Identificatie van kansarmoede in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeterend project

Dr. Lize Vaes (Katholieke Universiteit Leuven)

Promotor: Prof. Dr. A. Roex (Katholieke Universiteit Leuven)

Co-promotor: Prof. Dr. B. Aertgeerts (Katholieke Universiteit Leuven)

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudstafel

Dankwoord……p3

Abstract……p4

Inleiding……p6

Oriënterende literatuurstudie……p7

1. Wat is kansarmoede
2. Relatie tussen kansarmoede en gezondheid
3. De rol van de huisarts
4. Screeningsvragenlijsten
    a. Overzicht van enkele screeningsvragenlijsten
    b. Criteria voor een goede vragenlijst

Methodologie van een kwaliteitsverbeterend project……p16

1. Wat zijn de doelstellingen?
2. Hoe kunnen we kwaliteitsverbetering testen?
3. Welke aanpassingen kunnen leiden tot een verdere verbetering?
4. De procedure

    PLAN: uitwerken van de interventie

    a. Literatuurstudie en keuze van de screeningsvragenlijst
    b. De voortest
    c. De sociale kaart
    d. Educatie van de deelnemende artsen

    DO: implementatie van de screeningsvragenlijst voor SDG
    CHECK: meten van de verbetering aan de hand van de kwaliteitsindicatoren
    ACT: aanpassen van de interventie aan de hand van de gevonden resultaten

Resultaten……p24

1. De voortest
2. De implementatie
3. Feedback van de deelnemende artsen

Discussie……p30

1. Bespreking resultaten
2. Sterktes en limitatie
3. Uitdagingen voor verder onderzoek

Besluit……p34

Referenties ……p35

Bijlagen……p38

Dankwoord

Ik zou graag mijn promotor Prof. Dr. Ann Roex willen bedankt voor haar interesse in het thema van kansarmoede, dit gaf mij inspiratie. Daarnaast wil ik graag mijn praktijkopleiders: dr. Luc Itterbeek, dr. Bart Vanhove en dr. Julie Vanden Bulcke bedanken voor hun medewerking, alsook onze praktijkassistenten Mihaela en Linda.

Verder wil ik de patiënten bedanken om open te staan voor bevraging over dit gevoelige thema, zij werkten onbewust mee aan mijn ontwikkeling tot huisarts.

Tot slot wil ik mijn vriendin, Kaat Hebbrecht, bedanken. Dankzij haar heb ik dit werkstuk tot een goed einde gebracht. Ze gaf me de rust en structuur die ik nodig had.

Om af te sluiten een citaat van de pionier op vlak van gezondheidsongelijkheid, Prof. Dr. Michael Marmot. In zijn boek The Health Gap bekijkt hij de ongelijkheidsstrijd op een realistische manier en denkt na over hoe we deze kunnen aanpakken in de huidige economische setting in Europa. Zijn quote luidt:

"We need the idealism of don Quixote, the dreamer, but we also need the pragmatisme of Sancho Panz. Ideology with evidence."



Fig 1: Don Quixote–Pablo Picasso-1955

Abstract

Identificatie van kansarmoede in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeterend project

Dr. Lize Vaes

Achtergrond

Gezondheid wordt in belangrijke mate beïnvloed door socio-economische factoren. De zogenaamde sociale determinanten van gezondheid kunnen een risicofactor zijn voor chronische ziekten, psychisch lijden en een vroegere sterfte. De huisarts is, binnen zijn eerstelijnsfunctie, vaak een eerste aanspreekpersoon in het kader van sociale problematiek. Het is dus sterk aangewezen dat de huisarts in staat is deze problematiek te herkennen en er mee rekening te houden in zijn klinische praktijkvoering. Toch blijkt dat de huisarts de aanwezigheid van sociale problemen vaak niet of onvolledig identificeert.

Onderzoeksvragen

De doelstelling is drieledig. Ten eerste wordt een grotere bewustwording rond het belang van kansarmoede in de eerstelijnszorg beoogd. Ten tweede wordt er gestreefd naar een verbetering van de identificatie en registratie van kansarmoede in het elektronisch medisch dossier (EMD). Ten slotte streeft men naar op een stijging van het aantal correcte verwijzingen naar multidisciplinaire organisaties met of zonder hulp van een sociale kaart.

Methodologie

Er werd een kwaliteitsverbeterende studie uitgevoerd om meer aandacht te besteden aan het herkennen en registreren van de sociale status van patiënten in de praktijk DOKTOOR. Het eerste deel bestond uit een oriënterende literatuurstudie als onderbouwing van de keuze van een gepaste screeningsvragenlijst voor sociale determinanten van gezondheid. In het tweede deel werd een kwaliteitsverbeterend project opgesteld waarbij een screeningsvragenlijst naar sociale determinanten, gebaseerd op de IHELLP, werd geïmplementeerd. De primaire uitkomstmaten waren het aantal identificaties van sociale determinanten en registraties in het EMD. Secundaire uitkomstmaat is het aantal verwijzingen naar multidisciplinaire zorg. Door middel van een voortest, bestaande uit een retrospectieve dossierstudie in de patiëntendatabase, werden gegevens over het aantal identificaties en registraties over 1 jaar tijd bekomen voor de interventie.

Resultaten

Na de interventie werd een duidelijke toename gezien van het aantal identificaties en registraties van sociale determinanten. Het aantal verwijzingen naar multidisciplinaire zorg nam toe. Het gebruik van de sociale kaart werd slechts door één van de vier artsen gehanteerd. De artsen zijn van mening dat bevraging van sociale determinanten kan bijdrage tot goede zorg. De vraag omtrent laag inkomen, veiligheid in de omgeving en veiligheid in de relatie werden het meest nuttig bevonden.

Conclusie

Implementatie van een screeningsvragenlijst naar de sociale determinanten van gezondheid vergroot de bewustwording van de huisarts rond de sociale kwetsbaarheid, vergroot het aantal identificaties en registraties in het EMD. Een systematische implementatie van een verkorte screeningsvragenlijst naar sociale determinanten kan de identificatie en registratie van sociale determinanten in de huisartsenpraktijk verbeteren, zoals blijkt uit de toename van het aantal verwijzingen.

Blijvende alertheid voor kansarmoede in de huisartenpraktijk is nodig.
ICPC-code: *Z01, Z03, Z07, Z09, Z03*

Inleiding

Gezondheid wordt in belangrijke mate beïnvloed door socio-economische factoren. Zo suggereren verschillende studies dat er een correlatie is tussen stress, woonomstandigheden en een hogere prevalentie en ernst van astma bij kinderen (Kenyon, Sandel, Silverstein, Shakir, & Zuckerman, 2007; Rosalind & Cynthia, 2004). Socio-economische factoren vormen een risicofactor voor ziekten (chronische ziekten, diabetes, psychisch lijden) (Kenyon, Sandel, Silverstein, Shakir, & Zuckerman, 2007; Marmot, 2008). Dit aspect van gezondheidswelzijn wordt echter sterk onderbelicht (Marmot, 2008).

De huisarts komt in contact komt met sociale kwetsbaarheid, maar registreert dit niet en laat zijn beleid niet sturen door een vermoeden van kansarmoede. (Andermann, 2009; British Medical Association, 2011; Newswire, York, & York, 2011). Informeren naar de sociale context waarin de patiënt leeft, kan van belang zijn voor zijn gezondheid. Een signalering en registratie in het elektronisch medisch dossier van die leefomstandigheden is nodig. Het kan een invloed hebben op zwel preventieve gezondheidszorg als op het beleid.

Er bestaan reeds een aantal screeningssystemen die als handvat kunnen dienen voor het inschatten van de sociale determinanten. Zo hanteert Kind en Gezin tijdens het huisbezoek een uitgebreide screeningsvragenlijst om een zo nauwkeurig mogelijk beeld te krijgen van de leefomstandigheden van de patiënt (Kind en gezin, 2016). Op dezelfde manier zou een gebruiksvriendelijke vragenlijst en/of registratiemethode van sociale kenmerken de identificatie(s) van kansarmoede door de huisarts kunnen verbeteren.

De huisartsenpraktijken waar ik als huisarts in opleiding werkzaam was, zijn gelokaliseerd in de rand van de grootstad Brussel. Socio-economische problemen kwamen dagelijks aan bod; de problematiek is actueel en aanwezig. Extra aandacht naar hoe er correct mee om te gaan zou de huisarts ten goede komen.

Deze masterproef is opgedeeld in twee onderdelen: in het eerste deel, de oriënterende literatuurstudie, werd de definitie van kansarmoede, de mogelijke invloed op de gezondheid en screeningsvragenlijsten die kansarmoede bevragen onderzocht. In het tweede deel wordt het kwaliteitsverbeterend project voorgesteld. Er werd onderzocht of de implementatie van een klinisch bruikbare screeningsvragenlijst de inschatting van sociale problemen door de huisarts kan verbeteren. Ten slotte werd nagegaan of deze implementatie ook een positieve invloed heeft op verwijzing van risicopatiënten naar multidisciplinaire zorg. Dit kan bijdrage tot een verbetering van de kwaliteit van zorg.

Oriënterende literatuurstudie

De literatuur werd nagekeken met het oog op volgende onderzoeksvragen:

- Wat is kansarmoede?
- Wat is de relatie tussen kansarmoede en gezondheid?
- Welke rol speelt de huisarts in het inschatten en/of aanpakken van kansarmoede?
- Welke screeningsvragenlijsten bestaan er die de aanwezigheid van de verschillende gezondheidsbepalende sociale determinanten inschat?

Om op deze vragen te kunnen beantwoorden werd er gestart met een oriënterende literatuurstudie in Medline via PUBMED. Volgende MeSH-term werden hiervoor gebruikt: "*social determinants of health*", *"screening", "sdh", "primary care", "deprivation", "detecting", "address", "general practitioner", "family practice", "health inequity", "vulnerability, "social need".*

Bij de zoektocht werd rekening gehouden met de relevantie, de literatuur moest het thema kansarmoede, onder de vorm van sociale determinanten van gezondheid bevatten. Daarnaast moest de literatuur klinisch betekenisvol zijn voor de eerstelijnszorg. Het jaar van publicatie, niet ouder dan 10 jaar en de methodologie van de studie, bij voorkeur werden systematische reviews geïncludeerd.

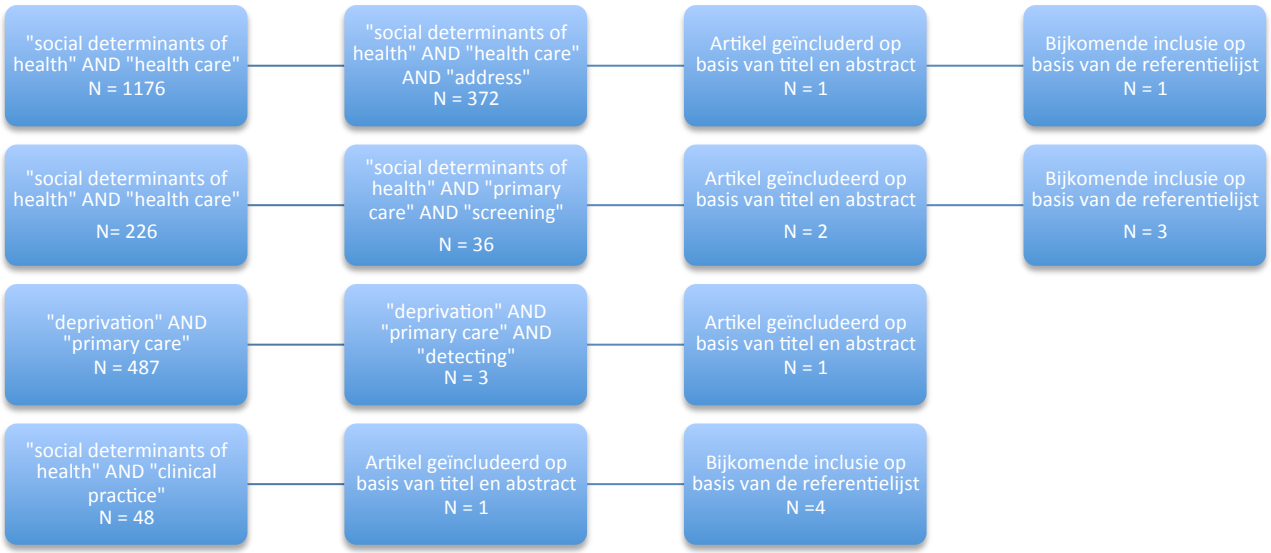


Fig 2: Stroomdiagram literatuurstudie voor het onderdeel screeningsvragenlijsten

1. Wat is kansarmoede?

Volgens de cijfers van de EU-SILC 2016 (European Union Statistics on Income and Living Conditions) leeft 15,5 % van de Belgen in een gezin met een verhoogd armoederisico op basis van het inkomen

(Stabe.fgov, 2016). Het Brussels Gewest heeft het hoogste aandeel van de bevolking dat moet rondkomen met een inkomen onder de armoederisicogrens, met een armoederisico tussen 27 % en 35 %, wat significant hoger is dan in Vlaanderen (tussen 9 % en 12 %)[1] (Armoederapport, 2017; Gezondheid & Commune, 2014).

