

# Artsen en de 'couleur locale'

## Over het verklaren van lokale verschillen in medisch handelen

G.P. Westert \*

Centraal in dit artikel staat de vraag waarom medisch handelen plaatsgebonden is. Eerst worden de reeds aangedragen verklaringen besproken. Hierna wordt onderzocht waarom het verklaren van deze verschillen zich volgens enkele auteurs in een impasse bevindt. Geconcludeerd wordt dat een alternatieve aanpak van verklaren wenselijk is. Deze aanpak moet meer rekening houden met de sociale context waarbinnen artsen beslissingen nemen: een restrictie-gestuurde aanpak. Vervolgens wordt een op deze aanpak gebaseerd basismodel,

het Lokale Standaarden Model, gepresenteerd. In het laatste deel van het artikel wordt aan de hand van enkele onderzoeksvoorbeelden aannemelijk gemaakt dat informatieve hypothesen over verschillen in medisch handelen kunnen worden geformuleerd indien het doelgerichte gedrag van artsen wordt verbonden met omgevingsrestricties als het aanbod van ziekenhuisfaciliteiten, het aanbod van patiënten, de wijze van honorering van de arts en van financiering van het ziekenhuis.

Trefwoorden: medisch handelen, ziekenhuis, arts

**P**atiënten met een vergelijkbaar ziektebeeld krijgen zorg die sterk afhankelijk is van de werkstijl van de behandelend arts. Werkstijlen van artsen verschillen nogal van plaats tot plaats. Deze conclusies zijn gebaseerd op een grote hoeveelheid empirisch onderzoek. Zo verschilt de kans dat vrouwen een bevalling via een keizersnede meemaken, drastisch tussen landen en tussen ziekenhuizen en artsen binnen landen.<sup>1</sup> De lengte van een ziekenhuisverblijf, bijvoorbeeld in het geval van een heupvervangende operatie, is eveneens nogal plaatsgebonden.<sup>2</sup> Deze twee voorbeelden zijn met talloze andere uit te breiden.<sup>3</sup>

Eén van de eerste studies naar variaties in medisch handelen is van Glover uit 1938.<sup>4</sup> Hij rapporteerde grote variaties in het operatief verwijderen van keelamandelen bij kinderen in verschillende delen van Engeland. Sindsdien zijn er veel descriptieve studies over variaties in medisch handelen verschenen. Echter, de verklaringsvraag - waarom is het medisch behandelen van patiënten met vergelijkbare gezondheidsproblemen plaatsgebonden? - heeft tot op heden minder informatieve onderzoekspublicaties opgeleverd.<sup>3</sup> Verschillende auteurs hebben vanuit uiteenlopende invalshoeken gewezen op het bestaan van een impasse in het verklaren van variaties in medisch handelen.<sup>5-7</sup>

Het doel van deze bijdrage is te analyseren waarom deze impasse bestaat. Hiertoe worden de bestaande verklaringen en de achterliggende theoretische aanpak besproken en wordt een alternatieve aanpak voorgesteld. Vervolgens wordt ter illustratie van de alternatieve aanpak het Lokale Standaarden Model besproken. Aan de hand van enkele onderzoeksvoorbeelden wordt geïllustreerd dat de voorgestelde aanpak een goede basis vormt voor de verklaring van variaties in medisch handelen.

\* G.P. Westert, Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen, Universiteit Utrecht

### BESTAANDE VERKLARINGEN

Een regelmatig in de literatuur terugkerende hypothese ter verklaring van variaties in medisch handelen is de 'practice style hypothesis' van Wennberg en Gittelsohn.<sup>8</sup> Deze hypothese en de achterliggende theoretische aanpak fungeren sinds vijftien jaar als kapstok voor nagenoeg al het verklarend onderzoek dat nadien verschenen is.

Volgens de werkstijl-hypothese ontstaan variaties in medisch handelen; doordat artsen in verschillende mate (on)zeker zijn over de waarde van bepaalde vormen van medisch handelen. Wennberg en Gittelsohn concluderen: "in the absence of general agreement on their value for individual patients, the style of the individual doctor takes precedence".<sup>8</sup> Dit impliceert dat verschillende werkstijlen ontstaan als algemeen geaccepteerde medische richtlijnen ontbreken. Dit laatste is niet voor het gehele scala van medische behandelingen het geval, want de omvang van variaties in medisch handelen hangt samen met de aard van de medische behandeling.<sup>9</sup> Daarnaast zou ook de onzekerheid over wat medisch gezien gepast is tussen individuele artsen verschillen.<sup>10</sup> Sommige artsen zijn meer terughoudend in het toepassen van een discutabele ingreep dan anderen. McClure stelt in het verlengde hiervan dat in het algemeen de kwaliteit en uitkomst van medisch handelen moeilijk zijn vast te stellen. Dit leidt tot afwachtende en meer op ingrijpen gerichte werkstijlen.<sup>11</sup> Als artsen onzeker zijn over de te volgen medische strategie zullen zij proberen deze onzekerheid te reduceren. Eddy stelt dat er in dergelijke situaties sprake is van een 'tendency to follow the pack': men doet dan dat wat lokaal gebruikelijk is of wat nabije collega's doen.<sup>12</sup> Hiermee kan tevens het bestaan van geografische patronen in werkstijlen worden verklaard. Het bestaan van dergelijke patronen werd allereerst geïllustreerd door Glover en later door Wennberg en Gittelsohn.<sup>4,8</sup> De laatste schrijven: "... the rates of common surgical procedures constitute a 'surgical

