

Voortgangsrapportage Werkgroep Identificatie en Data – Thema Sociaal economische gezondheidsverschillen

Datum: December 2021

Auteurs: Mark van der Wel, Juul Houwen, Koen Dortmans

Achtergrond

Per 1 januari 2021 zijn de zorggroepen STIELO en OCE samen met de LHV en de CIHN bestuurlijk gefuseerd tot de nieuwe regionale huisartsenorganisatie NEO.(1, 2) NEO ondersteunt de huisartsen in de regio Nijmegen en omstreken bij het leveren van acute en chronische zorg, zowel inhoudelijk als ook organisatorisch. Daarnaast faciliteert het de samenwerking met onder meer zorgverzekeraars, ziekenhuizen, 1^e lijnszorgaanbieders etc. NEO heeft een regioplan opgesteld met daarin drie inhoudelijk zorgthema's die extra aandacht krijgen: ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV). (2)

De projectgroep SEGV van NEO heeft 4 aandachtspunten geformuleerd (identificatie en data; agendering in de regio; interventies; randvoorwaarden en organisatie) met bijbehorende doelstellingen. (3) Binnen het thema "identificatie en data" moeten twee hoofdvragen worden beantwoord:

1. Hoe identificeren we op een haalbare, toepasbare, effectieve manier individuen met gezondheidsachterstand?
2. Welke meetinstrumenten zijn beschikbaar, relevant, valide en toepasbaar om interventies gericht op het verkleinen van gezondheidsverschillen optimaal te meten?

Er is per 01-01-2021 een werkgroep aangesteld om die vragen te beantwoorden. Met dit document krijgt u een overzicht van hun activiteiten, de eerste resultaten en een voorstel voor vervolg.

Inleiding

De keuze voor het thema SEGV is maatschappelijk relevant en actueel. Recente rapporten van de onder andere het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) onderschrijven dit. (4-6)

Wij beschouwen SEGV als het verschil in de mate van morbiditeit en het verschil in mortaliteit tussen groepen mensen met verschillende sociaal economische status (SES).

SES kan op verschillende manieren gedefinieerd worden. Wij kiezen voor de definitie gebruikt door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) die gebruik maakt van opleidingsniveau.(7) Mensen met een laag opleidingsniveau vallen veelal in de groep met lage SES, mensen met hoog opleidingsniveau in de groep van hoge SES.

De gezondheidsverschillen tussen mensen met een hoge en een lage SES zijn groot. (8) Laagopgeleide vrouwen leven gemiddeld 5,4 jaar korter dan hoogopgeleide vrouwen. Bij mannen is het verschil zelfs 6,5 jaar. Nog groter is het verschil in jaren van gezonde levensverwachting. Bij mannen is dit 14,2 jaar en bij vrouwen 15,5 jaar. (9, 10) Er zijn aanwijzingen dat in de afgelopen jaren de relatieve gezondheidsverschillen tussen lager- en hogeropgeleiden niet zijn afgenomen, maar soms zelfs zijn gegroeid. (7)

In de context van SEGV wordt in (beleids)stukken vaak gesproken over mensen met gezondheidsachterstand. Wat opvalt is het ontbreken van een definitie of operationalisatie van deze groep. In de optiek van de werkgroep betreft het mensen met een ongezonder leven en met op relatief jonge leeftijd al aanwezige chronische morbiditeit ten opzichte van de gemiddelde Nederlander. Veelal zijn dit mensen met een laag opleidingsniveau en een lage SES. Vaak worden deze termen dan ook door elkaar gebruikt en wordt er dezelfde groep mensen mee bedoeld.

Ondanks het ontbreken van een definitie van mensen met gezondheidsachterstand is veel bekend over factoren die bijdragen aan het oplopen van een gezondheidsachterstand. Socio-economische factoren en gezondheidsgedrag spelen hierbij de grootste rol. (9, 11-13) Denk aan ongunstige woon- en werkomstandigheden, ongezonde leefstijl, laaggeletterdheid, armoede en schulden. Ook het ervaren van chronische stress ten gevolge van financiële problemen is een belangrijke factor die de kans op gezondheidsproblemen aanzienlijk vergroot. (9) Tevens blijkt dat migranten oververtegenwoordigd zijn in deze groep. Het is moeilijk te verteren dat een groot deel van deze factoren buiten de directe invloedssfeer liggen van de mensen zelf maar (deels) wel beïnvloedbaar zijn.

SEGV hebben ook een ruimtelijke dimensie: in sommige wijken of gebieden is een relatieve oververtegenwoordiging van mensen met een gezondheidsachterstand.

Hoewel we op nationaal heel goed in staat blijken te zijn vast te stellen *dat* SEGV een feit zijn, vertonen bestaande manieren om data in te zetten om preciezer vast te stellen *waar* SEGV optreden, *wie* het betreft en *wat* de aard van de – doorgaans complexe – problematiek bij bewoners is, duidelijke beperkingen. Tegelijkertijd koersen gemeenten meer en meer op wijkaanpakken, zodat SEGV idealiter op wijkniveau inzichtelijk worden.

