiet. Het preventieprogramma 'Gewoon Gaaf', gebaseerd op het onderzoek van Vermaire (2013), wordt vanuit het Ivoren Kruis in de mondzorgpraktijken geïmplementeerd, maar het ontbreekt aan infrastructuur en gerichte begeleiding in de implementatie van dit programma. Het implementatieproces en de tot nu toe behaalde resultaten worden overigens niet structureel geëvalueerd. Daarnaast wordt er gewerkt aan een in de praktijk toepasbare richtlijn Mondzorg voor Jeugdigen.

Kwetsbare ouderen

Mondgezondheid bij ouderen in Nederland is onder de maat: infecties in de mond en cariës zijn veelvuldige problemen, met als gevolg een vergroot risico op andere systemische aandoeningen, ondervoeding en verminderde kwaliteit van leven (Hoeksema 2016). Bij 80% van de mensen die in verpleeghuizen worden opgenomen is de mondgezondheid onvoldoende (Hoeksema 2014). Een adequate mondverzorging door verzorgenden in deze instellingen schiet vaak tekort, doordat zij niet weten hoe ze de mond moeten reinigen, het vies vinden, of bang zijn om iemand pijn te doen (De Visschere e.a. 2015). De slechte mondhygiëne en mondgezondheid blijven daarom onveranderd gedurende de verdere opname (Hoeksema 2016).

De problemen ontstaan dus al in de thuissituatie. Naarmate thuiswonende ouderen zorgafhankelijker worden kunnen zij vaak onvoldoende hun mond reinigen. Een deel van de zorgafhankelijke ouderen verdwijnt uit het zicht van de mondzorgprofessional.

Waarschijnlijk zijn dat juist de meest kwetsbaren. Hier ligt een grote uitdaging voor de mondzorg. Enkele mondzorgpraktijken leveren zorg aan huis, maar de grotere uitdaging is om begeleiding en hulp te organiseren voor de dagelijkse mondverzorging, voor degenen die niet in staat zijn hun eigen gebit te verzorgen. Hier ligt een taak voor wijkverpleegkundigen, thuiszorgmedewerkers en mantelzorgers. Echter, de mondzorgbehoeften van ouderen zijn ook aan het veranderen, wat het niet makkelijk maakt voor een mantelzorger of een thuiszorgmedewerker om deze zorg uit te voeren. Het aantal ouderen met eigen tanden stijgt en complexe tandheelkundige voorzieningen als orale implantaten, kronen en bruggen, die een hoge mate van zelfzorg vereisen, zijn bij ouderen geen uitzondering meer (Van der Putten, De Baat, De Visschere & Schols 2014).

Daarnaast ontbreekt het aan kennis over de relatie tussen mondgezondheid en kwetsbaarheid bij deze doelgroep. Huidige screeningsinstrumenten voor kwetsbaarheid bij ouderen richten zich op een breed scala van gezondheidsproblemen, echter mondgezondheid is hierin niet opgenomen. Omdat er een nauw verband bestaat tussen mondgezondheidsproblematiek, voedingsstatus en algemene gezondheid, wordt verwacht dat het toevoegen van gegevens over de mondgezondheid van ouderen aan deze screeningsinstrumenten, de voorspelling van kwetsbaarheid zal verbeteren.

**“MEER
INTERPROFESSIOEELLE
SAMENWERKING
TUSSEN T-SHAPED
OPGELEIDE
PROFESSIONALS KAN
PREVENTIEVE ZORG
OP EEN HOGER NIVEAU
BRENGEN.”**

4 / WAAR LIGGEN DE KANSEN VOOR PREVENTIE?

Het is duidelijk geworden dat de genoemde risicogroepen effectieve preventie nodig hebben om hun mondgezondheid en daarmee ook algemene gezondheid te verbeteren. Gerichte interventies om de leefstijl en zelfredzaamheid te verbeteren zouden hieraan bijdragen. Maar waar liggen de kansen voor innovaties in de preventie bij mensen met een lage sociaaleconomische status, kinderen en kwetsbare ouderen?

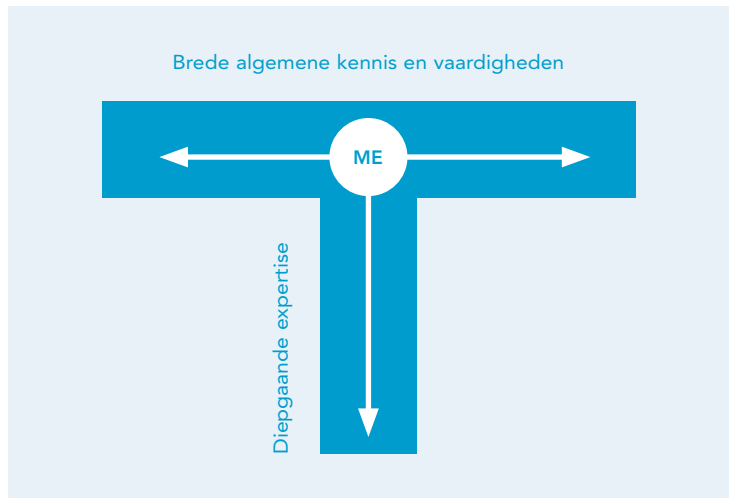
Ontwikkelingen in zorgdomein en onderwijs

De zorgsector verandert snel. Men is op zoek naar een effectieve en efficiënte manier van zorg aanbieden die aan de toekomstige zorgvraag kan voldoen. Het Sociaal Cultureel Planbureau voorspelt dat in 2030 20% van de beroepsbevolking in de zorg moet werken om iedereen van zorg te voorzien. De oplossingen worden gezocht in de wijkgerichte aanpak en interprofessionele samenwerking met T-shaped zorgprofessionals.

De zorgopleidingen van Hogeschool Utrecht leiden studenten op tot actieve *reflective practitioners* met competenties om het zorgproces zelfstandig te organiseren, uit te voeren en te evalueren. Deze zorgprofessional leert om verantwoording af te leggen voor eigen handelen en voor de geleverde kwaliteit. In de toekomst moet deze zorgprofessional over meer generieke competenties beschikken om het zorgproces vanuit het perspectief van het functioneren van de burger te kunnen bepalen (HBO-raad 2013; Van Vliet, Grotendorst & Roodbol 2016). De noodzaak voor een *T-shaped zorgprofessional* is daarmee een feit. Dit wil zeggen dat we inzetten op meer kennis voor studenten op het brede terrein van zorg en gezondheid en meer diepgang in het eigen specialisme. Hier liggen grote kansen voor de preventieve zorg. T-shaped professionals worden opgeleid vanuit het brede concept van gezondheid en werken toe naar bevordering van de zelfredzaamheid en participatie van de burger. Dit betekent dat zij niet alleen

vanuit het eigen referentiekader naar de situatie kijken, maar zich ook moeten kunnen verplaatsen in het referentiekader van de ander – de burger en de collega-(zorg)professional. Ze hebben een duidelijk idee van wat zij kunnen bijdragen aan het oplossen van een probleem dat de ander ervaart.