signature' that tends to be consistent over many years, unless physicians leave the area or enter it". Lokale werkstijlen houden stand, doordat artsen met een specifieke werkstijl in bepaalde gebieden gaan werken of er niet weggaan.<sup>11</sup> De werkstijl-hypothese, die ervan uitgaat dat lokale verschillen in medisch handelen voortkomen uit onzekerheid over de waarde van bepaalde vormen van medisch handelen, werd later op grond van een meer gedetailleerde gegevensanalyse aangepast door Chassin.<sup>13</sup> Zijn 'enthousiasme hypothese', waarop we verderop nog terugkomen, biedt inhoudelijk echter weinig nieuws. Immers, sprekend over variaties in medisch handelen zijn onzekerheid en enthousiasme slechts elkaars tegenpolen.

Het bestaan van verschillen in werkstijlen en de introductie van het begrip 'professionele onzekerheid' hebben er onder andere toe geleid dat er veel energie is gestoken in het ontwikkelen van consensusrichtlijnen en standaarden voor medisch handelen, ervan uitgaande dat door het beschikbaar komen van standaarden de onzekerheid afneemt en dat hierdoor de verschillen in werkstijl ook zullen afnemen.<sup>14,15</sup> Er moet echter onderscheid gemaakt worden tussen de ontwikkeling van richtlijnen en de implementatie van richtlijnen via gedragsverandering van artsen in de praktijk. Over het algemeen is de verbale acceptatie van consensusrichtlijnen hoog, maar de effecten ervan op het medisch handelen zijn teleurstellend. Lomas komt tot de conclusie dat het ongepast gebruik van keizersnede-bevallingen er maar moeilijk door is in te dammen.<sup>16</sup> Nederlands onderzoek laat vergelijkbare resultaten zien.<sup>17,18</sup> Lomas concludeert dat het beeld van de arts als een rationele wetenschapper die informatie verzamelt en gebruikt verre van volledig is.<sup>19</sup> Evans vraagt zich af of er wel sprake is van onzekerheid. Als daar werkelijk sprake van zou zijn, dan zouden artsen goed gefundeerde consensusrichtlijnen direct toepassen om deze onzekerheid te reduceren.<sup>14</sup>

Klaarblijkelijk wordt de werkstijl van een arts door meer dan de beschikbaarheid van medische kennis beïnvloed: "In chronic diseases such as peptic ulcer disease, an important part of the care is educating the patient and discussing how lifestyle, stress, diet, cigarettes, and alcohol affect the disease. Yet the physician reimbursement schedule offers disincentives for such education and discussion. If Doctor R. spends 25 minutes performing endoscopy, s/he charges \$300, a fee that will be totally reimbursed by the patient's insurance. However, if s/he spends 45 minutes in education and counselling, s/he charges \$60, which may not be covered by the patient's insurance".<sup>20</sup> Het kijk- en luistergeld voor artsen zou in het bovengenoemd voorbeeld ver boven de \$60 moeten liggen.

De werkstijl-hypothese, zoals in de onderzoeksliteratuur beschreven, wordt gekenmerkt door een theoretische aanpak die we preferentie-gestuurd zullen noemen. Volgens deze aanpak worden verschillen in keuzen tussen mensen in principe bepaald door verschillen in voorkeuren: artsen kiezen voor een verschillende werkstijl, omdat zij verschillende preferenties ten aanzien van hun werkstijl hebben. De oorsprong van deze preferenties is gelegen in de genoten medische opleiding en de opgedane werker-  
varing. Verschillen in werkstijl ontstaan, doordat artsen de waarde van bepaalde medische interventies verschillend

hebben leren beoordelen of hierover in verschillende mate onzeker zijn. Door het soort-zoekt-soort-mechanisme en lokale verschillen in opleidings- of nascholingsprogramma's ontstaan geografische patronen van werkstijlen die over vele jaren stabiel kunnen blijven.

De preferentie-gestuurde aanpak heeft het inzicht opgeleverd dat artsen de effectiviteit van een groot aantal medische interventies verschillend beoordelen. Dit leidt tot uiteenlopende werkstijlen die plaatsgebonden zijn.

