



# Chronische nierinsufficiëntie

Implementatie van de Richtlijnen voor klinische praktijkvoering door huisartsen en diëtisten in België



# 0. Voorwoord



# Dit rapport is het resultaat van een initiatief om de implementatie van klinische praktijkrichtlijnen voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie in België te evalueren

Een rapport dat aanvankelijk afzonderlijk werd opgesteld...



## Lot 1

Stéphane Le Grand  
David Van Dieren



## Lot 2

Laura Verbeyst  
Marte Wuyts



...met een gemeenschappelijk slotgedeelte

**Multidisciplinaire sessie**

**Finale aanbevelingen**

## Verschillende partijen hebben aan het verslag bijgedragen door gedurende het project hun inbreng te geven

- De leden van het Begeleidingscomité
  - Sara Olislagers – *FOD Volksgezondheid*
  - Meike Horn – *FOD Volksgezondheid*
  - Thomans Janssens - *EBPracticeNet*
  - Isabel Claeys – *Coördinatie Evikey Netwerk*
  - Carolien Strouwen – *CEBAM*
  - Deborah Seys – *CEBAM*
  - Jef Adriaenssens – *KCE*
  - Pascale Jonckheer – *KCE*
  - Anja Desomer – *KCE*
  - Lies Grypdonck - *RIZIV*
- Diëtisten die actief hebben bijgedragen aan de uitvoering van het diëtistische luik van het project:
  - Erika Vanhauwaert – *UC Leuven-Limburg*
  - Mercedes Vigniole – *Cliniques universitaires Saint-Luc*

## Verschillende partijen hebben aan het verslag bijgedragen door gedurende het project hun inbreng te geven

- Externe experts die de auteurs hebben ondersteund:
  - Nele Bangels – *Wit Gele Kruis*
  - Dr. Thomas Baudoux – *Hôpital Erasme*
  - Dr. Jean-Marie Billioux – *OLVZ Aalst*
  - Vinciane De Backer - *Diëtiste*
  - M. Bernard Denis – *Union Francophone des Patients Partenaires*
  - Dr. Jean-Marc Desmet – *CHU Charleroi*
  - Katrien Dierickx – *UZ Leuven*
  - Elodie Dubois – *UC Louvain*
  - Dr. Pieter Evenepoel – *UZ Leuven*
  - Dr. Claire Frans - *Huisarts*
  - Bie Germeaux - *Vlaamse Nefrologische Diëtisten*
  - Prof. Jean-Michel Hougardy – *HUB*
  - Emilie Legay - *UPDLF*
  - Martijn Maes - *Diëtist*
  - Corinne Oremans – *Diëtiste*
  - Veerle Resslerer – *Vlaamse Nefrologische Diëtisten*
  - Sarah Van Branteghem – *AZ Klina*
  - Prof. Gijs Van Pottelbergh – *KU Leuven*

# Inhoud

<b>0. Voorwoord</b>	<b>2</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>2. Lot 1</b>	<b>14</b>
2.1 Inleiding	15
2.2 Selectie aanbevelingen	18
2.3 Workshops	28
2.4 Resultaten	42
2.5 Ondervonden moeilijkheden	63
<b>3. Lot 2</b>	<b>74</b>
3.1 Doelstellingen	75
3.2 Methode	77
3.3 Conclusie	173
3.4 Referenties	175
<b>4. Multidisciplinaire sessies</b>	<b>177</b>
<b>5. Finale aanbevelingen</b>	<b>185</b>
5.1 Inleiding	186
5.2 Aanbevelingen	195
5.3 Voorgestelde fasering	250
<b>6. Bijlagen</b>	<b>252</b>

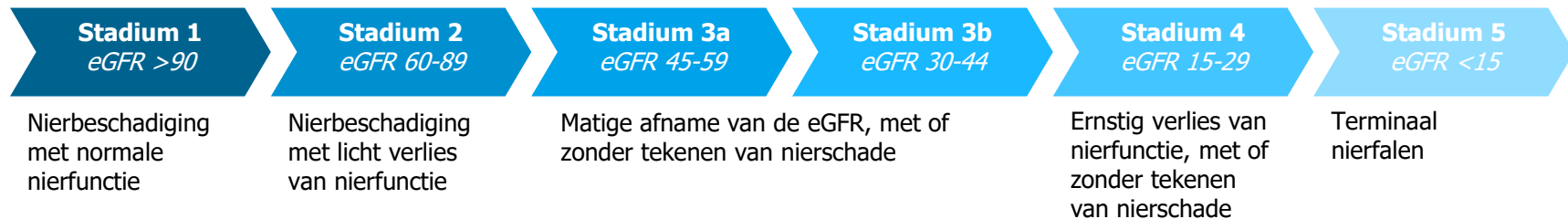


# 1. Inleiding



# Chronische nierinsufficiëntie

- Chronische nierinsufficiëntie (CNI) is een aantasting van de nierstructuren of -functie die al minstens 3 maanden bestaat, en wordt gekenmerkt door een geleidelijk verlies van de nierfunctie.
- De twee belangrijkste oorzaken van chronische nierinsufficiëntie zijn diabetes en hoge bloeddruk, die bijna tweederde van de gevallen uitmaken.
- CNI wordt onderverdeeld in verschillende stadia. Patiënten worden onderverdeeld op basis van hun Glomerulaire Filtratiesnelheid (eGFR) en de chronische aanwezigheid van tekenen van nierschade.





# Chronische nierinsufficiëntie, een ziekte die bijna 10% van de bevolking treft

Verschuillende aspecten maken CNI tot een chronische ziekte waarvoor veel op het spel staat en een betere behandeling is vereist:

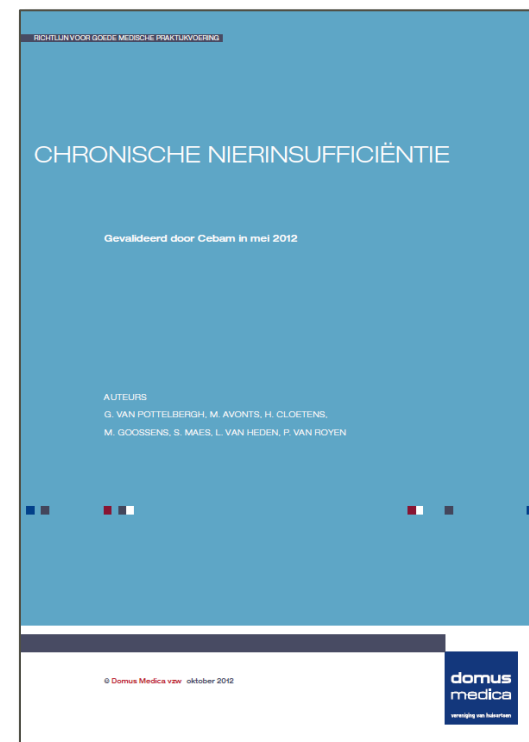
- Hoge en stijgende prevalentie: CNI is een veel voorkomende chronische aandoening, waarvan de frequentie verder zal toenemen naarmate de bevolking ouder wordt. De nierfunctie neemt namelijk geleidelijk af met de leeftijd, en daarbij komt nog de toename van obesitas en diabetes. Volgens een rapport uit 2017 van de afdeling nefrologie van het Erasmus Ziekenhuis staat België wereldwijd in de top 10 wat betreft de prevalentie van ESRD (End Stage Renal Disease), met 1.238 gevallen per miljoen inwoners.
- Moeilijke vroege diagnose: Deze chronische ziekte is moeilijk vroeg op te sporen: de achteruitgang van de nierfunctie verloopt zeer langzaam, zodat de diagnose meestal pas laat wordt gesteld.
- Een extreem hoge kostenpost voor de samenleving. In 2021 bedroegen de gemiddelde jaarlijkse uitgaven voor chronische dialyse, berekend over 4 jaar, 469 miljoen euro.
- Vroege opsporing en opvolging hebben een zeer positieve invloed op deze ziekte: De meerderheid van de CNI-patiënten ontwikkelt zich niet tot een eindstadium, en daarom is het belangrijk om het risico op eindstadium nierziekte in te schatten voor de triage. Door dit onderscheid te maken kan de klinische zorg in een vroeg stadium worden verbeterd.

Deze elementen maken van CNI een chronische ziekte waarvoor het cruciaal is het zorgtraject, de follow-up en de diagnose te verbeteren. Hiervoor zijn klinische praktijkrichtlijnen beschikbaar voor zorgverleners.

# Ontwikkeling van richtlijnen voor goede medische praktijkvoering voor chronische nierinsufficiëntie

In 2012 ontwikkelde Domus Medica "Chronische nierinsufficiëntie", een richtlijn opgesteld door een groep Nederlandstalige Belgische auteurs.

- De aanbevelingen voor goede praktijken zijn richtlijnen die huisartsen helpen en dienen als referentiekader voor hun diagnostische en therapeutische beslissingen.
  - Zij vatten alle elementen samen die vanuit wetenschappelijk oogpunt als de beste aanpak voor de meeste patiënten worden beschouwd.
  - Bovendien moet met de mening van de patiënt rekening worden gehouden als gelijkwaardige partner in de besluitvorming.
  - Anderzijds moet de arts de patiënt voldoende informeren over alle implicaties van de verschillende opties.
- De aanbevelingen zijn onderverdeeld in verschillende delen:
  1. Screening
  2. De diagnose
  3. De behandeling
  4. Opvolging
  5. Verwijzing naar een specialist



# Verbetering van de richtlijnen door de ontwikkeling van een aanvulling voor meer multidisciplinariteit

In deze eerste klinische praktijkrichtlijn van Domus Medica is de multidisciplinaire behandeling van CNI niet expliciet vermeld. Daarom zorgde een werkgroep binnen EBM PracticeNet (WOREL) in 2016 voor een aanvulling op de richtlijn.

- Het doel van deze aanvulling is een wetenschappelijk kader te ontwikkelen om de behandeling van de ziekte te verbeteren, met name via een multidisciplinaire aanpak.
- Deze aanpak is noodzakelijk voor een optimale opvolging van de nierziekte en om verdere nierschade te voorkomen. Dit vereist een goede samenwerking tussen zorgverleners, een taakverdeling en een gemeenschappelijke visie.
- Bijgevolg moest ten eerste worden nagegaan in hoeverre de huidige praktijken in de gezondheidscentra overeenstemmen met de door de richtlijn aanbevolen praktijken, en ten tweede moesten instrumenten worden ingevoerd om de zorgverleners in staat te stellen deze praktijken na te leven. Het doel is een efficiëntere behandeling van deze chronische ziekte.
- Het project bestaat daarom uit een evaluatie van de implementatie van praktijkrichtlijnen bij huisartsen.

## Multidisciplinaire richtlijn Chronisch nierlijden (CNI)

Aanvulling op de richtlijn 'Chronische nierinsufficiëntie' van Domus Medica, 2012

Geert Goderis, Gijs Van Pattelbergh, Kathleen Claes, Erika Vanhauwaert, Eefje Van Nuland, Annelies Vantiegheem, Paul Van Royen

In opdracht van de EBM PracticeNet Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

Gevalideerde versie: december 2016

EBM PracticeNet  
Werkgroep  
ontwikkeling  
richtlijnen  
eerste lijn



### Inbreng van de patiënt en afweging door de eerstelijnswerker

Richtlijnen voor goede medische praktijk zijn richtinggevend als ondersteuning en een houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de eerste lijn. Zij vatten voor de eerstelijnswerkers samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de context van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom verheldert de eerstelijnswerker de vraag van de patiënt door een gepaste communicatie en geeft informatie over alle aspecten van de mogelijke beleidsopties. Het kan voorkomen dat de eerstelijnswerker en de patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijnen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

# Ontwikkeling van een klinische praktijk richtlijn voor de dieetbehandeling van CNI

De nier speelt een cruciale rol in het verwijderen van afvalstoffen van het metabolisme uit ons lichaam. Wanneer de nierfunctie achteruitgaat, kan dit leiden tot het opstapelen van bepaalde stoffen. Afhankelijk van het stadium van CNI is voedings- en levensstijladvies aangewezen. De dieetbehandeling speelt voornamelijk een rol in het tegengaan van de achteruitgang van de nierfunctie, het behandelen van complicaties en het cardiovasculair risicomangement van de patiënt.

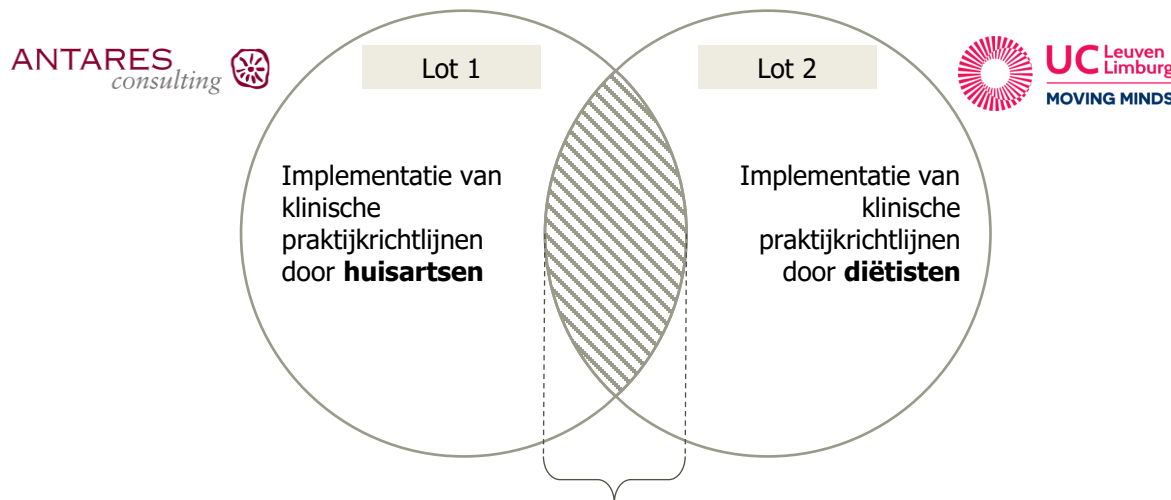
In de multidisciplinaire richtlijn (2016) wordt er niet diepgaand ingegaan op de dieetcomponent van de CNI behandeling. Daarom ontwikkelde UCLL in 2020 een klinische praktijk richtlijn voor de dieetbehandeling van CNI. In deze richtlijn worden de aanbevelingen voor het dieet verder uitgediept. Alle aspecten (o.a. energie, eiwitten, zout, kalium, fosfor) die mogelijk van toepassing kunnen zijn, worden besproken. Verder worden andere levensstijlfactoren die een rol spelen in de behandeling van CNI benoemd.



# Context en doelstellingen van het project

Dit project werd gemandateerd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, samen met EBPracticenet en CEBAM. Het doel was de klinische praktijkrichtlijnen voor de multidisciplinaire behandeling van chronische nierinsufficiëntie door huisartsen en diëtisten in België te implementeren.

Dit is een initiatief dat in twee afzonderlijke Loten werd uitgevoerd door Antares Consulting en UC Leuven-Limburg, met een gezamenlijk deel in de eindfase van het project.



Gezamenlijke **multidisciplinaire sessies** om de resultaten te consolideren en definitieve aanbevelingen te formuleren

## 2. Lot 1

*Rapport Lot 1 opgesteld en geschreven door Antares Consulting*

## 2. Lot 1

### 2.1 Inleiding

*Rapport Lot 1 opgesteld en geschreven door Antares Consulting*

## Het werk van Lot 1 betreft de richtlijnen voor goede medische praktijkvoering van de huisartsen

Lot 1 werd uitgevoerd door Antares Consulting, met de volgende doelstellingen...

Het niveau van implementatie van klinische praktijkrichtlijnen door huisartsen in België kennen.

Tegelijkertijd was het project erop gericht huisartsen vertrouwd te maken met hun EMD-software, die een krachtig hulpmiddel kan zijn bij het beheer van CNI.

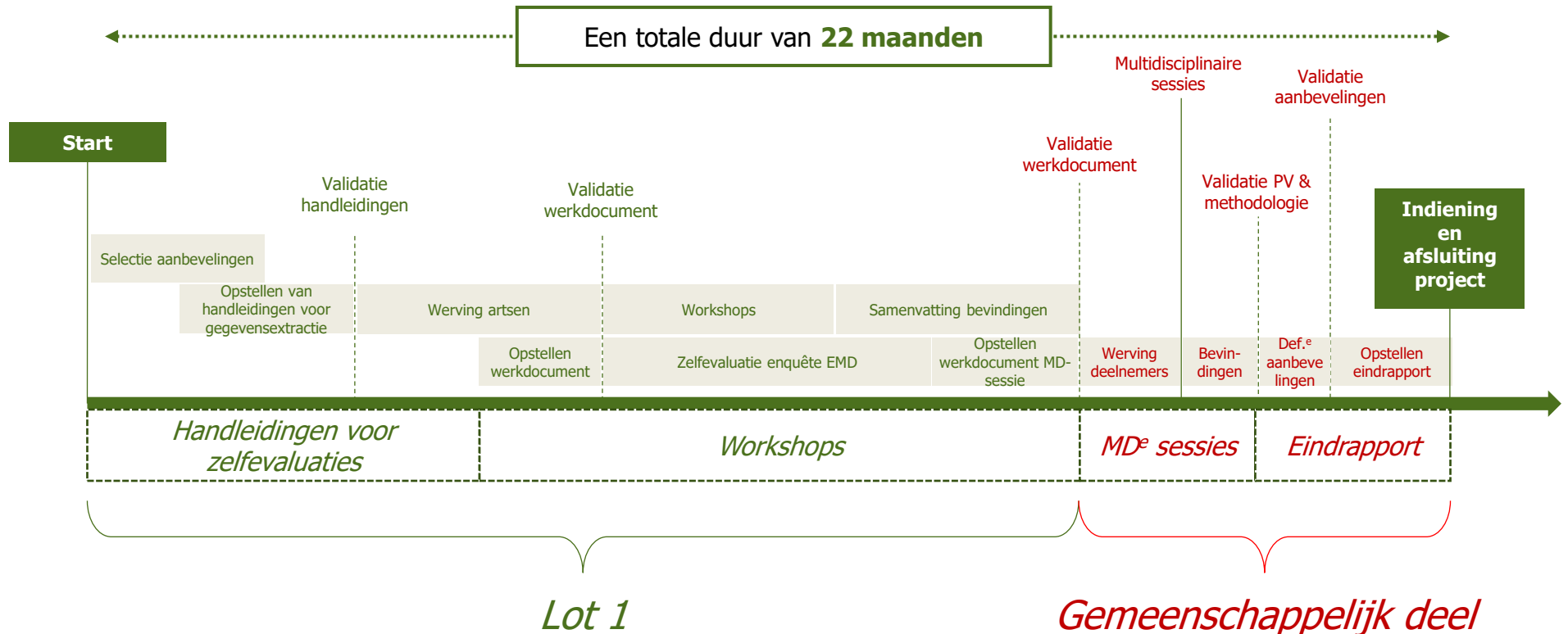
Dit door..

De organisatie van workshops met huisartsen om hun implementatieniveau van de aanbevelingen van de richtlijnen voor klinische praktijken te kennen en te bespreken.

Een zelfevaluatie-enquête door huisartsen waarbij gegevens uit hun EMD-software moeten worden gehaald (door middel van populatie-analyses).



## Een project in meerdere fasen, uitgevoerd over een lange periode



De duur van het project is veel langer dan voorzien, met name door de Covid-19-pandemie die de verschillende contactmomenten met de huisartsen sterk heeft bemoeilijkt.

## 2. Lot 1

### 2.2 Selectie aanbevelingen

*Rapport Lot 1 opgesteld en geschreven door Antares Consulting*

## 60 aanbevelingen, waaruit een selectie moest worden gemaakt

Na intern werk werden in totaal 60 aanbevelingen uit de richtlijnen als uitgangspunt genomen.



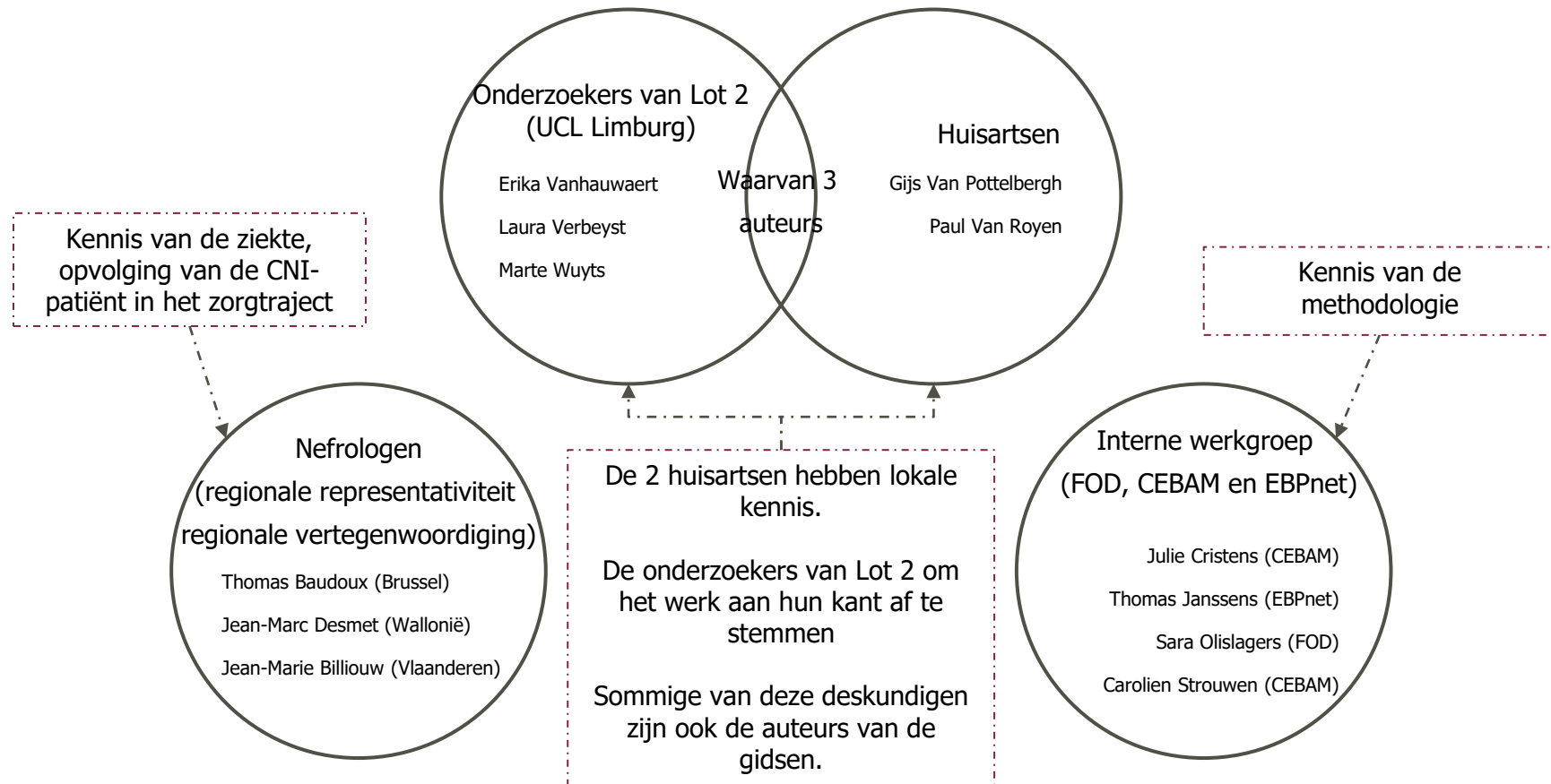
Dit aantal moest verder worden teruggebracht om praktische redenen, waaronder :

- De beperkte discussietijd tijdens de workshops.
- Om de tijd die nodig was voor de zelfevaluatie-enquête, te verminderen.



Daarom werd een grondig selectieproces uitgevoerd, gebaseerd op specifiek omschreven criteria en gevalideerd door experts ter ondersteuning van het project.

Deze selectie is gemaakt in werkgroepen met verschillende groepen belanghebbenden, elk met hun eigen specifieke kenmerken en inbreng



## Om de aanbevelingen objectief te selecteren, werden in totaal 5 criteria gehanteerd

### 1. Extraheerbaar (moeilijkheidsgraad en tijd)

De mate waarin aanbevelingsgegevens (gemakkelijk) uit het EMD van de huisarts kunnen worden gehaald. Dit is bedoeld om populatieanalyses uit te voeren in het kader van de zelfevaluatie die de huisartsen dienden uit te voeren.

### 2. GRADE

Elke aanbeveling heeft een cijfer om de kwaliteit van het ondersteunende bewijs en de sterkte of zwakte van de aanbeveling aan te geven:

GRADE	
1A	De voordelen wegen duidelijk op tegen de nadelen of risico's, hoge mate van Evidence Based
1B	De voordelen wegen duidelijk op tegen de nadelen of risico's, matige mate van Evidence Based
1C	de voordelen wegen duidelijk op tegen de nadelen of risico's, lage mate van Evidence Based
2A	de voordelen wegen duidelijk op tegen de nadelen of risico's, hoge mate van Evidence Based
2B	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico, matige mate van Evidence Based
2C	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico, lage graad van Evidence Based
GPP	Punt van goede praktijk - Consensus onder de auteurs van de gids
Consensus	Consensus onder de auteurs van de gids
/	Niet-gegradeerd

## Om de aanbevelingen objectief te selecteren, werden in totaal 5 criteria gehanteerd

### 3. Impact op het zorgtraject van de patiënt

Heeft de uitvoering van de aanbeveling geen (1), lage (2), matige (2) of hoge (3) positieve impact op het zorgtraject van een CNI-patiënt?

### 4. De mogelijkheid tot verbetering

Als de aanbeveling nog niet is uitgevoerd, is het dan onmogelijk (1), weinig (2), matig (3) of sterk (4) mogelijk om deze in de toekomst uit te voeren?

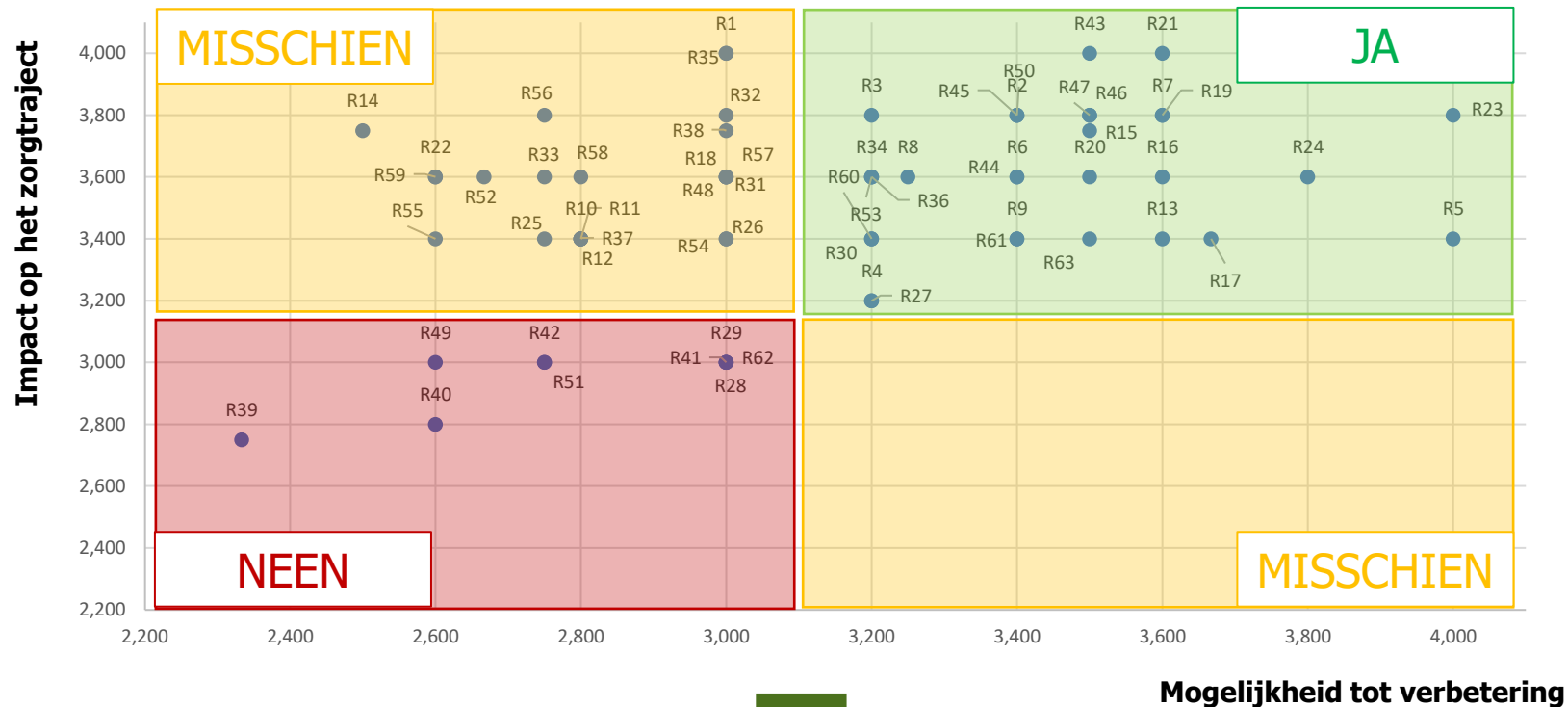
### 5. Huidig implementatieniveau van de aanbeveling

Wordt de aanbeveling nog niet uitgevoerd (1), zwak uitgevoerd (2), matig uitgevoerd (3) of al volledig uitgevoerd (4)?

Deze 3 criteria werden door de expertengroep geëvalueerd met scores van 1 tot 4

De aanbevelingen werden vervolgens geïntegreerd in een grafiek op basis van criteria 3 en 4...

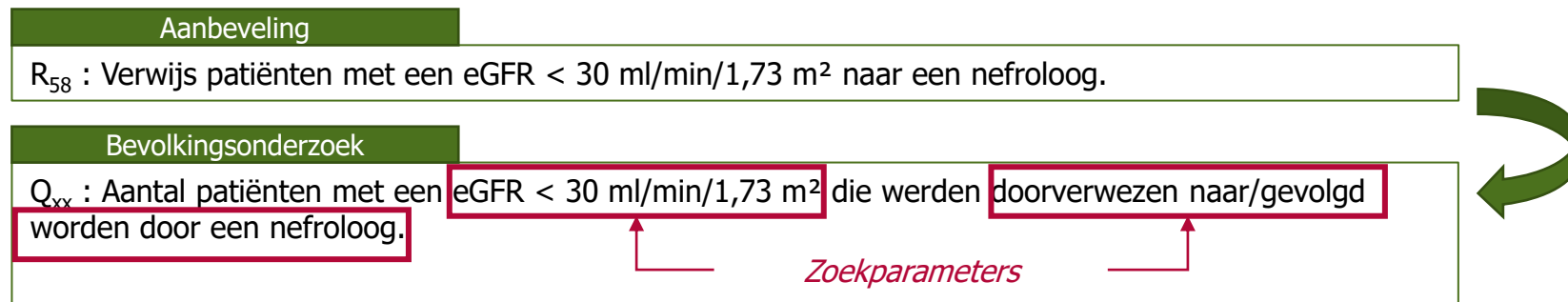
*De volledige lijst van aanbevelingen is opgenomen in bijlage 1.*



Vanuit deze grafiek werd een definitieve selectie van **27** aanbevelingen gevalideerd door de expertengroep

## Hoe zijn de aanbevelingen omgezet in indicatoren?

De selectie van de aanbevelingen werd mede gemaakt op basis van de mate waarin gegevens daarover uit de EMD-software konden worden gehaald (zie selectiecriteria 1). Dit werd gedaan voor de zelfevaluatie-enquête van de huisarts. Hierbij werd elke geselecteerde aanbeveling omgezet in een indicator/vraag die kon worden opgezocht met behulp van een populatieanalyse:



Aangezien huisartsen niet noodzakelijk vertrouwd zijn met de hiervoor vereiste populatieanalyses, was het nodig om hiervoor instructies te voorzien. Deze werden opgesteld voor de 3 EMD-softwarepakketten die het meest gebruikt worden door huisartsen in België, namelijk :

- CareConnect
- Daktari
- HealthOne

Hiervoor is een samenwerking aangegaan met PraktijkCoach, een bedrijf gespecialiseerd in ICT-software voor zorgverleners en -instellingen.



## Voor elke software werd een handleiding geschreven

Handleidingen met instructies voor het uitvoeren van populatieanalyses voor de 27 geselecteerde aanbevelingen:

*Elke handleiding in het Frans en het Nederlands*

<p>Zelfevaluatie huisartsen Klinische richtlijnen voor de opvolging van chronische nierinsufficiëntie patiënten door de huisarts</p> <p>Handleiding: CareConnect</p>   	<p>Auto-évaluation médecins généralistes Guide clinique pour le suivi des patients atteints d'insuffisance rénale chronique par le médecin généraliste</p> <p>Guide: Daktari</p>   	<p>Auto-évaluation médecins généralistes Guide clinique pour le suivi des patients atteints d'insuffisance rénale chronique par le médecin généraliste</p> <p>Manuel: HealthOne</p>   
---	---	--

## ...met gedetailleerde instructies, aangepast aan de aanbevelingen

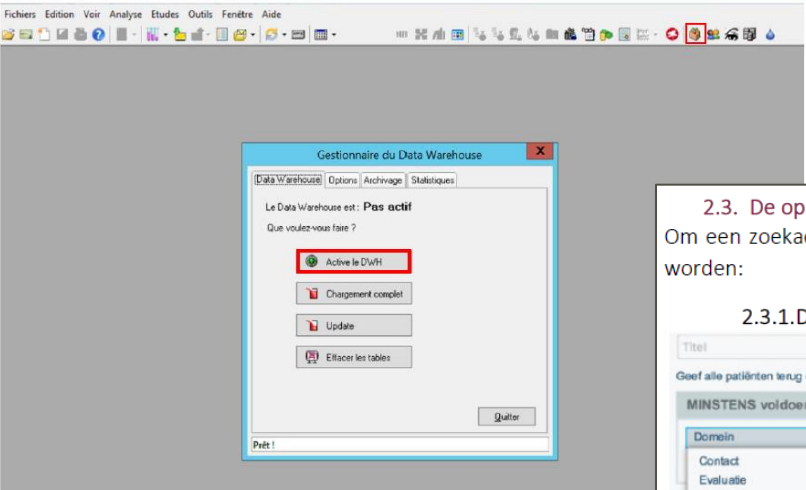
De handleiding voor elke software bevat...

Algemene uitleg voor het uitvoeren van gegevensextracties

Specifieke instructies voor een correcte populatieanalyse bij elke aanbeveling

**2.1. Introduction**

Pour pouvoir effectuer des analyses, il est impératif que le 'Datawarehouse' (DWH) soit actif. Remarquez que lorsque vous activez le DWH pour la première fois, il est préférable de le mettre en marche durant le week-end, lorsque vous ne verrez pas de patients.



Attention : Si la base de données est trop grande, cette action pourrait résulter en un échec de l'opération SQL remplie. Aucun enregistrement/contact ne peut alors être sauvegardé. Si ce message se produit, veuillez contacter [support@healthone.be](mailto:support@healthone.be).

**2.2. Critère de sélection**

Quand 'critère de sélection' est sélectionné en cliquant sur la flèche noire qui pointe vers la droite, 3 options vont apparaître :

- 'Il existe au moins un(e)...' : En cliquant sur la flèche noire qui pointe vers la droite, deux possibilités apparaîtront :
  - Concept fonctionnel = par exemple un diagnostic
  - Concept primitif = par exemple une démarche de soins (trajet de soins)
- Conjonction : toutes les conditions doivent être remplies. La fonction 'ET' sera utilisée pour les critères suivants.
- Disjonction : au moins une condition doit être vraie. La fonction 'OU' sera utilisée pour les critères suivants.

**2.3. De opbouw van een zoekactie**

Om een zoekactie te bouwen zullen de criteria moeten geselecteerd worden waarop gezocht dient te worden:

**2.3.1. Domein**



# ...met gedetailleerde instructies, aangepast aan de aanbevelingen

De handleiding voor elk programma bevat...

Algemene uitleg voor het uitvoeren van gegevensextracties

Specifieke instructies voor een correcte populatieanalyse bij elke aanbeveling

Question 103 : Nombre de patients avec un diagnostic IRC pour lesquels un stade a été défini à l'aide du eGFR.

**Important :** Pour les recherches concernant l'eGFR (débit de filtration glomérulaire estimé / eGFR - estimated Glomerular Filtration Rate), le terme 'eGFR' est utilisé dans l'exemple ci-dessous. Si cette recherche ne donne pas de résultats, essayez éventuellement ces autres termes :

- eGFR - MDRD (modification of diet in renal diseases).
- eGFR - CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration).

Pour rechercher l'IRC, vous devez **effectuer la recherche en fonction de l'item que vous utilisez pour l'enregistrer. Le mieux est d'utiliser le groupe 'diagnostic'**. Sélectionnez ensuite 'Contenu', puis saisissez le terme 'insuffisance rénale chronique', suivi du code 'ICD:N18'.

Vraag 28: Aantal patiënten met progressieve CNI bij wie echografie van de nieren en de urinewegen werd verricht.

Termen :

- 'complete urinaire echografie'
- 'echografie nieren'

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben in plaats van 'evaluatie'

### 4.5. Orientation du patient

Question 82 : Nombre de patients en IRC avec un eGFR < 30 ml/min./1,73 m<sup>2</sup> suivis par un néphrologue.

**Important :** Pour les recherches concernant le taux de filtration glomérulaire (eGFR), la formule MDRD (modification of diet in renal diseases) est utilisée. Toutefois, la formule eGFR – CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) peut également être utilisée. Si la recherche initiale affiche '0' résultats, veuillez essayer l'autre formule.

Entrez 'diagnose' : 'insuffisance rénale chronique'.

L'eGFR peut être recherché en sélectionnant 'mesure numérique corrigée' dans les 'concepts primitifs' (voir question 53). Entrez dans le champ suivant ('ajouter critère de sélection') un point d'interrogation et sélectionnez 'code' et 'eGFR (MDRD)'. Entrez dans le champ suivant ('ajouter critère de sélection') un point d'interrogation et sélectionnez 'valeur' et ensuite '< 30'.

Si un patient est suivi par un néphrologue et si ce fait a été enregistré en tant que texte libre dans par exemple 'procédure', ces données pourront être exportées. Si toutefois vous avez l'habitude d'utiliser encore d'autres termes, il faudra utiliser ces termes-là.

### Statistiek

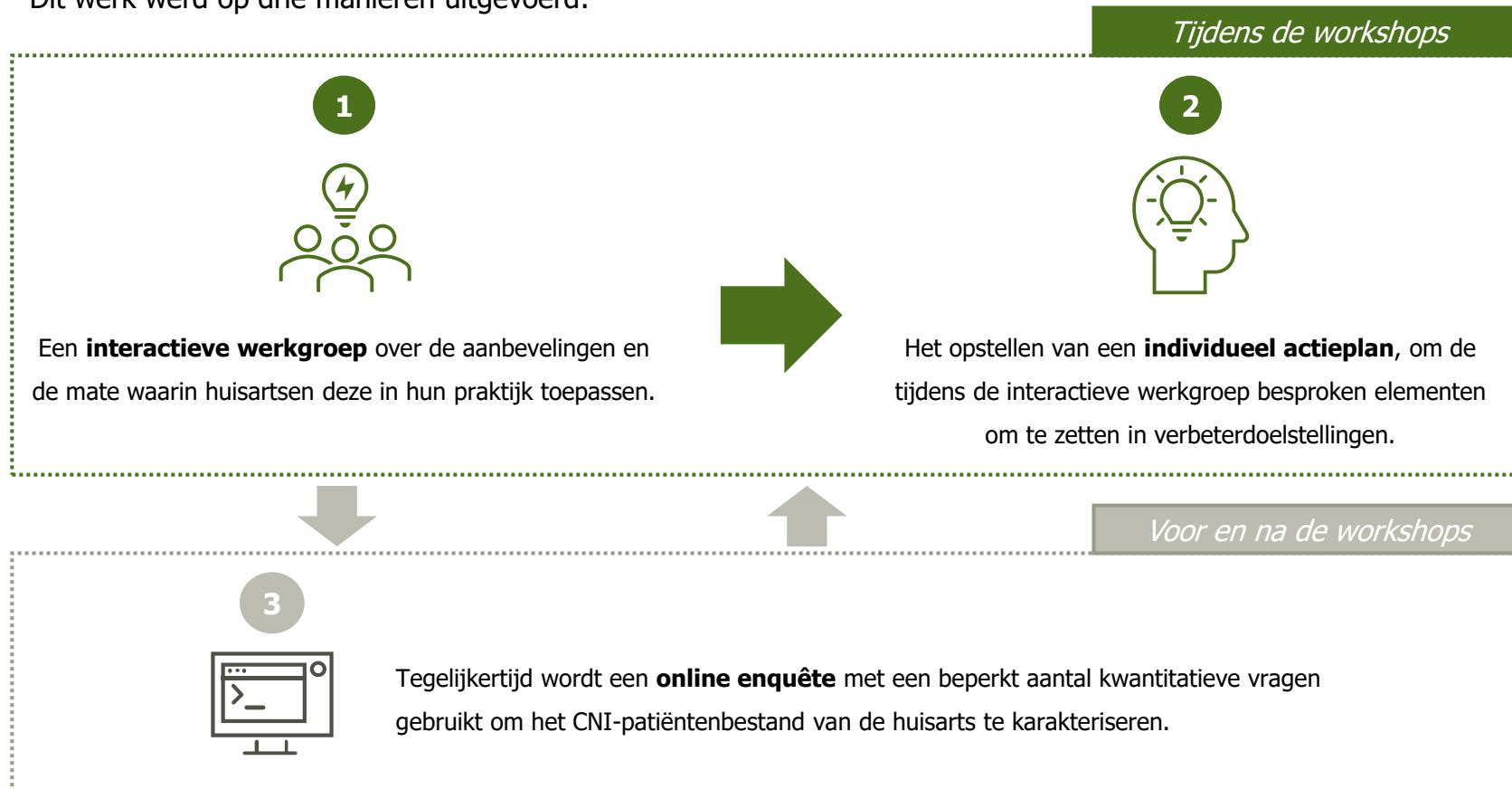
## 2. Lot 1

### 2.3 Workshops

*Rapport Lot 1 opgesteld en geschreven door Antares Consulting*

## Een samenwerking met huisartsen om hun implementatie van de klinische praktijkrichtlijnen te beoordelen en te verbeteren

Dit werk werd op drie manieren uitgevoerd:



## Tijdens de workshops behandelde aanbevelingen

Geprioriteerde aanbevelingen		In geval van resterende tijd tijdens de workshop
N°	Aanbeveling	
R <sub>1</sub>	Screen naar nierinsufficiëntie bij patiënten met diabetes	
R <sub>2</sub>	Screen naar nierinsufficiëntie bij patiënten met hypertensie	
R <sub>3</sub>	Screen naar nierinsufficiëntie bij patiënten met ischemisch hartlijden en/of hartdecompensatie en/of perifeer vaatlijden en/of cerebraal vaatlijden	
R <sub>7</sub>	Bepaal de gecorrigeerde albuminurie of gecorrigeerde proteïnurie bij een eGFR <60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	
R <sub>8</sub>	Bepaal het stadium van nierinsufficiëntie aan de hand van de eGFR	
R <sub>9</sub>	Stel een echografie van de nieren en urinewegen voor bij patiënten met CNI en progressieve nierinsufficiëntie	
R <sub>16</sub>	Geef de patiënt met CNI informatie (mee) over: Wat is CNI en hoe treft dit de patiënt? Wat doen de nieren? Hoe worden de nieren nagekeken? Waarom moeten de nieren nagekeken worden? Wat betekent het resultaat van de niertest? Wat zijn nierschadelijke producten en situaties?	
R <sub>19</sub>	Stimuleer patiënten met CNI om aan lichaamsbeweging te doen	
R <sub>21</sub>	Stimuleer patiënten met CNI om te stoppen met roken	
R <sub>34</sub>	Het aanbevolen basiscontroleschema beveelt jaarlijkse monitoring van eGFR, gecorrigeerde albuminurie en gecorrigeerde proteïnurie aan	
R <sub>35</sub>	Bepaal de eGFR vóór elk contrastonderzoek, als er geen recente (laatste 12 maanden) waarde gekend is	
R <sub>36</sub>	Gebruik diuretica in de laagst mogelijke dosis en titreer langzaam op, enkel in geval van symptomen van vochtretentie	
R <sub>43</sub>	Verwijs patiënten met een eGFR tussen 30-45 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> en gecorrigeerde albuminurie >200 mg/g voor een man of 300 mg/g voor een vrouw en/of een proteïnurie >1000 mg/24 u of een gecorrigeerde proteïnurie >1000 mg/g. voor inclusie in het zorgtraject	

## Tijdens de workshops behandelde aanbevelingen

Geprioriteerde aanbevelingen		In geval van resterende tijd tijdens de workshop
N°	Aanbeveling	
R <sub>44</sub>	Verwijs patiënten van <75 jaar met een eGFR tussen 30-45 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> en gecorrigeerde albuminurie van 20-200 mg/g voor een man en 30-300 mg/g voor een vrouw voor diagnostische oppuntstelling	
R <sub>45</sub>	Verwijs patiënten met een eGFR tussen 30 en 45 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> en een achteruitgang van de eGFR van meer dan 10 ml/min in 5 jaar tijd of van meer dan 5 ml/min in 2 jaar tijd voor diagnostische oppuntstelling	
R <sub>47</sub>	Verwijs patiënten met een persisterende significante albuminurie (ACR ≥300 mg/g) voor diagnostische oppuntstelling	
R <sub>50</sub>	Verwijs patiënten met persisterende afwijkende kaliumwaarden door voor diagnostische oppuntstelling	
R <sub>58</sub>	Verwijs CNI-patiënten met een eGFR < 30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> naar een nefroloog	
R <sub>60</sub>	Als dieetadvies nodig is bij patiënten met CNI dan is overleg met de nefroloog en verwijzing naar een erkende diëtist aangewezen.	

## De deelnemers werden op verschillende manieren geworven

De oproep aan deelnemers om de workshops bij te wonen en de zelfevaluatie-enquête in te vullen werd via verschillende kanalen gedaan:

- Via **publicaties** op sociale netwerken, de pers en huisartsenverenigingen:

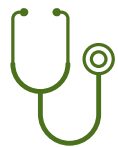




## De deelnemers werden op verschillende manieren geworven

De oproep aan deelnemers om de workshops bij te wonen en de zelfevaluatie-enquête in te vullen werd via verschillende kanalen gedaan:

- Via een **callcenter**: om het aantal inschrijvingen te verhogen, werden 2 campagnes gelanceerd via een callcenter.



Met behulp van een lijst van  
3.500 artsen in België



Meer dan **1.600** huisartsen  
gecontacteerd

## Workshops met huisartsen uit heel België...

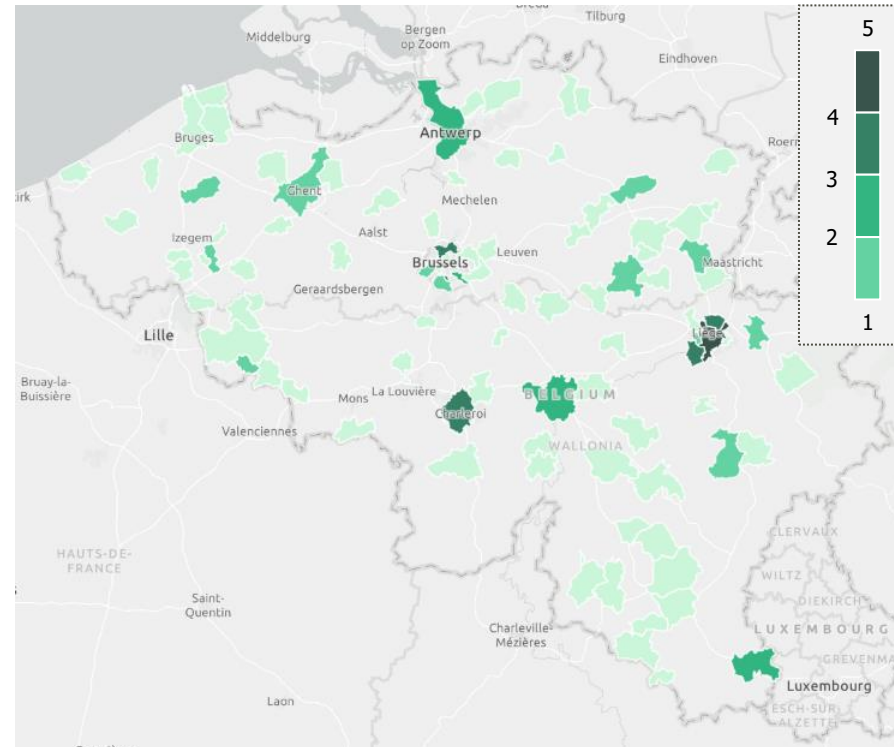
14 workshops...

...online EN fysiek georganiseerd

...geaccrediteerd door het RIZIV voor 3 CP

...in het Frans en Nederlands

132 ingeschreven huisartsen uit het hele land...



## Werkgroepen om de aanbevelingen te bespreken, in een dynamiek van vertrouwen, delen en leren

### 1 Interactieve werkgroep



Dit deel van de workshop bestond uit het bespreken van de richtlijnen, en beoogde hierbij de volgende zaken:



De identificatie en analyse van **hiaten** tussen de aanbevelingen van de richtlijnen enerzijds en de praktijk van huisartsen anderzijds, d.w.z. de "know-do" hiaten.



Identificatie van **belemmeringen** voor de succesvolle uitvoering van de aanbevelingen uit de richtlijnen.

Huisartsen kregen de gelegenheid om elke aanbeveling met hun collega's te bespreken in alle openheid en zonder te oordelen.

## De discussie over de aanbevelingen werd ondersteund door het gebruik van een interactieve stemapplicatie, waarmee het implementatieniveau kon worden gekwantificeerd

### 1 Interactieve werkgroep

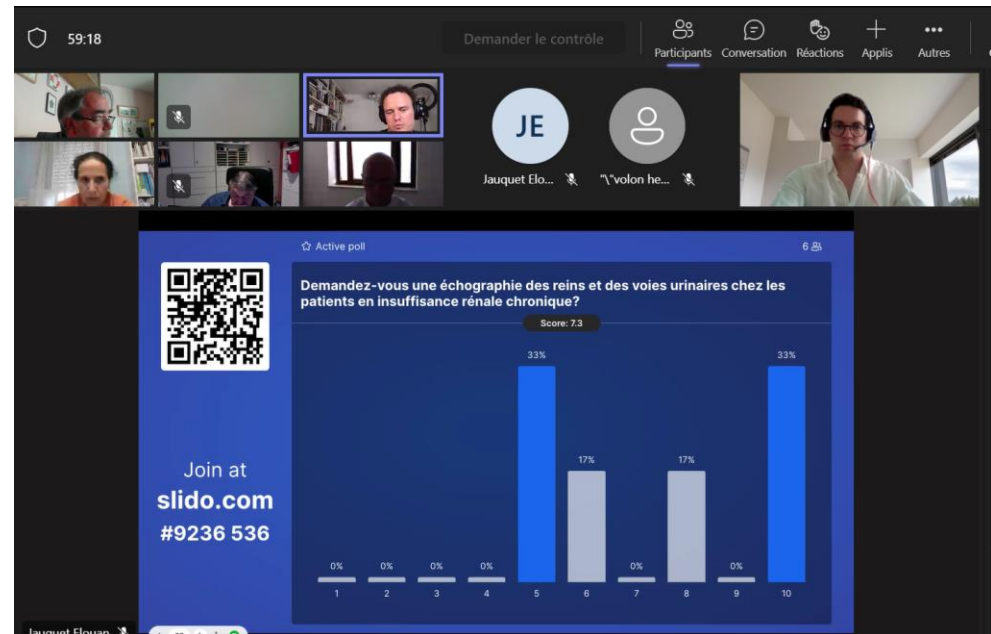


Hoewel discussies met huisartsen over de mate van implementatie van de aanbevelingen centraal stonden in dit deel van de workshop, werd het ook nodig geacht **deze implementatie te kunnen kwantificeren in de vorm van een score.**

Dit gebeurde met behulp van de applicatie Slido, een online stemplatform waarmee deelnemers via hun smartphone of pc vragen kunnen beantwoorden, waarbij de resultaten live verschijnen.

Elke aanbeveling werd gepresenteerd als een vraag waarbij een implementatiescore van 1-10 werd gegeven. Deelnemers konden ze rechtstreeks beantwoorden in Teams (voor virtuele sessies), of op de Slido website met behulp van hun smartphone.

Zodra de resultaten bekend waren, bespraken de artsen hun implementatie van de aanbeveling. Voor elk daarvan werd voldoende tijd uitgetrokken om de standpunten van alle deelnemers te kunnen horen.



Tijdens het tweede deel van de workshop werden de deelnemers uitgenodigd om een individueel actieplan op te stellen om na te denken over hoe ze hun praktijk konden verbeteren

2 Individueel actieplan



De overwegingen van de huisartsen over elke aanbeveling tijdens de workshop moesten een basis vormen om te leren en hun eigen praktijk te verbeteren. Daarom werd in een volgende stap van de workshop de artsen gevraagd een oefening uit te voeren in de vorm van een **individueel actieplan** met hun gewenste ontwikkeling voor de toekomst. Dit actieplan diende de volgende elementen te bevatten:




# Huisartsen kregen de tijd om na te denken over hun actieplan met behulp van concrete vragen

## 2 Individueel actieplan



De instructies voor het actieplan werden als volgt aan de deelnemers gepresenteerd:

1. Ziet u mogelijkheden tot verbetering voor uzelf?
2. Ik wil de volgende doelstelling(en) bereiken voor de behandeling van volwassenen met chronische nierinsufficiëntie:
3. In de praktijk kunt u te maken krijgen met onverwachte gebeurtenissen of situaties. Hoe gaat u daarmee om als u bepaalde doelstellingen voor ogen hebt?
  - a. Wat kan het bereiken van het doel bemoeilijken?
  - b. Wat kan mij helpen mijn doel te bereiken?

  
20'

Vergeet niet uw doelstellingen op te stellen volgens **SMART-logica**:

**S**pecifiek: Geef duidelijk en nauwkeurig aan wat er wordt gedaan.

**M**eetbaar: een maatstaf/norm voorzien om te meten of de doelstelling wordt bereikt.

**A**anvaardbaar: Wordt de doelstelling ondersteund?

**R**ealiseerbaar en actiegericht: de doelstellingen kunnen bereiken met een aanvaardbare inspanning (niet te moeilijk, niet te gemakkelijk).

**T**ijdgebonden: bepaal de termijn waarbinnen het gewenste resultaat moet bereikt worden.



De huisartsen werden vervolgens uitgenodigd om hun individuele actieplannen aan de groep te presenteren en samen te bespreken.

## Hoewel de EMD-enquête voor of na de workshop diende te worden ingevuld, werd deze aan het einde van elke workshop besproken

### 3 Online enquête



Tijdens het laatste deel van de workshops werd de huisartsen opnieuw gevraagd de enquête in te vullen. Hoewel in de enquête een downloadlink was voorzien voor de handleidingen voor het uitvoeren van de populatieanalyses en de instructies ook rechtstreeks voor elke vraag werden getoond in de enquête zelf, werd besloten om de logica van de enquête en de instructies voor de analyses ook mondeling toe te lichten tijdens de workshop.

#### A. Keuze van toe te lichten software

Aangezien het om tijdsredenen meestal niet mogelijk was om de instructies van alle EMD-softwarepakketten te overlopen, werd aan de huisartsen gevraagd welke software zij gebruikten en werd de software met de meeste stemmen gekozen:



Hoewel de EMD-enquête voor of na de workshop diende te worden ingevuld, werd deze aan het einde van elke workshop besproken

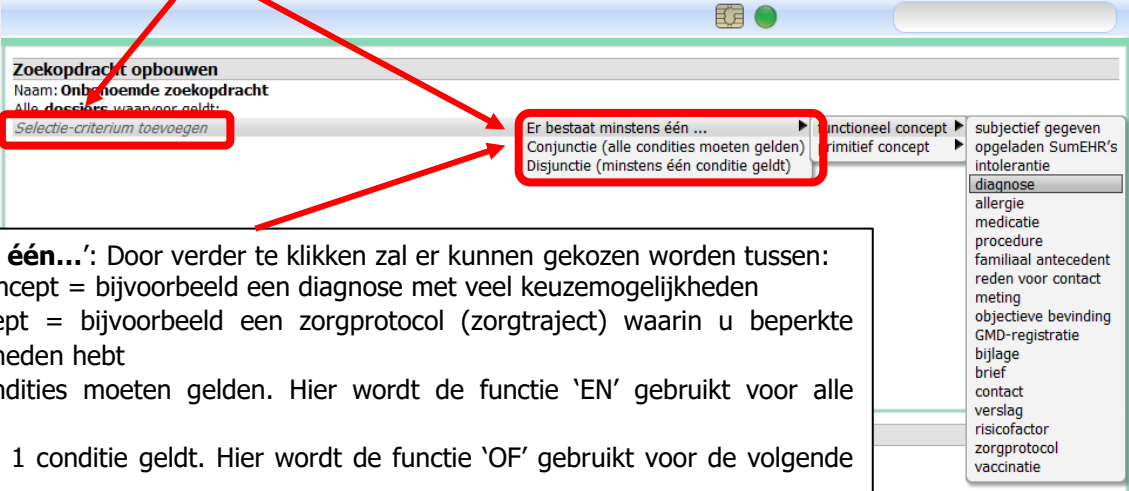
3 Online enquête



**B. Toelichting van de extractiemethode (populatie-analyse)**

De instructies voor de populatieanalyses waren identiek aan die in de handleidingen en in de enquête zelf. Het doel was niet alleen om te laten zien hoe de vragen moesten worden beantwoord, maar ook om huisartsen vertrouwd te maken met deze analysemethode in het algemeen.

Indien **'geavanceerde mogelijkheden'** aangevinkt is, zullen er 3 opties verschijnen wanneer er geklikt wordt op het zwart pijltje dat naar rechts wijst:



**1. 'Er bestaat minstens één...':** Door verder te klikken zal er kunnen gekozen worden tussen:

- a. Functioneel concept = bijvoorbeeld een diagnose met veel keuzemogelijkheden
- b. Primitief concept = bijvoorbeeld een zorgprotocol (zorgtraject) waarin u beperkte keuzemogelijkheden hebt

**2. 'Conjunctie':** alle condities moeten gelden. Hier wordt de functie 'EN' gebruikt voor alle volgende condities.

**3. 'Disjunctie':** minstens 1 conditie geldt. Hier wordt de functie 'OF' gebruikt voor de volgende condities.

*Daktari*

Naam: Onbepaalde zoekopdracht  
Alle dossiers waarop geldt:  
Selectie-criterium toevoegen

Er bestaat minstens één ...  
Conjunctie (alle condities moeten gelden)  
Disjunctie (minstens één conditie geldt)

functioneel concept  
primitief concept

subjectief gegeven  
opgeladen SumEHR's  
intolerantie  
diagnose  
allergie  
medicatie  
procedure  
familiaal antecedent  
reden voor contact  
meting  
objectieve bevinding  
GMD-registratie  
bijlage  
brief  
contact  
verslag  
risicofactor  
zorgprotocol  
vaccinatie



Hoewel de EMD-enquête voor of na de workshop diende te worden ingevuld, werd deze aan het einde van elke workshop besproken

3 Online enquête



**B. Toelichting van de extractiemethode (populatie-analyse)**

De instructies voor de bevolkingsanalyses waren identiek aan die in de handleidingen en in de enquête zelf. Het doel was niet alleen om te laten zien hoe de vragen beantwoord moesten worden, maar ook om huisartsen vertrouwd te maken met deze analysemethode in het algemeen.

Voorbeeld: **Totaal aantal CNI-patiënten met een eGFR tussen 30 en 44 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>** CareConnect

Statistiek Overzicht **Nieuw** Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

MINSTENS voldoen aan	NERGENS v	Element	Operator	Waarde
Evaluatie	Titel	Bevat	chronische nierinsufficiëntie	
+ Voeg conditie toe (OF relatie)				
MINSTENS voldoen aan	NERGENS voldoen aan			
Labouitslag	Parameter	Is gelijk aan	eGFR (MDRD)	
+ Voeg conditie toe (OF relatie)				
Labouitslag	Waarde	Is groter dan of gelijk aan	30	
+ Voeg conditie toe (OF relatie)				
Labouitslag	Waarde	Is kleiner dan of gelijk aan	44	
+ Voeg conditie toe (OF relatie)				

**Domein** (highlighted on Labouitslag)

**Meerdere criteria** (highlighted on the second section)

## 2. Lot 1

### 2.4 Resultaten

*Rapport Lot 1 opgesteld en geschreven door Antares Consulting*

## Na de workshops werden 4 verbetervelden vastgesteld

Op basis van het implementatieniveau van bepaalde aanbevelingen uit de richtlijn en de overwegingen van de huisartsen tijdens de workshops, komen 4 belangrijke gebieden voor verbetering naar voren:

**De kennis** van de richtlijn is voor verbetering vatbaar. Het implementatieniveau en de uitwisselingen illustreren een gebrek aan bepaalde basiskennis over het beheer van CNI bij huisartsen.

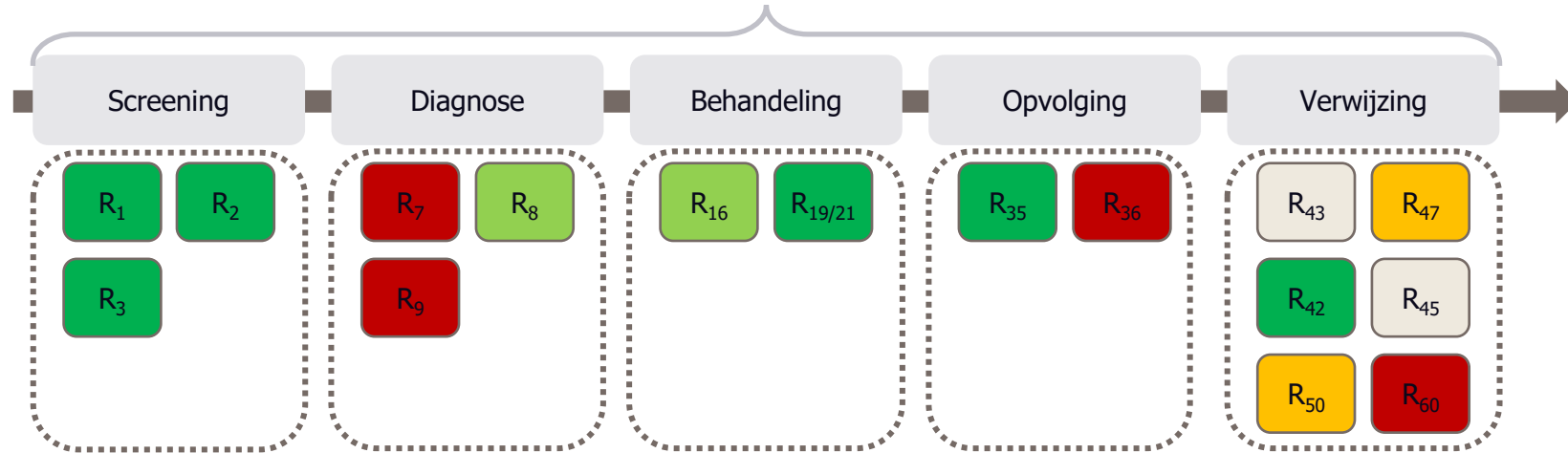
Er is behoefte aan meer **multidisciplinaire zorg voor** de CNI-patiënt. Dit vereist een beter begrip van de taakverdeling tussen alle zorgverleners (in het bijzonder tussen de huisarts en de nefroloog), alsmede een betere communicatie en informatie-uitwisseling.