T-shaped professional.



Interprofessionele samenwerking wordt gezien als een samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals, met als aanleiding de (zorg)vraag van en voor de burger (HU 2016). Het gaat hier niet alleen om een doorverwijzing naar een collega-(zorg)professional of elkaar informeren over de ingezette interventie, maar om de gezamenlijke aanpak van de risicofactoren en -gedragingen. Om interprofessionele samenwerking tot stand te brengen hebben we T-shaped professionals nodig. T-shaped professionals zijn goed op de hoogte van de mogelijkheden tot samenwerking met andere disciplines. De generieke blik van de T-shaped zorgprofessional draagt bij aan de effectieve en efficiënte brede vroegopsporing van risicofactoren, vooral op het gebied van leefstijl en zelfredzaamheid. Maar eerst dienen valide breed inzetbare instrumenten voor vroegopsporing ontwikkeld te worden. Een voorbeeld hier-

van is een instrument om mondgezondheid en mondzorggedrag van een cliënt te kunnen laten screenen door niet-mondzorgprofessionals.

Ook vraagt het Nationaal Programma Preventie om een integrale aanpak van de zorg, dichterbij de leef- en belevingswereld van mensen. Voor veel zorgprofessionals liggen de kansen voor preventie in de wijk en steeds vaker buiten de eigen praktijk. Voor activiteiten gericht op gezondheidsbevordering van gezonde populatie of populatie die risico loopt op de ontwikkeling van een ziekte, zijn vaak geen ingerichte praktijkruimte en kostbare apparatuur of instrumentarium nodig. Mondhygiënisten horen tot de professionals die in de toekomst vaker hun werk in buurthuizen, scholen, consultatiebureaus en zelfs bibliotheken zullen uitvoeren.

“MONDHYGIËNISTEN ZULLEN IN DE TOEKOMST VAKER HUN WERK IN BUURTHUIZEN, SCHOLEN, CONSULTATIEBUREAUS EN ZELFS BIBLIOTHEKEN UITVOEREN.”

Hierbij dienen deze zorgprofessionals zich niet uitsluitend te concentreren op gedrags- en leefstijlinterventies. Juist een breder maatschappelijk perspectief is nodig om naar preventie en gezondheid te kijken. Ongezonde leefstijl staat niet op zichzelf, maar hangt altijd samen met de sociale en fysieke omgeving. Aandacht en motivatie voor gezonde leefstijl wordt verdrongen door andere ongunstige leefomstandigheden, zoals een onveilige buurt, werkloosheid of schulden. Aandacht voor de fysieke en sociale omgeving, zoals gesuggereerd in het conceptueel model van het RIVM (zie pagina 16) is daarom een vereiste voor effectieve preventie. Hiervoor moeten zorgprofessionals samenwerken met andere professionals uit de domeinen welzijn, wonen, onderwijs, arbeid en veiligheid. Dit kan uitstekend binnen de *wijkgerichte aanpak in de zorg*, met als doel zorg- en dienstverlening lokaal en in samenhang te organiseren.

Gezondheidsvaardigheden

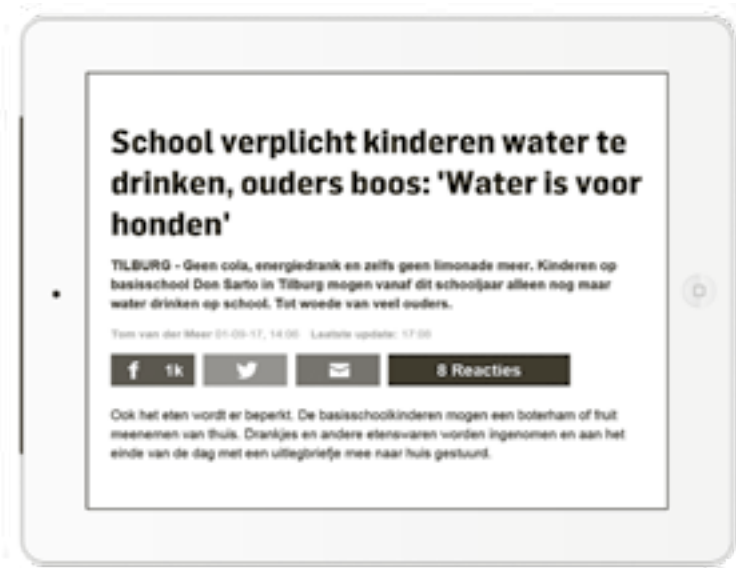
Geringe gezondheidsvaardigheden gaan samen met slechtere gezondheidsuitkomsten. Inzichten over gezondheidsvaardigheden als mogelijke verklaring voor (sociaaleconomische) gezondheidsverschillen, bieden kansen voor interventies voor de risicogroepen. Bekeken vanuit het volksgezondheidsperspectief gaat het hier om vaardigheden als lezen, schrijven, rekenen, motivatie, zelfvertrouwen, kritisch vermogen en sociale vaardigheden van burgers. Een brede World Health Organization (WHO)-definitie van gezondheidsvaardigheden luidt: "The cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways to promote and maintain good health" (Nutbeam 1998). Volgens de American Medical Association zijn gezondheidsvaardigheden een sterkere voorspeller van iemands gezondheid dan leeftijd, inkomen, werk, opleidingsniveau of culturele achtergrond (Ad Hoc Committee AMA 1999). De WHO gaat verder en beschouwt gezondheidsvaardigheden zelfs als een centrale determinant van ongelijkheid in gezondheid (WHO 2007).

**"IT IS FAR MORE IMPORTANT TO KNOW
WHAT PERSON THE DISEASE HAS,
THAN WHAT DISEASE THE PERSON HAS."**

HIPPOCRATES

Gezondheidsvaardigheden zijn op vijf verschillende domeinen van invloed: kennis en informatie; leefstijl; zorggebruik en toegang tot de zorg; communicatie met de zorgverlener; en zelfmanagement en medicijngebruik (Rademakers 2014). Uit onderzoek blijkt dat gezondheidsvaardigheden tot op zekere hoogte 'leerbaar' zijn en dus verder ontwikkeld kunnen worden (Nutbeam 2017; Nutbeam, McGill & Premkumar 2017; Rademakers 2014).

Voorbeeld van een tekst binnen het eerste domein van gezondheidsvaardigheden – het niveau van kennis en informatie.