Enkele belangrijke nadelen van deze aanpak staan een vollediger verklaring van variaties in medisch handelen in de weg. Allereerst kan met een preferentie-gestuurde methode niet worden verklaard waarom artsen hun werkstijl soms wijzigen, bijvoorbeeld na een aanpassing van het honoreringssysteem.<sup>21</sup> Ook kan niet worden verklaard waarom artsen bij het beschikbaar komen van consensusrichtlijnen niet direct hun werkstijl wijzigen. Een tweede belangrijk nadeel van de preferentie-gestuurde methode is dat er onvoldoende zicht geboden wordt op de sociale context waarbinnen menselijk gedrag tot stand komt. De oorsprong van preferenties wordt gezocht in persoonlijkheidsverschillen tussen artsen en in langdurige socialisatieprocessen tijdens de opleiding tot arts en werkervaring daarna. Inzichten uit de sociale wetenschappen over de invloed van de directe omgeving op de keuzen die mensen maken zijn in het bestaand onderzoek naar variaties in medisch handelen nog maar spaarzaam toegepast. Wel heeft een aantal onderzoekers gewezen op het belang van niet-medische factoren.<sup>14,19,22</sup>

#### ALTERNATIEVE AANPAK

Een alternatief voor de preferentie-gestuurde aanpak is de restrictie-gestuurde aanpak. Deze aanpak zal worden toegepast met als doel te laten zien dat preferenties (en dus werkstijlen) instrumenten zijn van doelgericht handelende artsen die optimaal gebruik proberen te maken van de (on)mogelijkheden aanwezig binnen de eigen werkomgeving. Gebruik zal worden gemaakt van een gedragsmodel waarmee de keuze van een werkstijl niet alleen afhankelijk wordt verondersteld van de beschikbaarheid van medische informatie, maar ook van enkele belangrijke andere omgevingscondities waaronder artsen hun vak uitoefenen.

In navolging van Lindenberg gaan we er vanuit dat mensen, en artsen dus ook, twee algemene doelen nastreven: fysiek welzijn en sociale waardering.<sup>23</sup> De werkstijl van artsen wordt vervolgens opgevat als een instrumenteel doel ter realisatie van deze algemene doelen. De werkstijl van de arts wordt hiermee afhankelijk van de sociale context waarbinnen artsen werken. Lindenberg noemt deze specifieke toepassing van een restrictie-gestuurde heuristiek de sociale productiefunctie methode: indien de omstandigheden zich wijzigen, zullen artsen voor het realiseren van hun algemene doelen hun werkstijl aanpassen. Met deze methode kan onder andere het genoemde effect van een wijziging in honorering op de werkstijl van huisartsen worden verklaard.

#### ORIËNTERING AAN LOKALE STANDAARDEN

De sociale productiefunctie methode werd reeds eerder toegepast in een onderzoek naar variatie in ziekenhuislig-

duur.<sup>24</sup> Het startpunt van het hier gebruikte model is de aanname dat artsen streven naar sociale waardering. Met name onder gelijken, in het bijzonder de collega's binnen de eigen werkomgeving, spannen artsen zich in om verlies van sociale waardering tegen te gaan. Zij lopen de kans, zo wordt aangenomen, sociale waardering te verliezen als hun medisch handelen door collega's bekritiseerd wordt. Eddy formuleerde in dit kader de 'follow-the-pack'-hypothese: doe wat je collega doet.<sup>12</sup> Als een arts in zijn medisch handelen weinig afwijkt van zijn collega's, is de kans op kritiek en verlies van sociale waardering minimaal. Vervolgens wordt ter verklaring van variaties in ziekenhuisligduur bij een vergelijkbaar ziektebeeld aangenomen, dat de kans op verlies van sociale waardering voor een individuele arts groter is, indien het verschil in ligdagen tussen de eigen ligduurkeuze en die van de collega's groter is. De onwenselijkheid van verlies van sociale waardering leidt ertoe dat artsen de ligduur in hetzelfde ziekenhuis op elkaar afstemmen. Op deze manier ontstaat een lokale ligduurstandaard die per type chirurgische ingreep kan verschillen.

Op grond van deze uitwerking wordt voorspeld dat de variatie in ingreep-specifieke ligduurkeuzen tussen artsen van hetzelfde specialisme binnen ziekenhuizen gering is. Twee hypothesen zijn hieruit afgeleid:

- De individuele arts kiest ter voorkoming van verlies van sociale waardering onder collega-artsen de ligduur van de patiënt nabij de lokaal gebruikelijke verrichting-specifieke ligduur: de lokale standaard.

- De arts die werkt in meer dan één ziekenhuis kiest ter voorkoming van verlies van sociale waardering de ligduur rondom de lokale standaard van het ziekenhuis waar de betreffende arts op dat moment werkt.

Beide onderzoekshypothesen werden empirisch bevestigd.<sup>25</sup> Met name de bevestiging van de tweede hypothese is interessant. Variatie in ligduurkeuze van dezelfde artsen onder verschillende omstandigheden illustreert de invloed van omstandigheden op werkstijl.<sup>26</sup>

Geldt het bestaan van lokale standaarden niet alleen voor de lengte van het ziekenhuisverblijf, maar ook voor andere medische beslissingen, zoals ziekenhuisopnamen en chirurgisch ingrepen? Chassin vond dat de frequentie van een specifieke ingreep binnen een lokale groep artsen sterk verschilde.<sup>13</sup> Enkele artsen doen de ingreep zeer vaak, anderen veel minder. Zijn conclusie is dat de operatiedrempel tussen deze artsen verschilt; binnen een lokale groep artsen opereren chirurgen met een meer behoudende en met een meer op ingrijpen gerichte werkstijl naast elkaar. Deze conclusie is echter discutabel. Verschillen in werkverdeling, bijvoorbeeld op basis van specialisatiegraad van individuele artsen, kunnen het gevonden verschil ook verklaren. Arndt, Bradbury en Golec laten zien dat chirurgen binnen hetzelfde ziekenhuis het onderling eens zijn over de indicaties voor het toepassen van een baarmoederoperatie; de werkstijlen van chirurgen binnen ziekenhuizen variëren niet, tussen ziekenhuizen vonden de auteurs juist wel verschillen in werkstijl.<sup>27</sup>

