

PRAKTIJKVARIATIES

Artikel voor het jaarverslag 2018

Bijlage

RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

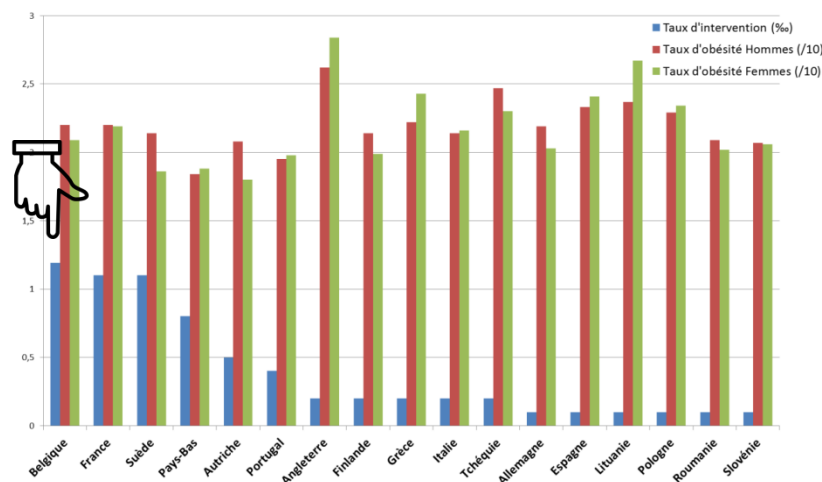
Cel doelmatige zorg
Pascal Meeus
Virginie Dalcq
Anneleen Van Geystelen

Praktijkvariaties in de gezondheidszorg kunnen vanuit één of meerdere perspectieven worden bekeken. De variaties worden hier vanuit de volgende standpunten geanalyseerd:

- internationaal
- per geslacht
- per leeftijdsklasse
- geografisch (per gewest, provincie en arrondissement in België)
- per sociaal statuut (volgens de regeling waarin de zorg wordt vergoed)
- per type van behandeling (ziekenhuisverblijf of daghospitalisatie en ambulant)
- door de evolutietrends van de gebruikspercentages
- volgens de gebruikte technieken

Internationale variaties

In het kader van benchmarking worden de gebruikspercentages voor een bepaalde praktijk in België vergeleken met de cijfers uit andere landen waarvan het gezondheidszorgsysteem een gelijkaardige structuur heeft. Een dergelijke oefening is bijvoorbeeld gemaakt in verband met de bariatrische heelkunde. De verschillende gebruikspercentages voor de bariatrische heelkunde worden regelmatig bekendgemaakt door de IFSO¹ (International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders), die wereldwijd een vijftigtal leden telt. Als daarvan enkel wordt gekeken naar de leden van de Europese Unie, kan worden vastgesteld dat voor 2014² België het hoogste gebruikspercentage heeft voor bariatrische heelkunde (Figuur 1). Die resultaten zijn natuurlijk zeer verrassend, temeer daar zij niet samenhangen met de prevalentie van obesitas in ons land, die in de buurt van het Europese gemiddelde ligt. Ter informatie, op Europees niveau bekleedt België in de rangschikking van de 17 landen van de Europese Unie volgens de studie van de IFSO, de achtste plaats bij de mannen en de negende plaats bij de vrouwen wat prevalentie van obesitas betreft³.



Figuur 1 : Aantal gevallen van bariatrische heelkunde in de Europese Unie, vergeleken met de prevalentiecijfers voor obesitas

