



Dr. Geert Goderis^{1,*}, dr. Etienne De Clercq², dr. Viviane Van Casteren³, prof. dr. Johan Wens⁴, dr. Nathalie Bossuyt³, Sarah Moreels³, prof. dr. Frank Buntinx¹, dr. Stefaan Bartholomeeusen¹

¹Huisarts, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven, ²Institut de Recherche Santé et Société, UC Louvain, ³Afdeling Epidemiologie, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), ⁴Huisarts, Departement Eerstelijns - en interdisciplinaire zorg (ELIZA), Universiteit Antwerpen.

*Corresponderend auteur

Adres voor correspondentie:

Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

Kapucijnenvoer 33 blok J bus 7001, 3000 Leuven.

Tel: 0497/54.47.03

E-mail: geert.goderis@med.kuleuven.be

Referentie: Goderis G, De Clercq E, Van Casteren V, Wens J, Bossuyt N, Moreels S, Buntinx F, Bartholomeeusen S. *Vlaams tijdschrift voor Diabetologie* 2011 nr. 2, 8-9.

Inleiding

In België heeft men sinds 1 juni 2009 met de zorgtrajecten het chronische zorgmodel in onze gezondheidszorg ingevoerd voor een deel van de patiënten met type 2 diabetes (DM2) en chronische nierinsufficiëntie (CNI). Werken volgens een vooraf vastgesteld programma is echter niet gebruikelijk in ons land. Daarvoor moet onze gezondheidszorg in al zijn geledingen omgevormd worden van een systeem dat retroactief gericht is op genezen naar een systeem dat ook proactief gericht is op het behouden van de gezondheid. Eén van de sleutelementen hierbij is het invoeren van kwaliteitsevaluatie en *benchmark feedback*.¹⁻⁴ Immers, het vermijden van complicaties is vaak verbonden met het onder controle houden van klinische parameters zoals de bloeddruk, lipiden en suikervwaarden. In ons land is er momenteel slechts beperkte ervaring met kwaliteitsmonitoring en -ondersteuning in de eerste lijn. Daarom werd recent "ACHIL" geconcipeerd.

ACHIL en de zorgtrajecten in België

ACHIL staat – met een knipoog naar de gelijknamige Griekse halfgod – voor "Ambulatory Care Health Information Laboratory". ACHIL is opgericht in opdracht van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeit Verzekering (RIZIV) en stelt zich tot doel de kwaliteit van zorg te evalueren door middel van gegevensextractie uit het geïnformatiseerd dossier van de huisartsen. De focus van die oefening ligt de komende jaren expliciet op de evaluatie van de zorgtrajecten CNI en DM2. ACHIL zal dus de effectiviteit van de zorgtrajecten evalueren, dit wil zeggen nagaan of het invoeren ervan leidt tot een verbetering van patiëntenuitkomsten en procesparameters. Deze evaluatie zal vooral gericht zijn op de technische kwaliteit van zorg. Dit is het vergelijken van de reëel bestaande zorg zoals die opgemeten werd met bestaande aanbevelingen over processen en uitkomsten. ACHIL zal dus geen volledige evaluatie van de kwaliteit van zorg uitvoeren.

ACHIL zal samen met andere bevoegde diensten (huisartsenorganisaties, eHealth, het RIZIV, *Trusted Third Parties*,...) een geïntegreerd informatienetwerk opbouwen om de gegevensinzameling en centralisatie mogelijk te maken. De specifieke opdracht van ACHIL bestaat in de coördinatie van de gegevensinzameling, de evaluatie en de opvolging van de kwaliteit van het geïntegreerd informatienetwerk en de validatie en analyse van de elektronisch verkregen gegevens bij de huisartsen. ACHIL zal ook *benchmark feedback* leveren aan de huisartsen, de LOK-groepen en de lokale multidisciplinaire netwerken (LMN). De gegevens zullen ook toelaten om de zorgtrajecten op nationaal en regionaal niveau te analyseren.