Er is betere **opvolging** nodig van de implementatie uitvoering van de richtlijnen en van de zorg voor de CNI-patiënt in ruimere zin. Versterking van digitale opvolging (met behulp van het EMD) kan een belangrijke hefboom zijn om dit te bereiken.

**Patiëntenparticipatie** is een belangrijk element voor de succesvolle uitvoering van de aanbevelingen, en één waar ook verbetering nodig is.

## De resultaten van de workshops tonen een variabele implementatie van de aanbevelingen in het zorgtraject

Definitieve selectie van aanbevelingen gevalideerd door de expertengroep

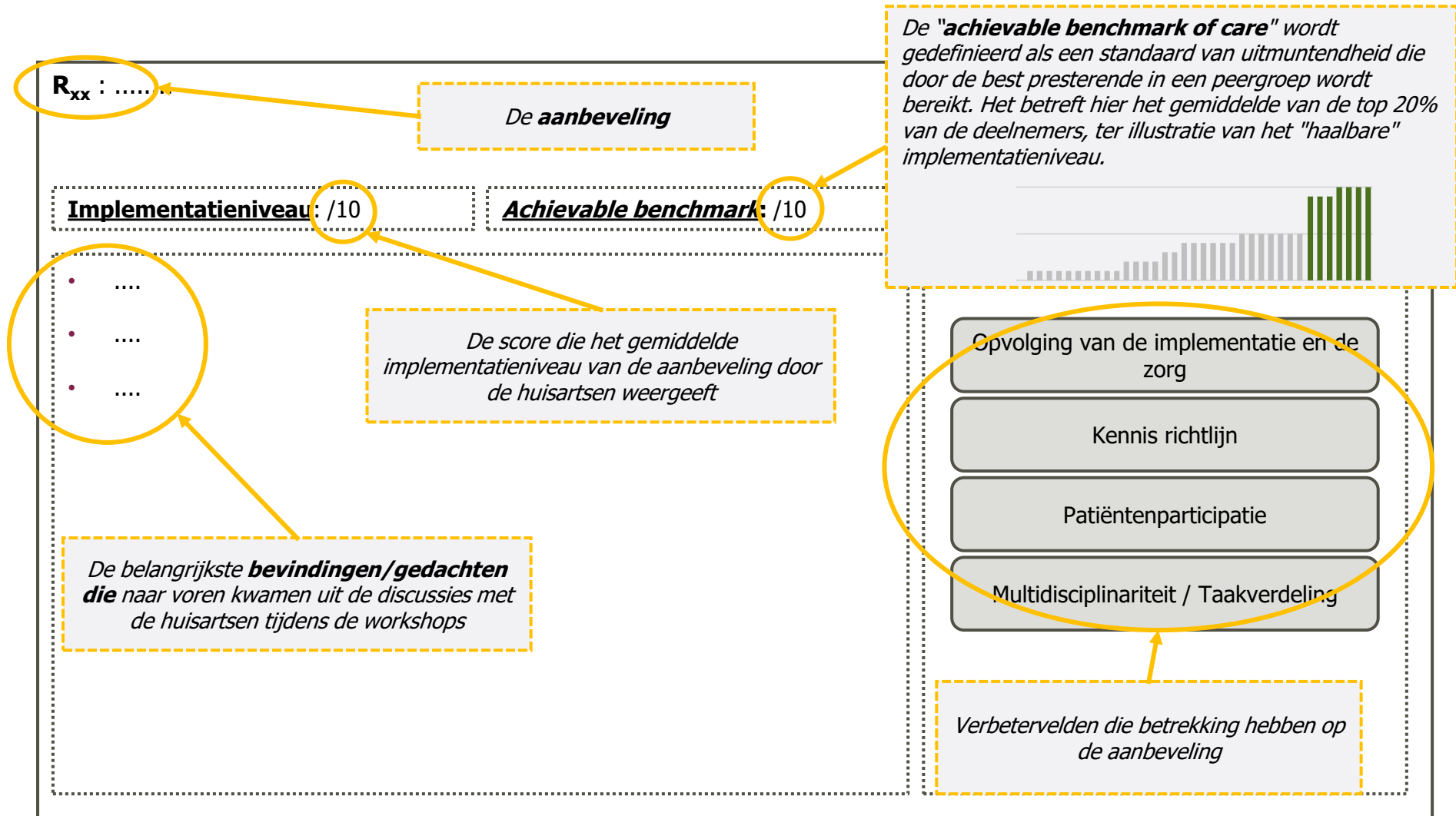


Schaal van **gemiddelde implementatiescores\*** voor elke behandelde aanbeveling :



\* Gebaseerd op de scores van de huisartsen voor hun eigen implementatie van de aanbevelingen

## De afzonderlijke aanbevelingen werden als volgt samengevat





**R<sub>1</sub>** : Screen naar nierinsufficiëntie bij patiënten met diabetes

**Implementatieniveau:**

9,6/10

**Achievable benchmark:**

10/10

**Verbeterveld(en):**

Gezien de relatie tussen diabetes en chronische nierziekten wordt deze aanbeveling in de praktijk bijna altijd uitgevoerd.

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling



**R<sub>2</sub>** : Screen naar nierinsufficiëntie bij patiënten met hypertensie

**Implementatieniveau:**

9,1/10

**Achievable benchmark:**

9,7/10

**Verbeterveld(en):**

- Net als bij diabetes is er een duidelijk verband tussen hypertensie en CNI (een van de mogelijke oorzaken van hypertensie). Bijgevolg wordt deze aanbeveling ruimschoots geïmplementeerd.
- De controle gebeurt bij elke bloedtest.

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling



**R<sub>3</sub>** : Screen naar nierinsufficiëntie bij patiënten met ischemisch hartlijden en/of hartdecompensatie en/of perifeer vaatlijden en/of cerebraal vaatlijden

**Implementatieniveau:**

8,9/10

**Achievable benchmark:**

9,7/10

**Verbeterveld(en):**

- Een door huisartsen vaak genoemde reden voor implementatie is het voorschrijven van diuretica voor dit type patiënt.
- Men was echter terughoudend om zich met de specialisten te bemoeien (normaal controleert de cardioloog automatisch op IR met een bloedtest).
- Screening gebeurt door het nemen van bloedmonsters, maar dan voor het meten van de eGFR. Urineonderzoek (vooral voor albuminurie en proteïnurie) wordt minder vaak gedaan.

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling





**R<sub>7</sub>** : Bepaal de gecorrigeerde albuminurie of gecorrigeerde proteïnurie bij een eGFR <60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

**Implementatieniveau:**

6,0/10

**Achievable benchmark:**

7,7/10

**Verbeterveld(en):**

- Gecorrigeerde albuminurie wordt vaker uitgevoerd dan gecorrigeerde proteïnurie, vooral bij diabetespatiënten.
- Gecorrigeerde albuminurie en gecorrigeerde proteïnurie worden gemeten met urinetests. Dit wordt gezien als een taak voor de nefroloog, waarbij de huisarts fase 1 en 2 beheert en de nefroloog vanaf fase 3.
- Een eGFR van 55-60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> wordt voor deze tests als relatief hoog beschouwd.
- Deze tests worden bij ouderen minder vaak uitgevoerd vanwege de natuurlijke achteruitgang van de eGFR.

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling



**R<sub>8</sub>** : Bepaal het stadium van nierinsufficiëntie aan de hand van de eGFR

**Implementatieniveau:**

8,1/10

**Achievable benchmark:**

9,3/10

**Verbeterveld(en):**

- De meeste artsen gebruiken de eGFR, maar kennen de stadia niet altijd.
- De eGFR wordt automatisch gegeven door het laboratorium wanneer de huisarts een bloedmonster afneemt. De definitie van het stadium wordt echter nog (te) vaak overgelaten aan de nefroloog (wegens gebrek aan kennis).
- **Specifieke opmerkingen :**
  - Tegenwoordig wordt de nieuwe internationale formule voor het bepalen van de eGFR, de CKDI-EPI, gebruikt in plaats van de MDRD-formule.
  - Veel criteria kunnen de eGFR beïnvloeden, daarom meten sommige artsen in plaats daarvan creatinine.

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling



**R<sub>9</sub>** : Stel een echografie van de nieren en urinewegen voor bij patiënten met CNI en progressieve nierinsufficiëntie

**Implementatieniveau:**

6,6/10

**Achievable benchmark:**

8,3/10

**Verbeterveld(en):**

- De implementatie is vrij sterk gekoppeld aan de bijbehorende pathologie (familiale polycysteuze nieren, hematurie).
- De leeftijd van de patiënt wordt opnieuw vaak genoemd als een factor die verband houdt met de uitvoering.
- Patiënten worden nog vaak doorverwezen naar de nefroloog voor een echografie.
- Niet alle huisartsen zijn op de hoogte dat echografie deel uitmaakt van hun taken.

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling



**R<sub>16</sub>** : Geef de patiënt met CNI informatie (mee) over: Wat is CNI en hoe treft dit de patiënt? Wat doen de nieren? Hoe worden de nieren nagekeken? Waarom moeten de nieren nagekeken worden? Wat betekent het resultaat van de niertest? Wat zijn nierschadelijke producten en situaties?

**Implementatieniveau:**

8,0/10

**Achievable benchmark:**

9,2/10

**Verbeterveld(en):**

- Over het algemeen informeren huisartsen de patiënt ook zelf (op een min of meer basale manier) over CNI. Zij gaven aan dat zij niet noodzakelijkerwijs alle details geven, aangezien een deel van deze taak ook bij de diëtist en de nefroloog ligt.
- De meerderheid van de artsen wist niet dat er een brochure bestaat met informatie over CNI (brochures Domus Medica & SSMG).
- Informatie van de nefroloog werd soms ervaren als moeilijk te begrijpen en moeilijk te verkrijgen.

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling



**R<sub>19/21</sub>** : Stimuleer patiënten met CNI om aan lichaamsbeweging te doen en om te stoppen met roken.

**Implementatieniveau:**

9,5/10

**Achievable benchmark:**

9,6/10

**Verbeterveld(en):**

Consensus over nut, maar soms moeilijk om patiënt te overtuigen.

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling



**R<sub>34</sub>** : Het aanbevolen basiscontroleschema beveelt jaarlijkse monitoring van eGFR, gecorrigeerde albuminurie en gecorrigeerde proteïnurie aan

**Implementatieniveau:**

7,3/10

**Achievable benchmark:**

8,9/10

**Verbeterveld(en):**

- De meeste huisartsen meten eGFR, en soms gecorrigeerde albuminurie (vooral voor diabetespatiënten), maar niet noodzakelijk gecorrigeerde proteïnurie.
- Als de patiënt door de nefroloog wordt gevolgd, worden naast de eGFR jaarlijks de albuminurie en proteïnurie gemeten. In dat geval ligt de taak niet meer bij de huisarts.
- Hiervoor is voldoende contact met de patiënt nodig. Verwaarlozingsfactor voor sommige patiënten.
- Ook de leeftijd van de patiënt speelt een rol.

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling



**R<sub>35</sub>** : Bepaal de eGFR vóór elk contrastonderzoek, als er geen recente (laatste 12 maanden) waarde gekend is

**Implementatieniveau:**

8,9/10

**Achievable benchmark:**

8,9/10

**Verbeterveld(en):**

- De meeste huisartsen doen dit, behalve wanneer de verantwoordelijkheid bij de radioloog ligt.
- Veel artsen hanteren zelfs een criterium van 6 maanden.
- Sommige artsen zijn echter van mening dat dit een taak is voor de specialist.

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling



**R<sub>36</sub>** : Gebruik diuretica in de laagst mogelijke dosis en titreer langzaam op, enkel in geval van symptomen van vochtretentie

**Implementatieniveau :**

7,2/10

**Achievable benchmark :**

10/10

**Verbeterveld(en):**

- Huisartsen verklaren meestal dat zij de ernst van de symptomen van vochtretentie en het stadium van het hartfalen beoordelen.
- Sommige artsen gebruiken een schema om de dosis te bepalen aan de hand van het gewicht van de patiënt.
- Vragen over **welk diureticum wordt geadviseerd**, wijzen op een gebrek aan kennis van de Richtlijn (de Richtlijn verwijst specifiek naar loopdiuretica zoals bumetanide en tobesamide).

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling





**R<sub>43</sub>** : Verwijs patiënten met een eGFR tussen 30-45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en gecorrigeerde albuminurie >200 mg/g voor een man of 300 mg/g voor een vrouw en/of een proteïnurie >1000 mg/24 u of een gecorrigeerde proteïnurie >1000 mg/g. voor inclusie in het zorgtraject

**Implementatieniveau :** n.v.t.

**Achievable benchmark :** n.v.t.

**Verbeterveld(en):**

- Over het algemeen zouden artsen alle vier de opties overslaan, maar dit is een gok.
- Artsen waren **meer gericht op de eGFR, ze wisten minder over de andere parameters.**

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling



**R<sub>45</sub>** : Verwijs patiënten met een eGFR tussen 30 en 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en een achteruitgang van de eGFR van meer dan 10 ml/min in 5 jaar tijd of van meer dan 5 ml/min in 2 jaar tijd voor diagnostische oppuntstelling

**Implementatieniveau :** n.v.t.

**Achievable benchmark :** n.v.t.

**Verbeterveld(en):**

- In theorie verwijzen de huisartsen beide gevallen door, maar ze controleren/wachten niet altijd tot de eGFR verslechtert. Ze kijken vooral of de waarde onder de 45 ligt.
- Er moet een onderscheid worden gemaakt op basis van leeftijd. Sommige artsen vinden het niet nuttig om een 85-jarige patiënt die niet meer behandeld wil worden, door te verwijzen. Anderen vinden dat verwijzing voor oppuntstelling op elke leeftijd belangrijk is.

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling

Screening	Diagnose	Behandeling	Opvolging	Verwijzing
-----------	----------	-------------	-----------	------------

**R<sub>47</sub>** : Verwijs patiënten met een persisterende significante albuminurie (ACR  $\geq$ 300 mg/g) voor diagnostische oppuntstelling

**Implementatieniveau :**

7,6/10

**Achievable benchmark :**

10/10

**Verbeterveld(en):**

- Deze aanbeveling werd tijdens de workshops weinig besproken.
- Sommige artsen passen dit toe, maar de meeste wisten niet wat de waarde van de parameter is of hoe vaak deze moet worden gemeten.

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling



**R<sub>50</sub>** : Verwijs patiënten met persisterende afwijkende kaliumwaarden door voor diagnostische oppuntstelling

**Implementatieniveau :**

7,9/10

**Achievable benchmark :**

10/10

**Verbeterveld(en):**

- Huisartsen vragen vaak het advies van een nefroloog bij chronische hyperkaliëmie.
- Opletten voor pseudohyperkaliëmie door de vertraging tussen het bloedonderzoek en de laboratoriumanalyse.

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling



**R<sub>58</sub>** : Verwijs patiënten met een eGFR < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> naar een nefroloog

**Implementatieniveau :**

9,8/10

**Achievable benchmark :**

10/10

**Verbeterveld(en):**

- Huisartsen volgen deze aanbeveling unaniem op.
- De meeste artsen zeggen dat ze patiënten sneller doorverwijzen naar de nefroloog en dat ze niet moeten wachten op een eGFR van 30 ml/min./1,73 m<sup>2</sup>. Huisartsen verwijzen patiënten vanaf een waarde van 45-50 vaak door naar de specialist.

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling



**R<sub>60</sub>** : Als dieetadvies nodig is bij patiënten met CNI dan is overleg met de nefroloog en verwijzing naar een erkende diëtist aangewezen.

**Implementatieniveau :**

4,2/10

**Achievable benchmark :**

9,6/10

**Verbeterveld(en):**

Huisartsen passen deze aanbeveling het minst toe. Hiervoor zijn verschillende redenen aangehaald:

- Weten niet wie ze moeten contacteren, kennen niet veel gespecialiseerde diëtisten.
- Tekort aan diëtisten in sommige gebieden. In dit geval verwijzen huisartsen de patiënt naar een nefroloog, die vervolgens het zorgprogramma ingaat en een diëtist krijgt.
- Gezien als de verantwoordelijkheid van de nefroloog.
- Reflex om diabetespatiënten naar een diëtist te sturen, maar niet noodzakelijkerwijs CNI-patiënten.

Opvolging van de implementatie en de zorg

Kennis richtlijn

Patiëntenparticipatie

Multidisciplinariteit / Taakverdeling

## 2. Lot 1

### 2.5 Ondervonden moeilijkheden

*Rapport Lot 1 opgesteld en geschreven door Antares Consulting*

## Moeilijkheden met de organisatie van workshops en de zelfevaluatie-enquête

De opdracht voor Lot 1 van het project was gericht op het uitvoeren van een zelfevaluatie van de EMD-systemen van huisartsen. Dit was om hun praktijken bij het screenen en opvolgen van patiënten met CNI te vergelijken met de aanbevelingen van de Richtlijn. Dit bleek in de praktijk een moeilijke opgave te zijn. Aanvankelijk vond deze fase van het project plaats midden in de COVID-19-crisis. Dit legde een aanzienlijke druk op de huisartsen, waardoor de reeds hoge werklast verder toenam, een vormde een belangrijke factor die het moeilijk maakte om deelnemers te werven voor de enquête en de workshops...

...in termen van contactmogelijkheden (automatische beantwoording van e-mails, moeilijkheden bij het leggen van telefonisch contact).

...in termen van beschikbaarheid en bereidheid: er was een duidelijke terughoudendheid om deel te nemen aan de enquête, voornamelijk vanwege tijdgebrek. Daarnaast waren er ook moeilijkheden met de workshops (vertragingen of annuleringen wegens overbelasting), ondanks het feit dat deze 's avonds werden georganiseerd.

Ten tweede brachten de resultaten van de populatieanalyses zelf problemen met de bruikbaarheid van de EMD-gegevens aan het licht. De gegevens kwamen vaak niet overeen met de werkelijkheid, ondanks het gebruik van een methodologie die was gevalideerd door een in EMD-software gespecialiseerd bedrijf. Mede om die reden, en vanwege de lage respons op de enquête, zijn de resultaten van de zelfevaluatie niet in het rapport opgenomen.

Dit deel van het rapport heeft tot doel de bovengenoemde moeilijkheden, die een aanzienlijke vertraging van het project hebben veroorzaakt, op te helderen en aanbevelingen te doen waarmee bij soortgelijke initiatieven in de toekomst rekening dient te worden gehouden.



## De moeilijke agenda's van de huisartsen werden duidelijk door het grote aantal annuleringen voor de workshops

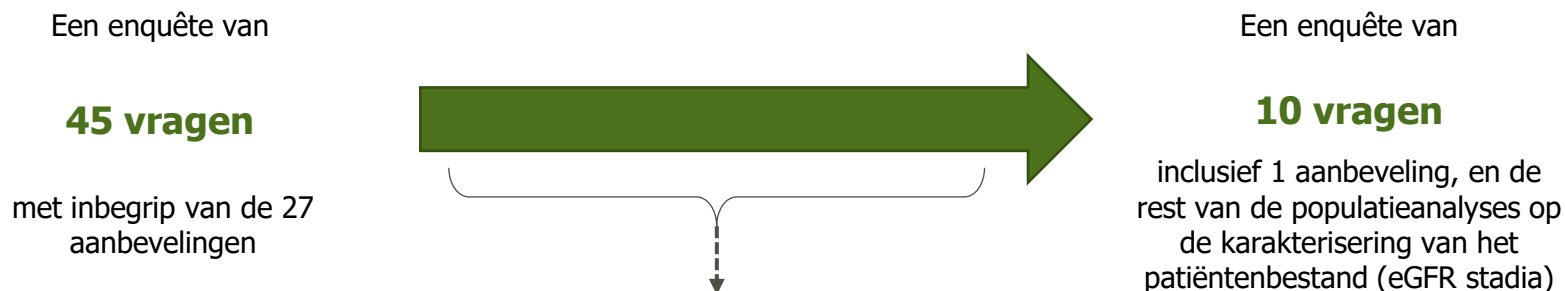
Een groot aantal ingeschrevenen kwam niet opdagen:



Bij fysieke sessies werd aanzienlijk vaker afgezegd. Doordat 50% van de workshops online werden georganiseerd, konden sommige huisartsen die hadden afgezegd voor een fysieke sessie echter toch deelnemen.

## De beschikbaarheid/bereidheid van de artsen en de uitvoerbaarheid hebben aanzienlijke veranderingen teweeggebracht

Het aantal vragen moest drastisch worden verminderd:



Deze aanzienlijke vermindering was te wijten aan 2 factoren, namelijk:

1. Gebrek aan tijd en bereidheid om de enquête te beantwoorden.
2. Op basis van feedback van huisartsen werd geleidelijk duidelijk dat een groot aantal indicatoren in de praktijk niet kon worden geëxtraheerd.

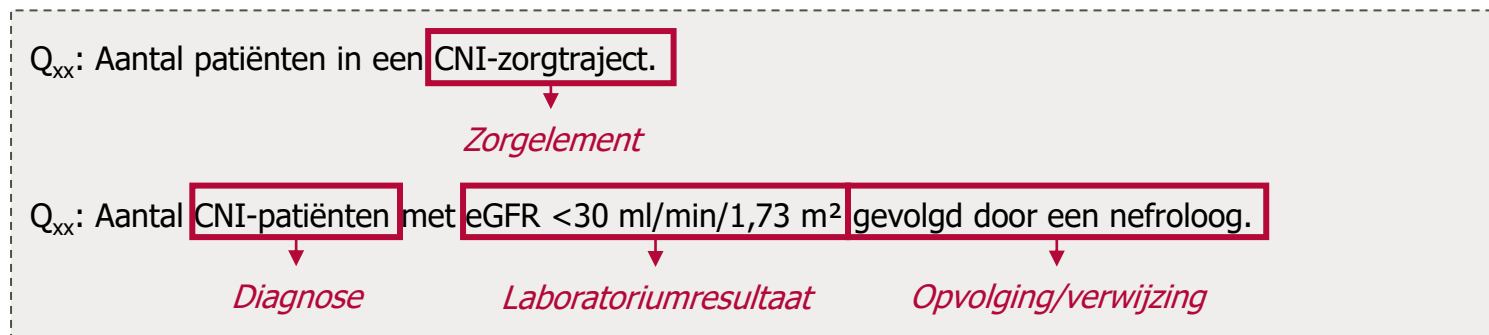
Deze factoren hebben geleid tot een verandering in de logica van het project. Workshops werden de belangrijkste methode om het implementatieniveau van de aanbevelingen te achterhalen, in plaats van de zelfevaluatie-enquête.

## De resultaten van de enquête kwamen niet overeen met de werkelijkheid

Bij het bekijken van de enquêteresultaten werd al snel duidelijk dat deze niet bruikbaar zouden zijn voor het analyseren van het implementatieniveau van de aanbevelingen. Er werden systematisch geen resultaten of zeer lage cijfers vastgesteld. Ter bevestiging hiervan kwamen sommige huisartsen zelf naar voren, hetzij :

- Om erop te wijzen dat de resultaten van de populatieanalyse uit hun EMD niet overeenkwamen met de werkelijkheid;
- Om (vooraf) aan te geven dat zij de gevraagde gegevens niet hadden geregistreerd en er bijgevolg niet naar konden zoeken.

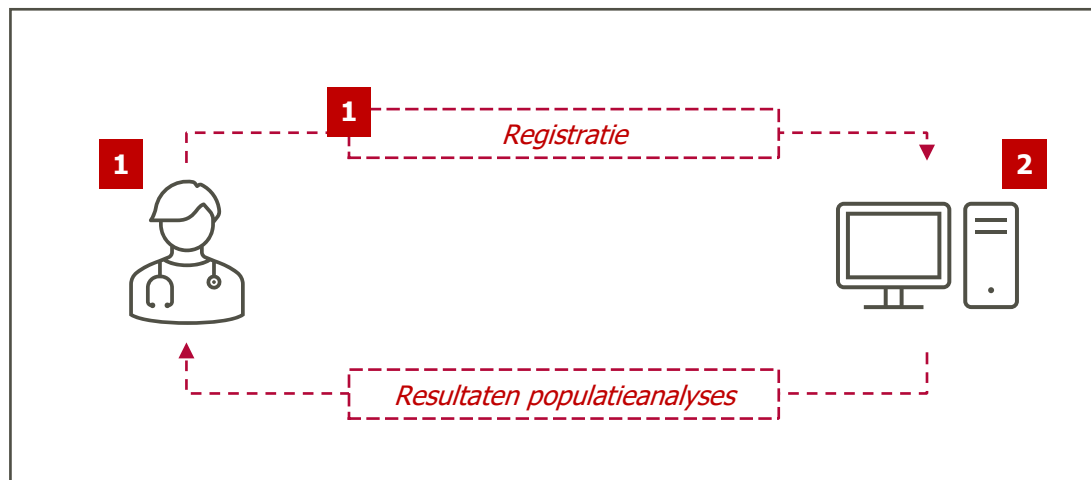
Het meest genoemde voorbeeld hier was het aantal patiënten in een CNI-zorgtraject, deels omdat de huisarts hier een beter beeld had van de werkelijke grootorde, waardoor foutieve resultaten gemakkelijker konden worden opgemerkt. Deze indicator was echter ook het gemakkelijkst te op te zoeken. Voor andere indicatoren waarbij meerdere zoekparameters moesten worden gecombineerd en/of ongestructureerde gegevens moeten worden opgevraagd, was de kans op correcte resultaten dus nog kleiner, zoals blijkt uit onderstaand voorbeeld.



## Er zijn twee belangrijke redenen voor de problemen bij de populatie

Onderstaande figuur illustreert de problemen die zich voor, tijdens en na de workshops voordeden en die de resultaten verklaren die niet met de werkelijkheid overeenstemmen, namelijk :

- 1** Inconsistente/onbestaande **registratiegewoonten** bij huisartsen
- 2** **EMD-software** die het moeilijk maakt om specifieke indicatoren te registreren en te extraheren



*Vicieuze cirkel ter illustratie van het probleem van het registreren en opvragen van gegevens door huisartsen*

## Gegevensregistratie, vooral in het CNI-zorgtraject, is slecht geïntegreerd in de praktijk van de huisarts

### 1 Inconsistente/onbestaande registratiegewoonten bij huisartsen

Huisartsen zijn vaak niet gewend om de gegevens te registreren die nodig zijn om de in de enquête opgenomen indicatoren te onderzoeken. Bovendien waren veel huisartsen niet vertrouwd met de gegevensextractiemethode (populatieanalyse). Dit punt werd zowel tijdens het invullen van de enquête als tijdens de workshops vermeld. Als belangrijkste reden werd de werklast genoemd die gepaard gaat met het coderen en later uitvoeren van populatieanalyses. Het is belangrijk om met deze beperking rekening te houden bij de selectie van de indicatoren die in het zorgtraject moeten worden gevolgd, zoals vermeld in aanbeveling 6A (cf. infra) (zorgen voor een beperkt volume).



*Continuüm van gegevensregistratie door huisartsen*

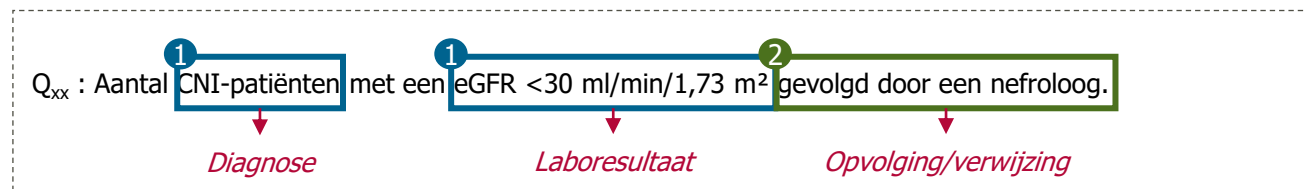
## Registratiegewoontes die moeten worden versterkt... maar een systeem dat dit toelaat bemoeilijkt

### 2 EMD-software die het moeilijk maakt om specifieke indicatoren te registreren

Naast de gewoontes van de huisarts werd vastgesteld dat de EMD-software de registratie en daaropvolgende extractie van de voor de geselecteerde indicatoren vereiste gegevens niet faciliteerde.

Ten eerste bood sommige software niet de mogelijkheid om sommige (delen van) indicatoren als gestructureerde gegevens te registreren. Artsen die hun gegevens vastlegden, deden dat vaak op een ongestructureerde manier (vrije tekst). Dit probleem vormt de basis van aanbeveling 6B (cf. infra).

*Voorbeeld: gestructureerde versus ongestructureerde gegevens (kan variëren afhankelijk van de EMD-software)*



- 1 Het aantal patiënten met de diagnose CNI kan gestructureerd worden geregistreerd. Hetzelfde geldt voor het laboresultaat.
- 2 Opvolging door of verwijzing naar een nefroloog wordt meestal in vrije tekst vastgelegd (wat op zich al relatief weinig wordt gedaan). Daarom is het momenteel vrijwel onmogelijk om een uniforme methode voor populatieanalyse vast te stellen.

## Registratiegewoontes die moeten worden versterkt... maar een systeem dat dit toelaat bemoeilijkt

### 2 EMD-software die het moeilijk maakt om specifieke indicatoren te registreren

Bovendien zijn er andere problemen aan de orde gesteld die de registratie, het toezicht en de extractie van gegevens kunnen bemoeilijken. Deze voorbeelden zijn niet exhaustief, maar tonen aan dat het moeilijk is om dit type analyse vandaag de dag correct uit te voeren:

- Voor een van de EMD-programma's zal het zoeken naar een specifieke eGFR-waarde systematisch alle patiënten weergeven die een laboresultaat met die waarde hebben gehad. Bijvoorbeeld, een patiënt met een eGFR tussen 30 en 45, maar wiens meest recente eGFR-meting 15 is, verschijnt ook in de resultaten tussen 30 en 45. Met andere woorden, een patiënt met een bepaalde waarde kan in werkelijkheid al een aanzienlijk lagere nierfunctie hebben.
- Problemen met het bijwerken van het datawarehouse van een van de softwarepakketten bemoeilijken het verkrijgen van correcte analyseresultaten.

## Uitwisselingen met verschillende actoren bevestigden deze resultaten

Voor verdere verduidelijking werd contact opgenomen met onderzoekers die hebben bijgedragen aan het Sciensano EVACQ-rapport over zorgtrajecten voor diabetes mellitus type 2 en chronische nierinsufficiëntie (2019). In dit rapport werden eGFR en zorgtrajectstatus (al dan niet ingeschreven in een CNI-zorgtraject) gebruikt als parameters, en de gegevens werden gedeeltelijk ontleend aan extracties uit het EMD van huisartsen in België. Daarom rees de vraag hoe de algemene consistentie van de handmatig verzamelde gegevens van de DME's werd gewaarborgd. De onderzoekers gaven aan dat niet alle huisartsen of EMD-software de status van het zorgtraject op gestructureerde wijze vastlegden, waardoor de resultaten werden onderschat.



Er vonden verschillende uitwisselingen plaats met de softwareleverancier CareConnect. Dit omvatte het onderzoeken van het grote aantal nulresultaten in de populatieanalyses. Zij bevestigden dat, ook in hun ervaring, er inderdaad een gebrek aan registratie was bij de eindgebruikers.



De softwareleverancier Medispring werd ook gevraagd instructies te geven voor het uitvoeren van populatieanalyses. Zij uitten echter hun twijfels over de betrouwbaarheid van de gegevens, aangezien naar hun ervaring zeer weinig huisartsen CNI-parameters consistent coderen in hun EMD.



## Naar aanleiding van deze moeilijkheden kunnen suggesties voor toekomstige initiatieven worden gedaan

### Voor bruikbare populatieanalyses

Voor huisartsen bleken populatieanalyses moeilijk, ook omdat zij hier weinig vertrouwd mee waren. Hoewel het voorzien van de handleidingen hielp, zou het raadzaam zijn om de artsen meer ondersteuning te geven bij het uitvoeren van dergelijke analyses. Dit zou kunnen gebeuren tijdens speciale workshops, in aanwezigheid van een of meer deskundigen op het gebied van EMD-software die indien nodig ondersteuning kunnen bieden. Uiteraard blijft een eerste (correcte) registratie van gegevens een voorwaarde voor een succesvolle populatieanalyse.

Bovendien is het aangewezen om de softwareleveranciers rechtstreeks te benaderen voor het opstellen van instructies voor populatieanalyses. De softwarepakketten ondergaan voortdurend wijzigingen/updates die subtiel kunnen zijn, maar die een aanzienlijk effect kunnen hebben op de betrouwbaarheid van de analyses. In dit project waren er achteraf nog veel uitwisselingen nodig met leveranciers om elementen van de handleidingen te corrigeren voordat ze werden verzonden. Om tijd te besparen is het daarom aan te raden om direct naar de bron te gaan.

### Voor een groter aantal deelnemers aan soortgelijke workshops

Zoals vermeld was het uitvalpercentage van de deelnemers relatief hoog. Hoewel de workshops geaccrediteerd waren, werden ze niet georganiseerd als onderdeel van LOKs, wat verplichte deelname impliceert. Verschillende artsen meldden dan ook dat er voortdurend naar onderwerpen voor LOKs wordt gezocht, en dat de workshop daarvoor ideaal zou zijn geweest. In dit verband is het belangrijk om voor dit soort initiatieven vanaf het begin samen te werken met lokale en overkoepelende artsenverenigingen.

## 3. Lot 2

*Rapport Lot 2 opgesteld en geschreven door UC Leuven-Limburg*

## 3. Lot 2

### 3.1 Doelstellingen

*Rapport Lot 2 opgesteld en geschreven door UC Leuven-Limburg*

## Lot 2

Ondanks de (gedeeltelijke) terugbetaling van consultaties bij een diëtist binnen het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie, ligt de dieetbehandeling van CNI nog te weinig in de eerste lijn. Dit kan deels verklaard worden door een stoeve doorverwijzing van huisarts naar diëtist (Bollaerts, 2020). Het doel van Lot 2 is het versterken van de dieetbehandeling van chronische nierinsufficiëntie in de eerste lijn, met als uitgangspunt het reflecteren over het eigen handelen rond het thema CNI stadium 3 en 4 met diëtisten tijdens groepsessies. Het doel is dat diëtisten door individuele en groepsreflectie kritisch kijken naar hun eigen werking omtrent CNI, van elkaar leren, de inhoud van de richtlijn leren kennen of opfrissen en een individueel verbeterplan en actieplan opstellen om hun eigen praktijkvoering rond CNI te verbeteren. Naast de individuele feedback voor de diëtist kan de groepsfeedback belangrijke informatie aanleveren om de implementatie van dieetadvies en de interdisciplinaire samenwerking in België te bevorderen. Aanvullend worden er samen met de huisartsen één multidisciplinaire sessie gehouden, om te bekijken hoe transmurale en inter-disciplinaire samenwerking kan versterkt worden.

## Doelstellingen

1. Implementeren van de multidisciplinaire richtlijn CNI (2016), nationale richtlijn CNI (2012) en de monodisciplinaire dieetrichtlijn (2020)
2. Optimaliseren van de dieetbegeleiding van CNI in de eerstelijnszorg,
3. Afstemmen van de multidisciplinaire zorg van personen met chronische nierinsufficiëntie (CNI), stadium 3 en 4,
4. Zelfreflectie van de diëtist in de behandeling van CNI en indien nodig een individueel verbeterplan opstellen.

## 3. Lot 2

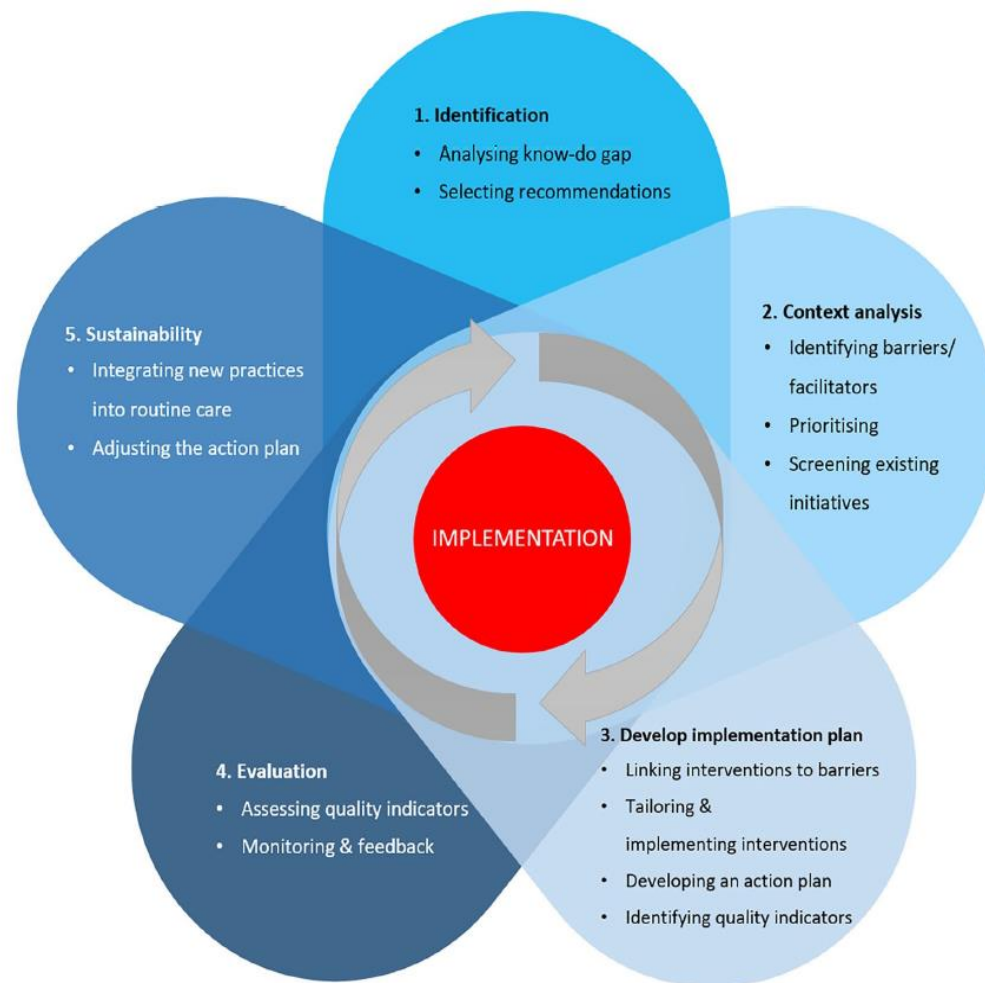
### 3.2 Methode

*Rapport Lot 2 opgesteld en geschreven door UC Leuven-Limburg*

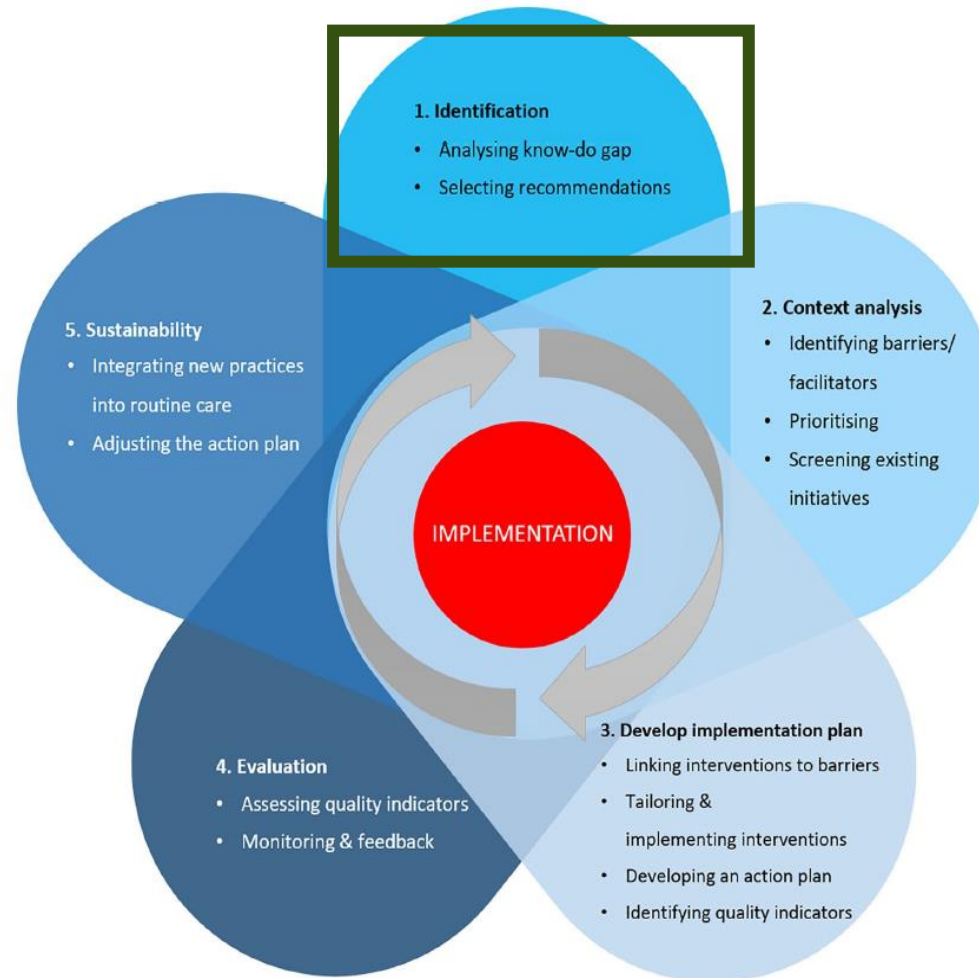
Gedurende de uitvoering van dit project diende het implementatiemodel van Peters et al. (2020) als uitgangspunt voor de ontwikkeling van gepaste implementatiestrategieën.

Dit is een theoretisch raamwerk gebaseerd op vijf cruciale stappen:

1. Identificatie
2. Contextanalyse
3. Implementatieplan
4. Evaluatie
5. Duurzaamheid



Peters, S., Bussi eres, A., Depreitere, B., Vanholle, S., Cristens, J., Vermandere, M., & Thomas, A. (2020). Facilitating Guideline Implementation in Primary Health Care Practices. *Journal of primary care & community health*, 11, 2150132720916263.



### 1. IDENTIFICATIE

- A. Samenstelling stakeholdersgroep  
Om te garanderen dat resultaten toepasbaar en relevant zijn in de lokale context werd een stakeholdersgroep opgesteld om de selectie van aanbevelingen, barrières en facilitatoren voor de groepsreflectiesessies te bevestigen.
- B. Analyse know-do gap  
Het in kaart brengen van de kloof tussen evidence-based aanbevelingen en de huidige praktijkvoering is cruciaal om de belangrijkste aanbevelingen voor implementatie te selecteren.
- C. Selecteren van aanbevelingen uit richtlijn met grootste voordeel/potentieel  
Het is niet haalbaar om een hele richtlijn in één keer te implementeren, waardoor de belangrijkste aanbevelingen werden geselecteerd tijdens een finale sessie met de stakeholdersgroep.

#### 2.1.1 Samenstelling stakeholdersgroep

De stakeholdersgroep bestond uit 5 diëtisten, 1 huisarts, 1 nefroloog, 1 verpleegkundige voor Vlaanderen en uit 3 diëtisten, 1 nefroloog, 1 verpleegkundige, 1 huisarts voor Wallonië. Ze kregen de opdracht om de volgende vragenlijsten\* in te vullen en sessies bij te wonen:

- Vragenlijst 1: Aanvullen van barrières en facilitators
- Vragenlijst 2: Ranking van barrières en facilitators
- Groepsessie 1: Finale selectie van barrières en facilitators + screening bestaande initiatieven
- Vragenlijst 3: Indicatoren aanvullen + ranking
- Groepsessie 2: Finale selectie indicatoren
- Vragenlijst 4: Feedback indicatorenfiches + aanvullingen

\*De vragenlijsten voor het uitvoeren van stap 1: identificatie en stap 2: contextanalyse werden samengevoegd om de opdracht efficiënter te maken voor de stakeholders. De resultaten van de selectie van barrières, facilitatoren en kwaliteitsindicatoren zullen daarom besproken worden bij STAP 2: Contextanalyse en STAP 3 Implementatieplan.

#### 2.1.2 Analyse know-do gap

Om de kloof tussen de aanbevelingen en de praktijkwerking na te gaan werd gevraagd aan de Vlaamse en Waalse stakeholdersgroepen om de aanbevelingen uit de richtlijn te beoordelen via een vragenlijst en twee groepsessies om een consensus te bereiken.

#### **Vragenlijst 1: Aanvullen van barrières en facilitators**

De eerste vragenlijst bestond uit het selecteren van aanbevelingen uit de dieetrichtlijn, het overzicht van barrières voor de implementatie van aanbevelingen uit de dieetrichtlijn beoordelen (o.a. duidelijkheid) en aanvullen. De barrières werden ingedeeld volgens de niveaus klinische richtlijn, individuele professional, patiënt, sociale context, organisatiecontext, economische en politieke context. Bijlage 3 bevat de volledige vragenlijst. De stakeholders kregen de volgende instructies in de vragenlijst:

#### *Selectie aanbevelingen*

In onderstaande tabel vindt u een overzicht van alle aanbevelingen uit de dieetrichtlijn. Sommige aanbevelingen worden mogelijk al goed toegepast in de praktijk. Het is bijgevolg niet noodzakelijk om tijdens dit project in te zetten op de implementatie van alle aanbevelingen. Vooral aanbevelingen waarbij er een kloof bestaat tussen de recente wetenschappelijke evidentie en de praktijkvoering van eerstelijnsdiëtisten (= know-do-gap) verdienen aandacht tijdens dit implementatieproject. U mag met '+', '++' of '+++' aangeven in de tabel hoe groot deze know-do-gap is voor iedere aanbeveling, en op welke aanbevelingen we bijgevolg focussen tijdens het verdere verloop van dit implementatieproject. Er is ruimte voorzien voor eventuele opmerkingen.

*+: klein/geen verschil tussen aanbeveling en praktijk in eerste lijn en/of minder belangrijk om mee verder te gaan*

*++: matig verschil tussen aanbeveling en praktijk in eerste lijn en/of matig belangrijk om mee verder te gaan*

*+++: groot verschil tussen aanbeveling en praktijk in eerste lijn en/of zeer belangrijk om mee verder te gaan*



## *Beoordelen barrières*

Tijdens dit tweede deel van de vragenlijst identificeren we mogelijke barrières voor de implementatie van aanbevelingen uit de dieetrichtlijn. Een duidelijk overzicht van barrières is cruciaal voor een goede implementatie. Aan de hand van een literatuurstudie werd een eerste set van barrières opgesteld. U mag het aangeven als er bepaalde barrières onduidelijk zijn. Daarnaast mag u deze steeds aanvullen door wijzigingen bij te houden in het document. (Taakbalk bovenaan in Word: 'Controleren' > 'Wijzigingen bijhouden'). Indien er barrières irrelevant of niet van toepassing zijn, mag u deze doorstrepen. Opmerking: De barrières zijn algemeen geformuleerd, en niet specifiek voor bepaalde aanbevelingen. U mag ook barrières toevoegen voor specifieke aanbevelingen uit de dieetrichtlijn.

## **Vragenlijst 2: Ranking van barrières en facilitatoren**

In de tweede vragenlijst werden barrières en facilitatoren beoordeeld op aanwezigheid en veranderbaarheid. Bovendien was er nog geen consensus bereikt over de selectie van aanbevelingen waardoor er opnieuw vragen werden toegevoegd om consensus te bereiken. Bijlage 4 bevat de volledige vragenlijst. De stakeholders kregen de volgende instructies:

### *Selectie aanbevelingen*

Uit de eerste antwoordronde kwamen 12 aanbevelingen naar voor om verder mee te nemen in het project. Deze 12 aanbevelingen worden weergegeven in onderstaande tabel. Er is geen consensus over alle aanbevelingen. Daarom werden enkele argumenten pro en contra (die voortkwamen uit de eerste vragenlijst) toegevoegd. U mag bij iedere aanbeveling aangeven of u deze voldoende belangrijk vindt om mee te nemen tijdens het verdere verloop van het implementatieproject (ja) of niet (nee). Er is ruimte voorzien voor opmerkingen.

### *Selectie barrières*

Tijdens dit tweede deel van de vragenlijst gaan we op zoek naar de belangrijkste barrières waarop we met dit project kunnen inzetten. Bij iedere aanbeveling ziet u (ter inspiratie) een lijst van barrières en verschillende kolommen waarin u de barrières kunt plaatsen (o.b.v. belangrijkheid en veranderbaarheid). U mag voor elke barrière aangeven in welke kolom deze thuis hoort, door de barrière naar die kolom te slepen (of te kopiëren en plakken). U hoeft niet elke barrière in de kolommen in te delen (bv. indien deze minder sterk aanwezig of niet van toepassing is). U mag ook aanvullen met andere barrières waaraan u denkt. Barrières die in de vorige ronde werden geschrapt door meerdere experts werden weggelaten.

# 1. IDENTIFICATIE

## Groepssessie 1

De eerste selectie aanbevelingen uit de vragenlijst bevinden zich in tabel 1. Deze aanbevelingen werden verder besproken tijdens de eerste groepssessie.

	VLAAMSE STAKEHOLDERSGROEP	WAALSE STAKEHOLDERSGROEP
THEMA	AANBEVELING	AANBEVELING
<b>Samenwerking</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De dieetbehandeling wordt begeleid door een diëtist, in nauwe samenwerking met een arts of andere zorgverstrekker.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De dieetbehandeling wordt begeleid door een diëtist, in nauwe samenwerking met een arts of andere zorgverstrekker.</li> </ul>
<b>Ondervoeding, energie en eiwitten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regelmatig een voedingsscreening uit te voeren (minstens tweejaarlijks), om (een risico op) eiwit-energie ondervoeding op te sporen (GPP).</li> <li>Patiënt aanmoedigen om een gezond gewicht te bekomen/behouden (BMI 18,5 tot en met 24,9 kg/m<sup>2</sup>) (GRADE 1B).</li> <li>Een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) is aangeraden (GRADE 2B).</li> <li>Een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag is aanbevolen (GRADE 2B). Een eiwitinname lager dan 0,6 g/kg ideaal LG/dag is af te raden vanwege het risico op energie eiwit ondervoeding (GRADE 2B). Een te hoge eiwitinname (&gt; 1,3 g/kg ideaal LG/dag) wordt eveneens best vermeden (GRADE 2C).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De dieetbehandeling dient aangepast te worden aan de noden, voedingstoestand en comorbiditeiten van de patiënt (GPP).</li> <li>Regelmatig een voedingsscreening uit te voeren (minstens tweejaarlijks), om (een risico op) eiwit-energie ondervoeding op te sporen (GPP).</li> <li>Een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) is aangeraden (GRADE 2B).</li> <li>Een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag is aanbevolen (GRADE 2B). Een eiwitinname lager dan 0,6 g/kg ideaal LG/dag is af te raden vanwege het risico op energie eiwit ondervoeding (GRADE 2B). Een te hoge eiwitinname (&gt; 1,3 g/kg ideaal LG/dag) wordt eveneens best vermeden (GRADE 2C).</li> </ul>
<b>Zout, kalium, fosfaat, levensstijl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De diëtist moedigt de patiënt aan om een dieet te volgen dat de dagelijkse aanbevelingen voor vitamines en mineralen bevat (GPP).</li> <li>Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag aangeraden (GRADE 1C).</li> <li>Dieetadvies (door een erkende diëtist) omtrent fosfaatinname op maat van de lab (GRADE 1B). Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is (GRADE 1B). Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven) bij het geven van voedingsadvies (GPP).</li> <li>Dieetadvies (door een erkende diëtist) omtrent kaliuminname op maat van de labwaarden (GRADE 1B). Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden (GPP).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag aangeraden (GRADE 1C).</li> <li>Dieetadvies (door een erkende diëtist) omtrent fosfaatinname op maat van de lab (GRADE 1B). Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is (GRADE 1B). Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven) bij het geven van voedingsadvies (GPP).</li> <li>Dieetadvies (door een erkende diëtist) omtrent kaliuminname op maat van de labwaarden (GRADE 1B). Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden (GPP).</li> <li>Patiënten met chronische nierinsufficiëntie moeten aangemoedigd worden om te bewegen (GRADE 1B).</li> <li>Om voedingsinterventies doeltreffend te kunnen uitwerken, kunnen factoren naast voedingsinname ingeschat worden (bv. medicatiegebruik, kennis, overtuigingen, attitudes, gedrag, toegang tot voeding, depressie, cognitief functioneren) (GPP).</li> </ul>
<b>Zelfmanagement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De diëtist ondersteunt het zelfmanagement van de patiënt (GPP).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De diëtist ondersteunt het zelfmanagement van de patiënt (GPP).</li> </ul>

## Conclusie groepssessies

### Vlaamse stakeholders

De stakeholders stelden voor om de aanbeveling over dagelijkse hoeveelheid van vitaminen en mineralen te schrappen voor verdere implementatie en zien het streven naar een gezond gewicht als een evidentie. Het halen van de dagelijkse aanbeveling voor vitaminen en mineralen is vaak moeilijk als er dieetbeperkingen zijn voor o.a. kalium en fosfor. Daarnaast wordt dit ook opgevolgd door de arts. De andere aanbevelingen gaan mee naar het implementatieproces.

### Waalse stakeholders

Bij de Waalse stakeholdersgroep werd beslist om de aanbeveling over beweging niet verder op te nemen. Het motiveren van de patiënt tot voldoende beweging is belangrijk, maar geen kerntaak van de diëtist in deze situatie. Er werd ook benadrukt om de boodschap over te brengen dat men rekening moet houden met de patiënt op het gebied van voeding (mate van 'streng zijn'). De aanbeveling over ondervoeding zien ze niet als prioriteit, voor bijvoorbeeld jonge patiënten, en wordt daarom ook geschrapt voor verdere implementatie op dit moment. Het is ook moeilijk uitvoerbaar gezien het zeer grote aantal patiënten. Ten slotte was er discussie over de aanbeveling van calorimetrie, maar deze werd uiteindelijk niet weerhouden. Het wordt gezien als een gouden standaard, maar het wordt niet verder behandeld in dit project.

## Vergelijking selectie aanbevelingen

### 1. Samenwerking

Beide groepen kaarten het belang aan van een goede samenwerking met de arts en andere zorgprofessionals. Deze aanbeveling gaat mee naar de volgende ronde in beide stakeholdersgroepen.

### 2. Dieet

De voedingsaanbevelingen gaan bij beide groepen door naar het implementatieproces. Bij de Waalse stakeholdersgroep is er echter discussie over het screenen op ondervoeding, omwille van de nood voor slechts een deel van de patiënten en wordt er beslist deze niet verder op te nemen. De follow-up van de voedingstoestand twee keer per jaar voor patiënten in stadium 3 van CNI is moeilijk uitvoerbaar gezien het zeer grote aantal patiënten en niet noodzakelijk voor iedereen. De aanbevelingen zal worden geïntegreerd bij de aanbeveling over energie.

### 3. Levensstijl

In beide groepen werd de aanbeveling over beweging weggelaten voor verdere implementatie, aangezien de diëtisten ook veel andere aspecten moet bespreken met de patiënt en dit niet de kerntaak is. Bij de Waalse stakeholdersgroep wordt een extra aanbeveling opgenomen over andere factoren buiten de voedingsinname in het belang van de voedingsbehandeling (KDOQI, 2020).

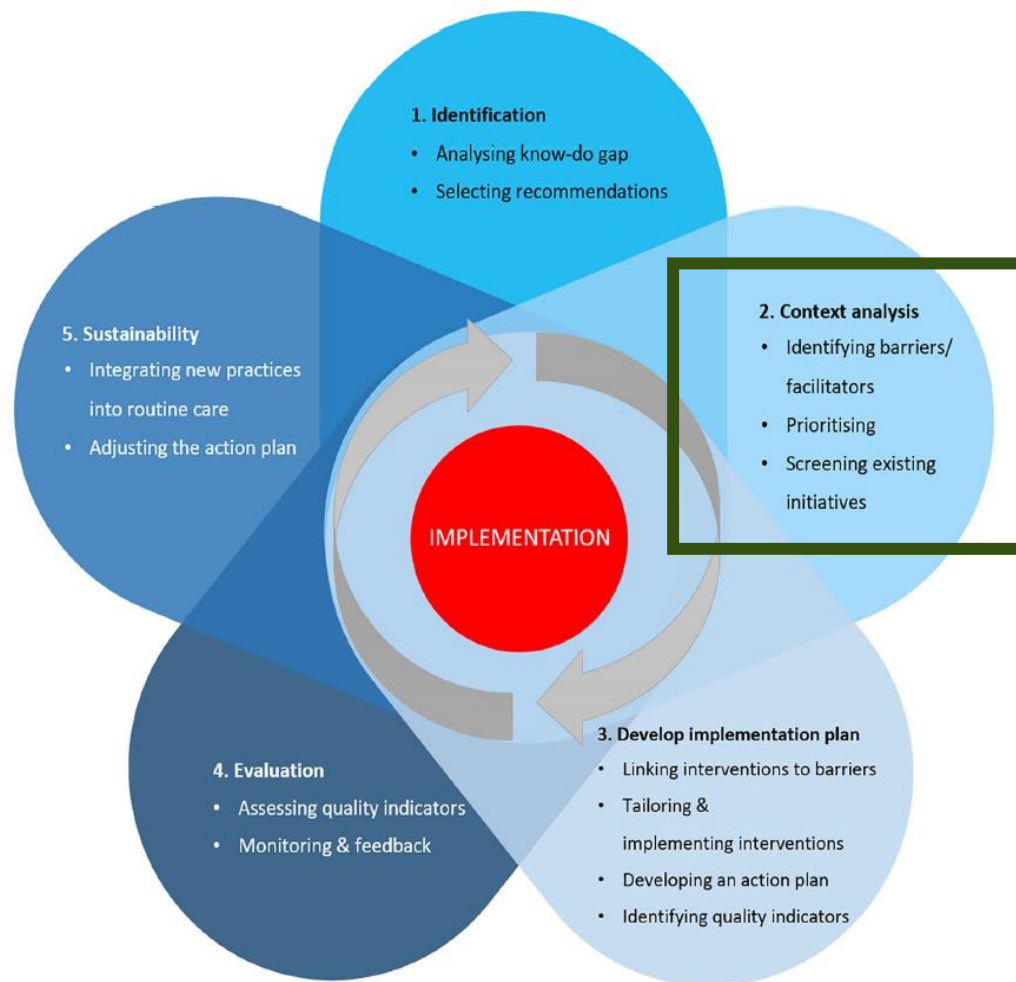
### 4. Zelfmanagement

De aanbeveling over zelfmanagement scoorde in de vragenlijst opvallend lager in de Waalse groep dan bij de Vlaamse stakeholders. De stakeholders gaven aan dat het begrijpen van de pathologie vaak zwaar is voor de patiënt en dat ze nood hebben aan advies en ondersteuning. Ze zijn het eens dat het goed is voor de patiënt om meer aan zelfmanagement te kunnen doen. Zelfmanagement gaat dus mee naar de finale weerhouden aanbevelingen.

## 2.1.3 Selecteren van aanbevelingen uit richtlijn met grootste voordeel/potentieel

Uit de vragenlijst kwam naar voren dat de volgende aanbevelingen meegenomen moeten worden voor implementatie:

	VLAAMSE STAKEHOLDERSGROEP	WAALSE STAKEHOLDERSGROEP
THEMA	AANBEVELING	AANBEVELING
<b>Samenwerking</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De dieetbehandeling wordt begeleid door een diëtist, in nauwe samenwerking met een arts of andere zorgverstreker.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De dieetbehandeling wordt begeleid door een diëtist, in nauwe samenwerking met een arts of andere zorgverstreker.</li> </ul>
<b>Ondervoeding, energie en eiwitten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regelmatig een voedingsscreening uit te voeren (minstens tweemaaljaars), om (een risico op) eiwit-energie ondervoeding op te sporen (GPP).</li> <li>Een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) is aangeraden (GRADE 2B).</li> <li>Een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag is aanbevolen (GRADE 2B). Een eiwitinname lager dan 0,6 g/kg ideaal LG/dag is af te raden vanwege het risico op energie eiwit ondervoeding (GRADE 2B). Een te hoge eiwitinname (&gt; 1,3 g/kg ideaal LG/dag) wordt eveneens best vermeden (GRADE 2C).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De dieetbehandeling dient aangepast te worden aan de noden, voedingstoestand en comorbiditeiten van de patiënt (GPP).</li> <li>Een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) is aangeraden (GRADE 2B).</li> <li>Een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag is aanbevolen (GRADE 2B). Een eiwitinname lager dan 0,6 g/kg ideaal LG/dag is af te raden vanwege het risico op energie eiwit ondervoeding (GRADE 2B). Een te hoge eiwitinname (&gt; 1,3 g/kg ideaal LG/dag) wordt eveneens best vermeden (GRADE 2C).</li> </ul>
<b>Zout, kalium, fosfaat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag aangeraden (GRADE 1C).</li> <li>Dieetadvies (door een erkende diëtist) omtrent fosfaatinname op maat van de lab (GRADE 1B). Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is (GRADE 1B). Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven) bij het geven van voedingsadvies (GPP).</li> <li>Dieetadvies (door een erkende diëtist) omtrent kaliuminname op maat van de labwaarden (GRADE 1B). Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden (GPP).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag aangeraden (GRADE 1C).</li> <li>Dieetadvies (door een erkende diëtist) omtrent fosfaatinname op maat van de lab (GRADE 1B). Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is (GRADE 1B). Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven) bij het geven van voedingsadvies (GPP).</li> <li>Dieetadvies (door een erkende diëtist) omtrent kaliuminname op maat van de labwaarden (GRADE 1B). Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden (GPP).</li> <li>Om voedingsinterventies doeltreffend te kunnen uitwerken, kunnen factoren naast voedingsinname ingeschat worden (bv. medicatiegebruik, kennis, overtuigingen, attitudes, gedrag, toegang tot voeding, depressie, cognitief functioneren) (GPP).</li> </ul>
<b>Zelfmanagement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De diëtist ondersteunt het zelfmanagement van de patiënt (GPP).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De diëtist ondersteunt het zelfmanagement van de patiënt (GPP).</li> </ul>



## 2. CONTEXT ANALYSE

### 2.2.1 Barrières en facilitators identificeren en prioriteren

Eerst werd een literatuurstudie uitgevoerd. Daarna vulden stakeholders een individuele vragenlijst in waarbij ze barrières en facilitatoren konden formuleren voor de geselecteerde aanbevelingen. Daarnaast werden alle barrières en facilitatoren gerangschikt op basis van het 'know-do gap', belang en de aanpasbaarheid. De vragenlijst werd gevolgd door een groepssessie waarin de belangrijkste barrières en facilitatoren worden besproken en definitief worden gekozen.

#### Zoektermen

Databank	Zoekterm	Resultaten
<b>Google Scholar</b>	"chronic kidney disease patients" AND "barriers"	81
<b>2017-2021</b>		
<b>2015-2021</b>	"chronic kidney disease" AND "barriers" AND "dietician"	547
<b>PubMed</b>	"chronic kidney disease" AND "dietician" AND "barriers"	2
	"chronic kidney disease" AND "dietician"	24
<b>TRIP</b>	"chronic kidney disease" AND "dietician" AND "barriers"	2
<b>Google</b>	diëtist CNI barrière barrières richtlijnen CNI diëtist barriers guidelines CKD dietician barriers guideline implementation CKD dietician	

#### Resultaten

##### Literatuurstudie

In de literatuur werden voornamelijk barrières op het niveau van de huisarts en patiënten beschreven, terwijl de informatie bij diëtisten schaars was. Er werd een groot aantal barrières en facilitatoren met sterke consensus van verschillende zorgverleners gevonden, via een rapport van Domus Medica. Dit rapport van (*Kwalitatieve chronische zorg in Vlaanderen: belemmerende en bevorderende factoren, 2015*) met 1300 deelnemers gaf een sterke of zeer sterke consensus omtrent 63 barrières en 39 facilitatoren voor de kwaliteit van chronische zorg. De deelnemers bestonden uit 30% huisartsen, 15% apothekers, 30% verpleegkundigen, 15% kinesisten, 10% andere zorgverleners (diëtisten, psychologen,...).

