



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Risk stratification in Dutch primary care: a promising approach to manage population health

Girwar, S.M.

Citation

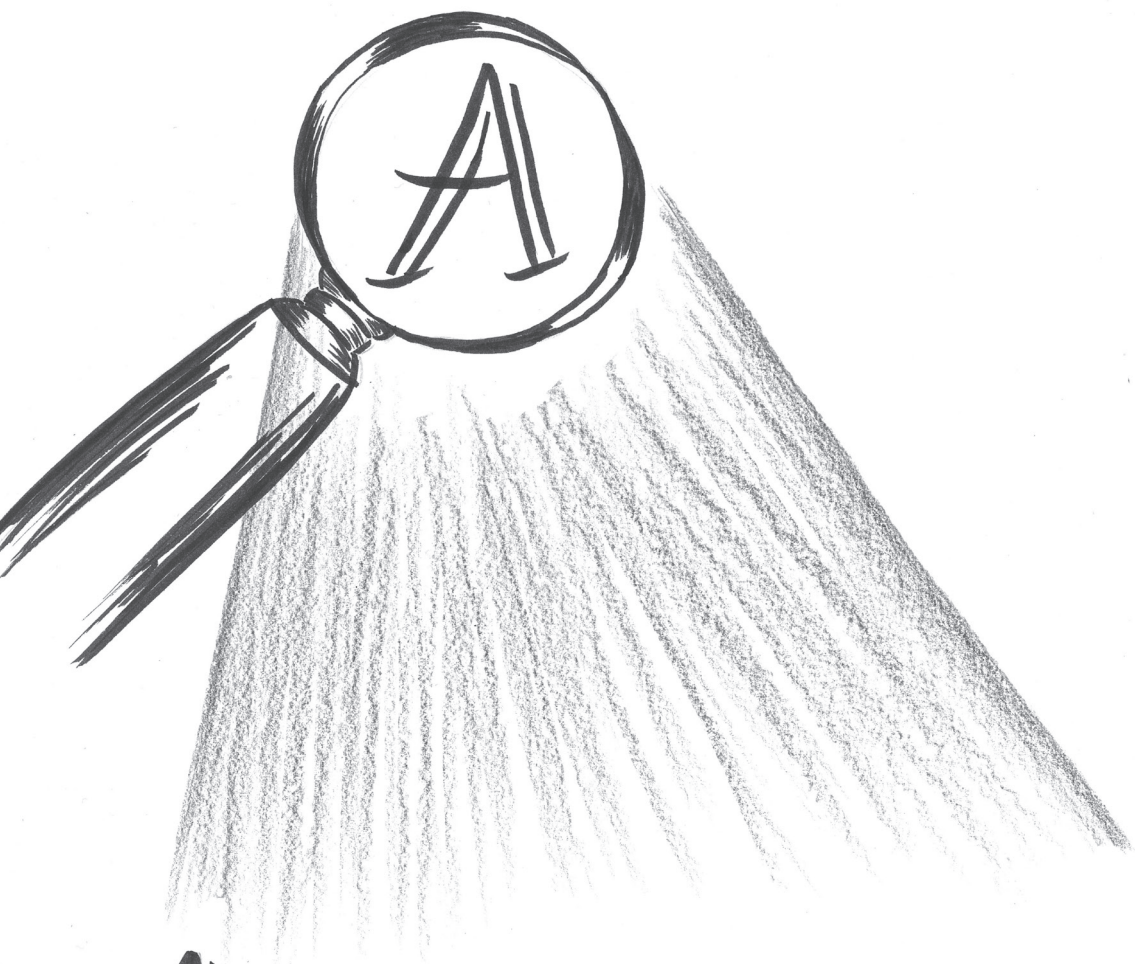
Girwar, S. M. (2023, June 22). *Risk stratification in Dutch primary care: a promising approach to manage population health*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3621320>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3621320>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).



APPENDICES

APPENDICES

**SAMENVATTING
LIST OF PUBLICATIONS
CURRICULUM VITAE
DANKWOORD**

Samenvatting

Door het steeds schaarser worden van de middelen in de gezondheidszorg, wordt de noodzaak efficiënt om te gaan met de beschikbare middelen hoger. Met de beschikbare routinematig verzamelde data in de eerstelijns gezondheidszorg worden mogelijkheden gecreëerd om de schaarse middelen efficiënt in te zetten. Middels datagerichte benaderingen worden onevenredige gezondheidsbehoeften binnen populaties zichtbaar gemaakt. Risicostatificatie, de systematische analyse van patiënt profielen om zo risicoscores toe te kennen aan individuen, biedt de mogelijkheid persoons- en populatiegerichte zorg te verlenen. Wereldwijd wordt risicostatificatie gebruikt voor het identificeren van de juiste subpopulaties voor specifieke zorginterventies om op die manier het gebruik van dure zorg zoals spoedzorg en hospitalisatie te verminderen.