We weten inmiddels waar de meeste problemen met de gezondheid te verwachten zijn en waar de gezondheidswinst te halen valt. Dat is bij ouderen, mensen met lage SES en mensen met een migratie-achtergrond, juist de groepen die laag scoren op gezondheidsvaardigheden (Van der Heide e.a. 2013; Sørensen e.a. 2015). Om een voorbeeld te geven: landelijk is 12% van de basisschoolkinderen te zwaar en 3% lijdt aan obesitas. Maar in de Utrechtse krachtwijk Overvecht, met overwegend mensen met een lage SES, is 23% van de basisschoolkinderen te zwaar en 7% lijdt aan obesitas (Gemeente Utrecht 2014). 28,7% van de Nederlandse bevolking heeft (zeer) beperkte gezondheidsvaardigheden (Pharos 2016). Op het gebied van motivatie, zelfvertrouwen en sociale steun blijkt bijna één op de twee Nederlanders (48%) moeite te hebben om zelf de regie te voeren over gezondheid, ziekte en zorg (Nijman, Hendriks, Brabers, De Jong & Rademakers 2014).

“GEZONDHEIDSVAAARDIGHEID IS DE BELANGRIJKSTE VERKLARING VOOR ONGELIJKHEID IN GEZONDHEID.”

In de Verenigde Staten zijn verschillende effectieve interventies gedaan die het niveau van gezondheidsvaardigheden en patiënt-activatie bij individuen bevorderen. Daardoor ontstaan positieve effecten op het gebied van leefstijl, gebruik van gezondheidsinformatie en hulpmiddelen voor beslissingsondersteuning, zelfmanagement, therapietrouw en klinische uitkomsten (Hibbard & Gilbert 2014; Berkman e.a. 2011). Nederland loopt echter achter op het gebied van onderwijs en onderzoek naar en inspelen op het verbeteren van gezondheidsvaardigheden (Heijmans, Zwikker, Van der Heide & Rademakers 2016). Verder blijkt uit onderzoek dat zorgprofessionals onvoldoende in staat zijn om gezondheidsvaardigheden te herkennen, en om in te zetten op het verbeteren van de benodigde vaardigheden (Rademakers 2014). Uit een eerste blik op de curricula van de zorgopleidingen van de HU blijkt dat er weinig tijd gereserveerd is voor studenten om te leren over gezondheidsvaardigheden.

**“DE MAATSCHAPPIJ
IS KLAAR OM DE
PREVENTIEVE ZORG OP
EEN PROMINENTE
PLAATS TE ZETTEN.**

**HET IS NU EEN KWESTIE
VAN DE KRACHTEN
BUNDELEN.”**

5 / DE KANSEN BENUTTEN – HET ONDERZOEKSPROGRAMMA

De maatschappij is klaar om de preventieve zorg op een prominente plaats te zetten. Het is nu een kwestie van de krachten bundelen. Hieronder licht ik toe welke plannen en projecten het lectoraat heeft op het gebied van preventieve zorg. Aan bod komen onderwijs, onderzoek en werkveld.

Lectoraat en het onderwijs

Als we preventie in de toekomst een belangrijker rol in de maatschappij willen geven moeten we beginnen met de opleidingen en de beroepsuitoefening van zorgprofessionals. Momenteel is het aandeel van preventie in het onderwijs van zorgprofessionals minimaal. Onze studenten besteden veel meer tijd aan het aanleren van de vele mogelijke behandelingen voor verschillende ziekten. Onderwijs over gedragsbeïnvloeding en effectieve methoden om leefstijl aan te passen is minder goed vertegenwoordigd. Het lectoraat ondersteunt door onderzoeks- en onderwijsactiviteiten studenten en zorgprofessionals in hun ontwikkeling tot zorgprofessional van de toekomst, waarin preventie een prominente rol speelt. Vanuit het lectoraat zetten we in op een structurele opname van (meer) onderwijs over het herkennen en het aanleren van gezondheidsvaardigheden in de zorg- en welzijnsopleidingen van de HU. Binnen verschillende projecten zullen onze studenten en docenten de rol van de T-shaped zorgprofessional aannemen, om zo de gezondheidsvaardigheden en gezondheidsrisico's in de leefstijl van mensen te herkennen en op te sporen.

De zorgprofessional van de toekomst moet inzien wat het risico is en hoe preventieve zorg interprofessioneel georganiseerd kan worden om dat risico te reduceren, om zo een optimale gezondheid van burgers te bereiken. Het lectoraat zet zich daarom in voor het opleiden van T-shaped professionals in een interprofessionele samenwerking, door studenten intensief te betrekken in de projecten met onze externe partners. We beogen om op deze

manier praktijk en praktijkvraagstukken als een omgeving te gebruiken om studenten ervaringen te laten opdoen met preventie-activiteiten in een interprofessionele context.

Minor Innovaties in de preventieve zorg

De minor Innovaties in de preventieve zorg is gestart vanuit het lectoraat Innovaties in preventieve zorg en de opleiding Mondzorgkunde, en wordt inmiddels aangeboden aan andere studenten zorg en welzijn. Binnen deze minor werken studenten aan concrete vraagstukken uit de praktijk. De volgende stap is om dergelijke vraagstukken meer in een interprofessionele context te laten uitwerken.

Binnen alle onderzoekslijnen van het lectoraat Innovaties in preventieve zorg ontwikkelen docenten en studenten hun onderzoeksvaardigheden. Zo realiseren we kennisinnovatie ten dienste van het onderwijs én verbetering en professionalisering van het docententeam. Binnen de HU-klinieken levert het lectoraat een bijdrage in de voorbereidingen op de ontwikkeling van een Zorg Innovatie en Expertise Netwerk (ZIEN), waarin studenten aan het onderwijs en praktijkgericht onderzoek deelnemen door maatschappelijk relevante vraagstukken op te lossen. Dit waarborgt de kennisaccumulatie en de continuïteit en is zichtbaar in de verbetering van het onderwijs en de praktijk. Deze aanpak past volledig bij de taak van het kenniscentrum Gezond en Duurzaam Leven om de verbinding tussen praktijk, onderzoek en onderwijs te versterken.

Het lectoraat kent verder drie onderzoekslijnen:

- Screening en vroegsignalering
- Interprofessionele aanpak van preventie
- Integratie mondzorgpreventie in de gezondheidszorg

Screening en vroegsignalering

Door het toenemende beroep op zelfredzaamheid van burgers wordt het belang van screening en vroegsignalering steeds groter.