De barrières situeren zich op verschillende niveaus: allereerst werden een aantal barrières teruggevonden met betrekking tot klinische richtlijnen. Aanbevelingen worden vaak gezien als **niet toepasbaar in de praktijk** en moeten **individueel ingeschat worden**. Daarom zijn ze ook niet steeds voor elke patiënt van toepassing. Een gebrek aan uniforme richtlijnen bemoeilijkt ook een uniforme behandeling over de disciplines heen.

Ten tweede blijken **kennis en vaardigheden** een belangrijke barrière te zijn: zowel kennis over het bestaan als over de inhoud van de richtlijn. **Evidence-based practice** is bovendien onvoldoende gekend bij diëtisten. Omdat weinig patiënten worden doorverwezen naar de eerstelijnsdiëtist zijn er ook **bepaalde vaardigheden in de voedingsbehandeling van chronische nierinsufficiëntie**. Navormingen zijn daarom essentieel en zijn vaak onvoldoende afgestemd op chronische zorg en multidisciplinaire samenwerking. Bepaalde financiële middelen voor educatie en navormingen spelen ook een rol. Daarnaast zijn zorgverleners vaak gefocust op hun eigen praktijkvoering en minder op het bredere plaatje van gezondheidszorg en de maatschappelijke context, wat kan zorgen voor **weerstand tot verandering**.

Tijdsgebrek wordt aangegeven als een algemene belangrijke barrière en er zijn weinig tools om de aanbevelingen in de praktijk toe te passen. Zo hebben diëtisten bijvoorbeeld geen standaard systemen om administratieve gegevens te delen met andere disciplines. Daarbij komen ook nog de kosten van deze softwarepakketten, wat de situatie ook bemoeilijkt.

Op multidisciplinair niveau is er onduidelijkheid over de taakverdeling en competenties van verschillende beroepsgroepen. Daarbij is er ook een inefficiënt verwijzingssysteem tussen de arts en de diëtist en is er geen continuïteit van zorg bij de overgang tussen eerste lijn en het ziekenhuis en omgekeerd. Ook de zorgtrajecten zijn zeer administratief en zorgverleners worden onvoldoende betrokken bij de ontwikkeling van zorgpaden. Ten slotte is er een gebrek aan prestatiebetalingen voor de kwaliteitsverbetering van chronische zorg, zoals overleg, planning, teamwork,... Er bestaat ook nog geen accrediteringssysteem voor diëtisten (Bollaerts, 2020; Burnier & Fougue, 2020; Coulter & Ellins, 2007; Hall-McMahon & Campbell, 2012; Narya, Norton & Boulware, 2016, Tam-Tham et al., 2016).

De gevonden barrières en facilitatoren werden gebundeld in vragenlijst 1 (bijlage 3) en onderverdeeld volgens de niveaus klinische richtlijn, individuele professional, patiënt, sociale context, organisatiecontext, economische en politieke context. Voor de groepssessie werden ze nadien gebundeld volgens het thema van de aanbevelingen en per aanbeveling zelf.



## 2. CONTEXT ANALYSE

### Verwerking in vragenlijst

In de eerste vragenlijst werden de barrières door de experts aangevuld. Dit zorgde voor een extra inzicht in de bestaande barrières en daarom werden deze opnieuw bevraagd in de tweede vragenlijst. In tabel 3 worden de barrières per thema van aanbeveling weergegeven voor de **Vlaamse stakeholdersgroep**.

THEMA AANBEVELING	BARRIÈRE	
	STERK VERANDERBAAR	MATIG VERANDERBAAR
<b>Samenwerking met arts, zorg-professionals</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen duidelijk dieetvoorschrift, weinig communicatie tussen arts-diëtist 1ste lijn</li> <li>• Gebrek aan taakafspraken en taakverdeling leidt meer tot concurrentie dan tot samenwerking</li> <li>• Nood aan goede educatie omtrent zorgtraject en doel diëtetische begeleiding bij huisartsen</li> <li>• Gebrek aan uniformiteit in werking maakt het moeilijk om te veranderen</li> <li>• Gebrek aan inzage in medisch dossier patiënt en goede interpretatie hiervan</li> <li>• Gebrek aan gezamenlijk platform</li> <li>• Bij chronische zorg vormen 'zorg en welzijn' één geheel. In de praktijk werken die gescheiden van elkaar: onvoldoende duidelijkheid over de verantwoordelijkheden.</li> <li>• Geen of geen goede samenwerking met tweedelijnsdiëtisten</li> <li>• Weinig doorverwijzingen van huisartsen/nefrologen naar eerste lijn</li> <li>• Zorgverleners uit verschillende disciplines kennen elkaar niet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgverleners kijken enkel vanuit eigen expertise</li> <li>• Weerstand tegen opgeven volledige zelfstandigheid bij het maken van beslissingen/geven van adviezen</li> <li>• Onduidelijkheid over hoe 'gedeeld patiëntendossier' eruitziet</li> <li>• Onvoldoende toegankelijkheid van, samenwerking met of consulting bij gespecialiseerd nefrologisch diëtist</li> <li>• Inefficiënt verwijzingsstelsel tussen arts en diëtist</li> <li>• Verkeerd voedingsadvies gegeven door arts of te restrictief waardoor ondervoeding optreedt</li> </ul>
<b>Energie en eiwitten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebrek aan kennis over welke tool wordt gebruikt (energie-eiwit ondervoeding)</li> <li>• Duidelijkheid nodig over screeningstool</li> <li>• Gebrek aan zelfvertrouwen in advies geven aan CNI-patiënt, veel eerstelijnsdiëtisten "beginnen er niet aan" en verwijzen door</li> <li>• Gebrek aan kennis over bestaan richtlijn</li> <li>• Gebrek aan kennis over inhoud richtlijn</li> <li>• Gebrek aan alertheid en aandacht om richtlijn consequent toe te passen</li> <li>• Tijdsgebrek (richtlijn lezen)</li> <li>• Tijdsgebrek (aanbevelingen opvolgen)</li> <li>• Tijdsgebrek (om de patiënt alle adviezen te geven tijdens één consultatie)</li> <li>• Evidence-based practice is onvoldoende gekend bij diëtisten</li> <li>• Onvoldoende doorverwijzing van arts naar diëtist</li> <li>• Onvoldoende organisatie van vaardigheidstrainingen voor eerstelijnsdiëtist/ onvoldoende financieel gestimuleerd om dit soort training te volgen</li> <li>• Beperkte financiële middelen voor educatie/navormingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beperkte vaardigheid in voedingsbehandeling van CNI door eerstelijnsdiëtist</li> <li>• Tegenstrijdige eisen van aanbevelingen door comorbiditeiten bij de patiënt: de dieetrichtlijn brengt hierin duidelijkheid</li> </ul>

## 2. CONTEXT ANALYSE

THEMA AANBEVELING	BARRIÈRE	
	STERK VERANDERBAAR	MATIG VERANDERBAAR
<b>Zout, fosfor, kalium</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beperkte vaardigheid in voedingsbehandeling van CNI door eerstelijnsdiëtist</li> <li>• Beperkte vaardigheden rond motiverende gespreksvoering</li> <li>• Gebrek aan inzicht in bloedwaarden (of interpretatie analyse 24u urine)</li> <li>• Gebrek aan inzicht in medische voorgeschiedenis</li> <li>• Gebrek aan duidelijkheid inzake dieetbeperkingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beperkte educatievaardigheden zorgprofessional</li> <li>• Gebrek aan zelfvertrouwen in advies geven aan CNI-patiënt, veel eerstelijnsdiëtisten "beginnen er niet aan" en verwijzen door</li> <li>• Tegenstrijdige eisen van aanbevelingen door comorbiditeiten bij patiënt</li> <li>• Zorgverleners hebben onvoldoende tijd om te ondersteunen</li> </ul>
<b>Zelfmanagement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concept '<i>patiënt empowerment</i>' is bij zorgverleners niet ingeburgerd</li> <li>• Zorgverleners zijn niet genoeg patiëntgericht</li> <li>• Te veel patiënten kunnen of willen nog niet mee in het verhaal van <i>patiënt empowerment</i></li> <li>• Beperkte educatievaardigheden zorgprofessional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgverleners hebben onvoldoende tijd om zelfmanagement te ondersteunen</li> </ul>



## 2. CONTEXT ANALYSE

### Verwerking in vragenlijst

In tabel 4 worden de barrières per thema van aanbeveling weergegeven voor de **Waaalse stakeholdersgroep**.

THEMA AANBEVELING	BARRIÈRE
<b>Samenwerking</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Onvoldoende kennis van het concept "geplande zorg": zorgbehoeften en -doelen herkennen, een zorgplan ontwikkelen en weten hoe daaraan te voldoen</li><li>• Weinig doorverwijzingen van huisartsen/nefrologen naar eerstelijnsdiëtist</li><li>• Gebrek aan kennis over bestaan richtlijn</li><li>• Gebrek aan kennis over inhoud richtlijn</li><li>• Beperkte vergoeding voor dieetconsultatie</li><li>• Beperkte financiële middelen voor educatie/navormingen</li><li>• Gebrek aan vergoeding voor orale voedingssupplementen</li><li>• Gebrek aan coördinatie met de huisarts</li><li>• Gebrek aan feedback van artsen over de vaardigheden van diëtisten (ze zijn degenen die eerst kijken naar de biologische (en andere) resultaten van patiënten die kunnen worden behandeld).</li><li>• Gebrek aan een adequaat overzicht van de gehele gezondheidszorg en de sociale context</li><li>• Gebrek aan gestandaardiseerde software om informatie met andere disciplines te delen</li></ul>
<b>Aanpassingen aan patiënt</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gebrek aan specifieke opleiding in domein nefrologie</li><li>• Tegenstrijdige eisen van aanbevelingen door comorbiditeiten bij de patiënt: de dieetrichtlijn brengt hierin duidelijkheid</li><li>• Gebrek aan kennis over bestaan richtlijn</li><li>• Gebrek aan kennis over inhoud richtlijn</li><li>• Nood aan praktische tools om de richtlijn toe te passen in de praktijk</li><li>• Aanbevelingen zijn vaak erg algemeen, waardoor de patiënt soms te streng wordt aangepakt</li><li>• Gebrek aan toegang voor zelfstandige diëtisten tot de medische resultaten (bloedonderzoek, medische voorgeschiedenis) van de patiënten</li><li>• Mobiliteit patiënt (Kan de patiënt boodschappen doen, koken,...)</li><li>• Gebrek aan financiële middelen: belang van het zorgtraject om de toegang tot consulten voor zoveel mogelijk mensen te vergemakkelijken</li></ul>

## 2. CONTEXT ANALYSE

THEMA AANBEVELING	BARRIÈRE
<b>Energie en eiwitten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebrek aan financiële middelen, belang van het zorgpad om de toegang tot consulten voor het grootste aantal te vergemakkelijken</li> <li>• Gebrek aan kennis van informatie- en communicatietechnologieën, zoals voedingssoftware, elektronische dossiers, om de kwaliteit van de zorg te verbeteren</li> <li>• Gebrek aan instrumenten om de aanbevelingen in de praktijk te brengen (gebrek aan praktische hulpmiddelen)</li> <li>• Gebrek aan vergoeding voor orale voedingssupplementen</li> <li>• Gebrek aan vertrouwen door de complexiteit van CNI</li> <li>• Gebrek aan informatie over terugbetalingsmogelijkheden in het algemeen en voor zorgtrajecten in het bijzonder</li> <li>• Beperkte vergoeding voor diëtistische consultatie</li> <li>• De arts verwijst een patiënt niet snel genoeg door naar de diëtist</li> <li>• Weerstand tegen verandering</li> </ul>
<b>Zout, fosfor, kalium</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebrek aan kennis over bestaan richtlijn</li> <li>• Beperkte toegang tot betrouwbare informatie over CKD</li> <li>• Gebrek aan specifieke opleiding op het gebied van nefrologie</li> <li>• Gebrek aan uitwisseling van informatie en kennis om andere diëtisten in nood te helpen</li> <li>• Gebrek aan instrumenten om de aanbevelingen in de praktijk toe te passen (gebrek aan praktische hulpmiddelen)</li> <li>• Weerstand tegen verandering</li> <li>• Geringe basiskennis van gezondheidsrisico's van CNI</li> <li>• Belang van diëtistische bijeenkomsten met CNI 'verwijzers'</li> </ul>
<b>Zelfmanagement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concept '<i>patiënt empowerment</i>' is bij zorgverleners niet ingeburgerd</li> <li>• Gebrek aan feedback van patiënten over de vaardigheden van diëtisten</li> <li>• Gebrek aan kennis van het concept "geplande zorg": zorgbehoeften en -doelen herkennen, een zorgplan ontwikkelen en weten hoe daaraan te voldoen</li> <li>• Gebrek aan kennis van informatie- en communicatietechnologieën, zoals voedingssoftware, elektronische dossiers, om de kwaliteit van de zorg te verbeteren</li> <li>• Definitie van rol zorgcoördinator (schakel patiënt, diëtist, behandelende arts, verpleegkundige, familiehelp)</li> <li>• Onvoldoende kennis over hoe de inname van nutriënten die beperkt moeten worden, kan worden vermindert</li> </ul>

### *Finale barrières groepsessies*

Tijdens de groepsessie werd na het invullen van de vragenlijsten de finale selectie van barrières en facilitatoren besproken. De conclusie situeert zich op drie belangrijke niveaus bij de **Vlaamse stakeholdersgroep**:



### SAMENWERKING

Er is een gebrek aan een gedeeld dossier en/of centrale verzameling van gegevens waar zowel de diëtist als arts toegang toe hebben. Daarnaast gebeurt er te weinig doorverwijzing vanuit het zorgtraject, door de arts naar de diëtist. Er is geen doorverwijzingsgewoonte, wat in het belang van preventie noodzakelijk is. Bovendien wordt de doorverwijzingsbrief niet correct gebruikt of onvolledig ingevuld door de arts bij doorverwijzing (bv. labowaarden ontbreken)

### DIEET

Eerstelijnsdiëtisten bezitten te weinig evidence-based practice vaardigheden, waardoor het moeilijk is om richtlijnen te kennen, te kunnen vinden en te kunnen toepassen. Er zou meer aandacht moeten zijn voor EBP vaardigheden tijdens de opleiding en bij toekomstige implementatietrajecten. Daarnaast is er gebrek aan zelfvertrouwen en kennis over het dieet bij CNI. Extra opleidingen over het thema zouden hierbij kunnen helpen.

### ZELFMANAGEMENT

Het belang van betrokkenheid van bepaalde partijen voor de patiënt wordt aangehaald: mantelzorg, familieleden, familiehelp, ... Het is vaak niet eenvoudig om iedereen te betrekken. Patiënten worden ook steeds ouder waardoor zelfmanagement moeilijker wordt. Enkele voorstellen die kunnen helpen zijn zelf contact opnemen met de betrokken partijen, een communicatieboekje meegeven en de naasten van de patiënt empoweren.

## 2. CONTEXT ANALYSE

Tijdens de groepssessie werd de finale selectie van barrières en facilitatoren besproken. Bij de **Waalse stakeholdersgroep** bevinden de belangrijkste barrières zich in de volgende domeinen:

### DOORVERWIJZING EN COMMUNICATIE TUSSEN HUISARTS EN DIËTIST

Er moet verandering komen in de communicatie tussen de huisarts en de zelfstandige diëtist. Diëtisten ontvangen vaak niet de informatie die ze nodig hebben: geen bloeduitslagen, de precieze vraag van de arts, de te stellen prioriteiten,... De behandelende artsen ontvangen ook geen informatie van de diëtist, geen verslag van de raadpleging, ... Er zou dus een geautomatiseerd voorschrift moeten komen dat de behandelende arts gemakkelijk kan invullen en naar de diëtist kan sturen. Er bestaan verschillende computerprogramma's die door de behandelende artsen worden gebruikt, maar voor diëtisten is er een gebrek aan geautomatiseerde dossiers en programma's. De doorverwijsbrief moet daarbij standaard in het medisch dossier zitten. Er moet meer prioriteit gegeven worden aan de diëtist door de arts (bv. bij comorbiditeiten). Er wordt aanbevolen om de uitwisseling tussen zorgverleners over patiënten te stimuleren (dieet/coördinerende verpleegkundige/behandelend arts). Iedere professional heeft andere kennis over de patiënt. De suggestie is om via de website van Les diététicien-ne-s een lijst op te stellen van diëtisten die opgeleid zijn voor CNI, omdat de huisarts niet weet naar wie hij/zij een patiënt moet sturen.

### BEPERKTE TERUGBETALING

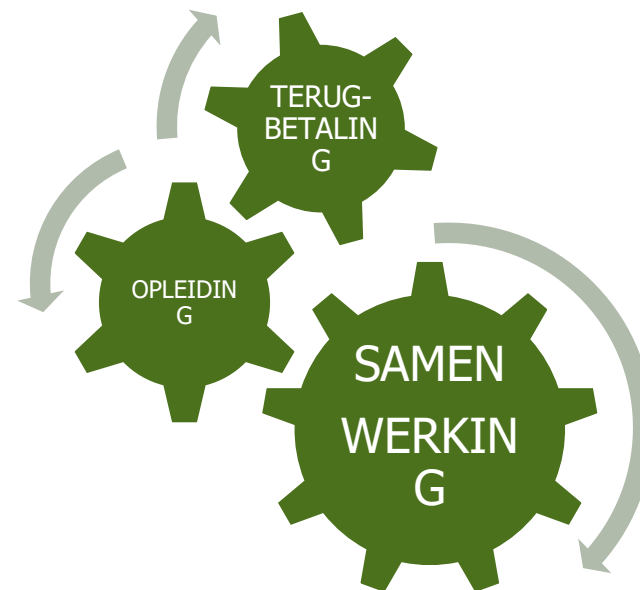
Diëtisten willen patiënten met CNI vaak niet begeleiden, omdat er een te lage prijs per consultatie is vastgesteld door INAMI (l'Assurance soins de santé et indemnités). De prijs van de consultatie wordt opgelegd als onderdeel van het zorgpad en is niet rendabel voor de zelfstandige diëtist. Ook voor de patiënt worden er voor CNI stadium 3 slechts twee consultaties per jaar van 30 minuten vergoed. Sommige patiënten willen niet meer komen dan het zorgpad voorziet. Daarnaast is ook de prijs van dieetproducten een bijkomende barrière voor de patiënt. Het is daarom ook belangrijk om in te spelen op motivatie van de patiënt om naar de diëtist te gaan.

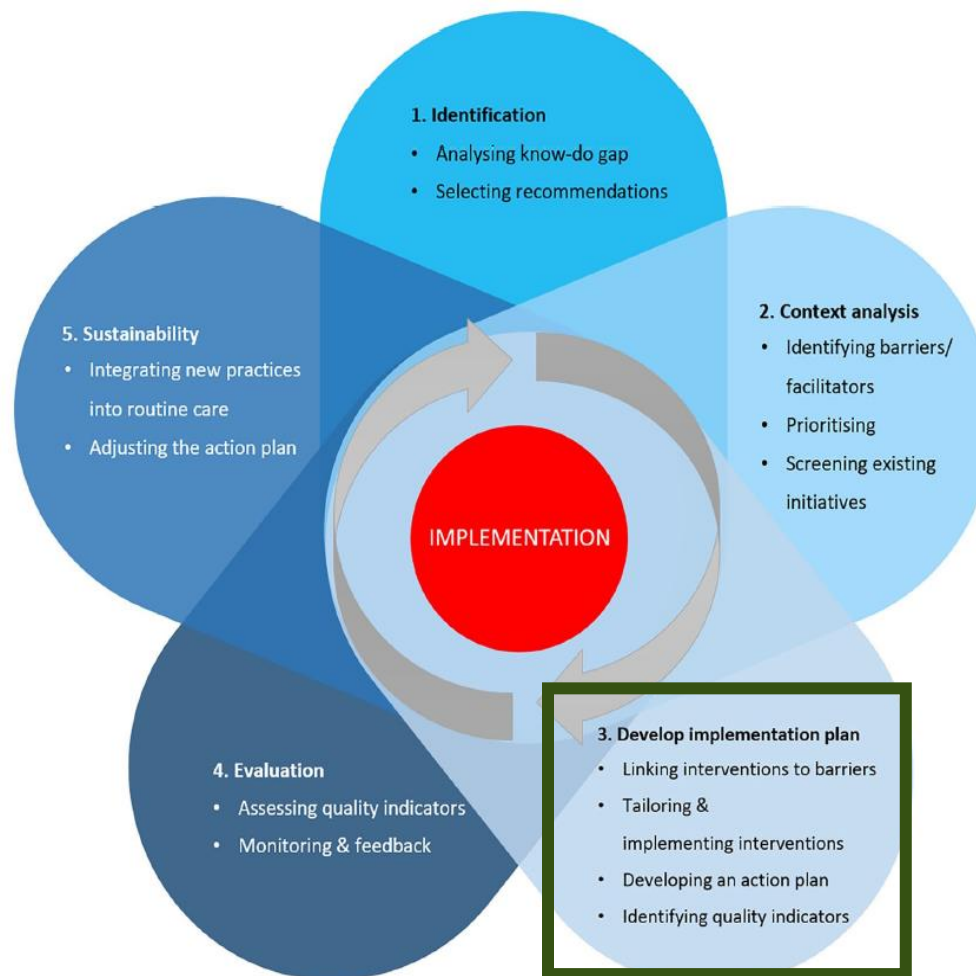
Dit is afhankelijk van de manier van communicatie over het dieet, door de arts en hoe de situatie wordt voorgesteld, want dieet is even belangrijk als medicatie. Sommige patiënten begrijpen het belang van het vervolgdieet. Andere patiënten begrijpen dit niet en zeggen te weten wat ze moeten doen of willen niet opnieuw naar het ziekenhuis komen.

### GEBREK AAN OPLEIDING

Diëtisten zijn vaak wantrouwig om CNI patiënten te begeleiden en hebben meer nood aan bijscholing. Er is een gebrek aan opleidingen over voeding bij nefrologie voor eerstelijnsdiëtisten. Er wordt bij de experts gesuggereerd om de beroepsvereniging te betrekken bij het opstellen van een opleiding en een verplichte opleiding in het koninklijk besluit te plaatsen.

Diëtisten vinden het moeilijk om verschillende adviezen te combineren en niet iedere diëtist weet hoe dit moet. Er is bijvoorbeeld onvoldoende duidelijkheid over de aanbeveling rond eiwitten, en er is geen consensus (KDOQI raadt 0,6 g aan en de nieuwe richtlijn 0,8). Zo verschillen aanbevelingen vaak van richtlijn tot richtlijn en heeft de mening van de nefroloog ook een invloed.





# 3. IMPLEMENTATIEPLAN

## 2.3.1 Kwaliteitsindicatoren (structureel-proces-uitkomst) identificeren:

Als eerste stap werd een literatuurstudie uitgevoerd naar bestaande kwaliteitsindicatoren voor chronische nierinsufficiëntie. Kwaliteitsindicatoren zijn gestandaardiseerde, evidence-based maatstaven voor de kwaliteit van zorg die kunnen worden gebruikt om de klinische performantie en uitkomsten te meten en op te volgen (Plessers et al., 2019). De methodologie van het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) werd gevolgd door gebruik van het stappenplan in het artikel van Plessers et al. (2019):

- Stap 1: Ontwikkelingsgroep samenstellen (experten stakeholdersgroep)
- Stap 2: Huidige stand van de wetenschappelijke kennis in kaart brengen
- Stap 3: Selectie van indicatoren volgens consensus (groepsessie stakeholders)
- Stap 4: Opstellen van indicatoren
- Stap 5: Pilotmeting en evaluatie van haalbaarheid
- Stap 6: Kritische evaluatie van resultaten
- Stap 7: Vastleggen van rapportering

Bij het zoeken naar indicatoren werd er in de eerste plaats gekeken naar kwaliteitsindicatoren voor chronische nierinsufficiëntie, opgesteld vanuit België en Nederland. Daarnaast werden ook kwaliteitsindicatoren uit Canada bekeken, omdat voor dit land veel goede indicatoren beschikbaar zijn.

### Inclusiecriteria

- Hoofdthema: chronische nierinsufficiëntie
- Indicatoren uit landen met een gelijkaardig zorgsysteem (bijvoorbeeld Nederland, Frankrijk, Canada)

### Exclusiecriteria

- Andere ziektebeelden
- Indicatoren uit landen met een zeer verschillend zorgsysteem (bijvoorbeeld Verenigde Staten)

Eerst werden alle wetenschappelijke artikels met een titel die van toepassing was op het onderwerp bekeken. Uit deze artikels werden de meeste indicatoren gehaald. Vanwege het kleine aantal wetenschappelijke artikels over kwaliteitsindicatoren bij chronische nierinsufficiëntie, werden belangrijke indicatoren uit elk passend artikel verzameld. Deze artikels waren steeds up-to-date en niet ouder dan 5 jaar. Hier was niet specifiek naar gezocht, maar recent opgestelde indicatoren zullen meer aansluiten bij de huidige zorg van CNI.

Databank	Zoekterm	Resultaten
Google Scholar	kwaliteitsindicatoren chronische nierinsufficiëntie	97
	"kwaliteitsindicatoren" AND "chronische nierinsufficiëntie"	45
	"quality indicators" AND "ckd"	1.610
	"quality indicators" AND "ckd" AND "dietitian"	52
PubMed	"quality indicators" AND "ckd"	56
	"quality indicators" AND "ckd" AND "dietitian"	0
	"quality indicators" AND "ckd" AND "nutrition"	1
	(quality indicators[Title]) AND (CKD[Title])	1
TRIP	"quality indicators" AND "ckd"	38

Daarnaast werd ook een masterthesis met een titel die aansluit bij de zoekterm bekeken. Hier werden de indicatoren van het ALD-programma uitgehaald (Affections de longue durée). Deze thesis dateert echter van 2010-2011, maar de indicatoren werden beschreven in de eerste literatuurstudie omwille van buitenlandse informatie die belangrijk kan zijn voor een vergelijking met andere landen.

Er werden geen kwaliteitsindicatoren gevonden voor eerstelijnsdiëtisten die CNI behandelen, maar wel indicatoren voor CNI en andere gezondheidsprofessionals arts). Er zijn ook indicatoren met betrekking tot voeding teruggevonden, voornamelijk ondervoeding in woonzorgcentra. Na een bundeling in tabel, kon een onderscheid gemaakt worden tussen bruikbare en minder bruikbare indicatoren, bijvoorbeeld o.b.v. de voedingsbehandeling van CNI stadium 3 en 4. Bijlage 5 bevat een overzicht van alle indicatoren die verzameld werden o.b.v. een literatuurstudie (stap 2 van het stappenplan van Plessers et al., 2019).

Na een feedbackronde met CEBAM (zijn de indicatoren realistisch en meetbaar?) werden de indicatoren gebundeld in de derde vragenlijst voor de experts. In de derde vragenlijst werd gepeild naar manieren om in te spelen op de geselecteerde barrières en het beoordelen en ranken van kwaliteitsindicatoren aansluitend bij de geselecteerde aanbevelingen uit de dieetrichtlijn. Dit gebeurde aan de hand van een score op belangrijkheid, meetbaarheid en potentieel om kwaliteit van zorg te meten. De volgende indicatoren werden beoordeeld:



# 3. IMPLEMENTATIEPLAN

1. Rapportering van de uitgevoerde interventies/adviezen in een verslag (registratie)
2. Verslaggeving naar huisarts
3. Afstemming tussen diëtist en huisarts
4. Aanwezigheid/beschikbaarheid van een up-to-date dieetrichtlijn over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3-4
5. Opleiding/bijstelling/e-learning/autodidactisch bijscholen gevolgd
6. Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 dat een jaargesprek heeft gehad
7. Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan de voedingsinname wordt opgevolgd en geëvalueerd
8. Bepaling voedingsstatus tijdens eerste consultatie
9. Het 'patiëntdossier' van iedere patiënt bevat een inschatting over diens risico op ondervoeding
10. Type screeningsinstrument dat gebruikt wordt voor ondervoeding
11. Frequentie screenen op ondervoeding
12. Beschikken over recent gekalibreerde meetinstrumenten (weegschaal, lintmeter, ...)
13. Iedere patiënt wordt standaard gewogen tijdens de eerste consultatie
14. De lengte van iedere patiënt wordt standaard gemeten tijdens de eerste consultatie
15. Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan de eetlust wordt opgevolgd en geëvalueerd
16. Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan antropometrie wordt opgevolgd en geëvalueerd
17. Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan de lichaamssamenstelling werd bepaald
18. Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan de voeding minstens tweemaal per jaar gescreend wordt om het risico op eiwit-energie ondervoeding op te sporen
19. Het percentage patiënten met CNI stadium 3-4 dat een goede voedingstoestand heeft
20. Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 die aangemoedigd worden om een gezond gewicht te bereiken/behouden (BMI 18,5 tot en met 24,9 kg/m<sup>2</sup>)
21. Het percentage patiënten met CNI stadium 3-4 dat een gezond gewicht heeft
22. Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarbij een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) wordt aangeraden
23. Kennis eiwitaanbeveling
24. Kennis zoutaanbeveling
25. Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 die aangemoedigd worden om maximum 5 gram zout per dag in te nemen (indien nodig volgens bloedwaarden)
26. Kennis fosfaataanbeveling
27. Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 met een te hoog serumfosfaat die dieetadvies krijgen omtrent fosfaat
28. Kennis biologische beschikbaarheid fosfaatbron
29. Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 met een te hoog serumfosfaat die aangemoedigd worden om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron
30. Kennis kaliumaanbeveling
31. Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 met een te hoog serumkalium die dieetadvies krijgen omtrent kalium
32. Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan de laboratoriumwaarden regelmatig worden nagekeken
33. In staat zijn om bloedwaarden te interpreteren
34. Normalisatie/verbetering van labowaarden die beïnvloedbaar zijn door een dieet
35. Aantal diëtisten die nagaan in welke fase van gedragsverandering de patiënt zich bevindt
36. Gebruik van gezondheidseducatiemateriaal
37. Informatiebrochure beschikbaar
38. Tevredenheid over informatie die verkregen werd van diëtist
39. Ervaren gedeelde besluitvorming/onderhandelende zorg door patiënt

### 3. IMPLEMENTATIEPLAN

Bijlage 6 bevat de volledige vragenlijst. De stakeholders kregen de volgende instructies:

#### *Deel 1: Hoe inspelen op barrières?*

In de 2 onderstaande tabellen vindt u een overzicht van de belangrijkste barrières waarop we zullen focussen tijdens het verdere implementatieproject. Bij iedere barrière vermeldden we hoe we hierop zouden kunnen inspelen. Indien u bijkomende ideeën en suggesties heeft, mag u deze aanvullen in de kolom.

#### *Deel 2: Kwaliteitsindicatoren*

Tijdens de volgende stap van het implementatieproject wordt een set van kwaliteitsindicatoren samengesteld. Kwaliteitsindicatoren zijn gestandaardiseerde evidence-based maatstaven voor de kwaliteit van zorg die kunnen worden gebruikt om de klinische prestatie en uitkomsten te meten en op te volgen. Ze kunnen opgedeeld worden in 3 categorieën:

- Structuurindicatoren (geven informatie over de randvoorwaarden en context van een organisatie waarbinnen zorg geleverd wordt)
- Procesindicatoren (geven een indicatie of bepaalde handelingen correct worden uitgevoerd)
- Uitkomstindicatoren (geven informatie over de uitkomst van de zorg gemeten op patiëntniveau)

Op basis van een literatuurstudie maakten we een overzicht van kwaliteitsindicatoren waarmee de kwaliteit van zorg m.b.t. CNI bij eerstelijnsdiëtisten gemeten en verbeterd kan worden. We vragen u om iedere indicator een score van 1 tot 9 te geven op 3 parameters:

- Belangrijkheid: Hoe belangrijk is het dat deze kwaliteitsindicator verbetert?
- Potentieel om kwaliteit van zorg te meten: Weerspiegelt deze indicator de kwaliteit van zorg? Is de indicator bruikbaar?
- Meetbaarheid: Kan deze indicator op een voldoende objectieve manier gemeten worden, en is dit haalbaar?

Indien u een indicator/parameter niet kan beoordelen, mag u X vermelden. We sorteerden de kwaliteitsindicatoren per groep van aanbevelingen (samenwerking; dieet; ondervoeding, energie en eiwitten; vitaminen en mineralen; zelfmanagement).

Bij iedere kwaliteitsindicator vermeldden we mogelijke manier om deze te meten. Indien u suggesties heeft, mag u deze aanvullen.



# 3. IMPLEMENTATIEPLAN

## Groepssessie 2 - Vlaams

Bijna alle indicatoren werden als redelijk tot zeer belangrijk ervaren. Er was een consensus over de meeste indicatoren, maar de meetbaarheid was vaker moeilijker. Aanbevelingen m.b.t. zout, kalium en fosfor zijn bijvoorbeeld moeilijk meetbaar. Als de registratie van gegevens meer zou gebeuren, worden de indicatoren beter meetbaar volgens de experts. Er bestaat geen referentiesysteem, maar het is toch belangrijk dat diëtisten registreren. Het is daarom noodzakelijk om geschikte vragen te formuleren om de afstemming tussen diëtist en huisarts na te gaan. Voor het volgen van opleidingen en kennis van richtlijnen is accreditatie voor diëtisten belangrijk. Diëtisten moeten op de hoogte worden gehouden van bijscholingen.

De indicatoren rond screening werden niet weerhouden, omdat bijvoorbeeld het standaard wegen van de patiënt minder belangrijk werd geacht. Voor indicatoren rond dieetaanbevelingen zal gepeild worden naar de kennis en attitude over bepaalde aanbevelingen. Er is consensus over het belang van kennis over eiwitten, zout, kalium en fosfor.

Op basis van de groepsdiscussie werd bepaald om de volgende kwaliteitsindicatoren op te nemen in de vragenlijst voor Vlaamse diëtisten. Voor elke indicator werd een fiche opgesteld, welke terug te vinden zijn in bijlage 7. Ook hier gaf de stakeholdersgroep een laatste keer feedback. Deze fiches bevatten ook de vragen per indicator die opgenomen werden in de evaluatievragenlijst voor diëtisten. De streefwaarden van elke indicator werden bepaald tijdens de groepssessie.

Structuurindicatoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapportering van de uitgevoerde interventies/adviezen in een verslag (registratie)</li> <li>• Verslaggeving naar huisarts</li> <li>• Afstemming tussen diëtist en huisarts</li> <li>• (Kennis over) aanwezigheid/ beschikbaarheid van een up-to-date dieetrichtlijn over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3-4</li> <li>• Gevolgde navormingen over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3-4</li> <li>• Perceptie van kennis over dieetaanbevelingen</li> <li>• Perceptie van vaardigheden over toepassing dieetaanbevelingen</li> <li>• Gebruik van patiëntinformatie</li> <li>• Gebruik van educatiemateriaal</li> </ul>
Procesindicatoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inschatting van het risico op eiwit-energie ondervoeding</li> <li>• Aanraden van adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag)</li> <li>• Toepassing van praktische aanbeveling omtrent het dieet</li> <li>• Aantal diëtisten die een gesprek aangaat over de motivatie van de patiënt</li> </ul>

# 3. IMPLEMENTATIEPLAN

## Groepssessie 2 - Waals

### *Verschillen met Vlaamse indicatoren*

De Franstalige experts voegden twee indicatoren toe aan de lijst met betrekking tot rekening houden met de patiënt, namelijk:

- Rekening houden met andere factoren bij de patiënt (medicatie, depressie,...)
- Aanpassing aan noden van patiënt

Daarnaast werden de antwoordopties in de Franstalige vragenlijst aangepast om de indicatoren realistischer te bevragen. Sommige streefwaarden verschillen dus tussen de Vlaamse en de Waalse indicatoren.

Op basis van de groepsdiscussie werd bepaald om de volgende kwaliteitsindicatoren op te nemen (tabel 6) in de vragenlijst voor Waalse diëtisten. Voor elke indicator werd een fiche opgesteld, welke terug te vinden zijn in bijlage 8. Deze fiches bevatten ook de vragen per indicator die opgenomen werden in de evaluatievragenlijst voor diëtisten. Deze fiches bevatten ook de vragen per indicator die opgenomen werden in de evaluatievragenlijst voor diëtisten. De streefwaarden van elke indicator werden bepaald tijdens de groepssessie.

Structuurindicatoren	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rapportering van de uitgevoerde interventies/adviezen in een verslag (registratie)</li><li>• Verslaggeving naar huisarts</li><li>• Afstemming tussen diëtist en huisarts</li><li>• (Kennis over) aanwezigheid/ beschikbaarheid van een up-to-date dieetrichtlijn over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3-4</li><li>• Gevolgde navormingen over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3-4</li><li>• Perceptie van vaardigheden over toepassing dieetaanbevelingen</li><li>• Gebruik van patiëntinformatie</li><li>• Gebruik van educatiemateriaal</li></ul>
Procesindicatoren	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inschatting van het risico op eiwit-energie ondervoeding</li><li>• Aanraden van adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag)</li><li>• Toepassing van praktische aanbeveling omtrent het dieet</li><li>• Aantal diëtisten die een gesprek aangaat over de motivatie van de patiënt</li><li>• Rekening houden met andere factoren bij de patiënt (medicatie, depressie,...)</li><li>• Aanpassing aan noden van patiënt</li></ul>

# 3. IMPLEMENTATIEPLAN

## Finale indicatorenfiches

Als vierde stap in het proces werden indicatorenfiches samengesteld met eigenschappen: een definitie en toelichting, het type indicator en de manier van vraagstelling in de vragenlijst voor diëtisten. Er werd een streefwaarde bepaald met de stakeholdersgroepen voor elke indicator. Vervolgens werd de data over de indicatoren gemeten en verzameld bij diëtisten in drie verschillende vragenlijsten (zie hoofdstuk 4 Evaluatie). De indicatoren werden in een pilootfase uitgetest bij studenten uit het laatste jaar voedings- en dieetkunde. Figuur 1 geeft een voorbeeld weer van een indicatorfiche. Alle fiches kunnen teruggevonden worden in bijlage 7 en 8.

## Implementatiestrategieën

Om de geselecteerde aanbevelingen in de praktijk te implementeren en barrières te ondersteunen, moeten implementatiestrategieën geselecteerd worden. De strategieën werden vastgelegd in de projectaanvraag en bestaan uit:

- 1) Bekendmaking en verspreiding van de richtlijn
- 2) Groepsreflectiesessies met feedback
- 3) Gepersonaliseerd verbeterplan
- 4) Multidisciplinaire sessie met huisartsen en diëtisten: Hiervoor werd in samenwerking met Lot 1 een draaiboek ontwikkeld. Deze sessie wordt uitgebreid besproken in hoofdstuk X.

### INDICATOR 4

<b>Titel indicator</b>	<i>(Kennis over) aanwezigheid/ beschikbaarheid van een up-to-date dieetrichtlijn over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3-4</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	Door de beschikbaarheid van een up-to-date dieetrichtlijn over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3 en 4, kunnen eerstelijnsdiëtisten beter op de hoogte zijn/blijven van geldende kernboodschappen voor de dieetbehandeling. Dit bevordert kennis en vaardigheden, welke ze zullen ze deze kunnen toepassen in hun eigen werking.
<b>Vraag</b>	<b>Vorig jaar verscheen er een Belgische dieetrichtlijn over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 1-4 (UCLL, 2020). Kent u deze richtlijn?</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ik ken de richtlijn niet</li><li>2. Ik ken de richtlijn, maar heb de richtlijn nog niet bekeken</li><li>3. Ik heb de richtlijn al bekeken</li><li>4. De richtlijn heeft mij al eens geholpen bij het maken van een beslissing/het geven van een advies</li><li>5. De richtlijn helpt mij regelmatig bij het maken van een beslissing/het geven van een advies</li></ol> <u>Streefwaarde:</u> De richtlijn heeft mij al eens geholpen bij het maken van een beslissing/het geven van een advies

# 3. IMPLEMENTATIEPLAN

## 1) Bekendmaking en verspreiding richtlijn

Om de bekendheid van de richtlijn te vergroten werden de multidisciplinaire richtlijn en nationale richtlijn CNI via verschillende initiatieven voorgesteld. Op 28/11/2019 werden deze voorgesteld op het herfstsymposium 'De Nier in het vizier' van de VBVD, samen met het proces van ontwikkeling van de richtlijnen. De monodisciplinaire dieetrichtlijn werd in juni 2020 gevalideerd door CEBAM. Daarnaast werden de richtlijn ook verspreid via diverse kanalen van de beroepsverenigingen voor diëtisten in Vlaanderen en Wallonië, bijvoorbeeld via nieuwsbrieven en de diëtistenbeurs op 15/02/2020. Het tijdschrift voor voeding en diëtetiek van de Vlaamse Beroepsvereniging voor Diëtisten publiceerde in de editie september-oktober 2020 een artikel over de richtlijn en een oproep voor het implementatieproject. Daarnaast werd ook een Franstalig artikel over de richtlijn gepubliceerd in het tijdschrift van beroepsvereniging Les diététiciens-ne-s.

De point-of-care richtlijn is te raadplegen in het Nederlands en Frans via Ebpracticenet op [www.ebpracticenet.be](http://www.ebpracticenet.be). De volledige richtlijn is te raadplegen in het Nederlands en Frans via voeding.ucll.be.

Onderzoek

## Dieetrichtlijn voor chronische nierinsufficiëntie stadium 3 en 4 bij volwassenen



Verbeyst L<sup>1</sup>, Weyts M<sup>2</sup>, Vignoble M<sup>2</sup>, Vanhauwaert E<sup>3</sup>  
<sup>1</sup> Expertisecentrum Health Innovation, UC Leuven-Limburg  
<sup>2</sup> Cliniques Universitaires St Luc, Bruxelles

### 1. Inleiding

Voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie (CNI) stadium 3 en 4 (predialyse) is een multidisciplinaire aanpak nodig. Zowel eerstelijns- als tweedelijnsdiëtisten hebben hierin een belangrijke rol. Het takenpakket van de diëtist bestaat onder andere uit het geven van dieetadvies op voorschrift van de huisarts/nefroloog; het opvolgen en ondersteunen van zelfmanagement van de patiënt; het opvolgen van het gewicht en het geven van advies voor het bereiken en/of behouden van een gezond gewicht. De dieetbehandeling heeft als doel om de achteruitgang van de nierfunctie tegen te gaan, complicaties te behandelen, en het cardiovasculair risico van de patiënt onder controle te houden (1). Binnen de eerstelijnszorg zouden diëtisten meer ingeschakeld moeten worden in de begeleiding van patiënten met CNI stadium 3 en 4. Uit de bevraging van Vansant et al. (2016) blijkt dat zowel huisartsen als diëtisten vinden dat huisartsen CNI-patiënten (binnen het zorgtraject) onvoldoende doorverwijzen naar een diëtist. 76% van de huisartsen verwijst CNI-patiënten soms of nooit door naar een diëtist (2).

Om (eerstelijns)diëtisten te ondersteunen bij de begeleiding van patiënten met CNI, ontwikkelde UCLL een dieetrichtlijn voor volwassenen met CNI stadium 3 en 4. Deze richtlijn is een verdie-



pende voedingsrichtlijn bij de reeds bestaande multidisciplinaire richtlijn rond CNI van de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerstelijns (WOREL) uit 2016.

### 2. Gebruik van de richtlijn in de praktijk

Als diëtist is het belangrijk om evidence-based te werken. Evidence-based practice of handelen (EBP) brengt individuele professionele kennis en praktijkexpertise samen met het beste bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. Binnen EBP wordt er ook rekening gehouden met concrete situaties, waarden en voorkeuren van patiënten en met beschikbare middelen. Op die manier komen de diëtist en patiënt tot een gedeelde besluitvorming of 'shared decision making'. Daarnaast kunnen contextuele factoren (bv. kosten, beschikbaarheid van middelen) een invloed hebben op het gebruik van een richtlijn (zie figuur 1).



Figuur 1: Pijlers van evidence-based handelen (3)

### 3. IMPLEMENTATIEPLAN

#### ONTWIKKELING E-LEARNING

Op basis van de dieetrichtlijn werd een e-learning opgesteld, met als doel het aanreiken van kennis, informatie en inzichten omtrent de dieetbehandeling van chronische nierinsufficiëntie stadium 3 en 4 bij volwassenen vertrekkend vanuit evidence-based handelen, om optimale begeleiding van patiënten te garanderen. De e-learning is opgesteld voor diëtisten, maar is ook waardevol voor om te volgen voor andere zorgverleners. Bij het opstellen van de e-learning werden twee diëtisten van de werkgroep Vlaamse Nefrologische diëtisten betrokken die hun feedback gaven op de inhoud. Deze tweedelijnsdiëtisten waren ook betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn.

De e-learning werd verspreid eind oktober 2021 en is gratis toegankelijk via: <https://research-expertise.ucl.be/nl/navormingen/e-learning-voedingsbegeleiding-bij-chronische-nierinsufficiëntie-stadium-3-en-4-0>.

58 personen schreven zich reeds in, waarvan 24 personen de e-learning aan het volgen zijn en 15 personen die de e-learning hebben afgewerkt.

De leerdoelen van de e-learning zijn:

1. De doelstellingen van de dieetbehandeling bij patiënten met CNI stadium 3-4 en de noodzaak van een dieetbehandeling kennen en begrijpen.
2. Het verloop bij en de aandachtspunten van screening, lichaamssamenstelling en voedingsanamnese van patiënten met CNI stadium 3-4 kennen, begrijpen en correct toepassen in de praktijk.
3. De kernboodschappen bij de voedingsbehandeling van patiënten met CNI stadium 3-4 kennen, begrijpen en correct toepassen in de praktijk.
4. De kernboodschappen voor de levensstijl van patiënten met CNI stadium 3-4 kennen, begrijpen en correct toepassen in de praktijk.
5. De rol van zelfmanagement in de voedingsbehandeling van patiënten met CNI stadium 3-4 kennen, begrijpen en correct toepassen in de praktijk.

Module	Leerdoel
Introductie: test je kennis	Is chronische nierinsufficiëntie voor de diëtist nog onbekend terrein? Of werken ze veel met deze aandoening in de praktijk? Voor ze starten met de e-learning is het nuttig om de huidige kennis even op te frissen, via de beoordeling van 5 stellingen met juist of fout, welke worden toegelicht doorheen de e-learning.
1. Basis	De betekenis, achtergrond en classificatie van de aandoening CNI kennen en begrijpen.
2. Gebruik van de dieetrichtlijn	Als diëtist is het belangrijk om evidence-based te handelen. Soms is het echter een hindernis om wetenschappelijk correcte informatie op te zoeken, te vinden en te interpreteren. In deze module leert de zorgverlener evidence-based handelen met richtlijnen (wat is het en hoe te gebruiken) en het interpreteren van kernboodschappen.
3. Rol van de diëtist	Deze module bespreekt de rol van de diëtist in de (voedings)behandeling van CNI stadium 3 en 4. De doelstellingen van de dieetbehandeling bij patiënten met CNI stadium 3-4 en de noodzaak van een dieetbehandeling kennen en begrijpen.
4. Screening, lichaamssamenstelling en voedingsanamnese	Het verloop bij en de aandachtspunten van screening, lichaamssamenstelling en voedingsanamnese van patiënten met CNI stadium 3-4 kennen en begrijpen.
5. Voeding	De kernboodschappen bij voedingsbehandeling van patiënten met CNI stadium 3-4 kennen, begrijpen en correct toepassen in de praktijk.
6. Levensstijl	De kernboodschappen voor de levensstijl van patiënten met CNI stadium 3-4 kennen, begrijpen en correct toepassen in de praktijk.
7. Zelfmanagement	Het belang erkennen van zelfmanagement in de voedingsbehandeling van patiënten met CNI stadium 3-4.



# 3. IMPLEMENTATIEPLAN

## 2) Groepsreflectiesessies

### Rekrutering

Een persoonlijke uitnodiging voor de groepsessies werd verspreid via verschillende kanalen zoals Facebook (besloten groep voor diëtisten), LinkedIn en de Vlaamse Beroepsvereniging voor Diëtisten (VBVD), Les diététicien-ne-s, werkgroep Nefrologische diëtisten Vlaanderen en de eerstelijnszones. In het artikel voor de bekendmaking van de richtlijn in het Tijdschrift voor Voeding en Diëtetiek (VBVD) werd ook een oproep gelanceerd om deel te nemen aan de groepsreflectiesessies. Het doel was om 10 sessies te organiseren, waarvan 5 in Vlaanderen, 3 in Wallonië en 2 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Door de maatregelen voor COVID-19 konden de groepsessies echter niet fysiek doorgaan en moesten deze als alternatief online georganiseerd worden. Daarom werden er in Vlaanderen 10 online sessies georganiseerd, met telkens minimum vier deelnemers. Deze gingen door in april-mei 2021 en er waren 38 inschrijvingen. In Wallonië werden de sessies in oktober 2021 georganiseerd. Er waren in totaal 23 inschrijvingen (12 in Brussel, 4 in Charleroi en 7 in Luik). De sessies in Wallonië worden gemiddeld door Les Diététicien-ne-s, in Vlaanderen door onderzoekers van UCLL.

### Verloop

De inhoud van de sessie bestond uit:

1. Voorstelronde als ijsbreker
2. Bespreking casus onder begeleiding van experts
3. Introductie indicatoren
4. Individueel actieplan opstellen + bespreking in groep
5. Bespreken mogelijke hindernissen
6. Enkel Vlaanderen: padlet met elkaar delen

De opbouw van de Waalse sessies verschilde van de Vlaamse sessies. Omdat de richtlijn in Wallonië nog minder bekend was, werd er beslist om hier eerst een online vorming over de richtlijn te geven, gevolgd door de groepsreflectiesessie op een fysieke locatie op een andere dag. In de Waalse sessies was geen padlet aanwezig, in de Vlaamse wel.

APRIL EN MEI 2021

**Uitnodiging groepsessies CNI voor diëtisten in de eerste lijn!**

*Patiënten met chronische nierinsufficiëntie stadium 3 en 4 begeleiden? Ga de uitdaging aan!*

**INSCHRIJVINGEN EN MEER INFORMATIE**

Scan de QR-code  
 Contact: laura.verbeyst@ucll.be  
<https://events.ucll.be/content/inschrijvinge-groepsessie-cni-voor-eerstelijnsdietisten-aprilmei-2021>

Ben jij werkzaam als diëtist(e) in de eerstelijnszorg en wil je je versterken in of starten met de begeleiding van patiënten met CNI stadium 3 en 4? Dan nodigen we jou graag uit om deel te nemen aan de groepsreflectiesessies.

Inhoud groepsessies:

- Zelfevaluatie
- Bespreking van een casus
- Individueel verbeterplan opstellen
- Voldoende ruimte voor vragen
- Leren van elkaars ervaringen

Ter voorbereiding op de groepsessie vragen we jou om een zelfreflectie in te vullen.

Schrijf je in via de QR-code en we zien je graag op de groepsessie. Tot dan!

**INVITATION POUR LES DIÉTÉTICIEN(NE)S INDÉPENDANT(E)S BELGES**

*Souhaitez-vous améliorer votre accompagnement des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique de stade 3 et 4? Acceptez le challenge!*

Inscrivez-vous en cliquant ici

Accompagnez-vous les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique (IRC) stade 3-4 ou souhaitez-vous les accompagner? Nous vous invitons à participer à notre événement gratuit concernant les recommandations alimentaires pour les patients IRC.

L'événement se compose de 2 parties sur la période octobre 2021 :

- Partie 1 : formation sur le guide de pratique clinique pour le traitement diététique des adultes souffrant d'IRC au stade 3 et 4 (online - le 9 octobre 2021 à 9h)
- Partie 2 : session de réflexion en groupe sur la coordination du soin autour du patient IRC et discussion d'un cas pratique (en présentiel)
  - à Bruxelles - le 21 octobre 2021 à 14h
  - à Liège le 23 octobre à 9h
  - dans la région Namur-Charleroi - le 28 octobre à 9h

L'inscription est gratuite mais nous vous demandons de participer à l'ensemble du projet c'est-à-dire :

- Assister à la formation théorique sur le guide de pratique clinique
- Participer à la session de réflexion en groupe
- Compléter trois brefs questionnaires avant, juste après et quelques semaines après l'événement.

Inscription souhaitée avant le 8 septembre  
À bientôt?

# 3. IMPLEMENTATIEPLAN

## 2) Groepsreflectiesessies

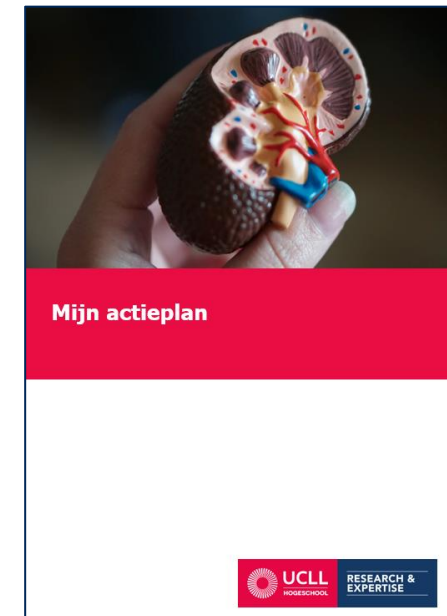
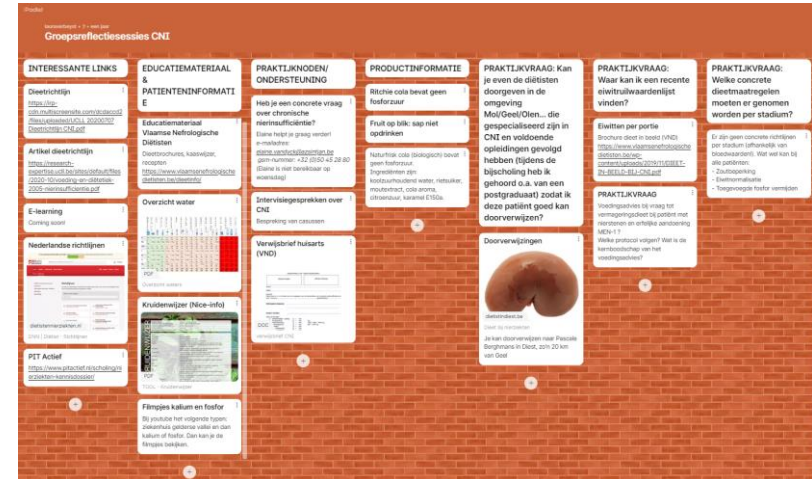
Tijdens de sessie kregen de diëtisten vorming om de richtlijn over CNI te leren kennen en/of op te frissen. Daarna werd een reflectie over het eigen handelen met betrekking tot CNI voorzien en werden successen en knelpunten in kaart gebracht.

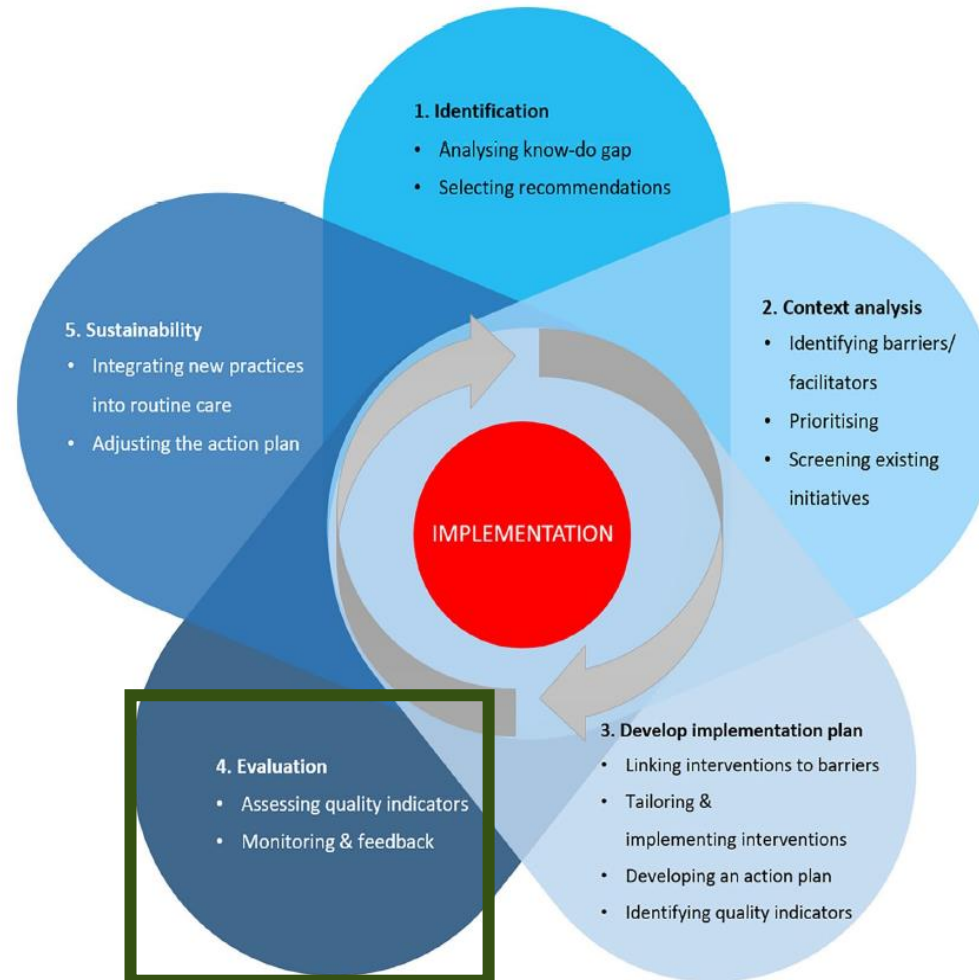
Twee diëtisten van de werkgroep Vlaamse Nefrologische Diëtisten presenteerden een casus over een patiënt met CNI. Nadien volgde een bespreking van de vragenlijst met kwaliteitsindicatoren die de deelnemers op voorhand invulden. Ze kregen een persoonlijk actieplan waarin hun resultaten stonden weergegeven, samen met de streefwaarde voor elke indicator. Op basis van hun zelfevaluatie en de groepsreflectie stelden de diëtisten ter plaatse een verbeterplan op. Ze moesten voor zichzelf noteren of ze mogelijkheden zagen voor zichzelf tot verbetering van de eigen praktijkvoering voor CNI. Het actieplan bevatte instructies om SMART-doelstellingen en actiepunten te formuleren, maar ook om hindernissen te formuleren en hiervoor een plan te voorzien. Daarnaast werden mogelijke hindernissen in deze praktijkvoering in groep besproken, om elkaar mogelijke oplossingen te kunnen aanreiken. Zo kan de benodigde ondersteuning om de kwaliteit van zorg te bevorderen voorzien worden.

Het actieplan is terug te vinden in bijlage 9. Het bevat de volgende onderdelen:

- Jouw resultaten
- Formuleren doelstellingen
- Formuleren actiepunten
- Logboek
- Ondersteuning
- Notities bij het actieplan

Na de groepsreflectie werd de padlet door de onderzoekers voorgesteld. Een padlet is een online muur waar iedereen een tekst op kan plaatsen. De diëtisten werden uitgenodigd om bij te dragen aan de padlet. Als iemand iets toevoegt aan de padlet, kan iedereen dit meteen zien. Voorafgaand aan de sessie stond de link naar de dieetrichtlijn, het artikel over de dieetrichtlijn en de link naar de e-learning al in de padlet. Er werd ook een categorie met educatiemateriaal toegevoegd, met een verwijzing naar de brochures van de Vlaamse Nefrologische Diëtisten. Bij de sessies werden links naar educatiemateriaal en patiënteninformatie aangevuld (kruidenwijzer, Youtube video's,...) Na de sessie was het de bedoeling om de padlet up-to-date te houden en dat er ook praktijkvragen gesteld konden worden. Andere informatieve boodschappen over de voedingsbehandeling van CNI waren ook welkom.







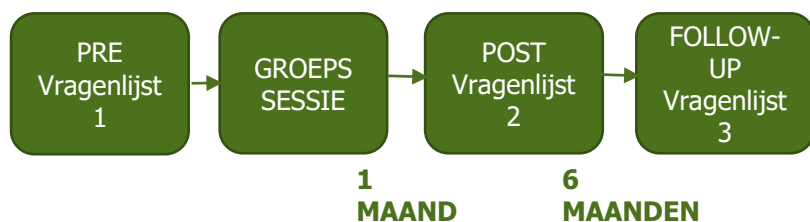
# 5 STAPPEN VOOR IMPLEMENTATIE VAN RICHTLIJNEN

## STAP 4: Evaluatie

### 2.4.1 Meetinstrumenten

De deelnemende diëtisten vulden drie vragenlijsten in om de kwaliteitsindicatoren te meten. Voor de aanvang van de groepsessie vullen de deelnemers een online zelfevaluatievragenlijst in die peilt naar de kennis van de richtlijn, kwaliteitsindicatoren en eigen handelen rond CNI in de praktijk. Na 1 maand vulden ze de post-test vragenlijst in met een evaluatie van de groepsessie en een inschatting van mogelijke verbetering in het eigen handelen rondom CNI. Om na te gaan of het verbeterplan al dan niet is geïmplementeerd, werd na 6 maanden terug contact opgenomen met de diëtisten en werd opnieuw gevraagd deze korte online vragenlijst in te vullen.

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de verschillende vragenlijsten gepresenteerd en vergeleken, zowel voor de Vlaamse als Waalse sessies. Daarnaast is er ook een vergelijkende analyse tussen de Vlaamse en Waalse resultaten.



### 2.4.2 Analyse kwaliteitsindicatoren: vragenlijsten (NL)

### 2.4.3 Analyse kwaliteitsindicatoren: vragenlijsten (FR)

### 2.4.4 Analyse groepsessies

### 2.4.5 Vergelijking Vlaamse en Waalse resultaten

- I. Kwaliteitsindicatoren
- II. Verloop groepsessie
- III. Barrières en facilitatoren

## 2.4.2 Analyse kwaliteitsindicatoren: vragenlijsten (NL)

### Aantal deelnemers

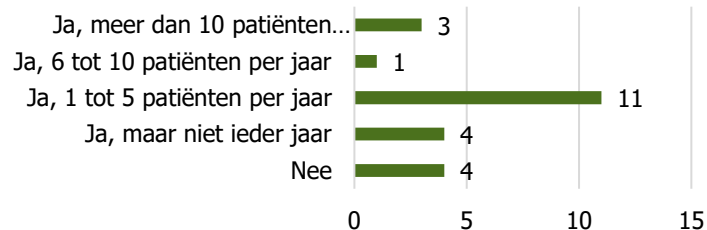
Niet alle participanten vulden de pre-, post- en follow-up vragenlijst in. Daarnaast kregen niet alle participanten dezelfde vragen (reeds CNI-begeleiding versus geen CNI-begeleiding). Hiermee dient rekening gehouden te worden bij de interpretatie.