De pees van ACHIL

Het ACHIL project telt één centrale pijler en drie satellietpijlers. De centrale pijler van het project is de eigenlijke uitdaging. Deze pijler zal een databank op basis van gegevens geëxtraheerd uit de Elektronische Medische Dossiers (EMD) van huisartsen samenstellen. De huisartsen die nog niet over een EMD beschikken zullen gegevens via een

webapplicatie kunnen versturen. Huisartsen die een zorgtraject afsluiten worden contractueel gevraagd om een aantal gegevens van patiënten in een zorgtraject te registreren en door te sturen. Voor patiënten met een zorgtraject diabetes zullen volgende gegevens opgevraagd worden: HbA1c, LDL-cholesterol, bloeddruk, BMI. Voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie zullen hemoglobine, bloeddruk, creatinine, PTH en renale diagnose opgevraagd worden.

Die centrale pijler is tevens de Achillespees van dit project. De medische dossiers van huisartsen zijn ontworpen om patiënten op te volgen, en niet noodzakelijk bruikbaar voor de extractie van een vastgelegde set van parameters. De te verwachten knelpunten in de gegevensstroom liggen in de automatische extractie uit de dossiers, het transport van deze gegevens conform de bestaande wetten betreffende privacy en de integratie van de gegevens in een centrale server. In België hebben we met het ResoPrim-project slechts ervaring op kleine, experimentele schaal met het organiseren van een gegevensstroom uit verschillende huisartsendossiersystemen.² Een bijkomend ernstig probleem ligt in het feit dat hoewel de meeste Belgische huisartsen wel werken met een geïnformatiseerd medisch dossiersysteem, er zeer veel medische software pakketten bestaan, waarvan er 17 erkend zijn door het RIZIV. Via de homologatieprocedure wordt gewerkt aan een progressieve kwaliteitsverbetering van deze softwarepakketten (momenteel is eHealth hiermee belast). Het gebruik van die pakketten voor de evaluatie van de kwaliteit van zorg voor patiënten met of zonder een zorgtraject is echter niet evident. Evaluatie van zorg vraagt immers gecodeerde registratie van de op te vragen parameters met unieke of overeenkomstige codes tussen de diverse softwarepakketten. In het netwerk van ResoPrim werd aangetoond dat routinegegevens geëxtraheerd uit het EMD slechts gedeeltelijk voldoen voor de toetsing van kwaliteit van zorg.²⁻⁴ Zo werd aangetoond dat diagnoses onvoldoende door de artsen ingevuld worden om door middel van een gerichte zoekopdracht in het medische dossier een bepaalde subpopulatie – bijvoorbeeld patiënten met diabetes – correct te kunnen identificeren. Huisartsen onderling vergelijken wat betreft hun kwaliteit van zorg is ook problematisch op basis van EMD-gegevens omdat er te veel variatie bestaat in het gebruik van het EMD zelf door de huisartsen. Toch lijkt het mogelijk om de evolutie van de kwaliteit van zorg te bestuderen onder zekere voorwaarden. Eén van deze voorwaarden is een grondige evaluatie van de kwaliteit van de gegevens.

De satellietpijlers

Gezien de te verwachten technische en andere problemen voor de evaluatie van de zorgtrajecten in de centrale pijler is het nuttig de gegevensinzameling via deze pijler technisch en op kleinere schaal op te volgen. Om de gegevens van de centrale pijler te valideren en de resultaten ervan te kunnen kaderen, zullen enkele satellietpijlers enerzijds identieke en anderzijds aanvullende informatie verzamelen, telkens op basis van hun specifieke sterktes. De satellietpijlers laten toe om het effect van de zorgtrajecten op de kwaliteit van zorg te registreren voor een veel ruimere waaier aan klinische gegevens dan de parameters die binnen de zorgtra-

Tabel 1: De verschillende pijlers binnen het ACHIL-project voor de evaluatie van de zorgtrajecten.