In Nederland wordt risicostatificatie nog niet op grote schaal toegepast in de eerstelijns gezondheidszorg. Hoewel de mogelijkheden groot zijn door de poortwachtersfunctie van Nederlandse huisartsen en het feit dat het grootste deel van de populatie geregistreerd staat bij een huisarts, wordt er minimaal gebruik gemaakt van datagerichte risicostatificatie. Het doel van dit proefschrift is dan ook het identificeren en beoordelen van een risicostatificatie model, dat het best gebruikt kan worden in de Nederlandse eerste lijn. Na de introductie van zowel het concept risicostatificatie als de onderzoeksvraag die middels dit proefschrift wordt beantwoord, worden de verschillende studies waarmee deze onderzoeksvraag wordt beantwoord, beschreven in de hoofdstukken 2 tot en met 5. Ieder hoofdstuk beantwoordt een van de sub-vragen, die zijn afgeleid van de centrale onderzoeksvraag.

Hoofdstuk 2 beschrijft een systematische literatuur review, waarmee de sub-vraag *‘Welke risicostatificatie modellen zijn het best geschikt voor gebruik in de eerstelijns gezondheidszorg?’* wordt beantwoord. Studies zijn op systematische wijze gescreend en beoordeeld ter identificatie van risicostatificatie modellen geschikt voor de eerstelijns gezondheidszorg. De statistische validiteit van de modellen is beoordeeld. 61 artikelen zijn beoordeeld met als resultaat de identificatie van drie meest gebruikte risicostatificatie modellen in de eerstelijns gezondheidszorg: 1) de Adjusted Clinical Groups (ACG), 2) de Charlson Comorbidity Index (CCI) en 3) de Hierarchical Condition Categories (HCC). De ACG bleek het meest gebruikte risicostatificatie model in de eerstelijns gezondheidszorg, met de beste statistische validiteit.

Hoofdstuk 3 beschrijft een pilot studie, waarin een eerste toepassing van de ACG in de Nederlandse huisartsenpraktijk wordt gedaan. De resultaten laten de potentie van de ACG zien in het identificeren van verschillende niveaus van morbiditeit en zorgzwaarte, waarbij gebruik gemaakt wordt van routinematig verzamelde data uit een Nederlandse huisartsenpraktijk. Predictiemodellen met ACG's, diagnose- en multimorbiditeitscategorieën, als voorspellers bleken accuraat voor de predictie van de jaarlijkse hoeveelheid huisartsbezoeken.

De centrale onderzoeksvraag van dit proefschrift wordt beantwoord in hoofdstuk 4, waarin twee predictiemodellen van de ACG, predictie van hospitalisatie en van hoge zorgkosten, worden beoordeeld en aangepast aan de Nederlandse situatie. De coëfficiënten van de onderliggende predictiemodellen zijn hierbij afgesteld op de data uit Nederlandse huisartsenpraktijken, waarmee de statische validiteit van beide modellen verbeterd is.

In hoofdstuk 5 wordt een voorbeeld gegeven van hoe risicostratificatie gebruikt kan worden voor het identificeren van een specifieke subpopulatie. Met behulp van de ACG wordt een groep complexe patiënten met problemen op tenminste twee verschillende gezondheidsdomeinen (het somatisch chronisch, mentaal en sociaal gezondheidsdomein) succesvol geïdentificeerd. De mogelijkheid om dergelijke groepen subpopulaties te identificeren, kan resulteren in betere zorgmanagement en zorgcoördinatie van de juiste groepen patiënten.

In de discussie van dit proefschrift worden onder andere aanbevelingen gedaan om de risicostratificatie modellen methodologisch te verbeteren. Een methodologische verbetering betreft het klinisch valideren van de voorspellers van de predictiemodellen in navolging op de statistische validering, die middels dit proefschrift is gedaan. Sociale determinanten zijn een waardevolle toevoeging aan de biomedische determinanten voor het in kaart brengen van de gezondheid van de populatie en de potentie van het toevoegen van deze sociale determinanten aan risicostratificatie benaderingen in de Nederlandse eerste lijn is zeker verder onderzoek waard. In aanvulling op de methodologische verbeteringen van de risicostratificatie modellen wordt het belang van eerste praktische stappen zoals het creëren van bewustwording en draagvlak onder zowel eerstelijns zorgverleners als andere partijen zoals zorgverzekeraars, gemeenten en beleidsmakers, benadrukt. Ten slotte wordt, ondanks mijn overtuiging dat risicostratificatie in de eerstelijns gezondheidszorg het best op zijn plek is, bediscussieerd dat samenwerking met het sociale domein zeer bevorderlijk kan zijn voor de verbetering van de gezondheid van de populatie.