In tegenstelling tot de term armoede, die enkel het financiële tekort benadrukt, behelst de term kansarmoede de multidimensionaliteit van de problematiek. Zo heeft kansarmoede niet enkel te maken met een financieel tekort, maar wel met veralgemeende achterstelling of uitsluiting op vlak van: algemeen welzijn en gezondheid, huisvesting, onderwijs, mogelijkheden tot vrije tijd en politieke en sociale zeggingskracht (Luyten, Lammertyn, & Onderzoeksinstituut, 1990).
In de literatuur zijn er verschillende definities van kansarmoede voorhanden. Kind & Gezin hanteert sinds 1995 een eigen definitie van kansarmoede om te bepalen of een kind in kansarmoede leeft of niet. Deze definitie luidt als volgt: "*een toestand waarbij mensen beknot worden in hun kansen om voldoende deel te hebben aan maatschappelijk hooggewaardeerde goederen, zoals onderwijs, arbeid, huisvesting. Het gaat hierbij niet om een eenmalig feit, maar om een duurzame toestand die zich voordoet op verschillende terreinen, zowel materiële als immateriële*" (Kind en gezin, 2016).

2. Relatie tussen kansarmoede en gezondheid

Het is aangetoond dat een individu die zich laag op de sociale ladder in de maatschappij bevindt, een kortere levensverwachting heeft dan iemand die zich hoger op die ladder bevindt. Daarenboven stijgt ook de kans op ernstige ziekten (Wilkinson & Marmot, 2003). Wie geboren wordt in een gezin waar reeds kansarmoede heerst, (ongezonde huisvesting, laag inkomen, beperkt sociaal netwerk) heeft een grotere kans op een slechte gezondheid. De associatie tussen een minder gunstige sociale positie en minder goede gezondheid wordt de gezondheidsgradiënt genoemd (gezondleven.be).



Fig. 3: Dahlgren & Whitehead Model

Sociale determinanten van gezondheid (SDG) zijn factoren die de omgeving omschrijven waar een persoon tijdens zijn levensloop aan wordt blootgesteld en die bovendien gezondheidsverschillen kan verklaren (Maggi, Irwin, Siddiqi, & Hertzman, 2010). De sociale determinanten van gezondheid zijn meestal niet rechtstreeks de oorzaak van ziekte, maar worden omschreven als '*de oorzaak van de oorzaak van ziekten*' (British

[1] *Deze armoederisicogrens werd vastgelegd op 60 % van het mediaan beschikbaar inkomen op nationaal niveau. De armoederisicograad wordt jaarlijks voor elke Europese lidstaat berekend op basis van de EU-SILC enquête. Voor België lag deze grens op basis van de EU-SILC enquête 2016 (inkomens 2015) op € 13 377 per jaar of € 1 115 per maand voor een alleenstaande. Voor een alleenstaande ouder met twee kinderen lag de grens op € 1 784 per maand, voor een koppel met twee kinderen op € 2 341 per maand [20]*
over hun gezondheidstoestand

Medical Association, 2011). De WHO omschrijft de term '*sociale determinanten van gezondheid* (*SDG*) als volgt: de omstandigheden waarin iemand wordt geboren, groeit, leeft, werkt en oud wordt. Dit omvat de sociaaleconomische status van het individu, zoals inkomen, werkgelegenheid en educatie, maar ook andere factoren zoals sociale cohesie, sociale ondersteuning, betaalbaar wonen en voldoende voeding (Wilkinson & Marmot, 2003). Bovendien versterken deze sociale determinanten elkaar onderling. Dahlgren en Whitehead illustreerden deze wisselwerking met behulp van een figuur (fig 1). Elk van de vermelde determinanten draagt via complexe structuren bij tot gezondheidsongelijkheid. (Whitehead, Dahlgren, & Gilson, 2009)

3. De rol van de huisarts

De huisarts is zeer goed geplaatst om sociale determinanten in te schatten. Door het aanbieden van toegankelijke en laagdrempelige zorg voor patiënten met een verschillende socio-demografische achtergrond komt de huisarts frequent in contact met sociale problematiek, al dan niet als aanmeldingsklacht. Onderzoek heeft aangetoond dat de huisarts in 80 % van de gevallen de eerste aanspreekpersoon is in geval van psychosociale problemen (Alonso, 2004). Daarnaast biedt de huisarts een continuüm in zorg met kennis van en contact met, de tweedelijnszorg. Een patiënt wordt vaak lange tijd opgevolgd door eenzelfde huisarts, contact met de specialist is meestal kortstondig en vluchtig. De huisarts kan ook op een begrijpbare manier uitleg verschaffen over de zorgnoden en dit in een vertrouwde omgeving. (LaForge et al., 2017).

Ondanks zijn rol als spilfiguur is gebleken dat de huisarts zich niet altijd comfortabel voelt bij het bevragen van dit gevoelig thema. In een online bevraging bij 1000 artsen, 690 werkzaam in de eerstelijnszorg en 310 pediaters, vindt slechts één op vijf zich voldoende bekwaam om de sociale status te bevragen (Newswire et al., 2011).

Een studie uit 2005 geeft inzichten in hoe de huisarts armoede interpreteert (definitie) en wat volgens hem de nodige aanpak is (Willems, Swinnen, & Maeseneer, 2005). Via een semigestructureerd interview afgenomen bij 21 huisartsen wordt getoetst naar hun definitie van armoede. Een gelijkaardige opzet in Canada werd gepubliceerd in 2017 (Loignon, Gottin, Dupéré, & Bedos, 2017). In die laatste onderzoek namen 35 huisartsen deel aan het interview. In de conclusie omschrijft men twee mogelijke percepties rond armoede: zij die armoede wijden aan de negatieve leefomstandigheden, (het merendeel van de huisartsen) en de andere die de verantwoordelijkheid van armoede bij de patiënt legden.

4. Screeningsvragenlijsten

a. Overzicht van enkele screeningsvragenlijsten

In het onderdeel wat volgt wordt er een overzicht gegeven van enkele reeds bestaande screeningsvragenlijsten voor sociale determinanten van gezondheid. De chronologie werd bepaald op basis van de datum van publicatie, we eindigen met de meest recente publicatie.

Tabel 1: De sociale determinanten van gezondheid per screeningsvragenlijst

Sociale determinanten van gezondheid	MacArthur	Tool to identify poverty	CLEAR toolkit	DiPCare-Q	Kind en Gezin	IHELLP	HealthBegins	OCHIN
1. Alcohol misbruik				X				X
2. Ras en etniciteit								X
3. Huisvesting			X	X	X	X	X	X
4. Tabakgebruik								X
5. Depressie				X				X
6. Educatie	?		X	X	X	X	X	X
7. Financiële middelen	?	X	X	X	X	X	X	X
8. Partner geweld			X			X	X	X
9. fysieke activiteiten							X	X
10. Sociale connectie en isolatie			X	X			X	X
11. Stress							X	X
12. Juridische status						X		
13. Gezondheid				X	X			
14. Arbeidssituatie	?		X		X		X	
15. Stimulatieniveau kinderen					X			
16. Transport							X	
17. kinderopvang			X			X		
18. Kinder-mishandeling			X					
19. Discriminatie			X					

1 tem 11: domeinen aanbevolen door het Instituut voor geneeskunde, 2014

1 tem 4: domeinen, niet specifiek voor screening naar sociale determinanten van gezondheid

1. MacArthur Scale of Subjective Social Status

The Whitehall II Study is een prospectieve cohort studie. (Singh-Manoux, Adler, & Marmot, 2003)

Met behulp van de MacArthur Scale of Subjective Social Status werd de subjectieve sociale status van de patiënt gemeten. Aan de deelnemer, gemeente ambtenaar tussen 35 en 55 jaar, werd gevraagd zichzelf een plaats toe te kennen op de sociale ladder, ervan uitgaand dat de hoogste trede

overeenkomt met zij die financieel rijker zijn, een betere opleiding hebben gekregen en/of een beter job uitoefenen. De laagste trede komt overeen met financieel arme mensen, mensen die geen of amper werden opgeleid en/of zij die een slechte job uitoefenen. Het gaat dus over de perceptie van een individu in een gemeenschap. De deelnemers waren ambtenaren tussen de 35 en 55 jaar werkzaam in Londen. (Singh-Manoux, Adler, & Marmot, 2003; Cantril, 1965).



Fig. 4: MacArthur Scale of Subjective Social Status

De studie toonde aan dat een subjectieve inschatting van de sociale situatie kon dienen als voorspeller van een goede of slechte gezondheid. Zo vond men dat de prevalentie van angina pectoris, diabetes mellitus en depressie hoger waren bij de personen die zichzelf lager op de ladder plaatsten (Giatti, Camelo, Rodrigues, & Barreto, 2012). Men bemerkte overeenstemming tussen de objectieve socio-economische positie (opleiding, inkomen, arbeidsniveau) en de subjectieve sociale status (Singh-Manoux et al., 2003). In 2010 werd in Zwitserland een studie op poten gezet om na te gaan of de huisarts de sociale situatie van zijn/haar patiënt correct inschat met behulp van de *MacArthur Scale of Subjective Social Status*, *de DipCare-Q index* en de *EQ-5D schaal*. De resultaten gaven aan dat de huisarts de sociale deprivatie van de patiënt vaak overschat (Chatelard et al., 2014).

2. Tool to Identify Poverty

Uit een studie aan de universiteit van Brits Colombia (afdeling huisartsgeneeskunde), gepubliceerd in 2011, is gebleken dat de patiënt rechtstreeks aanspreken over armoede, helpt bij identificatie van de noden. Uit de bevraging waaraan 156 patiënten deelnamen, bleek de vraag *"Heeft u (ooit) moeite om de eindjes aan elkaar te knopen aan het einde van de maand?",* een goede predictor te zijn voor armoede (sensitiviteit van 98%, specificiteit 60%) (Brcic, Eberdt, & Kaczorowski, 2011).

3. The CLEAR Toolkit

In 2010 werd door de CLEAR collaboration *(Community Links Evidence to Action Research Collaboration)* in Canada, de CLEAR toolkit opgesteld. De vragenlijst richt zich voornamelijk op de gezondheid van kinderen. De steekkaart houdt rekening met de drempels die een bevraging vaak in de weg liggen zoals bijvoorbeeld tijdsgebrek. Een sterkte van de screeningsvragenlijst is dat deze zich niet richt op welvarende landen, maar juist extra aandacht heeft voor minder welvarende landen. De CLEAR toolkit is toegankelijk in vijftien verschillende talen. Hij bestaat uit vier stappen: behandelen, informeren, verwijzen, beschermen van het zorgnetwerk. Bovendien wordt elk domein aan een mogelijke verwijzer verbonden. (Andermann, 2009) (Qpvs et al., n.d.).