Binnen het lectoraat Innovaties in preventieve zorg willen we een verschuiving tweewebbrengen door het opsporen van ongezond gedrag en gezondheidsvaardigheden als doel te stellen voor vroegsignalering, in plaats van alleen het opsporen van ziekten. Door in kaart te brengen welke risicogedragingen iemand vertoont kunnen we gericht werken aan de voorzorg en het behoud van gezondheid. Veel van deze interventies zouden gericht moeten zijn op het vergroten van gezondheidsvaardigheden, met het doel om de zelfredzaamheid en participatie van burgers te bevorderen. Vanuit de kant van de zorgprofessionals is kennis nodig: in hoeverre zijn we in staat om dergelijke vroegsignalering van risico's in de leefstijl, fysieke en sociale omgeving te doen? Door wie moet deze worden uitgevoerd? In welke setting en welke instrumenten kunnen we betrouwbaar inzetten? Het lectoraat voorziet door zijn onderzoeksactiviteiten in de antwoorden op deze vragen.

Een concreet voorbeeld is dat we een bijdrage willen leveren aan de vroegsignalering van kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen. De huidige screeningsinstrumenten voor kwetsbaarheid bij ouderen richten zich op een breed scala aan gezondheidsproblemen. Wij willen de rol van de mondgezondheid hierin onderzoeken. Hiermee beogen we een bijdrage te leveren aan het adequaat en tijdig indiceren van zorg, gericht op behoud en bevordering van zelfredzaamheid van alle ouderen.

PRIMa Mond CARE

Het project 'PRIMa Mond CARE' heeft als primaire doel de toegevoegde waarde van de mondgezondheid te onderzoeken in het tijdig en nauwkeurig voorspellen van kwetsbaarheid. Dit project is een samenwerkingsverband tussen de HU-lectoraten Innovaties in preventieve zorg en Proactieve Ouderenzorg, de sectie Sociale Tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), het Julius Centrum van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU), het gezondheidscentrum Maarn/Maarsbergen en tandartspraktijk Pleizier in Maarn.

De huidige technologische ontwikkelingen bieden mogelijkheden op het gebied van screening en vroegsignalering. Het gebruik van big data is een van deze mogelijkheden en hier wordt nog niet zoveel gebruik van gemaakt. Met gebruik van big data kunnen we gepersonaliseerde nieuwe zorgdiensten aanbieden, die de interprofessionele samenwerking bevorderen en de verschuiving van klassieke zorg (*cure & care*) naar preventieve zorg (*well-being*) mogelijk maken. Op basis van big data kunnen we helderheid geven over bijvoorbeeld de samenhang tussen verschillende risicogedragingen, of de rol van bepaalde interne en externe risicofactoren in het voorkomen van (chronische) ziekten.

Big data voor preventieve zorg in de HU-klinieken

Het HU lectoraat Digital Smart Services bereidt samen met het lectoraat Innovaties in de preventieve zorg, Hogeschool Fontys, Hogeschool Zuid en Open Universiteit een onderzoek voor naar het optimale gebruik van big data ten dienste van preventieve zorg en onderwijs binnen de HU-klinieken.

Nog een voorbeeld uit deze lijn is het onderzoek naar screening van mondkanker door mondzorgprofessionals. Mondkanker komt steeds vaker voor in Nederland en het is van groot belang dat mondzorgprofessionals in staat zijn om deze ziekte adequaat te signaleren. We gaan achterhalen hoe goed de Nederlandse mondzorgverleners in de eerste lijn orale carcinomen kunnen detecteren en screenen.

Screening mondkanker

Het onderzoek naar screening van mondkanker wordt een samenwerking met de sectie Sociale Tandheelkunde (Kwaliteit van mondzorg in de praktijk) van ACTA, de Universiteit van Manchester en beroepsverenigingen in de mondzorg. Door de participatie van de laatstejaars studenten tandheelkunde en mondzorgkunde in het onderzoek is het ook mogelijk om uitspraak te doen in hoeverre

deze professionals adequaat getraind (moeten) worden in het screenen van orale carcinomen.

Interprofessionele aanpak van preventie

De activiteiten van het lectoraat zullen gericht zijn op de integratie van zorg en welzijn en implementatie van preventieve interventies dicht bij de leef- en belevingswereld van mensen. Vanuit verschillende zorg en welzijn-disciplines binnen de HU bestaan er mogelijkheden om geïntegreerde (interprofessionele) interventies te ontwikkelen, implementeren en evalueren. Het lectoraat voorziet hiermee in de behoefte aan onderzoek naar het effect van gecombineerde preventieve interventies gericht op gemeenschappelijke determinanten van verschillende risicofactoren, zoals gesuggereerd door het Nationaal Programma Preventie.

Preventie huidkanker

Het lectoraat Innovaties in preventieve zorg participeert samen met de HU-lectoraten Chronisch ziekten en Innovatie van Zorgprocessen in de Farmacie, het Huidfonds, de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV), Huidpatiënten Nederland en het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) in een consortium, gericht op de preventie van huidkanker vanuit een maatschappelijk perspectief. Daarbij is een signalerende en adviserende rol weggelegd voor meerdere (zorg)professionals en organisaties. De samenstelling van het consortium is nog niet definitief.

Vooraf het onderzoek naar kosteneffectiviteit van preventieve interventies met aandacht voor uitkomsten als kwaliteit van leven, zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie komt centraal te staan. Dit zijn juist geschikte uitkomstmaten voor interprofessionele preventieve interventies.

Gezondheidsvaardigheden basisschoolkinderen

In het project 'Interprofessionele preventie onder basisschoolkinderen' gaan we ons richten op de effecten en het proces van het aanleren van gezondheidsvaardigheden van basisschoolkinderen, met als doel het vergroten van zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven. Dit project zal een voorbeeld zijn van de manier waarop preventieve interventies in en samen met de wijk opgepakt kunnen worden. HU-studenten zullen worden ingezet om in een interprofessionele samenwerking deze uitdaging aan te gaan.

Vanuit het conceptueel model van preventie dat duidelijk maakt hoe belangrijk de fysieke en sociale omgeving is voor het slagen van preventieve interventie, gaat het lectoraat een intensieve samenwerking aan binnen het eigen Kenniscentrum Gezond en Duurzaam Leven en met de lectoraten uit het Kenniscentrum Sociale Innovatie. Deze samenwerking zal duidelijk bijdragen aan een meer wijkgerichte benadering van de preventie en het dichterbij de burgers brengen van integrale preventieve zorg. Het Kenniscentrum Gezond en Duurzaam Leven houdt zich onder meer bezig met omgevingsfactoren die van belang zijn voor de gezondheid, onderzoek naar de genetische aanleg van ziekten (innovatieve testing), het gebruik van eHealth voorzieningen, microsystemen en technologische innovaties die voor preventie ingezet kunnen worden. Vanuit dezelfde gedachte zal samenwerking gezocht worden met het lectoraat Preventie van schulden. Zoals collega Madern (2017) in haar openbare les benadrukte, spelen schulden een belangrijke rol in de gezondheid van mensen. Mensen met schulden reageren anders op interventies gericht op het verbeteren van gezondheid en gedrag.