Gegeven de huidige stand van empirisch onderzoek stellen we voorlopig vast dat de werkstijlen van artsen binnen één medische lokatie weinig variëren. Naast empirische steun hebben we hiervoor twee theoretische argu-

menten: variaties in medisch handelen vergroten de kans op verlies van sociaal aanzien binnen het lokale team en artsen die deel uitmaken van dezelfde werkomgeving hebben te maken met dezelfde mix van omgevingsrestricties.

De vraag die vervolgens beantwoord moet worden is: hoe kunnen verschillen in werkstijl tussen lokaties verklaard worden en hoe veranderen lokale werkstijlen (binnen een lokatie) in de tijd? Hiertoe nemen we aan dat groepen artsen lokale standaarden ontwikkelen die het mogelijk maken hun algemene doelen zo goed mogelijk te realiseren. De lokale standaard is afhankelijk van de restricties in de directe werkomgeving van groepen artsen. Vier typen omgevingsrestricties zijn van belang:<sup>14,19,22</sup>

- a) de beschikbaarheid van ziekenhuisfaciliteiten,
- b) de beschikbaarheid van patiënten,
- c) het honoreringssysteem van artsen, en
- d) het ziekenhuisfinancieringssysteem.

Centraal bij het verklaren van variaties in medisch handelen staat het opsporen van variatie in restricties tussen de onderscheiden lokaties waartussen verschillen in werkstijl zijn gevonden. Hierna moeten deze restricties worden verbonden met het doelgericht handelen van artsen.

De interdependentie van de vier onderscheiden restricties, soms versterken zij elkaar en soms werken zij niet convergent, is hierbij een complicerende factor. Dit laatste kan het formuleren van hypothesen over te verwachten werkstijlen compliceren. Ter illustratie hiervan een enkel voorbeeld. Het algemeen ziekenhuis in Nederland ontvingt sinds enige jaren een vast jaarbudget (restrictie d). Het grootste deel van de artsen wordt echter nog per verrichting betaald (restrictie c). Deze situatie kan leiden tot een organisatorisch conflict: financiële baten voor artsen leiden soms, meestal aan het eind van het jaar, tot ongedekte kosten voor het ziekenhuis.

In het laatste deel van deze bijdrage willen we aan de hand van enkele voorbeelden illustreren dat een restrictie-gestuurde aanpak van verklaren mogelijkheden biedt tot het systematisch afleiden van informatieve en toetsbare hypothesen over variaties in medisch handelen. Het eerste voorbeeld behandelt de mogelijke effecten van vraaginductie op variaties in medisch handelen. Het tweede voorbeeld laat zien dat afhankelijk van de wijze van honorering ziekenhuisartsen verschillend reageren op beddenschaarste. In het laatste voorbeeld wordt ingegaan op een recent verschenen Fins onderzoek naar variatie in het toepassen van keizersneden. Een hypothese wordt geformuleerd over de omstandigheden waaronder het voor artsen rationeel is deze ingreep meer dan gemiddeld toe te passen.

#### *Vraaginductie en het welzijn van de patiënt*

Onder vele omstandigheden zal de arts optreden als een goede zaakwaarnemer voor de patiënt. Echter, als patiënten schaars zijn (restrictie b) en de arts per patiënt of behandeling wordt betaald (restrictie c), zal de arts proberen de vraag naar zijn diensten te beïnvloeden. In de economische literatuur wordt dit vraaginductie genoemd. Rice omschreef vraaginductie als "the extent to which a doctor provides or recommends the provision of medical services that differ from what the patient would choose if he or she had available the same information and expertise

as the physician".<sup>28</sup> In een situatie van weinig patiënten en geen vast inkomen wordt de arts aangespoord te zoeken naar mogelijkheden om meer patiënten aan te trekken.<sup>29</sup> Niet alle medische condities lenen zich hiervoor; voor sommige is meer beslissingsvrijheid dan voor andere. In het verlengde hiervan blijkt uit onderzoek dat de variaties in medisch handelen voor procedures met goed omschreven operatie-indicaties kleiner zijn dan voor procedures waarvoor dit minder het geval is.<sup>30</sup> De implicatie hiervan is dat alle artsen in een situatie van onvoldoende patiënten dezelfde medische ingrepen met voldoende beslissingsvrijheid vaker zouden toepassen. Een alternatieve modellering, waarmee het medisch handelen in een dergelijke situatie beter kan worden begrepen en waarmee het bestaan van verschillende lokale standaarden kan worden verklaard, is gebaseerd op de aanname dat medische teams bij een gering aanbod van patiënten via specialisatie hun medische diensten proberen uit te breiden. Door voor een beperkt aantal medische condities unieke vaardigheden op te bouwen kunnen zij enerzijds hun mogelijkheden van inkomensverwerving vergroten en anderzijds sociaal aanzien onder collega's verwerven. Langs deze weg ontstaan 'surgical signatures' die een hoge chirurgische productie van een bepaald soort representeren. Het welzijn van patiënten wordt hierdoor niet per definitie nadelig beïnvloed; hun tevredenheid over deze artsen zal zelfs groot zijn. Indirect en impliciet levert het onderzoek van het Patient Outcome Research Team, dat in de Verenigde Staten werd ingesteld met de opdracht te onderzoeken wat gepast gebruik is, hiervoor empirische steun. Een belangrijke uitkomst is dat in gebieden waar veel medische ingrepen van een bepaald soort worden uitgevoerd het percentage niet gepast gebruik niet noemenswaardig hoger is dan in gebieden waar veel minder wordt ingegrepen.<sup>31</sup>