4. DipCare-Q

De DiPCare-Q index (Deprivation in Primary Care) is een gevalideerde screeningsvragenlijst ontwikkeld in 2010, gebaseerd op reeds bestaande vragenlijsten. Hij bestaat uit 16 vragen. De vragenlijst verschilt van andere screeningsvragenlijsten door onderscheid te maken tussen sociale deprivatie en materiële deprivatie. De vragenlijst werkt met een zelfrapportering en geeft een idee van de aan- of afwezigheid van de deprivatie, maar kan ons niets vertellen over de oorzaak van deze deprivatie. De vragenlijst is beschikbaar in vier talen namelijk het Frans, het Nederlands, het Engels en het Italiaans (Vaucher et al., 2012)(Chatelard et al., 2014)(Yılmaz & Yılmaz, 2017) (Sass et al., 2006).

5. Kansarmoederegistratie Kind en Gezin

Op basis van de definitie van Kind en Gezin werden zes criteria afgeleid om te toetsen of de patiënt in kansarmoede leeft. Voor elk van de criteria werd een ondergrens bepaald. Het gaat om subjectieve bevindingen van de ondervrager. De registratie gebeurt op huisbezoek. De cijfers die voor het publiek ter beschikking worden gesteld lopen van 2012 tot 2016.

6. IHELLP

De IHELLP vragenlijst bevraagt zes verschillende sociale determinanten. IHELLP staat voor inkomen (income), huisvesting (housing), educatie (edcuation), geletterdheid (literacy), juridische status (legal status) en persoonlijke veiligheid (personal safety) (bijlage 2). De vragenlijst werd gepubliceerd in 2007 in het tijdschrift PEDIATRICS in de Verenigde Staten. Een grootschalig onderzoek die de IHELLP test in de klinische praktijk werd op heden nog niet gepubliceerd. De vragenlijst richt zich in de eerste plaats op gezinnen met kinderen, maar kan ook worden toegepast op ouderen. Elk domein wordt voorzien van enkele voorbeeldvragen die de behandelend arts kan handteren. De arts heeft de vrijheid vragen toe te voegen of weg te laten. (Kenyon et al., 2007). De IHELLP wordt aanzien als een instrument om zicht te krijgen op de context waarin de patiënt leeft. (Swain, Grande, Hood, & Inzeo, 2014) (LaForge et al., 2017). Zo kan men bijvoorbeeld beter inschatten of de patiënt een beperkte toegang heeft tot gezondheidszorg of moeite heeft met medische termen. Financiële moeilijkheden kunnen een invloed hebben op het voorschrijfgedrag. De IHELLP vragenlijst is beschikbaar in het Engels. De vragenlijst is niet gevalideerd.

7. HealthBegins

HealthBegins is een online platform ontwikkeld voor clinici met als doel educatie rond de sociale determinanten van gezondheid. Via een online platform worden workshops, educatie en ook een

screeningsvragenlijst aangeboden (https://healthbegins.ning.com/page/about-healthbegins). De HealthBegins screeningsvragenlijst werd in 2011 ontwikkeld op basis van reeds bestaande vragenlijsten. Oorspronkelijk wou HealthBegins enkel een online vragenlijst ter beschikking stellen, maar hiermee bereikte ze (nog) niet het gewenste publiek.

Hun belangrijkste vereisten waren: de haalbaarheid van het verzamelen van informatie en de toepasbaarheid in de ambulante setting.

8. OCHIN

Het '*Instituut voor geneeskunde*'[2] deed in 2014 een aanbeveling omtrent de sociale domeinen die de gezondheid het meest beïnvloeden, die meetbaar en relevant zijn, met de mogelijkheid verandering te weeg te brengen (Gold, Cottrell, & Bunce, 2017). Het resulteerden in elf domeinen (tabel 1). Waarvan werd vermoed dat de vier eerste domeinen in de meeste gevallen reeds door de arts werd bevraagd. De OCHIN vragenlijst werd ontwikkeld op basis van deze aanbevelingen. Speciale aandacht bij deze vragenlijst gaat naar het elektronisch opslaan van informatie, een screening die strookt met het dagelijks werkritme. In de vragenlijst wordt aanbevolen wanneer en hoe vaak elk domein moet worden bevraagd. ("Capturing Social and Behavioral Domains and Measures in Electronic Health Records," 2014) (Determinants, 2014).

b. Criteria voor een goede vragenlijst

Tabel 2: Tips voor het opstellen van een vragenlijst volgens de Social Screening Toolkit

Tips	IHELLP	DiPCare-Q	Kind en Gezin	Health Begins	OCHIN	CLEAR
1. Zo compleet mogelijk (aantal SDG bevraagd)	6	+/- 7*	6	9	11	9
2. organisatorisch haalbaar (niet te tijdsintensief)	beknopt	Ja/nee vragen	Neen, *huis bezoek*	uitgebreid	Zeer uitgebreid	beknopt
3. opgesteld voor implementatie in EMD?	Neen	Neen	Neen	Ja	Ja	Neen
4. ≤12 vragen	< 12	> 12	> 12	> 12	> 12	< 12
5. beschikbaar in verschillende talen	Engels	Engels Frans, Duits Italiaans	Nederlands	Engels	Engels	Engels Frans Arabisch Spaans Portugees Chinees Russisch

[2] *Het instituut van geneeskunde en een Amerikaanse NGO en voorziet nationale adviezen die betrekking hebben met biomedische wetenschappen, geneeskunde en gezondheid*

						Farsi Koreaans Servisch Hindi Kmer Afrikaans Urdu
6. niveau ≤ 5de leerjaar	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
7. Open vraag versus gesloten vraag	Gesloten	Gesloten	Open	Open en gesloten	Open en gesloten	Open en gesloten
8. gevalideerde vragenlijst	Neen	Ja	Neen	Ja	Ja	Ja
9. regio gebonden	VS	Zwitserland	België	VS	VS	Wereldwijd

VS = Verenigde Staten

* DipCare-Q geeft een index van materiële, sociale en gezondheidsdeprivatie

deze beoordeling is een subjectieve beoordeling

De 'social screening toolkit' stelt enkele criteria voorop waaraan een screeningsvragenlijst in de klinische praktijk moet voldoen. De 'social screening toolkit' werd gepubliceerd door Health Leads in 2016 en geüpdatet in 2018. Het biedt ons vijf tips voor het opstellen van een goede vragenlijst (Health Leads, 2018). Om inzicht te krijgen in de leefomstandigheden waarin de patiënt vertoeft moet de screeningsvragenlijst zo compleet mogelijk zijn (1). Het aantal vragen is van belang: te veel vragen levert meer vals positieven op, te nauwe bevraging zorgt voor onvoldoende screening en het missen van de kwetsbare patiënten. Daarnaast moet de screeningstool organisatorisch haalbaar zijn (2). De drempel tot participatie moet laag liggen, zowel bij de arts als bij de patiënt. Mogelijke drempels zijn: tijdgebrek, een taalbarrière, schaamte. Bij navraag naar sociale determinanten van gezondheid is het van belang deze te noteren in het elektronisch medisch dossier zodat de verworven informatie ter beschikking kan worden gesteld aan de andere zorgverstrekkers (3). (LaForge et al., 2017).

Een goede vragenlijst is kort en simpel: maximum 12 vragen (4) en in een begrijpbare taal (liefst de moedertaal (5), en simpele taal niveau van het 5de leerjaar (6). De initiële vraag, bij voorkeur een open vraag, toets naar de aanwezigheid van één of meerdere sociale determinanten van gezondheid (identificatie), indien een SDG aanwezig blijkt kan men dieper op het onderwerp in gaan (diagnosticeren) (7). Bij het kiezen van een screeningsvragenlijst gaat de voorkeur naar een gevalideerde vragenlijst (8). De integriteit van de patiënt mag niet worden geschaad, wanneer een SDG wordt gedetecteerd wil dit niet altijd zeggen dat de patiënt verlangt te worden doorverwezen. Vraag de patiënt om toestemming vooraleer contact op te nemen met hulporganisaties (9). Er wordt

aangeraden een piloottest te organiseren met de gekozen vragenlijst alvorens hem toe te passen op de volledige patiëntenpopulatie

In België bestaat er op heden niet 1 gestandaardiseerde vragenlijst bestaat waar alle gezondheidssystemen mee werken. Op basis van de setting waar de screening zal plaatsvinden kunnen verschillende vragenlijsten.

Methodologie van het kwaliteitsverbeterend project

Er werd een **kwaliteitsverbeterend project** verricht met interventie op het niveau van de praktijkorganisatie. Een kwaliteitsverbeterend onderzoek heeft als doel de kwaliteit van de huidige praktijkvoering te verbeteren. Startend van een probleem dat zich voordoet in de praktijk stelt men een interventie voor ter verbetering van dit specifieke probleem. De beoogde kwaliteitsverbetering zal aangepakt worden via de zogenaamde **Plan-Do-Check-Act cyclus** : het uitwerken van de interventie (plan), de implementatie (do), het meten van de verandering aan de hand van kwaliteitsindicatoren (check) en het aanpassen van de interventie aan de hand van de gevonden resultaten(act) (Riley, 2016). De cyclus kan meerdere malen doorlopen worden tot men tevreden is van het bekomen resultaat. In onze kwaliteitsverbeterende studie wordt de cyclus éénmaal doorlopen.



Fig 5: Uitwerking van de Plan-Do-Check-Act cyclus (cyclus van Deming) voor het kwaliteitsverbeterend project: Identificatie van kansarmoede in de huisartsenpraktijk

De **setting** van het kwaliteitsverbeterend project is de huisartsenpraktijk DOKTOOR aan de rand van Brussel (Brusselstraat 209 1702 Groot-Bijgaarden). Huisartsenpraktijk DOKTOOR is een multidisciplinaire praktijk met twee mannelijke huisartsen en een vrouwelijke huisarts, tussen de 39 en 52 jaar oud. Sinds 2016 werkt er ook een huisarts in opleiding (HAIO). Verder wisselen een psycholoog, een diëtiste en een podoloog elkaar af in de flexibele ruimte. In de praktijk hanteert men circa 13 jaar het medisch programma Health One. Er wordt actief aandacht geschonken aan het coderen van de hoofddiagnose. Alle artsen namen deel aan het kwaliteitsverbeterend project. Als randgemeente van Brussel kent de praktijk een multiculturele patiëntenpopulatie. Alle lagen van de bevolking komen op consultatie.

De **onderzoekspopulatie** bestond uit patiënten die op consultatie kwamen in de praktijk. Om een zo naturalistisch mogelijke weergave te geven de patiëntenpopulatie in de praktijk werden de in- en exclusiecriteria tot een minimum beperkt. Toch werden er, voornamelijk uit praktische overwegingen, enkele in- en exclusiecriteria vooropgesteld.

Inclusiecriteria

- De patiënt komt op consultatie tussen 09/02/2018 en 09/03/2018.
- De patiënt beschikte over een Globaal Medisch Dossier afgesloten in de praktijk, of hij/zij kwam minstens tweemaal in de praktijk op raadpleging, ervan uitgaand dat deze patiënten zich in een later stadium aansluiten bij de praktijk.
- De patiënt is tussen de 18 en 65 jaar
- De patiënt beschikt over voldoende kennis van het Nederlands, Frans of Engels.
- De patiënt geeft zijn/har akkoord tot deelname

Exclusiecriteria:

- De patiënt is wilsonbekwame
- De patiënt dementerende patiënten
- De patiënt wordt op huisbezoek gezien

Het verbeteringsplan start met **drie kernvragen**, namelijk:

1. Wat zijn de doelstellingen?
2. Hoe kunnen we kwaliteitsverbetering testen?
3. Welke aanpassingen kunnen leiden tot een verdere kwaliteitsverbetering?