Operationalisatie van SEGV en mensen met een gezondheidsachterstand: over het woud van begrippen

Aan de hand van onderlinge gesprekken, bestudering van de literatuur en gesprekken met een aantal experts wordt duidelijk dat verschillende, deels overlappende begrippen en definities naast en door elkaar gebruikt worden; allen betrekking hebbend op SEGV en mensen met een gezondheidsachterstand. Over welke mensen gaat het?

- Mensen met een lage SES (7)

Vanuit het ministerie van VWS wordt aanbevolen om in het kader van het verkleinen van SEGV in te zoomen op mensen met een lage SES omdat deze groep gemiddeld genomen de grootste gezondheidsachterstand kent. (6, 14) Echter, niet bij alle mensen uit lage SES is sprake van een gezondheidsachterstand.

SES laat zich enigszins tot op gebieds- of wijkniveau uitdrukken. De GGD verzamelt data over SES en gezondheid middels 4-jarlijks steekproefsgewijs uitzetten van vragenlijsten aan bewoners. Deze data worden gecombineerd met microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Vervolgens worden extrapolaties gedaan naar het betreffende gebied dan wel de wijk. (15)

De precisie van deze data wordt gehinderd door privacy wetgeving waardoor maximaal ingezoomd kan worden op gebieden met een straal van 300 meter. Ook zullen vragenlijsten eerder ingevuld worden door geletterden dan door laaggeletterden, waardoor de groep lage

SES onder gerepresenteerd zal zijn in de respons op het GGD vragenlijst onderzoek. [red. *persoonlijke communicatie dataexpert Ralph Hermsen GGD Nijmegen*]

SES (direct of indirect middels scholing of beroep) wordt door huisartsen niet (goed) vastgelegd in het Huisarts Informatie Systeem (HIS), en wordt voor zover de werkgroep bekend nergens op individueel niveau systematisch geregistreerd.

- Sociaal kwetsbaren **RVS 2019 p. 9**.

Hier kan onder verstaan worden: 'Mensen zijn (sociaal) kwetsbaar als de draaglast van de ervaren problemen en tegenslagen te groot is voor de bij hen beschikbare draagkracht. Door de ervaren disbalans worden sociaal kwetsbare mensen bedreigd met maatschappelijke uitval of sociale uitsluiting. Mensen die sociaal kwetsbaar zijn, hebben de onderstaande kenmerken **(Bransen e.a., 2001; Wolf e.a., 2001)**:

- ze zijn niet voldoende in staat om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (dak boven het hoofd, voedsel, inkomen, sociale contacten, zelfverzorging);
- ze hebben meerdere problemen tegelijkertijd (bijvoorbeeld vervuiling, overlast, sociaal isolement, verwaarlozing van lichamelijk functioneren, schulden, verslaving, psychische problemen);
- ze ontvangen vanuit het perspectief van de professionele hulpverleners niet de zorg of ondersteuning die nodig is om zich in de samenleving te handhaven;
- ze stellen geen hulpvraag waar de reguliere hulpverlening een antwoord op heeft; er is vaak sprake van ongevraagde bemoeienis of hulpverlening' **(REF Van den Brink et al. 2015)**.

Dit begrip betreft ten dele onderliggende welzijnsproblemen. Het wordt niet duidelijk uit de literatuur hoe dit begrip zich verhoudt tot gezondheidsachterstand en tot SES.

Sociale kwetsbaarheid wordt mensen met lage SES toegeschreven **(zie RVS 2019 p. 9)**.

Zoals genoemd in de inleiding is er veel bewijs dat de aanwezigheid van welzijnsproblemen bijdraagt aan het creëren van gezondheidsverschillen.

Voor een overzicht van soorten welzijnsproblemen gebruiken we de omschrijving van de WHO: Social determinants of health. (11)

- "Hotspotters" (16)

Deze in Amerika gemunte term door onderzoeker en chirurg A. Gawande betreft een groep patiënten die "duur" zijn vanuit maatschappelijk en zorg perspectief en vaak geclusterd bij elkaar in de buurt wonen. (16) Het betreft mensen met meerdere problemen tegelijkertijd, veelal op medisch en op welzijnsvlak en die daarbij vaak gebruik maken van spoed medische zorg bij crisisdienst en spoedeisende hulp.

Uit onderzoeken blijkt dat bij deze mensen sprake is van gezondheidsachterstand en dat interventies gericht op hun welzijnsproblemen helpen om ook medische zorgconsumptie te reduceren. Nadeel van de focus op hotspotters is dat het merendeel van mensen met gezondheidsachterstanden niet voldoen aan de hotspotter definitie. Bijvoorbeeld zorgmijders, die pas hulp vragen als de hoeveelheid problemen overweldigend te groot is geworden en dan relatief moeilijker op te lossen zijn. Maar ook mensen die wel veel de huisarts bezoeken maar andere vormen van zorg vermijden (bijvoorbeeld door gebrek aan vertrouwen of vanwege kosten eigen risico).