Mondgezondheid studenten

Lectoraat Innovaties in preventieve zorg doet onderzoek naar de mondgezondheid van de studenten Mondzorgkunde, met als doel mogelijke veranderingen in het mondzorggedrag gedurende de

studietijd te meten. Door de samenwerking met het lectoraat Innovative testing in life sciences and chemistry willen we de gegevens over microflora van studenten verzamelen en koppelen aan de gegevens over hun mondzorggedrag.

De HU Klinieken bieden een uitstekende plek om studenten, docenten en onderzoekers in de beroepscontext te laten oefenen met interprofessionele samenwerking, gezien hun toekomstige rol van T-shaped zorgprofessional. Omdat veel ziekten gemeenschappelijke determinanten hebben, liggen de grootste kansen voor T-shaped professionals en interprofessionele samenwerking in de brede screening en vroegsignalering van risico's en risicogedrag. De breed inzetbare instrumenten – die we ontwikkelen om vroegsignalering van risico's in de leefstijl, fysieke en sociale omgeving te meten – gaan we op de HU Klinieken toepassen en evalueren. Deze activiteiten vormen noodzakelijke stappen om de T-shaped zorgprofessionals van de toekomst op te kunnen leiden.

Integratie mondzorgpreventie in de gezondheidszorg

Het lectoraat neemt het voortouw in het zoeken naar doelmatig preventief handelen door mondhygiënisten en andere mondzorgprofessionals, binnen en buiten de mondzorgpraktijk. Dit gebeurt door korte en lange termijn klinische interventiestudies en (kosten)effectiviteitstudies. Concreet gaat het lectoraat kennis leveren over preventieve strategieën die door middel van samenwerking met de jeugdgezondheidszorg eerder ingezet kunnen worden, om zo de eerste cariëslaesie (het eerste gaatje) bij kleine kinderen te kunnen uitstellen of zelfs afstellen.

Gezonde Peutermonden

Binnen het project 'Gezonde Peutermonden' worden de mondzorgcoaches op de consultatiebureaus ingezet om ouders van jonge kinderen te adviseren en begeleiden in het aanleren van gezond mondzorggedrag en gezonde voeding. De focus ligt bij ouders uit de laag SES. 'Gezonde Peutermonden' is een samen-

werkingsproject tussen de HU-lectoraten Innovaties in de preventieve zorg en Financieel-economische advisering van innovaties, de secties Sociale Tandheelkunde en Preventieve Tandheelkunde van ACTA, de opleiding Mondzorgkunde van Hogeschool INHolland, de afdeling Volksgezondheid van de gemeente Utrecht, Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG), Stichting Thuiszorg en Maatschappelijk werk Rivierenland (STMR), GGD Hart van Brabant en lokale mondzorgpraktijken.

Het lectoraat bevordert de samenwerking tussen bijvoorbeeld huisartsen, diabetes verpleegkundigen, praktijkondersteuners, mondzorgprofessionals en diëtisten om de mondzorg voor oudere cliënten te organiseren. Hiervoor zetten we in op bewustwording (en gedragsverandering) van ouderen, mantelzorgers en zorgprofessionals over het belang van mondzorg voor ouderen.

Mondzorg Ouderen

‘Mondzorg Ouderen’ en ‘Mondzorg Ouderen: bewustwording onder zorgprofessionals’ zijn twee projecten van het lectoraat Innovaties in preventieve zorg. Daarin werken we samen met het Netwerk Utrecht Zorg voor Ouderen (NUZO) en het ROC Midden Nederland aan de bevordering en het behoud van mondzorg voor ouderen. Binnen het project ‘SamenRedzaam’, eveneens ingebed binnen het NUZO, werken we samen met het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM) en de Apothekersvereniging Midden Nederland aan de duurzame implementatie van ‘Mondzorg Ouderen’ in het aanbod van voorlichtingen voor ouderen.

Als vervolg op het project ‘PRIMa Mond CARE’ beogen we zorgtrajecten te ontwikkelen voor kwetsbare thuiswonende ouderen die extra mondzorg en hulp bij mondverzorging nodig hebben. Dit allemaal in samenwerking met huisartsen, praktijkondersteuners, mondzorgprofessionals en de thuiszorg. De uitkomsten van

ons eerdere onderzoek naar de prioritering in de mondzorg van ouderen (Jerković-Ćosić 2017) maken duidelijk waar de grootste knelpunten zitten.

Lectoraat en werkveld

Het lectoraat heeft een voortrekkersrol om innovaties op het gebied van evidence-based preventie niet alleen adequaat in het onderwijs te implementeren, maar deze ook over te dragen aan het werkveld. Kennisdisseminatie speelt hier een grote rol in. Het feit dat al onze activiteiten gebeuren in samenwerking met partijen uit het werkveld, helpt enorm bij het bereiken van de juiste doelgroep professionals. Daarnaast onderhouden we contacten met verschillende beroeps- en wetenschappelijke verenigingen binnen en buiten de mondzorg. Samen met het kenniscentrum en de verschillende instituten gaan we de praktijk aan ons binden als vaste gesprekspartner op het gebied van de uitdagingen die er spelen, en ook als aanbieder van vraagstukken die studenten en onderzoekers kunnen uitwerken. Ook staan we open voor suggesties voor innovaties in de preventieve zorg vanuit het werkveld.

Veel onderzoek in de preventieve zorg is gericht op het ontwikkelen van een (nieuwe) interventie. Maar het implementeren en het evalueren ervan komt vaak in het gedrang. Vooral langdurige interventies of interventies waarbij de uitkomsten pas na lange tijd meetbaar zijn (zoals bij tandbederf), dreigen niet gecontinueerd en geëvalueerd te kunnen worden. Vanuit het lectoraat en de HU als onderwijsinstelling kunnen we door de inzet van studenten, docenten en onderzoekers hier een bijdrage aan leveren. Het lectoraat zet in op een gedegen implementatie en procesevaluatie van op effectiviteit bewezen interventies en ondersteuning op lange termijn, door langdurige samenwerkingen met externe partners aan te gaan. Dergelijke onderzoeken zijn uitstekende scenario's waar onderwijs, onderzoek en praktijk bij elkaar komen. Op deze manier leveren we een directe bijdrage aan de maatschappelijk relevante vraagstukken, bevorderen we studentenparticipatie in preventie en onderzoeksprojecten en ontwikkelen we nieuwe kennis ten gunste van praktijk, onderwijs en onderzoek.

Concreet gaat het lectoraat een landelijk netwerk oprichten van lokale initiatieven die gericht zijn op het verbeteren van de mondgezondheid van kleine kinderen. Er zijn veel lokale initiatieven die op dit moment niet geregistreerd of geëvalueerd worden. Men heeft ook behoefte aan samenwerking en uitwisseling van kennis op dit gebied. Dergelijke praktijkevaluaties zullen nuttige kennis verschaffen over determinanten en werkzame ingrediënten voor een effectieve interventie bij deze groep. Er wordt gestreefd naar een uniforme manier van uitkomsten meten, waardoor we grootschalige databestanden bouwen om epidemiologische gegevens te verzamelen. Momenteel worden de potentiële partners voor dit netwerk verzameld en zijn de eerste positieve reacties binnen.