#### *Rantsoeneren van de ligduur bij beddenschaarste*

In het onderzoek van Westert werd de keuze van de ligduur in verband gebracht met restricties in de werkomgeving.<sup>24</sup> We belichten hier het effect van honorering van artsen (restrictie c) op de ligduurkeuze als er sprake is van beddenschaarste op de ziekenhuisafdeling (restrictie a). Omdat het onderzoek beperkt is tot Nederlandse algemene ziekenhuizen in de jaren tachtig, varieert het ziekenhuisfinancieringssysteem (restrictie d) niet tussen de werkomgevingen. De hypothese luidt: bij een vergelijkbare beddenschaarste kiest de per verrichting betaalde arts een kortere (verrichting-specifieke) ligduur dan de arts in loondienst; als er geen sprake van beddenschaarste is, is er geen systematisch verschil in ligduurkeuze voor de twee onderscheiden honoreringssystemen. De achterliggende gedachte is dat artsen in loondienst bij beddenschaarste geen directe prikkel hebben om patiënten sneller te ontslaan, terwijl hun per verrichting betaalde collega's deze uit inkomensoverwegingen wel hebben.

De hypothese doorstond de empirische toets. Bij vergelijkbare beddenschaarste kiezen artsen die per verrichting worden betaald, in zes van de zeven vergeleken gevallen, een kortere ligduur dan artsen die in loondienst werken. Als er geen sprake is van beddenschaarste is er geen systematisch verschil.

#### *Variaties in het toepassen van keizersnedes*

Teperi vond grote lokale verschillen in het toepassen van keizersnedes.<sup>1</sup> Bij het opsporen van de oorzaken bleek dat kleinere ziekenhuizen de grootste variaties en het hoogste percentage keizersnedes te zien gaven. Teperi's conclusie is dat de variaties nauwelijks verklaard kunnen worden door medische factoren. Wel wordt vaker de diagnose 'dystocia' gesteld, wat duidt op een gecompliceerde bevalling. Teperi stelt dat bekend is dat deze diagnose zeer subjectief is. Hij schrijft verder: "The cause-effect relationship is probably not one of excess diagnoses of dystocia causing excess caesareans. Rather, multiple causes other than strictly medical ones, apparently including obstetricians' desire to manage their time, may lead to excess caesareans". Met behulp van theoretische analyse vooraf had Teperi deze uitkomst kunnen voorspellen. Deze voorspelling zou als volgt opgebouwd kunnen worden. In Finland werken nagenoeg alle artsen in loondienst. Hun doelgericht handelen met betrekking tot het eigen fysiek welzijn loopt dus niet via het verworven inkomen. In tegenstelling tot per verrichting betaalde artsen kunnen zij zich concentreren op het optimaliseren van de eigen vrije tijd, waarbinnen sommigen bijverdienen in de private sector. Gegeven Teperi's vondst dat de hoogste aantallen keizersnedes worden toegepast in kleine ziekenhuizen met een gemiddeld aantal van 2,8 artsen voor verloskunde ligt de volgende hypothese voor de hand: naarmate het aantal artsen op de afdeling verloskunde geringer is (waardoor de mogelijkheden dat een collega het werk kan overnemen kleiner zijn), zal het percentage keizersnedebevallingen in normale gevallen groter zijn. Een bevalling via chirurgisch ingrijpen is dan een instrument voor efficiënt tijdmanagement.

#### **SLOT**

In deze bijdrage is een pleidooi gehouden voor een restrictie-gestuurde aanpak bij het verklaren van variaties in medisch handelen. Een preferentie-gestuurde heuristiek biedt onvoldoende zicht op de sociale context waarbinnen artsen hun dagelijkse medische beslissingen nemen. De onderzoekers, veelal gebruik makend van deze aanpak, zoeken hierdoor de oorzaken voor variaties in medisch handelen te eenzijdig in bepaalde factoren, zoals onzekerheid, een gebrek aan richtlijnen voor medisch handelen en verschillen in opleiding. Deze zaken alleen leiden tot onvolledige verklaringen. Verder is het met een preferentie-gestuurde aanpak niet goed mogelijk veranderingen in werkstijl in de tijd te verklaren.