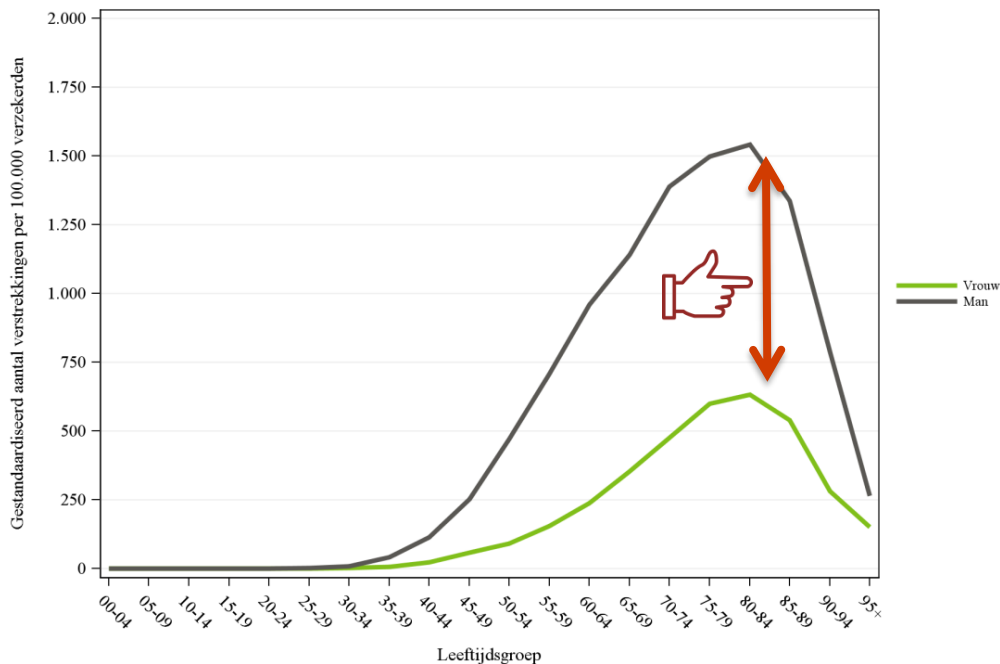
¹ International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders

² Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P., Vit A., Zundel, N., Buchwald, H., & Scopinaro, N. (2017, Sept). Bariatric Surgery and Endoluminal Procedures: IFSO Worldwide Survey 2014. *Obesity Surgery*, 27(9), PP 2279-2289.

³ Volgens de prevalentiecijfers die de Wereldgezondheidsorganisatie voor 2014 meedeelde: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en>

Variaties per geslacht

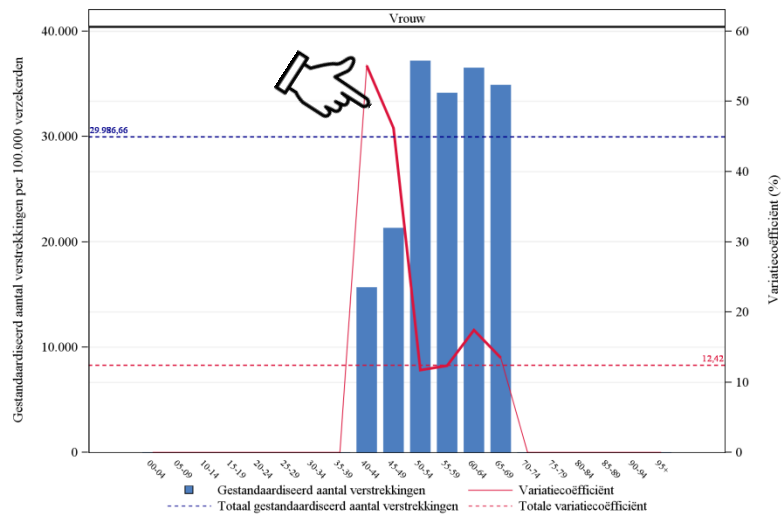
Bepaalde variaties inzake behandeling per geslacht hangen intrinsiek samen met de praktijk zelf (hysterectomie, echografie van de prostaat ...), maar dat geldt niet noodzakelijk voor andere praktijktypes die op een minder inherente manier aan een geslacht worden toegewezen. Als variaties per geslacht worden waargenomen, moet worden onderzocht of zij passen bij de epidemiologie van de indicaties die tot die praktijk leiden, om na te gaan of de vastgestelde variaties daadwerkelijk overeenstemmen met de verwachte geslachtsverhouding. In het geval van de percutane coronaire interventie stellen we in 2017 bijvoorbeeld vast dat het gebruikspercentage merkkelijk hoger ligt bij de mannen dan bij de vrouwen, waarop in dit geval de vraag rijst of er sprake is van een onderbenutting ("underuse") bij de vrouwen (Figuur 2).



Figuur 2 : Vergelijking tussen de vrouwelijke en mannelijke gestandaardiseerde gebruikspercentages (voor 100.000) in 2017

Variaties per leeftijdsklasse

Net zoals bij de variaties per geslacht kunnen ook de variaties per leeftijd worden verklaard door de epidemiologie van een aandoening of ook door een bijzonder beleid zoals in het geval van opsporing. Variaties per leeftijd kunnen dus als ongegrond worden bestempeld als zij niet met die parameters overeenstemmen. Zij kunnen ook als ongegrond worden bestempeld als voor één of meerdere leeftijdsklassen een hoge variatiecoëfficiënt werd waargenomen ondanks aanzienlijke totale gebruikspercentages voor diezelfde leeftijdsklassen. In het voorbeeld van de mammografie wordt in de huidige aanbevelingen borstkankerscreening aangeraden voor de leeftijdsklasse van 50 tot 69 jaar. De variatiecoëfficiënt is relatief stabiel in die leeftijdsklassen (Figuur 3), maar blijkt veel hoger te liggen in de groep van 40 tot 50 jaar. De hogere variatiecoëfficiënt in die leeftijdsklassen getuigt waarschijnlijk van de onzekerheid van de voorschrijvers met betrekking tot de indicatie voor de mammografie voor patiënten van die leeftijd.



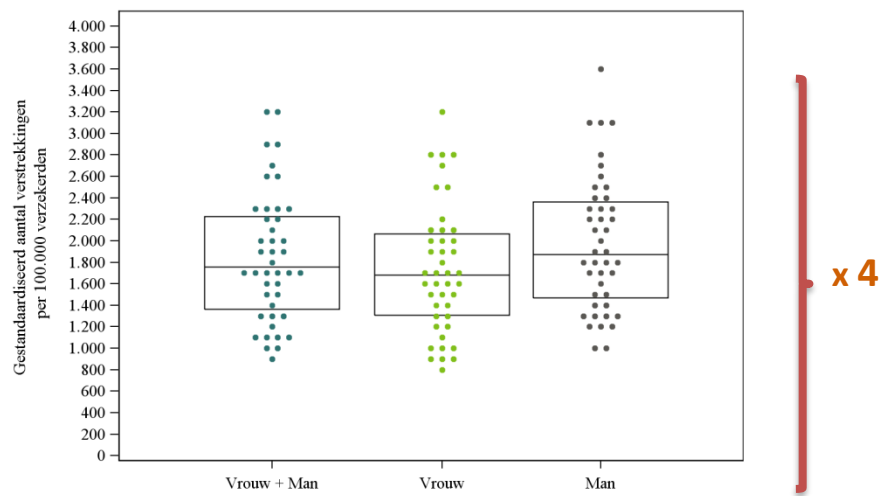
Figuur 3 : Gestandaardiseerd gebruikspercentage voor mammografieën bij vrouwen van 40 tot 69 jaar per 100.000 verzekerden en variatiecoëfficiënt volgens het arrondissement, per leeftijdsgroep en per geslacht voor 2017

Geografische variaties

Geografische variaties zijn variaties die tussen praktijken worden waargenomen naargelang van de woonplaats van de verzekerde. Zij kunnen zich op verschillende schalen voordoen: op het niveau van het gewest, de provincie of het arrondissement.

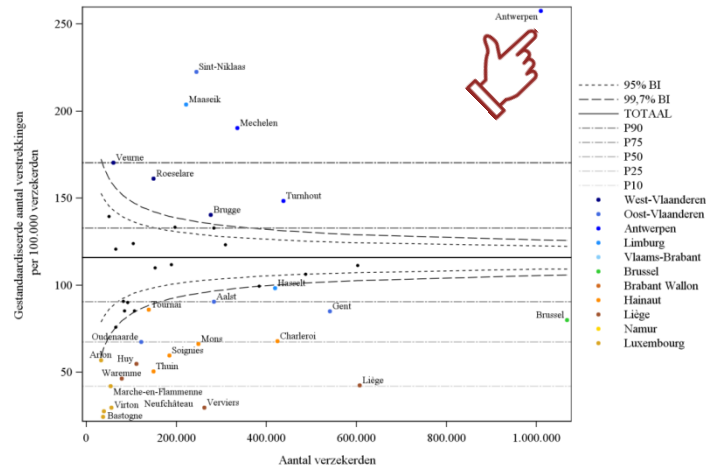
Aangezien de gegevens worden gestandaardiseerd volgens de leeftijd, het geslacht en het sociaal statuut (vergoedingsregeling) van de verzekerden, blijkt uit die variaties, bij de voorstelling ervan, dat het gedrag inzake verstrekkingen verschilt naargelang van de zone van het land en kunnen zij dus a priori als ongegrond worden beschouwd.

Die variaties kunnen op verschillende manieren worden verduidelijkt. Zij kunnen bijvoorbeeld worden geëvalueerd door de gebruikspercentages voor een praktijk voor te stellen per arrondissement in een dot-plotgrafiek. Op die manier kan de aandacht worden gevestigd op databundeling, gaten in de spreiding en extreme waarden. In het geval van de echografie van de carotis bijvoorbeeld (Figuur 4) blijkt uit de gegevens een ratio tussen de extreme waarden van om en bij 4 (ratio max/min).



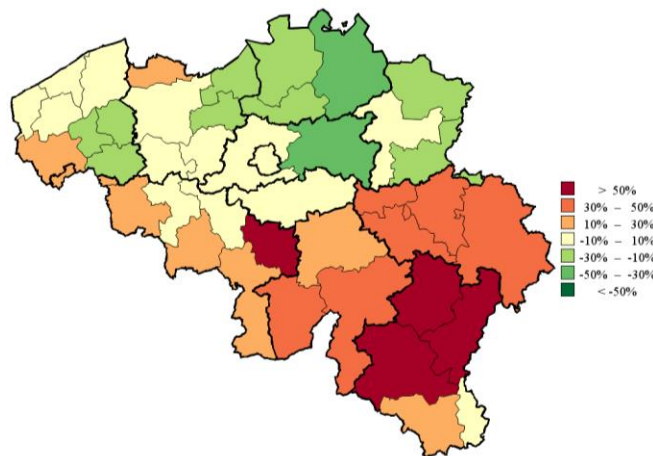
Figuur 4 : Spreiding van de gestandaardiseerde gebruikspercentages voor de echografie van de carotis in een "dot plot" per arrondissement volgens het geslacht

De gegevens betreffende de geografische variaties kunnen ook via de funnel plot worden voorgesteld. De gebruikspercentages per arrondissement worden vervolgens gerangschikt volgens hun bevolkingsgrootte. De betrouwbaarheidsintervallen nemen hier een typische vorm aan die op een trechter lijkt ("funnel"): voor de kleine populaties is de verwachte variatie groter dan die van de arrondissementen met grote populaties. De arrondissementen die buiten de boven- en ondergrens van de betrouwbaarheidsintervallen van 99,7 % vallen, kunnen dan als "outliers" worden bestempeld. In het voorbeeld van de kaakchirurgie (Figuur 5) blijkt dat in een arrondissement met een grote bevolking de gebruikspercentages aanzienlijk hoger liggen dan die welke in de andere arrondissementen worden opgetekend, waardoor het ver boven de bovengrens van het betrouwbaarheidsinterval terug te vinden is.



Figuur 5 : Funnel-plotspreiding van de gestandaardiseerde gebruikspercentages betreffende de kaakchirurgie voor de periode 2015-2017 per arrondissement volgens het aantal verzekerden

Een andere, waarschijnlijk ook de meest intuïtieve, manier om de praktijkvariaties voor te stellen, is de cartografie. De intervallen tussen de gebruikspercentages in elk arrondissement ten opzichte van het nationale gemiddelde, worden dan op de nationale kaart voorgesteld volgens een kleurcode. Op die manier krijgt men snel een beeld van de spreiding van de variaties volgens hun grootte en bovendien kan worden nagegaan of de arrondissementen met de grootste afwijking ten opzichte van het gemiddelde een logica van geografische toenadering vertonen.

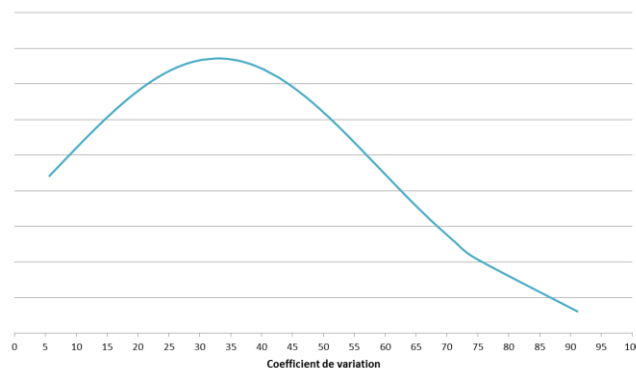


Figuur 6 : Kaart met de spreiding per arrondissement van de gestandaardiseerde gebruikspercentages betreffende de thyroïdectomie voor de periode 2015-2017

In het geval van de thyroïdectomie bijvoorbeeld (Figuur 6) is een noord-zuid gradiënt waarneembaar die wordt gekenmerkt door variabiliteit ten opzichte van de gemiddelde gebruikspersentages per arrondissement.

Een essentiële indicator voor de grootte van de geografische variaties is zeker de variatiecoëfficiënt waarvan hierboven sprake is geweest in het kader van de variaties per leeftijdsklasse (0). De variatiecoëfficiënt is een relatieve maat voor de spreiding van de gegevens rond het gemiddelde (standaarddeviatie/rekenkundig gemiddelde). Een hoge variatiecoëfficiënt wijst dus op een variabiliteit van de praktijken tussen de arrondissementen. Het blijft evenwel moeilijk om een drempelwaarde te bepalen voor een te hoge variatiecoëfficiënt.

Als we ter verduidelijking de verdeling van de variatiecoëfficiënten van een honderdtal gevarieerde en verschillende medische praktijken in België in beeld brengen (Figuur 7), stellen we een verdeling vast volgens een Gauss-curve, geconcentreerd op een gemiddelde variatiecoëfficiënt van rond de 33. Zelfs zonder drempelwaarde kunnen we toch daaruit afleiden dat de praktijken over het algemeen grote geografische variaties vertonen en dat de kwestie van de praktijkvariaties door geografische variaties in België dus niet anekdotisch is.

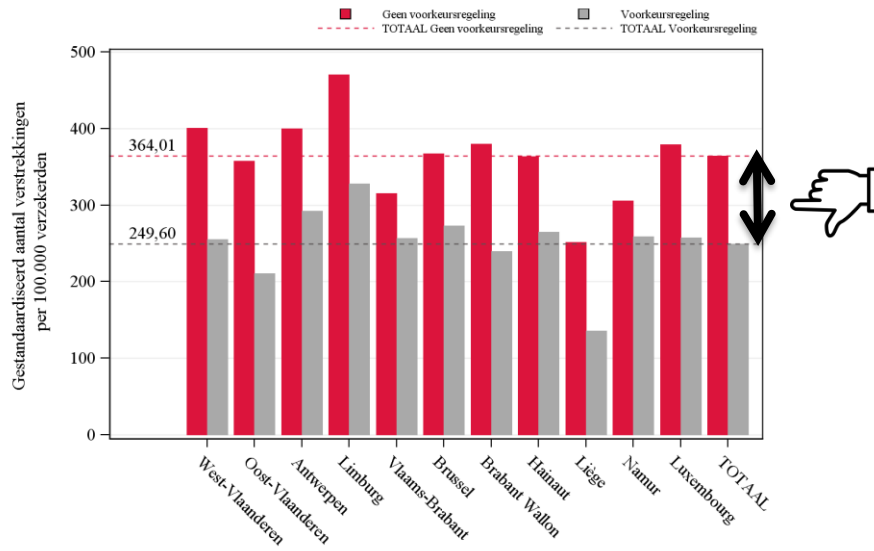


Figuur 7: Distributiecurve in relatieve frequenties van de variatiecoëfficiënten van 102 verschillende medische praktijken in België voor de periode 2015-2017

Variaties per sociaal statuut

Het sociaal statuut van de verzekerden kan in de databanken worden weergegeven via de regeling waarin zij voor gezondheidszorg worden vergoed. Door die variaties te bestuderen, kan men een rechtvaardige toegang tot de gezondheidszorg garanderen. Als een gebruikspersentage voor een bepaalde praktijk hoger is in de categorie van de verzekerden zonder voorkeurregeling dan in de categorie met voorkeurregeling, dan zou dat immers kunnen wijzen op een zekere ongelijke toegankelijkheid van die praktijk.

Dat is bijvoorbeeld wat kan worden waargenomen in het geval van de ingrepen voor spataders ter hoogte van de onderste ledematen (Figuur 8). Daar blijken de gebruikspersentages voor nagenoeg alle provincies merkkelijk hoger te liggen bij de verzekerden zonder voorkeurregeling (ratio van 1,46).

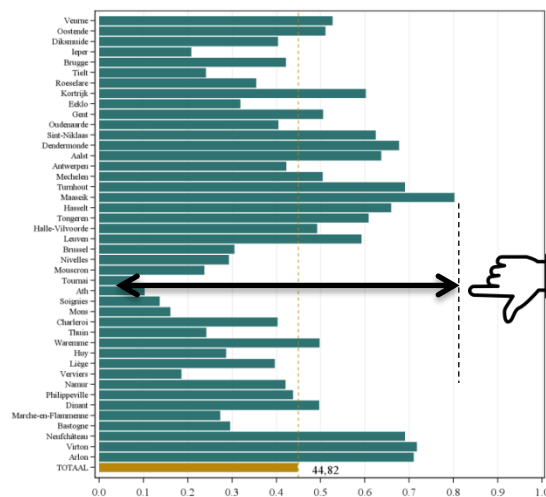


Figuur 8 : Gestandaardiseerd gebruikspercentage voor de ingrepen voor spataders ter hoogte van de onderste ledematen in 2017 volgens de vergoedingsregeling en per provincie

Variaties per type van behandeling

Er zijn ook variaties waarneembaar volgens het type van behandeling dat voor eenzelfde praktijk aan de verzekerde wordt voorgesteld. Vervolgens vergelijken we voor de verschillende geografische zones (gewesten, provincies of arrondissementen) de behandelingen in dagziekenhuis en tijdens een ziekenhuisverblijf.

Die vergelijking leert ons dat een praktijk zoals de behandeling van een liesbreuk (Figuur 9), waarvoor de gebruikspercentages op geografisch vlak weinig variëren (variatiecoëfficiënt = 12,2), daarentegen duidelijke verschillen vertoont wat de keuze van het type behandeling betreft, met een ratio tussen de extreme waarden van om en bij 7 (ratio max/min).

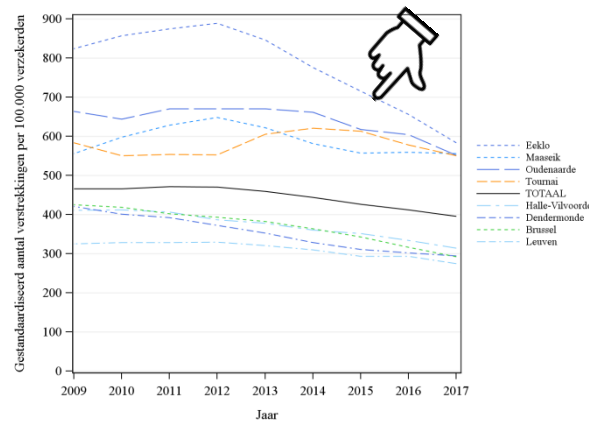


Figuur 9: Totaal percentage ambulante behandelingen en per arrondissement voor de behandeling van een liesbreuk in 2017

Variaties door de evolutietrends

Naast de "kortstondige" gebruikspercentages die kunnen worden opgetekend voor een jaar of voor een bepaalde periode, is het ook interessant om de evolutie van die percentages te vergelijken voor het hele land of per zone. Hoge percentages die de neiging hebben verder te stijgen, zullen bijvoorbeeld niet op dezelfde manier worden geïnterpreteerd als hoge percentages die evolueren naar een regularisatie.

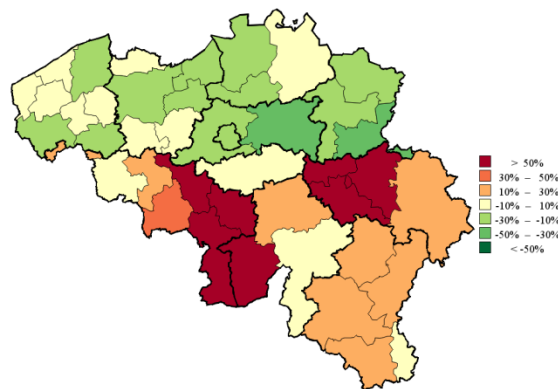
Dat is trouwens wat kan worden vastgesteld bij de analyse van de evolutietrends bij de gebruikspercentages voor de amygdalectomie en de adenoïdectomie. Het arrondissement dat in 2017 de hoogste gebruikspercentages laat optekenen (Figuur 10), is in feite ook het arrondissement waar de regularisatie van de percentages sinds 2012 de meest uitgesproken dynamiek vertoont.



Figuur 10: Evolutie per arrondissement van het gestandaardiseerde gebruikspercentages voor de amygdalectomie en de adenoïdectomie per 100.000 verzekerden

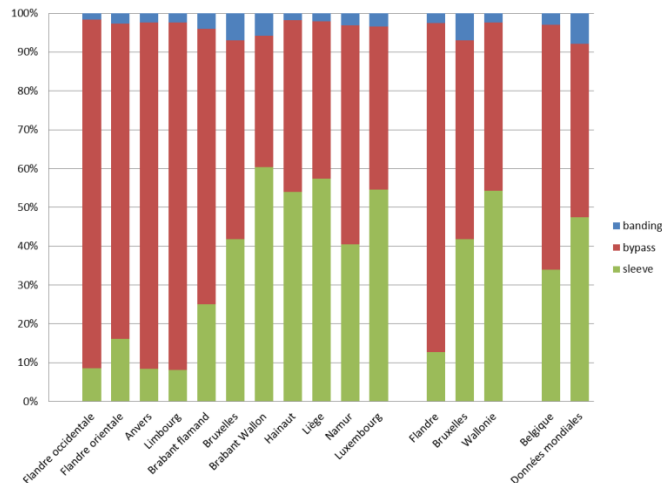
Variaties volgens de gebruikte technieken

In een medische praktijk kunnen vaak meerdere technieken worden onderscheiden. Door die technieken en de cijfers betreffende het gebruik ervan te vergelijken, kunnen de analyses worden verfijnd om de verschillende gedragstypes inzake geneeskundige verstrekkingen beter te begrijpen. Dat is bijvoorbeeld het geval voor de bariatrische heelkunde waar, over het gehele Belgische grondgebied bekeken, de geografische spreiding veeleer noord-zuid gericht is (Figuur 11).



Figuur 11: Kaart met de spreiding per arrondissement van de gestandaardiseerde gebruikspercentages voor bariatrische heelkunde voor de periode 2015-2017

Een verfijning van de analyse, rekening houdende met de gebruikscijfers voor de verschillende belangrijkste technieken die momenteel in de bariatrische heelkunde worden gebruikt ("bypass", "sleeve" en "banding"), levert nieuwe informatie op waaruit blijkt dat de gekozen technieken sterk verschillen volgens het gewest (Figuur 12). Die relatieve percentages betreffende de keuze van technieken kunnen dan op wereldvlak met andere landen worden vergeleken⁴ ("Mondiale gegevens"). Daarbij blijkt dat de keuzes van technieken in het zuiden van het land, ondanks doorgaans hogere gebruikspersentages, meer overeenstemmen met de internationale benchmarking.



Figuur 12: Spreiding van de percentages van ingrepen per type van procedure voor bariatrische heelkunde voor 2016

Wat is de oorzaak van die variaties

De oorzaak van de variaties is zelden uniek, maar bestaat meestal in wisselende verhoudingen uit verschillende factoren vanuit de drie-eenheid die wordt gevormd door de patiënt, de zorgverlener en hun omgeving. We zouden die oorzaken ook kunnen uitsplitsen in oorzakelijke factoren die aan de vraag of het aanbod zijn gebonden. Ook al kunnen de vastgestelde oorzaken soms wijzen op een niet-optimaal gebruik van de middelen, ze kunnen doorgaans niet altijd als ongegrond worden bestempeld en het bestaan van variaties mag dus niet automatisch worden beschouwd als een gebrek aan doeltreffendheid van het gezondheidszorgsysteem.

De oorzaken van de variaties moeten echter geval per geval worden bekeken, naargelang de geanalyseerde thematiek en de context ervan. Op basis van de categorisering van die factoren volgens vraag en aanbod, kunnen we een zeer beknopte opsomming geven van de grote categorieën van oorzaken die kunnen worden aangetroffen, zoals die door het KCE⁵ werden opgelijst, met uitzondering van eventuele wisselvalligheden in de codering door de zorgverleners:

- Oorzaken gebonden aan de vraag :
 - Epidemiologie van de aandoening
 - Socio-economische variabelen
 - Keuze van de patiënt

⁴ Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P., Vit A., Zundel, N., Buchwald, H., & Scopinaro, N. (2017, Sept). Bariatric Surgery and Endoluminal Procedures: IFSO Worldwide Survey 2014. *Obesity Surgery*, 27(9), PP 2279–2289.

⁵ J. Jacques, D. Gillain, F. Fecher, S. Van De Sande, F. Vrijens, D. Ramaekers, N. Swartenbroekx and P. Gillet (2006). Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE). KCE Reports vol.42A.

- Oorzaken gebonden aan het aanbod :
 - Medische densiteit
 - Toegang tot de zorg
 - Karakteristieken en praktijkstijl van de zorgverlener