“DE KANSEN ZIJN ER,
EN DE TIJD IS RIJP
OM SAMEN MET ONZE
PARTNERS DEZE
KANSEN TE GAAN
BENUTTEN.”

/ TOT SLOT

In 2012 kwam ik als kersverse gepromoveerde mondhygiënist uit Groningen om bij de Hogeschool Utrecht te werken als hogeschoolhoofddocent bij het Instituut voor Paramedische Studies (IPS). Vanuit mijn werkzaamheden om een onderzoekscultuur en onderzoeksprogramma in het team Mondzorgkunde te ontwikkelen is het doel gaandeweg verschoven naar de vorming van een nieuw lectoraat op het gebied van preventieve zorg. Door de recente ontwikkelingen in de zorg en het zorgonderwijs en ook door mijn persoonlijke ontwikkeling heeft de structuurnota een brede focus gekregen, met als titel *Innovaties in preventieve zorg*. Het vertrekpunt is vaak de mondzorg, maar wat ben ik blij dat we ons vanuit het lectoraat gaan inzetten voor een brede interprofessionele preventieve zorg en kennisvalorisatie onder verschillende (zorg)professionals.

Preventieve zorg staat in de belangstelling en ik ben ervan overtuigd dat we samen met onze partners een wezenlijk bijdrage kunnen leveren aan een gezonder en duurzamer Utrecht en Nederland. Sinds oktober 2016 ben ik benoemd tot lector en heb ik samen met de kenniskring de eerste stappen gezet in het kader van onze missie en plannen. Het schrijven van deze openbare les was een mooi moment om terug te kijken naar hoe we bezig zijn en vooral hoe we verder willen gaan. De kansen zijn er, en de tijd is rijp om samen met onze partners deze kansen te gaan benutten.

Enkele mensen hebben een grote bijdrage geleverd aan de totstandkoming van dit lectoraat. Deze mensen wil ik graag persoonlijk bedanken. Het College van Bestuur en in het bijzonder Anton Franken, oud-faculteitsdirecteur Harm Drost en oud-instituutsdirecteur Hans Merckx, bedank ik voor het in mij gestelde vertrouwen. Harm en Hans bedankt dat jullie mij gestimuleerd en ondersteund hebben op de weg naar dit lectoraat. Hannie Schut, oud-secretaris van de faculteit Gezondheidszorg en Frank Posthumus,

oud-teamleider van de opleiding Mondzorgkunde, dank ik voor het meedenken en de bemoedigende woorden. En Marianne Verheggen, bedankt dat je mij in 2012 uitgenodigd hebt om bij de HU te komen werken, daarmee is alles begonnen.

Voor de ondersteuning bij het opstarten van het lectoraat dank ik mijn collega-lector Helianthe Kort, ex-collega lector Ad van Dooren, Cyrille Krul – directeur van het Kenniscentrum Gezond en Duurzaam Leven – en Henk Gloudemans, ex-directeur van het Instituut Paramedische Studies (IPS). Dank ook aan alle (hoofd)-docenten en onderzoekers van de voormalige Faculteit Gezondheidszorg (FG) en onderzoekers en collega-lectoren van de HU. Daarnaast bedank ik mijn collega's van ACTA Geert van der Heijden, Cor van Loveren en Josef Bruers voor de enorme steun en prettige samenwerking. Hetty Linden wil ik bijzonder bedanken voor haar mentorschap en de enthousiaste toezegging om het co-referaat te verzorgen. Helianthe, Geert, Cor, Hetty, Cyrille, Ida Hogendoorn en Liesbeth Haverkort enorm bedankt voor jullie waardevolle commentaar op de conceptversie van deze openbare les. Veel heb ik te danken aan het team Mondzorgkunde. Samen met het managementteam (Lotte, Ida, Fleur en Liesbeth) hebben jullie mij steeds geënthousiasmeerd om door te gaan. Ik zie een enorme potentie in dit team en ben dankbaar dat ik jullie collega ben. De leden van de kenniskring Liesbeth Haverkort, Wieke van Boxtel, Deborah de Jong, Babette Everaars en Peggy van Spreuwel: enorm veel dank voor jullie inspiratie, inzet en energie in dit lectoraat. Het is een plezier om met jullie te mogen samenwerken.

Als laatste wil ik graag mijn thuisfront bedanken. En met zijn zessen vormen we echt een front! Miro, bedankt voor je steun en flexibiliteit om het voor ons allebei mogelijk te maken om eigen doelen en interesses na te streven. Millena en Luka bedankt voor jullie interesse in mijn werk als 'juf'. Samen met de tweeling Filip en Fabio zorgen jullie voor voldoende afleiding en pret thuis.

BIJLAGEN

CURRICULUM VITAE 53

LITERATUUR 54

COLOFON 59

/ CURRICULUM VITAE

Dr. Katarina Jerković-Ćosić is sinds oktober 2016 lector Innovaties in preventieve zorg bij het Kenniscentrum Gezond en Duurzaam Leven van Hogeschool Utrecht. Daarvoor was zij als docent en onderzoeker werkzaam bij de Hanzehogeschool Groningen. In 2000 behaalde zij haar diploma Mondhygiëne aan de Hanzehogeschool Groningen, waarna ze aan het werk ging als docent bij dezelfde opleiding. In 2002 heeft zij de docentbevoegdheid voor het hoger gezondheidszorgonderwijs (HGZO) aan de Vrije Universiteit behaald en in 2006 de Master Evidence Based Practice aan de Universiteit van Amsterdam. Binnen het lectoraat Transparante zorgverlening van de Hanzehogeschool Groningen heeft zij onderzoek gedaan naar de mondgezondheid van basisschoolkinderen, evenals onderzoek naar taakherschikking in de mondzorg.

Haar promotieonderzoek rondde zij in 2012 af aan de faculteit Economie en Bedrijfskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. Dit onderzoek ging over de effecten van taakherschikking in de mondzorg op de arbeidssatisfactie van mondhygiënist(en) en de organisatie van de zorg. Als hogeschoolhoofddocent aan de Hogeschool Utrecht startte Jerković sinds 2012 het onderzoeksprogramma en de onderzoeksgroep voor de opleiding Mondzorgkunde. Haar huidige onderzoek gaat over effectieve en efficiënte preventieve (mond)zorg voor kinderen en ouderen, en het aanleren van gezondheidsvaardigheden door middel van interprofessionele preventie. Op het gebied van onderwijs richt Katarina zich op wetenschappelijke scholing, de Evidence Based Practice (EBP)-leerlijn en minoronderwijs. Zij is ook master- en bachelor-afstudeerbegeleider. Zij participeert in verschillende werkgroepen en commissies waaronder in 2012 de commissie mondzorg van de Gezondheidsraad. Zij is lid van de Richtlijn Autorisatie Raad van het Kennisinstituut Mondzorg en auditor voor de bachelor zorgopleidingen. Katarina is getrouwd met Miro Jerković en samen met hun vier kinderen Millena, Luka, Filip en Fabio wonen zij in Amsterdam Noord.