- Complexe patiënten (17)

SEGV worden ook in verband gebracht met complexiteit. De RVS spreekt daarbij van complexe ongelijkheid. (4) Complexiteit in zorg wordt gedefinieerd als: “interference with standard care and decision-making by symptom severity or impairments, diagnostic uncertainty, difficulty engaging care, lack of social safety or participation, disorganization of care, and difficult patient-clinician relationships.” (17)

Het verkleinen van SEGV is complexe materie. Door sommigen ook wel een “wicked problem” genoemd. (9) Het verbeteren van de gezondheid van iemand met een gezondheidsachterstand is vaak complex doordat meerdere problemen tegelijkertijd bestaan en elkaar vaak onderling (negatief) beïnvloeden. De complexiteit zit vervolgens niet alleen in de inhoudelijkheid van de vaak multipale problemen maar ook in de onderlinge samenhang en interactie van deze problemen. Dit vraagt regelmatig om de hulp van meerdere hulpverleners / instanties die dan ook goed moeten kunnen samenwerken om tot resultaat te komen.

Echter, een probleem kan complex zijn en niets te maken hebben met gezondheidsachterstand. Complexe problemen kunnen voorkomen in alle leeftijdsgroepen en alle soorten SES. De soort complexiteit kan verschillen tussen SES en leeftijdsgroepen. Zie *Bijlage 1* voor factoren die bijdragen aan complexiteit in de spreekkamer. Zie *Bijlage 2* voor methoden om complexiteit te meten.

- Mensen in achterstandsituatie (deprivation)

In Angelsaksische landen wordt achterstand uitgedrukt in een doorwrochte maat, de Deprivation index. (18, 19) In Nederland zou dit “achterstandsindex” genoemd kunnen worden. Deze index is een methode waarbij op grond van een mix van een aantal sociaalmaatschappelijke, gezondheids- en demografische kenmerken van mensen op gebieds- of wijkniveau een score wordt toegekend aan de mate van ‘deprivation’. Dit soort indexen wordt in verschillende landen in Europa gebruikt (Zie *Bijlage 3* voor een overzicht). De meest valide en meest uitgewerkte methode lijkt uit Engeland en Schotland te komen. In Nederland ontbreekt een dergelijke index. Een recent initiatief van Hugo Vos en collega’s lijkt een stap in deze richting te maken. (20)

- Mensen met problemen op meerdere levensdomeinen

Dit is eerder gedefinieerd als een combinatie van 1 of meer welzijnsproblemen met 1 of meer psychische symptomen of ziekten/of 1 of meer chronische somatische symptomen of ziekten. (21)

De term “mensen met problemen op meerdere levensdomeinen” wordt door huisartsen gezien als weliswaar niet even handig in het dagelijks taalgebruik maar wel als een prettig neutrale beschrijving van een feitelijke toestand. Het is eenduidiger en neutraler dan “de complexe patient, de multiproblem patient, de achterstand patient”. Huisartsen lijken een goed beeld te hebben bij de groep mensen die er aan voldoet. (21)

Nadeel van de term is dat hij in Nederland niet gemeengoed is als voorkeusterminologie en ook in het buitenland niet gebezigd wordt. Dit is relevant bij het zoeken naar internationale

literatuur over het onderwerp, aangezien we literatuur zouden kunnen missen bij het gebruiken van deze term in de zoekstrategie.

Wij verwachten dat het merendeel van mensen met problemen op meerdere levensdomeinen gezondheidsachterstand oplopen. Zeker als die problemen vanaf jonge leeftijd bestaan en lange tijd voortduren. We verwachten dat de verdeling van deze groep mensen over de SES klassen ongelijk is, met de meesten in de groep met een lage SES en de minsten in de groep met een hoge SES. Wij hebben hierover geen direct gerelateerde informatie gevonden in de door ons geraadpleegde literatuur.

Op basis van bovenstaande bespreking van de verschillende begrippen en definities die gebruikt worden bij het spreken over SEGV kiest de werkgroep om de focus te leggen op “mensen met problemen op meerdere levensdomeinen”.

Dit is de groep die we willen identificeren en waarmee we interventies willen aangaan om hun gezondheid te verbeteren en zo bij te dragen aan het verkleinen van SEGV. Voor de werkgroep is het een vorm van operationalisatie van de groep mensen met een gezondheidsachterstand. Het lijkt naast een relevante groep ook de best mogelijke groep om (redelijk) goed en haalbaar te kunnen identificeren. In de volgende paragraaf wordt dit verder uitgewerkt.

Met het vooralsnog ontbreken van een erkende, gevalideerde, Nederlandse gezondheidsachterstandindex denkt de werkgroep dat via de weg van het kunnen identificeren van het relatieve en absolute aantal individuen met problemen op meerdere levensdomeinen ook een uitspraak gedaan kan worden over de mate van gezondheidsachterstand in wijken of gebieden.

Definitie van mensen met problemen op meerdere levensdomeinen

In een volgende stap heeft de werkgroep stil gestaan bij de vraag welke definitie ze wil aanhouden voor mensen met problemen op meerdere levensdomeinen.