1. Wat zijn de doelstellingen?

Gezien de aanwezigheid van sociale determinanten van gezondheid een negatieve invloed heeft op gezondheid moet hier aandacht aan worden besteed in de huisartsenpraktijk. Het doel van deze masterproef is driedelig:

Ten eerste: bewustmaking van de huisartsen in de praktijk rond het belang van kansarmoede in de eerstelijnszorg.

Ten tweede wordt er een verbetering van de identificatie en registratie van kansarmoede in het elektronisch medisch dossier (EMD) beoogd.

Ten slotte hopen we, door een toegenomen bewustwording van sociale determinanten en registratie hiervan in het elektronisch medisch dossier, ook het aantal verwijzingen naar multidisciplinaire organisaties op te krikken met of zonder hulp van een sociale kaart.

2. Hoe kunnen we kwaliteitsverbetering testen?

Verbetering van kwaliteit wordt getest op basis van kwaliteitsindicatoren. Een interventie kan beoordeeld worden op vlak van structuur, proces en de resultaten. De kwaliteitsindicatoren zijn onze maatstaf om resultaten voor en na de interventie te vergelijken (Leuven, 2014).

Structuurindicatoren

Onder structuurindicatoren verstaat men de **organisatorische eigenschappen** van de praktijk (personeel, gebouw, infrastructuur, karakteristieken van het zorgteam).

Bestaat er een gemeenschappelijke visie over de rol van kansarmoede in de praktijk?

Wordt er in de praktijk gebruik gemaakt van een algoritme voor de identificatie en registratie van de sociale determinanten van gezondheid?

Bestaat er consensus over de gehanteerde ICPC codering voor de sociale determinanten van gezondheid?

Procesindicatoren

Onder procesindicatoren verstaat men de **manier van zorgverstrekking** (preventieve maatregelen, curatieve maatregelen) en de psychologisch interactie tussen arts en patiënt (empathie tijdens de consultvoering, communicatieve vaardigheden).

Hoeveel patiënten werden er geregistreerd in het EMD?

Hoeveel patiënten includeerde elke arts afzonderlijk?

Hoeveel patiënten weigerden de deelnamen?

Bij hoeveel patiënten werd er gebruik gemaakt van de sociale kaart?

Bij hoeveel patiënten werd de sociale kaart aangevuld wat betreft het multidisciplinair zorgaanbod?

Resultaatindicatoren

Onder resultatenindicatoren verstaat men verandering van de patiënt zijn gezondheidstoestand, zijn levensverwachting, zijn kwaliteit van leven en/of zijn gezondheidszorgkosten. Daarnaast kan er worden gekeken naar de patiënten tevredenheid.

Hoe vaak werd een SDG geregistreerd met behulp van een ICPC code?

Hoe vaak werd de medische basisinformatie aangevuld?

Bij hoeveel patiënten werd er verwezen naar multidisciplinaire zorgverlening?

Hoeveel patiënten namen contact op met de doorverwezen zorgverlener?

3. Welke aanpassingen kunnen leiden tot een verdere verbetering?

Op basis van de resultaten van het kwaliteitsverbeterend project kunnen aanpassingen worden voorgesteld om de doelstellingen zo goed mogelijk te benaderen.

4. De procedure

PLAN: uitwerken van de interventie

1. Literatuurstudie en keuze van de screeningsvragenlijst

Tabel 4: Screeningsvragenlijst voor sociale determinanten van gezondheid

Inkomen	**ICPC term**	**ICPC code**
1. Heeft u (ooit) moeite om de eindjes aan elkaar te knopen aan het einde van de maand?	**Laag inkomen**	**Z01**
2. Heeft u soms tekort aan voeding?	=	=
3. Heeft u moeilijkheden om elektriciteit/ verwarming/ telefoonrekeningen te betalen?	=	=
Huisvesting		
4. Heeft u ooit problemen gehad met uw woning?	**Niet gespecifieerd huisvesting probleem met invloed op zorg**	**Z03**
Educatie van het kind (Indien de patiënt kinderen heeft)		
5. Hoe doet u kind het op school?	***Opleiding niet beschikbaar***	***Z07***
Legale status		
6. Heeft uw vragen over uw juridische status? (van verzekering tot verblijfspapieren)	**Juridisch probleem**	**Z09**
Geletterdheid		
7. Bent u tevreden over uw leesvaardigheid?	**Opleiding niet beschikbaar**	**Z07**
Persoonlijke veiligheid		
8. Voelt u zich veilig in uw relatie?	**Onbevredigende woonomgeving**	**Z03**
9. Voelt u zich veilig in uw omgeving?	**Onbevredigende woonomgeving**	**Z03**

Op basis van de literatuurstudie werd één van de screeningsvragenlijsten gekozen voor implementatie in de klinische praktijk. Er werd gekozen voor de IHELLP-vragenlijst omwille van de volledige inhoud (IHELLP richt zich op zes belangrijke sociale determinanten van gezondheid). De mnemotechniek van IHELLP helpt de artsen de nodige bevraging te onthouden. Verder is de IHELLP een klinisch bruikbaar, laagdrempelig en beperkt tijdrovend screeningsmiddel (Kenyon et al., 2007).

Om de vragenlijst nog minder tijdsintensief te maken werd beslist om vier voorbeeldvragen te schrappen. Zo werden de vragen "*Maakt u gebruik van maaltijdcheques?*", "*Heeft u hulp nodig bij zorg voor uw familie", "Leest u voor aan uw kinderen 's avonds*?", *"Heeft u ooit een straatverbod moeten vorderen"* geschrapt. Mede omdat vermoed werd dat deze minder relevant waren voor de praktijk. Op die manier werd het aantal vragen gereduceerd tot negen. De IHELLP-vragenlijst, gepubliceerd in het Engels, werd vertaald naar het Nederlands en het Frans om zo de patiënt tegemoet te komen.

Elke determinant van de IHELLP werd gelinkt aan een ICPC-code die de determinant zou nauw mogelijk benaderde. De gehanteerde ICPC-codes waren: *laag inkomen (Z01), niet gespecifieerde huisvesting probleem met invloed op zorg (Z03) opleiding niet beschikbaar (Z07), juridisch probleem (Z09) en onbevredigende woonomgeving (Z03*). De uiteindelijke vragenlijst werd de '*screeningsvragenlijst voor sociale determinanten van gezondheid (SDG)'* genoemd (tabel 4).

2. De voortest

Voor de nulmeting werd gekozen om het aantal registraties, van sociale determinanten van gezondheid, op te sporen in het jaar 2017 (01/01/2017 en 31/12/2017) bij alle patiënten met een leeftijd tussen de 18 en 65 jaar en in het bezit van een globaal medisch dossier binnen de praktijk. Testpatiënten werden geëxcludeerd. Er werd gezocht via ICPC-codes en vrije tekst (tabel 5).

Tabel 5: De zoektermen die werden gebruikt voor de retrospectieve dossierstudie

Determinant	ICPC code	ICPC code - betekenis
Inkomen	**Z01**	**Laag inkomen**
Huisvesting	**Z03**	**Niet gespecifieerd huisvesting probleem met invloed op zorg**
	Z03.01	inadequate behuizing
	Z03.2	dakloos
	Z29,Z65.9	Psychosociale problemen
Opleiding /Geletterdheid	**Z07**	**Opleiding niet beschikbaar**/Problemen met opleiding
	Z07.01	analfabetisme
	Z07.02	achterblijven/blijven zitten op school
	Z07.03	gezakt voor examen
	Z16	Relatieprobleem met kind
	Z16.01	mishandeling/seksueel misbruik van kind
	Z16.02	verwaarlozing van kind
	Z16.03	opvoeding van kind buiten gezinsverband
Persoonlijke veiligheid	**Z03**	**Onbevredigende woonomgeving**
	Z25	Probleem ten gevolge van geweld
	Z25.01	probleem ten gevolge van aanranding/verkrachting
	Z12	Relatieprobleem met partner
	Z12.02	scheiding van partner
		mishandeling/seksueel misbruik van partner
Juridische status	Z08	**Inadequate sociale verzekering**/Problemen met sociale
	Z08.01	verzekering/welzijnszorg
	Z08.02	probleem met ziektewet
		probleem met bijstand
	Z09	**Juridisch probleem**
	Z04	Probleem met sociale/culturele achtergrond
	Z04.01	discriminatie ras/religie/sekse
	Z04.02	probleem door illegaal verblijf
	Z04.03	eenzaamheid
	Z04.04	probleem met pensionering
	Z04.05	empty nest syndrome
Overige	Z28	Sociale functiebeperking/handicap
	Z29	Ander sociaal probleem
	Z29.01	burn-out
	Z29.02	gebrek aan vrije tijd/ontspanning
	Z29.03	afhankelijkheid van anderen
	Z27	Angst een sociaal probleem te hebben
	P23	Andere zorgen gedrag adolescent
	P22	Andere zorgen gedrag kind

Domein	Vrije tekst
Inkomen	Arm
	Armoede
	Financieel
kansarmoede	sociaal
huisvesting	vochtprobleem
Educatie	schoolverzuim
	spijbelen

De retrospectieve dossierstudie leverde een lijst met patiënten op, hieruit werden de dubbelen verwijderd. De correct geïdentificeerde patiënten werden bij elkaar opgeteld. Van hen werd het dossier geopend en gezocht naar doorverwijzingen naar multidisciplinaire zorgverstrekkers.

3. De sociale kaart

Er werd een nieuwe sociale kaart opgesteld in het kader van de interventie (bijlage 3). De vijf domeinen opgenomen in de screeningsvragenlijst voor sociale determinanten van gezondheid, vormden de basis. Elk domein werd onderverdeeld in meer specifieke hulpvragen. Per hulpvraag werden contactgegevens genoteerd – openingsuren en eventueel extra commentaar (ervaringen). Hiervoor baseerden we ons voor de regio Dilbeek voornamelijk op het aanbod van de gemeentelijke dienst Welzijn en Preventie. Tevens werden enkele digitale links aangeboden die de actuele online sociale kaart ter beschikking stelde.

De sociale kaart werd ter beschikking gesteld via een gemeenschappelijke harde schijf. Aanpassingen die werden aangebracht in de sociale kaart zullen meteen bij alle artsen configureren.

4. Educatie van de deelnemende artsen

Met behulp van een PowerPoint (bijlage 4) werden de artsen ingelicht over de relatie van kansarmoede en gezondheid, de huidige registratie in DOKTOOR, '*de screeningsvragenlijst voor SDG*' en '*de sociale kaart*'. Aan de artsen werd gevraagd het toestemmingsformulier voor artsen te ondertekenen (bijlage 5). De twee praktijkassistenten werden ingelicht over het project. Hun taak bestond eruit elk van de patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria een toestemmingformulier en informatieformulier te overhandigen. Ook zij ondertekenden een toestemmingsformulier. De interventie ging een week later van start.

DO: implementatie van de screeningsvragenlijst voor SDG

De implementatie van de *screeningsvragenlijst voor SDG* werd voorafgegaan door een *literatuurstudie en keuze van screeningsvragenlijst* (cfr. supra), het opstellen van een *sociale kaart* geschikt voor de regio en een *educatief moment* voor de deelnemende artsen.

De *screeningsvragenlijst voor SDG* en *de sociale kaart* werd gedurende 1 maand, namelijk tussen 09/02/2018 en 09/03/2018 geïmplementeerd. Wanneer een patiënt op consultatie voldeed aan de inclusiecriteria werd hem/haar door de praktijkassistent het

toelichtingsformulier (bijlage 6), het toestemmingsformulier (bijlage 7) en de kansarmoede vragenlijst in de taal naar keuze (Frans, Nederlands, Engels) overhandigd.