Met behulp van een restrictie-gestuurde aanpak zijn de genoemde bezwaren te ondervangen. Een basismodel, het Lokale Standaarden Model, werd gepresenteerd waarin het doelgericht handelen van artsen expliciet verbonden kan worden met een breed scala van omgevingsrestricties die van invloed zijn op de dagelijkse praktijk van het medisch handelen. Het model zet de effecten van socialisatie (opleiding, opgedane werkervaring) niet aan de kant, maar biedt mogelijkheden deze naast andere omgevingsrestricties in de theoretische analyse op te nemen: de beschikbaarheid van ziekenhuisfaciliteiten, de beschikbaarheid van patiënten, het honoreringssysteem van artsen en het ziekenhuisfinancieringssysteem.

---

## ABSTRACT

### Physicians and the 'couleur locale': on the explanation of medical practice variations

Medical practice variations are well documented and described, but there is not much progress on the explanatory front. In this article the existing theories are discussed. It is concluded that an alternative theoretical approach is needed, one that points more directly at the social context that influences the behaviour of doctors in daily medical practice. Such an approach is introduced and an initial model for the explanation of practice style variation is presented. In the final section it is shown that informative hypotheses about medical practice variations can be formulated if the goal-oriented behaviour of doctors is combined with (combinations) of the following institutional restrictions: the availability of hospital resources, whether or not there is scarcity of patients, the way the doctor is paid and the hospital is financed.

*Key words: medical practice variations, physicians, hospitals*

---

## LITERATUUR

- 1 Teperi J, Keskimäki I, Hemminki E, Erkkola R, Meriläinen J. A population-based analysis of variation in caesarean birth rates. *Eur J Public Health* 1995;5:166-22.
- 2 Westert GP, Lagoe RJ. The evaluation of hospital stays for total hip replacement. *Qual Management Health Care* 1995;3:62-71.
- 3 Ham C. A review of the literature. In: Ham C, ed. *Health care variations: assessing the evidence*. London: King's Fund Institute, 1988:9-14.
- 4 Glover JA. The incidence of tonsillectomy in school children. *Proc Royal Soc Med* 1938;31:1219-36.
- 5 Stano M. Evaluating the policy role of the small area variations and physician practice style hypotheses. *Health Policy* 1993;24:9-17.
- 6 Brown LJ, Barnett JR. Influence of bed supply and health care organization on regional and local patterns of diabetes related hospitalization. *Soc Sci Med* 1992;35:1157-70.
- 7 Mooney G. *Key issues in health economics*. London: Harvester Wheatsheaf, 1994.
- 8 Wennberg JE, Gittelsohn A. Variations in medical care among small areas. *Scientific American* 1982;246:120-34.
- 9 McPherson K. Variations in hospitalisation rates: why and how to study them. In: Ham C, ed. *Health care variations: assessing the evidence*. London: King's Fund Institute, 1988:15-20.
- 10 Gerrity MS, DeVellis RF, Earp JA. Physicians' reactions to uncertainty in patient care: a new measure and new insights. *Med Care* 1990;28:724-36.
- 11 McClure W. Toward development and application of a qualitative theory of hospital utilization. *Inquiry* 1982;19:117-35.
- 12 Eddy D. Variations in physician practice: the role of uncertainty. *Health Affairs* 1986;5:74-89.
- 13 Chassin MR. Explaining geographic variations: the enthusiasm hypothesis. *Med Care* 1993;31(Suppl):37-44.
- 14 Evans RG. The dog in the night-time: medical practice variations and health policy. In: Andersen TF, Mooney G, eds. *The challenges of medical practice variations*. London: Macmillan Press, 1990.
- 15 Borst-Eilers E. *Geneeskunde op recept? [oratie]*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993.
- 16 Lomas J. Holding back the tide of caesareans: publishing recommendations is not enough to stop the rise. *Br Med J* 1988;297:569-70.
- 17 Everdingen JJE van. *Consensusontwikkeling in de geneeskunde*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1988.
- 18 Grol R, Casparie AF. *Kwaliteit van zorg-onderzoek*. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1995;73:237-44.
- 19 Lomas J. Promoting clinical policy change: using the art to promote the science in medicine. In: Andersen TF, Mooney G, eds. *The challenges of medical practice variations*. London: Macmillan Press, 1990.
- 20 Schroeder SA, Lo B. Reimbursement incentives and clinical strategies. In: Reiser AJ, Anbar M, eds. *The machine at the bedside*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.
- 21 Flierman HA. *Changing the payment system of general practitioners [dissertation]*. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 22 Eisenberg JM. Doctor's decisions and the cost of medical care. *Ann Arbor, Health Administration Press Perspectives*, 1986.
- 23 Lindenberg SM. Homo-socio economicus: the emerge of a general model of man in the social sciences. *J Inst Theor Econ* 1990;146:727-48.
- 24 Westert GP. *Variation in use of hospital care*. Assen: Van Gorcum, 1992.
- 25 Westert GP, Nieboer AP, Groenewegen PP. Variation in duration of hospital stay between hospitals and between doctors within hospitals. *Soc Sci Med* 1993;37:833-9.
- 26 Griffiths M, Waters WE, Acheson ED. Variation in hospital stay after inguinal herniorrhaphy. *Br Med J* 1979;288:787-9.
- 27 Arndt M, Bradbury RC, Golec J. Indications for hysterectomy: variation within and across hospitals. *Med Care Res Rev* 1995;52:342-63.
- 28 Rice TH. The impact of changing medicare reimbursement rates on physician-induced demand. *Med Care* 1983;21:803-15.
- 29 Fuchs VR. De supply of surgeons and the demand for surgical operations. *J Human Resources* 1978;13(Suppl):35-56.
- 30 Roos NP, Wennberg JE, McPherson K. Using diagnosis-related groups for studying variations in hospital admissions. *Health Care Fin Rev* 1988;9:53-62.
- 31 Chassin MR, Koseoff J, Park RE, et al. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services. *J Am Med Ass* 1989;258:2533-7.