In de eerder beschreven definitie is de aanwezigheid van minstens 1 chronische somatische aandoening een vereiste. (21) De werkgroep voorziet echter dat deze vereiste een relevant deel van de populatie uitsluit. Vooral jonge mensen die wel meerdere problemen hebben op gebied van welzijn en psyche maar (nog) geen somatische aandoening. Ook zij hebben reële kans op het oplopen van gezondheidsachterstand.

Om grip te krijgen op verschillende mogelijke subgroepen van mensen met problemen op meerdere levensdomeinen, heeft de werkgroep aan de hand van input uit de dagelijkse huisartspraktijk (MW, JH) verschillende casus op systematische wijze besproken. Hierbij werd bestudeerd welke problemen geregistreerd waren op het somatisch, psychisch en sociaal domein, de interacties tussen deze geregistreerde problemen, als ook het aantal contacten met zorgverleners, consequenties voor patiënt en zorgverleners en welke informatie niet in dossier te vinden was maar wel relevant om te weten.

Daarbij heeft de werkgroep ook gekeken of er subgroepen patiënten zijn met een verhoogde kans op gezondheidsachterstand, onafhankelijk van het aantal betrokken domeinen.

Deze bespreking van casuïstiek heeft geleid tot het opstellen van een aantal persona's: een gegeneraliseerde beschrijving van subgroepen patiënten met problemen op meerdere levensdomeinen met een bijbehorend aantal mogelijke geregistreerde problemen. Ook zijn subgroepen van patiënten benoemd zonder problemen op meerdere levensdomeinen maar met een

volgens de werkgroep verhoogde kans op gezondheidsachterstand. Een overzicht van de persona's is weergegeven in *Bijlage 4*.

Deze werkwijze heeft de werkgroep geleerd dat er met name jonge groepen patiënten zijn die wel problemen op meerdere levensdomeinen hebben, een grote kans hebben op gezondheidsachterstand maar geen chronische somatisch symptoom of ziekte hebben en daarom onterecht niet geselecteerd zouden worden met de definitie als gegeven door Peters et al. (21)

De werkgroep adviseert dan ook om mensen met problemen op meerdere levensdomeinen te definiëren als: personen met drie of meer problemen op twee of meer levensdomeinen (somatisch, psychisch, sociaal-maatschappelijk)

Identificatie van mensen met problemen op meerdere levensdomeinen: Hoe?

Uit gesprekken met dataspecialist Ralph Hermsen van GGD Gelderland Zuid en onafhankelijk dataspecialist Hugo Vos, als ook uit de gedocumenteerde lessen zoals recent beschreven in het rapport van NZI jeugd over de aanpak van SEGV in een aantal proeftuinen, concludeert de werkgroep dat een waterdicht identificatie systeem om mensen met gezondheidsachterstand te identificeren niet bestaat. Dit betekent dat elke keuze zijn eigen voor en nadelen meebrengt. Het is zaak die te erkennen, er mee te gaan werken en evalueren of het voldoende voldoet.

Raadplegen van microdata van CBS is kostbaar en kent een extrapolatieslag door alle privacywetgeving. De GGD (wijk)gezondheidsmonitor data geeft een grove maat van een wijk of gebied en is gevoelig voor selectiebias en middeling (een slechte en een goede buurt naast elkaar geeft in de uitkomst een gemiddelde wijk)

Identificeren van mensen met problemen op meerdere levensdomeinen zou wel kunnen door gebruik te maken van het HIS. Doktersassistenten, praktijkondersteuners en huisartsen registreren hierin diagnoses, problemen, episoden aan de hand van registratieafspraken en middels een vaststaand classificatiesysteem (International Classification of Primary Care).

Hoewel er geen aparte registratieafpraak of methode bestaat om iemand het label te geven "problemen op meerdere levensdomeinen" is het wel mogelijk om geregistreerde codes slim te combineren. Problemen in de levensdomeinen worden ieder apart namelijk wel geregistreerd en zijn daardoor (relatief) makkelijk extraheerbaar uit het HIS. Slim combineren van verschillende registratiecodes kan dan leiden tot een selectie van mensen met problemen op meerdere levensdomeinen. De werkgroep adviseert daarom identificatie van mensen met problemen op meerdere levensdomeinen via data vastgelegd in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS).

De beperking hierbij zal zijn dat er verschillen zijn in de registratieprecisie tussen huisartsen. Ook is de verwachting dat medische en psychische problemen overwegend goed geregistreerd zijn maar welzijnsproblemen aanzienlijk minder. Zorgwekkende zorgmijders worden op deze manier niet gevonden.

In bijlage 5 is een overzicht gegeven van relevante ICPC codes die gebruikt kunnen worden om in het HIS mensen met problemen op meerdere levensdomeinen te identificeren.

Een huisartsenoordeel van de geselecteerde patiënten kan nog een kwalitatieve toevoeging zijn om ontbrekende mensen toe te voegen en onjuist geselecteerden af te voeren uit de selectie.