De patiënt vulde de vragenlijst in, in de wachtzaal en overhandigde hem aan de behandelende arts. Het was de taak van de arts om de ingevulde vragenlijst in ontvangst te nemen en negen voorbeeldvragen nogmaals te bevragen, tenzij de patiënt reeds op alle vragen negatief scoorde. Noteren van een ICPC code mocht enkel bij nadrukkelijke bevraging van de IHELLP voorbeeldvragen.
Er werd afgesproken om bij aanwezigheid van 3 sociale determinanten van gezondheid de term '*sociaal probleem nao'* (niet anders omschreven) aan de **medische basisinformatie** toe te voegen. De medische basisinformatie bevat de patiëntinformatie die relevant is voor het gezondheidsprofiel van de patiënt en bestaat in praktijk DOKTOOR uit een aantal luiken (zoals voorgeschiedenis en huidige problemen). Sociale determinanten van gezondheid zouden logischerwijs onder het luik *familiale/sociale* komen te staan binnen de medische basisinformatie.
Bij chronisch aanwezigheid van een SDG (langer dan 3 maanden) zal ook die ICPC code worden opgenomen in de medische basisinformatie van de patiënt.
Bij aanwezigheid van een SDG kon een verwijzing plaatsvinden al dan niet gebruikmakend van de sociale kaart. Bij verwijzing werd deze genoteerd onder de term '*behandeling'*.

CHECK: meten van de verandering aan de hand van de kwaliteitsindicatoren

Na de implementatieperiode van 1 maand werden de kwaliteitsindicatoren opnieuw overlopen en vergeleken met de resultaten van de retrospectieve dossierstudie.
Tevens werd een evaluatieformulier overhandigd aan arts 1, arts 2 en arts 3. Deze evaluatie bestond uit twaalf vragen omtrent de inhoud en het gebruiksgemak van de IHELLP vragenlijst, te beantwoorden met een schaal van 1 (niet van toepassing) tot en met 5 (zeer zeker van toepassing). Daarnaast werden er vijf open vragen gesteld omtrent de drempels, implementatie in de toekomst en het nut van de *screeningsvragenlijst voor SDG* in praktijk DOKTOOR (bijlage 8).

ACT: aanpassen van de interventie aan de hand van de gevonden resultaten

Op basis van de resultaten van de evaluatie werd de screeningsvragenlijst voor SDG en de sociale kaart aangepast voor verdere toepassing in de praktijk DOKTOOR.

Resultaten

1. De voortest

De nulmeting, die het aantal registraties van sociale determinanten van gezondheid opspoorde in het jaar 2017 (01/01/2017 – 31/12/2017), leverde 30 resultaten op.

Er werden geen zoekresultaten gevonden bij het zoeken op de vijftien gekozen ICPC codes (tabel 6). De vrije tekst leverde 30 bruikbare resultaten op. In het dossier van die 30 patiënten werden bij de registraties, geen doorverwijzingen naar hulporganisaties genoteerd. Geen van de resultaten werd genoteerd in de medische basisinformatie, allen weden genoteerd in de standaardconsultatie onder subjectief.

Tabel 6: resultaten voortest met vermelding van zoektermen en het aantal gevonden resultaten

Zoekterm	Aantal	Relevantie	Plaats van registratie in het EMD
Z01, Z03, Z07, Z08, Z25, Z29, Z65, Z16, Z12, Z04, Z28, Z29 Z27, P23, P22	0	*niet van toepassing*	*niet van toepassing*
Arm		1424 ***irrelevant (1424)*** *- arm in de betekenis van lichaamsdeel*	*niet van toepassing*
Armoede		93 ***irrelevant (93)*** *- baarmoeder*	*niet van toepassing*
Financieel		5 ***irrelevant (0)*** ***relevant (5)*** *- financiële drempel voor raadpleging bij de psycholoog (3x)* *- financiële moeilijkheden op pensioenleeftijd (1x)* *- financieel probleem ten gevolge van scheiding (1x)*	*niet van toepassing* *Standaardconsultatie - subjectief*
sociaal		45 ***irrelevant (20)***	*niet van toepassing*

		- niet ingevulde term (20x) ***relevant (25)*** *- beroepsuitoefening (10x)* *- sociaal probleem niet anders omschreven (3x)* *- alcoholgebruik (4x)* *- huisvesting (3x)* *- educatie van het kind (1x)* *- burn-out problematiek (1x)* *- sociale isolatie (1x)* *- gezinssamenstelling (1x)* *- rookgedrag (1x)*	*Standaardconsultatie - subjectief*
vochtprobleem	0	0	
schoolverzuim	0	0	
spijbelen	0	0	

2. De implementatie

a. Aantal deelnames

Tijdens de periode van 09/02/2018 en 09/03/2018 kwamen 719 patiënten op consultatie in praktijk DOKTOOR, daarvan voldeden 401 patiënten aan de inclusiecriteria. Van die 401 waren 131 patiënten bereid de screeningsvragenlijst voor SDG te vervolledigen in de wachtzaal. 270 patiënten vulden de vragenlijst niet in (1 persoon weigerde, de overige kregen de vragenlijst niet overhandigd bij het aanmelden bv. door afwezigheid van de praktijkassistenten). Bovenop die 131 patiënten die vrijwillig de screeningsvragenlijst invulden werden nog 98 andere patiënten actief door de arts bevraagd. Dit brengt het totaal op 229 inclusies of 56,4% (229/401) van de doelgroep.

b. Socio-demografische gegevens:

Tabel 7: Overzicht van de Socio-demografische gegevens van de onderzoeksgroep.

	n
Man/vrouw	86/143
Gemiddelde leeftijd • Totaal • Man • Vrouw	 53 94 82

Tarificatie:	
• OMNIO-statuut	31
• Verhoogde tegemoetkoming	9

OMNIO-statuut = voorkeurtarief voor geneeskundige zorg voor de verzekerden uit gezinnen met een laag inkomen. Het bruto belastbaar inkomen van alle gezinsleden is lager dan een bepaald maximumbedrag ("verplichte-derdebetalersregeling @ www.riziv.fgov.be," n.d.). *(riziv)*

Verhoogde tegemoetkoming = de patiënt heeft recht op een derdebetalersregeling en betaald enkel het remgeld voor de zorgverstrekking.(rizi)

Arts 1 bevroeg 47 patiënten, arts 2 bevroeg 49 patiënten, arts 3 bevroeg 33 patiënten, arts 4 bevroeg 100 patiënten.

c. Registratie van SDG

Van de 229 patiënten beantwoordde de behandelend arts bij 170 patiënten (74,2%) de term *'sociale situatie'* met *'niet van toepassing'*. De overige 59 (25,8%) testte bijgevolg op minstens één van de sociale determinanten positief.

Van die 59 beoordeelden de artsen bij 56 personen dat '*laag inkomen'* van toepassing was. Algemeen detecteerden we na *'laag inkomen' (I)* de SDG '*huisvesting' (H)* het meest, namelijk bij 22 personen (22/56 = 37,3%). Op de 3de plaats stond *geletterdheid' (Li) en 'educatie' (E)* die met dezelfde ICPC code (Z07) werden genoteerd: 14 personen (14/59 = 23,7). De 4de meest geregistreerde SDG was '*persoonlijke veiligheid*' *(P)* met 6 identificaties (6/59 = 10,2%). Het minst werd '*juridische status' (P)* genoteerd, slechts 2 (2/59 = 3,4%) personen kregen deze ICPC code toegekend.

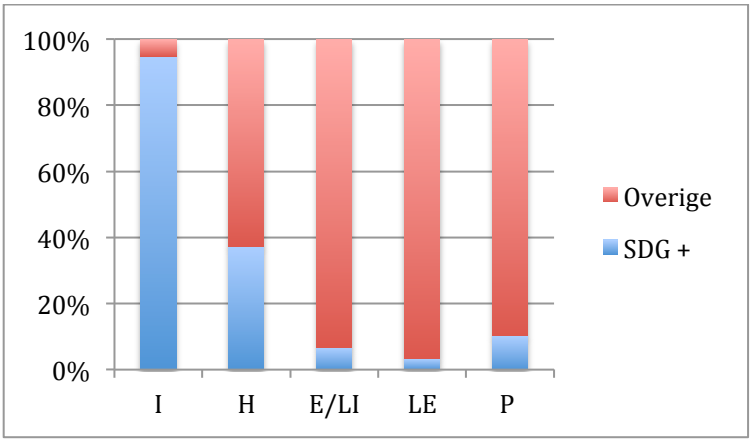


***Fig 6* aantal registraties per sociale determinant van gezondheid**

De helft van de patiënten (28 patiënten) die positief scoorden op '*laag inkomen'* (56 patiënten) scoorde ook positief op een andere SDG. De combinatie van '*laag inkomen*' met *'huisvesting'* kwam het meeste voor, namelijk 14 keer (25%).

De ICPC code *'sociaal probleem nao'* werd zes maal in de medische basisinformatie opgenomen. Dit waren patiënten die positief scoorden op minstens drie sociale determinanten van gezondheid.

d. verwijzingen en gebruik sociale kaart

In het totaal werden er binnen de kwetsbare groep, bestaande uit 59 patiënten, 3 patiënten verwezen (5,1%). Er gebeurde een verwijzing naar de logopedist, een verwijzing naar de eerstelijnspsycholoog en een verwijzing naar het JAC (Jongerenaanbod in het CAW). Alle drie de verwijzingen gebeurde door arts 4.

De sociale kaart werd 3 keer aangevuld, namelijk met het *JAC (jongerenaanbod in het CAW)*, '*reizen met een klein budget'* en met psychologen die Arabisch spreken. De drie aanvullingen gebeurden door arts 4.

e. kwaliteitsindicatoren

Tabel 8 resultaten kwaliteitsindicatoren nulmeting versus eindevaluatie

Kwaliteitindicatoren	Nulmeting	Evaluatie
totaal aantal patiënten	8	59
Structuurindicatoren		
Bestaat er een gemeenschappelijke visie over de rol van kansarmoede in de praktijk?	NEEN	JA
Wordt er in de praktijk gebruik gemaakt van een algoritme voor de identificatie en registratie van de sociale determinanten van gezondheid?	NEEN	JA
Bestaat er consensus over de gehanteerde ICPC codering voor de sociale determinanten van gezondheid?	NEEN	JA
Procesindicatoren		
Registratie van patiënten		
Hoeveel patiënten werden er geregistreerd in het elektronisch medisch dossier?	8	229
Hoeveel patiënten includeerde elke arts afzonderlijk?		
Arts 1	nvt	47
Arts 2	nvt	49
Arts 3	nvt	33
Arts 4	nvt	100
Deelname		
Hoeveel patiënten weigerden de deelname?	nvt	1

Sociale kaart		
Bij hoeveel patiënten werd er gebruik gemaakt van de sociale kaart?	nvt	3
Bij hoeveel patiënten werd de sociale kaart aangevuld wat betreft het multidisciplinair zorgaanbod?	nvt	3
Resultaatindicatoren		
Diagnoses		
Hoe vaak werd een SDG geregistreerd met behulp van een ICPC code?	0	59
Hoe vaak werd nvt geregistreerd	nvt	170
Hoe vaak werd *Laag inkomen - Z01* geregistreerd?	7 *(vrije tekst: financieel, sociaal)*	56
Hoe vaak werd *Niet gespecifieerd huisvesting probleem met invloed op zorg - Z03* geregistreerd?	1 *(vrije tekst: sociaal)*	22
Hoe vaak werd *opleiding niet beschikbaar - Z07* geregistreerd?	0	10
Hoe vaak werd *Juridisch probleem - Z09* geregistreerd?	0	2
Hoe vaak werd *Opleiding niet beschikbaar - Z07* geregistreerd?	0	4
Hoe vaak werd *Onbevredigende woonomgeving - Z03* geregistreerd?	0	6
Hoe vaak werd de medische basisinformatie aangevuld?	0	6
Hoe vaak werd meer dan 1 SDG genoteerd?	0	28
Hoe vaak werden meer dan 3 SDG genoteerd?	0	6
Beleid		
Bij hoeveel patiënten werd er verwezen naar multidisciplinaire zorgverlening?	0	3
Hoeveel patiënten namen contact op met de doorverwezen zorgverlener?	0	1

3. Feedback van de deelnemende artsen

Inhoud van de screeningsvragenlijst voor sociale determinanten van gezondheid

Wat betreft de inhoud oordeelden de artsen dat de vragenlijst een volledig beeld gaf van het niveau van kansarmoede van de patiënt (3,7/5). Bovendien vond men dat de meest belangrijke SDG werden bevraagd (4,3/5). De vragenlijst was volgens de artsen zeker niet te simpel (1,3/5).