---

## CORRESPONDENTIE-ADRES

Dr G.P. Westert, Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen, Vakgroep G&P, Universiteit Utrecht, Postbus 80115, 3508 TC Utrecht, tel. 030-2531399, E-mail: G.Westert@frw.ruu.nl.

individueel persoon onttrokken wordt, maar dat zij ook tot de desbetreffende persoon herleidbaar blijft.<sup>8</sup> Profielen met non-distributief collectieve gegevens zijn weliswaar aan individuen onttrokken, maar kunnen niet onvoorwaardelijk tot individuen herleid worden. Voorzover een dergelijk profiel iets zegt over concreet bestaande individuen, dan zegt het alleen iets over die individuen in relatie tot de andere leden van de referentiegroep en over die groep in vergelijking met andere groepen.

De problemen die hier aan de orde zijn, kunnen dan ook beter worden aangeduid als problemen van, wat ik zou willen noemen, categoriale privacy. Categoriale privacy, zo zou ik willen voorstellen, heeft betrekking op informatie die relatief gemakkelijk identificeerbare groepen van mensen betreft, en die voor de leden van die groep gedeeltelijk dezelfde soort bezwaren met zich meebrengt als 'gewone' inbreuken op individuele privacy. De grondslagen van het vereiste respect voor individuele privacy kunnen ook aan de orde zijn wanneer het gaat om categoriale privacy. Bij categoriale privacy gaat het echter ook nog om het afweren van een belangrijk negatief gevolg dat niet door het gewone privacy-begrip bestreken wordt, namelijk dat van stereotypering. Dit gevolg is navrant aanwezig bij groepsprofielen met non-distributief collectieve gegevens. Bij een op dergelijke profielen gebaseerd beleid zullen niet alleen de personen die feitelijk de gethematiseerde kenmerken dragen daarvan nadeel, of eventueel: voordeel, kunnen ondervinden. Ook leden van de referentiegroep die die kenmerken niet dragen zullen erdoor geraakt worden. Zo is het bijvoorbeeld denkbaar dat mensen een bepaald stigma opgedrukt krijgen louter en alleen omdat zij behoren tot een groep waarin relatief vaak een bepaalde gezondheidsaandoening voorkomt, zonder dat zij die aandoening zelf hebben. Op dezelfde manier is het mogelijk, dat mensen een baan, financiering of (informatie over) een verzekering wordt onthouden op basis van het simpele feit dat zij behoren tot een groep met een gemiddeld hoog ziekterisico, enz. Omgekeerd kunnen mensen juist wel bepaalde voordelen genieten, hoewel zij niet zelf de voor die voordelen relevant geachte kenmerken dragen.

Dit brengt ons op het bezwaar van onrechtvaardigheid. Veel van de genoemde beleidsopties zijn direct of indirect gericht op de selectie van potentiële verzekerden. Zij brengen met andere woorden een verdeling van middelen en voorzieningen over mensen tot stand. Voor een weloverwogen moreel oordeel over de verdeling van middelen en voorzieningen zijn niet alleen de directe gevolgen daarvan voor het welzijn of de welvaart van elk van de betrokken individuen relevant. Ook de mate waarin de verdeling tegemoet komt aan bepaalde idealen die relatief los staan van die directe gevolgen voor afzonderlijke individuen behoort daarbij een rol te spelen. Dergelijke idealen zijn principes van distributieve rechtvaardigheid. Een van die idealen is het beginsel van gelijkheid van kansen.<sup>9</sup> Dit beginsel impliceert dat mensen bij de verdeling van middelen en voorzieningen zoveel als mogelijk gelijke kansen behoren te hebben voor een middel of voorziening in aanmerking te komen. Het behelst voorts dat mensen bij die verwerving van welvaart en welzijn zo weinig mogelijk gehinderd behoren te worden door per-

soonskenmerken en situationele kenmerken die veroorzaakt zijn door factoren die niet door hen beïnvloed kunnen worden.

Van de bovengenoemde opties, waarin profielen worden gehanteerd voor de directe of indirecte selectie van kandidaat-verzekerden zijn vele in strijd met het ideaal van gelijkheid van kansen. Dit geldt voor opties die uiteindelijk gebaseerd zijn op gezondheidskenmerken of -prognoses van personen in het bijzonder, en voor opties die gebaseerd zijn op non-distributief collectieve gegevens in het algemeen. De eerste refereren aan kenmerken, die mensen veelal buiten hun wil verworven hebben.<sup>10</sup> Bij non-distributief collectieve gegevens gaat het echter om eigenschappen die de leden van de referentiegroep als individu op zich niet noodzakelijk vertonen. Bijgevolg is de behandeling op grond van een dergelijk profiel gebaseerd op kenmerken die de betreffende personen niet alleen buiten hun wil verworven hebben, maar ook nog eens veelal niet eens bezitten.