Dit huisartsenoordeel kan ook toegepast worden op een selectie van mensen met hoog no-show gehalte of volledig ontbreken van contact met de huisarts. Op deze manier kunnen ook zorgmijders geïdentificeerd worden.

Identificatie van gezondheidsachterstand in het HIS: Hoe?

De werkgroep vindt het raadzaam om naast een slimme selectie van problemen op verschillende domeinen ook gegevens uit het HIS te verzamelen die iets kunnen zeggen over bestaande gezondheidsachterstand. Voorstel is om hiervoor te kijken naar de gemiddelde leeftijd van overlijden in een huisartspraktijk en te kijken naar de gemiddelde leeftijd van 1^e hartvaatziekte en/of start diabetes mellitus.

Mogelijk zou ook het percentage rokers en het percentage patiënten met COPD een indicator kunnen zijn omdat in de lage SES groep aanzienlijk meer gerookt wordt t.o.v. midden en hoge SES.

Tussenconclusies

Hoofdvraag 1: Hoe identificeren mensen met een gezondheidsachterstand

- Door het vinden van mensen met 3 of meer problemen op 2 of meer levensdomeinen (medisch, psychisch, sociaal-maatschappelijk)
- Door deze mensen te identificeren met gebruik van data vastgelegd door zorgverleners van huisartspraktijken in het HIS
- Aan de hand van een voorgesteld overzicht van relevante ICPC codes (*Bijlage 5*)
- En door in aanvulling op bovenstaande in het HIS gegevens mbt overlijden en gemiddelde leeftijd van 1^e HVZ en/of diabetes mellitus te verzamelen en toe te voegen.
- Door selectie te maken van mensen met hoge no-show frequentie (arbitrair vastgesteld op > 3x per jaar) en mensen met langdurig geen contact met de huisarts (arbitrair vastgesteld > 3 jaar geen contact)
- Bovengenoemde selecties kunnen vervolgens nog beoordeeld en zo nodig aangepast worden door de huisarts

Voorstel voor vervolgstappen

- Testen van de voorgestelde werkwijze middels een proefextractie in het HIS van Wijkgezondheidscentrum Lindenholt
- Testen van de werkwijze bij een andere "achterstandspraktijk" en 2 niet-achterstandspraktijken

Toetsen op face validity: herkenbare selectie voor betrokken huisarts.

Herkenbaar percentage patiënten in praktijk met mogelijk gezondheidsachterstand?

- Focusgroep: valideren van persona's, kloppen ze, ontbreekt er? Welke ICPC codes horen bij de persona's?

- Delphi studie: validering van de items uit het overzicht ter identificatie van mensen met problemen op meerdere levensdomeinen
- Beantwoording Hoofdvraag 2: Welke meetinstrumenten zijn beschikbaar, relevant, valide en toepasbaar om interventies gericht op het verkleinen van gezondheidsverschillen optimaal te meten?

Referenties

1. CIHN. Nijmegen: CIHN; 2021 [Available from: <https://cihn.nl/content/nieuw-neo-huisartsenzorg-samen-sterk-eerste-lijn>].
2. LHV NHG, InEen. Hechte huisartsenzorg 2020 [Available from: <https://www.hectehuisartsenzorg.nl/huisartsenregios/regio-nijmegen>].
3. van der Wel MC. Achtergrondinformatie bij Regioplan onderwerp Gezondheidsverschillen. NEO Huisartsenzorg; 2021.
4. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Gezondheidsverschillen voorbij, complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. Den Haag: RVS; 2020.
5. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Een eerlijke kans op gezond leven. Den Haag: RVS; 2021.
6. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Gezondheid breed op de agenda. Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024. Den Haag: RIVM; 2021.
7. Broeders DD, HD; Jennissen, RPW; Tiemeijer, WL; de Visser, M. Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Den Haag: WRR; 2018.
8. Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018: RIVM; 2018 [Available from: <https://www.vtv2018.nl/>].
9. Nederlands Jeugdinstituut. Eindrapport Terugdringen Gezondheidsverschillen. NJI; 2021.
10. CBS. CBS Statline; 2021 [Available from: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84842NED/table?dl=4506F>].
11. WHO. Social determinants: WHO; 2021 [Available from: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1].
12. Park H, Roubal AM, Jovaag A, Gennuso KP, Catlin BB. Relative Contributions of a Set of Health Factors to Selected Health Outcomes. *Am J Prev Med.* 2015;49(6):961-9.
13. Hood CM, Gennuso KP, Swain GR, Catlin BB. County Health Rankings: Relationships Between Determinant Factors and Health Outcomes. *Am J Prev Med.* 2016;50(2):129-35.
14. Schrijvers CS, I. Naar een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden. Bilthoven: Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2009 2009. Contract No.: 270171001/2009.
15. Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. De Gezondheidsmonitors. 2020 [Available from: <https://monitoregezondheid.nl/gezondheidsmonitor-volwassenen-en-ouderen>].
16. Gawande A. The Hot Spotters: Can we lower medical costs by giving the neediest patients better care? . *New York Times.* 2011.
17. Peek CJ, Baird MA, Coleman E. Primary care for patient complexity, not only disease. *Fam Syst Health.* 2009;27(4):287-302.
18. Government S. [Available from: https://www.gov.scot/collections/scottish-index-of-multiple-deprivation-2020/?utm_source=redirect&utm_medium=shorturl&utm_campaign=simd].
19. Ministry of Housing Communities and Local Governement. The English Indices of Deprivation 2019 (IoD2019). 2019.
20. Woonzorgwijzer [cited dec 2021]. Available from: <https://woonzorgwijzer.info/>.
21. Peters E. Mensen met problemen op meerdere levensdomeinen in de eerste lijn. Stageverslag Eerstelijns geneeskunde. 2016. Nijmegen: Radboudumc, Afdeling Eerstelijns geneeskunde.