Haalbaarheid van de screeningsvragenlijst voor SDG

Op de vragen rond haalbaarheid in de klinische praktijk werd zeer wisselend gereageerd. Arts 1 zag een implementatie van de screeningsvragenlijst voor SDG als een haalbare in de dagelijkse praktijk (5/5), arts 3 vond dit daarentegen juist niet implementeerbaar in het werkritme (2/5). Tijdsgebrek was voor alle drie de artsen de grootste struikelblok voor een implementatie in de toekomst.

Nut van de screeningsvragenlijst voor SDG

De drie artsen waren van mening dat de screeningsvragenlijst kan bijdrage tot doeltreffende zorg (4/5). Zij ervaarden de interventie als positief. De vragen die polsten naar een laag inkomen vonden zij het meest effectief. Voor arts 3 was ook de vraag naar een huisvestingsprobleem prioritair. Voor arts 2 was de vraag rond een veilige woonomgeving en een veilige relatie het meest vernieuwend. Arts 1 gaf aan dat hij apart bevragen van de determinanten nuttig vond.

Toekomstperspectieven

Arts 2 zag in dat de sociale context, aan de hand van SDG, beter in het elektronisch medisch dossier moest worden genoteerd. Arts 1 zag het nut in van de determinanten apart te bevragen. Arts 1 was ook aangenaam verrast door de bespreekbaarheid van het onderwerp en zal dit in de toekomst dan ook sneller bevragen. Ook arts 3 werd nogmaals herinnerd aan het belang van kansarmoede en aan het feit dat, alertheid voor deze risicofactoren is nodig.

Discussie

1. Bespreking resultaten

In wat volgt zal de betekenis van de bevindingen per doelstelling vanuit een kritisch oogpunt besproken worden. Deze masterproef beoogde volgende 3 doelen: bewustmaking van de huisartsen in de praktijk rond het belang van kansarmoede, een verbetering van de identificatie en registratie van kansarmoede in het EMD en een verbetering van de verwijzingen naar multidisciplinaire organisaties, al dan niet gebruik makend van de sociale kaart.

Er werd bij de huisartsen een algemene bevraging gedaan, naar de manier waarop zij kansarmoede in de huisartsenpraktijk inschatten. De inschatting gebeurde grotendeels op een subjectieve manier en werd naar verluid niet genoteerd. Een educatief moment, ter voorbereiding op de implementatie, leidde tot het opstellen van een visietekst waarin ook de aandacht voor socio-economische problemen werd vermeld (bijlage 9).

Het aantal registraties nam toe van 30 registraties op jaarbasis (voortest), naar 59 registraties in één maand (eindevaluatie). Op jaarbasis zou dit overeenkomen met 708 registraties (12 x 59). Van de 30 registraties in de voortest bevonden er zich geen in de sectie “medische basisinformatie”. Van de 59 registraties werd ‘laag inkomen’ het vaakst geïdentificeerd, namelijk in 56 van de gevallen. Wat opviel was dat in 50% van die gevallen ook een andere sociale determinant aanwezig was. Dit waren allen nieuwe registraties. Zes patiënten werden geïdentificeerd met meer dan drie negatieve sociale determinanten. In dat geval werd voor de interventie afgesproken dat er een mogelijk risico op kansarmoede heerst. Bij hen werd de ICPC code ‘sociaal probleem niet anders omschreven’ genoteerd in de medische basisinformatie. Ook bij het chronisch aanwezig zijn van SDG (langer dan 3 maanden) werd de ICPC code opgenomen in de medische basisinformatie om op die manier ter beschikking te worden gesteld aan de andere artsen.

Bij de eindevaluatie constateerden we dat 3 patiënten werden verwezen. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de sociale kaart. In vergelijking met de voortest, waar geen verwijzingen werden teruggevonden, was dit een stijging van het aantal verwijzingen.

De sociale kaart werd tijdens de implementatieperiode driemaal aangevuld door arts 4. Er werden hulporganisaties toegevoegd aan de digitale sociale kaart om tegemoet te komen aan de hulpvragen. De bedoeling was op die manier de meest geüpdatet versie voor de gehele praktijk ter beschikking te stellen.

Na het doorlopen van de interventie werd een bevraging gedaan van drie van de vier deelnemende artsen over opvattingen van de interventie (onder andere het nut, haalbaarheid etc). Op basis van

daarvan kan men stellen dat de deelnemende artsen de inhoud van de screeningsvragenlijst voor sociale determinanten relevant en volledig vonden. Zij geloven dat bevragen van de sociale determinanten van gezondheid kan helpen bij doeltreffende zorg. Vragen omtrent laag inkomen, huisvesting, veiligheid in de omgeving en veiligheid in de relatie werden door de deelnemende artsen als meest relevant bevonden. Implementatie in de toekomst zagen 2 op de 3 artsen voorlopig niet als realiseerbaar. De grootste drempel hiervoor was tijd en complexiteit van de screeningsvragenlijst. Wat wel kan worden meegenomen naar de toekomst, zijn specifieke vragen over de financiële situatie en de vraag rond veiligheid in de omgeving. Ook het nut van noteren van de kwetsbaarheid in het EMD, bijvoorbeeld in de medische basisinformatie, werd door hen als nuttig beschouwd. Vragen omtrent educatie, geletterdheid en juridische status werden door de artsen niet als favoriet bestempeld, een mogelijke verklaring hiervoor is dat de vraagstelling niet aansloot bij de praktijk. Een betere vraag om het niveau van opleiding na te gaan bij de patiënt zou kunnen zijn: "*Wat is uw hoogst behaalde diploma?"*(LaForge et al., 2017)

2. Sterktes en limitatie

Omwille van praktische redenen werd er, na overleg met collegae van de praktijk, gekozen voor een implementatieperiode van een maand. Dit levert echter een limitatie op voor de interpretatie van de resultaten: zo vergelijken we de registraties in de voortest over een jaar met de registraties in de interventieperiode over een maand

Er werd getracht een zo breed mogelijk publiek te bereiken om een goede weerspiegeling te krijgen van de aanwezigheid van kansarmoede in de praktijk. Toch kunnen we ons afvragen of de ondergrens van 18 jaar niet te hoog ligt. Door te limiteren in leeftijd werd een aanzienlijke deel van de huisartsenpopulatie niet bereikt. Een tweede exclusiecriterium die patiënten gezien op huisbezoek uitsluit kan ook zorgen voor een limiet. Gezien de mogelijkheid tot transport ook kan worden aanzien als een sociale determinant (Wilkinson & Marmot, 2003), zou het kunnen dat een groot deel van de patiënten, die enkel op huisbezoek worden gezien, ook belast zijn met negatieve sociale determinanten.

Sommige vragen van de IHELLP hadden een duidelijke meerwaarde in de klinische praktijk. De voorbeeldvragen maakten het voor de arts gemakkelijk om het delicate thema 'kansarmoede' te bevragen. Uit de feedback van de deelnemende artsen bleek dat arts 1 ervan versteld stond hoe goed de vragen werden ontvangen door het publiek.

Om de bruikbaarheid van deze procedure te verbeteren moeten we de tijd, nodig om de vragenlijst in te vullen, zo laag mogelijk houden. In dat opzicht kan men overwegen de bevraging rond laag

inkomen te reduceren tot één vraag in plaats van drie. De vraag die we bij voorkeur conserveren is "*Heeft u (ooit) moeite om de eindjes aan elkaar te knopen aan het einde van de maand?".* De vraag omtrent huisvesting zou zich kunnen limiteren in de tijd, bijvoorbeeld beperken tot de laatste 12 maanden. Huisvestingsproblemen vijf jaar geleden kunnen op heden niet worden aanzien als een sociale determinant van gezondheid.

Het nadeel aan de IHELLP screeningsvragenlijst is dat deze niet gevalideerd is. Dit betekent dat de aan- of afwezigheid van een sociale determinant op basis van het beantwoorden van de screeningsvragen, niet met zekerheid kan worden aangenomen. Bij voorkeur gebruikt men een gevalideerde vragenlijst.

De screeningsvragenlijst voor SDG bestaande uit negen voorbeeldvragen, werden door de artsen beoordeeld als te tijdrovend. De participatiegraad lag op 56,4%. Er werd maar 1 actieve weigering genoteerd. Er kan worden vermoed dat schaamte of angst voor stigmatisering hier een rol speelt bij de patiënt. In dat opzicht zou de term kansarmoede bijvoorbeeld vervangen kunnen worden door kwetsbaarheid. De screeningsvragenlijst werd ter beschikking gesteld in drie talen. Patiënten die een andere taal spraken of niet konden lezen werden op die manier benadeeld.

3. Uitdagingen voor de toekomst

Op basis van de evaluatie kan worden overwogen de screeningsvragenlijst aan te passen. Er is nood aan een zo compleet mogelijke screeningsvragenlijst, in een zo kort mogelijke tijd. De vragenlijst zou kunnen worden ingekort door per domein slechts één vraag te selecteren, in plaats van meerdere. Bij een positief antwoord op die vraag, kan men bijkomende vragen stellen. (*bijvoorbeeld: "Heeft u (ooit) moeite om de eindjes aan elkaar te knopen aan het einde van de maand?" Indien het antwoord ja is kan men de vraag over voedseltekort of problemen met facturaties stellen.*

De bevraging van de sociale determinanten zou een verlengde kunnen worden van het huidige anamnese wanneer een patiënt zich aansluit bij de praktijk. Resultaten zouden dan kunnen worden opgenomen in de medische basisinformatie. Om correct te kunnen inspelen op de noden van de patiënt, zou de vragenlijst kunnen worden afgesloten met de vraag of de patiënt daadwerkelijk een hulpvraag heeft. Indien er een hulpvraag is, kan worden gebruik gemaakt van de sociale kaart. Voor voortgezet onderzoek zou men kunnen uitgaan van onderstaand voorstel (figuur 9). De vragen werden doelbewust naast elkaar geplaatst om het gelijkwaardig belang van elk domein te onderstrepen.



Figuur 9: aangepaste screeningsvragenlijst voor sociale determinanten van gezondheid.

Besluit

Sociale determinanten worden nog te beperkt meegenomen in de dagelijkse klinische praktijkvoering van huisartsen. Nochtans spelen deze determinanten een belangrijke rol in de algemene gezondheid. Ook in onze praktijk Doktoor bleek uit het lage aantal registraties van sociale determinanten in het dossier dat het kennis nemen van sociale determinanten, en zeker de registratie hiervan het EMD, nog erg beperkt is. Bijgevolg werden deze determinanten vermoedelijk ook niet in rekening gebracht in het (preventie)beleid.

In dit kwaliteitsverbeterend project werd, op niveau van de huisartsenpraktijk Doktoor, systematisch een screeningsvragenlijst naar sociale determinanten van de gezondheid geïmplementeerd. De resultaten van dit kwaliteitsverbeterend project geven aan dat het gebruik van een screeningsvragenlijst bijdraagt tot een toegenomen bewustwording van het belang van sociale determinanten bij de arts, tot een meer uitgebreide bevraging van sociale problematiek en, ten slotte, tot een betere registratie van deze determinanten in het EMD. Het aantal verwijzingen naar multi-disciplinaire zorg steeg evenwel niet.