Pijler	Soort gegevens	Gegevensbron	Specifieke doelstellingen
Centrale pijler	Contractueel vastgelegde <i>outcome</i> - en afgeleide procesparameters	EMD van alle huisartsen met een zorgtraject	• Technische evaluatie van de zorgtrajecten op nationale schaal voor een beperkt aantal parameters (<i>outcome</i> & proces) • <i>Benchmark feedback</i> op nationaal vlak
IMA	Procesparameters & medicatie	Consumptiegegevens afkomstig van mutualiteiten	• Technische evaluatie op nationaal vlak van het proces van zorg • <i>Benchmark feedback</i> over proces van zorg
Huisartsen-peilpraktijken	Proces, <i>outcome</i> , medicatie, diagnostiek en extra vragen	Peilpraktijken: thematisch netwerk	• Specifieke evaluatie van kwaliteit van gegevens • Antwoorden op vragen die met gegevens uit dossier niet beantwoord kunnen worden
INTEGO	Longitudinale data: proces, <i>outcome</i> , diagnostiek, medicatie en co-morbiditeit	INTEGO-register: steekproef van elektronisch registrerende huisartsen	• Evaluatie van het langetermijneffect van de zorgtrajecten op <i>outcome</i> en morbiditeit • Evaluatie van het langetermijneffect van co-morbiditeit, co-medicatie en <i>follow-up</i> van patiënten op bio-klinische parameters en optreden van verwickelingen

jecten contractueel bepaald zijn. Daarenboven zullen enkele onderzoeksvragen ook worden onderzocht via gegevens van het ResoPrim-project.

De IMA-gegevens

Een eerste satellietpijler is de databank van het Intermutualistisch Agentschap (IMA, www.nic-ima.be). Deze instelling verzamelt en beheert de gegevens van de 7 individuele ziekteverzekeringsinstellingen ('mutualiteiten') wat betreft de socio-demografische kenmerken en de medische prestaties voor de verzekerden in het kader van de verplichte ziekteverzekering in België. De IMA-databank bevat enkel gegevens over terugbetaalde medicatie en prestaties, maar geen medische gegevens. Daarom zal de databank gebruikt worden om informatie over processen van de zorg voor patiënten met diabetes en chronische nierinsufficiëntie op nationale schaal te evalueren. De IMA-pijler zal zich vooral richten op de frequentie van HbA1c-meting (DM2) en creatinine-meting (CNI) en in mindere mate op de opsporing van verwickelingen. De verkregen gegevens kunnen in een latere fase gekoppeld worden aan de gegevens van de centrale pijler waardoor patiëntenuitkomsten uit de huisartsendossiers gelinkt kunnen worden aan procesparameters.

Huisartsenpeilpraktijken

Dit netwerk van een 145-tal huisartsenpraktijken verspreid over heel België, volgt al 30 jaar een aantal specifieke gezondheidsthema's op.* Het netwerk registreert via wekelijkse papieren formulieren zowel epidemiologische parameters als gegevens over de zorg voor patiënten met de bestudeerde problemen. In het kader van ACHIL zal dit netwerk een bronvalidatie van de parameters van de zorgtrajecten uitvoeren; dit is een vergelijking tussen automatische extractie en actieve vragen. Het netwerk zal ook de parameters uit de centrale pijler aanvullen met informatie die moeilijk uit het dossier te extraheren is. Zo zal de motivatie tot leefstijlveranderingen van de patiënten bevestigd worden evenals de redenen waarom patiënten die in aanmerking komen voor een zorgtraject toch niet zijn opgenomen.

INTEGO-netwerk (integrated computerised network)

Het INTEGO-netwerk (www.intego.be) is een huisartsen-morbiditeitsregister dat gebruik maakt van elektronische gegevens uit de dossiers van registrerende huisartsen die met het programma Medidoc® werken.⁵ De gegevens worden bij elkaar gebracht in een centrale server van de K.U. Leuven (ACHG). Op dit moment telt INTEGO 97 registrerende artsen werkzaam in 54 praktijken. Tussen 1994 en 2010 werden gegevens verzameld van meer dan 248 000 patiënten en 1 700 000 patiëntjaren. Voor INTEGO gaat het hier om een nieuwe oefening om de beschikbare gegevens die al meer dan 15 jaar geregistreerd en gebruikt worden voor epidemiologische studies, te gebruiken in een kwaliteitsperspectief. De belangrijkste toegevoegde waarde van INTEGO aan ACHIL is het leveren van longitudinale data over diabetes en chronische nierinsufficiëntie. Meer bepaald kan INTEGO het langetermijneffect van de zorgtrajecten

op het ontstaan van verwickelingen en eventueel op het voorkomen van andere ziektes testen. Omgekeerd zal ook nagegaan worden in welke mate bestaande ziektes (comorbiditeit), co-medicatie en andere co-factoren de zorg voor mensen met diabetes of nierinsufficiëntie beïnvloeden. Tenslotte kunnen ook longitudinale verbanden gezocht worden tussen de kwaliteit van zorgprocessen – zoals de mate waarin diabetespatiënten opgevolgd worden in de praktijk – en uitkomsten van zorg zoals HbA1c of het optreden van verwickelingen. INTEGO heeft ook enkele bijkomende functionaliteiten. Zo zal het register helpen bij het opstellen van gevalideerde kwaliteitsindicatoren verkregen via elektronische gegevensextractie. Het register zal uiteraard ook epidemiologische en klinische informatie leveren over de aandoeeningen waarvoor zorgtrajecten ingevoerd werden. Dit is vooral belangrijk voor chronische nierinsufficiëntie waarvoor een belangrijk aantal klinische vragen nog onbeantwoord blijft. Tenslotte kan INTEGO eventueel ook bepaalde kwetsbare groepen ontdekken, andere dan de huidige inclusiegroepen voor de zorgtrajecten.

Besluit

Het leveren van *benchmark feedback* aan huisartsen, LOK-groepen en lokale multidisciplinaire netwerken op basis van elektronische gegevensextractie uit de eigen dossiers van huisartsen staat nog in zijn kinderschoenen in België. De problemen die verbonden zijn met kwaliteitsvolle chronische zorg verplichten ons echter om de gigantische technologische mogelijkheden wat betreft communicatie en kwaliteitsborging ten volle te benutten. Het ACHIL-project werd in eerste instantie opgezet om de zorg voor patiënten met een zorgtraject te meten en te evalueren. Deze evaluatie op landelijke schaal wordt technisch voorbereid en ondersteund door specifieke satellietpijlers (IMA, peilpraktijken, INTEGO). De oefening die binnen het ACHIL-project gemaakt wordt is een belangrijke wegbereider die nieuwe kansen en uitdagingen biedt, zowel wat betreft onderzoek als maatschappelijke dienstverlening.

REFERENTIES

1. Goderis G, Borgermans L, Mathieu C, Van Den Broeke C, Hannes K, Heyrman J et al. Barriers and facilitators to evidence based care of type 2 diabetes patients: experiences of general practitioners participating to a quality improvement program. *Implement Sci* 2009;4:41.
2. De Clercq E, Van Casteren V, Jonckheer P, Burggraef P. Primary healthcare research network: the Belgian ResoPrim recommendations. *Stud Health Technol Inform* 2009; 150:38-42.
3. Boffin N, Van Casteren V, Jonckheer P, De Clercq E, Lafontaine MF, Degroote K et al. Elektronische dossiergegevens en kwaliteit van zorg. Ervaringen uit ResoPrim over hypertensiepatiënten. *Huisarts Nu* 2008;37:131-9.
4. De Clercq E, Van Casteren V, Jonckheer P, Burggraef P, Lafontaine M-F. Electronic patient record data as proxy of GPs' thoughts. *Stud Health Technol Inform* 2008;141:103-11.
5. Bartholomeeusen S, Truyers C, Buntinx F. Ziekten in de huisartspraktijk in Vlaanderen 1994-2008. ACCO: Leuven, 2010.

* Website: www.wiv-isp.be/epidemo/epinl/index10.htm