#### CONCLUSIE EN OPMERKING

Het aanmaken en het gebruiken van groepsprofielen door zorgverzekeraars voor marketing en verkoop kan indirect een inbreuk op de individuele privacy van personen met zich meebrengen. Bovendien kan zo de categoriale privacy van individuen worden aangetast. Het gebruik van dergelijke profielen voor directe en indirecte selectie voor verzekeringen, werk en dergelijke is in veel gevallen in strijd met het morele ideaal van gelijkheid van kansen. Deze bezwaren moeten echter worden afgewogen tegen het sociale en economische nut dat met groepsprofilering te verwezenlijken is.<sup>8,11</sup>

Men zou kunnen menen dat de gesignaleerde problemen kunnen worden opgelost door middel van een geïmmuniseerde toestemming- of geen bezwaar-systeem. Het scheppen van de gelegenheid tot opting out voor de verzekerden zal ons echter van de drup in de regen helpen. In de eerste plaats zou een effectief toestemmings- of geen bezwaarsysteem de betrouwbaarheid van de profielen aantasten. Dit zou niet alleen nadelig zijn voor de verzekeraar, maar ook voor de verzekerde. Deze zou nu immers niet meer alleen beoordeeld worden op basis van een non-distributief collectief gegeven, maar ook nog eens op basis van een non-distributief collectief gegeven dat aan betrouwbaarheid inboet naarmate meer mensen hun medewerking daadwerkelijk weigeren. In de tweede plaats zou de beslissingsbevoegdheid bij een dergelijke benadering op de verkeerde plaats worden gelegd. De beslissing die het individu in een dergelijke benadering neemt, of zij nu positief of negatief is, raakt niet alleen hemzelf. Zij raakt ook de leden van de groep waarin hij door middel van het profiel is ingedeeld. Het lijkt echter niet juist dat het individu beslissingen neemt met dermate verreichende consequenties voor anderen.

Wanneer de hierboven geopperde bezwaren ook na verdere onderbouwing en afweging tegen de voor de opties aangevoerde argumenten geldig blijven, is regelgeving of betrouwbare zelfregulering ten aanzien van het informatiebeheer bij zorgverzekeraars gewenst. Daaraanvoorafgaand is het zaak een brede discussie op gang te

brengen over zowel de aanvaardbaarheid van de veranderingen in de meer algemene werkingsvoorwaarden van de fondsen alsook over het beheer van informatie over verzekerden.

#### ONDERSTEUNING

Het onderzoek dat aan dit artikel ten grondslag ligt werd mogelijk gemaakt door De Meandergroep Zorgverzekeraars.

De auteur dankt Prof. dr W.P.M.M. van de Ven (Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam) voor zijn waardevolle suggesties en commentaren bij het concept van dit artikel.

#### ABSTRACT

##### (Categorial) privacy, justice and health insurance

Recently, the conditions under which Dutch health insurance companies must operate were changed. The modifications were meant to raise the efficiency and the economic rationality of the health care financing system. Together with the ever-increasing possibilities of computerized data-processing, these changes have created some new policy options regarding the use of information about insured persons. These are options pertaining to the use of group-profiles for marketing and sales purposes. From a moral perspective these options are liable to criticism in terms of individual and, what the author calls, 'categorial' privacy, as well as of fairness. The changes and developments involved are concisely indicated, and some starting-points for a discussion about their ethical aspects are given.

*Key words: insurance, computerization, risk-profiles, marketing, ethics, privacy, justice*

#### LITERATUUR

- 1 Ven WPMM van de. Collectieve contracten in de ziektekostenverzekering. *Economisch Statistische Berichten* 3-6-1992: 541-4, 549.
- 2 Fried C. *An anatomy of values*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1971.
- 3 Rachels J. Why privacy is important. *Phil Publ Affairs* 1975;4:323-33.
- 4 Johnson JL. Privacy and the judgment of others. *J Value Inq* 1989;23:157-68.
- 5 Johnson JL. Privacy, liberty and integrity. *Publ Affairs Quart* 1989;3:15-34.
- 6 Benn SI. *A theory of freedom*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
- 7 Registratiekamer. *Jaarverslag 1992-1993*. Rijswijk, 1994.
- 8 Vedder AH. *The values of freedom* [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1995:6-11, 104-14.
- 9 Rawls J. *A theory of justice*. Oxford: Oxford University Press, 1971:73-5, 83-90.
- 10 Wikler D. Personal responsibility for illness. In: Vandever D, Regan T, red. *Health care ethics: an introduction*. Philadelphia: Temple University Press, 1987:326-58.
- 11 Vedder AH. Levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen op de helling? *Filosofie en praktijk* 1992;13(1):27-37.

#### CORRESPONDENTIE-ADRES

A.H. Vedder, Universitair Docent Ethiek, Faculteit Wijsbegeerte, Erasmus Universiteit Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, tel. 010-4081852/4081159, E-mail: aurelio@pi.net

Voor publicatie aanvaard op 18 oktober 1995