Wel komt de belangrijke vraag naar boven of het systematisch implementeren van een screeningsvragenlijst naar kansarmoede een voldoende grote klinische meerwaarde biedt, afwegend tegen de mogelijke nadelen van tijdsconsumptie en overdiagnosticering. Vanuit de kwaliteitsverbeterende interventie zouden we toch pleiten voor een ingekorte vragenlijst, bij risicopatiënten, en mogelijks ook systematisch bij nieuwe mensen in de praktijk. De digitale registratie werd door de artsen unaniem wel als een duidelijke verbetering ervaren ten opzichte van de situatie voorheen.

Referenties

Andermann, A. (2009). Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *WHO*. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/en/

Armoederapport, B. (2017). Brussels armoederapport 2017.

Brcic, V., Eberdt, C., & Kaczorowski, J. (2011). Development of a Tool to Identify Poverty in a Family Practice Setting : A Pilot Study, *2011*. https://doi.org/10.1155/2011/812182

British Medical Association. (2011). Social Determinants of Health – What Doctors Can Do. *October*, (October 2011), 27.

Capturing Social and Behavioral Domains and Measures in Electronic Health Records. (2014), 1–2. https://doi.org/10.17226/18951

Chatelard, S., Bodenmann, P., Vaucher, P., Herzig, L., Bischoff, T., & Burnand, B. (2014). General practitioners can evaluate the material, social and health dimensions of patient social status. *PLoS ONE*, *9*(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084828

Determinants, S. (2014). Frequently Asked Questions OCHIN ' s Social Determinants of Health (SDH) Screening Tool ~ for use in the Electronic Health Record (EHR) ~.

Detollenaere, J., Desmarest, A.-S., Boeckxstaens, P., & Willems, S. (2018). The link between income inequality and health in Europe, adding strength dimensions of primary care to the equation. *Social Science & Medicine*, *201*(January), 103–110. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.041

Gezondheid, O. V., & Commune, C. (2014). De nota ' s van het Observatorium nr 2, (2).

Giatti, L., Camelo, L. D. V., Rodrigues, J. F. D. C., & Barreto, S. M. (2012). Reliability of the MacArthur scale of subjective social status - Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *BMC Public Health*, *12*(1), 1. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1096

Gold, R., Cottrell, E., & Bunce, A. (2017). Developing Electronic Health Record (EHR) Strategies Related to Health Center Patients ' Social Determinants of Health, *30*(4). https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.04.170046

Health Leads. (2018). Social Needs Screening Toolkit.

Kenyon, C., Sandel, M., Silverstein, M., Shakir, A., & Zuckerman, B. (2007). Revisiting the Social History for Child Health. *Pediatrics*, *120*(3), e734–e738. https://doi.org/10.1542/peds.2006-2495

Kind en gezin. (2016). kansarmoederegistratie-Kind en gezin.

LaForge, K., Gold, R., Cottrell, E., Bunce, A. E., Proser, M., Hollombe, C., … Clark, K. D. (2017). How 6 Organizations Developed Tools and Processes for Social Determinants of Health Screening in Primary Care. *Journal of Ambulatory Care Management*, *41*(1), 1.

https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000221

Leuven, K. U. (2014). Patrik Vankrunkelsven K U Leuven K.U.Leuven Masters 2014.

Loignon, C., Gottin, T., Dupéré, S., & Bedos, C. (2017). General practitioners' perspective on poverty: a qualitative study in Montreal, Canada. *Family Practice*, *35*(1), 105–110. https://doi.org/10.1093/fampra/cmx078

Luyten, D., Lammertyn, F., & Onderzoeksinstituut, S. (1990). De welzijnszorg in de Vlaamse Gemeenschap: voorzieningen en overheidsbeleid. Monografie 2: Het (kans-)armoedebeleid, 210.

Maggi, S., Irwin, L. J., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2010). The social determinants of early child development: An overview. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *46*(11), 627–635. https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2010.01817.x

Marmot, M. (2008). Closing the gap in a generation. *Health Equity through Action on the Social Determinants …*. Retrieved from http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/Marmot.pdf

Newswire, P. R., York, N., & York, N. (2011). Health Care ' s Blind Side : Unmet Social Needs Leading to Worse Health, 1–3.

Qpvs, E., Vof, D., Tbjof, D., Nðnft, M. F. T., Ef, D., Nbmtbjoft, W. J. F., … Mf, N. (n.d.). The clear toolkit, 4–5.

Riley, W. (2016). Process engineering for primary care: Quality improvement and population health. *Family Medicine and Community Health*, *4*(2), 29–35. https://doi.org/10.15212/FMCH.2015.0151

Rosalind, J., & Cynthia, M. (2004). Community Violence and Asthma Morbidity : The Inner-City Asthma Study.

Singh-Manoux, A., Adler, N. E., & Marmot, M. G. (2003). Subjective social status: Its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Social Science and Medicine*, *56*(6), 1321–1333. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00131-4

Stabe.fgov. (2016). armoederisico @ statbel.fgov.be. Retrieved from https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/armoederisico#figures

Swain, G. R., Grande, K. M., Hood, C. M., & Inzeo, P. T. (2014). Health Care Professionals: Opportunities to Address Social Determinants of Health. *Wisconsin Medical Journal*, *113*(6), 218–222.

Vaucher, P., Bischoff, T., Diserens, E. A., Herzig, L., Meystre-Agustoni, G., Panese, F., … Bodenmann, P. (2012). Detecting and measuring deprivation in primary care: development, reliability and validity of a self-reported questionnaire: the DiPCare-Q. *BMJ Open*, *2*(1), e000692. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000692

verplichte-derdebetalersregeling @ www.riziv.fgov.be. (n.d.). Retrieved from http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/beroep/Paginas/verplichte-derdebetalersregeling.aspx#.WuXZIdNuZE8

Whitehead, M., Dahlgren, G., & Gilson, L. (2009). Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective. *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, 309–322. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195137408.003.0021

Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). Social Determinants of Health: the Solid Facts. *World Health Organization*, *2*(2), 1–33. https://doi.org/10.1016/j.jana.2012.03.001

Willems, S. J., Swinnen, W., & Maeseneer, J. M. De. (2005). The GP ' s perception of poverty : a qualitative study, (February), 177–183. https://doi.org/10.1093/fampra/cmh724

Yılmaz, F., & Yılmaz, B. (2017). Validity and Reliability of Turkish Version of Deprivation in Primary Care Questionnaire (DiPCare–Q). *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *11*(2), 79–79. https://doi.org/10.21763/tjfmpc.317738

Bijlagen

Bijlage 1: Goedkeuring ethische commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP001873
Uw kenmerk: Masterproef studie: Identificatie van kansarmoede in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeterend project
Leuven, 05-02-2018

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Ann Roex
Geachte Lize Vaes

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het Ethisch Comité voor Onderzoek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven (EC) het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering van 05-02-2018

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy.

De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. Ze verleent dan ook een gunstig advies over deze studie.

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. Bovendien dient u er over te waken dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het Ethisch Comité moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 28-01-2018 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en).

Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

Met vriendelijke groet,

Prof. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek KU Leuven

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

Het Ethisch Comité wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar

Bijlage 2: IHELLP screeningsvragenlijst

Bijlage 3: IHELLP screeningstool – *originele Engelstalige versie*

Table. The "IHELLP" Mnemonic

Examples of Potential Social History Questions (Using the "IHELLP" Mnemonic) to Address Basic Needs

Domain/Area	Examples of Questions
	Income
General	Do you ever have trouble making ends meet?
Food income	Do you ever have a time when you don't have enough food?
	Do you have WIC?[a]
	Do you have food stamps?
	Housing
Housing	Is your housing ever a problem for you?
Utilities	Do you ever have trouble paying your electric / heat / telephone bill?
	Education
Appropriate education placement	How is your child doing in school?
	Is he/she getting the help to learn what he/she needs?
Early childhood program	Is your child in Head Start, preschool, or other early childhood enrichment?
	Legal Status
Immigration	Do you have questions about your immigration status?
	Do you need help accessing benefits or services for your family?
	Literacy
Child literacy	Do you read to your child every night?
Parent literacy	How happy are you with how you read?
	Personal Safety
Domestic violence	Have you ever taken out a restraining order?
	Do you feel safe in your relationship?
General safety	Do you feel safe in your home?
	Is your neighborhood safe?

[a]WIC includes Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) for Women, Infants, and Children.
Reproduced with permission from *Pediatrics,* Vol. 120, pages e734-738, copyright 2007 by the AAP.[30]

Uit: (Swain et al, 2014)

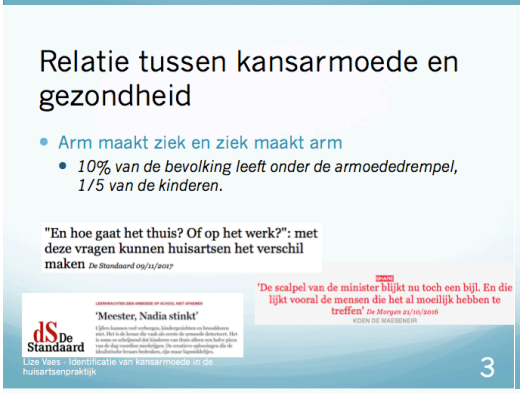
Bijlage 3: sociale kaart (determinant en hulpvraag)

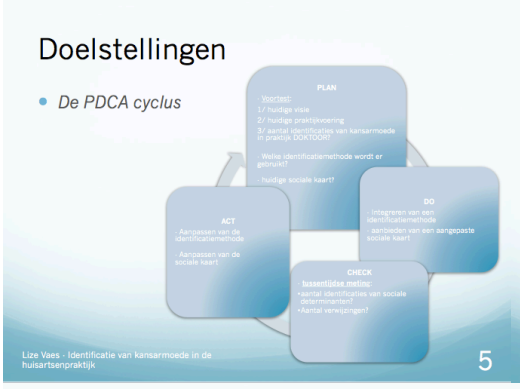
Determinant	hulpvraag
INKOMEN	
Budget-ondersteunende maatregelen	OCMW
	netwerk tegen armoede
betalingsproblemen en schulden	Vlaams centrum voor schuldenlast
Arbeidsreïntegratie	VDAB
schuldbemiddeling	OCMW of CAW
werkloosheid	Ziekenfonds
	OCMW
alleenstaande ouder	dealleenstaandeouder.be
pensioen	
kinderbijslag	
zorg aan huis voor ouderen	dezorglijn.be
HUISVESTING	
opvang voor asielzoekers	volwassenen
	OCMW
EDUCATIE	
studiebegeleiding	CLB
studietoelage	
gespecialiseerde trajectbegeleiding	CLB
naschoolse begeleiding	
taal- en integratieprojecten	kinderen
	kinderen
	volwassenen
preventiecampagnes	kinderen
	volwassenen
GELLETERDHEID	
volwassenen met een beperking	vzw de poel
taal- en integratieprojecten	kinderen
JURIDISCHE STATUS	
	OCMW of CAW
PERSOONLIJKE VEILIGHEID	
burenbemiddeling	volwassenen
veilig onderkomen	crisisopvang
psychische decompensatie	crisisinterventieteam
	vrije raadpleging psychiatrie
GEZONDHEIDSZORG	
psy	crisisinterventieteam
	vrije raadpleging psychiatrie
	CAW
	eerstelijnspsychologen
	psychische decompensatie
abortus	SJERP
kind	huis van het kind

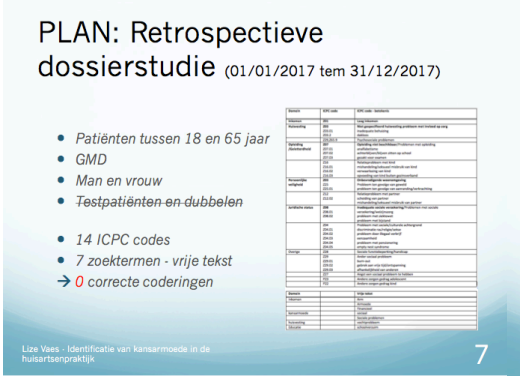
	kind en gezin
	ONE

Bijlage 4: Educatie van de artsen









De IHELLP screeningsvragenlijst
(Swain et al, 2014)



Stappenplan van 08/02/'18 tem 08/03/'18

1. Patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria, beantwoorden de vragen van de screeningsvragenlijst
2. De arts overloopt de IHELLP vragenlijst aan de hand van de werkfiche
3. De arts noteert tijdens de raadpleging van die dag zijn bevindingen en vult eventueel de medische basisinformatie aan
4. De arts oordeelt of een eventuele verwijzing noodzakelijk is

De verwijzing via de sociale kaart

- Data – server > DOKTOOR > HAIO > Sociale kaart



Overzicht

- Inleiding
  - Relatie tussen kansarmoede en gezondheid
  - Doelstellingen
- PLAN:
  - Retrospectieve dossierstudie
- DO:
  - De IHELLP screeningsvragenlijst
  - De verwijzing via sociale kaart
- **CHECK – 08/03/2018**
- ACT

Overzicht

- Inleiding
  - Relatie tussen kansarmoede en gezondheid
  - Doelstellingen
- PLAN:
  - Retrospectieve dossierstudie
- DO:
  - De IHELLP screeningsvragenlijst
  - De verwijzing via sociale kaart
- CHECK
- **ACT – aanpassen werkfiche en sociale kaart**

Bijlage 5: toestemmingsformulier artsen

Toestemmingsformulier

In ondergetekende …… **(naam en voornaam patiënt), bevestig** hierbij mijn deelname aan het onderzoek rond identificatie van kansarmoede in de huisartsenpraktijk.