Aantal deelnemers	N	Waarvan diëtisten die CNI patiënten begeleiden	Waarvan diëtisten die geen CNI patiënten begeleiden
PRE en POST	23	19	4
FOLLOW-UP	11	9	2

## 1. Begeleiding van CNI patiënten

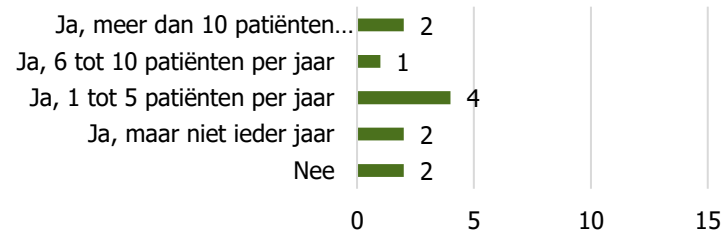
Er namen zowel diëtisten deel aan de sessie die nog geen CNI-patiënten ( $n = 4$ ) hebben begeleid als diëtisten die dit wel reeds deden ( $n = 19$ ). In de follow-up vragenlijst werd deze vraag opnieuw gesteld: niet alle diëtisten begeleiden ondertussen CNI-patiënten, maar algemeen blijken ze van plan te zijn om mogelijks meer CNI-patiënten in de eerste lijn te behandelen.

Begeleidt u reeds CNI patiënten in de eerste lijn?



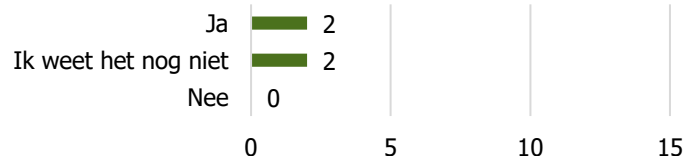
Grafiek 1: PRE – begeleiding CNI

Begeleidt u reeds CNI patiënten in de eerste lijn?



Grafiek 2: FOLLOW-UP – begeleiding CNI

Bent u van plan om in de toekomst (meer) patiënten met CNI stadium 3-4 in de eerste lijn te behandelen?

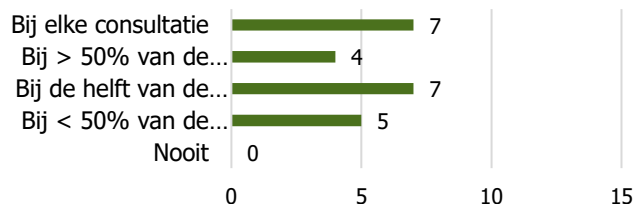


Grafiek 3: FOLLOW-UP – begeleiding CNI

## 2. Verslag van een consultatie

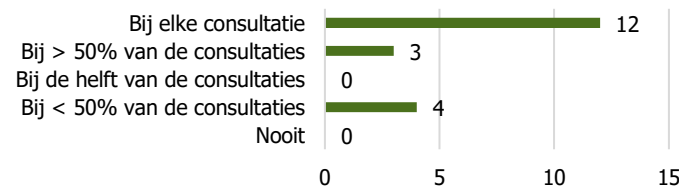
Het merendeel van de diëtisten maakt regelmatig een verslag van een consultatie, zowel algemeen als bij een patiënt met CNI. Na de groepssessie werd gepeild naar de verdere intentie om meer verslagen te maken van consultaties met CNI-patiënten. Hier was een stijging te zien in het aantal diëtisten dat dit bij elke consultatie zou doen. In de follow-up vragenlijst geven nog steeds de meeste diëtisten aan een verslag te maken van elke consultatie met de CNI-patiënt.

Hoe vaak maakt u een verslag van een consultatie (elektronisch, op papier, ...) (in het algemeen, niet specifiek voor CNI)?



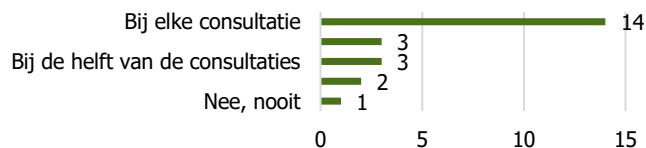
Grafiek 4: PRE – verslag consultatie algemeen

Hoe vaak maakt u een verslag van een consultatie (elektronisch, op papier, ...) met CNI-patiënten?



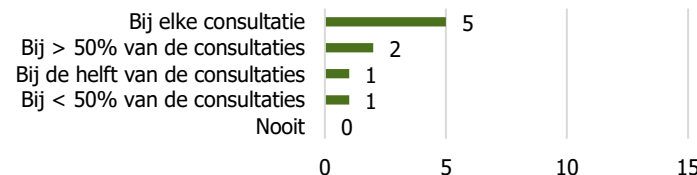
Grafiek 5: PRE – verslag consultatie CNI

Bent u van plan om een verslag te maken na een consultatie met een CNI-patiënt in de toekomst?



Grafiek 6: POST – verslag consultatie CNI

Hoe vaak maakt u een verslag van een consultatie (elektronisch, op papier, ...) met CNI-patiënten?



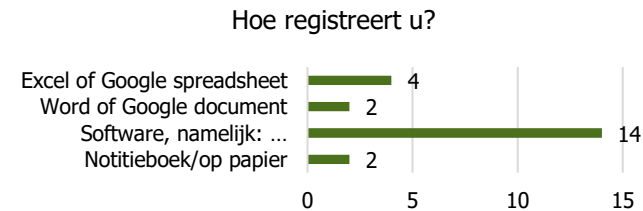
Grafiek 7: FOLLOW-UP – verslag consultatie CNI

## 3. Registratie in verslag

Er werd gepeild naar wat diëtisten registreren in dit verslag met een patiënt met CNI:

- Datum van consultatie
- Reden van consultatie
- Naam huisarts/ naam nefroloog
- Medische voorgeschiedenis
- Medicatie
- Parameters en labwaarden
- Diëtistische diagnose
- Voedingsanamnese
- Voedingsadviezen
- Educatiemateriaal
- Welbevinden patiënt
- Opvolging afspraken
- Ervaringen voeding en beweging
- Antropometrische gegevens
- Doelstellingen
- Wat volgende keer te bespreken
- Financiële gegevens
- Stadium, eGFR, andere relevante bloedparameters
- Bloeddruk
- Roken, alcohol, slaap
- Motivatie
- Korte samenvatting: aanpassingen, adviezen
- Compliance van patiënt
- Bedenkingen
- ...

Ook de manier waarop ze registreren werd bevraagd. Vooral elektronische software zijn populair.



Grafiek 8: PRE – voorbeelden registratie

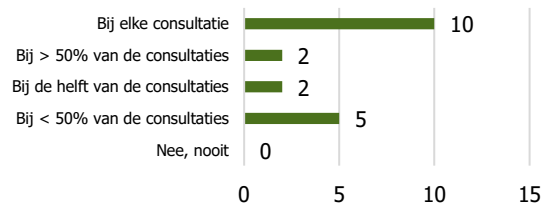
Enkele voorbeelden van de software die de diëtisten gebruiken zijn:

- Mediris multi
- Nutrilink nutriëtiëtist
- Nutrilink Care Connect van Corilus
- Ambrosia Pro
- Becel
- Crossuite
- Elektronisch medisch dossier ziekenhuis, bijvoorbeeld
- Eigen software

## 4. Terugkoppeling naar huisarts

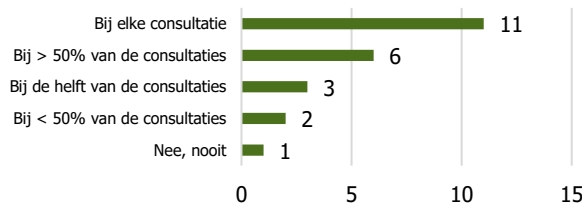
Het merendeel van de diëtisten geeft aan voor elke consultatie van de CNI-patiënt terug te koppelen naar de huisarts. Na de groepssessie verschuift het aantal diëtisten die voor <50% van de consultaties terugkoppelden naar de helft en > 50% van de consultaties. Er is dus een belangrijke verandering in de intentie om de dieetbehandeling terug te koppelen. Bij de opvolgingsresultaten is er echter een gelijke verdeling tussen de antwoordopties <50%, de helft, >50% en elke consultatie.

Koppelt u de dieetbehandeling van CNI patiënten terug naar de huisarts?



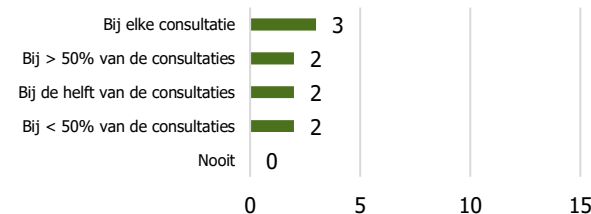
Grafiek 9: PRE – terugkoppeling huisarts

Bent u van plan om de dieetbehandeling van CNI patiënten terug te koppelen naar de huisarts?



Grafiek 10: POST – terugkoppeling huisarts

Koppelt u de dieetbehandeling van CNI patiënten terug naar de huisarts?



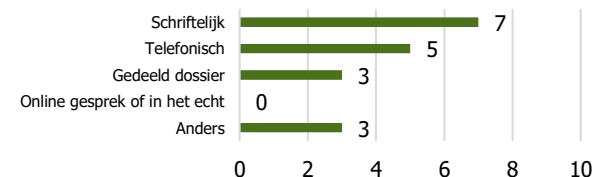
Grafiek 11: FOLLOW-UP – terugkoppeling huisarts

De afstemming met de huisarts gebeurt voornamelijk schriftelijk en telefonisch.

Via de antwoordoptie gaven de diëtisten de volgende manieren verder aan:

- “Veelal ontbreken er laboresultaten en dan bel ik als de persoon bij mij zit naar de huisarts om verder te kunnen met het consult.”
- Verslag via Mediris Multi, eHealth
- Gesprek
- E-mail

Hoe gebeurt de afstemming over uw CNI patiënten met de huisarts?



Grafiek 12: PRE – manier van terugkoppeling

## 4. Terugkoppeling naar huisarts

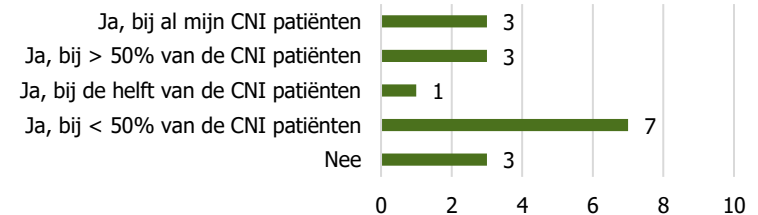
Voor de aanvang van de groepsessie geven de diëtisten aan terug te koppelen over de volgende zaken:

- Onduidelijkheden, bv. bij bloedwaarden
- Bevindingen uit anamnese
- Afspraken die gezamenlijk gemaakt werden
- Werkpunten voeding en beweging/ gegeven advies
- Gedragsverandering bij patiënt
- Resultaten van evaluatie en opvolging
- Aanpassingen medicatie, kaliumbeperking, ...
- Motivatie
- Behandeldoelstellingen
- Zoutinname, eiwitinname, vochtinname
- Verslag doorsturen met alle informatie, met apart een besluit waarbij alles concreet toegelicht wordt en aandacht aan moet gegeven worden.
- Telefonisch/mail: laatste bloedwaarden, Welk advies gegeven moet worden (enkel zoutarm, of ook kalium-, fosfor- of eiwitarm, vochtbeperking,..)?

Daarnaast geven ze aan dat de doorverwijsbrief vaak niet alle info bevat: 7 diëtisten benoemen dat dit bij <50% van de CNI-patiënten onvolledig is. De info die op de doorverwijsbrief ontbreekt is:

- Zorgtraject
- (Recente) labowaarden, 24-uurs urinecollectie
- Medicatie
- Voorschrift nodige voedingsadviezen
- Verslag nefroloog
- Er is vaak geen doorverwijsbrief

Bevat de doorverwijsbrief die u ontvangt van de huisarts alle nodige informatie om de behandeling van de CNI patiënt op te starten?



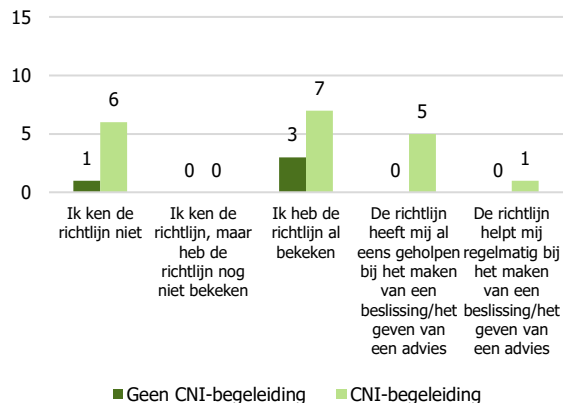
Grafiek 13: PRE – doorverwijsbrief

## 5. Kennis dieetrichtlijn

Voor de aanvang van de groepssessie kende 2/3<sup>e</sup> van de diëtisten de richtlijn en had 1/3<sup>e</sup> de richtlijn al gebruikt. 1/4<sup>e</sup> had de richtlijn al gebruikt bij het maken van een beslissing of het geven van advies. Na de groepssessie had de richtlijn 11 diëtisten geholpen bij het maken van een beslissing of het geven van advies. Een diëtist gaf aan dat ze niet van plan was om de richtlijn te bekijken en gaf daarbij de volgende verklaring: "Omdat ik niet langer CNI patiënten wens te begeleiden. Ik vind het een te zeer gespecialiseerde materie, je dient er voldoende diepgaand in opgeleid te zijn en er voldoende ervaring in te hebben of kunnen verkrijgen, wat voor mij niet langer haalbaar is. Bedankt om me dat inzicht te geven. Ik wil het écht goed doen, wanneer ik patiënten begeleid, wanneer ik dat niet (meer) haalbaar acht, stop ik liever met deze groep mensen te begeleiden."

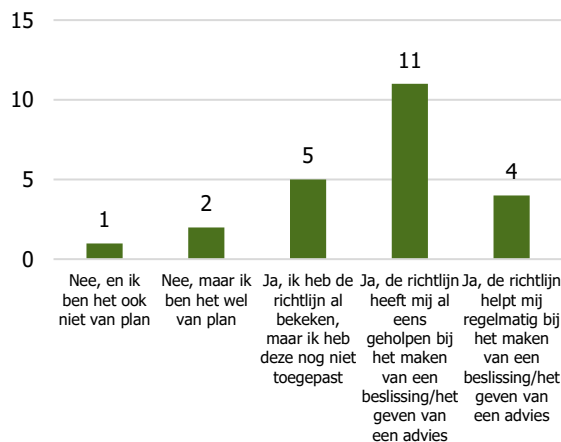
Bij de opvolging gaf een derde van de diëtisten aan dat de richtlijn hen al had geholpen bij beslissingen en/of adviezen. Twee diëtisten gebruikten de richtlijn regelmatig.

Vorig jaar verscheen er een Belgische dieetrichtlijn over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3-4 (UCLL, 2020). Kent u deze richtlijn?



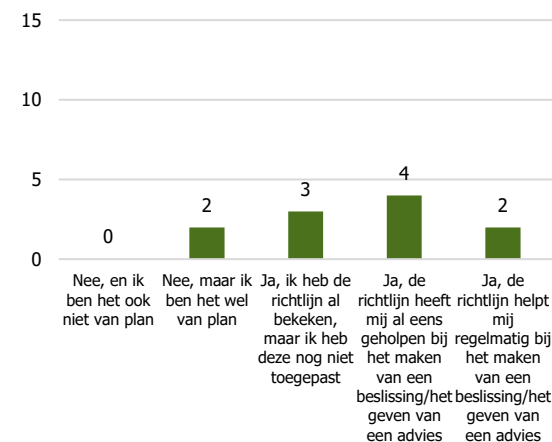
Grafiek 14: PRE – kennis dieetrichtlijn

Vorig jaar verscheen er een Belgische dieetrichtlijn over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3-4 (UCLL, 2020). Hebt u deze al bekeken?



Grafiek 15: POST – kennis dieetrichtlijn

Vorig jaar verscheen er een Belgische dieetrichtlijn over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3-4 (UCLL, 2020). Hebt u deze al bekeken?



Grafiek 16: FOLLOW-UP – kennis dieetrichtlijn



## 6. Bijscholen over CNI

Diëtisten die nog geen CNI-patiënten begeleiden scholen zich voornamelijk bij via artikels, navormingen, webinar, supervisie/intervisie en boeken. Dit gebeurde het vaakst maximum 1 jaar geleden. Diëtisten die wel CNI-patiënten begeleiden scholen zich het meest bij via artikels, navormingen, opleidingsdagen en supervisie/intervisie. Het merendeel geeft aan dit binnen het jaar of 2-5 jaar geleden te hebben gedaan.

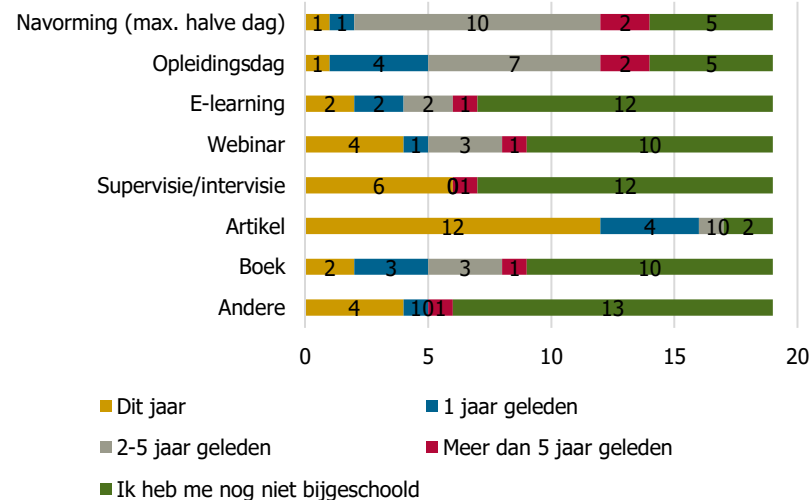
### Wanneer heeft u zich voor het laatst bijgeschoold over CNI?

*Geen CNI-begeleiding*



### Wanneer heeft u zich voor het laatst bijgeschoold over CNI?

*CNI begeleiding*



Grafiek 17: PRE – Bijscholing bij geen CNI-begeleiding

Grafiek 18: PRE – Bijscholing bij CNI-begeleiding

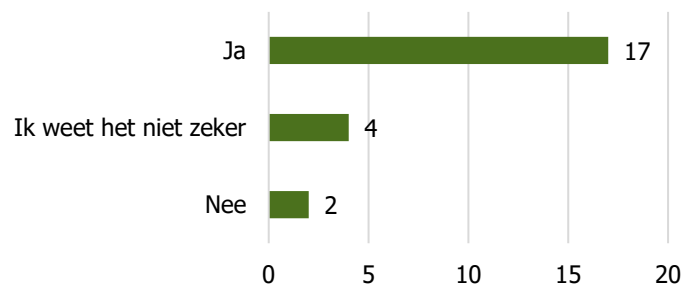
## 6. Bijscholen over CNI

De meeste diëtisten stonden open om zich meer bij te scholen in de toekomst. Redenen voor geen bijscholing of het niet zeker weten waren:

- "Ik volg regelmatig bijscholing i.v.m. CNI, denk dat de frequentie die ik nu volg voldoende is om op de hoogte te zijn/blijven."
- "Hangt af van aanbod, moment en de prijs"
- "Als wetenschappelijke inzichten wijzigen"
- "Dagelijks reeds mee bezig in beroepsverband"
- "Als er wijzigingen in aanbevelingen komen"

Bij de bevraging 6 maanden na de groepsessie, gaven de meeste diëtisten aan van plan te zijn om zich bij te scholen, waarvan 1 diëtist in de nabije toekomst.

Bent u van plan om zich frequenter bij te scholen over CNI in de toekomst? (bv. navorming, artikel, ...)



Grafiek 19: POST – Bijscholing over chronische nierinsufficiëntie

Heb je sinds de groepsreflectiesessie al actie ondernomen om jezelf bij te scholen over CNI?



Grafiek 20: FOLLOW-UP – Bijscholing over chronische nierinsufficiëntie sinds groepsreflectiesessie

## 7. Inschatting risico op ondervoeding

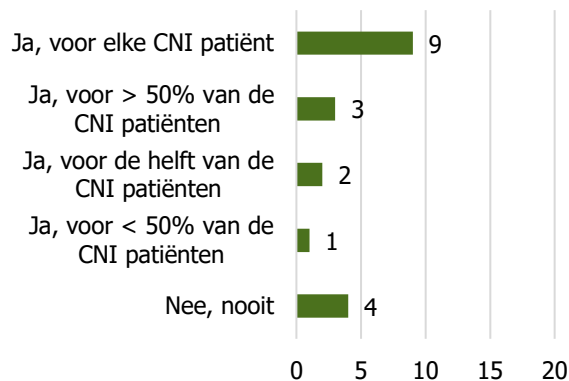
Voor de groepsessies maakten de meeste diëtisten reeds een inschatting van het risico op ondervoeding bij patiënten met CNI. Na de groepsessie is dit aantal gestegen van 9 naar 19 diëtisten die dit voor elke patiënt doen. Het aantal dat dit nooit doet, daalde van 4 naar 1. Enkele maanden na de groepsessie gaf 3/4<sup>e</sup> van de diëtisten die het invulden aan dat ze deze inschatting voor elke patiënt met CNI maken.

In de vragenlijst voor de groepsessies was er een bijkomende vraag over hoe de diëtisten dit risico inschatten. De diëtisten gaven de volgende antwoorden:

- Aan de hand van de richtlijnen volgens NRS-screening (gewichtsverlies, eetlust, andere comorbiditeiten zoals diabetes)
- Aan de hand van voedingsinname berekening (koolhydraten, vetten, calorieën, eiwitten) volgens persoonlijke behoeftes
- Aan de hand van labowaarden: vitamines, mineralen, albumine, totaal eiwit (tekorten)
- Aan de hand van parameters: gewicht, lengte, BMI
- Gewichtsverloop in de laatste maanden (ongewenst gewichtsverlies laatste 6 of 3 m)
- Eiwitname – energie-inname - gewichtsevolutie - indien er gesignaleerd wordt dat er krachtverlies is of de persoon duidelijk verouderd op het consult verschijnt (grijzer, kaler, meer rimpels, grauwer, moeilijker te been, ...)
- Voedingsberekening bij de start en voor het geschreven advies (met berekeningsprogramma van nutriëtiëtist).
- BIVA + anamnese
- Wij vergelijken 4x per jaar volgende gegevens van al onze patiënten: gewichtsevolutie, nPCR, albumine, pre-albumine, cholesterol, al dan niet opstart IDPN of bijvoeding het afgelopen jaar. Bij afwijkende waarden, wordt een uitgebreide screening afgenomen bij de patiënt.

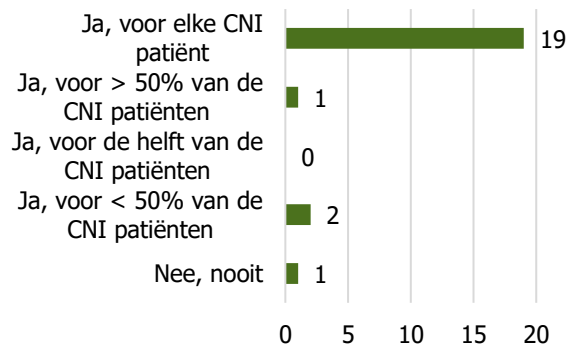
## 7. Inschatting risico op ondervoeding

Maakt u een inschatting van het risico op ondervoeding van uw CNI patiënten?



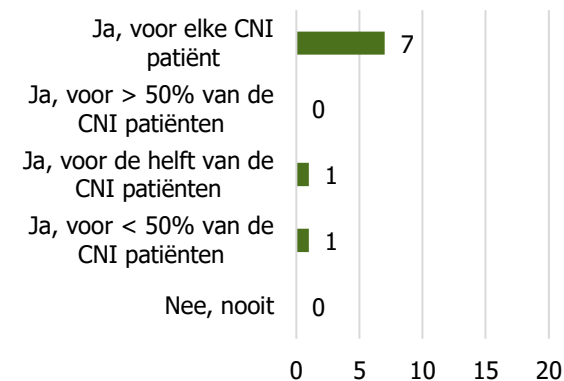
Grafiek 21: PRE – inschatting risico ondervoeding

Bent u van plan om een inschatting te maken van het risico op ondervoeding van uw CNI patiënten?



Grafiek 22: POST – inschatting risico ondervoeding

Maakt u een inschatting van het risico op ondervoeding van uw CNI patiënten?



Grafiek 23: FOLLOW-UP – inschatting risico ondervoeding

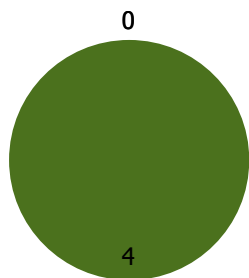
## 8. Kennis over aanbevelingen

### ENERGIE

Diëtisten die geen CNI patiënten begeleiden geven aan de aanbeveling over energie te kennen. Van de diëtisten die wel CNI patiënten begeleiden kent iedereen de aanbeveling, met uitzondering van twee diëtisten die 'gedeeltelijk' aangeduid hebben en één diëtist kent de aanbeveling niet. Bij de follow-up geeft iedereen aan de aanbeveling te kennen.

#### GEEN CNI BEGELEIDING

Er wordt een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) aangeraden

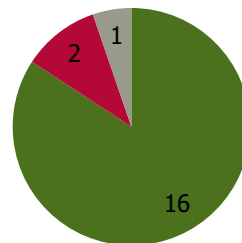


■ Ja ■ Gedeeltelijk ■ Nee

Grafiek 24: PRE – Kennis aanbeveling energie (geen CNI begeleiding)

#### CNI BEGELEIDING

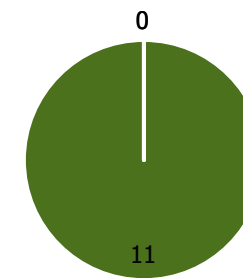
Er wordt een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) aangeraden



■ Ja ■ Gedeeltelijk ■ Nee

Grafiek 25: PRE – Kennis aanbeveling energie (wel CNI begeleiding)

Er wordt een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) aangeraden



■ Ja ■ Gedeeltelijk ■ Nee

Grafiek 26: FOLLOW-UP – Kennis aanbeveling energie

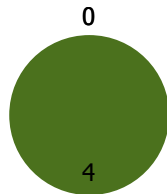
## 8. Kennis over aanbevelingen

### EIWIT

Diëtisten die geen CNI patiënten begeleiden geven aan de aanbeveling over eiwitten te kennen. Dit geldt ook voor de diëtisten die wel CNI patiënten begeleiden. Bij de follow-up geeft iedereen aan de aanbeveling te kennen.

#### GEEN CNI BEGELEIDING

Er wordt een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag aanbevolen

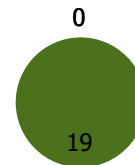


■ Ja ■ Gedeeltelijk ■ Nee

Grafiek 27: PRE – Kennis aanbeveling eiwit (geen CNI begeleiding)

#### CNI BEGELEIDING

Er wordt een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag aanbevolen



■ Ja ■ Gedeeltelijk ■ Nee

Grafiek 28: PRE – Kennis aanbeveling eiwit (wel CNI begeleiding)

Er wordt een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag aanbevolen



■ Ja ■ Gedeeltelijk ■ Nee

Grafiek 29: FOLLOW-UP – Kennis aanbeveling eiwit

## 8. Kennis over aanbevelingen

### ZOUT

Diëtisten die geen CNI patiënten begeleiden geven aan de aanbeveling over zout te kennen. Van de diëtisten die wel CNI patiënten begeleiden kent iedereen de aanbeveling, met uitzondering van één diëtist die 'gedeeltelijk' aanduid. Bij de follow-up geeft iedereen aan de aanbeveling te kennen.

#### GEEN CNI BEGELEIDING

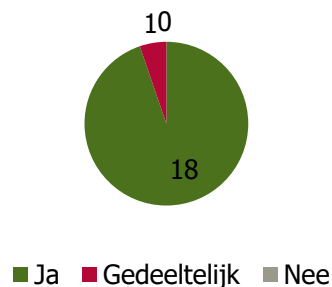
Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag



Grafiek 30: PRE – Kennis aanbeveling zout (geen CNI begeleiding)

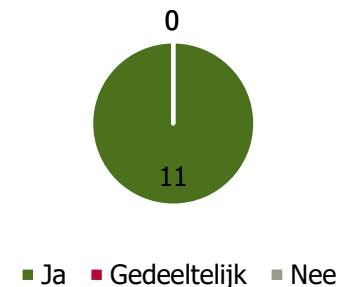
#### CNI BEGELEIDING

Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag



Grafiek 31: PRE – Kennis aanbeveling zout (wel CNI begeleiding)

Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag aangeraden



Grafiek 32: FOLLOW-UP – Kennis aanbeveling zout

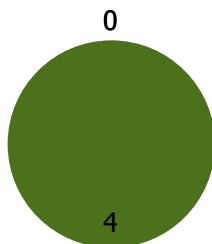
## 8. Kennis over aanbevelingen

### FOSFAAT

Diëtisten die geen CNI patiënten begeleiden geven aan de aanbeveling over fosfaat te kennen. Van de diëtisten die wel CNI patiënten begeleiden kennen drie diëtisten de aanbeveling gedeeltelijk en één diëtist niet. Bij de follow-up geeft iedereen aan de aanbeveling te kennen.

#### GEEN CNI BEGELEIDING

Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is. Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven)

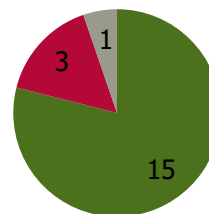


■ Ja ■ Gedeeltelijk ■ Nee

Grafiek 33: PRE – Kennis aanbeveling fosfaat (geen CNI begeleiding)

#### CNI BEGELEIDING

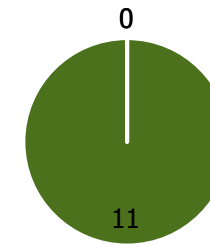
Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is. Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven)



■ Ja ■ Gedeeltelijk ■ Nee

Grafiek 34: PRE – Kennis aanbeveling fosfaat (geen CNI begeleiding)

Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is. Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven)



■ Ja ■ Gedeeltelijk ■ Nee

Grafiek 35: FOLLOW-UP – Kennis aanbeveling fosfaat



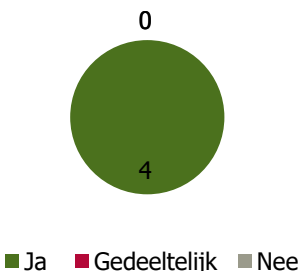
## 8. Kennis over aanbevelingen

### KALIUM

Diëtisten die geen CNI patiënten begeleiden geven aan de aanbeveling over kalium te kennen. Diëtisten die CNI patiënten begeleiden kennen overwegend de aanbeveling, met uitzondering van 1 persoon die de aanbeveling gedeeltelijk kende. Bij de follow-up geeft iedereen aan de aanbeveling te kennen, buiten één diëtist die 'nee' aanduidt.

#### GEEN CNI BEGELEIDING

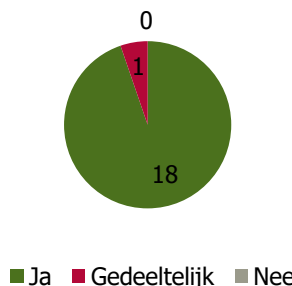
Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden



Grafiek 36: PRE – Kennis aanbeveling kalium (geen CNI begeleiding)

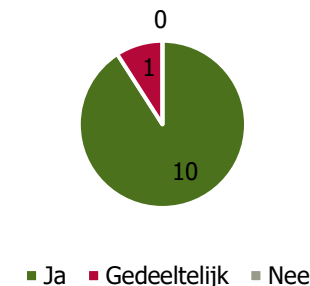
#### CNI BEGELEIDING

Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden



Grafiek 37: PRE – Kennis aanbeveling kalium (wel CNI begeleiding)

Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden



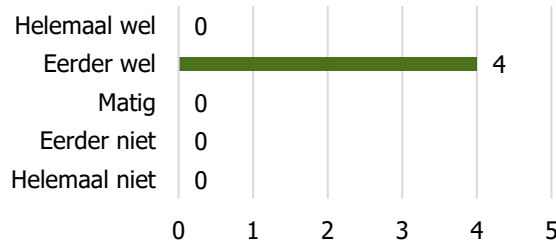
Grafiek 38: FOLLOW-UP – Kennis aanbeveling kalium

## 9. In staat tot toepassing van aanbevelingen

### ENERGIE

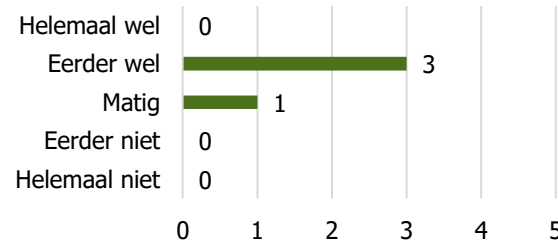
Diëtisten die nog geen CNI begeleiden kregen extra vragen over de toepassing van aanbevelingen: voelen ze zich in staat om deze toe te passen in de praktijk? Zowel in de pre-, post- en follow-up vragenlijst geven ze aan dat ze zich eerder wel in staat voelen om de aanbeveling over energie toe te passen in de praktijk.

Er wordt een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) aangeraden



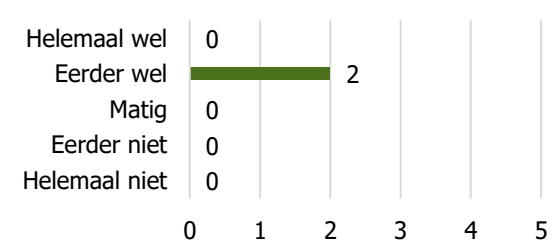
Grafiek 39: PRE – Toepassing aanbeveling energie (geen CNI begeleiding)

Er wordt een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) aangeraden



Grafiek 40: POST – Toepassing aanbeveling energie (geen CNI begeleiding)

Er wordt een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) aangeraden



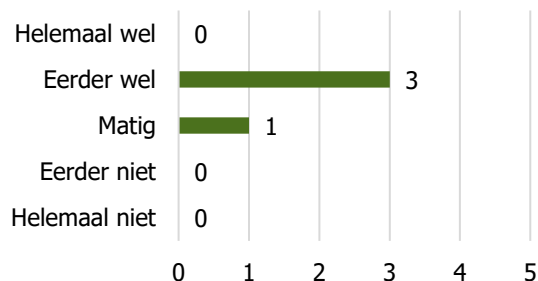
Grafiek 41: FOLLOW-UP – Toepassing aanbeveling energie

## 9. In staat tot toepassing van aanbevelingen

### EIWIT

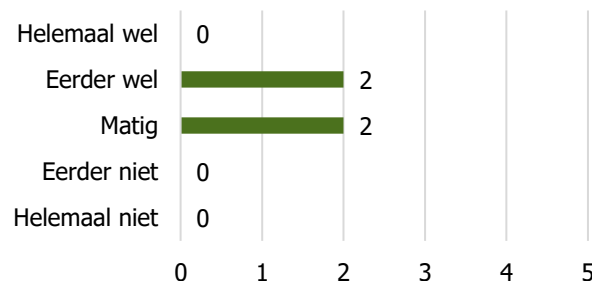
Diëtisten voelen zich voornamelijk eerder wel en matig in staat om de aanbeveling over eiwit toe te passen in de praktijk. In de eerste vragenlijst, voor de groepssessie duiden meer diëtisten aan dat ze zich eerder wel in staat voelen om de aanbeveling toe te passen.

Er wordt een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag aanbevolen



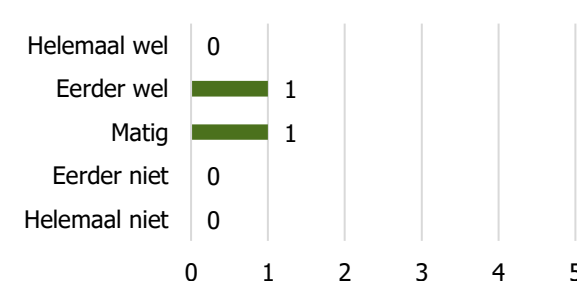
Grafiek 42: PRE – Toepassing aanbeveling eiwit (geen CNI begeleiding)

Er wordt een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag aanbevolen



Grafiek 43: POST – Toepassing aanbeveling eiwit (geen CNI begeleiding)

Er wordt een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag aanbevolen



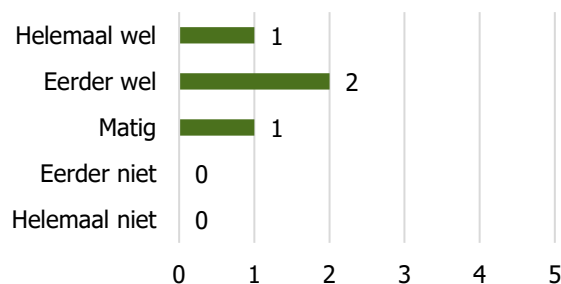
Grafiek 44: FOLLOW-UP – Toepassing aanbeveling eiwit

## 9. In staat tot toepassing van aanbevelingen

### ZOUT

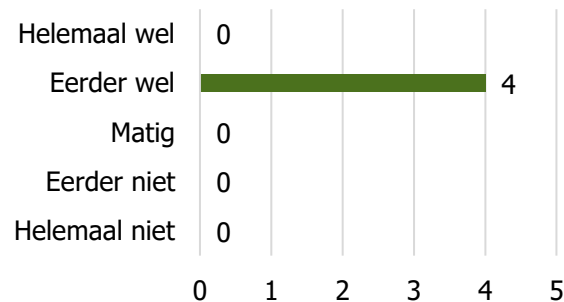
Voor de aanbeveling over zout duiden de diëtisten in elke vragenlijst het meest de optie 'Eerder wel' aan.

Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag aangeraden



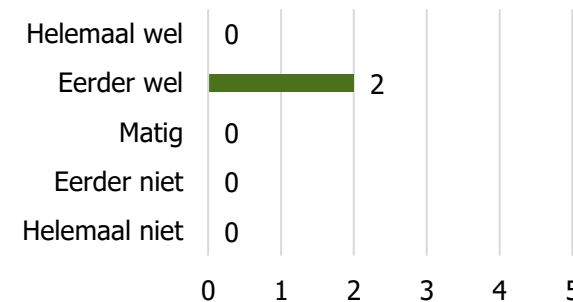
Grafiek 45: PRE – Toepassing aanbeveling zout (geen CNI begeleiding)

Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag aangeraden



Grafiek 46: POST – Toepassing aanbeveling zout (geen CNI begeleiding)

Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag aangeraden

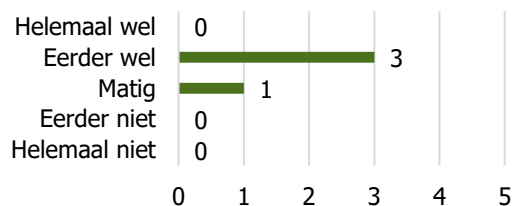


Grafiek 47: FOLLOW-UP – Toepassing aanbeveling zout

## 9. In staat tot toepassing van aanbevelingen

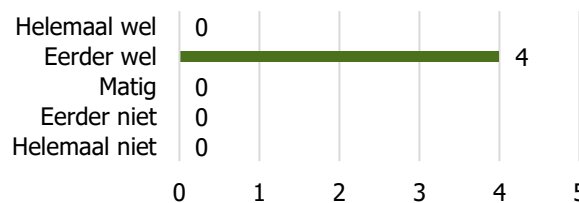
Zowel in de pre-, post- en follow-up vragenlijst geven ze aan dat ze zich eerder wel in staat voelen om de aanbeveling over fosfaat toe te passen in de praktijk.

Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is. Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven)



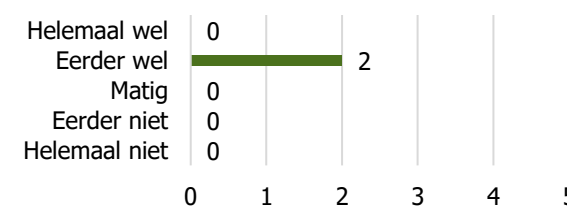
Grafiek 48: PRE – Toepassing aanbeveling fosfaat (geen CNI begeleiding)

Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is. Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven)



Grafiek 49: POST – Toepassing aanbeveling fosfaat (geen CNI begeleiding)

Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is. Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven)



Grafiek 50: FOLLOW-UP – Toepassing aanbeveling fosfaat

## 9. In staat tot toepassing van aanbevelingen

Zowel in de pre-, post- en follow-up vragenlijst geven ze aan dat ze zich eerder wel in staat voelen om de aanbeveling over fosfaat toe te passen in de praktijk.

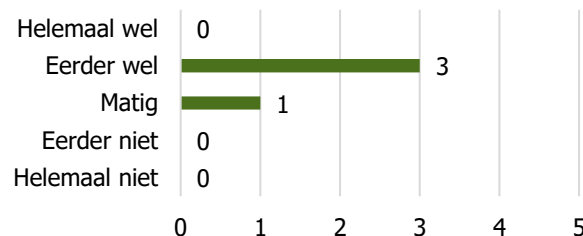
Bijkomend kregen de deelnemers in de POST-vragenlijst de kans om voor elke vraag over de toepassing van een aanbeveling te verklaren waarom ze niet in staat zouden zijn om dit toe te passen. De diëtisten gaven aan dat berekeningen complex zijn en dat de patiënten meer gebaat zijn met een paar regels dan met een teveel aan regels. Ze vermelden ook dat afhankelijk van de beperkingen en de motivatie van de patiënt, de toepassing van het dieet ingewikkeld kan zijn. Ten slotte primeert de wens van de patiënt.

Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden



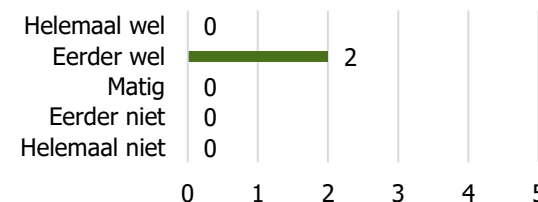
Grafiek 51: PRE – Toepassing aanbeveling kalium (geen CNI begeleiding)

Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden



Grafiek 52: POST – Toepassing aanbeveling kalium (geen CNI begeleiding)

Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden



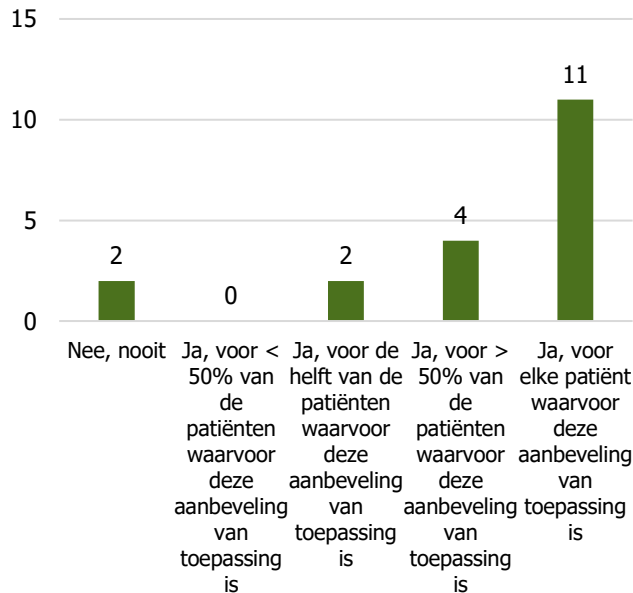
Grafiek 53: FOLLOW-UP – Toepassing aanbeveling kalium

## 10. Toepassing van aanbevelingen

### ENERGIE

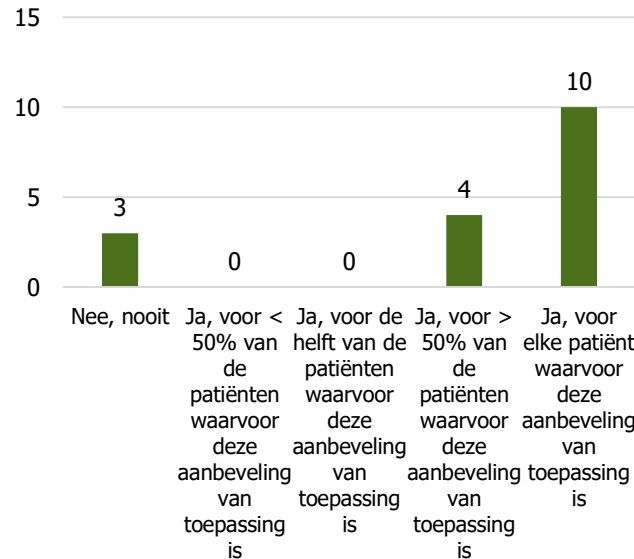
Bij diëtisten die reeds CNI-patiënten begeleiden werd gevraagd of ze de dieetaanbevelingen al toepasten in de praktijk. De antwoorden varieerden van nooit tot de helft van de patiënten waarvoor deze van toepassing is, >50% van de patiënten waarvoor deze van toepassing is en voor elke patiënt waarvoor deze van toepassing is. De optie 'Ja, voor elke patiënt waarvoor deze aanbeveling van toepassing is' werd in elke fase het meeste aangeduid.

**Past u deze aanbevelingen toe in de praktijk?** Er wordt een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) aangeraden



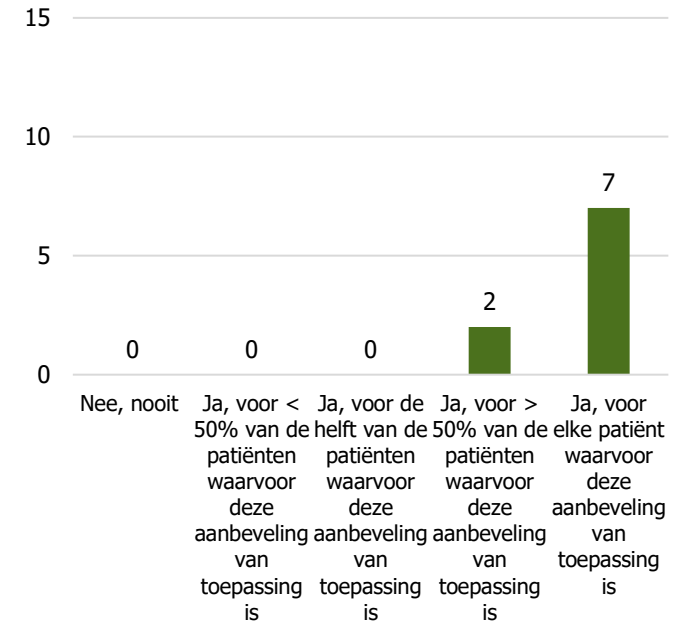
Grafiek 54: PRE – Toepassing aanbeveling energie

**Bent u van plan om deze aanbevelingen toe te passen in de praktijk?** Er wordt een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) aangeraden



Grafiek 55: POST – Toepassing aanbeveling energie

**Past u deze aanbevelingen toe in de praktijk?** Er wordt een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) aangeraden



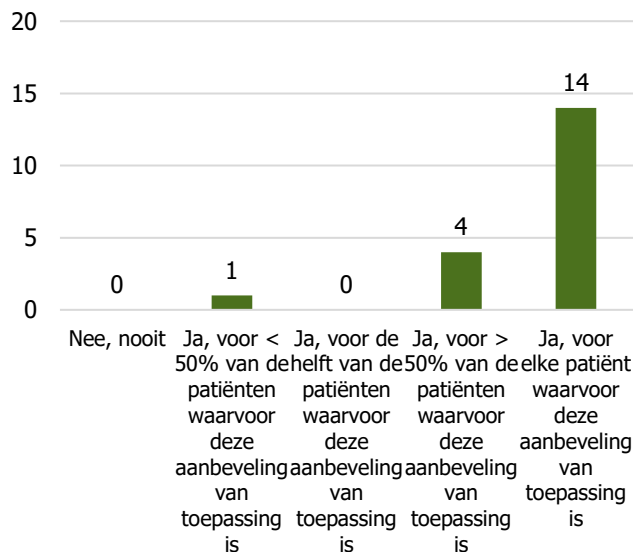
Grafiek 56: FOLLOW-UP – Toepassing aanbeveling energie

## 10. Toepassing van aanbevelingen

### EWIT

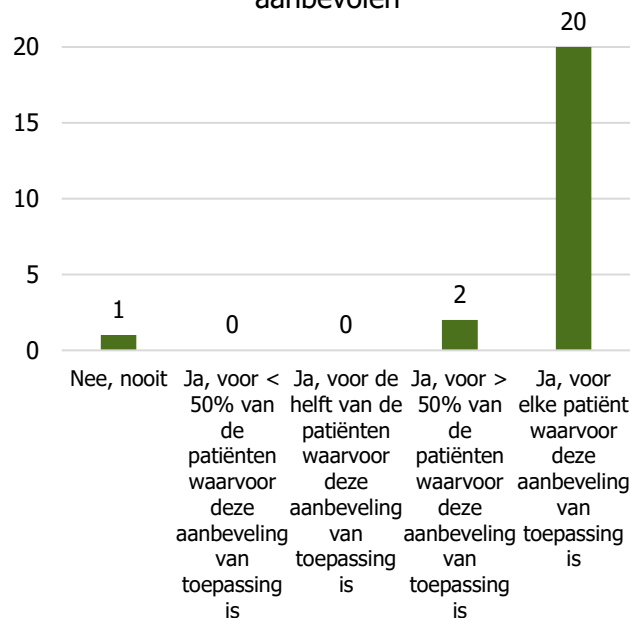
Voor de aanbeveling eiwitten werd de optie 'Ja, voor elke patiënt waarvoor deze aanbeveling van toepassing is' werd in elke fase het meeste aangeduid. Na de groepsessie geven bijna alle diëtisten aan dat ze van plan zijn om de aanbeveling toe te passen voor elke patiënt waarvoor deze van toepassing is.

Past u deze aanbevelingen toe in de praktijk?  
Er wordt een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag aanbevolen



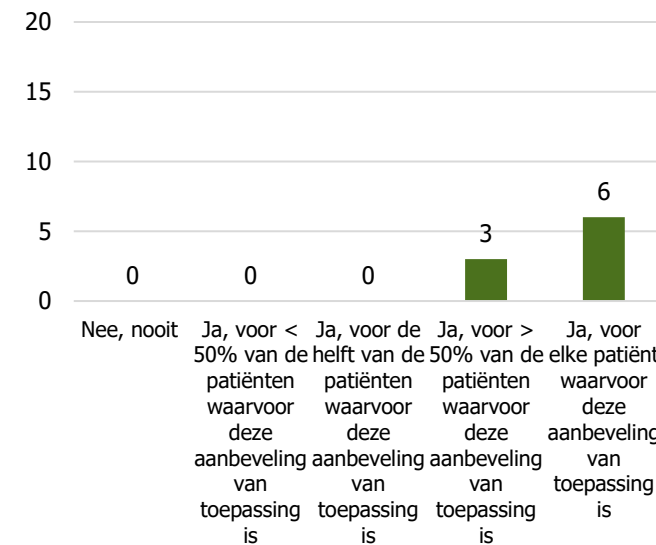
Grafiek 57: PRE – Toepassing aanbeveling eiwit

Bent u van plan om deze aanbevelingen toe te passen in de praktijk? Er wordt een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag aanbevolen



Grafiek 58: POST – Toepassing aanbeveling eiwit

Past u deze aanbevelingen toe in de praktijk?  
Er wordt een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag aanbevolen



Grafiek 59: FOLLOW-UP – Toepassing aanbeveling eiwit

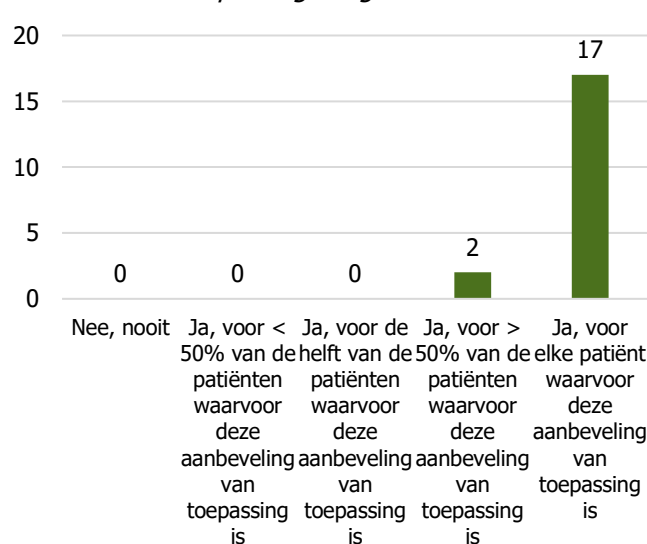


## 10. Toepassing van aanbevelingen

### ZOUT

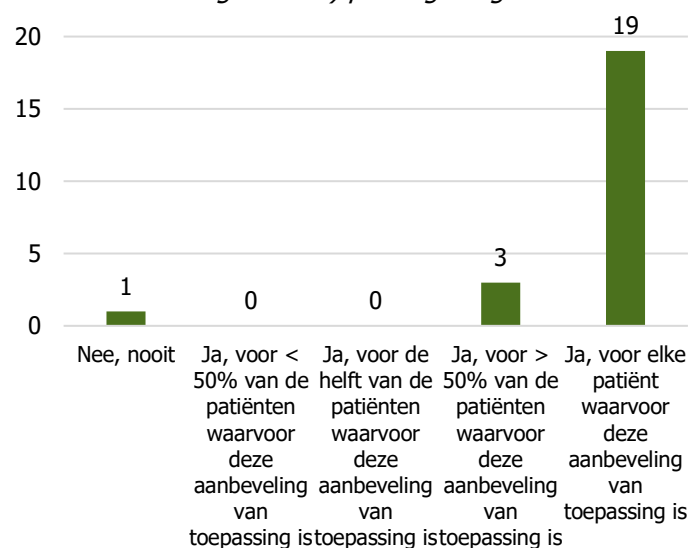
Voor de aanbeveling zout werd de optie 'Ja, voor elke patiënt waarvoor deze aanbeveling van toepassing is' werd in elke fase het meeste aangeduid. Na de groepsessie geven bijna alle diëtisten aan dat ze van plan zijn om de aanbeveling toe te passen voor elke patiënt waarvoor deze van toepassing is.

Past u deze aanbevelingen toe in de praktijk? *Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag aangeraden*



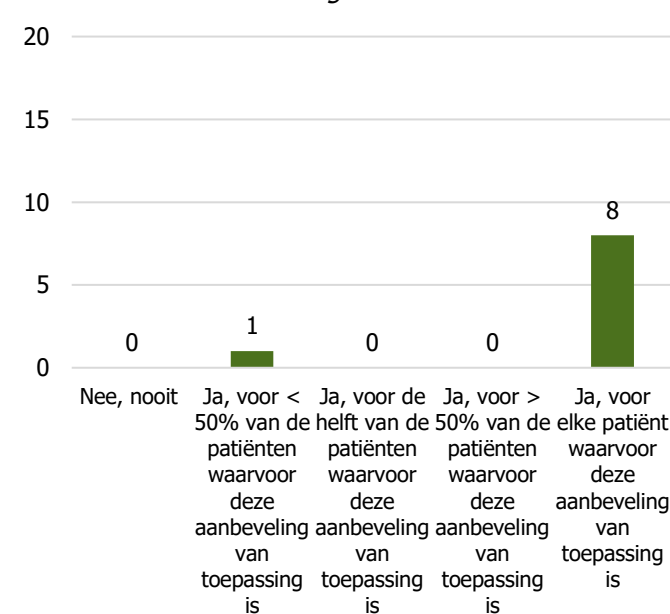
Grafiek 60: PRE – Toepassing aanbeveling zout

Bent u van plan om deze aanbevelingen toe te passen in de praktijk? *Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag aangeraden*



Grafiek 61: POST – Toepassing aanbeveling zout

Past u deze aanbevelingen toe in de praktijk? *Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag aangeraden*



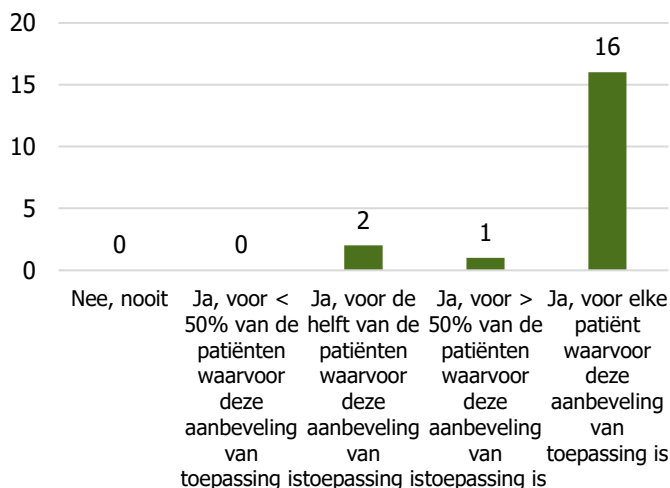
Grafiek 62: FOLLOW-UP – Toepassing aanbeveling zout

## 10. Toepassing van aanbevelingen

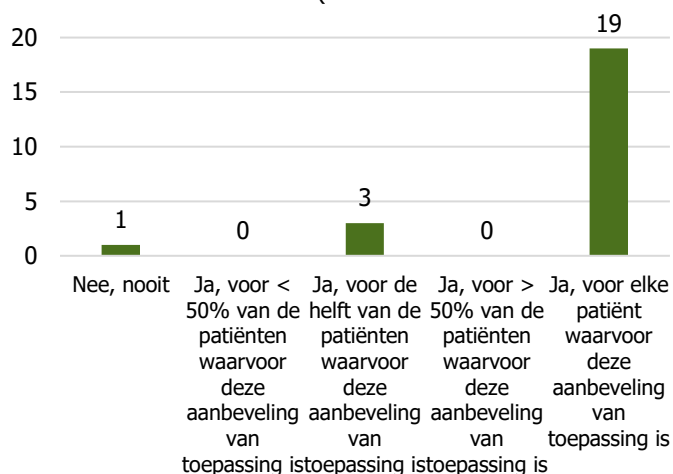
### FOSFAAT

Voor de aanbeveling fosfaat werd de optie 'Ja, voor elke patiënt waarvoor deze aanbeveling van toepassing is' in elke fase het meeste aangeduid. Na de groepssessie geven bijna alle diëtisten aan dat ze van plan zijn om de aanbeveling toe te passen voor elke patiënt waarvoor deze van toepassing is. Na de groepssessie is er 1 diëtist die aangeeft dat ze niet van plan was deze aanbeveling toe te passen, wat opvallend is omdat dit antwoord niet werd aangeduid in de eerste vragenlijst.

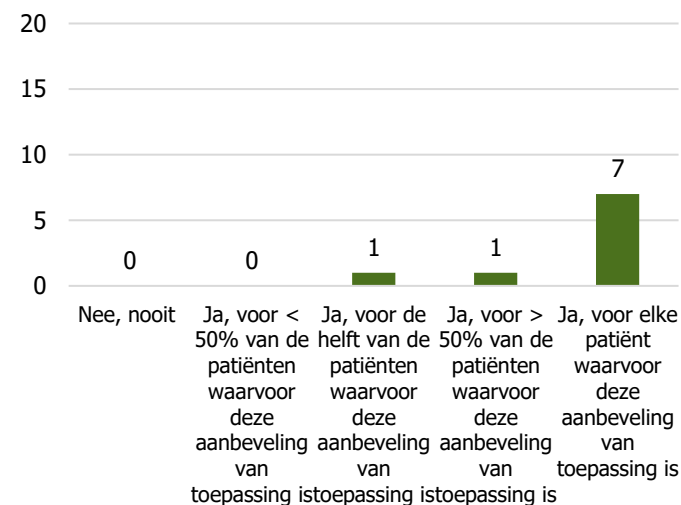
Past u deze aanbevelingen toe in de praktijk? Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is. Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, addi)



Bent u van plan om deze aanbevelingen toe te passen in de praktijk?  
Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is. Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk)



Past u deze aanbevelingen toe in de praktijk? Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is. Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, addi)



Grafiek 63: PRE – Toepassing aanbeveling fosfaat

Grafiek 64: POST – Toepassing aanbeveling fosfaat

Grafiek 65: FOLLOW-UP – Toepassing aanbeveling fosfaat

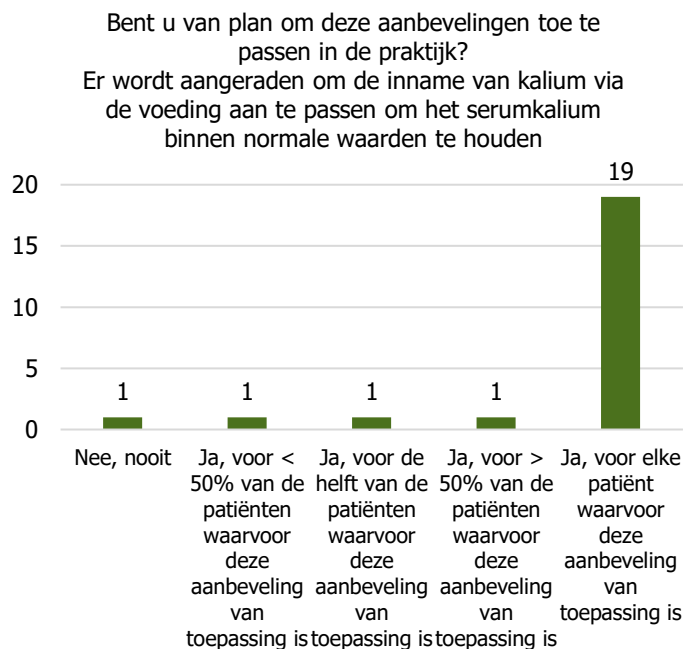
## 10. Toepassing van aanbevelingen

### KALIUM

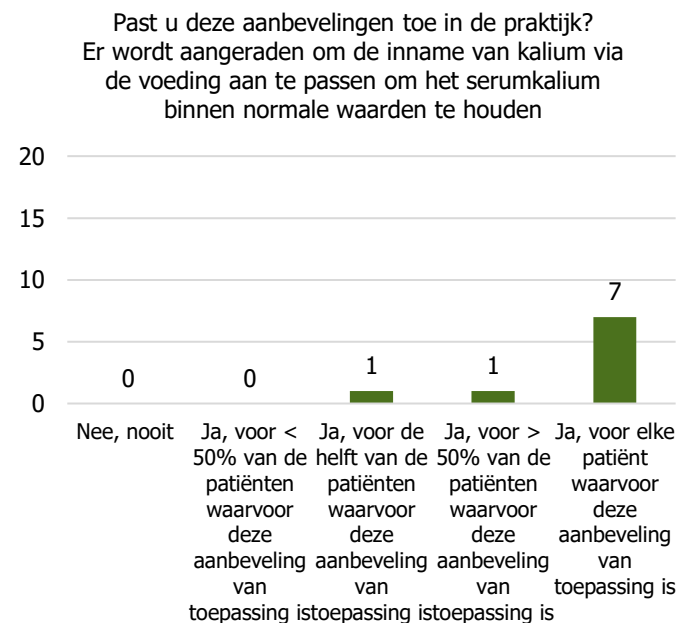
Voor de aanbeveling kalium werd de optie 'Ja, voor elke patiënt waarvoor deze aanbeveling van toepassing is' werd in elke fase het meeste aangeduid. Na de groepsessie is verdeelden enkele diëtisten zich over de antwoord opties Nooit - <50% - de helft en >50%, maar de meeste diëtisten duiden de optie 'voor elke patiënt' aan.