Bijlage 1. Welke elementen dragen bij aan de complexiteit van achterstandsproblemen in de spreekkamer?

Patiëntkenmerken

- Taalbarrière,
- Begripsbarrière: bij laag opleidingsniveau, bij beneden gemiddelde intelligentie
- Gebrek aan overzicht, planning, lange termijn denken
- Moeite met beschouwen problemen, moeite met beschouwen van zichzelf
- Moeite met afspraken concreet maken en moeite met nakomen gemaakte afspraken

Dokterskenmerken

- Valkuil van medicaliseren als ook valkuil van onderdiagnostiek
- At risk voor overbelasting/demotivatie door 'heartsink patients'; frustratie als afspraken niet lopen, als draaideurfenomeen plaatsvindt
- Indien overbelasting: slechter luisteren, minder zorgvuldig etc
- Moeite met empathie voor kwetsbare doelgroep, bij taalbarrière
- Skills arts: voldoende getraind om arts te zijn voor achterstandsgroepen?

Het consult zelf, complexiteit

- Feitelijke ingewikkeldheid als meerdere onderliggende problemen spelen als mogelijke oorzaak van klachten, het ontrafelen van de kluwen
- Lastig om tot gezamenlijke probleemdefinitie te komen: volgens arts is oorzaak klachten anders dan die van de patiënt: en dan?
- Lastig om werkelijk tot gezamenlijke besluitvorming te komen, wanneer en in welke mate is paternalisme gerechtvaardigd / nuttig / noodzakelijk

Werk dat volgt uit het consult voort komt

- Ter voorkoming van medicaliseren: overleg met specialisten, overleg met betrokken begeleiders, overleg met welzijnspartijen over aanpak onderliggende problemen op sociaal domein
- Bij ingewikkeld en veel partijen betrokken, noodzaak MDO
- Indien ook sprake van multimorbiditeit: uitzoeken / verdiepen wat is optimum aan medische zorg
- Oneigenlijk werk door stagnatie/wachtlijsten

Organisatie van zorg en welzijn

- Ontbreken goed lopende integrale aanpak
- Overmaat aan welzijnspartijen, langs elkaar heen werken, teveel hulpverleners betrokken met overlappende opdracht
- Ontbreken van tijd voor integraal werken, voor MDO's etc
- Ontbreken van kwaliteit in zorg en welzijns dienstverlening
- Ontbreken van "Coordination of care"

Bijlage 2. Manieren om complexiteit te meten

1. *Salisbury et al. Measuring complexity of general practice consultations: development and validation of a complexity measure. BJGP. 2021; 27;71(707):e423-e431*

Delphi study en vervolgens cross sect onderzoek ter validatie.

Uit HIS extraheerbare variabelen (dus sommige maten van complexiteit/variabelen vallen hierdoor af)

In total 17 variabelen meetbaar (voldoende aanwezig, extraheerbaar EN een relatie hebbend met langere consultduur)

2. *Mercer et al. More time for complex consultations in a high-deprivation practice is associated with increased patient enablement. 2007, BJGP*

Defining complex consultations in such a highly deprived area, patients commonly present with multiple physical, psychological, and social problems. Initially, the GPs considered defining a consultation as complex if it involved three or more problems. However, single problems can also involve complexity (Supplementary Box 1). Therefore, the system adopted was that any patient regarded by the GP as having complex needs at the time of consultation would be regarded as complex, irrespective of whether that involved one or multiple needs.

3. *Grant et al. Defining Patient Complexity From the Primary Care Physician's Perspective. 2011 Ann Intern Med.*

Complexity domains:

- Medische beslissingen maken
- Coordinatie of care
- Pat persoonlijke karakteristieken
- Pat gediagnosticeerde mental health problemen
- Pat socio economische omstandigheid

Complex patients were more likely to be underinsured and to live in census blocks with lower median income and high school graduation rates. Overall, complex patients made more visits, had more missed appointments, and saw more providers than noncomplex patients.

Using electronic data sources, we found that complex patients had more frequent visits, more high-cost procedures, and more need for psychotherapy than noncomplex patients. In addition, certain variables associated with complexity were specific to younger patients (such as alcohol use), which underscores the age-related variability in contributors to patient complexity.