In ondergetekende …… (naam en voornaam patiënt), **weiger** hierbij mijn deelname aan het onderzoek rond identificatie van kansarmoede in de huisartsenpraktijk.

Dr. …*Lize Vaes*….. (naam huisarts) heeft mij via het toelichtingsformulier, uitgebreid geïnformeerd over het doel, de aard en de procedure van het onderzoek.

In verband hiermee verklaar ik het volgende:

- Ik heb deze beslissing uit vrije wil genomen en ik weet dat ik elk moment uit dit onderzoek kan stappen zonder enige consequentie
- Ik weet dat de gegevens met betrekking kansarmoede kunnen worden gebruikt voor doelen vermeld in de informatiebrief
- Ik bevestig dat ik het informatieformulier heb gelezen en ontvangen.
- Ik bevestig dat ik een kopie van ondergetekende en gedateerde toestemmingsformulier heb ontvangen

Datum …../. 02 /..2018

Handtekening patiënt:

Bijlage 6: Toelichtingsformulier patiënt

Toelichtingsformulier voor de patiënt

Beste mevrouw, beste meneer,

Onze HAIO, dr. Lize Vaes, zit momenteel in haar laatste jaar van de opleiding huisartsgeneeskunde. In het kader van haar afstudeerproef zou zij graag uw medewerking willen vragen.

De afstudeerproef heeft als thema: "Identificatie van kansarmoede in de huisartsenpraktijk en verbetering van zorg." Mits uw schriftelijke toestemming zal er dus door alle artsen van de praktijk tijdens de consultatie aandacht worden besteed aan het topic 'kansarmoede'.

Kansarmoede is een overkoepelende term voor een aantal factoren (bv. inkomen, huisvesting, opleiding, juridische status, persoonlijke veiligheid etc.) die bepalend kunnen zijn voor uw gezondheid. Het doel van dit onderzoek is een verbetering van de inschatting van de sociale leefsituatie door de huisarts. In tweede tijd doelt het onderzoek op een betere en gerichtere verwijzing in geval van sociale problematiek. Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek kunnen bepaalde gegevens gebruikt worden in het afstudeerproject. Het gaat hier over informatie door u ingevuld op de IHELLP screeningstool en bevraging van diezelfde screeningstool door de huisarts. Bij verwijzing naar een externe hulporganisatie is het mogelijk dat u telefonisch wordt gecontacteerd door de huisarts, voor een korte bevraging. Deze informatie zal strikt vertrouwelijk behandeld worden en uw persoonsgegevens zullen steeds anoniem blijven.

Uw deelname vindt plaats op geheel vrijwillige basis, u kan zich dus ten allen tijden uit het afstudeerproject terugtrekken. Door het ondertekenen van het toestemmingsformulier, verklaart u zich bereid mee te werken.

Aarzel niet om vragen te stellen, wij beantwoorden ze met plezier.

Alvast erg bedankt voor uw medewerking.

Dr. Luc Itterbeek, dr. Bart Vanhove, dr. Julie Vanden Bulcke, dr. Lize Vaes

Bijlage 7: toestemmingsformulier patiënten

Toestemmingsformulier

In ondergetekende …… **(naam en voornaam patiënt), bevestig** hierbij mijn deelname aan het onderzoek rond identificatie van kansarmoede in de huisartsenpraktijk.

In ondergetekende …… (naam en voornaam patiënt), **weiger** hierbij mijn deelname aan het onderzoek rond identificatie van kansarmoede in de huisartsenpraktijk.

Dr. …*Lize Vaes*….. (naam huisarts) heeft mij via het toelichtingsformulier, uitgebreid geïnformeerd over het doel, de aard en de procedure van het onderzoek.

In verband hiermee verklaar ik het volgende:

- Ik heb deze beslissing uit vrije wil genomen en ik weet dat ik elk moment uit dit onderzoek kan stappen zonder enige consequentie
- Ik weet dat de gegevens met betrekking kansarmoede kunnen worden gebruikt voor doelen vermeld in de informatiebrief
- Ik bevestig dat ik het informatieformulier heb gelezen en ontvangen.
- Ik bevestig dat ik een kopie van ondergetekende en gedateerde toestemmingsformulier heb ontvangen

Datum …../. 02 /..2018

Handtekening patiënt:

Bijlage 8: resultaten evaluatieformulier

	Arts 1	Arts 2	Arts 3	totaal
	Neen <> Ja	Neen <> Ja	Neen <> Ja	
1. De IHELLP geeft een **volledig beeld** van het niveau van kansarmoede van de patiënt	1 2 3 **4** 5	1 2 **3** 4 5	1 2 3 **4** 5	4-3-4
2. De IHELLP bevraagd de **meest belangrijke SDG**	1 2 3 **4** 5	1 2 3 **4** 5	1 2 3 4 **5**	4-4-5
3. De IHELLP verschilt van de **gebruikelijke vragen omtrent kansarmoede**.	1 2 3 **4** 5	1 2 **3** 4 5	1 **2** 3 4 5	4-3-2
4. Het afnemen van de IHELLP is **haalbaar** in de dagelijkse praktijk	1 2 3 4 **5**	1 2 3 **4** 5	1 **2** 3 4 5	5-4-2
5. Het afnemen van de IHELLP is **complex** in de dagelijkse praktijk	1 **2** 3 4 5	1 **2** 3 4 5	1 2 3 **4** 5	2-2-4
6. De IHELLP is **makkelijk** in gebruik	1 2 **3** 4 5	1 2 3 **4** 5	1 **2** 3 4 5	3-4-3
7. De IHELLP is **duidelijk**	1 2 **3** 4 5	1 2 3 **4** 5	1 2 **3** 4 5	3-4-3
8. Het IHELLP werkinstrument is **overzichtelijk**	1 2 **3** 4 5	1 2 3 **4** 5	1 2 **3** 4 5	3-4-3
9. Het IHELLP werkinstrument is **volledig**	1 2 3 **4** 5	1 2 **3** 4 5	1 2 3 **4** 5	4-3-4
10. De IHELLP is **te simpel**	**1** 2 3 4 5	1 **2** 3 4 5	**1** 2 3 4 5	1-2-1
11. De IHELLP zorgt voor **doeltreffende zorg**	1 2 3 **4** 5	1 2 3 **4** 5	1 2 3 **4** 5	4-4-4
12. De bevraging van IHELLP **maakt de zorg meer rigide**	1 2 3 **4** 5	1 **2** 3 4 5	1 **2** 3 4 5	4-2-2

1. **Heeft u de interventie met behulp van de IHELLP vragenlijst als positief of negatief ervaren? Waarom?**

   Arts 1: "*Zeer positief, toch bij enkele patiënten informatie gekregen die ik nog niet wist of kende. Ik vond dat veel patiënten hier héél open konden over communiceren. Meer dan ik had verwacht op voorhand. Mensen eerder opgelucht dat je die vraag stelt. Ik denk dat ze er vaak zelf niet erover zouden beginnen)".*

   Arts 2: "*Als positief. Omdat je zo meer aandacht geeft aan een aantal zaken die je anders over het hoofd ziet, onder andere woonomgeving, veiligheid in een relatie*."

   Arts 3: "*Eerder positief maar nogal complex in gebruik en tijdsintensief om alles extra te bevragen en juist gecodeerd te noteren".*

2. **Vond u de IHELLP screeningsvragenlijst relevant in het kader van identificatie van kansarmoede ?**

   Arts 1: "*Zeker en vast, snel duidelijk of iemand mogelijks tot de groep van kansarmen behoort."*
   Arts 2: "*Ja toch wel. De meeste mensen met kansarmoede pikken we wel op, maar zoals reeds gezegd in 1 een aantal zaken missen we wel indien we niet verder bevragen."*
   Arts 3: "*Ja, volledig"*

3. **Welke vraag/vragen vond u interessant?**

   Arts 1: *"De vraag of iemand op het einde van de maand rondkomt, dit is een makkelijke vraag die al direct antwoord geeft".*
   Arts 2: "*Voelt u zich veilig in uw omgeving/relatie".*

Arts 3: "*De vraag rond laag inkomen en het huisvestingprobleem*".

4. **Wat heeft u meegenomen naar de toekomst?**

Arts 1: *Dat apart bevragen toch een weerwaarde geeft, voorheen werkte ik voornamelijk met gegevens van de mutualiteit > maar die zijn niet volledig compatibel*
Arts 2: *we zijn ons wel bewust van kansarmoede maar dat houdt meer in dan* geen *financiële middelen. Dat we te weinig documenteren in het elektronisch medisch dossier.*
Arts 3: *alertheid voor kansarmoede en de verschillende sociale determinanten van gezondheid*

5. **Wat zijn voor u de drempels om te screenen naar de sociale determinanten van gezondheid?**

Arts 1: *tijd*
Arts 2: *voornamelijk tijd! Maar je hoeft dan ook niet alles in 1 consultatie te bevragen. Je kan het spreiden over verschillende consultaties*
Arts 3: *tijd, focus op het probleem*

Bijlage 9: visietekst praktijk DOKTOOR 04/2018

Wij zijn een groepspraktijk van huisartsen die eerstelijnszorg verlenen aan patiënten uit onze buurt, dit ongeacht hun politieke, culturele en levensbeschouwelijke overtuigingen of hun socio-economische situatie. Wij streven ernaar **goede en laagdrempelige zorg** te bieden. Dit betekent voor ons, zo volledig mogelijke kwalitatieve zorg die wetenschappelijk onderbouwd is met aandacht voor lichamelijke gezondheid en psychisch welzijn. Ook belangrijk is het wederzijds **respect en vertrouwen** met inbreng van arts én patiënt. Ook de patiënt zelf draagt verantwoordelijkheid en speelt een actieve rol in zijn eigen gezondheid. Als opleidingspraktijk spelen we een actieve rol in de vorming van toekomstige collega's. Wekelijks komen we samen voor een praktijkoverleg. Daarnaast maken we gebruik van een **gemeenschappelijk elektronisch medisch dossier** waarin uw gegevens bewaard worden. Binnen onze groepspraktijk is er een gedeeld beroepsgeheim.
Om de **continuïteit van zorg** te bewaren zijn wij bereikbaar zowel voor afspraken als voor urgenties. Buiten de openingsuren van de praktijk kan u terecht in de regionale wachtdienst, waar wij ook deel van uitmaken. We zijn een **multidisciplinaire praktijk** waar ook andere paramedici consultaties hebben. Er wordt in een goede en constructieve sfeer samengewerkt.