Grafiek 66: PRE – Toepassing aanbeveling kalium



Grafiek 67: POST – Toepassing aanbeveling kalium



Grafiek 68: FOLLOW-UP – Toepassing aanbeveling kalium

## 10. Toepassing van aanbevelingen

### WAAROM PAST U DEZE AANBEVELING NIET TOE?

De deelnemers die CNI-patiënten behandelen in de POST-vragenlijst kregen de kans om voor elke vraag over de toepassing van een aanbeveling te verklaren waarom ze niet in staat zouden zijn om dit toe te passen. De diëtisten geven als voornaamste redenen aan dat de wens van de patiënt primeert, de berekeningen complex zijn en dat de beperkingen en motivatie van de patiënt de toepassing van aanbevelingen ingewikkeld maken.

De diëtist die na de groepssessie aanduidde dat ze de aanbevelingen nooit toepast in de praktijk motiveerde haar antwoord. Ze wenst niet langer CNI-patiënten te begeleiden omdat het ziektebeeld gespecialiseerd behandeld moet worden en het is voor haar niet haalbaar om voldoende ervaring op te bouwen.

#### PRE

- Geen tijd & ruimte om voedingsanamneses uit te rekenen en te evalueren.
- Geen voldoende parameters of labwaarden van de patiënt om zich op te baseren.
- Verschil tussen de theorie en de realiteit van de patiënt.

#### POST

##### 1 maand na de groepssessie

- Wens van de patiënt primeert
- "Omdat ik niet langer CNI patiënten wens te begeleiden. Ik vind het een te zeer gespecialiseerde materie, je dient er voldoende diepgaand in opgeleid te zijn en er voldoende ervaring in te hebben of kunnen verkrijgen, wat voor mij niet langer haalbaar is. Bedankt om me dat inzicht te geven. Ik wil het écht goed doen, wanneer ik patiënten begeleid, wanneer ik dat niet (meer) haalbaar acht, stop ik liever met deze groep mensen te begeleiden."

#### FOLLOW-UP

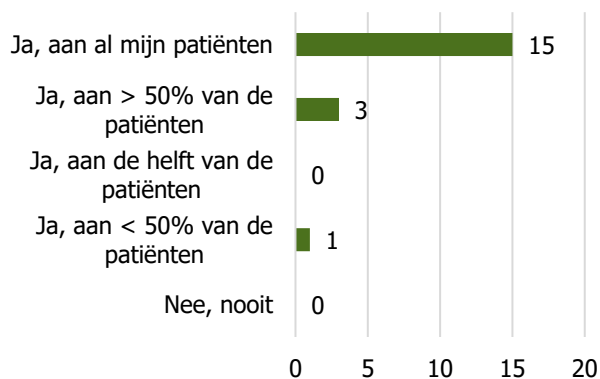
##### 6 maanden na de groepssessie

- Afwijkingen bij kaliumbepaling in huisartspraktijk.
- Afhankelijk van medicatie-inname
- Afhankelijk van ondervoeding
- Haalbaarheid
- Geen specifieke berekeningen gemaakt maar o.b.v. voedingsanamnese porties minderen

## 11. Patiënteninformatie

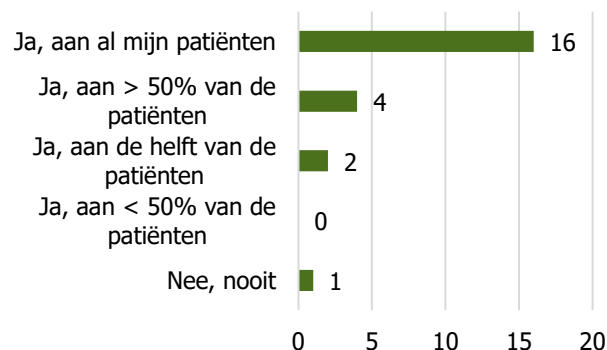
Patiënteninformatie wordt voornamelijk aan alle patiënten meegegeven, zowel in de pre-, post- als follow-up resultaten. Na de groepssessie zijn er verschuivingen naar de helft van de patiënten en het nooit meegeven van patiënteninformatie, wat mogelijk verklaard kan worden door discussies tijdens de reflectiesessies over de motivatie van de patiënt.

Geeft u patiëntinformatie (bv. folders, brochures, overzicht van de gegeven adviezen, ...) mee naar huis met uw CNI patiënten?



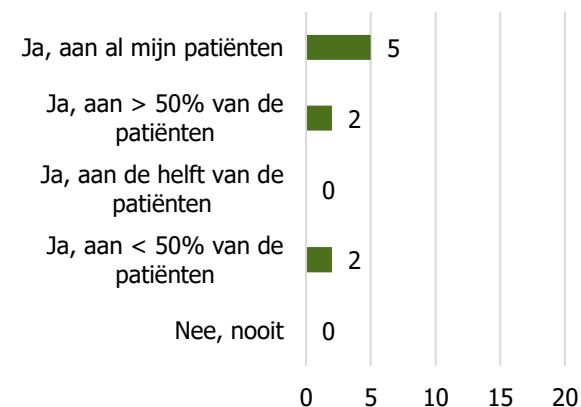
Grafiek 69: PRE – Patiëntinformatie meegeven

Gaat u in de toekomst patiëntinformatie (bv. folders, brochures, overzicht van de gegeven adviezen, overzicht doelen patiënt, ...) mee naar huis geven met uw CNI patiënten?



Grafiek 70: POST - Patiëntinformatie meegeven

Geeft u patiëntinformatie (bv. folders, brochures, overzicht van de gegeven adviezen, ...) mee naar huis met uw CNI patiënten?



Grafiek 71: FOLLOW-UP - Patiëntinformatie meegeven

## 11. Patiënteninformatie

Ze geven de volgende informatie mee aan patiënten:

- Kruidenlijst
- Recepten
- Toegelaten producten binnen zoutarm dieet
- Website Vlaamse Nefrologische Diëtisten
- Brochure Vlaamse Nefrologische Diëtisten: chronische nierinsufficiëntie in beeld
- Aangepast persoonlijk dagschema
- Eigen documentenoverzicht met eiwitbronnen en voedingsmiddelen hoog in fosfor en kalium (met afbeeldingen)
- Dieetblad met adviezen bij CNI
- Zelfgemaakte folder over CNI
- Staaltes om iets te proberen
- Lijst met aanbevolen zoutarme voedingsmiddelen, met indien nodig een combinatielijst bij kalium en/of fosforbeperking
- Tips rond vochtbeperking
- Uitlezen kookboek met CNI recepten
- Kaaswijzer
- Zoutmeter

Deze informatie werd o.a. ontwikkeld door:

- Eigen ontwikkeld materiaal
- Vlaamse Nefrologische diëtisten
- Collega-diëtisten
- Studenten met eindwerk over CNI
- Ziekenhuis waar de diëtist werkt
- Gevolgde bijscholing
- Nierstichting NL
- FOD Volksgezondheid
- UZ Gent
- Cardiologische liga

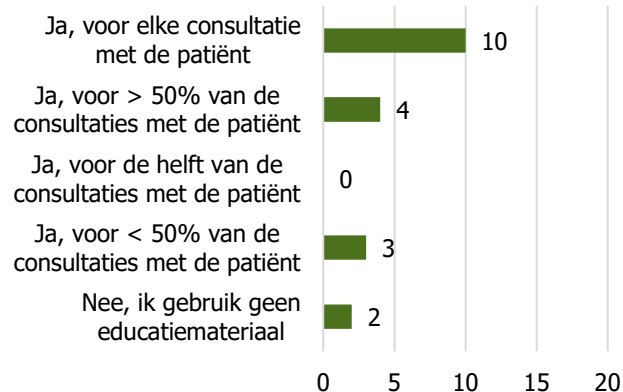
## 12. Educatiemateriaal

De meeste diëtisten gebruiken educatiemateriaal tijdens elke consultatie met de CNI-patiënt. Na de groepssessie is er een stijging bij deelnemers die dit in de toekomst voor elke consultatie met de patiënt willen gebruiken.

De redenen om geen educatiemateriaal mee te geven waren:

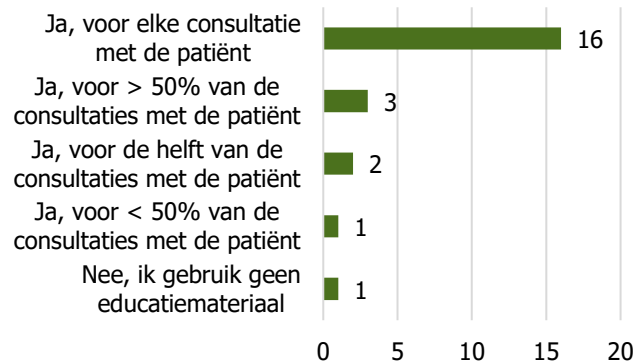
- "Soms is luisteren en de situatie correct inschatten belangrijker dan educatiemateriaal, want alleen maatwerk leidt tot een succesvolle compliance."
- "Ik leer mensen dat ze hun bloedwaarden zelf kunnen beïnvloeden en dat ze daarvoor moeten balanceren/evenwicht zoeken en dat blijkt de beste manier te zijn om ze op leeftijd mee te krijgen om een gepersonaliseerd voedingsadvies op te volgen - hen verplichten een dieet te volgen zorgt er alleen voor dat ze het in de kast leggen."

Maakt u gebruik van educatiemateriaal tijdens uw consultatie om het dieet uit te leggen aan de patiënt (bv. prent van nieren, schema, productverpakking, infografiek, kaaswijzer, ...)?



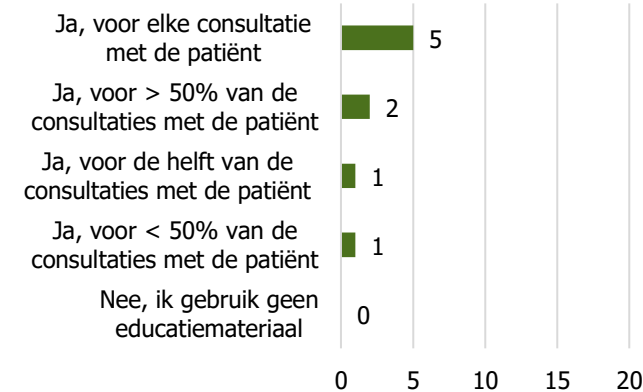
Grafiek 72: PRE – Educatiemateriaal meegeven

Gaat u in de toekomst gebruik maken van educatiemateriaal tijdens uw consultatie om het dieet uit te leggen aan de patiënt? (bv. prent van nieren, schema, productverpakking, infografiek, kaaswijzer, ...)



Grafiek 73: POST - Educatiemateriaal meegeven

Maakt u gebruik van educatiemateriaal tijdens uw consultatie om het dieet uit te leggen aan de patiënt (bv. prent van nieren, schema, productverpakking, infografiek, kaaswijzer, ...)?



Grafiek 74: FOLLOW-UP - Educatiemateriaal meegeven

## 12. Educatiemateriaal

Ze gebruiken het volgende educatiemateriaal:

- Affiche met vergelijking zoutrijke voedingsmiddelen
- Proefbuisje zout
- Kaaswijzer
- Etiketten lezen aan de hand van verpakkingen (kaas, charcuterie, brood)
- Zoutwijzer
- Tekening maken op het moment zelf
- Dieet in beeld van Vlaamse Nefrologische Diëtisten
- Visuele dieetlijsten
- Brochure Stop het zout

Dit educatiemateriaal werd ontwikkeld door:

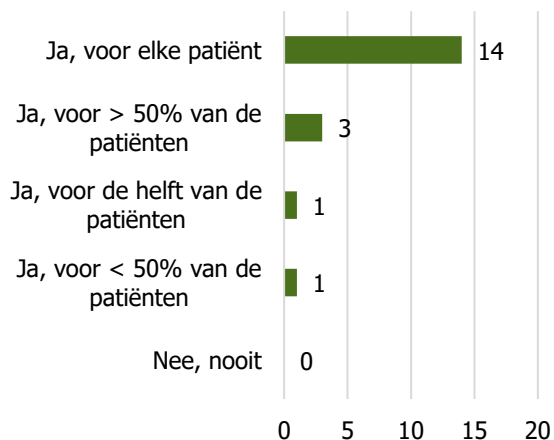
- Affiche: Nierstichting - voedingscentrum Nederland
- Kaaswijzer: Vlaamse nefrologische diëtisten
- UZA
- Nieren.nl
- Nierstichting.nl
- Zelf ontwikkeld materiaal
- Ziekenhuis waar diëtist werkt
- FOD Volksgezondheid
- Vanuit opleiding nefrologische diëtetik



## 13. Gesprek over motivatie

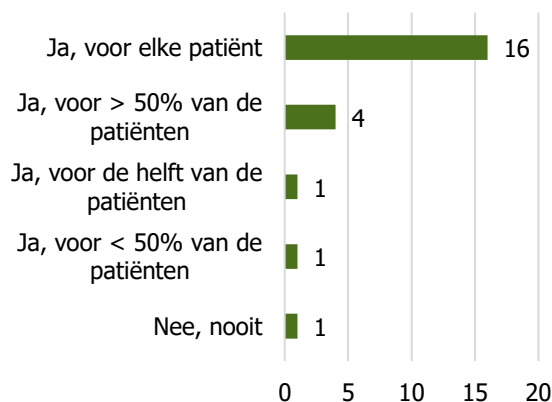
Het grootste deel van de diëtisten duidde aan voor de groepssessie dat ze voor elke patiënt een gesprek over de motivatie aangingen. Na de groepssessie steeg het aantal diëtisten dat van plan was om hierover een gesprek aan te gaan met de patiënt. Echter werd er ook één keer aangeduid om dit nooit te doen in de toekomst, in de vragenlijst na de groepssessie.

Gaat u een gesprek aan over de motivatie van uw CNI patiënten?



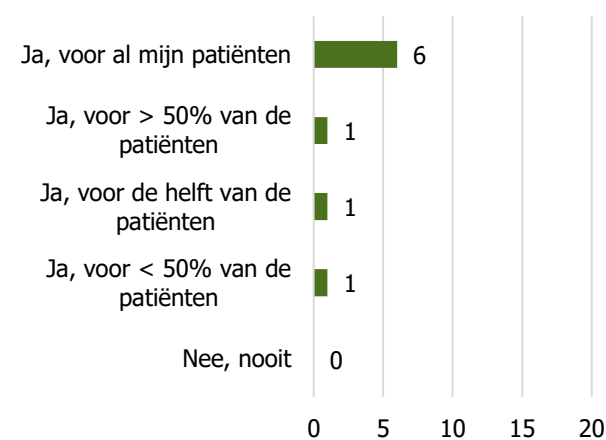
Grafiek 75: PRE – Gesprek over motivatie

Bent u van plan om een gesprek aan te gaan over de motivatie van uw CNI patiënten?



Grafiek 76: POST – Gesprek over motivatie

Gaat u een gesprek aan over de motivatie van uw CNI patiënten?

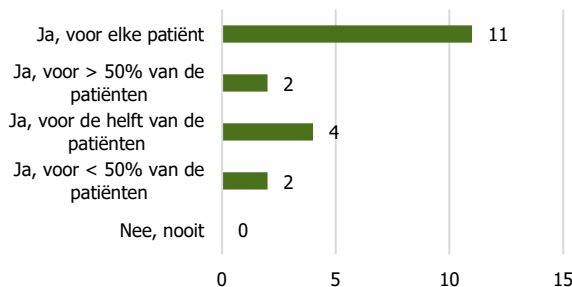


Grafiek 77: FOLLOW-UP – Gesprek over motivatie

## 14. Motivatie opvolgen

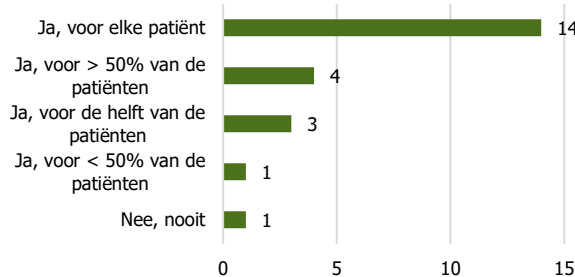
Het grootste deel van de diëtisten duidde aan voor de groepssessie dat ze voor elke patiënt de motivatie bleven opvolgen. Na de groepssessie steeg het aantal diëtisten dat van plan was dit te blijven opvolgen. Echter werd er ook één keer aangeduid om dit nooit te doen in de toekomst, in de vragenlijst na de groepssessie.

Blijft u de motivatie opvolgen gedurende de begeleiding van uw CNI patiënten?



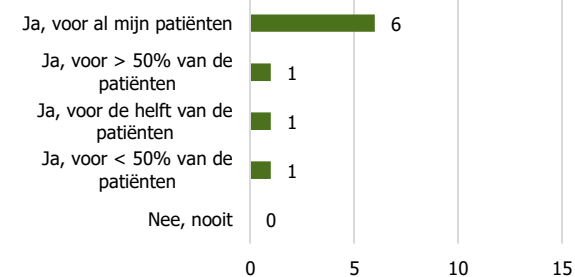
Grafiek 78: PRE – Motivatie opvolgen

Bent u van plan om de motivatie van uw CNI patiënten op te volgen?



Grafiek 79: POST – Motivatie opvolgen

Blijft u de motivatie opvolgen gedurende de begeleiding van uw CNI patiënten?



Grafiek 80: FOLLOW-UP – Motivatie opvolgen

## 2.4.3 Analyse kwaliteitsindicatoren: vragenlijsten FR

### Aantal deelnemers

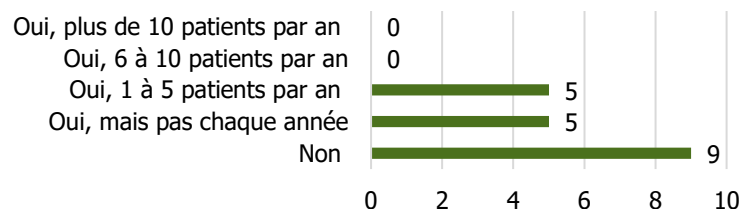
Niet alle participanten vulden de pre-, post- en follow-up vragenlijst in. Daarnaast kregen niet alle participanten dezelfde vragen (reeds CNI-begeleiding versus geen CNI-begeleiding). Hiermee dient rekening gehouden te worden bij de interpretatie.

Aantal deelnemers	N	Waarvan diëtisten die CNI patiënten begeleiden	Waarvan diëtisten die geen CNI patiënten begeleiden
PRE	19	10	9
POST	14	9	5
FOLLOW-UP	8	5	3

## 1. Begeleiding van CNI patiënten

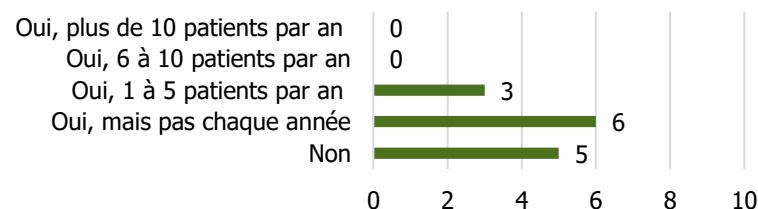
Er namen zowel diëtisten deel aan de sessie die nog geen CNI-patiënten (n = 9) hebben begeleid als diëtisten die dit wel reeds deden (n = 10). In de follow-up vragenlijst werd deze vraag opnieuw gesteld: niet alle diëtisten begeleiden ondertussen CNI-patiënten, maar algemeen blijken ze van plan te zijn om mogelijks meer CNI-patiënten in de eerste lijn te behandelen. Twee diëtisten waren niet zeker of ze dit wilden doen. Er was daarnaast een verschuiving in de intentie om meer CNI-patiënten te begeleiden in de toekomst. Zo gaf iemand aan om volgende maand contact op te nemen met urologen en huisartsen in de regio.

Accompagnez-vous les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique (IRC) en consultations privées ?



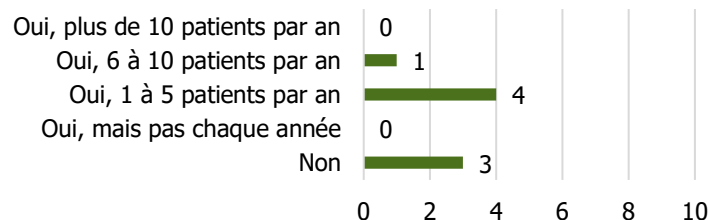
Grafiek 81: PRE – begeleiding CNI

Accompagnez-vous les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique (IRC) en consultations privées ?



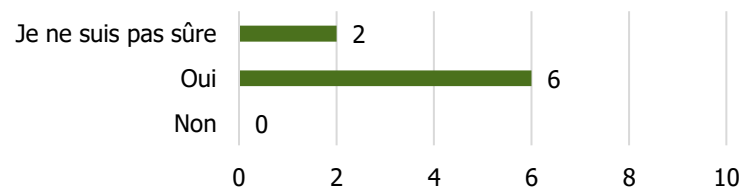
Grafiek 82: POST – begeleiding CNI

Accompagnez-vous les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique (IRC) en consultations privées ?



Grafiek 83: FOLLOW-UP – begeleiding CNI

Avez-vous l'intention d'accompagner plus de patients souffrant d'IRC en consultations privées ?

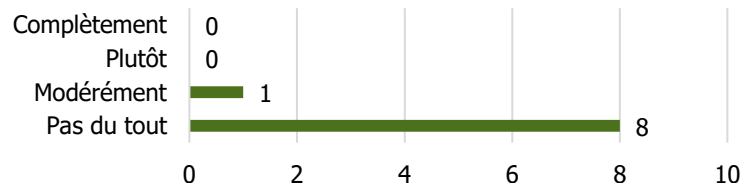


Grafiek 84: FOLLOW-UP – intentione begeleiding CNI

## 1. Begeleiding van CNI patiënten

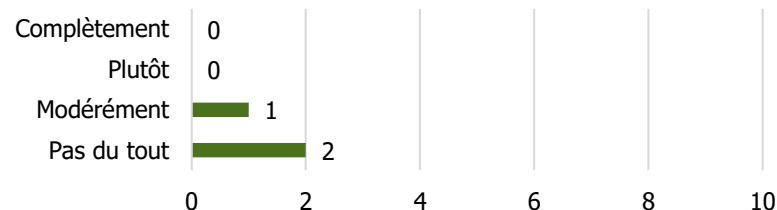
Diëtisten die nog geen CNI-patiënten begeleiden voelen zich niet op hun gemak om deze consultaties te doen. In de follow-up fase blijkt dit nog steeds zo te zijn voor twee diëtisten.

**Etes-vous à l'aise pour faire des consultations avec un patient IRC stade 3 ou 4 ?**



*Grafiek 85: PRE – Zich op gemak voelen bij het begeleiden van CNI patiënten*

**Etes-vous à l'aise pour faire des consultations avec un patient IRC stade 3 ou 4 ?**



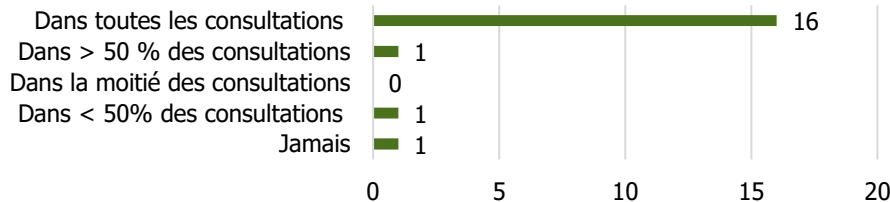
*Grafiek 86: FOLLOW-UP – Zich op gemak voelen bij het begeleiden van CNI patiënten*

## 2. Verslag van een consultatie

Bijna alle diëtisten, met uitzondering van drie deelnemers geven in de pre-fase aan dat ze voor elke consultatie een verslag maken. Voor CNI-patiënten, doen ze dit allen voor elke consultatie. Na de groepsessie hebben ze de intentie om dit voor elke consultatie te doen, uitgezonderd één diëtist die aangeeft dit niet te willen doen. Soort verslagen die het vaakst gebruikt worden:

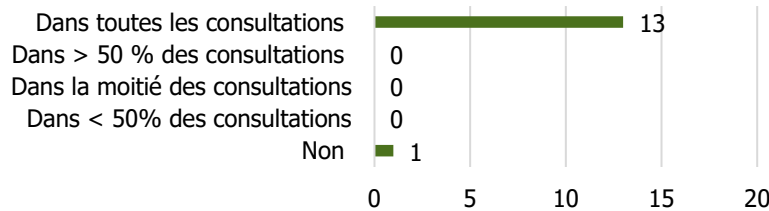
- Word/pdf document
- Elektronisch, e-mail
- Op papier
- Gedeeld patiëntendossier in medische praktijk
- Omnipro, Medispring

A quelle fréquence faites-vous un dossier diététique reprenant vos interventions/conseils donnés lors de vos consultations en général (non spécifique à IRC) (électronique, papier, ...)?



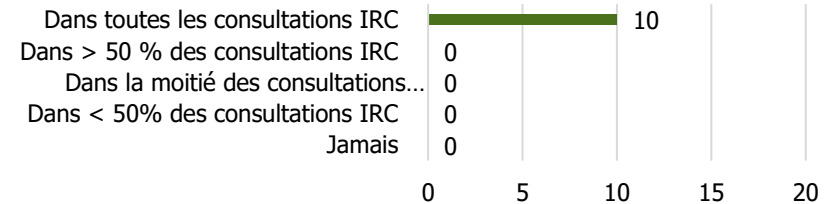
Grafiek 87: PRE – verslag van consultatie algemeen

Avez-vous l'intention de faire un dossier diététique reprenant vos interventions/conseils donnés lors de vos consultations d'IRC (électronique, papier, ...)?



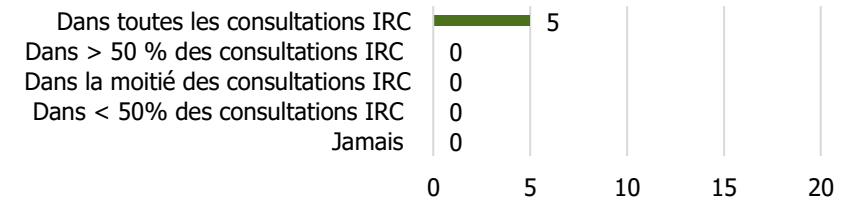
Grafiek 89: POST – verslag van consultatie met CNI-patiënt

A quelle fréquence faites-vous un dossier diététique reprenant vos interventions/conseils donnés lors de vos consultations d'IRC (électronique, papier, ...)?



Grafiek 88: PRE – verslag van consultatie met CNI-patiënt

A quelle fréquence faites-vous un dossier diététique reprenant vos interventions/conseils donnés lors de vos consultations d'IRC (électronique, papier, ...)?

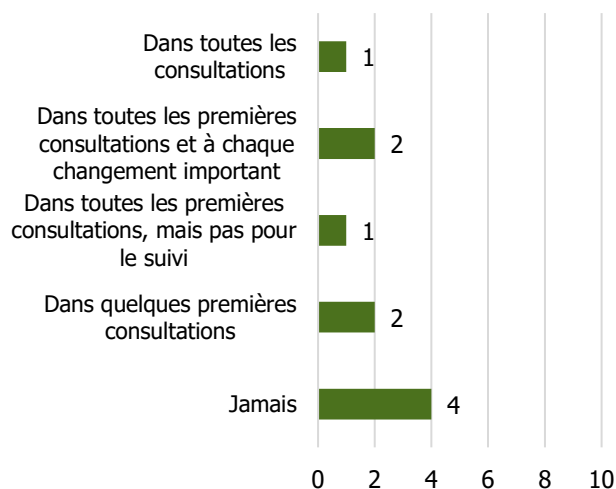


Grafiek 90: FOLLOW-UP – verslag van consultatie met CNI-patiënt

## 4. Terugkoppeling naar huisarts

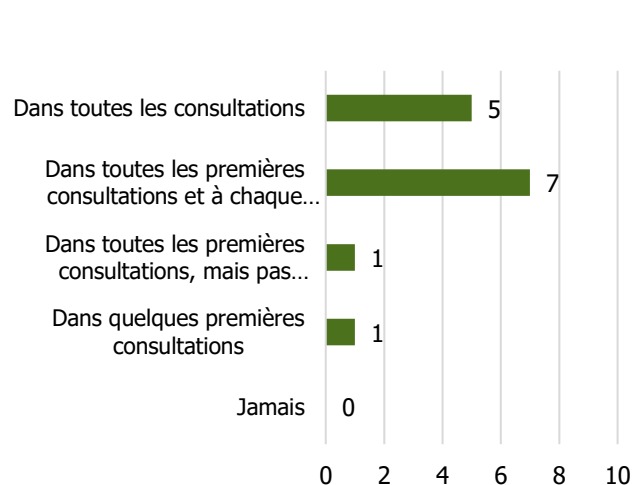
Het merendeel van de diëtisten geeft aan voor elke consultatie van de CNI-patiënt terug te koppelen naar de huisarts. Na de groepsessie verschuift het aantal diëtisten die voor <50% van de consultaties terugkoppelden naar de helft en > 50% van de consultaties. Er is dus een belangrijke verandering in de intentie om de dieetbehandeling terug te koppelen. Bij de opvolgingsresultaten is er echter een gelijke verdeling tussen elke consultatie, de eerste consultaties + belangrijke veranderingen en telkens na de eerste consultaties.

Envoyez-vous un rapport de consultation IRC au médecin généraliste ?



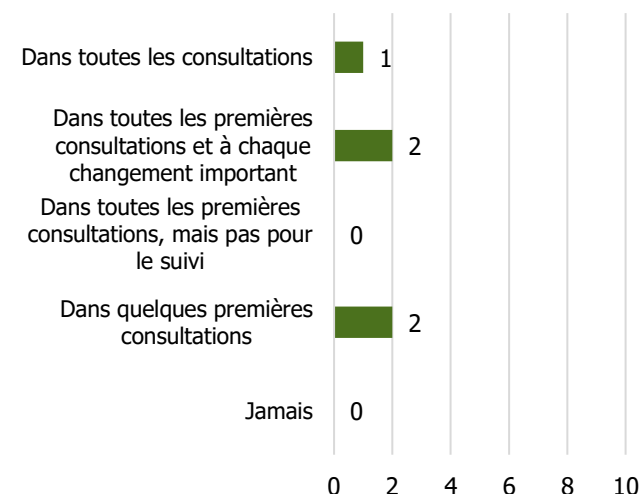
Grafiek 91: PRE – terugkoppeling huisarts

Avez-vous l'intention d'envoyer un rapport de consultation IRC au médecin généraliste ?



Grafiek 92: POST – terugkoppeling huisarts

Envoyez-vous un rapport de consultation IRC au médecin généraliste ?



Grafiek 93: FOLLOW-UP – terugkoppeling huisarts

## 4. Terugkoppeling naar huisarts

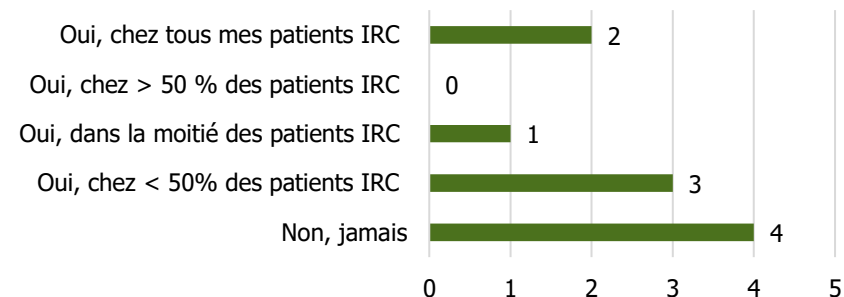
Voor de aanvang van de groepssessie geven de diëtisten aan terug te koppelen over de volgende zaken:

- Presentatie van de patiënt
- Reden voor raadpleging
- Antropometrische informatie, medische en klinische informatie (medicijnen, laboratoriumparameters en -waarden, CNI-stadium)
- Dieetgeschiedenis en ervaringen
- Voorgesteld dieet
- Doelstellingen
- Motivatie en verwachtingen
- Leefomstandigheden
- Veranderingen in dieet/levensstijl
- Follow-up van raadplegingen
- Financiële informatie
- Andere informatie

Welke informatie ontbreekt er?

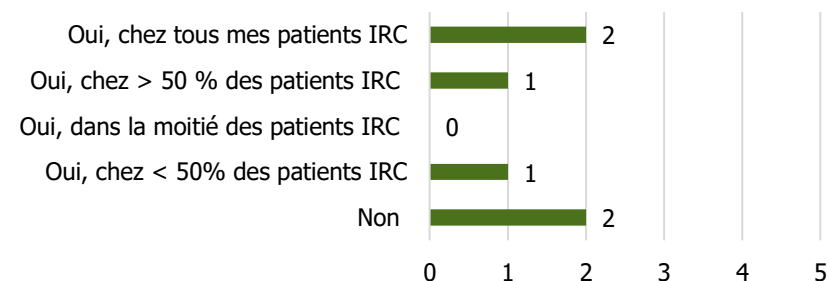
- "Vaak is er geen indicatie welke voedingsrichtlijnen gevolgd moeten worden".
- "Soms is er niets meer dan CNI"
- "De patiënt is zijn bloedtest vergeten"
- Biologie
- "Vaak is het gewoon een brief met "dank u voor het verzorgen van de patiënt" en het CNI-stadium"

Recevez-vous une prescription du médecin généraliste et/ou du médecin spécialiste ?



Grafiek 94: PRE – Ontvangen doorverwijsbrief

La prescription du médecin contient-elle toutes les informations nécessaires pour commencer le traitement du patient IRC ?



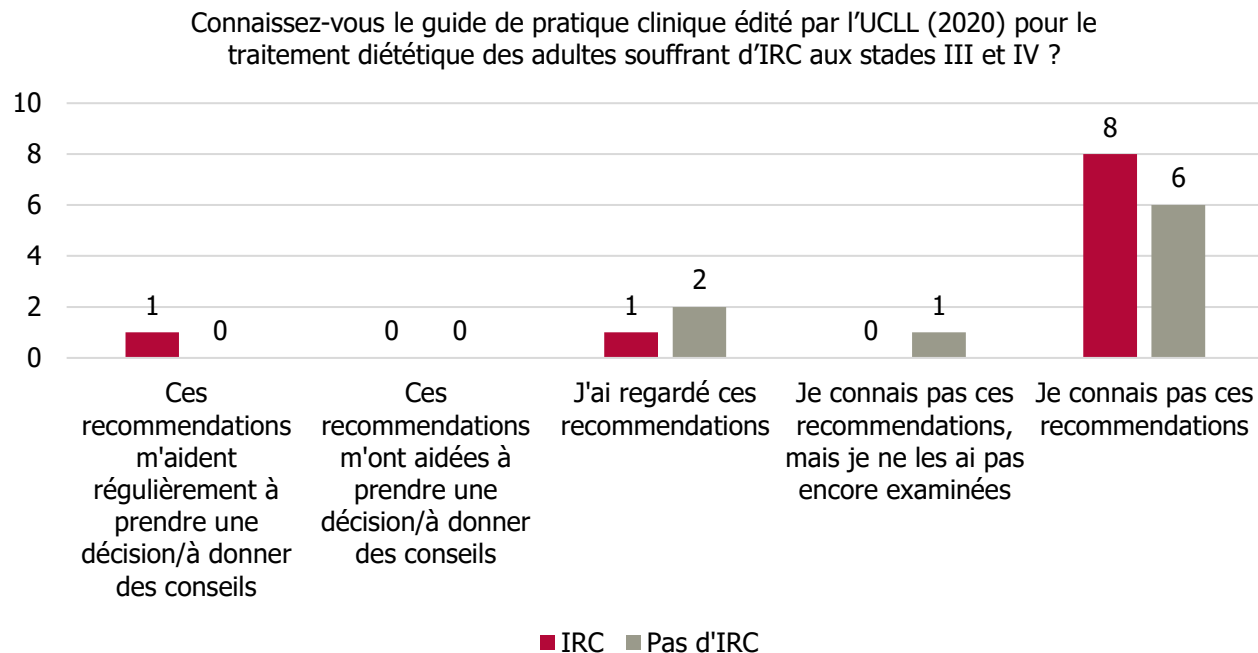
Grafiek 95: PRE – Inhoud doorverwijsbrief



## 5. Kennis dieetrichtlijn

Voor de aanvang van de groepssessie kenden 14 diëtisten de richtlijn niet en had slechts 1 diëtist de richtlijn al gebruikt. Drie diëtisten hadden de aanbevelingen al bekeken. Na de groepssessie had de richtlijn drie diëtisten reeds geholpen bij het maken van een beslissing of het geven van advies. Het merendeel van de deelnemers na de groepssessie had de aanbevelingen al bekeken.

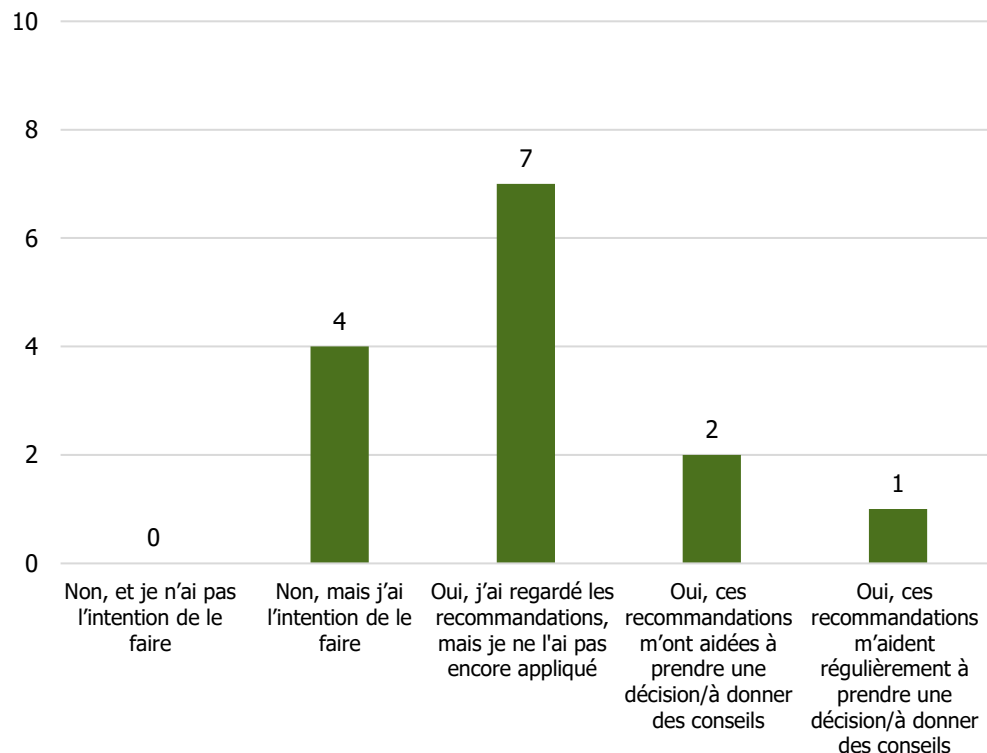
Bij de opvolging gaf de helft van de diëtisten aan dat de richtlijn hen al had geholpen bij beslissingen en/of adviezen.



Grafiek 96: PRE – kennis dieetrichtlijn

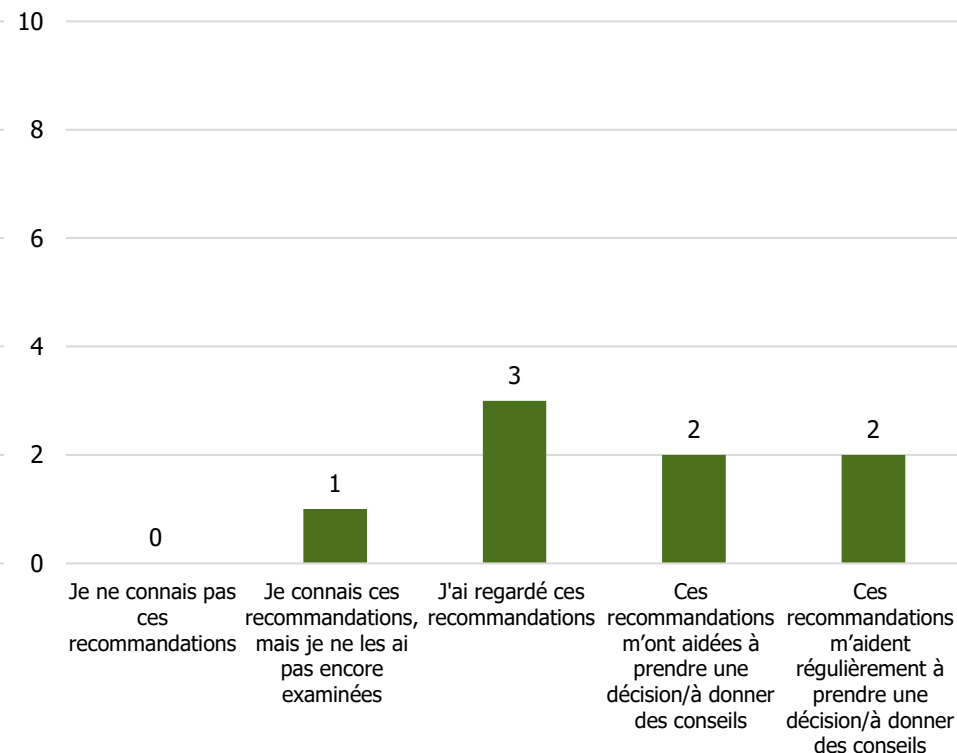
## 5. Kennis dieetrichtlijn

Avez-vous déjà regardé le guide de pratique clinique édité par l'UCLL (2020) pour le traitement diététique des adultes souffrant d'IRC aux stades III et IV ?



Grafiek 97: POST – kennis dieetrichtlijn

Connaissez-vous le guide de pratique clinique édité par l'UCLL (2020) pour le traitement diététique des adultes souffrant d'IRC aux stades III et IV ?

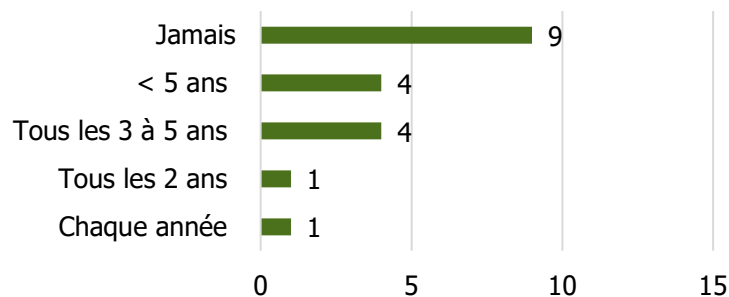


Grafiek 98: FOLLOW-UP – kennis dieetrichtlijn

## 6. Bijscholen over CNI

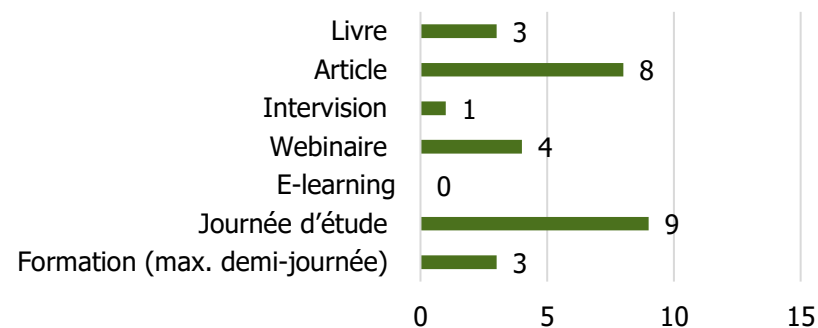
Negen diëtisten schoolden zich nog nooit bij over het thema CNI. Slechts één diëtist gaf dit aan ieder jaar te doen. Daarnaast gaven acht diëtisten aan dat het langer dan drie jaar geleden was. Diëtisten scholen zich voornamelijk bij via artikels, studiedagen, webinars, navormingen en boeken.

A quelle fréquence suivez-vous des formations sur l'insuffisance rénale chronique ?



Grafiek 99: PRE – Bijscholing over CNI

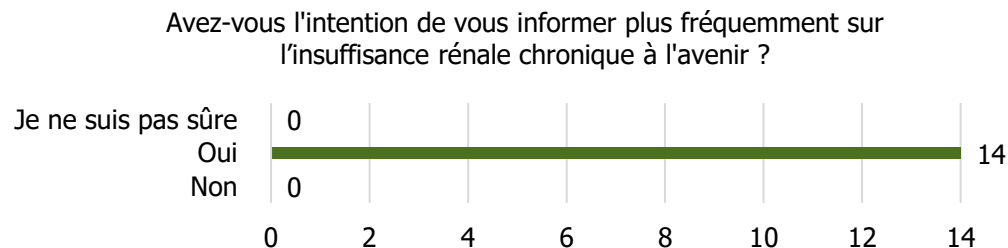
Par quelle méthode vous êtes-vous formé ?



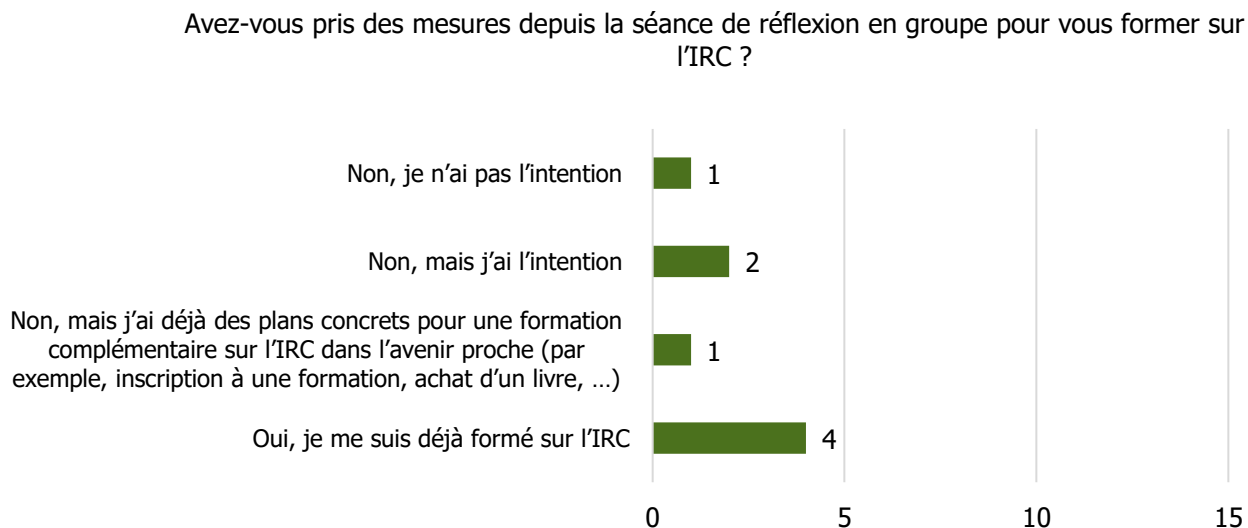
Grafiek 100: PRE – Methodes bijscholing bij CNI

## 6. Bijscholen over CNI

Alle diëtisten gaven in de POST-vragenlijst aan dat ze de intentie hadden om zich bij te scholen over het thema CNI. Bij de bevraging 6 maanden na de groepssessie, gaven de meeste diëtisten aan dat zich al hadden bijgeschoold sinds de sessie. Drie diëtisten hebben de intentie om dit te doen, waarvan één persoon al concrete plannen maakte (bv. ingeschreven voor navorming, boek gekocht,...).



Grafiek 102: POST – Bijscholing CNI



Grafiek 103: FOLLOW-UP – Bijscholing CNI

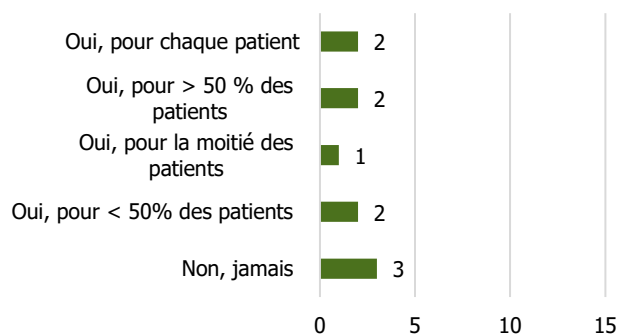
## 7. Inschatting risico op ondervoeding

Voor de groepsessies maakten de meeste diëtisten reeds een inschatting van het risico op ondervoeding bij patiënten met CNI. Na de groepsessie is het aantal diëtisten dat dit voor elke patiënt wil doen sterk gestegen. Enkele maanden na de groepsessie gaven de meeste diëtisten die het invulden aan dat ze deze inschatting voor elke patiënt met CNI maken. Één diëtist geeft aan dit nooit te doen.

In de vragenlijst voor de groepsessies was er een bijkomende vraag over hoe de diëtisten dit risico inschatten. De diëtisten gaven de volgende antwoorden:

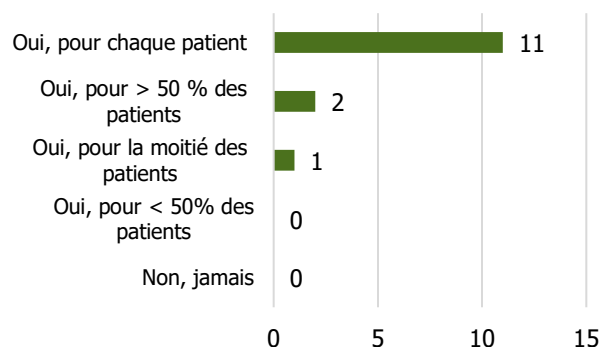
- Antropometrische metingen: gewicht, lengte, BMI
- Dieetgeschiedenis
- Albumine, prealbumine, enz.
- GLIM-criteria: NRS2002, MNA
- Gewichtskinetiek (oedemen, diuretica...)
- Observatie van de gewichtsevolutie

Évaluez-vous le risque de malnutrition pour chaque patient ?



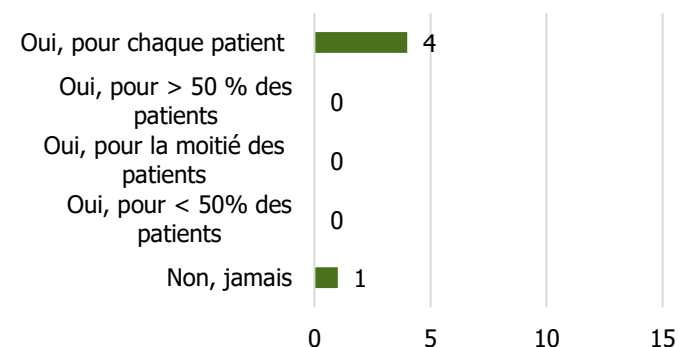
Grafiek 104: PRE – inschatting risico ondervoeding

Avez-vous l'intention d'évaluer le risque de malnutrition pour chaque patient ?



Grafiek 105: POST – inschatting risico ondervoeding

Évaluez-vous le risque de malnutrition pour chaque patient ?



Grafiek 106: FOLLOW-UP – inschatting risico ondervoeding

## 8. Toepassing van aanbevelingen

Bij diëtisten die reeds CNI-patiënten begeleiden werd gevraagd of ze de dieetaanbevelingen al toepasten in de praktijk.

### **ENERGIE**

De antwoorden varieerden van de helft van de patiënten waarvoor deze van toepassing is, >50% van de patiënten waarvoor deze van toepassing is en voor elke patiënt waarvoor deze van toepassing is. De optie 'Ja, voor elke patiënt waarvoor deze aanbeveling van toepassing is' werd in elke fase het meeste aangeduid.

### **EIWIT**

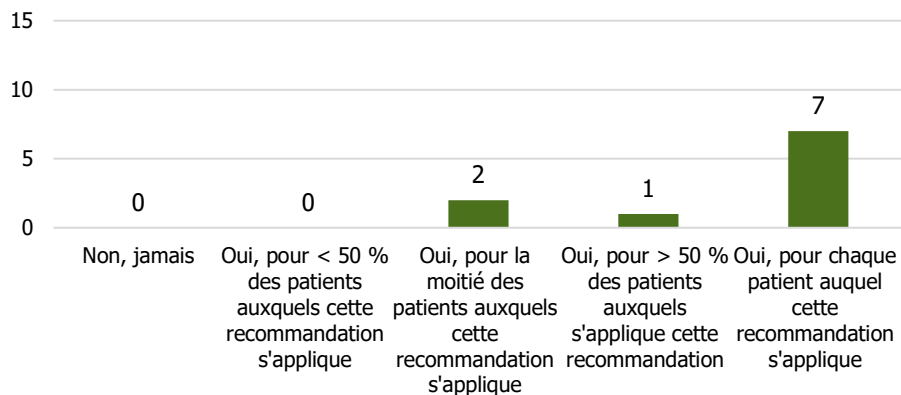
Voor de aanbeveling eiwitten werd de optie 'Ja, voor elke patiënt waarvoor deze aanbeveling van toepassing is' werd in elke fase het meeste aangeduid. Na de groepsessie geven alle diëtisten aan dat ze van plan zijn om de aanbeveling toe te passen voor elke patiënt waarvoor deze van toepassing is.

### **ZOUT**

De antwoorden varieerden van nooit tot de helft van de patiënten waarvoor deze van toepassing is, >50% van de patiënten waarvoor deze van toepassing is en voor elke patiënt waarvoor deze van toepassing is. De optie 'Ja, voor elke patiënt waarvoor deze aanbeveling van toepassing is' werd in elke fase het meeste aangeduid. Na de groepsessie geven alle diëtisten aan dat ze van plan zijn om de aanbeveling toe te passen voor elke patiënt waarvoor deze van toepassing is.

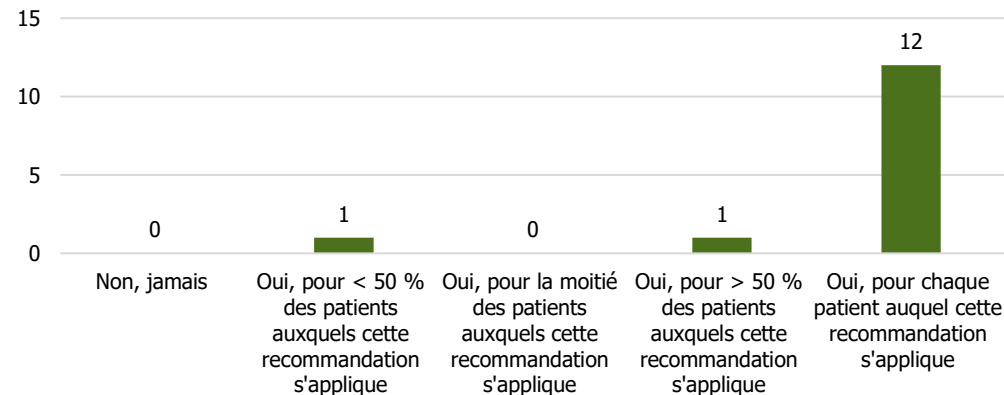
## 8. Toepassing van aanbevelingen

**Adaptez-vous les apports en énergie chez vos patients ?**



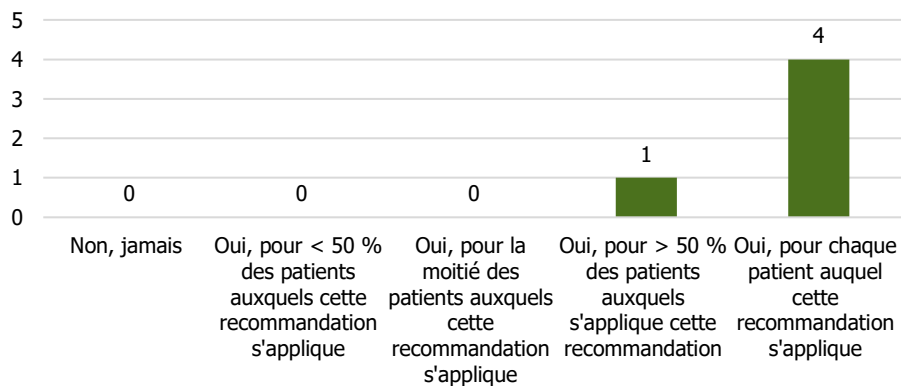
Grafiek 107: PRE – Toepassing aanbeveling energie

**Avez-vous l'intention d'adapter les apports en énergie chez vos patients?**



Grafiek 108: POST – Toepassing aanbeveling energie

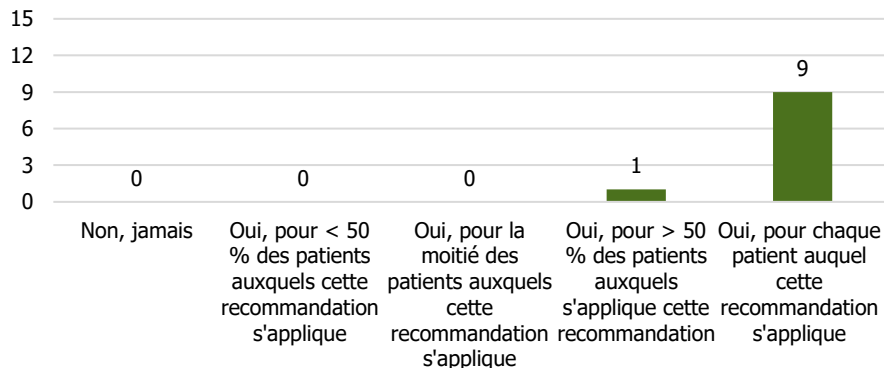
**Adaptez-vous les apports en énergie chez vos patients ?**



Grafiek 109: FOLLOW-UP – Toepassing aanbeveling energie

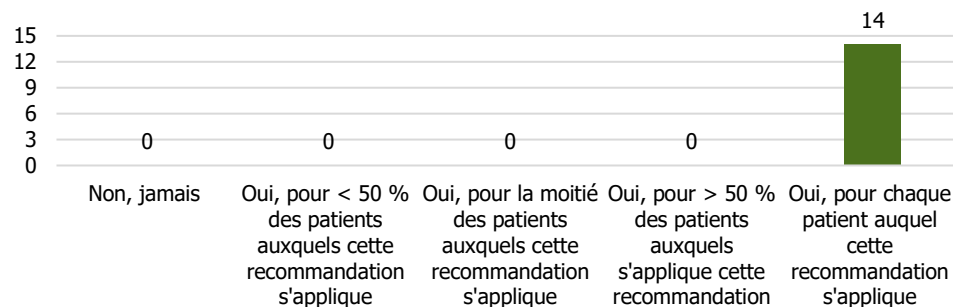
## 8. Toepassing van aanbevelingen

**Adaptez-vous les apports en protéines chez vos patients ?**



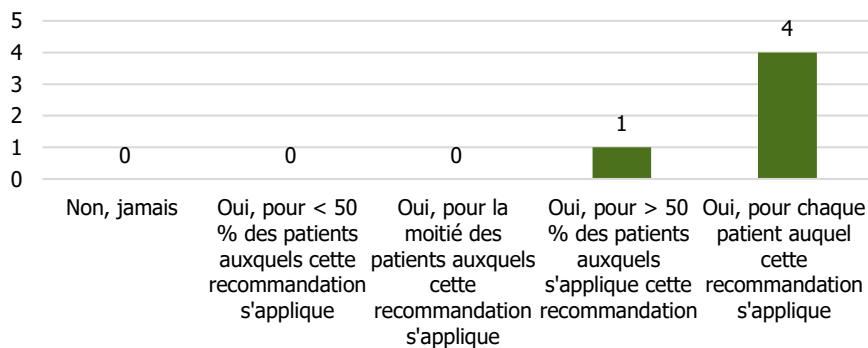
Grafiek 110: PRE – Toepassing aanbeveling eiwit

**Avez-vous l'intention d'adapter les apports en protéines chez vos patients auxquels s'applique cette recommandation? Si oui combien allez-vous recommander ?**



Grafiek 111: POST – Toepassing aanbeveling eiwit

**Adaptez-vous les apports en protéines chez vos patients ?**

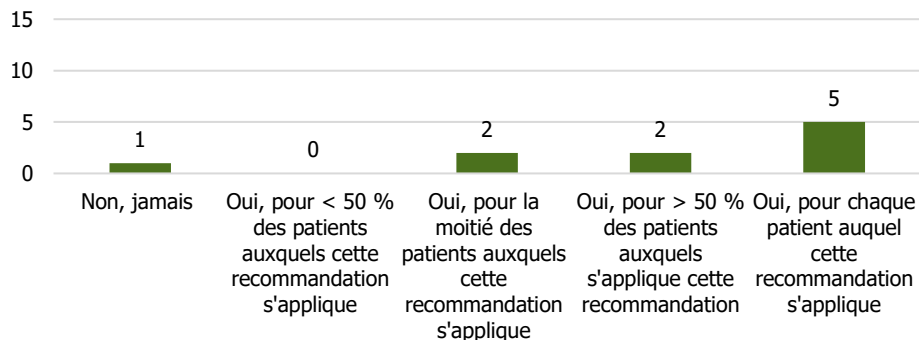


Grafiek 112: FOLLOW-UP – Toepassing aanbeveling eiwit



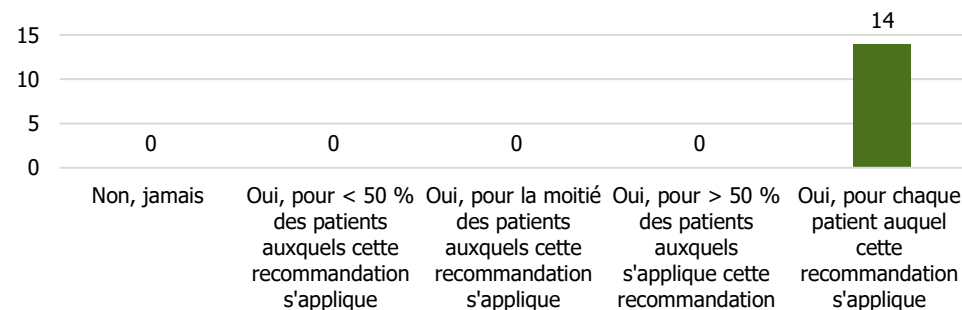
## 8. Toepassing van aanbevelingen

### Adaptez-vous les apports en sodium chez vos patients ?



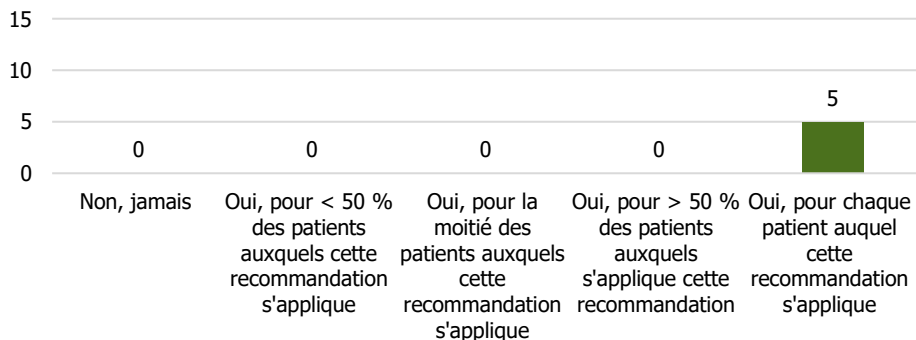
Grafiek 113: PRE – Toepassing aanbeveling zout

### Avez-vous l'intention d'adapter les apports en sodium chez vos patients auxquels s'applique cette recommandation? Si oui combien allez-vous recommander ?



Grafiek 114: POST – Toepassing aanbeveling zout

### Adaptez-vous les apports en sodium chez vos patients ?



Grafiek 115: FOLLOW-UP – Toepassing aanbeveling zout

## 8. Toepassing van aanbevelingen

### **FOSFAAT**

De antwoorden varieerden van nooit tot de helft van de patiënten waarvoor deze van toepassing is, >50% van de patiënten waarvoor deze van toepassing is en voor elke patiënt waarvoor deze van toepassing is. Voor de aanbeveling fosfaat werd de optie 'Ja, voor elke patiënt waarvoor deze aanbeveling van toepassing is' in elke fase het meeste aangeduid. Na de groepssessie geven bijna alle diëtisten aan dat ze van plan zijn om de aanbeveling toe te passen voor elke patiënt waarvoor deze van toepassing is, uitgezonderd één diëtist.