/ LITERATUUR

Ad Hoc Committee on Health literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association (1999). Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *The Journal of the American Medical Association*, 281 (6), pp. 552-557.

Badir, M. (2014). Grootchalige hervormingen zorgstelsel in 2015. Themabericht, RaboResearch – Economisch Onderzoek. Rabobank Nederland.

Benjamin, R.M. (2010). *Oral Health: The Silent Epidemic*. Public Health Reports, 125 (2), pp. 158-159.

Berkman, N.D., S.L. Sheridan, K.E. Donahue, D.J. Halpern, A. Viera, K. Crotty...

M. Viswanathan (2011). *Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review*. Evidence Report/Technology Assessment, 199, pp. 1-941.

Brug, J., P. Assema & L. van Lechner (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, een planmatige aanpak*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) (2016). Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 23 november 2017 op http://www.rivm.nl/Onderwerpen/L/Leefstijlmonitor/Cijfers/Gezond_gewicht.

Centraal Bureau voor Statistiek (CBS). StatLine (2014). Medische contacten. Den Haag/Heerlen. Geraadpleegd op 23 november 2017 op <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=81178NED&D1=0-2,12-14,25-27,41,46,53&D2=a&D3=a&D4=0&D5=l&HD=130701-1102&HDR=G4,G3,T&STB=G1,G2>.

College voor Zorgverzekeringen (2007). *Van preventie verzekerd*. Diemen, CVZ.

De Visschere, L., C. de Baat, L. de Meyer, G.J. van der Putten, B. Peeters,

B. Söderfelt & J. Vanobbergen (2015). The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study. *Gerodontology*, 32 (2), pp. 115-122.

Gemeente Utrecht (2014). *Factsheet Overgewicht bij Utrechtse Jeugd in het basisonderwijs*. Utrecht: Volksgezondheid. Geraadpleegd op 23 november op https://www.utrecht.nl/fileadmin/uploads/documenten/zorg-en-onderwijs/informatie-voorzorgprofessionals/Factsheet_overgewicht_Utrechtse_jeugd_01.pdf.

Gezondheidsraad, Commissie Mondzorg (2012). *Mondzorg van morgen*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Glick, M., O. Monteiro da Silva, G.K. Seeberger, T. Xu, G. Pucca, D.M. Williams,

S. Kess, J.L. Eiselé & T. Séverin (2012). FDI vision 2020: Shaping the future of oral health. *International Dental Journal*, (62), pp. 278-291.

Harari, Y.N. (2017). *Homo Deus. Een kleine geschiedenis van de toekomst (7e druk)*. Meppel, Thomas Rap.

HBO-raad (2013). *Voortrekkers in verandering. Adviesrapport van de verkenning-commissie hbo gezondheidszorg*, Vereniging HBO scholen. Den Haag: HBO-raad.

Heijmans, M., H. Zwikker, I. van der Heide & J. Rademakers (2016). *NIVEL Kennisvraag 2016: zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden?* Utrecht: NIVEL.

Hermans, K. & R. Franken (2010). *Zorginnovatie praktijkboek*. KU Leuven: LUCAS Centrum voor zorgonderzoek en consultancy.

Hibbard, J. H. & Gilbert (2014). *Supporting people to manage their health. An introduction to patient activation*. London: Kings Fund.

Hoeksema, A.R. (2016). *Oral health in frail elderly* (proefschrift University of Groningen). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Hoeksema, A.R., A. Vissink, G.M. Raghoobar, H.J.A. Meijer, L.L. Peters, S. Arends & A. Visser (2014). Mondgezondheid van kwetsbare ouderen. Een inventarisatie in een verpleeghuis in Noord Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 121, pp. 627-633.

Huber, M., J.A. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst, A.R. Jadad, D. Kromhout... H. Smid (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, d4163.

HU Casco 2017. *Zorgprofessionals opleiden voor nu en later*. Utrecht, Hogeschool Utrecht.

Jerković-Cosić, K., B. Everaars, G.J. van der Putten (2017). Prioritering en aanbevelingen in de mondzorg voor ouderen. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 124, pp. 503-509.

Kabinetformatie (2017). *Regeerakkoord. Vertrouwen in de toekomst*. Den Haag.

Koopmans, B., J. Korevaar, M. Nielen, P. Verhaak, J. de Jong, L. van Dijk... F. Schellevis (2012). NIVEL Overzichtstudies: *Preventie kan effectiever! Deelnemersbeleid en deelname-trouw aan preventieprogramma's in de zorg*. Utrecht: NIVEL.

Kroes, M.E., C.G. Mastenbroek, B.T.L.E. Couwenbergh, M.J.A. van Eijndhoven, C.C.S. Festen & F. Rikken (2007). *Van preventie verzekerd (27043525)*. Diemen: College voor zorgverzekeringen CVZ.

Madern, T.E. (2017). *Niet omdat het kan, maar omdat het moet. Het belang van schuldpreventie en vroegsignalering*. Openbare les. Utrecht, Hogeschool Utrecht.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016). Preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten (brief aan de Tweede Kamer). Kamerbrief 25-03-2016. Den Haag.

- Nederland Actueel (2016).** Nationaal Zorgonderzoek 2016/2017: Tandartsmijding. Leiden: Nationaal Zorgonderzoek van het Zorgverzekering Informatie Centrum.
- Nijman, J., M. Hendriks, A. Brabers, J. de Jong & J. Rademakers (2014).** Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 19 (8), pp. 955-969.
- Nutbeam, D. (1998).** *Health Promotion Glossary*. Geneva, World Health Organisation Division of Health Promotion, Education and Communications.
- Nutbeam, D. (2017).** Health literacy as a population strategy for health promotion. *Journal of Japanese Society of Health Education and Promotion*, 25 (3), pp. 210-222.
- Nutbeam, D., B. McGill & P. Premkumar (2017).** Improving health literacy in community populations. A review of progress. *Health Promotion International*, doi: 10.1093/heapro/dax015. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 28369557.
- Pampel, F.C., P.M. Krueger & J.T. Denney (2010).** Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36, pp. 349-370.
- Patel, R. (2012).** *The state of oral health in Europe*. Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. European platform for better oral health. Brussel.
- Pharos (2016).** *Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden* (factsheet). Geraadpleegd op http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet_beperkte%20gezondheidsvaardigheden_en_laaggeletterdheid.pdf.
- Post, N.A.M., E.W. de Bekker-Grob, J.P. Mackenbach & L.C.J. Slobbe (2010).** Kosten van preventie in Nederland 2007. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2011).** Preventie van welvaartsziekten: effectief en efficiënt georganiseerd. Den Haag: RVZ.
- Rademakers, J. (2014).** Kennissynthese. *Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht: NIVEL.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2010).** *Effecten van preventie*. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven, RIVM.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2012).** Kosten van Ziekten. Geraadpleegd op 23 november 2017 op <https://www.volksgezondheidenzorg.info/kosten-van-ziekten>.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2015).** Wat is preventie? Geraadpleegd op 23 november 2017 op http://www.rivm.nl/Onderwerpen/K/Kosteneffectiviteit_van_preventie/Over_kosteneffectiviteit_en_preventie/Opbouw_interventies_literatuurdatabase/Wat_is_preventie.