4. **14. de Jonge P, Huyse FJ, Stiefel FC. Case and care complexity in the medically ill. Med Clin North Am. 2006;90:679-92. [PMID: 16843768]**

Bijlage 3. Manieren om achterstand te meten in wijken / gebieden: deprivation scores

1. Scottish index of multiple deprivation

Indicatoren zijn gecombineerd en middels factoranalyse zijn hier 7 domeinen uitgekomen. <http://eprints.gla.ac.uk/178961/7/178961.pdf>

Domeinen: inkomen, werk, criminaliteit, woonomstandigheid, gezondheid, scholing, toegang tot zorg/welzijn. Middels weegfactoren gecombineerd

https://www.gov.scot/collections/scottish-index-of-multiple-deprivation-2020/?utm_source=redirect&utm_medium=shorturl&utm_campaign=simd

2. Castairs score

Bestaat uit slechts 4 domeinen (werk, auto, aantal personen per huishouden, lagere sociaal economische klasse. Geen validatie studie, lijkt me niet geschikt.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4889779/>

3. DiPCare-Q

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3274718/>

Gevalideerd, bron Zwitserland, op basis van systematische literatuur studie 16 item vragenlijst om deprivation te “vangen” in 3 domeinen (materieel, sociaal, gezondheid) in te vullen door patienten.

4. Quebec index

https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/hpcdp-pspmc/34-1/assets/pdf/CDIC_MCC_Vol34_1_3_Pampalon_E.pdf

Gevalideerd in Canada, kleinschalig, detectie van een gebied, 6 items schooldiploma, werk, inkomen, alleenstaand, gescheiden/weduw, single parent gezin.

5. EPICES

<https://academic.oup.com/eurpub/article/25/4/604/2399129>
Frans, vragenlijst, overlap met DipCare Q

6. English Indices of Deprivation 2019 (IoD)

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/835115/IoD2019_Statistical_Release.pdf

Deels patiënten vragenlijsten en daarmee niet “handig” voor identificatie grote gebieden

Deels indexen met combinatie van variabelen die in Nederland niet makkelijk beschikbaar zijn en informatie geven over gebieden, minder over individuen in dat gebied. Mate van precisie is niet helemaal duidelijk, parallel met GGD monitor in combi met CBS microdata. Echter deprivation scores in Engeland en Schotland niet op basis van door bewoners ingevulde steekproeven met enquêtes zoals GGD.

Bijlage 4. Persona's van subgroepen patiënten met problemen op meerdere levensdomeinen en kans op gezondheidsachterstand – ervaringsbeschrijving

1. De getraumatiseerde patiënt

Kenmerken / identificatie:

Persoonlijkheidsstoornis

PTSS

Huiselijk geweld (VG)

Seksueel misbruik (VG)

Affectieve verwaarlozing

Depressie

Angst

Voorbeelden: p13046, p17205, p20834, p18779, p19150

2. De agressieve patiënt / de patiënt met gestoorde emotieregulatie

Kenmerken / identificatie:

Boos/prikkelbaar gedrag

Huiselijk geweld

Relatieproblemen

Problemen met justitie

Voorbeelden: p3976, p13602

3. De verslaafde patiënt

Kenmerken / identificatie:

Alcoholmisbruik

Middelenmisbruik softdrugs

Middelenmisbruik harddrugs

Gokverslaving
Financiële problemen
Problemen met justitie
Werkloosheid

Voorbeelden: p 18799, p20525, p 19064

4. *De verstandelijke beperkte patiënt*

Kenmerken / identificatie:

Verminderde intelligentie / zwakbegaafd etc
Angstklachten
Stemmingsklachten

Voorbeelden: fam R (p2404, verhuisd); p13878, p17701, p4291

5. *De patiënt (kind/jongvolwassene) met ernstige gedragsproblemen*

Kenmerken / identificatie:

Gestoorde leerontwikkeling
Prikkelbaar/boos gedrag
Autisme
Stemmingswisselingen / stemmingsproblemen

Voorbeelden: Alle kids Leo Kannerhuis; p18289

6. *De psychotische patiënt*

Kenmerken / identificatie:

Psychose
Schizofrenie
Schizoaffectieve PS

Werkloosheid

Middelenmisbruik

Voorbeelden: p 15868, p 12858

7. *De patiënt met schulden*

Kenmerken / identificatie:

Financiële problemen / armoede

Somberheid

8. *De patiënt van buitenlandse herkomst die de taal (nog) niet spreekt*

Kenmerken / identificatie:

???????, contextformulier? Taalprobleem ?