Uit de PRE-vragenlijst blijkt dat 2/3e van de diëtisten geen rekening houdt met de biologische beschikbaarheid van fosfaat. Na de groepssessie is het aantal diëtisten dat hier rekening mee wil houden in de toekomst sterk gestegen (9 van de 14 deelnemers). Zes maanden na de groepssessie geven ze allen aan deze aanbeveling toe te passen voor elke patiënt waarvoor deze van toepassing is.

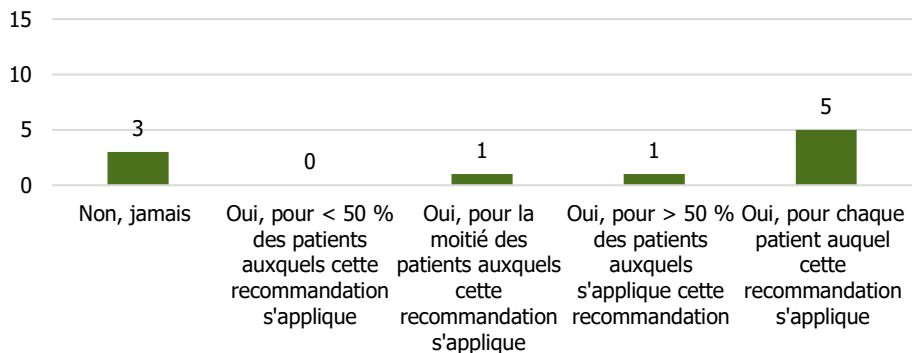
De diëtisten gaven redenen aan die het moeilijker maken om de toepassing van de aanbeveling van fosfaat in de praktijk om te zetten. Ze geven bijvoorbeeld aan dat de nadruk voor hen ligt op additieven (voorkeur voor zelfgemaakt voedsel, aangepaste kazen,...). Ze geven vaker advies over het beperken van de meest fosforrijke voedingsmiddelen met behoud van essentiële stoffen in een evenwichtig voedingspatroon, aangepast aan het CNI-stadium. Ten slotte kijken ze naar de bloedresultaten en de geschiedenis van de patiënt.

### **KALIUM**

De diëtisten geven in de PRE-fase voornamelijk aan dat ze de aanbeveling toepassen voor elke patiënt waarvoor deze van toepassing is. Twee diëtisten geven aan deze nooit toe te passen. Na de groepssessie is er een positieve verschuiving: alle diëtisten hebben de intentie om dit toe te passen voor elke patiënt waarvoor de aanbeveling van toepassing is. Ook in de follow-up geven ze aan deze aanbeveling toe te passen voor elke patiënt waarvoor de aanbeveling van toepassing is.

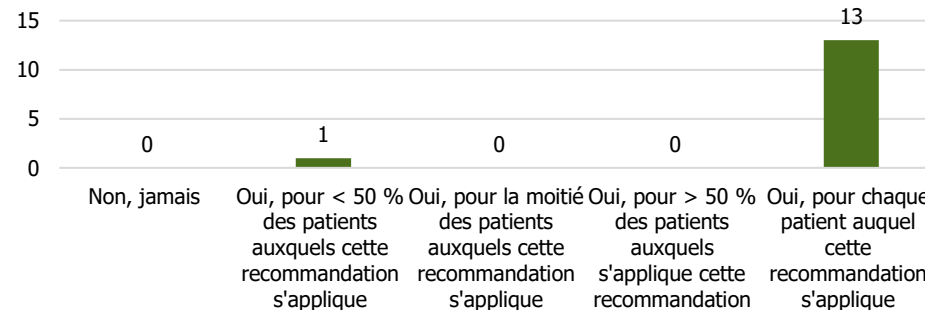
## 8. Toepassing van aanbevelingen

**Adaptez-vous les apports en phosphate chez vos patients ?**



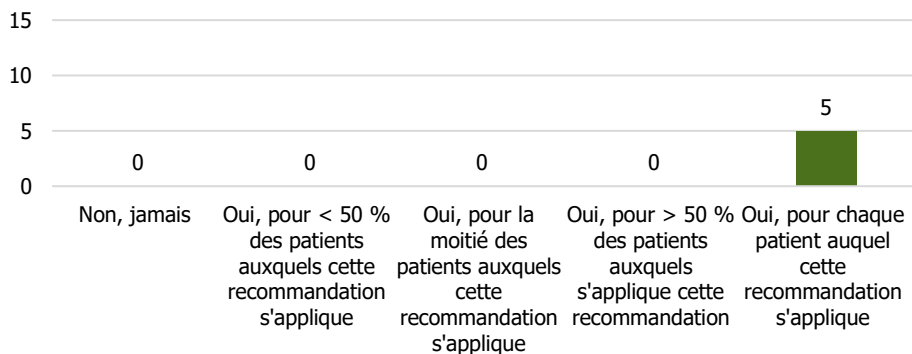
Grafiek 116: PRE – Toepassing aanbeveling fosfaat

**Avez-vous l'intention d'adapter les apports en phosphate chez vos patients auxquels s'applique cette recommandation? Si oui combien allez-vous recommander ?**



Grafiek 117: POST – Toepassing aanbeveling fosfaat

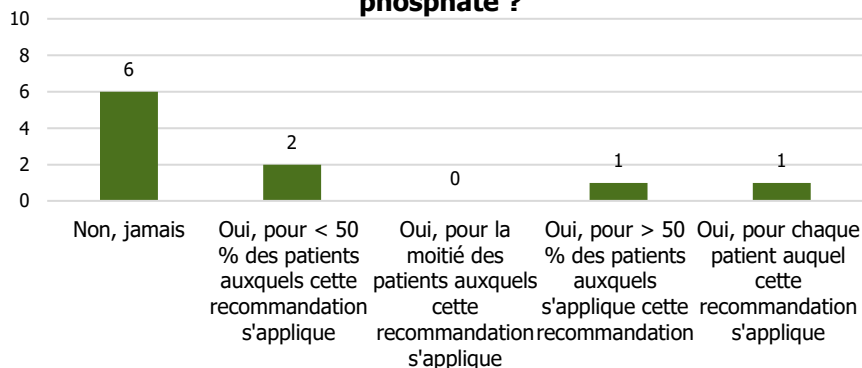
**Adaptez-vous les apports en phosphate chez vos patients ?**



Grafiek 118: FOLLOW-UP – Toepassing aanbeveling fosfaat

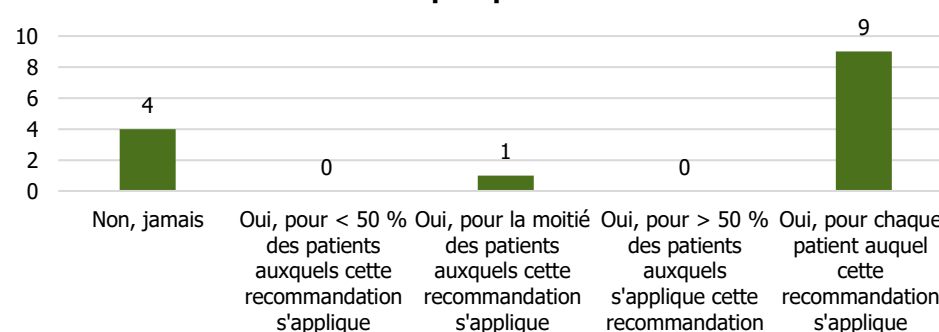
## 8. Toepassing van aanbevelingen

**Tenez-vous compte de la biodisponibilité du phosphate ?**



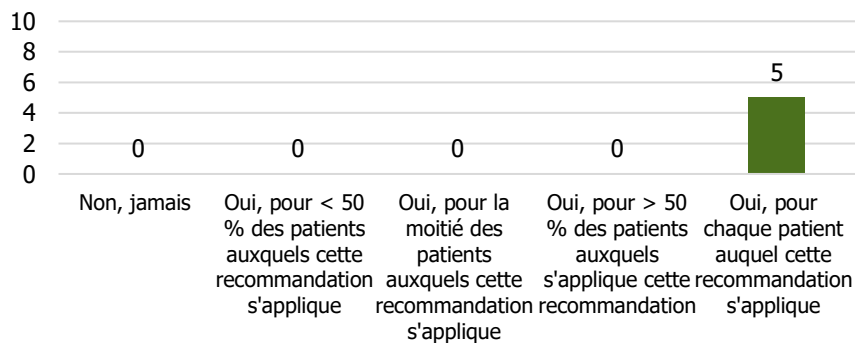
*Grafiek 119: PRE – Toepassing aanbeveling biobeschikbaarheid fosfaat*

**Avez-vous l'intention de tenir compte de la biodisponibilité du phosphate ?**



*Grafiek 120: POST – Toepassing aanbeveling biobeschikbaarheid fosfaat*

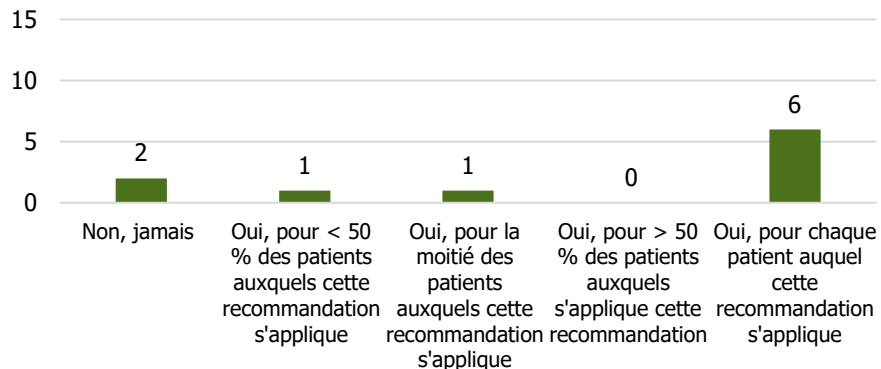
**Tenez-vous compte de la biodisponibilité du phosphate ?**



*Grafiek 121: FOLLOW-UP – Toepassing aanbeveling biobeschikbaarheid fosfaat*

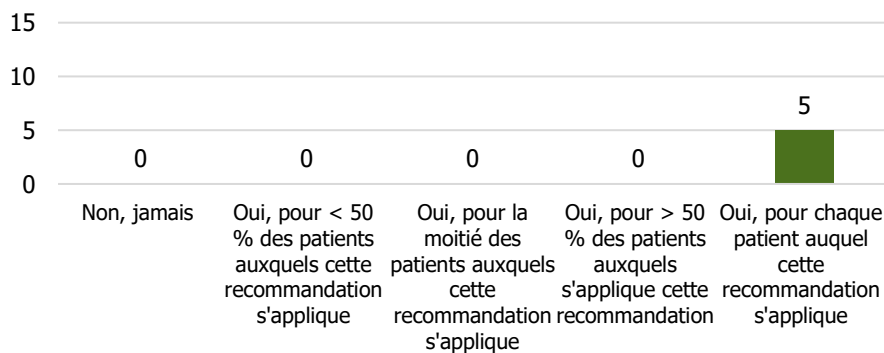
## 8. Toepassing van aanbevelingen

**Adaptez-vous les apports en potassium chez vos patients ?**



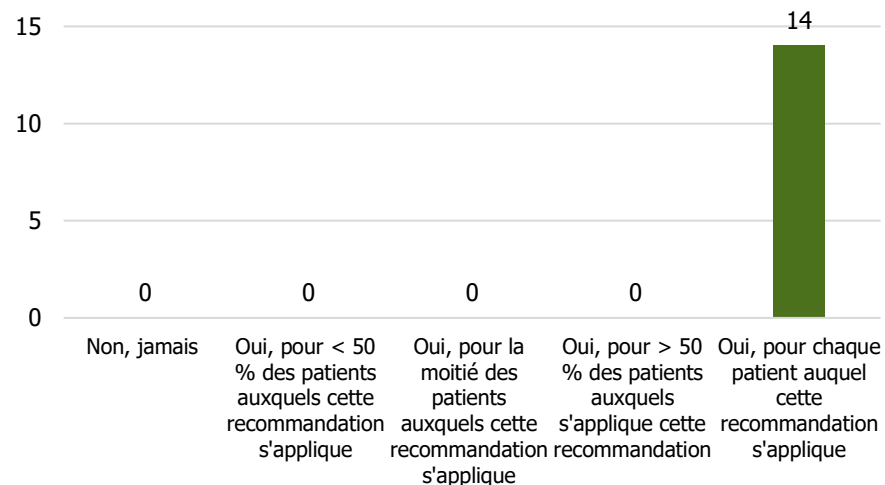
Grafiek 122: PRE – Toepassing aanbeveling kalium

**Adaptez-vous les apports en potassium chez vos patients ?**



Grafiek 124: FOLLOW-UP – Toepassing aanbeveling kalium

**Avez-vous l'intention d'adapter les apports en potassium chez vos patients auxquels s'applique cette recommandation? Si oui combien allez-vous recommander ?**



Grafiek 123: POST – Toepassing aanbeveling kalium

## 8. Toepassing van aanbevelingen

### **WAAROM PAST U DEZE AANBEVELING NIET TOE?**

De deelnemers die CNI-patiënten behandelen kregen de kans om voor elke vraag over de toepassing van een aanbeveling te verklaren waarom ze niet in staat zouden zijn om dit toe te passen. De diëtisten geven aan dat ze onvoldoende opleiding en ervaring hebben met CNI. Daarnaast is er weinig tijd om zich erin te verdiepen en zijn er soms weinig patiënten met dit ziektebeeld in de eerste lijn.

#### PRE

- Gebrek aan patiënten in de praktijk.
- Niet genoeg opleiding over het onderwerp
- Nooit de kans gehad om dit in te oefenen

#### POST

##### 1 maand na de groepssessie

- Tijd van de consultatie was eerst een beperkende factor, maar nu kunnen er prioriteiten gesteld worden.

#### FOLLOW-UP

##### 6 maanden na de groepssessie

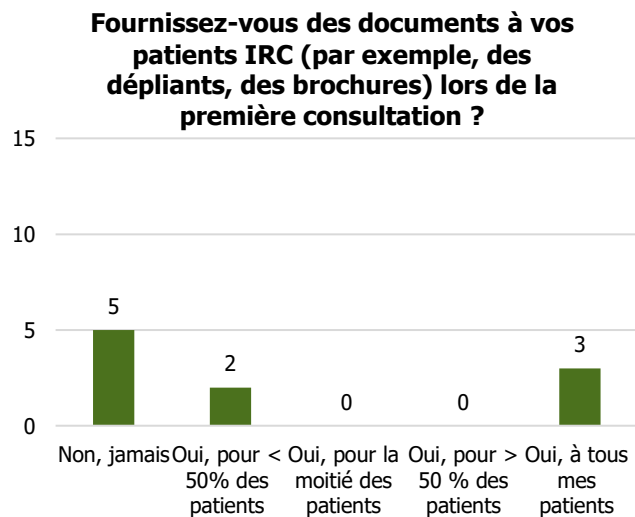
- Gebrek aan patiënten

## 9. Patiënteninformatie

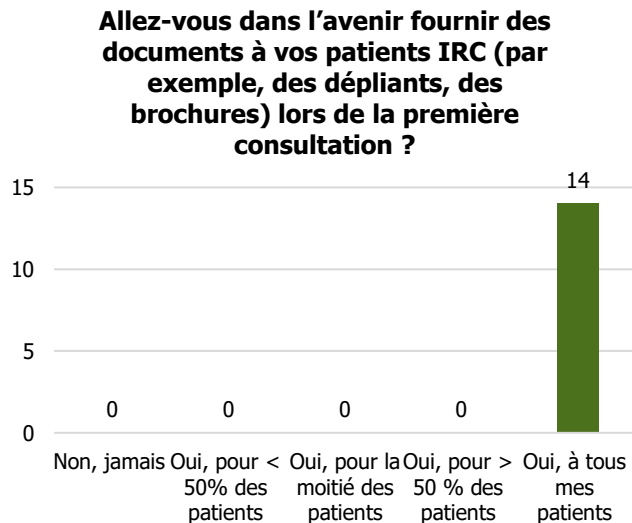
Vijf diëtisten duiden aan dat ze nooit patiënteninformatie meegeven, terwijl de andere vijf diëtisten dit voor <50% doen (2) of voor alle patiënten (3). Na de groepsessie heeft iedereen de intentie om dit voor alle patiënten mee te geven. Zes maanden later doen alle diëtisten dit voor elke patiënt, met uitzondering van één diëtist die dit nooit doet.

De informatie die ze gebruiken is ontwikkeld door:

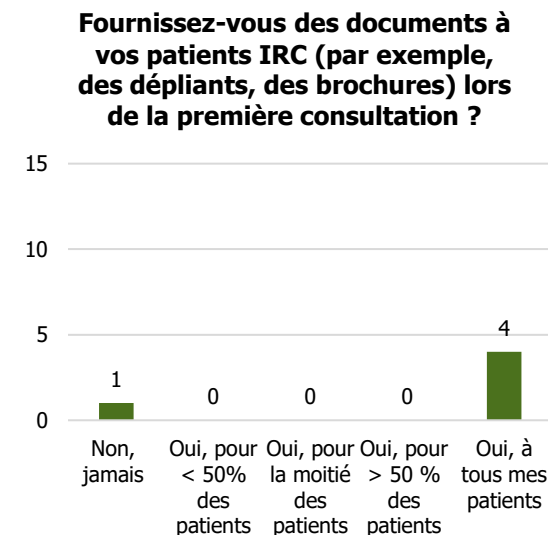
- Diëtisten zelf
- Database (onafhankelijke ziekenhuisdiëtist)
- Diëtisten van de GDN
- Leo Pharma bedrijf



Grafiek 125: PRE – Patiëntinformatie meegeven



Grafiek 126: POST - Patiëntinformatie meegeven

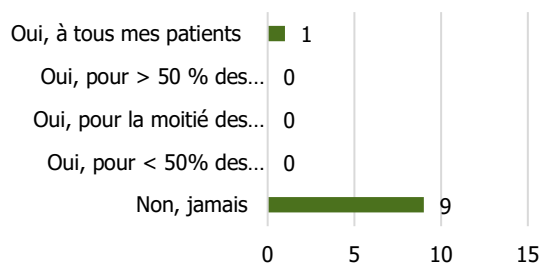


Grafiek 127: FOLLOW-UP - Patiëntinformatie meegeven

## 10. Educatiemateriaal

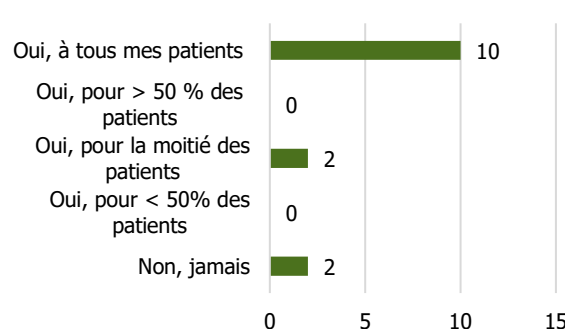
De meeste diëtisten gebruiken geen educatiemateriaal. Slechts één diëtist gebruikt het voor elke patiënt. Na de groepssessie is er een grote verschuiving om dit in de toekomst te gebruiken bij alle patiënten. Zes maanden na de groepssessie gebruiken twee diëtisten het voor elke patiënt, twee voor >50% van de patiënten en 1 diëtist nooit. Ze gebruiken hiervoor eigen ontwikkelde documenten.

### Utilisez-vous du matériel éducatif pendant vos consultations pour expliquer le régime au patient IRC ?



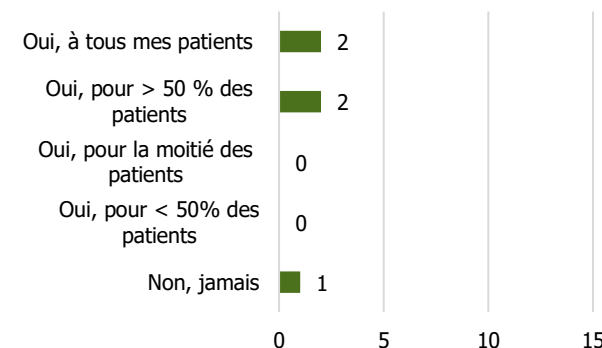
Grafiek 128: PRE – Educatiemateriaal meegeven

### Allez-vous dans l'avenir utiliser du matériel éducatif pendant vos consultations pour expliquer le régime au patient IRC ?



Grafiek 129: POST - Educatiemateriaal meegeven

### Utilisez-vous du matériel éducatif pendant vos consultations pour expliquer le régime au patient IRC ?



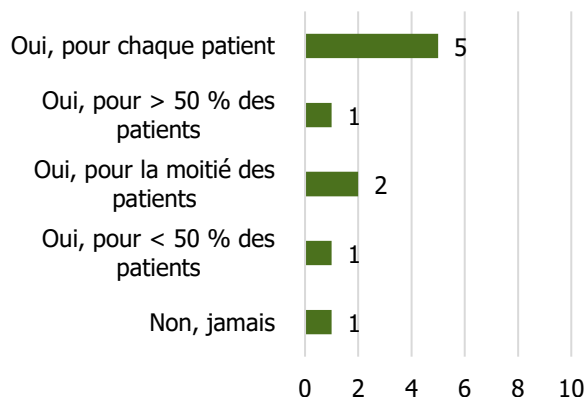
Grafiek 130: FOLLOW-UP - Educatiemateriaal meegeven



## 11. Gesprek over motivatie

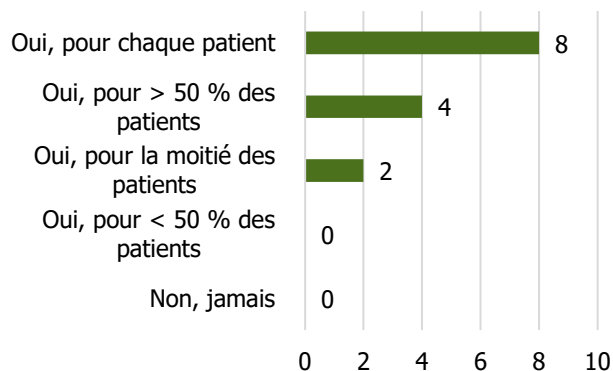
Het grootste deel van de diëtisten duidde aan voor de groepssessie dat ze voor elke patiënt een gesprek over de motivatie aangingen. Na de groepssessie steeg het aantal diëtisten dat van plan was om hierover een gesprek aan te gaan met de patiënt. Ook na zes maanden geeft het merendeel aan dit voor elke patiënt te doen.

### Engagez-vous une conversation sur la motivation de votre patient IRC ?



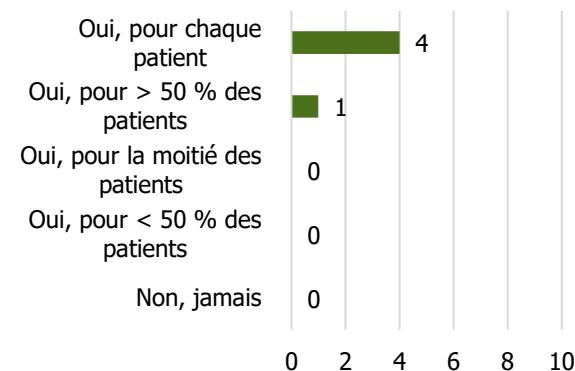
Grafiek 131: PRE – Gesprek over motivatie

### Avez-vous l'intention d'engager une conversation sur la motivation de votre patient IRC ?



Grafiek 132: POST – Gesprek over motivatie

### Engagez-vous une conversation sur la motivation de votre patient IRC ?

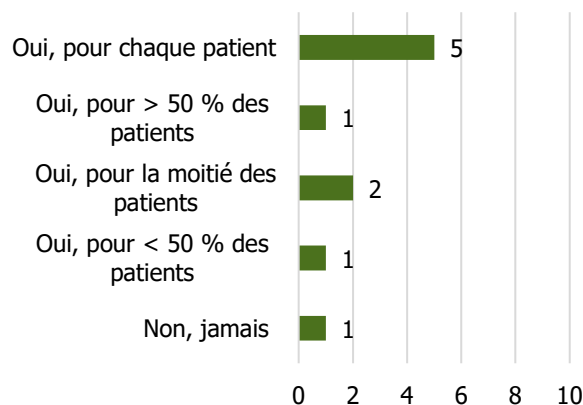


Grafiek 133: FOLLOW-UP – Gesprek over motivatie

## 12. Motivatie opvolgen

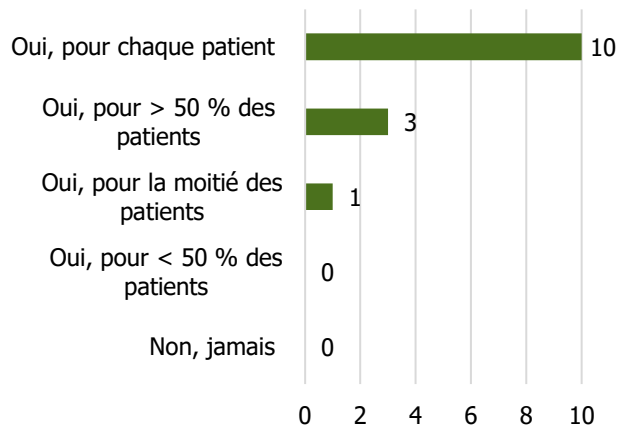
Het grootste deel van de diëtisten duidde aan voor de groepssessie dat ze voor elke patiënt de motivatie bleven opvolgen. Na de groepssessie steeg het aantal diëtisten dat van plan was dit te blijven opvolgen en dit bleef stabiel in de follow-up vragenlijst.

**Continuez-vous à surveiller la motivation pendant le suivi de vos patients IRC ?**



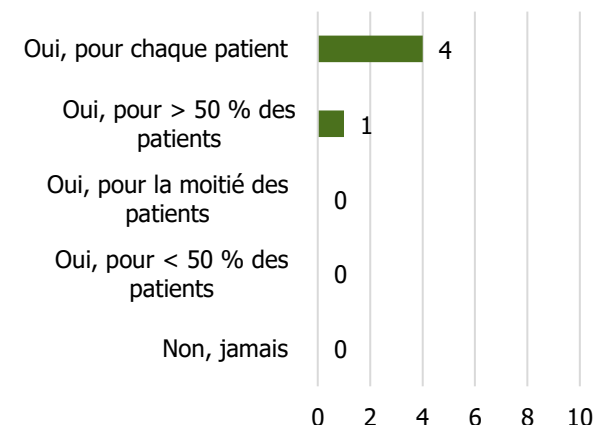
Grafiek 134: PRE – Motivatie opvolgen

**Avez-vous l'intention de continuer à surveiller la motivation pendant le suivi de vos patients IRC ?**



Grafiek 135: POST – Motivatie opvolgen

**Continuez-vous à surveiller la motivation pendant le suivi de vos patients IRC ?**

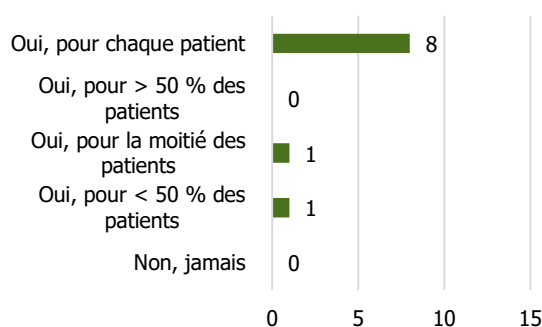


Grafiek 136: FOLLOW-UP – Motivatie opvolgen

## 13. Andere factoren bij voedingsbehandeling

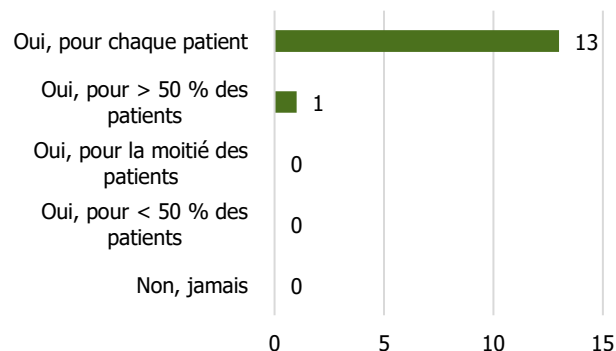
De diëtisten geven voornamelijk aan voor elke patiënt ook rekening te houden met andere factoren dan voeding bij de behandeling van CNI. Na de groepssessie geven alle diëtisten dit aan te willen doen voor elke patiënt in de toekomst, uitgezonderd één diëtist die het probeert te doen voor >50% van de patiënten. Ook in de follow-up geven ze allen aan hier rekening mee te houden.

**Tenez-vous compte de facteurs autres que l'apport nutritionnel chez votre patient IRC (p. ex. médicaments, connaissances, croyances, attitude, comportement, accès à la nourriture, dépression, fonctionnement cognitif) ?**



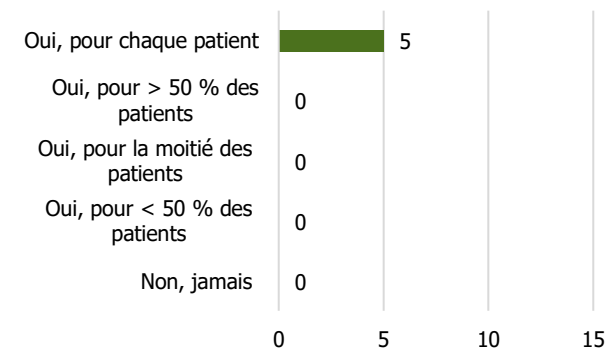
Grafiek 137: PRE – Andere factoren bij voedingsbehandeling

**Allez-vous dans l'avenir tenir compte de facteurs autres que l'apport nutritionnel chez votre patient IRC (p. ex. médicaments, connaissances, croyances, attitude, comportement, accès à la nourriture, dépression, fonctionnement cognitif) ?**



Grafiek 138: POST – Andere factoren bij voedingsbehandeling

**Tenez-vous compte de facteurs autres que l'apport nutritionnel chez votre patient IRC (p. ex. médicaments, connaissances, croyances, attitude, comportement, accès à la nourriture, dépression, fonctionnement cognitif) ?**

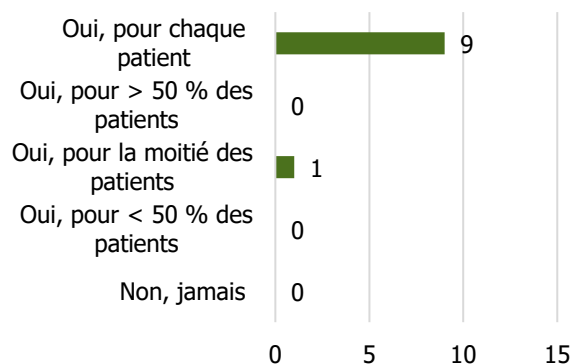


Grafiek 139: FOLLOW-UP – Andere factoren bij voedingsbehandeling

## 14. Aanpassingen aan voedingsbehoeften

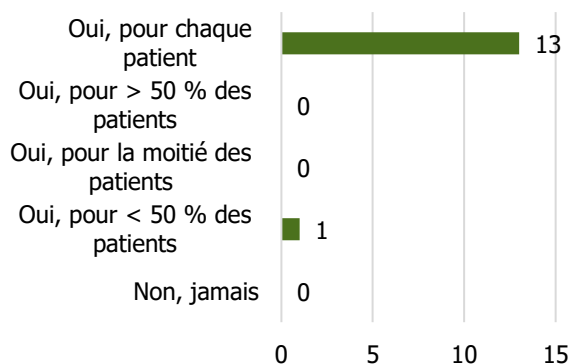
Bijna alle diëtisten passen adviezen aan aan de voedingsbehoeften van de individuele patiënt. Ook na de groepssessie geven alle diëtisten dit aan, uitgezonderd één diëtist die het voor <50% van de patiënten doet. In de follow-up vragenlijst passen alle diëtisten het advies aan aan de individuele voedingsbehoeften van de patiënt.

### Adaptez-vous vos conseils aux besoins nutritionnels du patients IRC ?



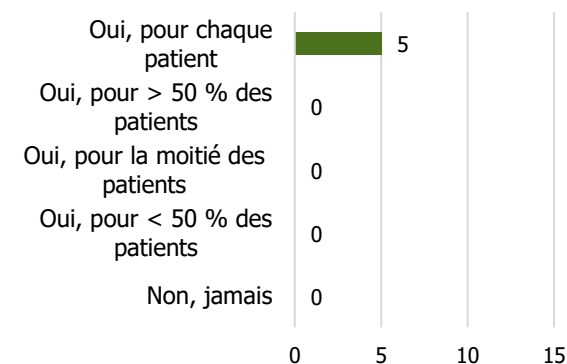
Grafiek 140: PRE – Aanpassingen aan voedingsbehoeften

### Allez-vous dans l'avenir adapter vos conseils aux besoins nutritionnels du patients IRC ?



Grafiek 141: POST – Aanpassingen aan voedingsbehoeften

### Adaptez-vous vos conseils aux besoins nutritionnels du patients IRC ?



Grafiek 142: FOLLOW-UP – Aanpassingen aan voedingsbehoeften

## 2.4.4 Analyse groepssessies

### Vlaamse groepssessies

De feedback op de **groepsreflectiesessie** was positief. De diëtisten vonden het zinvol en leerrijk. Het extra educatiemateriaal was nuttig en ook welkom. Het heeft ervoor gezorgd dat ze zich ook meer zijn gaan focussen op hun eigen handelen bij andere behandelingen en pathologieën. Er werd ook aangegeven dat de resultaten in het actieplan zelfvertrouwen geven, dat het bevestigt dat ze niet slecht bezig zijn. Daarnaast geeft het ook een duidelijk inzicht in wat beter kan. Ze konden op hun eigen niveau haalbare doelstellingen formuleren.

Enkele diëtisten gingen na de sessie nog verder met het **actieplan** aan de slag. Niet iedereen vulde het aan, maar ze zijn dit wel van plan (n = 7). Één van de deelnemers heeft een toelichting gegeven over de groepssessie aan 10 collega-diëtisten in de eerste lijn, om de actiepunten op te volgen en te evalueren.

De **padlet** werd gedeeld met collega's en wordt vooral gebruikt om interessante informatie te kunnen bekijken wanneer dit nodig is. De grootste meerwaarde is deze praktische info om te gebruiken in de praktijk. Een diëtist geeft daarbij aan dit als agendapunt op te nemen bij de volgende bijeenkomst van een kringwerking.

De **casus** werd deels positief ervaren, omdat deze uitgebreid was en veel praktische tips bevatte. Anderzijds was de casus langdradig en te klinisch, waardoor dit niet steeds toepasbaar is in de eerste lijn. Er werden vooral oplossingen gegeven zonder veel interactie. Er wordt als suggestie gegeven dat het fijner is als de diëtisten zelf ook konden vertellen wat ze zelf zouden adviseren. Op die manier is er meer interactie. Tot slot werd de beschikbare evidentie niet steeds gevolgd en was het niet altijd duidelijk waarom dit wel of niet werd gevolgd.

Het is belangrijk om na te gaan of deze groepssessies voor een verbetering in de praktijk hebben gezorgd. Tabel 6 geeft de ervaringen van de diëtisten weer.

Algemeen werden de groepssessies positief ervaren (leerrijk, nuttig, praktisch, inzicht) en zijn er enkele werkpunten om de kwaliteit van de sessie te verbeteren (meer interactie, casus anders aanpakken, meer ervaren diëtisten nodig, meer aandacht voor centraal stellen van patiënt).

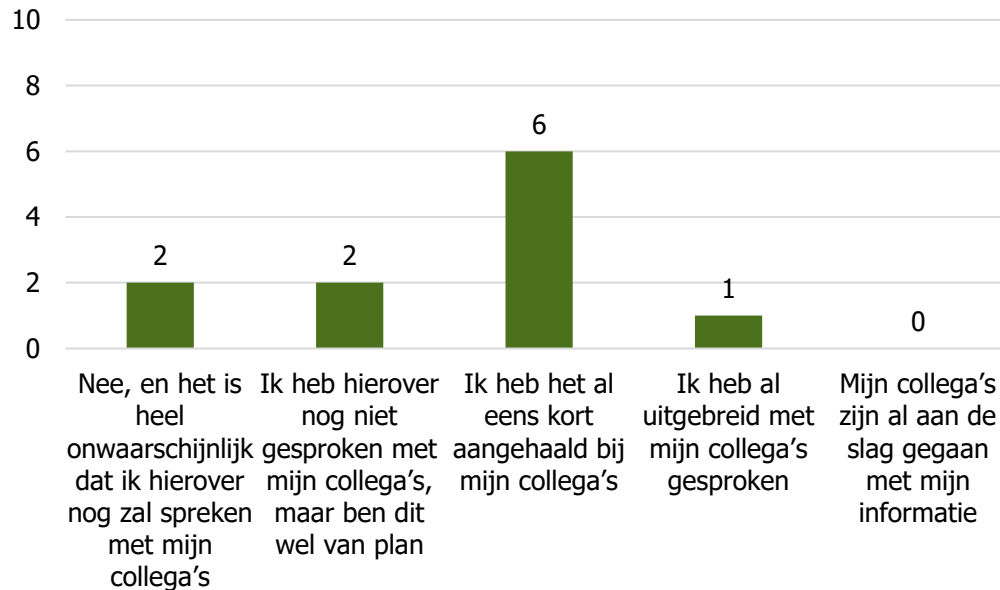
JA	<ul style="list-style-type: none"><li>• "Ja, het zal er zeker toe leiden dat een CNI patiënt een meer kwalitatieve begeleiding zal krijgen. Dit zullen ze ook terugkoppelen aan de arts, en zo zullen hopelijk meer CNI patiënten tot bij de diëtist geraken."</li><li>• "Fijn om er met collega's over te spreken."</li><li>• "Terug wakker geschud."</li><li>• "Door stil te staan bij wat goed loopt en wat actie vereist, schiet je terug in gang."</li><li>• "Meer controle: meer succes in de toekomst."</li></ul>
NEE	"Nee, ik denk dat ik goed bezig ben. De resultaten zijn goed, mijn gegeven advies komt overeen met de aanbevelingen." "Nog niet over oordelen wegens geen nieuwe nierpatiënten."
NEE	<ul style="list-style-type: none"><li>• "Weinig ervaren diëtisten aanwezig, waardoor weinig nuttige input vanuit groep."</li><li>• "Kwam over alsof we in de eerste lijn niet goed bezig zijn en dat we terug in het gelid moeten lopen."</li><li>• "Heel veel aandacht voor een richtlijn, weinig of geen aandacht voor het centraal stellen van de patiënt en het rekening houden met z'n leefwereld."</li></ul>

## 2.4.4 Analyse groepsessies

Het doel van de sessie was het implementeren van de aanbevelingen uit de richtlijn in de praktijk. Voor aanvang van de groepsessie was er een goede kennis van de voedingsaanbevelingen, maar soms was er een kloof tussen de toepassing van de aanbeveling in de praktijk en/of zich in staat voelen om deze te kunnen toepassen. Dit is afhankelijk van de patiënt.

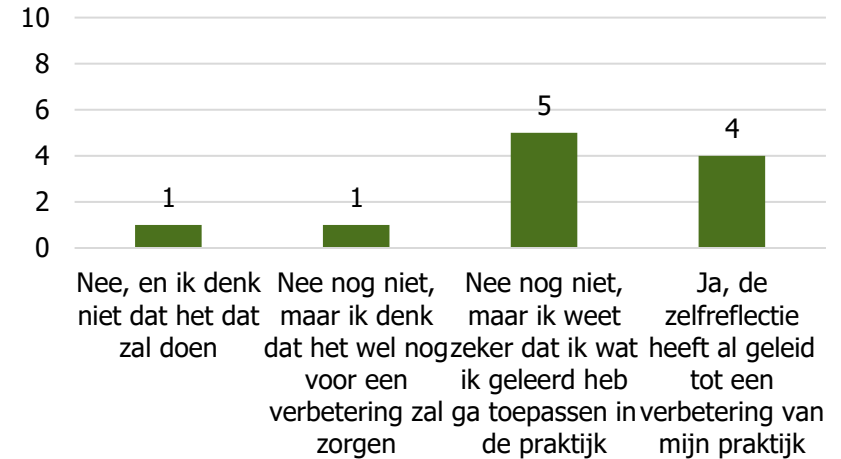
Na de groepsessie was er een vooruitgang in deze indicatoren en gaven de diëtisten vaker aan dat ze van plan waren om deze aanbevelingen toe te passen. Het ging vooral over een toename van de toepassing van de aanbevelingen voor elke patiënt waarvoor deze van toepassing zijn. Na de groepsessie had de richtlijn vaker deelnemers geholpen bij het maken van beslissingen en geven van advies.

**Heb je wat je geleerd hebt tijdens de groepsessies gedeeld met collega's?**



Grafiek 143: FOLLOW-UP - Bijdrage groepsessie tot verbetering van praktijk

**Heeft de groepsreflectiesessie bijgedragen tot een verbetering van uw praktijk?**



Grafiek 144: FOLLOW-UP Bijdrage groepsessie tot verbetering van praktijk

## 2.4.4 Analyse groepsessies

### Waalse groepsessies

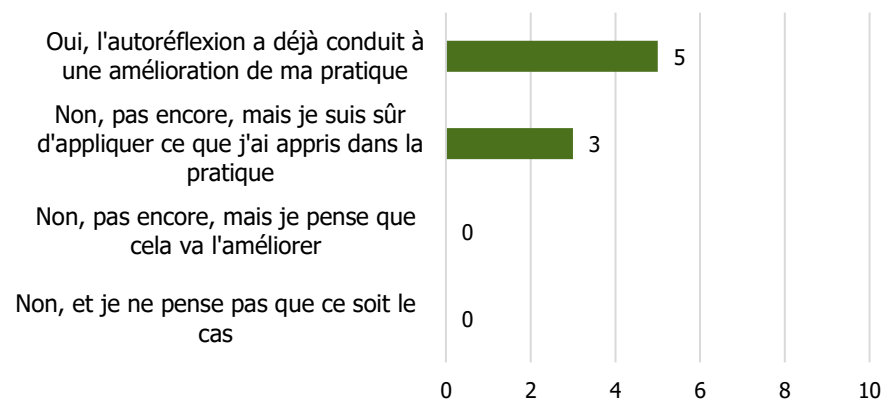
Bij de Waalse sessies gaven de diëtisten aan veel oefening nodig te hebben om de richtlijn goed te leren kennen. Ze ervoeren hierdoor de sessie als handig voor verbetering van de praktijk. Enkele deelnemers gaven aan geïnteresseerd te zijn in verdere opleidingen rond het thema. Het zou nuttig zijn om dit soort sessies per bepaalde periode te organiseren om samen één casus grondig te kunnen bespreken. Verder zijn de Waalse diëtisten erg tevreden over het implementatieproject en geven ze aan veel bijgeleerd te hebben.

De informatie die werd gegeven tijdens de sessie was duidelijk. Daarnaast stelden de inzichten van het actieplan hen in staat om na te denken over vaardigheden, stil te staan bij de casus en wat ze geleerd hebben uit de sessie. Echter is het in de praktijk brengen van de actiepunten moeilijk, aangezien er weinig CNI-consultaties worden gedaan. Daarom is deze zelfreflectie ook belangrijk voor jongere diëtisten.

De casus werd als leerrijk en motiverend ervaren. Het zorgde ook voor een goede uitwisseling van ervaringen tussen de verschillende diëtisten. De deelnemers vonden het positief dat er eerst theoretische informatie was, gevolgd door een discussie voor de praktische kant. Ze vonden het interessant om geadviseerd te worden door iemand met een specialisatie in CNI, voor zowel de theorie als de praktijkervaringen.

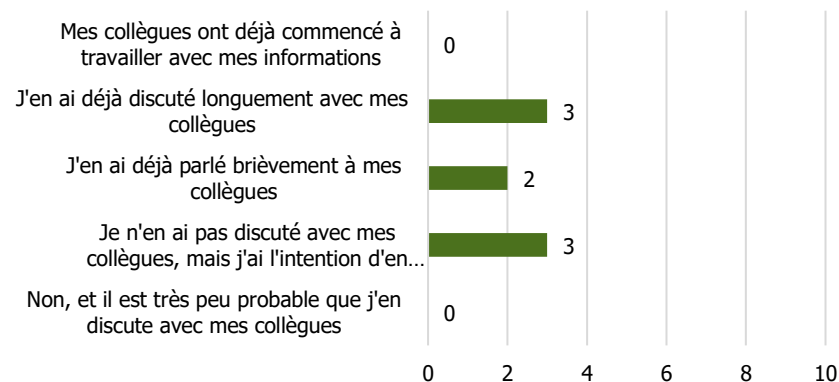
De helft van de diëtisten heeft het **actieplan** voltooid of uitgevoerd (n=6) en de andere helft van de diëtisten deed dat niet (n=6). Twee diëtisten waren het wel van plan.

### La séance de réflexion en groupe a-t-elle contribué à améliorer votre pratique ?



Grafiek 145: FOLLOW-UP - Bijdrage groepsessie tot verbetering van praktijk

### Avez-vous partagé avec vos collègues ce que vous avez appris pendant les sessions de groupe ?



Grafiek 146: FOLLOW-UP – Inhoud gedeeld met collega's

## 2.4.4 Analyse groepssessies

De diëtisten gaven de volgende meningen over de verbetering van hun praktijkwerking:

JA	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meer actueel advies voor CNI-patiënten in het ziekenhuis</li><li>• Belang van toezicht op en ondersteuning van patiënten bij hun zelfmanagement, het individueel behandelen van elke patiënt en het afstemmen van voedingsadviezen op hun behoeften</li><li>• Meer zelfvertrouwen om CNI-patiënt op te volgen</li><li>• Discussie en uitwisseling van ideeën over het thema</li><li>• Kennis over de juiste aanbevelingen in stadium 3 en 4 van CNI</li><li>• Veel vragen kunnen stellen tijdens de sessie</li></ul>
NEE	<ul style="list-style-type: none"><li>• Te veel in detail treden bij het opvolgen van de aanbevelingen</li><li>• Nog niet kunnen oefenen omdat er geen CNI-patiënten zijn in de praktijk</li></ul>



## 2.4.5 Vergelijking Vlaamse en Waalse resultaten

### I. Kwaliteitsindicatoren

#### **Begeleiding van CNI**

Er namen zowel diëtisten deel aan de vragenlijst en sessies die nog geen CNI-patiënten hebben begeleid als diëtisten die dit wel reeds doen. Enkele maanden na de groepssessie staan zowel meer Vlaamse als Waalse diëtisten open om meer patiënten te begeleiden. Enkele Waalse diëtisten waren niet zeker of ze dit wilden doen, omdat ze zich nog niet volledig op hun gemak voelden.

#### **Verslag van consultatie**

Beide doelgroepen zorgen in vergelijkbare mate voor verslagen van de consultaties (algemeen en CNI). Bij de Vlaamse groep is er verbetering mogelijk. Na de groepssessie was er een stijging in het aantal Vlaamse en Waalse diëtisten die de intentie hadden om meer verslagen te maken van consultaties met CNI-patiënten.

#### **Verslaggeving + afstemming diëtist/huisarts**

Er zijn grote verschillen zichtbaar bij o.a. de terugkoppeling naar de huisarts. In Vlaanderen gebeurde de terugkoppeling aanvankelijk veel frequenter dan in Wallonië. Ze blijken wel van plan te zijn om dit meer in de praktijk te brengen. Bij de Waalse diëtisten verschuift na de groepssessie het aantal diëtisten die voor <50% van de consultaties terugkoppelden naar de helft en > 50% van de consultaties. Deze verschuiving in intentie wordt ook waargenomen bij de Vlaamse diëtisten.

#### **Informatie doorverwijsbrief**

Zowel in Vlaanderen als Wallonië ontbreken er gegevens op de doorverwijsbrief, zoals indicaties voor voedingsrichtlijnen, het zorgtraject, geen laboresultaten, verslag van de nefroloog,...

#### **Kennis dieetrichtlijn**

Meer Vlaamse diëtisten waren op de hoogte van de voedingsrichtlijn bij CNI dan Waalse diëtisten. Waalse diëtisten gaven aan meer te werken met buitenlandse richtlijnen (KDOQI). Voor de aanvang van de groepssessie kenden 14 Waalse diëtisten de richtlijn niet en had slechts 1 diëtist de richtlijn al gebruikt. Na de groepssessie had de richtlijn drie Waalse diëtisten reeds geholpen bij het maken van een beslissing of het geven van advies. Het merendeel van de Waalse deelnemers na de groepssessie had de aanbevelingen al bekeken. Ook bij de Vlaamse diëtisten werd de richtlijn vaker gebruikt bij het maken van beslissingen, na de groepssessie.

#### **Bijscholen over CNI**

Beide doelgroepen willen in de toekomst meer aandacht besteden aan navorming m.b.t. CNI.

#### **Inschatten risico op ondervoeding**

In beide groepen maakten de meeste diëtisten reeds een inschatting van het risico op ondervoeding voor de sessie. Nadien steeg de intentie om dit te doen verder dit in beide groepen.

#### **Toepassing dieetaanbevelingen**

Bij het toepassen van dieetaanbevelingen gingen de Waalse diëtisten vaak minder aan de slag met de evidentie, maar houden ze vaker rekening met de individuele patiënt en afgestemde voedingsbehoeften. Bovendien zijn ze minder bijgeschoold over CNI gevolgd en minder ervaring met CNI-patiënten waardoor de kans zich nog niet had voorgedaan om de toepassing in te oefenen.

#### **Gebruik van patiënteninformatie**

Vlaamse diëtisten maken vaker gebruik van patiënteninformatie dan Waalse diëtisten. Na de Waalse groepssessie heeft iedereen de intentie om dit voor alle patiënten mee te geven. Zes maanden later doen alle Waalse diëtisten dit voor elke patiënt, uitgezonderd één diëtist die dit nooit doet.

## 2.4.5 Vergelijking Vlaamse en Waalse resultaten

### **Gebruik van educatiemateriaal**

Vlaamse diëtisten gebruikten vaker educatiemateriaal dan Waalse diëtisten. Voor de sessie gebruiken de meeste Waalse diëtisten geen educatiemateriaal. Na de groepsessie is er een grote verschuiving om dit in de toekomst te gebruiken bij alle patiënten.

### **Gesprek over motivatie**

Het grootste deel van de diëtisten duidde aan voor de groepsessie dat ze voor elke patiënt een gesprek over de motivatie aangingen, zowel in Vlaanderen als Wallonië. Na de groepsessie steeg het aantal diëtisten dat van plan was om hierover een gesprek aan te gaan met de patiënt voor beide groepen.

### **Motivatie opvolgen**

In beide groepen duidde het grootste deel van de diëtisten aan voor de groepsessie dat ze voor elke patiënt de motivatie bleven opvolgen. Na de groepsessie steeg het aantal diëtisten dat van plan was dit te blijven opvolgen en dit bleef stabiel in de follow-up vragenlijst, zowel voor Vlaanderen als Wallonië.

### II. Verloop groepsessie

Algemeen zetten de groepsessies diëtisten aan om meer CNI patiënten te begeleiden.

Zowel de casusbespreking als de zelfreflectie werden als leerrijk ervaren voor de Waalse en Vlaamse diëtisten. Het zou hun praktijk verbeteren, het zou hun kennis opfrissen en het hielp hen om eigen gedrag te evalueren. Een deel van de Vlaamse collega-diëtisten stonden kritischer tegenover het implementatieproject. Ze vonden de casusbespreking eerder langdradig, niet toepasbaar, te weinig interactief en misten bovendien geregeld de evidentie. Bij de groepsessie hadden ze meer input vanuit de groep verwacht. Daarnaast voelde het aan alsof er met de vinger werd gewezen en vonden ze de richtlijnen te ver verwijderd van de leefwereld van de patiënten.

## 2.4.5 Vergelijking Vlaamse en Waalse resultaten

### III. Barrières en facilitatoren

#### 1) Rapportering van de uitgevoerde interventies/adviezen in een verslag (registratie)

Er is nood aan **specifieke software** voor patiëntenrapportage, maar de **prijs** voor deze software is heel hoog (bv. Ambrosia Pro, Nutrilink,...) Voor andere zorgberoepen wordt dit terugbetaald, maar diëtisten betalen dit zelf. Daarnaast is het een vereiste om **internet** te hebben om de software te kunnen gebruiken. Waalse diëtisten maken altijd een verslag, terwijl er in Vlaanderen verbetering mogelijk is.

#### 2) Verslaggeving naar huisarts

De diëtisten ervaren het als zeer intensief om na iedere consultatie een verslag naar de huisarts te sturen en dit is in de praktijk niet mogelijk. **Tijdsgebrek** is een grote barrière. Daarnaast moet het verslag beperkt blijven tot de essentie, omdat het anders vaak niet grondig gelezen wordt. Diëtisten geven aan dat ze **weinig reactie** krijgen op vragen of een wens tot bespreking. Dit maakt diëtisten minder gemotiveerd om een verslag te blijven maken.

#### 3) Afstemming tussen diëtist en huisarts

Een grote barrière is het **ontbreken van informatie** op de doorverwijsbrief, zowel in Vlaanderen als Wallonië. Diëtisten ontvangen geen laboresultaten van de huisarts, waardoor ze de voedingsbehandeling niet optimaal kunnen afstemmen op de patiënt. Soms vragen diëtisten aan patiënt om het zelf mee te nemen omdat ze het niet ontvangen van arts. Diëtisten vinden het daarnaast moeilijk om goed af te stemmen omdat ze **geen/weinig huisartsen kennen** of niet in dezelfde praktijk werken. Een volledige doorverwijsbrief is dus een belangrijke facilitator.

#### 4) Bijscholing over CNI

Zowel in Vlaanderen als Wallonië is er **nood aan meer opleidingen** over CNI voor eerstelijnsdiëtisten. Er zijn niet altijd opleidingen beschikbaar.

#### 5) Inschatting van risico op eiwit-energie ondervoeding

Dit is een werkpunt voor zowel Waalse als Vlaamse diëtisten. Vaak vinden ze dat de **huisarts** dit moet doen (bv. jaarlijks gewicht bij huisarts). In de eerste lijn ontbreken er vaak **gegevens (doorverwijsbrief, laboresultaten)**, terwijl dit in het ziekenhuis vaak het eerste uitgangspunt is.

#### 6) Toepassing aanbeveling energie

De energie-inname wordt in de eerste lijn vaak niet berekend. Vooral gewoonteverandering is belangrijk. Kennis werd niet bevraagd als indicator bij de Waalse diëtisten. Over het algemeen voelen Waalse diëtisten zich minder comfortabel bij het begeleiden van CNI patiënten dan Vlaamse diëtisten.

#### 7) Toepassing aanbeveling eiwit, zout, fosfaat, kalium

Een **vroegere doorverwijzing** in stadium 3 is nodig, zodat ze op tijd kunnen beginnen met aanbevelingen toe te passen bij patiënten. Voor hen is het **moeilijk om veel aanbevelingen in één keer te leren toepassen**. Nu kiest de diëtist waarop hij/zij focust, o.b.v. wat het belangrijkste is. Er is nood aan **opleiding** welke specifieke beperkingen met welke voedingsstoffen hoe ver moeten gaan per stadium.

De biologische beschikbaarheid van fosfaat betrekken in de toepassing gebeurt nog niet veel en is redelijk nieuw voor de diëtisten. Zowel bij Waalse als Vlaamse diëtisten wordt er nog weinig naar gekeken, geven ze aan in de groepssessies en vragenlijst.

## 2.4.5 Vergelijking Vlaamse en Waalse resultaten

### III. Barrières en facilitatoren

#### *8) Gebruik van patiënteninformatie*

Diëtisten vinden dat informatie in kleinere deeltjes moet worden meegegeven afhankelijk van problemen en vragen, anders leest de patiënt het niet. Lijsten zijn daarnaast ook **vaak strenger dan nodig**. In Wallonië gebruiken ze dit minder, maar er is wel een intentie om het vaker te doen.

#### *9) Gebruik van educatiemateriaal*

Er is vaak **te weinig tijd** om met educatiemateriaal aan de slag te gaan. Een **goede doorverwijsbrief** is hierbij ook een goede facilitator omdat het tijd bespaart.

#### *10) Gesprek over motivatie*

Het is niet altijd mogelijk om de motivatie op te volgen omdat de nefroloog de patiënt niet meer doorverwijst. Er zijn **maar drie sessies in het zorgtraject**, waardoor ze de patiënt zeer weinig zien. Dit is een grote barrière. Als er maar drie sessies zijn, blijft er weinig tijd over om aanbevelingen te geven en de praktische vertaalslag te maken. Ongemotiveerde, 'gedwongen' patiënten willen ook niet vaker dan deze 3 sessies komen, wegens geen terugbetaling van de volgende sessies. Het zou beter zijn als er 5-6 consultaties worden voorzien in het zorgtraject. Ten slotte worden hierdoor patiënten in de eerste consultatie overdonderd met informatie en komen ze daarna niet meer terug omdat er geen terugbetaling is.

## 3. Lot 2

### 3.3 Conclusie

*Rapport Lot 2 opgesteld en geschreven door UC Leuven-Limburg*

### 3. Conclusie

Uit de resultaten kan besloten worden dat meer doorverwijzing en een volledige doorverwijsbrief cruciaal is voor alle indicatoren.

Meer sessies moeten terugbetaald worden in het zorgtraject en er moet sneller doorverwezen worden naar de eerstelijnsdiëtist. Vroegere doorverwijzing in stadium 3 is nodig, zodat ze op tijd kunnen beginnen met aanbevelingen toe te passen bij patiënten, omdat deze niet alles in één keer kunnen leren toepassen. Door de beperkte doorverwijzing begeleiden eerstelijnsdiëtisten ook weinig CNI-patiënten. Bijgevolg is er ook nood aan meer opleidingen over CNI voor eerstelijnsdiëtisten.

Daarnaast is een rapportagesysteem om belangrijke gegevens terug te vinden belangrijk voor een betere kwaliteit van de behandeling.

Uit deze sessies kan worden meegenomen dat het belangrijk is om te weten voor de diëtist wat er verwacht wordt van een arts (bv. welke informatie moeten ze krijgen? Welke info wilt de arts zien?). Er moet meer aandacht gaan naar multidisciplinaire samenwerking.

## 3. Lot 2

### 3.4 Referenties

*Rapport Lot 2 opgesteld en geschreven door UC Leuven-Limburg*

## 4. Referenties

1. Bollaerts, S. (2020). Implementatie en evaluatie van de aanbeveling over chronische nierinsufficiëntie: welke barrières en nadelen ervaren huisartsen bij het gebruik van de richtlijn *Chronisch nierlijden (multidisciplinaire aanpak)?*
2. Burnier, M., & Fouque, D. (2020). The unsolved challenge of implementing sustained reductions of sodium intake in patients with chronic kidney disease. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, gfaa268. Advance online publication.
3. Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ (Clinical research ed.)*, 335(7609), 24–27.
4. Domus Medica. (2015). *Kwalitatieve chronische zorg in Vlaanderen: belemmerende en bevorderende factoren*.
5. Hall-McMahon E., Campbell, K. (2012). Have Renal Dietitians Successfully Implemented Evidence-Based Guidelines Into Practice? A Survey of Dietitians Across Australia and New Zealand. *Journal of Renal Nutrition: 22(6)*, 584-591.
6. Narva, A. S., Norton, J. M., & Boulware, L. E. (2016). Educating Patients about CKD: The Path to Self-Management and Patient-Centered Care. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN, 11(4)*, 694–703.
7. Peters, S., Bussièrès, A., Depreitere, B., Vanholle, S., Cristens, J., Vermandere, M., & Thomas, A. (2020). Facilitating Guideline Implementation in Primary Health Care Practices. *Journal of primary care & community health, 11*, 2150132720916263.
8. Plessers, M., Ghekiere, A., De Wachter, D., Deneckere, S., Tambuyzer, E., & Ramaekers, D. (2019, september 17). Het ontwikkelen van evidence-based indicatoren van kwaliteit van zorg in Vlaanderen: een methodologie.
9. Tam-Tham, H., Hemmelgarn, B. R., Campbell, D. J., Thomas, C. M., Fruetel, K., Quinn, R. R., & King-Shier, K. M. (2016). Primary care physicians' perceived barriers, facilitators and strategies to enhance conservative care for older adults with chronic kidney disease: a qualitative descriptive study. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association, 31(11)*, 1864–1870.

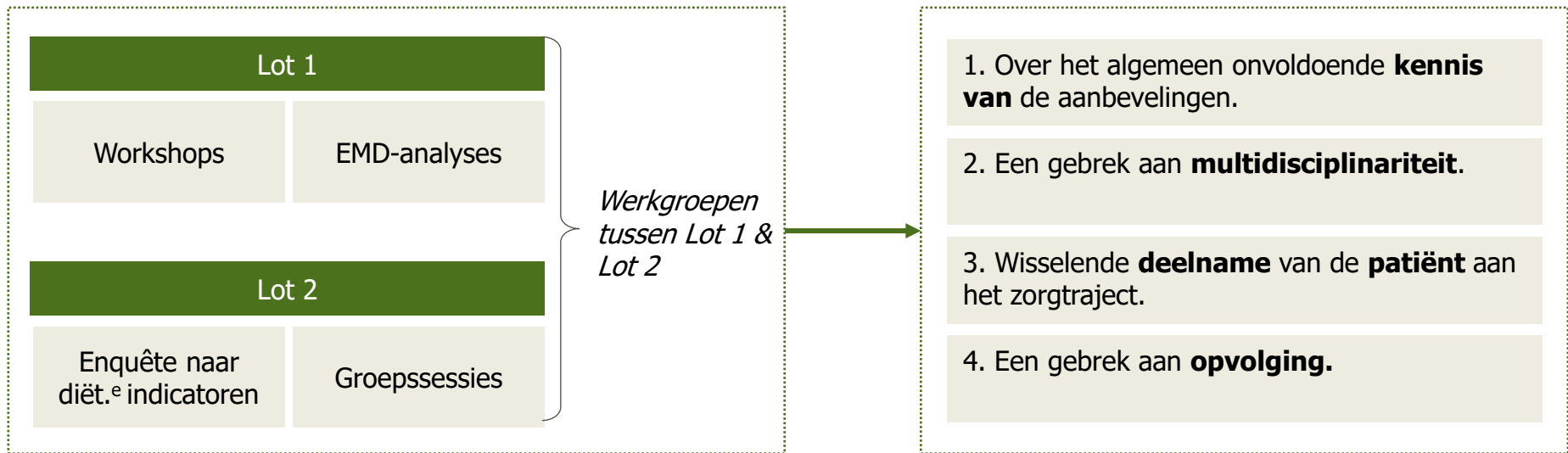


## 4. Multidisciplinaire sessies



## Het werk dat door Lot 1 en Lot 2 afzonderlijk werd gedaan, diende als uitgangspunt voor het structureren van de multidisciplinaire sessies...

Het werk met huisartsen en diëtisten bracht verschillende gebieden aan het licht die voor verbetering vatbaar zijn (grotendeels in overeenstemming met de verbetervelden in hoofdstuk 2.4).



## 2 multidisciplinaire sessies die op dezelfde dag plaatsvonden...

NL	FR	
09:00	14:00	Welkom
09:05	14:05	Ontvangst en doelstellingen van de sessie
09:25	14:25	Tafelronde
09:30	14:30	Presentatie van de resultaten
10:00	15:00	Metaplan
10:50	15:50	Pauze
11:00	16:00	Werk in subgroepen
12:00	17:00	Afsluiting

## ...zij brachten deelnemers van beide loten samen, evenals andere stakeholders in het CNI-zorgtraject



Een selectie van **huisartsen** die hadden deelgenomen aan de workshops van Lot 1.



Een selectie van **diëtisten** die hadden deelgenomen aan de groepsessies van Lot 2.



**Nefrologen** die eerder aan het project hebben meegewerkt (waaronder leden van de expertengroep).



**Patiënten** in het CNI-zorgtraject.

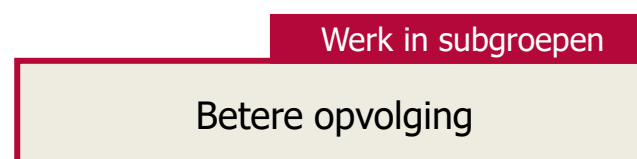
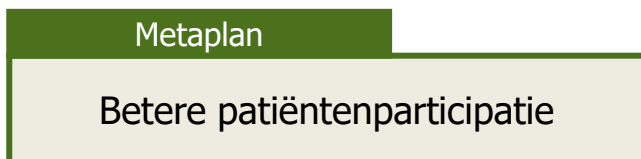
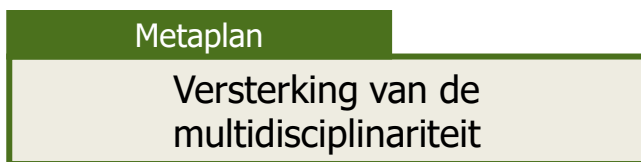


Uiteindelijk hadden de sessies de volgende samenstelling:

	FR	NL
Huisartsen	6	3
Diëtisten	4	4
Nefrologen	2	2
Patiënten	1	1

...met als einddoel het vaststellen van verbeteringsstrategieën voor elk verbeterveld

Tijdens de sessies werden verbeteringsstrategieën vastgesteld aan de hand van **2 methoden met het oog op het bevorderen van een participatieve dynamiek** :



## Een metaplan gericht op de stakeholders in het zorgtraject dat de betrokkenheid van alle deelnemers bevordert

De deelnemers werd gevraagd hun ideeën over een algemene vraag te formaliseren...

*"Om het multidisciplinaire begeleiding van het CNI-zorgtraject te verbeteren, wat zijn de verwachtingen waaraan vandaag niet wordt voldaan met betrekking tot de..."*

Nefroloog

Huisarts

Diëtist

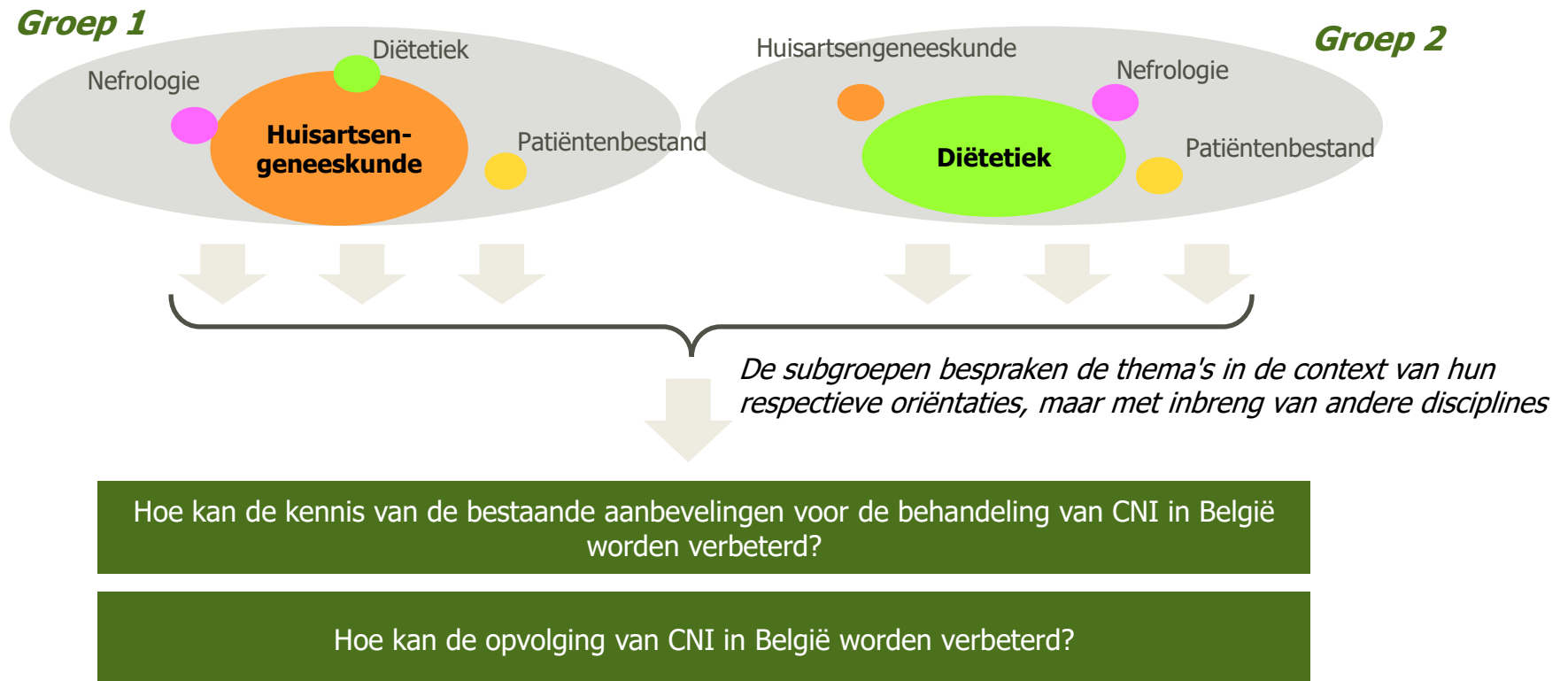
Patiënt

...deze werden vervolgens gestructureerd in thema's met betrekking tot elke stakeholder



Vervolgens werd in subgroepen gewerkt om de resterende verbeterelden grondig te bespreken

Subgroepen met een gemengde samenstelling, maar met een **specifieke oriëntatie...**



## Actieve deelname voor beide sessies, in een constructieve dynamiek!

Uitwisselingen die multidisciplinariteit tussen alle deelnemers aanmoedigen...

... zonder enige hiërarchie in de interacties

Concrete en pragmatische voorstellen van alle kanten...

...zoveel dat deze gekanaliseerd moesten worden

Na afloop van de sessies werd constructieve feedback om de uitwisselingen aan te vullen





## 5. Finale aanbevelingen



# 5. Finale aanbevelingen

## 5.1 Inleiding

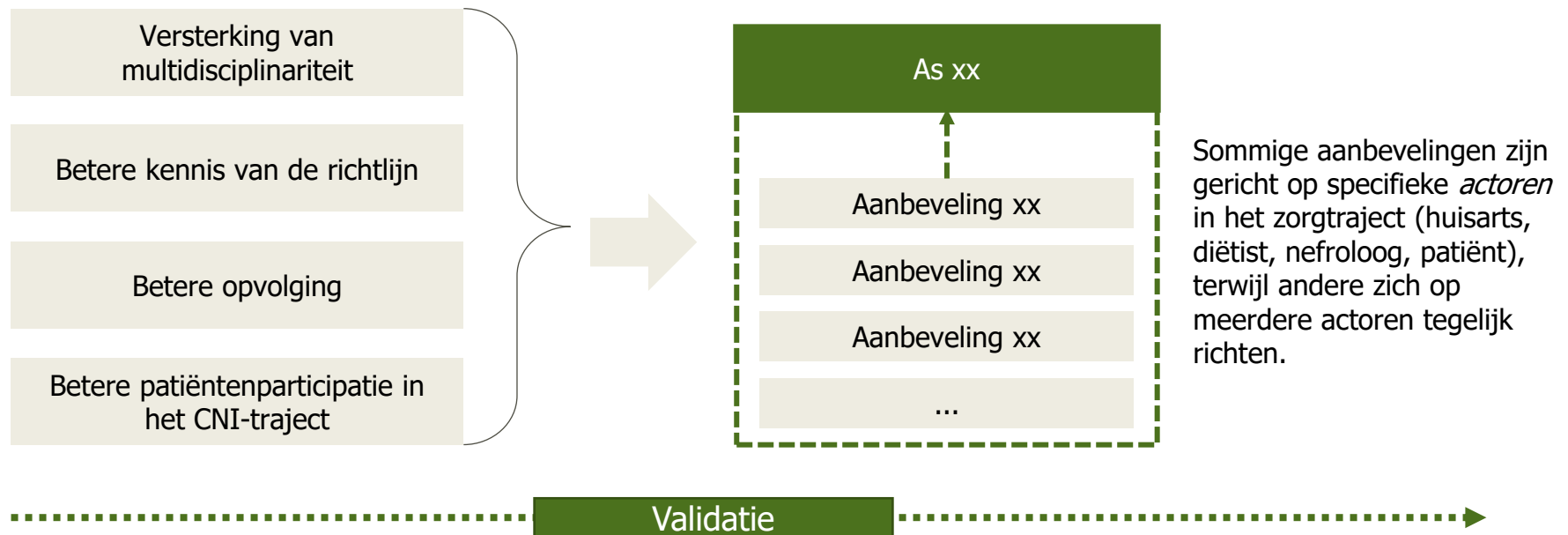
## 5. Finale aanbevelingen

### 5.1 Inleiding

De aanbevelingen waren gestructureerd volgens de belangrijkste verbeterelden die voorafgaand aan de multidisciplinaire sessie waren vastgesteld

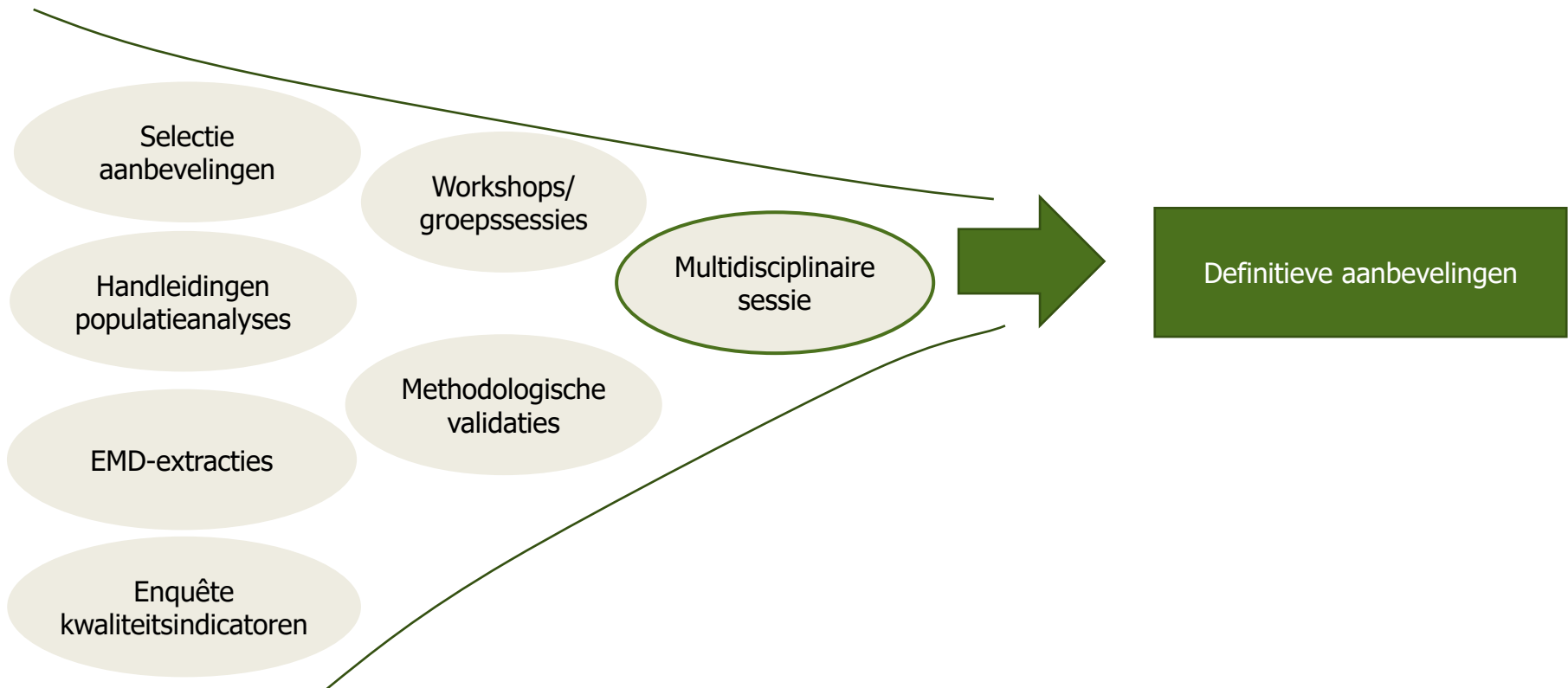
Discussies over verbeterpunten tijdens multidisciplinaire sessies...

..... hebben geleid tot het formuleren van aanbevelingen. Deze werden vervolgens gegroepeerd in **ontwikkelingsassen**



Deze aanbevelingen zijn niet alleen het resultaat van de multidisciplinaire sessie, maar van al het werk dat hieraan voorafging

Een synthese van 22 maanden werk



Een werk dat op verschillende momenten en door verschillende experts werd gevalideerd

Een feedbackproces met...

Een validatie van de **inhoud van** de aanbevelingen

Een **beoordeling van** de aanbevelingen in termen van hun impact op het zorgtraject

Een validatie van de **methodologie** voor de structurering van de aanbevelingen

Aanbevelingen gevalideerd qua inhoud en structuur voor het eindrapport

## 5. Finale aanbevelingen

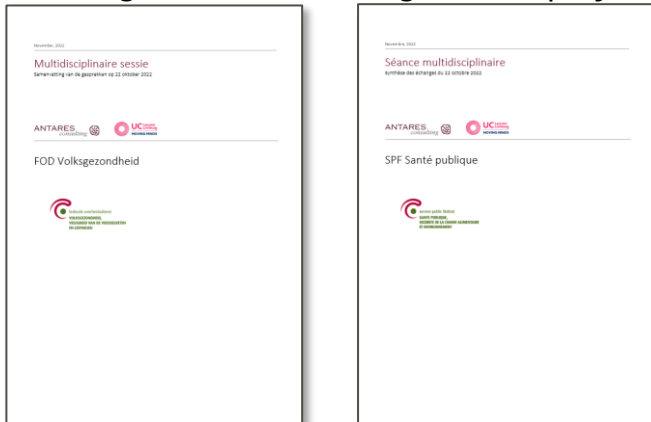
### 5.1 Inleiding

# Een validatie van de inhoud van de aanbevelingen

## Validatie door...

### Deelnemers aan de multidisciplinaire sessies

Aan alle deelnemers werd een uitgebreid verslag van de sessies gestuurd, met een overzicht van alle vastgestelde aanbevelingen waarop zij feedback konden geven.



### De expertengroep

De PV's van de sessies werden ook overgemaakt aan de experts die dit project hebben ondersteund:

#### Nefrologen

Dr. Jean Marc Desmet

Dr. Thomas Baudoux

Dr. Jean-Marie Billiouw

Prof. Dr. Jean-Michel Hougardy

#### Diëtist

Dhr. Martijn Maes

Prof. Dr. Gijs Van Pottelbergh

Methodologie en auteur GPC

# Een beoordeling van de aanbevelingen in termen van hun impact op het zorgtraject

Validatie door...

## De expertengroep

De aanbevelingen werden ook opgenomen in een **online vragenlijst**, met als doel een score op 10 toe te kennen op basis van de geschatte impact van elke aanbeveling op het CNI-zorgtraject. Deze vragenlijst werd enkel naar de experts gestuurd, als aanvulling op het PV.

31. **Actie 30** : Opzetten van een gecentraliseerde informatiebron met een lijst van beschikbare nierdiëtisten per regio. Dit vereist een dimensionering van de professionals (aantal, geografische spreiding). Of verdere uitbreiding/verspreiding van bestaande platforms (bv. "De sociale kaart" in Vlaanderen).

Impact

Opmerkingen:

15. **Action 14** : Création d'un groupe de travail qui entame une mission d'harmonisation avec les principaux fournisseurs des logiciels DMI en Belgique pour permettre un codage et une extraction facile des données nécessaires, ainsi que l'option de partage avec les autres acteurs dans le trajet de soins.

Impact sur le trajet IRC 5

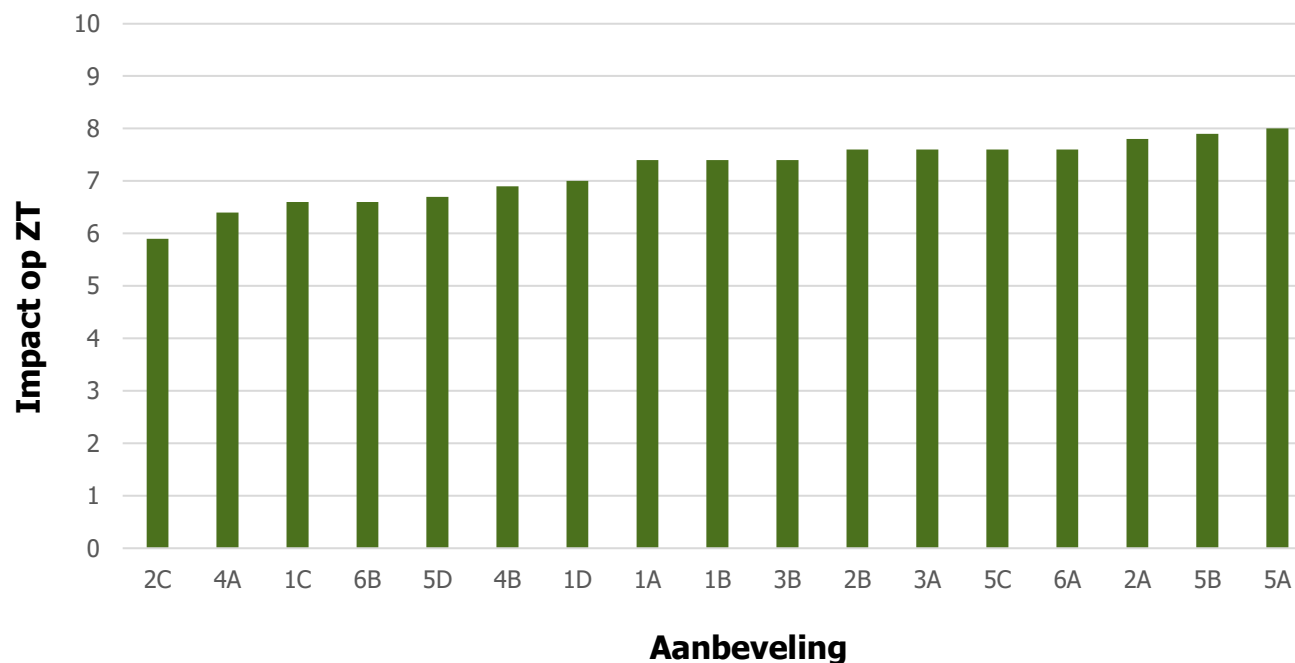
Remarques:

## Een beoordeling van de aanbevelingen in termen van hun impact op het zorgtraject

Validatie door...

### De expertengroep

Dit resulteerde in een classificatie van de aanbevelingen volgens de impact die ze zouden hebben op het CNI-zorgtraject:





## Een validatie van de methodologie voor de structurering van de aanbevelingen

Validatie door...

### EBPracticenet

Een methodologische validatie werd gegeven, namelijk :

- Voor de animatie van de multidisciplinaire sessie en de structuur van het gebruikte materiaal;
- Voor de structuur van de aanbevelingen voor het eindverslag (groepering en presentatie).



Dit validatieproces leidde uiteindelijk tot...



# Voorgestelde operationalisering en fasering

Naast de aanbevelingen hebben de Lot 1- en Lot 2-teams voorstellen uitgewerkt voor de operationalisering van ieder van hen. Deze hebben tot doel de aanbevelingen te concretiseren door een uitvoering voor te stellen en de actor(en) die daarvoor verantwoordelijk zou(den) kunnen zijn.

Verder werd ook een voorstel geformuleerd om de uitvoering van de verschillende aanbevelingen in het kader van de operationalisering volgens een tijdschema te organiseren. Dit zou het mogelijk maken een onderscheid te maken tussen de aanbevelingen :

- Volgens hun temporaliteit:
  - Gefaseerde aanbevelingen: dit zijn aanbevelingen waarvoor het merendeel van de te ondernemen acties bestaat uit projecten met een begin- en einddatum.
  - Aanbevelingen waarvoor het merendeel van de te ondernemen acties permanent of recurrent zijn, bijvoorbeeld de organisatie van regelmatige bijscholingscursussen, of de aanpassing van de eigen praktijk.
- Volgens hun thema :
  - Aanbevelingen die betrekking hebben op de toegankelijkheid en aantrekkelijkheid van het CNI-zorgtraject, alsook op de zorgmodaliteiten.
  - Aanbevelingen met betrekking tot de vorming van professionals.
  - Aanbevelingen met betrekking tot digitale technologie, patiënten- en ziekteopvolging en het delen van informatie.

# 5. Finale aanbevelingen

## 5.2 Aanbevelingen

# Een overzicht van de aanbevelingen

As	N°	Aanbeveling
<b>AS 1:</b> Versterken van de kennis van professionals over de aanbevelingen en de behandeling van CNI in brede zin	1A	Herziening van de universitaire opleiding in nefrologie voor huisartsen.
	1B	Versterking van de permanente vorming van huisartsen over klinische praktijkrichtlijnen en de behandeling van CNI in brede zin.
	1C	Bevordering van permanente vorming van eerstelijnsdiëtisten op het gebied van nefrologie.
	1D	Bevordering van permanente vorming voor nefrologen.
<b>AS 2:</b> Communicatie en informatie-uitwisseling versterken	2A	Versterking van informatie-uitwisseling tussen professionals na een consult.
	2B	Bijwerking van de website voor het CNI-zorgtraject.
	2C	Bevordering van de kennis van diëtetiek bij andere professionals.
<b>AS 3:</b> Zorgen voor betere opvolging van CNI	3A	Meer systematische opvolging van de nierfunctie.
	3B	Meer preventieve doorverwijzing naar de diëtist.
	3C	Verplichting van een dieetconsult als onderdeel van het zorgtraject.
<b>AS 4:</b> De toegankelijkheid en aantrekkelijkheid van het zorgtraject voor patiënten en professionals versterken	4A	Innovatie van de zorgmodaliteiten voor de nefroloog.
	4B	Versterking van de toegankelijkheid en financiële aantrekkelijkheid van diëtetiek in het CNI zorgtraject.
	4C	Vereenvoudiging van de administratie van het zorgtraject.
<b>AS 5:</b> De patiënt meer zeggenschap geven in zijn of haar zorgtraject	5A	Systematisch opstellen van een toekomstplan voor de patiënt.
	5B	Systematisering van de informatie die de huisarts aan de patiënt verstrekt.
	5C	Bewustmaking van patiënten van wat CNI is door het gebruik van informatieve hulpmiddelen.
	5D	Versterking van de activering van de patiënt.
<b>AS 6:</b> Zorgen voor de registratie van patiëntgegevens in het zorgtraject	6A	Definiëring van opvolgingsindicatoren die de huisarts dient bij te houden voor elke patiënt in een CNI-zorgtraject.
	6B	Oprichting van een EMD-software harmonisatieproject om de codering en extractie van CNI-zorgtrajectgegevens te faciliteren.
	6C	Verkenning van (verplichte) registratie van kwaliteitsindicatoren door diëtisten.

**Structuur van een as**

**As 1:** Versterken van de kennis van professionals over de aanbevelingen en de behandeling van CNI in brede zin



Betrokken *stakeholder(s)*: Huisarts Diëtist Nefroloog

Dit eerste ontwikkelingsgebied bestaat uit verschillende aanbevelingen om de kennis van professionals over klinische praktijkrichtlijnen en

Het individuele werk werd geïllustreerd door de huisartsen, wat bij de huisartsen, wat

Voor diëtisten was dit kennis van profession

Het doel van deze as is voor het beheer van CNI.

*Uitleg over de opbouw van de as, de context die deze rechtvaardigt en het beoogde einddoel*

- Aanbeveling 1A:** Herziening van de universitaire opleiding in nefrologie voor huisartsen.
- Aanbeveling 1B:** Versterking van de kennis van professionals over de praktijkrichtlijnen en de behandeling van CNI in brede zin.
- Aanbeveling 1C:** Bevordering van kennis van professionals over de praktijkrichtlijnen in het gebied van nefrologie.
- Aanbeveling 1D:** Bevordering van kennis van professionals over de praktijkrichtlijnen in het gebied van nefrologie.

*De aanbevelingen gegroepeerd in de as*

**As 1:** Versterken van de kennis van professionals over de aanbevelingen en de behandeling van CNI in brede zin

*Betrokken stakeholder (of overkoepelende aanbeveling)*

Huisarts

**Aanbeveling 1B:** Versterk de permanente klinische praktijkrichtlijnen en het beheer van CNI in de breedste zin van het woord.

*Titel van de aanbeveling*

**Context:** Naast de herziening van de universitaire cursussen wordt de voortgezette opleiding over nefrologie en specifiek over CNI als onderontwikkeld beschouwd en en ziekten. Het is echter een belangrijke hefboom om de kennis

*Factoren die de aanbeveling rechtvaardigen*

**Beschrijving:** Implementatie van (mogelijk verplichte) permanente educatie over klinische praktijkrichtlijnen en management van CNI in de breedste zin van het woord. De opleiding zou niet noodzakelijk alle richtlijnen behandelen en controles. De opleiding zou niet kan worden aangeboden als stimulerend en nodig te houden. Accreditatie (online) (afhankelijke disciplines aanwezig zijn) zou een nog grotere impact kunnen hebben.

*Te ondernemen actie(s)*

**Voorbeeld:** Opleiding over laboratoriumkennis (ureum, ijzer, elektrolyten, ...), multidisciplinaire aanpak en het belang van voeding bij CNI.

**Verwacht resultaat:** De ontwikkeling van een eenvoudige "toolkit" met een duidelijke rol in het beheer van CNI zijn/haar

*Hoe de aanbeveling het beheer van CNI zou beïnvloeden*

**Verwachte impactscore:** 7,4

**Controle-indicator(en):**

- Aantal ingeschrevenen voor opleidingen
- Responstabiliteit *Indien van toepassing, indicator(en) om de aanbeveling te beoordelen*

**Betrokken stakeholder:** Welke aanbevelingen/indicatoren zouden worden beïnvloed (zie bijlage 1 en 2 voor nummering)

R50

# **As 1:** Versterken van de kennis van professionals over de aanbevelingen en de behandeling van CNI in brede zin

Betrokken *stakeholder(s)* :

Huisarts

Diëtist

Nefroloog

Dit eerste gebied bestaat uit verschillende aanbevelingen om de kennis van professionals over klinische praktijkrichtlijnen en het beheer van CNI in het algemeen te verbeteren.

De afzonderlijke werkzaamheden van de Loten brachten een zeker gebrek aan kennis van de aanbevelingen aan het licht, vooral bij de huisartsen, wat werd geïllustreerd door het implementatieniveau van sommige aanbevelingen dat tijdens de workshops werd vastgesteld. Voor diëtisten was dit minder uitgesproken. De aanbevelingen ter verbetering van de kennis van professionals hebben dan ook vooral betrekking op de eerste groep.

Het doel van deze as is de kennis in de nefrologie te versterken die relevant is voor het beheer van CNI.

**Aanbeveling 1A:** Herziening van de universitaire opleiding in nefrologie voor huisartsen.

**Aanbeveling 1B:** Versterking van de permanente vorming van huisartsen over klinische praktijkrichtlijnen en de behandeling van CNI in brede zin.

**Aanbeveling 1C:** Bevordering van permanente vorming van eerstelijnsdiëtisten op het gebied van nefrologie.

**Aanbeveling 1D:** Bevordering van permanente vorming voor nefrologen.

## **As 1:** Versterken van de kennis van professionals over de aanbevelingen en de behandeling van CNI in brede zin

Huisarts

**Aanbeveling 1A:** Herziening van de universitaire opleiding in nefrologie voor huisartsen.

**Achtergrond:** Enerzijds wordt de academische opleiding in nefrologie voor de huisartsenpraktijk momenteel beschouwd als relatief beperkt in uren, en anderzijds als (te) gedetailleerd. Dit kan het ongewenste effect hebben dat de basiskennis die nodig is voor een effectief beheer van CNI wordt overschaduwd.

**Beschrijving:** Een herziening overwegen van het academisch curriculum nefrologie voor huisartsen. Het doel zou zijn om over te stappen op een opleiding die meer gericht is op het verwerven van basiskennis, gedefinieerd in termen van de rol die huisartsen moeten vervullen in het beheer van CNI (en andere nieraandoeningen). Het is ook belangrijk de multidisciplinaire aanpak en het belang van voeding bij CNI hierbij te benadrukken.

**Verwacht resultaat:** Een vereenvoudiging/demystificatie van nefrologie voor huisartsen die een meer kwalitatieve en pragmatische behandeling van CNI mogelijk maakt binnen de gedefinieerde reikwijdte van hun verantwoordelijkheden.

**Verwachte impact op het zorgtraject :** 7,4

**Betrokken richtlijn(en):** R<sub>7</sub>, R<sub>8</sub>, R<sub>9</sub>, R<sub>36</sub>, R<sub>43</sub>, R<sub>45</sub>, R<sub>47</sub>, R<sub>50</sub>, R<sub>60</sub>

**Betrokken indicator(en):** I<sub>15</sub>

**Controle-indicator(en):** n.v.t.



## **As 1:** Versterken van de kennis van professionals over de aanbevelingen en de behandeling van CNI in brede zin

Huisarts

**Aanbeveling 1B:** Versterking van de permanente vorming van huisartsen over klinische praktijkrichtlijnen en de behandeling van CNI in brede zin.

**Achtergrond:** Naast de herziening van de universitaire opleiding wordt de voortgezette opleiding over nefrologie en specifiek over CNI als onderontwikkeld beschouwd in vergelijking met andere specialismen en ziekten. Het is echter een belangrijke hefboom om de kennis te verbeteren.

**Beschrijving:** Opzetten van (mogelijk verplichte) permanente vormingen over klinische praktijkrichtlijnen en beheer van CNI in de breedste zin van het woord, met inbegrip van kenniscontroles. De opleiding zou niet noodzakelijk alle richtlijnen behandelen, maar eerder een selectie. (Online) accreditatie kan worden aangeboden als stimulans. Multidisciplinaire opleiding (waarbij verschillende disciplines aanwezig zijn) zou een nog grotere impact kunnen hebben.

**Voorbeeld:** Opleiding over laboratoriumkennis (ureum, ijzer, elektrolyten, ...), multidisciplinaire aanpak en het belang van voeding bij CNI.

**Verwacht resultaat:** De ontwikkeling van een eenvoudige "toolkit" met de kennis die de huisarts nodig heeft om zijn/haar rol in het CNI-zorgtraject te vervullen.

**Verwachte impact op het zorgtraject :** 7,4

**Controle-indicator(en) :**

- Aantal ingeschrevenen voor opleidingen
- Resultaten van kenniscontroles

**Betrokken richtlijn(en):** R<sub>7</sub>, R<sub>8</sub>, R<sub>9</sub>, R<sub>36</sub>, R<sub>43</sub>, R<sub>45</sub>, R<sub>47</sub>, R<sub>50</sub>, R<sub>60</sub>

**Betrokken indicator(en):** I<sub>3</sub>

# **As 1:** Versterken van de kennis van professionals over de aanbevelingen en de behandeling van CNI in brede zin

Diëtist

**Aanbeveling 1C:** Bevordering van permanente vorming van eerstelijnsdiëtisten op het gebied van nefrologie.

**Achtergrond:** Hoewel het probleem van de kennis van aanbevelingen minder uitgesproken is dan bij huisartsen, is bij diëtisten nog steeds een gebrek aan permanente educatie op het gebied van nefrologie vastgesteld. Tijdens de groepsreflectiesessies met eerstelijnsdiëtisten werd duidelijk dat zij de dieetbehandeling van CNI als erg complex percipiëren. Eerstelijnsdiëtisten voelen zich onzeker om CNI patiënten te begeleiden. Aangezien er jaarlijks maar een beperkt aantal patiënten een eerstelijnsdiëtist consulteert, kunnen ze weinig praktijkervaring opdoen. Bovendien zijn ze door dit beperkte patiëntenaantal minder gemotiveerd om zich bij te scholen en CNI patiënten te begeleiden in hun praktijk.

**Beschrijving:** Ontwikkelen van initiatieven ter bevordering van permanente vorming voor diëtisten op het gebied van nefrologie. Het instellen van een stimulans, bijvoorbeeld door (verplichte) accreditatie, wordt aanbevolen. Multidisciplinaire opleidingen (waarbij verschillende disciplines aanwezig zijn) zouden een nog grotere impact kunnen hebben. De mate van vorming kan variëren van het volgen van een e-learning over de dieetrichtlijn CNI, een navorming of een diepgaande specialisatie door het postgraduaat Nefrologische Diëtetiek te volgen. Op dit moment is het postgraduaat nog sterk gericht op de tweedelijns. De diëtisten die eraan deelnemen, hebben ook de intentie om CNI patiënten in een ziekenhuissetting te begeleiden (mede omdat er in de eerste lijn weinig patiënten bij de diëtist terechtkomen).

## **As 1:** Versterken van de kennis van professionals over de aanbevelingen en de behandeling van CNI in brede zin

Diëtist

**Aanbeveling 1C:** Bevordering van permanente vorming van eerstelijnsdiëtisten op het gebied van nefrologie.

**Verwacht resultaat:** Een toename van eerstelijnsdiëtisten die vertrouwd zijn met de behandeling van CNI-patiënten.

**Verwachte impact op het zorgtraject :** 6,6

**Betrokken richtlijn(en):**  
n.v.t.

**Betrokken indicator(en):**  
Alle.

**Controle-indicator(en) :**

- Aantal ingeschrevenen voor opleidingen
- Aantal diëtisten die patiënten met CNI begeleiden

## **As 1:** Versterken van de kennis van professionals over de aanbevelingen en de behandeling van CNI in brede zin

Nefroloog

**Aanbeveling 1D:** Bevordering van permanente vorming voor nefrologen.

**Achtergrond:** Voor nefrologen is het bijzonder belangrijk om zich te richten op dieetkennis enerzijds en managementmodaliteiten anderzijds om een betere multidisciplinaire behandeling van de CNI-patiënt te garanderen.

**Beschrijving:** De organisatie en bevordering van permanente vorming, met de nadruk op de volgende elementen

- Kennis van nefrologen over de invloed van voeding op de toestand van de patiënt.
- Therapeutische vorming met focus op transitie van zorg.

**Verwacht resultaat:** Versterkte multidisciplinariteit in het CNI-zorgtraject.

**Verwachte impact op het zorgtraject :** 7,0

**Betrokken richtlijn(en):**  
n.v.t.

**Betrokken indicator(en):**  
n.v.t.

**Controle-indicator(en) :**

- Aantal ingeschrevenen voor opleidingen

# **As 1:** Versterken van de kennis van professionals over de aanbevelingen en de behandeling van CNI in brede zin

## Voorstel voor operationalisering

### **1A** : *Herziening van de universitaire opleiding in nefrologie voor huisartsen.*

Universiteiten/interuniversitaire organen

1. Uitvoering van een interuniversitair project voor de herziening van de cursus nefrologie in de huisartsenopleiding. Dit kan worden georganiseerd via de permanente opleidingscomités die verantwoordelijk zijn voor de huisartsopleiding in de verschillende universiteiten, met het oog op een gecoördineerde aanpak.

### **1B** : *Versterking van de permanente vorming van huisartsen over klinische praktijkrichtlijnen en de behandeling van CNI in brede zin.*

Artsenverenigingen

1. Organisatie van bijscholing voor huisartsen over het beheer van CNI. Als stimulans zou deze opleiding geaccrediteerd kunnen worden. In deze cursussen zouden de aanbevelingen worden toegelicht om een kennisbasis te garanderen die pragmatisme in het beheer bevordert.

*Een voorbeeld dat tijdens de multidisciplinaire sessie naar voren kwam, was de mogelijke ontwikkeling van een opleidingscursus "10 dingen die je moet weten om een nefroloog het zwijgen op te leggen". Ontwikkeld door nefrologen en gericht op de huisarts, zou dit een toolkit bieden met essentiële informatie voor de behandeling van patiënten met CNI.*

## **As 1:** Versterken van de kennis van professionals over de aanbevelingen en de behandeling van CNI in brede zin

### Voorstel voor operationalisering

**1B** : *Versterking van de permanente vorming van huisartsen over klinische praktijkrichtlijnen en de behandeling van CNI in brede zin.*

Huisartsen & diëtisten

2. Jaarlijks een gezamenlijke opleiding over CNI organiseren voor huisartsen én diëtisten.

*KU Leuven en UCLL zijn bereid om samen een train-the-trainer te ontwikkelen die nadien verspreid kan worden in België.*

Doordat huisartsen en diëtisten elkaar(s rol) leren kennen tijdens deze opleidingen, faciliteert deze actie **aanbeveling 2C** 'Bevordering van de kennis van diëtetiek bij andere professionals'.

## **As 1:** Versterken van de kennis van professionals over de aanbevelingen en de behandeling van CNI in brede zin

### Voorstel voor operationalisering

**1C** : *Bevordering van permanente vorming van eerstelijnsdiëtisten op het gebied van nefrologie.*

FOD Volksgezondheid/RIZIV

1. Een Evidence Linker (zoals reeds aanwezig in het softwarepakket van huisartsen) beschikbaar stellen voor diëtisten.

*Hierover is reeds een pilootproject goedgekeurd dat wordt opgenomen door CEBAM en waar diëtisten in participeren.*

2. Accreditatie voor diëtisten invoeren als stimulans om zich permanent te vormen.

In het verleden is er een conceptnota 'accreditatie' uitgewerkt door VBVD en *Les Diététicien·ne's*.

Les Diététicien·ne's

3. De e-learning ter beschikking stellen in het Frans

## **As 1:** Versterken van de kennis van professionals over de aanbevelingen en de behandeling van CNI in brede zin

### Voorstel voor operationalisering

**1C** : *Bevordering van permanente vorming van eerstelijnsdiëtisten op het gebied van nefrologie.*

#### VBVD & Les Diététicien\*ne\*s

4. De dieetrichtlijn en e-learning (en toekomstige navormingen rond CNI) bekend maken door deze op te nemen in het vast vormingsaanbod.

*De VBVD heeft deze actie reeds bevestigd.*

5. Een concreet overzicht voorstellen over hoe accreditatie voor diëtisten kan uitgewerkt en geïmplementeerd worden.

#### Diëtisten & huisartsen

6. Jaarlijks een gezamenlijke opleiding over CNI organiseren voor diëtisten én huisartsen.

*UCLL en KU Leuven zijn bereid om samen een train-the-trainer te ontwikkelen die nadien verspreid kan worden in België.*

Doordat diëtisten en huisartsen elkaar(s) leren kennen tijdens deze opleidingen, faciliteert deze actie **aanbeveling 2C** 'Bevordering van de kennis van diëtetiek bij andere professionals'.



## **As 1:** Versterken van de kennis van professionals over de aanbevelingen en de behandeling van CNI in brede zin

### Voorstel voor operationalisering

#### **1C** : *Bevordering van permanente vorming van eerstelijnsdiëtisten op het gebied van nefrologie.*

##### Hogeschoolopleidingen Voedings- en dieetkunde

7. Herziening van casussen over CNI in opleidingen Voedings- en dieetkunde zodat deze voldoende eerstelijnsgericht zijn, om diëtisten hier warm voor te maken.
8. Studenten en alumni verder stimuleren tot Levenslang Leren (onder de vorm van navormingen, artikels, e-learnings, postgraduatoren, ...). Hiervoor is het belangrijk een aanbod te voorzien in stappen. Naast de basisopleiding voorzien in laagdrempelige e-learning (beschikbaar), permanente navorming (te ontwikkelen) tot een postgraduaat (beschikbaar).

##### Coördinator postgraduaat Nefrologische Diëtetiek

9. Het postgraduaat hervormen zodat het meer eerstelijnsgericht is.

# **As 1:** Versterken van de kennis van professionals over de aanbevelingen en de behandeling van CNI in brede zin

## Voorstel voor operationalisering

### **1D** : *Bevordering van permanente vorming voor nefrologen.*

#### VBVD & Les Diététicien·ne·s

1. Organisatie van evenementen voor het delen van kennis over de invloed van voeding op de toestand van de CNI-patiënt.

#### Verenigingen van nefrologen

2. In het kader van de verbetering van de multidisciplinariteit, organisatie van opleidingen over de transitie van zorg. Deze opleidingen zouden vooral gericht zijn op de informatie die in het CNI-zorgtraject aan andere professionals en aan de patiënt wordt verstrekt.
3. Organisatie van opleidingen over innovatieve behandelmethoden voor patiënten door de nefroloog (videoconsulten en "gratis telefoonnummer").
4. Promotie van bovengenoemde opleidingen en evenementen door beroepsverenigingen:
  - De Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie (NBVN)
  - De Groep van Franstalige Nefrologen van België (GNFB)
  - De Belgische Vereniging voor Nefrologie (SBN-BVN)

De cursussen voor de transitie van zorg zouden elementen bevatten die in **aanbeveling 2A** worden genoemd, zoals het verbeteren van de inhoud van de post-consultatie brief van de nefroloog aan de huisarts. Het zou ook trainingen omvatten over het schrijven van een toekomstplan voor de patiënt (**aanbeveling 5A**). Daarnaast heeft de training over innovatie in de aanpak van nefrologen betrekking op **aanbeveling 4A**.

## As 2: Communicatie en informatie-uitwisseling versterken

Betrokken *stakeholder(s)* :

Huisarts

Diëtist

Nefroloog

Patiënt

Voor een kwalitatieve follow-up van patiënten in hun zorgtraject is een goede coördinatie tussen de betrokken actoren van cruciaal belang. Tijdige en systematische communicatie en beschikbaarheid van informatie zijn daarbij van groot belang.

In dit verband werden enkele lacunes vastgesteld tussen huisartsen, nefrologen en diëtisten tijdens de multidisciplinaire sessies, en daarom werden aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot de communicatie van informatie over de huidige status van de patiënt en diens verwachte evolutie, alsook over de acties die door de zorgverleners zijn ondernomen en hun verwachtingen ten aanzien van elkaar (wat is al gedaan, wat moet nog worden gedaan en door wie). Daarnaast werd het noodzakelijk geacht een centrale informatiebron op te stellen die toegankelijk is voor alle belanghebbenden.

Deze as en de aanbevelingen spelen een belangrijke rol bij het verbeteren van de opvolging van patiënten en de multidisciplinariteit in het CNI-zorgtraject.

**Aanbeveling 2A**: Versterking van informatie-uitwisseling tussen professionals na een consult.

**Aanbeveling 2B**: Bijwerking van de website voor het CNI-zorgtraject.

**Aanbeveling 2C**: Bevordering van de kennis van diëtetiek bij andere professionals.

## As 2: Communicatie en informatie-uitwisseling versterken

Overkoepelend

**Aanbeveling 2A**: Versterking van informatie-uitwisseling tussen professionals na een consult (1/2).

**Achtergrond**: Informatie na een consult en de toegankelijkheid ervan spelen een belangrijke rol voor professionals. Het stelt hen in staat om de huidige status van de patiënt, zijn behandelingsgeschiedenis en eventuele resterende hiaten in de zorg te kennen.

**Beschrijving**: Deze overkoepelende aanbeveling bevat verschillende richtlijnen voor het delen van informatie na het consult tussen huisarts, nefroloog en diëtist, namelijk:

- Ontwikkelen van modelbrieven voor verwijzingen naar de nefroloog en diëtist voor het CNI-zorgtraject, zodat deze duidelijke richtlijnen bevatten voor elk. Op dit moment bevat de verwijfsbrief onvoldoende gegevens voor de diëtist om de patiënt op een goede manier te begeleiden. Er moet duidelijk vermeld worden welk dieet (en aandachtspunten) de patiënt dient te volgen. Een concreet voorstel voor de inhoud van de doorverwijsbrief naar de diëtist is terug te vinden in bijlage 10.
- Voor de nefroloog: de post-consult briefinhoud aan de huisarts verbeteren. De verwachtingen van de huisarts (instructie/beheerplan) werden genoemd als belangrijke elementen waarmee rekening moet worden gehouden. Dit helpt om de ondernomen acties van de nefroloog en de resterende taken van de huisarts te verduidelijken.
- De huisarts moet de opvolging van de raadpleging systematisch toegankelijk maken voor de nefroloog (op gestructureerde of ongestructureerde wijze, bv. SUMEHR).

**As 2:** Communicatie en informatie-uitwisseling versterken

Overkoepelend

**Aanbeveling 2A:** Versterking van informatie-uitwisseling tussen professionals na een consult (2/2).

**Achtergrond:** Informatie na een consult en de toegankelijkheid ervan spelen een belangrijke rol voor professionals. Het stelt hen in staat om de huidige status van de patiënt, zijn behandelingsgeschiedenis en eventuele resterende hiaten in de zorg te kennen.

**Beschrijving:** Deze overkoepelende aanbeveling bevat verschillende richtlijnen voor het delen van informatie na het consult tussen huisarts, nefroloog en diëtist, namelijk:

- De diëtist schrijft ook een verslag na het consult aan de huisarts en de nefroloog. Het is belangrijk om de prioriteiten van een dergelijk verslag vooraf af te stemmen.

Het is belangrijk om te vermelden dat het in de praktijk niet steeds mogelijk is voor diëtisten om het rapport te bezorgen aan de nefroloog, omdat hun software om verslagen te sturen niet altijd werkt naar ziekenhuizen toe. Ook zijn er hindernissen bij de verslaggeving naar de huisarts. Er zijn verschillende softwareprogramma's beschikbaar voor verslaggeving, waardoor niet iedereen hetzelfde programma gebruikt. Verder zijn er een aantal softwareprogramma's voor diëtisten beschikbaar als patiëntdossier. Echter zijn deze softwareprogramma's duur waardoor diëtisten deze vaak niet kunnen aanschaffen (zeker diëtisten in bijberoep).

**Verwacht resultaat:** Een betere overgang van zorg voor de patiënt waarbij inefficiënties zoals vergissingen en dubbel werk worden vermeden.

**Verwachte impact op het zorgtraject :**

7,8

**Controle-indicator(en) :**

- Gebruik of niet-gebruik van modelbrieven
- Inhoud van de gedeelde informatie (sample)

**Betrokken richtlijn(en):** R<sub>7</sub>, R<sub>8</sub>, R<sub>9</sub>, R<sub>42</sub>, R<sub>43</sub>, R<sub>45</sub>, R<sub>47</sub>, R<sub>50</sub>, R<sub>60</sub>

**Betrokken indicator(en):** I<sub>2</sub>, I<sub>3</sub>

**As 2:** Communicatie en informatie-uitwisseling versterken

Overkoepelend

**Aanbeveling 2B:** Bijwerking van de website voor het CNI-zorgtraject.

**Context:** Het delen en de toegankelijkheid van informatie wordt geoptimaliseerd door verregaande centralisatie. Hoewel er initiatieven zijn genomen in het kader van zorgtrajecten (huidige ZT Diabetes & CNI website), wordt aanbevolen het bestaande te actualiseren en te verrijken.

**Beschrijving:** Het opzetten van een website gewijd aan het CNI-zorgtraject, gericht op alle betrokken actoren, d.w.z. de huisarts, de nefroloog, de diëtist, de patiënt maar ook verpleegkundigen en apothekers. De website bevat de nodige informatie voor elke stakeholder, waarbij hun rol en hun relatie met de andere actoren wordt verduidelijkt. Bovendien worden hulpmiddelen die in andere aanbevelingen worden genoemd (bv. verwijsbrief), hier ook beschikbaar gesteld. De nadruk moet hier liggen op eenvoud en gebruiksgemak. De site zal ook een digitaal platform/link naar een bestaand platform bevatten, bijvoorbeeld voor het delen van informatie tussen professionals.

**Verwacht resultaat:** Grotere toegankelijkheid van noodzakelijke informatie voor alle stakeholders in het zorgtraject.

**Verwachte impact op het zorgtraject :**

7,6

**Controle-indicator(en):** n.v.t.

**Betrokken richtlijn(en):**  
Alle.

**Betrokken indicator(en):**  
Alle.

**As 2:** Communicatie en informatie-uitwisseling versterken

Overkoepelend

**Aanbeveling 2C:** Bevordering van de kennis van diëtetiek bij andere professionals.

**Achtergrond:** In zowel de groepsreflectiesessies met diëtisten als de multidisciplinaire sessie kwam naar voor dat patiënten door de huisarts onvoldoende worden doorverwezen naar een diëtist. Diëtisten werken op doorverwijzing van de huisarts (KB 1997). Zonder doorverwijzing komen CNI patiënten dus niet terecht bij een diëtist. In beide loten werd echter vastgesteld dat huisartsen en nefrologen over onvoldoende kennis beschikken over de rol van diëtisten bij het begeleiden van CNI patiënten, noch van diëtisten in hun buurt die CNI patiënten behandelen.

**Beschrijving:** De diëtist moet zichzelf en zijn/haar kennis van CNI proactief kenbaar maken aan zijn/haar huisarts en nefroloog.

- Een toename van het aantal contactmomenten tussen diëtisten en artsen wordt in dit verband aanbevolen (bijv. diëtisten uitnodigen om te spreken op LOKs).
- Oprichting van een gecentraliseerde en regelmatig bijgewerkte informatiebron met een lijst van beschikbare diëtisten die nierpatiënten per regio behandelen. De Vlaamse "Sociale Kaart" voldoet aan deze definitie, op voorwaarde dat de zoekfunctie voor specialisaties wordt verbeterd. Daarbij is het noodzakelijk dat diëtisten hun specialisaties duidelijk aangeven in het platform.

**Verwacht resultaat:** De diëtist is een gelijkwaardige partner in het zorgtraject.

**Verwachte impact op het zorgtraject :**

5,9

**Controle-indicator(en) :**

- Aantal verwijzingen van CNI-patiënten naar een diëtist.

**Betrokken richtlijn(en):**R<sub>60</sub>**Betrokken indicator(en):**

Alle.

## As 2: Communicatie en informatie-uitwisseling versterken

### Voorstel voor operationalisering

#### 2A : Versterking van informatie-uitwisseling tussen professionals na een consult.

VBVD, Les Diététiciennes, Domus Medica & SSMG

1. Modelbrieven ontwikkelen voor doorverwijzing naar diëtisten zodat deze duidelijke adviezen en alle nodige informatie voor het begeleiden van de patiënt bevatten.

*Een digitale vorm van deze verwijsbrief is wenselijk.*

*Een voorstel voor de inhoud van de verwijsbrief naar de diëtist is terug te vinden in het uitgebreide eindrapport van dit project. Deze modelbrief bevat de noden van de diëtist, maar is nog niet afgetoetst met een representatief aantal huisartsen.*

RIZIV

2. Modelbrieven implementeren door deze toe te voegen in de software van huisartsen (zoals nu al gedaan wordt voor kinesithérapie).

Huisartsen dienen gestimuleerd te worden om aan te vinken in de medische software welke labowaarden mee verstuurd worden naar de diëtist.

*Op dit moment loopt er een project bij het RIZIV m.b.t. de introductie van een digitaal verwijsvoorschrift. Met de diverse beroepsgroepen zal worden nagegaan waar precies de noden liggen. Er zou een template kunnen toegevoegd worden rond CNI.*



## As 2: Communicatie en informatie-uitwisseling versterken

### Voorstel voor operationalisering

#### 2A : Versterking van informatie-uitwisseling tussen professionals na een consult.

##### RIZIV

3. Een tegemoetkoming voorzien voor de software (patiëntdossier) voor diëtisten (zoals reeds gedaan wordt voor huisartsen en kinesisten), zodat diëtisten gestimuleerd worden om een software te gebruiken en systematisch een post-consultatieverslag op te stellen en versturen naar de huisarts en nefroloog. Op deze manier zal de informatie-uitwisseling versterkt worden. Een voorwaarde hierbij is wel dat deze software zorgt voor een vlotte informatie-uitwisseling met huisartsen en ziekenhuizen en dat verslaggeving via e-health in de software is geïntegreerd. Het is belangrijk om de prioriteiten van dit verslag vooraf af te stemmen.

##### Nefrologen- en huisartsenverenigingen

4. Ontwikkeling van richtlijnen en/of een sjabloon voor een post-consultatiebrief van de nefroloog aan de huisarts. Het is belangrijk dat de details van de instructies/het behandelplan goed zijn uitgewerkt.

*Een digitale vorm van een eventuele verwijfsbrief is wenselijk.*

## As 2: Communicatie en informatie-uitwisseling versterken

### Voorstel voor operationalisering

#### 2B : *Bijwerking van de website voor het CNI-zorgtraject.*

##### RIZIV

1. Opstellen en invoeren van een nieuwe website/bijwerken van de huidige website voor het zorgtraject CNI, met inbegrip van een gemeenschappelijk platform voor het delen van informatie. Voorstellen voor integratie/verbetering :
  - De zorgtrajecten CNI en diabetes mellitus type 2 duidelijk van elkaar scheiden (of zelfs aparte websites overwegen).
  - De rollen van verschillende actoren (incl. patiënten) en de relaties tussen hen benadrukken, in de vorm van een begrijpelijk overzichtsplan.
  - Links naar externe databanken (bv. Ebpracticenet).
  - Integratie van een platform voor informatie-uitwisseling tussen professionals + link naar patiëntenplatform (mijngezondheid.be).

##### Beroepsverenigingen, FOD Volksgezondheid

2. Promotie van de nieuwe website en de middelen die deze bevat door :
  - Verenigingen van nefrologen (NBVN, GNFB, SBN-BVN).
  - Verenigingen van huisartsen (Domus Medica, SSMG).
  - Verenigingen van diëtisten (VBVD, Les Diététiciens·ne's).
  - De FOD Volksgezondheid.

## As 2: Communicatie en informatie-uitwisseling versterken

### Voorstel voor operationalisering

#### 2C: *Bevordering van de kennis van diëtetiek bij andere professionals.*

##### Vlaamse overheid

1. De Sociale Kaart gebruiksvriendelijker maken door:

- Een zoekfunctie naar diëtisten die patiënten met CNI begeleiden toe te voegen (bijvoorbeeld via het gebruik van filters voor verschillende pathologieën)
- Zorgverleners in staat te stellen op hun eigen gegevens op de Sociale Kaart op een eenvoudige manier te kunnen aanpassen

##### RIZIV & software-ontwikkelaars

2. De Sociale Kaart integreren in de medische software van huisartsen zodat zij deze eenvoudig kunnen raadplegen. Andere mogelijkheden zijn integratie in de Evidence Linker en de CDLH databank.

##### FOD Volksgezondheid/Vlaamse overheid

3. De Sociale Kaart uitbreiden naar Wallonië.

*In Wallonië is er nog geen gelijkaardig platform aangezien de Sociale Kaart uitgaat van de Vlaamse overheid.*

## As 2: Communicatie en informatie-uitwisseling versterken

### Voorstel voor operationalisering

#### 2C: *Bevordering van de kennis van diëtetiek bij andere professionals.*

##### Eerstelijnszones

4. De Sociale Kaart bekend maken bij eerstelijnsprofessionals. Een mogelijke actie is het organiseren van een infosessie of workshop voor huisartsen en diëtisten om kennis te maken met de Sociale Kaart en met elkaar. Dit is een netwerkmoment waar de zorgverleners andere disciplines uit de buurt kunnen ontmoeten en met elkaar kunnen afstemmen.

##### Eerstelijnsdiëtisten

5. Ervoor zorgen dat de gegevens op de Sociale Kaart up-to-date en volledig (incl. de pathologieën die ze begeleiden) zijn, zodat huisartsen (en andere zorgverleners) hen gemakkelijk kunnen terugvinden.

6. Zichzelf en hun rol binnen CNI proactief bekend maken in de regio.

##### LOK-verantwoordelijken

7. Diëtisten uitnodigen om te spreken op LOK's (of een gezamenlijke LOK-diëtistenkring uitwerken)

## As 2: Communicatie en informatie-uitwisseling versterken

### Voorstel voor operationalisering

2C: *Bevordering van de kennis van diëtetiek bij andere professionals.*

Diëtistenkringen

8. Huisartsen uitnodigen om te spreken op diëtistenkring (of een gezamenlijke LOK-diëtistenkring uitwerken)

Wanneer huisartsen de het belang van de dieetbehandeling bij CNI erkennen en diëtisten in hun buurt kennen, zal **aanbeveling 3B** gefaciliteerd worden.

## As 3: Zorgen voor betere opvolging van CNI

Betrokken *stakeholder(s)* :

Huisarts

Diëtist

Deze as bevat 3 aanbevelingen die gericht zijn op een betere follow-up en verwijzing van CNI-patiënten, door enerzijds de follow-up en de verwijspraktijk van de huisarts en anderzijds de diëtistische raadpleging te versterken.

De follow-up en doorverwijzing van CNI-patiënten zijn voor verbetering vatbaar. Uit de workshops met huisartsen is gebleken dat de follow-up van de nierfunctie, een activiteit die oorspronkelijk aan de huisarts was toegewezen, enigszins tekortschiet en dat de taakverdeling niet altijd duidelijk is (wat is de verantwoordelijkheid van de nefroloog, wat is de verantwoordelijkheid van de huisarts). Bovendien wordt een goede opvolging van het dieet verhinderd door het gebrek aan verwijzing door de huisarts (dit werd afzonderlijk geconcludeerd door Lot 1 en 2).

**Aanbeveling 3A**: Meer systematische opvolging van de nierfunctie.

**Aanbeveling 3B**: Meer preventieve doorverwijzing naar de diëtist.

**Aanbeveling 3C**: Verplichting van een dieetconsult als onderdeel van het zorgtraject.

**As 3:** Zorgen voor betere opvolging van CNI

Huisarts

**Aanbeveling 3A:** Meer systematische opvolging van de nierfunctie.

**Achtergrond:** Tijdens workshops met huisartsen werd duidelijk dat er behoefte was aan verbetering van de opvolging van patiënten met een laag tot matig risico op nierziekte in het eindstadium, zoals vermeld in de klinische praktijkrichtlijnen.

**Beschrijving:** De huisarts controleert consequent de nierfunctie door middel van bloedonderzoek, met de nadruk op patiënten met diabetes mellitus en een familiegeschiedenis van CNI. Naast bloedonderzoek is het in bepaalde gevallen ook noodzakelijk om het urineonderzoek te systematiseren, een taak die nog regelmatig (en ten onrechte) wordt beschouwd als de verantwoordelijkheid van de nefroloog.

**Verwacht resultaat:** Betere follow-up van patiënten door een betere taakverdeling.

**Verwachte impact op het zorgtraject :**

7,6

**Controle-indicator(en):** Volgens de geselecteerde indicatoren die de huisartsen in hun EMD moeten controleren (zie bijlage 1).

**Betrokken richtlijn(en):** R<sub>7</sub>  
, R<sub>8</sub> , R<sub>45</sub> , R<sub>47</sub> , R<sub>50</sub>

**Betrokken indicator(en):**  
n.v.t.

**As 3:** Zorgen voor betere opvolging van CNI

Huisarts

**Aanbeveling 3B:** Meer preventieve doorverwijzing naar de diëtist.

**Achtergrond:** Het is de verantwoordelijkheid van de huisarts om de CNI-patiënt zo nodig door te verwijzen naar een geregistreerde diëtist voor voedingsadvies. In de praktijk gebeurt dit nog veel te weinig en uiteindelijk te laat.

**Beschrijving:** De huisarts verwijst de patiënt systematisch door naar een diëtist, en dit op een meer preventieve manier, d.w.z. ten minste aan het begin van het zorgtraject (komt overeen met stadium 3B), en bij aanpassing van het dieetadvies (bv. bijkomende fosforbeperking). Indien uit de anamnese van de arts blijkt dat de patiënt met beginstadium CNI (bv. stadium 2, nog geen zorgtraject) een ongezond eetpatroon heeft, kan er al vroeger doorverwezen worden naar de diëtist. Het is belangrijk om op tijd door te verwijzen naar een diëtist, omdat een aangepast dieet de achteruitgang van de nierfunctie, alsook de opstapeling van afvalstoffen vertraagd zodat nierfunctievervangende therapie zolang mogelijk uitgesteld/vermeden kan worden (dieetrichtlijn CNI). Bovendien zijn complexe diëten bij CNI in latere stadia moeilijker op te volgen door de patiënt.

**Verwacht resultaat:** Betere naleving van het (complexe) dieet door de patiënt, vertraging van de achteruitgang van de nierfunctie en opstapeling van afvalstoffen, verlaging van het cardiovasculair risico van de patiënt

**Verwachte impact op het zorgtraject :**

7,4

**Betrokken richtlijn(en):**R<sub>60</sub>**Betrokken indicator(en):** I<sub>4</sub>,I<sub>6-15</sub>,**Controle-indicator(en) :**

- Patiënten doorverwezen door de huisarts en bijbehorend stadium (volgens geselecteerde indicatoren op te volgen door de huisarts)



**As 3:** Zorgen voor betere opvolging van CNI

Diëtist

**Aanbeveling 3C:** Verplichting van een dieetconsult bij de opstart van het zorgtraject.**Achtergrond:** Naast het systematiseren van de doorverwijzing door huisartsen naar diëtisten is het ook belangrijk om de positie van een diëtistisch consult zelf in het zorgtraject te versterken.**Beschrijving:** Ondanks dat het zorgtraject zorgt voor een frequenter contact met de diëtist, is het aantal patiënten dat doorverwezen wordt naar een diëtist nog steeds erg laag (Sciensano, 2020). Nochtans wordt het belang van de dieetbehandeling en doorverwijzing naar een diëtist benadrukt in de multidisciplinaire richtlijn en dieetrichtlijn. De eerder beschreven acties zijn mogelijk niet voldoende om een systematische doorverwijzing naar de diëtist te garanderen. Vandaar dat de verplichting van een dieetconsult in het zorgtraject wordt aanbevolen bij de opstart van het zorgtraject.

Op dit moment kan er niet geëvalueerd worden hoeveel patiënten die aangesloten zijn bij het zorgtraject CNI bij een diëtist terechtkomen. Het nomenclatuurnummer van het zorgtraject CNI is immers hetzelfde als dat van het zorgtraject diabetes type 2 (794010).

**Verwacht resultaat:** Systematische dieetopvolging voor elke CNI-patiënt in het zorgtraject.**Verwachte impact op het zorgtraject :**

6,4

**Betrokken richtlijn(en):**  
n.v.t.**Betrokken indicator(en):**  
I<sub>1-4</sub>, I<sub>6-15</sub>,**Controle-indicator(en) :**

- Aantal consulten met een diëtist in het zorgtraject (voorwaarde: apart nomenclatuurnummer voor CNI zorgtraject)

## As 3: Zorgen voor betere opvolging van CNI

### Voorstel voor operationalisering

#### 3A : Meer systematische opvolging van de nierfunctie.

Domus Medica, SSMG, organisatoren van navormingen

1. Organisatie van een opleiding met de nadruk op de controle van de nierfunctie door middel van bloedonderzoek, waarbij ook het belang van urinetests wordt benadrukt.

Deze opleiding kan worden opgenomen in de navormingen die worden voorgesteld voor **aanbeveling 1A**.