Rijksoverheid (2013). *Alles is gezondheid. Het Nationaal Programma Preventie 2014-2016*. Den Haag.

Scheerman, J.F.M., C. van Loveren, B. van Meijel, E. Dusseldorp, E. Wartewig, G.H.W. Verrips & P. van Empelen (2016). Psychosocial correlates of oral hygiene behaviour in people aged 9 to 19 – a systematic review with meta-analysis. *Community of Dentistry and Oral Epidemiology*, 44 (4), pp. 331-41.

Scholz, U., F. Sniehotta & R. Schwarzer (2005). Predicting physical exercise in cardiac rehabilitation. The role of phase-specific self-efficacy beliefs. *Exercise Psychology*, 27 (2), pp. 135-151.

Schuller, A.A., P.F. van Kempen, H.G. Poorterman & H.W. Verrips (2013). *Kies voor gaaf* (TNO/LS 2013 R10056). Leiden, TNO.

Schuller, A.A., J.H. Vermaire & G.H. Verrips (2017). Trends in caries experience of adults in the Netherlands from 1995 to 2013. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 124 (2), pp. 97-102.

Schüz, B., F.F. Sniehotta & R. Schwarzer (2007). Stage-specific effects of an action control intervention on dental flossing. *Health Education Research*, 22 (3), pp. 332-341.

Schwarzer, R. (2008). Modeling health behaviour change. How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviours. *Applied Psychology*, 57 (1), pp. 1-29.

Schwarzer, R., A. Antoniuk & M. Gholami (2014). A brief intervention changing oral self-care, self-efficacy, and self-monitoring. *British Journal of Health Psychology*, 20 (1), 56-67.

Sniehotta, F.F., R. Schwarzer, U. Scholz & B. Schüz (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: Theory and assessment. *European Journal of Social Psychology*, 35 (4), pp. 565-576.

Sørensen, K., J.M. Pelikan, F. Röthlin, I.K. Ganah, Z. Slonska, G. Doyle... H. Brand (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25 (6), pp. 1053-1058.

The Lancet, GBD 2016 Mortality Collaborators (2017). Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390 (10100), pp. 1084-1150.

Van der Berg, M., G.A. de Wit, S.M.C. Vijgen, M.C.M. Busch & A.J. Schuit (2008). Kosteneffectiviteit van preventie: kansen voor het Nederlandse volksgezondheidsbeleid. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152, pp. 1329-34.

- Van der Berg, M., N.A.M. Post, H.H. Hamberg-van Reenen, C.A. Baan & C.G. Schoemaker (2014).** *Preventie in de zorg*. Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Van der Heide, I., J. Rademakers, M. Schipper, M. Droomers, K. Sørensen & E. Uiters (2013).** Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health*, 27, 13: 179.
- Van der Heide, I., J. Wang, M. Droomers, P. Spreeuwenberg, J. Rademakers & E. Uiters (2013).** The relationship between health, education, and health literacy. Results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of Health Communication*, 18 (1), pp. 172-184.
- Van der Lucht, F. & J.J. Polder (2010).** *Effecten van preventie*. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010, Van gezond naar beter. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM.
- Van der Putten, G.J., C. de Baat, L. de Visschere, J. Schols (2014).** Poor oral health, a potential new geriatric syndrome. *Gerodontology*, 31 (1), pp. 17-24.
- Van Gils, P.F., L. Tariq, H.H. Hamberg-van Reenen & M. van der Berg (2009).** Kosteneffectiviteit van preventie. Bilthoven: RIVM.
- Vermaire, J.H. (2013).** *Optimizing Oral Health, Towards a tailored, effective and cost-effective dental care* (master thesis van de Universiteit van Amsterdam). Naarden: Ivoren Kruis.
- Vliet, K. van, A. Grotendorst & P. Roodbol (2016).** *Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Vreke, J., J.L.M. Donders, F. Langers, I.E. Salverda & F.R. Veeneklaas (2006).** *Potenties van groen! De invloed van groen in en om de stad op overgewicht bij kinderen en op het binden van huishoudens met midden- en hoge inkomens aan de stad*. Wageningen, Universiteit Wageningen.
- WHO Commission on the Social Determinants of Health (2007).** *Achieving health equity. From root causes to fair outcomes*. Geneva: World Health Organisation.

Auteur

Dr. Katarina Jerković-Ćosić

Eindredactie

Mariek Hilhorst Tekstredactie en Productiebegeleiding

Fotografie

Ed van Rijswijk

Vormgeving

Vuur, Utrecht

Drukwerk

Grafisch Bedrijf Tuijtel, Hardinxveld-Giessendam

Lectoraat Innovaties in preventieve zorg, 25 januari 2018

Hogeschool Utrecht

Openbare les

Kansen voor innovaties in de preventieve zorg,
kansen voor de mondzorg

Bezoekadres

Kenniscentrum Gezond en
Duurzaam Leven
Heidelberglaan 7
3584 CS Utrecht

Postadres

Kenniscentrum Gezond en
Duurzaam Leven
Postbus 12011
3501 AA Utrecht

Telefoon

088 481 85 22

E-mail

katarina.jerkovic@hu.nl

Website

www.onderzoek.hu.nl/Kenniscentra/Gezond-en-Duurzaam-Leven

ISBN (EAN) 978-90-8928-116-6
Januari 2018, Hogeschool Utrecht
Kenniscentrum Gezond en Duurzaam Leven



Op deze uitgave is de CC-BY-NC-licentie van toepassing.
Het is toegestaan om deze uitgave te kopiëren, distribueren,
vertonen en op te voeren, en om afgeleid materiaal te maken
dat op dit werk gebaseerd is zolang dit geen commerciële
doeleinden heeft en uitsluitend als de auteur vermeld wordt als
maker: dr. Katarina Jerković-Ćosić/Hogeschool Utrecht.