Voorbeelden: p8439, p13141, p17299, p15741

Bijlage 5. Voorstel identificatie doelgroep uit HIS

- Gemiddelde sterfte leeftijd (per huisartspraktijk), (evt ook sterfte verdeeld over leeftijdsgroepen)
- Gemiddelde leeftijd van start 1^e HVZ
- Gemiddelde leeftijd van start DM
- **Percentage patiënten met COPD**
- Percentage rokers (als maat voor mate van lage SES in praktijk)
- Selectie van patiënten met > 3x per jaar NVZB
- Selectie van patiënten met 0 contacten in afgelopen 3 Jaar

- Relevante ICPC codes:

Lijst chronische somatische aandoeningen RTC Afd ELG Radboudumc

P01 Angstig / gespannen gevoel

P02 Acute stressreactie

P03 Depressief gevoel

P04 Boos gedrag / gestoorde agressie regulatie

P15 Chronisch alcoholgebruik

P19 Drugsmisbruik

P22/23 Gedragsproblemen kind / adolescent

P74 Angststoornis

P75 Somatisatiestoornis

P76 Depressie

P80 Persoonlijkheidsstoornis

P82 PTSS

P98 / P73 / **P71** Psychosen

P72 Schizofrenie

Z01 Armoede / Financieel Probleem

Z03 Probleem met huisvesting

Z05 Probleem met werk

Z06 Probleem met werkloosheid

Z08 Probleem met sociale zekerheid

Z09 Juridisch probleem / problemen met justitie

Z16 Relatieproblemen met kind

Z20 Relatieprobleem met ouders/familie

Z25 Huiselijk geweld / seksueel misbruik

Z28 Verstandelijke beperking

Bijlage 6. Bronnen van data over gezondheid / identificatie van gezondheidsverschillen

Vektis:

Open data. Nadeel: slechts tot op postcode-3-niveau, dus het blijft onduidelijk op wijk- of buurniveau waar de consumptie voornamelijk plaatsvindt. **De indicatoren zijn mn gebaseerd op kosten in de zorg.**

<https://www.vektis.nl/open-data>

NZa:

Methodiek definitie achterstandswijken voor extra financiering huisartsen.
Herijking in 2019:

Gehanteerde criteria (precieze berekening nog niet bekend).

- Percentage inwoners met laag inkomen: **wat is laag?**
- Percentage niet-actieven: **wat bedoelen we exact met niet-actieven?**
- Percentage niet-Westerse allochtonen en MOE-landers (Midden- en Oost-Europeanen)

Gemeenten:

<https://public.tableau.com/profile/gemeentenijmegen#!/vizhome/Bevolkingscijfers/Bevolking> voor demografische gegevens per wijk

Stads en wijkmonitor voor meer details over leefbaarheid, woningaanbod ect:

<https://swm.nijmegen.nl/p41009/wijkanalyse>

Sociaal Cultureel Planbureau

Het meten van vier vormen van kapitaal (persoonskapitaal, economisch, sociaal en cultureel kapitaal), verdeeld over 15 indicatoren die m.b.v. **vragenlijsten** zijn gemeten (zie SCP 2014: Verschil in Nederland). Op basis van deze metingen zijn verschillende segmenten onderscheiden waarin de Nederlandse bevolking 'uiteenvalt'. Vooral de mensen die behoren tot de groep 'precariaat' en 'onzekere werkenden' zijn groepen met weinig kapitaal.

In de analyse hebben we de volgende vijftien kenmerken meegenomen:

- a persoonskapitaal
 - 1 fysiek kapitaal (verdeeld in drie gelijke groepen);
 - 2 mentaal kapitaal (verdeeld in drie gelijke groepen);
 - 3 esthetisch kapitaal (verdeeld in drie gelijke groepen);
 - 4 BMI (ernstig overgewicht; ondergewicht; overgewicht; normaal gewicht);

- b economisch kapitaal
 - 5 opleiding;
 - 6 arbeidssituatie;
 - 7 gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen;
 - 8 vrij vermogen;
 - 9 overwaarde van de woning;
- c cultureel kapitaal
 - 10 ICT-vaardigheden;
 - 11 beheersing van de Engelse taal;
 - 12 leefstijl (verdeeld in drie gelijke groepen);
- d sociaal kapitaal
 - 13 sociale steun, kwantiteit;
 - 14 sociale steun, kwaliteit;
 - 15 instrumentele steun.

Tabel 10.1

De zes groepen, naar onderliggende indicatoren, bevolking van 18 jaar en ouder, 2014
(in rangordes)

	gevestigde bovenlaag	jongere kansrijken	werkende middengroep	comfortabel gepensio- neerden	onzekere werkenden	precariaat
Onderwijs	1	2	3	5	4	6
Inkomen	1	4	2	3	6	5
Relatie arbeidsmarkt	3	2	1	5	4	6
Vrij vermogen	1	5	3	2	6	4
Woningvermogen	2	5	3	1	6	4
Fysiek	2	1	3	5	4	6
Esthetisch	2	1	4	3	6	5
Mentaal	1	3	4	2	6	5
BMI	2	1	3	4	5	6
Aantal contacten	1	5	2	4	3	6
Persoonlijke zaken bespreken	2	1	3	4	5	6
Instrumenteel netwerk	1	2	5	3	4	6
Leefstijl	1	2	4	3	5	6
Digitale vaardigheden	3	1	2	5	4	6
Engels	2	1	3	5	4	6

Bron: SCP (ViN'14)

CBS , CBS microdata:

Zorgverzekeraars: