



3.3 Gepastheid van zorg

Gepastheid van zorg kan worden gedefinieerd als "de mate waarin de verleende gezondheidszorg relevant is voor de klinische behoeften, gelet op de huidige kennis".²⁶ De gepastheid kan op verschillende manieren worden beoordeeld. De beste methode bestaat erin te meten in hoeverre de medische praktijk de **aanbevelingen uit de klinische richtlijnen** volgt. Een andere veelgebruikte methode is het analyseren van de **geografische variatie**.

Er werden acht indicatoren met betrekking tot acute en chronische zorg geselecteerd (Tabel 4). Ze verwijzen naar de toepassing van richtlijnen (bij de opvolging van diabetespatiënten, bij het voorschrijven van antibiotica, bij het gebruik van ongepaste medische beeldvormingstechnieken, bij het gebruik van adjuvante behandeling na een operatie voor de behandeling van teelbalkanker) of naar de variabiliteit van het aantal keizersneden.

Andere aanvullende indicatoren worden opgenomen in de tabellen over preventieve zorg (Tabel 22) voor vaccinatie en screening, geestelijke gezondheid (Tabel 23) voor het voorschrijven en consumeren van geneesmiddelen, en zorg aan het levenseinde (Tabel 26) voor de agressiviteit van de zorg aan het levenseinde. Tot slot worden praktijkvariëaties weergegeven in Tekstbox 7.

Gepastheid van zorg voor mensen met een chronische ziekte (diabetes)

De gepastheid van zorg voor mensen met een chronische ziekte wordt geëvalueerd door de opvolging van mensen die met diabetes leven te meten.^h Er werd een samengestelde kwaliteitsindicator gemeten op basis van het percentage volwassenen met diabetes die een combinatie van vijf tests of onderzoeken (2xHbA1c, 1x lipidenprofiel, 1x microalbuminurie, 1x serumcreatinine en één consult bij de oftalmoloog) hadden ondergaan in de afgelopen 15 maanden om de geschiktheid van hun follow-up in te schatten. Het percentage adequate follow-up (d.w.z. mensen die deze 5 tests hebben ondergaan) was 42,7% voor volwassenen met diabetes die insuline kregen en slechts 16,9% voor volwassenen met diabetes die met niet-insuline antidiabetica werden behandeld. Er waren gewestelijke verschillen voor beide subgroepopulaties: voor mensen met diabetes die met insuline werden behandeld, bereikte Vlaanderen 46,4% van de patiënten die de vijf testen ondergingen in 2021, Brussel 42,9% en Wallonië 36,8%. Voor diegenen die met niet-insuline antidiabetica werden behandeld, vertoonde Brussel de hoogste dekkinggraad met 23,3%, terwijl de twee andere gewesten achterbleven (Vlaanderen 17,4% en Wallonië 14,7%). Verschillen naar sociaaleconomische status worden besproken in punt 7.1.

Voor mensen die met insuline werden behandeld leek het knelpunt de consultatie bij de oftalmoloog te zijn, terwijl dat voor diegenen die met niet-insuline antidiabetica medicatie werden behandeld het microalbuminurieonderzoek was. De lage percentages voor de vijf testen samen kunnen gedeeltelijk worden verklaard door het feit dat niet al deze vijf testen worden aanbevolen voor alle mensen met diabetes in sommige recente richtlijnen (zie de technische fiche voor meer informatie). Er zijn aanvullende analyses nodig om de redenen voor deze lage percentages te

^h Voor diabetische zorg raden de richtlijnen aan dat geglyceerde hemoglobine, albumine, creatinine en lipiden bij voorkeur eenmaal per jaar en ten minste om de 15 maanden worden gecontroleerd en dat de glykemie om de 3 maanden wordt gecontroleerd. Het wordt ook aanbevolen dat een oogarts elk jaar een gedilateerd fundusonderzoek uitvoert om vroegtijdige oogcomplicaties op te sporen.



bepalen. Met name wat betreft de consulten bij een oftalmoloog, d.w.z. kunnen deze lage resultaten gedeeltelijk worden verklaard door de nieuwe richtlijnen of weerspiegelen ze een potentieel probleem met de coördinatie van de zorg (tussen medisch specialisten) of met de toegankelijkheid van de zorg (zoals lange wachttijden)?

Gepastheid van zorg in voorschrijfpatronen

Sinds het begin van de jaren 2000 hebben de autoriteiten het publiek en de artsen bewust gemaakt van het probleem van antibioticaresistentie. Antibiotica mogen alleen worden voorgeschreven wanneer dat nodig is en de keuze moet bij voorkeur vallen op eerstelijnsantibiotica ("voorzichtig gebruik"). Het **voorschrijven van antibiotica** wordt gebruikt om de naleving van de richtlijn te evalueren.

België scoort internationaal slecht op antibioticacconsumptie (vergelijkbaar met Italië bijvoorbeeld, maar ongeveer twee keer zo hoog als Nederland). In 2021 kreeg een hoog percentage (32,6% tegenover 41,6% in 2010) van de totale bevolking minstens één antibioticavoorschrift, met hogere cijfers in Wallonië (37,0%) dan in Vlaanderen (30,4%) en Brussel (29,6%). Het gebruik van antibiotica ten minste een keer per jaar was hoog voor individuen van 0-4 jaar (43,8%) en 75 jaar en ouder (39,8%). Verder was 40,5% van de voorgeschreven antibiotica tweedelijnsantibiotica in 2021 (tegenover 16% in Nederland in 2016³⁰). Slechte scores op deze indicator werden ook waargenomen bij kinderen (36,6%). Verschillen naar sociaaleconomische status worden besproken in punt 7.1. De Belgische Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid (BAPCOC) heeft twee indicatoren gedefinieerd met doelen voor tweedelijnsantibiotica:

- De verhouding amoxicilline/amoxicilline-clavulaanzuur zou 4 op 1 (of 80%) moeten bereiken, terwijl het nog steeds net geen 50/50 was met 48,1% in 2021; voor kinderen (onder de 15) werd het doel bereikt met 79,9%, maar voor patiënten van 65 jaar en ouder was het slechts 33,6%.

- De totale DDD's (Defined Daily Doses of standaard dagdoseringen) van quinolonen ten opzichte van de totale voorgeschreven antibiotica zouden 5% moeten bereiken (nationale doelstelling): in 2021 is het nog steeds 7,1%, een verbetering ten opzichte van de 11,5% in 2010.

De impact van de COVID-19-pandemie wordt geanalyseerd in punt 8.4.

Gebruik van ongepaste technieken bij medische beeldvorming

Ongepaste technieken waren verantwoordelijk voor 50% van de medische bestraling in 2013, voornamelijk als gevolg van CT-scans van de lumbale wervelkolom. Medische beeldvorming wordt in de meeste gevallen van niet-specifieke lage rugpijn niet aanbevolen.^{31, 32} Daarom hebben we ons in dit rapport gericht op beeldvorming van de wervelkolom: computertomografiescans (CT-scans) en röntgenfoto's (Rx), twee beeldvormingstechnieken die ioniserende straling uitzenden die kanker kan veroorzaken, evenals magnetische resonantiebeeldvorming (MRI), een veilige maar duurdere beeldvormingstechniek. De totale beeldvorming van de wervelkolom daalde van 2016 tot 2022 met 2% per jaar, waarbij röntgenfoto's de afgelopen jaren veel sneller daalden met een jaarlijkse afname van 4,9%. Het aantal CT-scans is in de periode 2016-2022 met 1,5% per jaar gedaald; de groei van het MRI-verbruik bedroeg echter nog steeds 2,0% per jaar. Zie voor de COVID-19-periode ook punt 8.4.

Geografische variabiliteit in chirurgische procedures

Geografische variabiliteit voor electieve chirurgische ingrepen kan wijzen op ongepaste zorg. Ter illustratie werd in dit rapport gekozen voor een keizersnede, maar er zijn er nog veel meer (zoals heup- of knieprothese, twee ingrepen waarvoor België een van de hoogste interventiepercentages heeft in de EU-14 landen).¹⁷



Hoewel de WGO van 1985 tot 2015 verklaarde dat het aantal keizersneden niet meer dan 10-15% zou mogen overschrijden^{i,33} waren de percentages nog steeds hoog en nemen ze toe in de EU-14 (24,3% van de levendgeborenen voor de EU-14 [12 landen]). Het percentage in België was lager (21,7%), maar nog steeds veel hoger dan in Nederland (15,2%) en was in de loop der jaren in elk gewest langzaam gestegen.

Gepastheid van zorg bij adjuvante behandelingen na de operatie

Patiënten met vroege teelbalkanker (stadium I) krijgen een primaire chirurgische behandeling (d.w.z. orchiectomie) die binnen de 3 maanden kan worden gevolgd door een adjuvante behandeling of opvolging. Sinds 2013 raden ESMO-richtlijnen opvolging na orchiectomie aan voor stadium I-seminomen en niet-seminomen in plaats van adjuvante behandeling, vooral bij de afwezigheid van risicofactoren. In vergelijking met de periode vóór de publicatie van de richtlijnen (2004-2012) werd een duidelijke afname van het aandeel adjuvante behandelingen waargenomen voor de periode 2013-2016 (kort na de publicatie van de richtlijnen) en de periode 2017-2020 (na de publicatie van de richtlijnen) in het geval van seminomen, en in mindere mate in het geval van niet-seminomen. Deze tendensen werden in alle gewesten waargenomen.

Indicatoren van gepastheid in andere delen van dit rapport

Indicatoren die in andere domeinen worden beschreven, kunnen ook worden gekoppeld aan gepastheid. In het **preventieve zorgdomein** (Tabel 22) lijkt borstkankerscreening niet gepast te worden uitgevoerd: het deelnamepercentage in het georganiseerde screeningsprogramma was laag (vooral in Wallonië en Brussel). In het domein van de **geestelijke gezondheidszorg en zorg voor ouderen** waren er aanwijzingen voor ongepast voorschrijven van medicatie (bv. bij een substantieel deel van de patiënten die antidepressiva gebruikten niet werd voldaan aan de

aanbevolen duur voor behandeling van ernstige depressie (ten minste drie maanden)).

Besluit

Verschillende indicatoren illustreerden dat de gepastheid van zorg op veel vlakken (preventieve, acute en langdurige zorg) niet optimaal was. Voor veel indicatoren presteerde België slecht in vergelijking met internationale benchmarks, en voor sommige indicatoren werd de afgelopen jaren slechts een kleine verbetering waargenomen.

De resultaten voor de voorschrijfindicatoren voor antibiotica en antidepressiva waren zowel in volume als in kwaliteit slecht. De keizersnedepercentages lagen onder het EU-14-gemiddelde, maar waren langzaam toegenomen en waren hoger dan verwacht.

Ongepaste zorg (overmatig gebruik, te weinig gebruik en misbruik van middelen) heeft gevolgen in verschillende dimensies (veiligheid, continuïteit, doeltreffendheid en efficiëntie). Ongepaste zorg aanpakken om de performantie van het gezondheidssysteem te verbeteren, is een echte uitdaging in België.

ⁱ De recentste aanbevelingen van de WGO stellen dat "alles in het werk moet worden gesteld om keizersneden te geven aan vrouwen in nood, in plaats

van te streven naar een specifiek percentage." 33. WHO. WHO statement on caesarean section rates. Copenhagen: World Health Organization; 2015.



Tekstbox 7 – Praktijkvariaties

Praktijkvariaties hebben betrekking op elke ongerechtvaardigde variatie in de gezondheidszorg die een niet-willekeurige variatie is die verband houdt met onvoldoende of overmatig zorggebruik. Op basis van gegevens uit de N-documenten¹ 2012-2022 (met medische uitgaven van verzekerden), gestandaardiseerd per jaar op basis van leeftijd, geslacht en verhoogde tegemoetkomingsstatus voor arrondissementen, provincies en gewesten, heeft het RIZIV verschillende soorten praktijkvariaties geanalyseerd (variaties per geslacht, variaties per leeftijd, geografische variaties, variaties per sociale status, variaties per type zorg, variaties in de evolutietendensen, variaties in de gebruikte technieken). De gedetailleerde analyse is te vinden op <https://www.gezondbelgie.be/>. Enkele voorbeelden:

Variatie per geslacht

Hoewel sommige praktijkvariaties per geslacht intrinsiek verbonden zijn met de behandeling zelf (hysterectomie, echografie van de prostaat enz.), is dit niet noodzakelijkerwijs het geval voor andere soorten interventies. In het geval van protonpompremmers was bijvoorbeeld in 2022 het gebruikspercentage bij vrouwen aanzienlijk hoger dan bij mannen, wat de vraag oproept naar mogelijk overmatig gebruik bij vrouwen.

Variatie per leeftijdsgroep

Net als bij geslachtsgerelateerde variaties kunnen leeftijdsgelateerde variaties ook worden verklaard door de epidemiologie of door beleid zoals screening. Analyses toonden aan dat in 2022 borstkankerscreening in de leeftijdsgroep 40-49 jaar een volume had van 1.258 per 100.000 verzekerde inwoners; terwijl in de leeftijdsgroep 50-74 jaar het volume 15.819 per 100.000 verzekerde inwoners was. Verdere analyse is nodig om te beoordelen of deze aantallen in overeenstemming zijn met de epidemiologie van risicofactoren en het screeningsbeleid.

Variatie per type zorg

Er kunnen ook variaties worden waargenomen tussen dagziekenhuis en ziekenhuisopname. Voor abdominale hernia was er bijvoorbeeld weinig geografische variatie in gebruikspercentages, maar er waren significante verschillen in de keuze van het type zorg (dagziekenhuis versus intramurale zorg). Bij het vergelijken van het aandeel dagziekenhuis voor deze interventie was de verhouding tussen de provincie met het hoogste aandeel dagziekenhuis en de provincie met het laagste aandeel ongeveer 2,5.

Variatie per sociale status

De sociale status wordt benaderd door de verhoogde tegemoetkomingsstatus van de patiënt. In het geval van spataderchirurgie bijvoorbeeld, was het vrij algemeen voor alle provincies dat de gebruikspercentages aanzienlijk hoger waren (+56%) voor personen die geen preferentiële terugbetalingsregeling genieten. Analyses toonden ook aan dat het screeningspercentage voor borstkanker ongeveer 40% lager waren bij vrouwen (tussen 50 en 74 jaar) die recht hadden op een verhoogde tegemoetkoming dan bij vrouwen die geen recht hadden op een verhoogde tegemoetkoming (zie ook indicator P-6). het screeningspercentage voor uitstrijkjes voor baarmoederhalskanker (bij vrouwen tussen 25-64 jaar) was eveneens bijna 30% lager bij vrouwen die recht hadden op een verhoogde tegemoetkoming. Sociaaleconomische ongelijkheden per tegemoetkomingsstatus of opleidingsniveau in verschillende indicatoren werden ook bestudeerd in hoofdstuk 7 van dit rapport. .

¹ N-documenten zijn maandelijkse gegevens die zorgverzekeraars binnen de drie maanden naar het RIZIV sturen.

Deze gegevens omvatten het aantal diensten, datums en honoraria.



Geografische variatie

Aangezien de gegevens zijn gestandaardiseerd op basis van leeftijd, geslacht en sociale status (tegemoetkomingsregeling), weerspiegelen geografische variaties verschillende praktijkgedragingen in verschillende delen van het land en kunnen ze daarom a priori als ongerechtvaardigd worden beschouwd. In het geval van bijvoorbeeld carotis-echografie lieten de gegevens een verhouding zien tussen de uiterste waarden van de gebruiksgraad per arrondissement van ongeveer 7 (max./min. ratio) en een verhouding van 2 wanneer deze op het niveau van de gewesten worden geanalyseerd. Voor keizersnede was de verhouding tussen de uiterste waarden van de gebruiksgraad per arrondissement (max./min. ratio) 2.

Op dezelfde manier werd, ondanks het ontbreken van standaardisatie in de gegevens, geografische variabiliteit waargenomen voor verschillende indicatoren die in dit rapport worden opgenomen. Het gebruik van biosimilars in de ambulante setting varieerde bijvoorbeeld van 7,8% van de biologische geneesmiddelen in Vlaanderen tot 4,2% in Wallonië en 5,3% in Brussel (indicator E-4). Het gebruik van antidepressiva varieerde van 11,3% voor de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest tot 17,1% voor de inwoners van de provincie Namen (indicator MH-7)

Bron: RIZIV (www.gezondbelgie.be/nl/medische-praktijkvariaties)



Tabel 4 – Kwaliteit: indicatoren voor de gepastheid van zorg

(ID) Indicator	België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-14	EU-27
Eerstelijnszorg – mensen met een chronische ziekte (richtlijnen)								
QA-1 Gepaste opvolging van diabetes (% van de bevolking ≥ 18 jaar die met diabetes leven en met insuline worden behandeld) ^a	⊖	42,7	2021	46,4	36,8	42,9	IMA	-
QA-2 Gepaste opvolging van diabetes (% van de bevolking ≥ 18 jaar die met diabetes leven en met niet-insuline antidiabetica worden behandeld) ^a	⊖	16,9	2021	17,4	14,7	23,3	IMA	-
Eerstelijnszorg – voorschrijfpatronen (richtlijnen)								
QA-3 Gebruik van antibiotica (totale DDD/1.000 inwoners/dag)	●	16,0	2021	15,6	17,8	14,8	RIZIV	
			2021				ESAC-net	13,6
								13,0
QA-4 Gebruik van antibiotica minstens een keer per jaar (% van de bevolking)	●	32,6	2021	30,4	37,0	29,6	IMA Atlas	-
QA-5 Gebruik van tweedelijnsantibiotica ^b (% totale DDD antibiotica)	⊕	40,5	2021	39,9	41,3	35,9	RIZIV	-
Ongepaste medische beeldvorming								
QA-6 Beeldvorming lumbale wervelkolom (Rx, CT-scan, MRI per 100.000 inwoners)	⊕	9.320	2021	8.378	11.370	8.618	RIZIV	-
Ziekenhuiszorg (richtlijnen)								
QA-8 Keizersneden (per 1.000 levendgeborenen)	⊕	217	2021	218	224	201	FOD Volksgezondheid	
			2020				OESO	243
								252
QA-9 Patiënten met vroeg stadium teelbalkanker (seminoom) die na de chirurgische ingreep een adjuvante behandeling krijgen (% van de patiënten met vroeg stadium teelbalkanker (stadium 1) behandeld met orchiectomie)	↗	40,4	2017	45,5	35,9	25,7	BCR	-
			-					-
			2020					

Goede (●), gemiddelde (⊕) of slechte (●) resultaten, met een trend die stabiel blijft (ST), verbetert (+), verslechtert (-) of niet is geëvalueerd (leeg).

Voor contextuele indicatoren (geen evaluatie): evolutie door de tijd die stijgt (↗), stabiel blijft (→), daalt (↘), of geen duidelijke evolutie toont (C).

^a Een gepaste opvolging wordt gedefinieerd als patiënten die regelmatig netvliesonderzoeken en bloedtesten ondergaan (glycohemoglobine, serumcreatinine, lipidenprofiel en microalbuminurie) ^b Tweedelijnsantibiotica zijn: amoxicilline-clavulaanzuur, macroliden, cefalosporines en quinolonen