#### 3B : Meer preventieve doorverwijzing naar de diëtist.

Domus Medica, SSMG, organisatoren van navormingen

2. Tijdens navormingen aandacht besteden aan de rol van de diëtist bij de tertiaire preventie van CNI.

Een arts kan signalen opvangen omtrent een ongezonde levensstijl en/of risicofactoren via bv. een gezondheidscheck-up (<https://www.gezondheidswetenschap.be/richtlijnen/gezondheidstest-bij-ouderen>) en De Gezondheidsgids van Domus Medica)

De onderzoekers van Lot 2 verwachten dat, als patiënten met CNI meer worden doorverwezen naar een diëtist, er ook meer eerstelijnsdiëtisten zich zullen bijscholen over CNI (**aanbeveling 1C**)

## As 3: Zorgen voor betere opvolging van CNI

### Voorstel voor operationalisering

**3C** : *Verplichting van een diëtist als onderdeel van het zorgtraject.*

RIZIV

1. Consultaties bij de diëtist verplicht maken in de opmaak van het eerste zorgtraject CNI. Dit wordt zowel gecommuniceerd naar de huisarts en de diëtist, zodat beide zorgverleners op de hoogte zijn van het zorgtraject in de eerste plaats en de verplichte wijzigingen.
2. Een apart nomenclatuurnummer aanmaken voor het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie, zodat de impact van deze maatregel opgevolgd kan worden.

*Voor een concrete aanbeveling van het aantal consultaties dat nodig is bij een diëtist, wordt doorverwezen naar **aanbeveling 4C**.*

#### **As 4:** De toegankelijkheid en aantrekkelijkheid van het zorgtraject voor patiënten en professionals versterken

Betrokken *stakeholder(s)* :

Nefroloog

Diëtist

Patiënt

Deze as bevat drie aanbevelingen om enerzijds de aantrekkelijkheid van het CNI-zorgtraject en anderzijds de toegankelijkheid voor patiënten te vergroten.

Een belangrijk punt voor goede zorg voor de CNI-patiënt is voldoende toegankelijkheid en aantrekkelijkheid van het zorgtraject. Tijdens de workshops werd echter duidelijk dat er op dit gebied ruimte is voor verbetering, zowel voor patiënten als voor zorgverleners. Aan de kant van de patiënt moeten inspanningen worden geleverd om de beschikbaarheid van de huisarts/specialist in geval van nood te verbeteren. Anderzijds is het zorgtraject momenteel onaantrekkelijk voor diëtisten, wat nadelig is voor de valorisatie van het vakgebied. Het officiële tarief is vastgesteld op 22,77 euro (5,62 euro remgeld) voor 2, 3 of 4 consulten van 30 minuten per jaar. Gezien de gebruikelijke tarieven buiten het zorgtraject levert deze situatie weinig stimulans op. Daarnaast is het belangrijk dat in het eerste jaar van het zorgtraject meer consulten worden vergoed, omdat patiënten dan de meeste behoefte hebben aan educatie.

**Aanbeveling 4A:** Innovatie van de zorgmodaliteiten voor de nefroloog.

**Aanbeveling 4B:** Versterking van de toegankelijkheid en financiële aantrekkelijkheid van diëtetiek in het CNI zorgtraject.

**Aanbeveling 4C:** Vereenvoudiging van de administratie van het zorgtraject.

## **As 4:** De toegankelijkheid en aantrekkelijkheid van het zorgtraject voor patiënten en professionals versterken

Nefroloog

**Aanbeveling 4A:** Innovatie van de zorgmodaliteiten voor de nefroloog.

**Achtergrond:** De (snelle) beschikbaarheid van de nefroloog kan soms een heikel punt zijn. Maar zowel voor vroege stadia als voor gevorderd nierfalen moeten zowel de patiënt als de huisarts een beroep kunnen doen op zijn of haar deskundigheid wanneer dat nodig is.

**Beschrijving:** Deze aanbeveling heeft tot doel de manier waarop de nefroloog wordt aangestuurd te vernieuwen. Hier worden twee elementen voorgesteld:

- Introduceer videoconsulten/een andere methode om patiënten met een hogere zorgnood te behandelen. Dit moet echter een ad hoc aanpak zijn en geen vervanging voor fysieke consulten of een systematische oplossing voor bedlegerige patiënten.
- Een model van altemnerende zorg tussen de nefroloog en de huisarts invoeren in de vorm van een "hotline", om het contact met de nefroloog op lokaal of regionaal niveau te vergemakkelijken.

**Verwacht resultaat:** Beter toegang tot de nefroloog, waardoor beter kan worden ingespeeld op specifieke problemen.

**Verwachte impact op het zorgtraject :** 6,9

**Controle-indicator(en):** n.v.t.

**Betrokken richtlijn(en):**  
n.v.t.

**Betrokken indicator(en):**  
n.v.t.

## **As 4:** De toegankelijkheid en aantrekkelijkheid van het zorgtraject voor patiënten en professionals versterken

Diëtist

**Aanbeveling 4B:** Versterking van de toegankelijkheid en financiële aantrekkelijkheid van diëtetiek in het CNI zorgtraject.

**Achtergrond:** Uit de workshops en de multidisciplinaire sessie bleek dat het CNI zorgtraject weinig financiële stimulans biedt voor diëtisten om patiënten op te volgen. Ook de (financiële) toegankelijkheid voor patiënten is voor verbetering vatbaar.

**Beschrijving:** Momenteel zijn er volgens het stadium van CNI 2, 3 of 4 sessies van 30 minuten per jaar voorzien in het zorgtraject. Daarna komen patiënten vaak niet terug omdat er geen terugbetaling meer is. Een intakegesprek duurt doorgaans 1 uur waardoor bij opstart geen ruimte is voor educatie en opvolging in het eerste jaar. Als er in het eerste jaar van het zorgtraject (vanaf stadium 3b) een intakeconsultatie (1u) met drie aanvullende sessies (telkens 0,5u) kan doorgaan, zou dit interessanter zijn voor zowel de patiënt als de diëtist. Het tweede en derde jaar kunnen behouden blijven. Door het invoeren van extra sessies kunnen patiënten vaker terugkomen en is er meer tijd voor educatie.

**Verwacht resultaat:** Meer tijd voor de diëtist voor educatie, verhoogde kennis en vaardigheden van de patiënt m.b.t. het dieet en bijgevolg een hogere therapietrouw en meer tertiaire preventie

**Verwachte impact op het zorgtraject :** 6,9

**Controle-indicator(en) :**

- Aantal consulten bij een diëtist dat patiënten in het eerste jaar van het zorgtraject hebben.

**Betrokken richtlijn(en):**  
n.v.t.

**Betrokken indicator(en):**  
I<sub>1-4</sub>, I<sub>6-15</sub>,

## As 4: De toegankelijkheid en aantrekkelijkheid van het zorgtraject voor patiënten en professionals versterken

Overkoepelend

**Aanbeveling 4C:** Vereenvoudiging van de administratie van het zorgtraject.

**Achtergrond:** Het zorgtraject is een te zware administratieve last voor huisartsen en patiënten. De administratieve last weerhoudt patiënten er soms zelfs van om deel te nemen aan het zorgtraject.

**Beschrijving:** Er moeten manieren worden onderzocht om het zorgtraject administratief minder belastend te maken voor patiënten en huisartsen. De mogelijkheden van digitale administratie zouden kunnen worden onderzocht. Er zou een proefproject kunnen worden uitgevoerd om te zien wat er mogelijk is. Naast deze administratieve belasting, kwam tijdens de workshops aan bod dat huisartsen onvoldoende op de hoogte zijn van het bestaan van het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie. De toegankelijkheid en aantrekkelijkheid van het zorgtraject moeten versterkt worden om een betere behandeling en opvolging van CNI te kunnen garanderen. Na de start van een zorgtraject hebben patiënten immers vaker contact met zorgverleners (ook meer patiënten hebben contact met een diëtist) en verbetert hun gezondheid. Ook belangrijke onderzoeken, zoals het meten van de diabetescontrole (HbA1c) en de nierfunctie, gebeuren vaker na de start van een zorgtraject. Dankzij de resultaten van deze onderzoeken kunnen de patiënt en de zorgverleners samen de behandeling tijdig bijsturen (Sciensano, 2020).

**Verwacht resultaat:** Meer CNI-patiënten die aangesloten zijn bij een zorgtraject.

**Verwachte impact op het zorgtraject :**

-

**Controle-indicator(en) :**

- Percentage CNI-patiënten aangesloten bij een zorgtraject

**Betrokken richtlijn(en):**  
n.v.t.

**Betrokken indicator(en):**  
n.v.t.

## **As 4:** De toegankelijkheid en aantrekkelijkheid van het zorgtraject voor patiënten en professionals versterken

### Voorstel voor operationalisering

#### **4A** : *Innovatie van de zorgmodaliteiten voor de nefroloog.*

Ziekenhuizen, lokale multidisciplinaire netwerken & eerstelijnszones

1. Ontwikkeling van een project dat de toegang tot consulten van nefrologen in noodgevallen vergemakkelijkt, onder meer via videoconsulten.  
Dit zou worden aangevuld met de oprichting van een "hotline" voor huisartsen voor ad hoc (en dringende) verzoeken waarvoor het advies van een nefroloog nodig is.

#### **4B** : *Versterking van de toegankelijkheid en financiële aantrekkelijkheid van diëtetiek in het CNI zorgtraject.*

RIZIV

1. De frequentie voor diëtistbezoeken verhogen in het eerste jaar van het zorgtraject, namelijk een intakeconsult van 1 uur en drie educatiesessies van 0,5 uur. Op deze manier heeft de diëtist voldoende tijd om een patiënt goed op te starten, en haken patiënten minder snel af door stopzetting van de terugbetaling.

#### **4C** : *Vereenvoudiging van de administratie van het zorgtraject.*

RIZIV

1. De administratieve formaliteiten van het zorgtraject voor zowel huisartsen als patiënten vereenvoudigen. Dit kan bijvoorbeeld via digitale integratie van het formulier via eHealthBox, zodat het digitaal gevalideerd kan worden.

*Hoe deze administratieve formaliteiten concreet vereenvoudigd kunnen worden, kan onderzocht worden tijdens een project.*



## **As 4:** De toegankelijkheid en aantrekkelijkheid van het zorgtraject voor patiënten en professionals versterken

### Voorstel voor operationalisering

#### **4C** : Vereenvoudiging van de administratie van het zorgtraject.

RIZIV + software-ontwikkelaars

2. Een pop-up/automatisch feedback bericht toevoegen in de software/het dashboard\* voor huisartsen wanneer een patiënt in aanmerking komt voor het zorgtraject CNI. Op deze manier worden huisartsen telkens geattendeerd op het bestaan van het zorgtraject.

*\* Op dit moment loopt er een proefproject (uitgevoerd door Intego) om een Dashboard te ontwikkelen op basis van de medische software van huisartsen. Dit dashboard zal individuele feedback genereren voor huisartsen.*

Domus Medica/Eerstelijnszones

3. Het zorgtraject CNI verder bekend maken bij huisartsen.

Opleiding geneeskunde

4. Het zorgtraject CNI prominenter aan bod laten komen in de opleiding geneeskunde.

Wanneer er meer patiënten aangesloten worden bij het zorgtraject, zal **aanbeveling 3C** een grotere impact hebben in de praktijk.

# As 5: De patiënt meer zeggenschap geven in zijn of haar zorgtraject

Betrokken *stakeholder(s)* :

Huisarts

Diëtist

Nefroloog

Patiënt

Deze as omvat vier aanbevelingen die gericht zijn op het versterken van de betrokkenheid van de patiënt bij zijn of haar eigen zorgtraject, met het oog op de totstandbrenging van een gelijkwaardige relatie tussen zorgprofessional en patiënt.

Chronische nierinsufficiëntie is een vrij onbekende en "onzichtbare" ziekte die vaak gepaard gaat met meer uitgesproken comorbiditeiten (diabetes, hart- en vaatziekten, hypertensie). Zorgverleners, met name huisartsen, vinden dat patiënten zich niet altijd bewust zijn van de (mogelijk toekomstige) ernst van de aandoening, wat hun participatie belemmert.

Het doel van deze as is om van de patiënt een expert in zijn eigen zorg te maken en zijn kritische geest te versterken. Het is belangrijk dat ze hun ziekte kennen, weten waar ze vandaan komen en vooral waar ze naartoe gaan. Zorgverleners dienen aandacht te besteden aan *patient empowerment*.

**Aanbeveling 5A**: Systematisch opstellen van een toekomstplan voor de patiënt.

**Aanbeveling 5B**: Systematisering van de informatie die de huisarts aan de patiënt geeft.

**Aanbeveling 5C**: Bewustmaking van patiënten van wat CNI is door het gebruik van informatieve hulpmiddelen.

**Aanbeveling 5D**: Versterking van de activering van de patiënt.

**As 5:** De patiënt meer zeggenschap geven in zijn of haar zorgtraject

Nefroloog

**Aanbeveling 5A:** Systematisch opstellen van een toekomstplan voor de patiënt.**Achtergrond:** Tijdens de workshops en multidisciplinaire sessies gaven zorgprofessionals en patiënten aan dat de communicatie over het verwachte resultaat van de specialist onvoldoende was.**Beschrijving:** Het wordt aanbevolen dat de nefroloog systematisch een toekomstplan voor de patiënt opstelt. De focus moet niet alleen liggen op de huidige situatie, maar ook op het verwachte verloop. Bij de follow-up van patiënten wordt het belangrijk geacht zich te concentreren op de evolutie in plaats van op het bereiken van (onrealistische) streefwaarden (bv. BMI <25). Hierbij moet rekening worden gehouden met het biologische karakter, maar ook met de persoon zelf.**Verwacht resultaat:** Een beter zicht op de verwachte vooruitgang van de patiënt en de noodzakelijke stappen in zijn of haar traject, waardoor participatie wordt bevorderd.**Verwachte impact op het zorgtraject :** 8,0**Betrokken richtlijn(en):**  
n.v.t.**Betrokken indicator(en):**  
n.v.t.**Controle-indicator(en) :**

- PREMs
- Aanwezigheid van patiënten bij voorgestelde herhalingsbezoeken.

**As 5:** De patiënt meer zeggenschap geven in zijn of haar zorgtraject

Huisarts

**Aanbeveling 5B:** Systematisering van de informatie die de huisarts aan de patiënt geeft.

**Achtergrond:** Het is niet altijd duidelijk welke informatie de huisarts aan de patiënt moet geven over CNI en het zorgtraject. Dit kan ertoe leiden dat de patiënt onvoldoende geïnformeerd is over zijn ziekte en hoe hij zal worden behandeld, wat kan leiden tot een gebrek aan zelfmanagement.

**Beschrijving:** Het is belangrijk om vooraf te bepalen welke informatie aan de patiënt moet worden gegeven (indicaties, aandachtspunten, enz.). In het bijzonder wordt aanbevolen om voldoende informatie te geven over het CNI-zorgtraject en de (financiële) voordelen ervan, die vaak onbekend zijn voor de patiënt. De website [trajetdesoins.be](http://trajetdesoins.be) biedt hier een overzicht van, maar het is noodzakelijk dat deze informatie ook duidelijk door de huisarts wordt toegelicht.

**Verwacht resultaat:** Een beter geïnformeerde en meer proactieve patiënt in zijn/haar eigen zorg.

**Verwachte impact op het zorgtraject :** 7,9

**Controle-indicator(en) :**

- PREMs

**Betrokken richtlijn(en):**  
n.v.t.

**Betrokken indicator(en):**  
n.v.t.

**As 5:** De patiënt meer zeggenschap geven in zijn of haar zorgtraject

Overkoepelend

**Aanbeveling 5C:** Bewustmaking van patiënten van wat CNI is door het gebruik van informatieve hulpmiddelen.

**Achtergrond:** Informatie die mondeling door de zorgverlener wordt gegeven, is soms moeilijk te begrijpen of wordt achteraf door de patiënt vergeten/anders geïnterpreteerd. Dit kan dus nadelig zijn voor het zelfmanagement van de patiënt.

**Beschrijving:** Patiënten bewust maken van CNI met behulp van informatieve instrumenten. Een voorbeeld is het gebruik van afbeeldingen/cartoons om de ziekte aan de patiënt uit te leggen. Deze moeten gestandaardiseerd zijn en gemakkelijk toegankelijk voor professionals. Het bestaande/te ontwikkelen praktijkmateriaal moet gebundeld worden op één plaats voor zowel de nefroloog, huisarts als diëtist en met integratie van zelfmanagement.

**Verwacht resultaat:** Een beter geïnformeerde en meer proactieve patiënt in zijn/haar eigen zorg.

**Verwachte impact op het zorgtraject :** 7,6

**Controle-indicator(en) :**

- PREMs

**Betrokken richtlijn(en):**  
n.v.t.

**Betrokken indicator(en):**  
I<sub>8</sub>, I<sub>9</sub>,

## As 5: De patiënt meer zeggenschap geven in zijn of haar zorgtraject

Patiënt

**Aanbeveling 5D**: Versterking van de activering van de patiënt.

**Achtergrond**: Naast acties om de zorgprofessionals te versterken, is het ook belangrijk dat patiënten zelf initiatieven nemen om hun zelfmanagement te versterken.

**Beschrijving**: Deze aanbeveling omvat verschillende elementen die verband houden met *patient empowerment*, waaronder

- Betere controle van de eigen ziekte
- Het bijhouden van een dagboek door de patiënt om zijn of haar eigen vooruitgang te volgen (zie voormalig dagboek voor diabetes of het zwangerschapsboekje). Het door Zorgzaam Leuven ontwikkelde zorgplan is ter inspiratie toegevoegd aan de bijlage 11.
- Versterking van de controle thuis om de patiënt meer autonomie te geven (bloeddruk, gewicht).
- Het kritisch denken versterken, vooral tijdens consultaties.
- Implementatie van meting en monitoring van patiëntenactivering. De Patient Activation Measure is voorgesteld om 4 niveaus van betrokkenheid te meten en de zorg aan te passen aan de persoonlijke behoeften.

**Verwacht resultaat**: Een beter geïnformeerde en meer proactieve patiënt in zijn/haar eigen zorg.

**Verwachte impact op het zorgtraject** : 6,7

**Betrokken richtlijn(en)**:  
n.v.t.

**Betrokken indicator(en)**:  
I<sub>14</sub>, I<sub>15</sub>,

**Controle-indicator(en)**:

- PREMs

## **As 5:** De patiënt meer zeggenschap geven in zijn of haar zorgtraject

### Voorstel voor operationalisering

#### **5A** : Systematisch opstellen van een toekomstplan voor de patiënt.

Organisatoren van navormingen

1. Integratie van de voorbereiding van een toekomstplan voor de patiënt in de voortgezette opleiding voor de nefroloog.

De verwachting is dat dit systematisch schrijven voor de patiënt invloed zal hebben op zijn activering (**aanbeveling 5D**).

#### **5B** : Systematisering van de informatie die de huisarts aan de patiënt verstrekt.

Domus Medica, SSMG & organisatoren van navormingen

1. Organisatie van opleidingen in het kader van permanente vorming over communicatie met de CNI-patiënt. Dit omvat het volgende, met name de te verstrekken informatie over:

- CNI en de invloed ervan op de patiënt.
- Het zorgtraject, de modaliteiten en voordelen ervan.

- Opleidingen kunnen ook de beste hulpmiddelen toelichten die de patiënt een beter inzicht in zijn situatie kunnen geven. Daarom is deze actie ook gericht op **aanbeveling 5C**
- De voorgestelde opleidingen zullen ook bijdragen tot de activering van de patiënt (**aanbeveling 5D**).

## As 5: De patiënt meer zeggenschap geven in zijn of haar zorgtraject

### Voorstel voor operationalisering

**5C** : *Bewustmaking van patiënten van wat CNI is door het gebruik van informatieve hulpmiddelen.*

#### Ebpracticenet

1. Bestaande databank uitbreiden met praktijkmateriaal. De projectuitvoerders stellen voor om de kwaliteit van dit praktijkmateriaal te screenen a.d.h.v. de CRAAP-test.

#### Zorgverleners, onderwijs- en kennisinstellingen, ...

2. Kwaliteitsvol praktijkmateriaal ontwikkelen en delen in de praktijkmaterialendatabank.

*De ontwikkeling van praktijkmateriaal door studenten in het kader van een afstudeerwerk kan aangemoedigd worden door bv. vanuit Evikey jaarlijks een prijs uit te reiken aan het best ontwikkelde praktijkmateriaal voor verschillende beroepsgroepen. Hierbij is het essentieel dat het ontwikkelde praktijkmateriaal gekoppeld is aan een richtlijn.*

#### Eerstelijnszones

3. Oproepen om praktijkmateriaal over CNI met collega's te delen in de praktijkmaterialendatabank.



## As 5: De patiënt meer zeggenschap geven in zijn of haar zorgtraject

### Voorstel voor operationalisering

**5D** : *Versterking van de activering van de patiënt.*

Domus Medica, SSMG, organisatoren van navormingen

1. Organisatie van opleidingen over patiëntenbetrokkenheid en -activering.

Ebpracticenet

2. De bestaande databank uitbreiden met materiaal over de Patient Activation Measure.

## As 6: Zorgen voor de registratie van patiëntgegevens in het zorgtraject

Betrokken *stakeholder(s)* :

Huisarts

Diëtist

Deze as bevat drie aanbevelingen die zijn vastgesteld voor een effectiever gegevensbeheer, gebaseerd op de belangrijke elementen die moeten worden gevolgd in het CNI-zorgtraject.

Het coderen en verwerken van gegevens wordt nog veel te weinig uitgevoerd door huisartsen. Dit probleem werd duidelijk tijdens de fase waarin hen werd gevraagd populatieanalyses uit te voeren (meer in detail uitgelegd in hoofdstuk 2.5). Dit komt zowel door factoren die verband houden met individuele praktijken als door externe factoren die de correcte uitvoering ervan bemoeilijken.

Het doel van deze ontwikkelingsas is de digitale opvolging van de CNI-patiënt te verbeteren, aangezien het gebruik van gegevens een krachtige motor kan zijn om de opvolging van het zorgtraject van de patiënt te verbeteren, en een goede follow-up waarin de huisarts een centrale rol speelt te garanderen. Door patiëntgegevens bij te houden kan de huisarts populatieanalyses uitvoeren om patiënten te identificeren die aan specifieke criteria voldoen, en kan hij waarschuwingen integreren om een betere opvolging en doorverwijzing te garanderen.

**Aanbeveling 6A**: Definiëring van controle-indicatoren die de huisarts dient bij te houden voor elke patiënt in een CNI-zorgtraject.

**Aanbeveling 6B**: Oprichting van een EMD-software harmonisatieproject om de codering en extractie van CNI-zorgtrajectgegevens te faciliteren.

**Aanbeveling 6C**: Verkenning van (verplichte) registratie van kwaliteitsindicatoren door diëtisten.

## As 6: Zorgen voor de registratie van patiëntgegevens in het zorgtraject

Huisarts

**Aanbeveling 6A:** Definiëring van opvolgingsindicatoren die de huisarts dient bij te houden voor elke patiënt in een CNI-zorgtraject.

**Achtergrond:** Uit de populatieanalyses in de vorige fase bleek dat er zeer weinig gegevens over het zorgtraject werden bijgehouden (en dus konden worden geëxtraheerd).

**Beschrijving:** Definitie van een reeks indicatoren die op gestructureerde wijze moeten worden ingevoerd en gecontroleerd in de EMD-software van de huisarts, op basis van de aanbevelingen van de richtlijn. De extra administratieve lasten voor de huisarts moeten ook in aanmerking worden genomen en binnen redelijke grenzen blijven. In bijlage 12 is een eerste voorstel voor selectie van indicatoren opgenomen. Deze moet door een onafhankelijke werkgroep worden bijgewerkt en uiteindelijk gevalideerd.

**Verwacht resultaat:** Systematische controle van deze indicatoren zou een beter overzicht opleveren van het CNI-patiëntenbestand van de huisarts en de evolutie daarvan, en dus een betere follow-up en doorverwijzing.

**Verwachte impact op het zorgtraject :** 7,6

**Controle-indicator(en):** /

**Betrokken richtlijn(en):** R<sub>9</sub>  
\*, R<sub>35</sub> \*, R<sub>36</sub> \*, R<sub>43</sub> \*, R<sub>45</sub> \*,  
R<sub>47</sub> \*, R<sub>50</sub> \*

**Betrokken indicator(en):**  
n.v.t.

\* Variabel afhankelijk van de voor codering geselecteerde indicatoren

## As 6: Zorgen voor de registratie van patiëntgegevens in het zorgtraject

Huisarts

**Aanbeveling 6B:** Oprichting van een EMD-software harmonisatieproject om de codering en extractie van CNI-zorgtrajectgegevens te faciliteren.

**Achtergrond:** Naast de vereiste veranderingen in de coderingspraktijk van huisartsen, moeten ook de omstandigheden eromheen worden verbeterd. Hoewel de bestudeerde EMD-softwarepaketten kwalitatief zijn en veel functionaliteiten bieden, maken zij nog geen uniforme codering en vervolgens bewaking van relevante indicatoren met betrekking tot CNI-beheer mogelijk.

**Beschrijving:** Oprichting van een project "CNI zorgtraject" die de belangrijkste leveranciers van EMD-software in België samenbrengt om te zorgen voor harmonisatie van de gegevens die door huisartsen moeten worden gecodeerd en geëxtraheerd.

**Verwacht resultaat:** Eenvoudige en nauwkeurige codering en extractie van gegevens die nodig zijn voor de te monitoren indicatoren (zie aanbeveling 6A), alsmede de mogelijkheid van uitwisseling met andere actoren in het zorgtraject.

**Verwachte impact op het zorgtraject :** 6,6

**Betrokken richtlijn(en):** R<sub>9</sub> \*, R<sub>35</sub> \*, R<sub>36</sub> \*, R<sub>43</sub> \*, R<sub>45</sub> \*, R<sub>47</sub> \*, R<sub>50</sub> \*

**Betrokken indicator(en):** n.v.t.

**Controle-indicator(en) :**

- Verschil tussen de gecodeerde/geëxtraheerde waarden en de werkelijke waarden (Voorbeeld: Aantal patiënten in het zorgtraject)

\* Variabel afhankelijk van de voor codering geselecteerde indicatoren

## As 6: Zorgen voor de registratie van patiëntgegevens in het zorgtraject

Diëtist

### **Aanbeveling 6C**: Verkenning van (verplichte) registratie van kwaliteitsindicatoren door diëtisten (1/2)

**Achtergrond:** Er zijn momenteel geen kwantitatieve data beschikbaar over hoe een diëtist werkt en er worden momenteel geen kwaliteitsindicatoren voor diëtisten verzameld. De kwaliteit van zorg die de diëtist aanbiedt kan bijgevolg niet geëvalueerd worden.

**Beschrijving:** Tijdens dit project werden er (op basis van de dieetrichtlijn CNI) samen met een expertgroep kwaliteitsindicatoren voor de dieetbegeleiding van CNI patiënten geformuleerd. Aangezien diëtisten niet verplicht zijn om deze indicatoren te registreren en niet altijd over software programma's beschikken is het niet mogelijk om de kwaliteitsindicatoren te meten op een objectieve manier/deze automatisch te genereren. Op dit moment kunnen kwaliteitsindicatoren van diëtisten enkel (op een subjectieve manier) geëvalueerd worden aan de hand van vragenlijsten.

De eerder genoemde belemmeringen worden momenteel opgenomen in een pilootstudie over het opstellen van kwaliteitsindicatoren voor vijf dieetbehandelingsrichtlijnen (een project in opdracht van de FOD uitgevoerd door UCLL). Met deze resultaten kan er nagegaan worden welke indicatoren op lange termijn belangrijk zijn voor diëtisten, de haalbaarheid van registratie, welke acties ondernomen moet worden om deze te meten en welke eventuele knelpunten er zijn. Er is nood aan een bijkomend grootschalig project waarin onderzocht en vastgesteld kan worden welke gegevens diëtisten verplicht zouden moeten registreren om het zorgproces en de kwaliteit van prestaties te kunnen verbeteren, en hoe ze dat kunnen doen.

**As 6:** Zorgen voor de registratie van patiëntgegevens in het zorgtraject

Diëtist

**Aanbeveling 6C:** Verkenning van (verplichte) registratie van kwaliteitsindicatoren door diëtisten (2/2)

**Beschrijving:** CEBAM voerde reeds enkele indicatorenproject uit. Daarnaast bekijkt het Academisch centrum voor huisartsgeneeskunde hoe indicatoren uit software voor huisartsen kunnen gehaald worden, met als doel hiermee verder te gaan op beleidsniveau. Ditzelfde proces kan doorlopen worden voor kwaliteitsindicatoren voor diëtisten in een nieuw project. De voorwaarde voor een succesvol project is echter wel dat het aanschaffen van software (financieel) meer haalbaar wordt voor eerstelijnsdiëtisten.

Uit de multidisciplinaire groepssessie blijkt dat diëtisten geen vragende partij zijn om een extra handeling uit te voeren. Het is bijgevolg belangrijk dat er een privacybescherming achter deze resultaten zit.

**Verwacht resultaat:** Systematische evaluatie van deze indicatoren zou een beter overzicht opleveren van het CNI-patiëntenbestand van de diëtist en de evolutie daarvan, en dus een betere follow-up en doorverwijzing.

**Verwachte impact op het zorgtraject :** -

**Betrokken richtlijn(en):** n.v.t.

**Betrokken indicator(en):**

I<sub>1</sub>

**Controle-indicator(en):** n.v.t.

## **As 6**: Zorgen voor de registratie van patiëntgegevens in het zorgtraject

### Voorstel voor operationalisering

**6A** : *Definiëring van opvolgingsindicatoren die de huisarts dient bij te houden voor elke patiënt in een CNI-zorgtraject.*

RIZIV & EMD-softwareleveranciers

1. Organisatie van een project om de voorgestelde lijst van door de huisartsen bij te houden indicatoren te herzien, eventueel te wijzigen en uiteindelijk te valideren (zie bijlage 12). In dit geval is het belangrijk met een beperkte reeks indicatoren te werken om de administratieve werklast van de huisartsen tot een strikt minimum te beperken. Het zal ook nodig zijn om vooraf de extraheerbaarheid van elke indicator te controleren bij de leveranciers van de EMD-softwareleveranciers.

De vaststelling van deze indicatoren is een voorwaarde voor de uitvoering van het EMD-softwareharmonisatieproject (**aanbeveling 6B**).

## As 6: Zorgen voor de registratie van patiëntgegevens in het zorgtraject

### Voorstel voor operationalisering

**6B** : *Oprichting van een EMD-software harmonisatieproject om de codering en extractie van CNI-zorgtrajectgegevens te faciliteren.*

#### RIZIV & EMD-softwareleveranciers

1. Organisatie van een project met de belangrijkste EMD-softwareleveranciers. Uitgangspunt zijn de indicatoren die tijdens de uitvoering van aanbeveling 6A zijn gevalideerd. Actuele problemen bij het coderen en kunnen opzoeken van de voorgestelde indicatoren worden besproken. De aandachtspunten zijn als volgt:

- De noodzakelijke gegevens voor elke indicator consequent en eenvoudig kunnen coderen. Hierbij dient zoveel mogelijk gebruik te worden gemaakt van gestructureerde gegevens (dus geen vrije tekst).
- Elke indicator gemakkelijk kunnen raadplegen via een populatieanalyse. Eenduidige zoekmethoden definiëren om de taak voor de arts zo gemakkelijk mogelijk te maken.



## As 6: Zorgen voor de registratie van patiëntgegevens in het zorgtraject

### Voorstel voor operationalisering

#### **6C** : Verkenning van (verplichte) registratie van kwaliteitsindicatoren door diëtisten.

##### Onderzoeksinstellingen

1. Een grootschalig project uitvoeren waarin onderzocht en vastgesteld kan worden welke gegevens diëtisten verplicht zouden moeten registreren om het zorgproces en de kwaliteit van prestaties te kunnen verbeteren, en deze indicatoren testen bij diëtisten (en andere zorgverleners).

##### Richtlijnontwikkelaars

2. In alle richtlijnen vermelden welke indicatoren verzameld kunnen worden.

##### Onderwijsinstellingen

3. Kwaliteitsindicatoren evalueren mee opnemen in het curriculum van de opleiding. In opleidingsonderdelen waarin de voedingsbehandeling van CNI en andere pathologieën worden besproken, kunnen kwaliteitsindicatoren toegevoegd worden aan het ECTS-fiche over het handelen van de diëtist bij de specifieke pathologie.

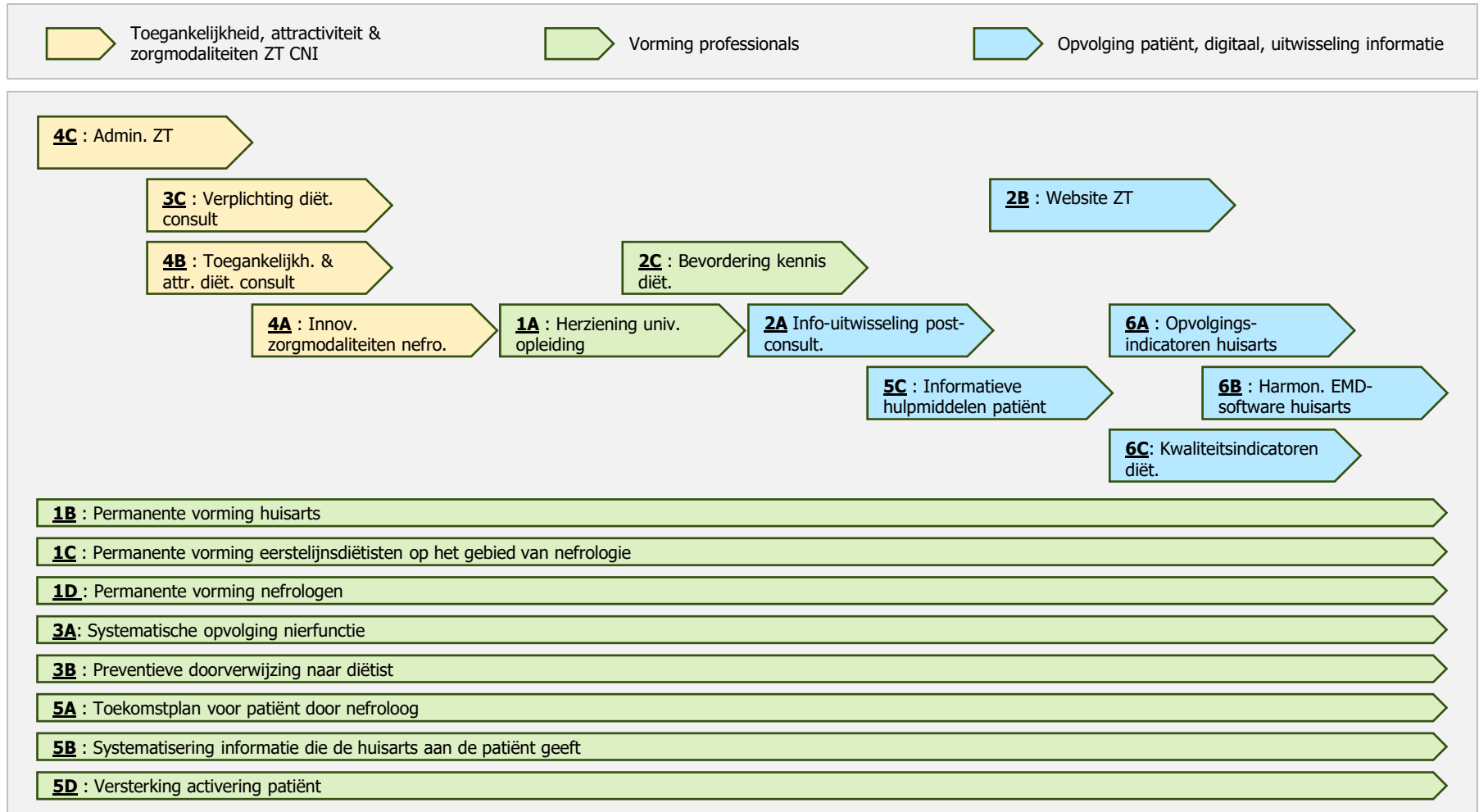
# 5. Finale aanbevelingen

## 5.3 Voorgestelde fasering

## 5. Finale aanbevelingen

### 5.3 Voorgestelde fasering

# Tijdslijn



## 6. Bijlagen



Bijlage 1: Overzicht van aanbevelingen voor huisartsen (NL/FR).....	254
Bijlage 2: Overzicht van indicatoren voor diëtisten (NL).....	263
Bijlage 3: Vragenlijst - barrières en facilitators voor dieetaanbevelingen (NL).....	264
Bijlage 4: Vragenlijst - rangschikking van belemmerende en bevorderende factoren voor dieetaanbevelingen (NL).....	276
Bijlage 5: Overzicht van alle indicatoren voor diëtisten verzameld op basis van literatuuronderzoek (NL).....	299
Bijlage 6: Vragenlijst - evaluatie van de indicatoren bij diëtisten (NL/FR).....	306
Bijlage 7: Indicatorfiches Vlaamse diëtisten (NL).....	316
Bijlage 8: Indicatorfiches Waalse diëtisten (NL/FR).....	323
Bijlage 9: Actieplan diëtisten (NL).....	331
Bijlage 10: Voorstel voor de inhoud van de verwijsbrief naar de diëtist (NL).....	339
Bijlage 11: Zorgplan ontwikkeld door Zorgzaam Leuven (NL).....	340
Bijlage 12: Op te volgen indicatoren voor huisartsen (NL).....	342
Bijlage 13: Handleiding zelfevaluatie huisartsen – CareConnect (NL).....	344



## Bijlage 1: Overzicht van aanbevelingen voor huisartsen (NL/FR)

Geselecteerde aanbeveling / Recommandation sélectionnée

Fase traject / Etape trajet	N°	Aanbeveling / Recommandation	GRADE	Extractie moeilijkheid / Difficulté d'extraction	Extractie tijd / Temps d'extraction
Screening / Dépistage	R <sub>1</sub>	Rechercher une insuffisance rénale chez les patients qui présentent un diabète	1C	2	4'
		Screen naar nierinsufficiëntie bij patiënten met diabetes			
	R <sub>2</sub>	Rechercher une insuffisance rénale chez les patients qui présentent une hypertension artérielle	1C	3	6'
		Screen naar nierinsufficiëntie bij patiënten met hypertensie			
	R <sub>3</sub>	Rechercher une insuffisance rénale chez les patients qui présentent une cardiopathie ischémique	1C	4	10'
		et/ou une décompensation cardiaque			
		et/ou une artériopathie périphérique			
et/ou une pathologie vasculaire cérébrale					
	Screen naar nierinsufficiëntie bij patiënten met ischemisch hartlijden en/of hartdecompensatie en/of perifeer vaatlijden en/of cerebraal vaatlijden				
R <sub>4</sub>	Rechercher une insuffisance rénale chez les patients qui ont des antécédents familiaux d'insuffisance rénale de stade 5 ou de néphropathie familiale	2C	-	2'	
	Screen naar nierinsufficiëntie bij patiënten met een familiale voorgeschiedenis van nierinsufficiëntie stadium 5 of familiale nierziekten				
Diagnose / Diagnostic	R <sub>6</sub>	Poser le diagnostic d'insuffisance rénale chronique si le DFGe est <60 ml/min/1,73M <sup>2</sup> pendant au moins 90 jours	Consensus	2	4'
		Stel de diagnose CNI bij een eGFR <60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> gedurende minstens negentig dagen			
	R <sub>7</sub>	Mesurer l'albuminurie corrigée ou la protéinurie corrigée en cas de DFGe < 60 ml/min/1,73m <sup>2</sup>	1C	2	4'



Fase traject / Etape trajet	N°	Aanbeveling / Recommandation	GRADE	Extractie moeilijkheid / Difficulté d'extraction	Extractie tijd / Temps d'extraction
		Bepaal de gecorrigeerde albuminurie of gecorrigeerde proteïnurie bij een eGFR <60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>			
	R <sub>8</sub>	Déterminer le stade de l'insuffisance rénale à l'aide du DFGe Bepaal het stadium van nierinsufficiëntie aan de hand van de eGFR	CONSENSU S	3	6'
	R <sub>9</sub>	Demander une échographie des reins et des voies urinaires chez les patients en IRC et qui présente une IR progressive Stel een echografie van de nieren en urinewegen voor bij patiënten met CNI en progressieve nierinsufficiëntie (eGFR-daling van meer dan 5 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> in een jaar of meer dan 10 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> in vijf jaar)	1C	4	10'
	R <sub>10</sub>	Demander une échographie des reins et des voies urinaires chez les patients en IRC et qui présente une hématurie macroscopique Stel een echografie van de nieren en urinewegen voor bij patiënten met CNI en macroscopische hematurie	1C	3	6'
	R <sub>11</sub>	Demander une échographie des reins et des voies urinaires chez les patients en IRC et qui présente une hématurie macroscopique Stel een echografie van de nieren en urinewegen voor bij patiënten met CNI en macroscopische hematurie	1C	3	6'
	R <sub>12</sub>	Demander une échographie des reins et des voies urinaires chez les patients en IRC et qui a des antécédents familiaux des reins polykystiques (chez les patients > 20 ans) Stel een echografie van de nieren en urinewegen voor bij patiënten met CNI en familiale voorgeschiedenis van polycystische nierziekten bij patiënten ouder dan twintig jaar	1C	-	-
	R <sub>13</sub>	Demander une échographie des reins et des voies urinaires chez les patients en IRC et qui ont une maladie rénale chronique de stade 4 ou 5 (DFGe < 30 ml/min/1,73m <sup>2</sup> ) Stel een echografie van de nieren en urinewegen voor bij patiënten met CNI en chronische nierziekte stadium 4 of 5 (GFR <30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	1C	3	6'
	R <sub>14</sub>	Le taux d'hémoglobine doit être dosé chez les patients en IRC de stade 3B, 4 et 5 (DFGe <45 ml/min/1,73m <sup>2</sup> ) afin de déceler une anémie. controleer het hemoglobinegehalte bij patiënten met CNI-stadium 3B, 4 en 5 (GFR <45 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) om anemie op te sporen	1C	4	10'



Fase traject / Etape trajet	N°	Aanbeveling / Recommendation	GRADE	Extractie moeilijkheid / Difficulté d'extraction	Extractie tijd / Temps d'extraction
	R15	Mesurer les concentrations sériques de calcium, de phosphate, de bicarbonates, de parathormone (PTH) et de 25 OH vitamine D chez les patients en IRC de stade 4 ou 5 (DFGe < 30 ml/min/1,73m <sup>2</sup> ). Bepaal de serum concentraties van calcium, fosfaat, bicarbonaat, parathormoon en 25-OH-vitamine D bij patiënten met CNI-stadium 4 of 5 (GFR <30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ).	1C	-	-
Behandeling / Traitement	R16	Donner aux patients en IRC des informations sur ce que l'IRC est et comment elle affecte le patient (la fonction des reins; comment les rein sont examinés; pourquoi il faut examiner les reins; ce que signifie le résultat d'un test renal et quels sont les produits à risque néphrotoxique) Geef de patiënt met CNI informatie (mee) over: Wat is CNI en hoe treft dit de patiënt? Wat doen de nieren? Hoe worden de nieren nagekeken? Waarom moeten de nieren nagekeken worden? Wat betekent het resultaat van de niertest? Wat zijn nierschadelijke producten en situaties?	1C	2	4'
	R19	Encourager les patients en IRC à faire des exercices physiques Stimuleer patiënten met CNI om aan lichaamsbeweging te doen	1B	2	4'
	R21	Encourager les patients en IRC à arrêter de fumer stimuleer patiënten met CNI om te stoppen met roken	1B	2	4'
	R24	Prescrire un IEC à tous les patients avec une protéinurie corrigée supérieure à 900 mg/g (100 mg/mmol), indépendamment de la tension artérielle Geef een ACE-I aan alle patiënten met een gecorrigeerde proteïnurie van meer dan 900 mg/g (100 mg/mmol) en dit ongeacht de bloeddruk	1B	4	10'
	R61	Nous recommandons d'interrompre temporairement les médicaments excrétés dans les reins et potentiellement néphrotoxiques chez les patients avec un DFGe < 60ml/min/1,73m <sup>2</sup> traversant un épisode grave d'une affection qui renforce le risque de néphropathie aiguë. Cela concerne notamment les inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA), les diurétiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), la metformine, le lithium et la digoxine We bevelen aan dat potentieel nefrotxische en renaal geklaarde geneesmiddelen (RAAS-blokkers, diuretica, NSAID's, metformine, lithium en digoxine) tijdelijk onderbroken worden bij patiënten met een eGFR <60 ml/min./1.73 m <sup>2</sup> die een ernstige episode doormaken van een aandoening die het risico op acuut nierlijden verhoogt	1C	4	10'





Fase traject / Etape trajet	N°	Aanbeveling / Recommandation	GRADE	Extractie moeilijkheid / Difficulté d'extraction	Extractie tijd / Temps d'extraction
	R17	Donner aux patients en IRC des informations sur comment se préparer à une consultation chez le néphrologue	Consensus	2	4'
		Geef de patiënt met CNI informatie (mee) over hoe hij zich het best kan voorbereiden op een consultatie bij de huisarts of nefroloog			
	R18	Donner aux patients en IRC des informations sur les traitements disponibles dans l'IRC	Consensu	2	4'
		Geef de patiënt met CNI informatie (mee) over welke behandelingen er zijn voor CNI			
	R20	Encourager les patients en IRC à atteindre un poids idéal	1C	2	4'
		Stimuleer patiënten met CNI om een gezond gewicht na te streven			
	R22	Utilisé en tant qu'antihypertenseur, les IEC sont le traitement préférentiel chez tous les patients diabétiques en IRC ainsi que chez tous les patients avec une protéinurie corrigée supérieure à 270 mg/g (30 mg/mmol)	2B	4	10'
		Een ACE-inhibitor (ACE-I) heeft als antihypertensivum de voorkeur bij alle diabetespatiënten met CNI en bij alle patiënten met een gecorrigeerde proteïnurie van meer dan 270 mg/g (30 mg/mmol)			
	R23	Prescrire un IEC à tous les patients diabétiques avec une albuminurie corrigée supérieure à 20 mg/g (2,5 mg/mmol) pour les hommes et supérieure à 30 mg/g (3,5mg/mmol) pour les femmes, indépendamment de la tension artérielle	2B	4	10'
		Geef een ACE-I aan alle diabetespatiënten met een gecorrigeerde albuminurie van meer dan 20 mg/g (2,5 mg/mmol) bij mannen en van meer dan 30 mg/g (3,5 mg/mmol) bij vrouwen en dit ongeacht de bloeddruk			
R25	Administrer de l'EPO et du fer pour traiter une anémie d'origine rénale	1C	4	10'	
	Dien EPO en ijzer toe om anemie van renale oorsprong te behandelen				
R26	En cas de carence en 25 OH vitamine D ou de parathormone (PTH) trop élevée, envisager l'administration de vitamine D	2B	2	4'	
	Overweeg toediening van vitamine D bij een tekort aan 25-OH-vitamine D of te hoog parathormoon				
R27	Cholécalciférol ou ergocalciférol chez les patients en IRC de stades 1, 2 et 3 (DFGe >= 30 ml/min/1,73 m2) avec une carence en vitamine D	2B	4	10'	
	Colecalciferol of ergocalciferol bij patiënten met CNI-stadia 1, 2 en 3 (GFR <30 ml/min/1,73 m2) met vitamine D-tekort				



Fase traject / Etape trajet	N°	Aanbeveling / Recommandation	GRADE	Extractie moeilijkheid / Difficulté d'extraction	Extractie tijd / Temps d'extraction
	R <sub>28</sub>	Alfacalcidol ou calcitrol chez les patients en IRC de stades 4 et 5 (GFR <30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) avec hyperparathyroïdie secondaire malgré un traitement par cholécalficérol ou ergocalciferol	2B	-	-
		Alfacalcidol of calcitrol bij patiënten met CNI-stadia 4 en 5 (GFR <30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) met secundaire hyperparathyreoïdie ondanks behandeling met colecalciferol of ergocalciferol			
	R <sub>29</sub>	Suivre la kaliémie avant et après l'instauration du traitement par IEC ou sartan ; effectuer des contrôles en cas d'hyperkaliémie	1C	-	-
		Monitor serumkalium vóór en na opstart van ACE-I of ARB. Controleer bij hyperkaliëmie eerst of er medicamenteuze oorzaken zijn en overweeg daarna om via dieetmaatregelen de kaliuminname te beperken			
	R <sub>30</sub>	En cas d'acidose métabolique, envisager l'administration de bicarbonate de soude <i>per os</i> Overweeg bij een metabole acidose de toediening van natriumbicarbonaat per os	1B	2	4'
	R <sub>62</sub>	Nous recommandons que les patients en IRC ne recourent pas à la phytothérapie We bevelen aan dat patiënten met CNI geen fytotherapie gebruiken	1B	-	-
Opvolging / Suivi	R <sub>32</sub>	Le schéma basique recommandé pour les contrôles du DFGe est un controle de DFGe tous les 6 mois, pour le stade 3A et 3B	-	2	4'
		Het aanbevolen basiscontroleschema van de eGFR vraagt een controle van GFR om de 6 maanden, voor stadium 3A en 3B patiënten			
	R <sub>34</sub>	Le schéma basique recommande un contrôle annuel du DFGe, de l'albuminurie corrigée et de la protéinurie corrigée	-	2	4'
		Het aanbevolen basiscontroleschema beveelt jaarlijkse monitoring van GFR, gecorrigeerde albuminurie en gecorrigeerde proteïnurie aan			
	R <sub>35</sub>	Mesurer le DFGe avant tout examen qui utilise un produit de contraste, si l'on ne dispose d'aucun résultat récent (datant de moins de 12 mois).	1B	4	10'
Bepaal de eGFR vóór elk contrastonderzoek, als er geen recente (laatste 12 maanden) waarde gekend is					
R <sub>36</sub>	Utiliser les diurétiques aux doses possibles les plus faibles et ajuster lentement, en cas de symptômes de rétention hydrique	1C	2	4'	



Fase traject / Etape traject	N°	Aanbeveling / Recommandation	GRADE	Extractie moeilijkheid / Difficulté d'extraction	Extractie tijd / Temps d'extraction
		Gebruik diuretica in de laagst mogelijke dosis en titreer langzaam op, enkel in geval van symptomen van vochtretentie			
	R38	Éviter l'utilisation de spironolactone Vermijd het gebruik van spironolactone	2C	2	4'
	R31	Le schéma basique recommandé pour les contrôles du DFGe est un contrôle de DFGe une fois par an, pour le stade 1 et 2 Het aanbevolen basiscontroleschema van de eGFR vraagt een jaarlijkse controle van GFR, voor stadium 1 en 2 patiënten	-	2	4'
	R33	Le schéma basique recommandé pour les contrôles du DFGe est un contrôle de DFGe tous les 3 mois, pour le stade 4 Het aanbevolen basiscontroleschema van de eGFR vraagt een controle van GFR om de 3 maanden, voor stadium 4 patiënten	-	2	4'
	R37	En cas d'utilisation d'un IEC, suivre la fonction rénale. Volg bij gebruik van een ACE-inhibitor de nierfunctie op	1C	3	6'
	R39	Éviter l'utilisation de la digoxine en raison du risque accru d'intoxication digitalique. Vermijd het gebruik van digoxine wegens het hogere risico op intoxicatie.	2C	-	-
	R40	La prudence est requise en cas d'utilisation de metformine et de sulfamidés hypoglycémisants dans l'IRC. Gebruik van metformine/sulfonylurea bij CNI gebeurt met de nodige voorzichtigheid	1C	-	-
	R41	Être particulièrement attentif au risque d'hypoglycémie lors de l'instauration de NL : l'insulinothérapie ou de l'augmentation des doses d'insuline. FR: Wees waakzaam voor risico's op hypoglykemie bij opstarten/ opdrijven van insuline	1C	-	-
Verwijzing / Orientation	R43	Renvoyez les patients avec un DFGe entre 30 et 45 ml/min./1,73 m <sup>2</sup> et un RAC >200 mg/g pour un homme ou 300 mg/g pour une femme, et/ou une protéinurie >1000 mg/24 h ou un ratio protéine/créatinine (RPC) >1000 mg/g pour inclusion dans le traject de soins Verwijs patiënten met een eGFR tussen 30-45 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> en gecorrigeerde albuminurie >200 mg/g voor een man of 300 mg/g voor een vrouw en/of een proteïnurie >1000 mg/24 u of een gecorrigeerde proteïnurie >1000 mg/g. voor inclusie in het zorgtraject	2B	-	-



Fase traject / Etape trajet	N°	Aanbeveling / Recommandation	GRADE	Extractie moeilijkheid / Difficulté d'extraction	Extractie tijd / Temps d'extraction
	R <sub>44</sub>	Renvoyez les patients de <75 ans avec un DFGe entre 30 et 45 ml/min./1,73 m <sup>2</sup> et un RAC entre 20 et 200 mg/g pour un homme et 30 à 300 mg/g pour une femme pour une mise au point diagnostique Verwijs patiënten van <75 jaar met een eGFR tussen 30-45 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> en gecorrigeerde albuminurie van 20-200 mg/g voor een man en 30-300 mg/g voor een vrouw voor diagnostische oppuntstelling	2B	2	4'
	R <sub>45</sub>	Renvoyez les patients avec un DFGe entre 30 et 45 ml/min./1,73 m <sup>2</sup> et une dégradation du DFGe > 10 ml/min. sur 5 ans ou > 5 ml/min en 2 ans pour une mise au point diagnostique Verwijs patiënten met een eGFR tussen 30 en 45 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> en een achteruitgang van de eGFR van meer dan 10 ml/min in vijf jaar tijd of van meer dan 5 ml/min in twee jaar tijd voor diagnostische oppuntstelling	2B	-	-
	R <sub>47</sub>	Renvoyez les patients avec une albuminurie significative persistante (RAC ≥ 300 mg/g) pour une mise au point diagnostique Verwijs patiënten met een persisterende significante albuminurie (ACR ≥300 mg/g) voor diagnostische oppuntstelling	1B	3	6'
	R <sub>50</sub>	Renvoyez les patients avec des valeurs potassiques anormales persistantes pour une mise au point diagnostique Verwijs patiënten met persisterende afwijkende kaliumwaarden	1B	2	4'
	R <sub>52</sub>	Renvoyez les patients présentant une maladie rénale héréditaire pour une mise au point diagnostique Verwijs patiënten met een erfelijke nierziekte	1B	2	4'
	R <sub>53</sub>	L'avis d'un néphrologue est souhaitable en cas de suspicion d'une sténose de l'artère rénale Advies van de nefroloog is wenselijk bij vermoeden van een stenose van de arteria renalis	GPP	2	4'
	R <sub>58</sub>	Orienter les patients avec un DFGe < 30 ml/min./1,73 m <sup>2</sup> vers un néphrologue. Verwijs CNI-patiënten met een eGFR < 30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> naar een nefroloog.	2B	-	-
	R <sub>60</sub>	Si des conseils nutritionnels sont nécessaires chez les patients en IRC, il est indiqué de prévoir une concertation avec le néphrologue et un diététicien diplômé.	GPP	3	6'



Fase traject / Etape traject	N°	Aanbeveling / Recommandation	GRADE	Extractie moeilijkheid / Difficulté d'extraction	Extractie tijd / Temps d'extraction
		Als dieetadvies nodig is bij patiënten met CNI dan is overleg met de nefroloog en verwijzing naar een erkende diëtist aangewezen.			
	R42	Renvoyez les patients avec un DFG chronique <30 ml/min./1,73 m <sup>2</sup> (Stade 4 et 5) pour inclusion dans le traject de soins Verwijs patiënten met een chronisch eGFR <30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> voor inclusie in het zorgtraject	1B	-	-
	R48	Renvoyez les patients présentant une hématurie inexpliquée pour une mise au point diagnostique Verwijs patiënten met onverklaarde hematurie	1B	2	4'
	R49	Renvoyez les patients en IRC et hypertendus sans amélioration malgré un traitement constitués d'au moins 4 agents antihypertenseurs pour une mise au point diagnostique Verwijs patiënten met CNI en hypertensie die niet verbetert met een behandeling met 4 of meer antihypertensiva	1B	-	-
	R51	Renvoyez les patients avec des calculs rénaux de taille considérable ou récurrents pour une mise au point diagnostique Verwijs patiënten met recurrenente of uitgebreide nierstenen	1B	-	-
	R54	L'avis d'un néphrologue est souhaitable en cas de constatation de complications d'une insuffisance rénale et leur traitement : anémie, troubles électrolytiques, carence en vitamine D, troubles du métabolisme phosphocalcique, symptômes urémiques (pruritus, etc.) Advies van de nefroloog is wenselijk bij vaststelling en ter behandeling van complicaties van nierfalen: anemie, elektrolytenstoornissen, vitamine D, calcium- en fosfaathuishouding, uremische klachten (pruritus,...)	GPP	2	4'
	R55	Référez les patients en IRC et présentant une obstruction des voies urinaires vers le service urologique d'un hôpital, sauf si une intervention urgente est requise Stuur alle te verwijzen patiënten door naar de nefroloog. Verwijs patiënten met CNI en een obstructie van de urine-uitstroom naar de urologische dienst van een ziekenhuis, tenzij een dringende medische ingreep vereist is	GPP	-	-
	R56	Une orientation précoce est recommandée pour la planification d'une dialyse et chez les patients en IRC progressive chez qui le risque d'insuffisance rénale terminale	1B	-	-



Fase traject / Etape trajet	N°	Aanbeveling / Recommendation	GRADE	Extractie moeilijkheid / Difficulté d'extraction	Extractie tijd / Temps d'extraction
		selon les outils prédictifs validés du risque s'élève à 10-20 % ou plus dans l'année. Vroegtijdige doorverwijzing is aanbevolen voor het plannen van de dialyse en bij patiënten met een progressieve CNI bij wie het risico op nierfalen volgens gevalideerde risicovoorspellers binnen het jaar $\geq 10-20\%$ is			
	R57	Une orientation vers un centre rénal spécialisé est recommandée chez les patients en IRC en cas de survenue d'une insuffisance rénale aiguë (IRA) ou d'une diminution soudaine et persistante du DFGe. Dringende doorverwijzing naar een gespecialiseerd niercentrum is aanbevolen bij patiënten met CNI bij wie een acute nierinsufficiëntie (ANI) of een abrupte en aangehouden vermindering van de GFR optreedt	1B	-	-
	R59	Le néphrologue assure la prise en charge et le suivi de la néphropathie terminale De nefroloog verzekert de aanpak en opvolging van terminaal nierlijden	GPP	2	4'



## Bijlage 2: Overzicht van indicatoren voor diëtisten (NL)

N°	Indicator
I <sub>1</sub>	Rapportering van de uitgevoerde interventies/adviezen in een verslag (registratie).
I <sub>2</sub>	Verslaggeving naar huisarts
I <sub>3</sub>	Afstemming tussen diëtist en huisarts
I <sub>4</sub>	(Kennis over) aanwezigheid/ beschikbaarheid van een up-to-date dieetrichtlijn over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3-4
I <sub>5</sub>	Gevolgde navormingen over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3-4
I <sub>6</sub>	Perceptie van kennis over dieetaanbevelingen
I <sub>7</sub>	Perceptie van vaardigheden over toepassing dieetaanbevelingen
I <sub>8</sub>	Gebruik van patiëntinformatie
I <sub>9</sub>	Gebruik van educatiemateriaal
I <sub>10</sub>	Inschatting van het risico op eiwit-energie ondervoeding
I <sub>11</sub>	Aanraden van adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag)
I <sub>12</sub>	Toepassing van praktische aanbeveling omtrent het dieet
I <sub>13</sub>	Aantal diëtisten die een gesprek aangaat over de motivatie van de patiënt
I <sub>14</sub>	Rekening houden met andere factoren bij de patiënt (medicatie, depressie,...)
I <sub>15</sub>	Aanpassing aan noden van patiënt

## 1. Selectie aanbevelingen uit dieetrichtlijn

In onderstaande tabel vindt u een overzicht van alle aanbevelingen uit de dieetrichtlijn. Sommige aanbevelingen worden mogelijk al goed toegepast in de praktijk. Het is bijgevolg niet noodzakelijk om tijdens dit project in te zetten op de implementatie van alle aanbevelingen. Vooral aanbevelingen waarbij er een kloof bestaat tussen de recente wetenschappelijke evidentie en de praktijkvoering van eerstelijnsdiëtisten (= know-do-gap) verdienen aandacht tijdens dit implementatieproject. U mag met '+', '++' of '+++' aangeven in de tabel hoe groot deze know-do-gap is voor iedere aanbeveling, en op welke aanbevelingen we bijgevolg focussen tijdens het verdere verloop van dit implementatieproject. Er is ruimte voorzien voor eventuele opmerkingen.

*+*: klein/geen verschil tussen aanbeveling en praktijk in eerste lijn en/of minder belangrijk om mee verder te gaan

*++*: matig verschil tussen aanbeveling en praktijk in eerste lijn en/of matig belangrijk om mee verder te gaan

*+++*: groot verschil tussen aanbeveling en praktijk in eerste lijn en/of zeer belangrijk om mee verder te gaan

AANBEVELING UIT RICHTLIJN	KNOW-DO-GAP	OPMERKINGEN
De dieetbehandeling wordt begeleid door een diëtist, in nauwe samenwerking met een arts of andere zorgverstrekker. Het doel van het voedingsadvies is het verbeteren van de voedingsstatus en het verminderen van risico's veroorzaakt door comorbiditeiten, veranderingen van het metabolisme (1C, NKF 2019) en ongunstige klinische uitkomsten (GPP, NKF 2019).		
De dieetbehandeling wordt begeleid door een diëtist, in nauwe samenwerking met een arts of andere zorgverstrekker. Het doel van het voedingsadvies is het verbeteren van de voedingsstatus en het verminderen van risico's veroorzaakt door comorbiditeiten, veranderingen van het metabolisme (1C, NKF 2019) en ongunstige klinische uitkomsten (GPP, NKF 2019).		
De diëtist zou de eetlust, voedingsinname, biochemische data en antropometrie van de patiënt moeten opvolgen en evalueren, om de effectiviteit van de dieetbehandeling in te schatten (GPP, NKF 2019).		



Bij patiënten met CNI stadium 3-4 kan er overwogen worden om regelmatig een voedingscreening uit te voeren (minstens tweejaarlijks), om (een risico op) eiwit-energie ondervoeding op te sporen (GPP, NKF 2019).		
Er is beperkte evidentie over het gebruik van een bepaalde tool boven een andere om (het risico op) eiwit-energie ondervoeding op te sporen (2C, NKF 2019).		
Bij patiënten met CNI stadium 3-4 kan er overwogen worden om de lichaamssamenstelling in te schatten in combinatie met lichaamsgewicht/BMI tijdens de eerste consultatie, en de voedingstoestand regelmatig op te volgen (GPP, NKF 2019).		
De diëtist kan de methode om het lichaamsgewicht te meten (bv. huidig gemeten gewicht, geschiedenis van gewichtsveranderingen, meerdere gewichtsmetingen, correcties voor oedemen) bepalen op basis van klinisch oordeel, gezien er geen standaardreferentie is (GPP, NKF 2019).		
Bij patiënten die klinisch stabiel zijn, kan er overwogen worden om het lichaamsgewicht en de BMI te meten, en om veranderingen in lichaamsgewicht en BMI op te volgen, minstens om de drie maanden bij patiënten met CNI stadium 4 en minstens om de zes maanden bij patiënten met CNI stadium 3 (GPP, NKF 2019).		
De BMI is onvoldoende om de diagnose van energie-eiwitmalnutritie te stellen, tenzij deze zeer laag (<18 kg/m <sup>2</sup> ) is (GPP, NKF 2019).		
Bij patiënten met CNI stadium 3-4 kan overwogen worden om, indien haalbaar, de lichaamssamenstelling te bepalen aan de hand van Dual Energy X-ray Absorptiometry (DEXA), omdat dit de gouden standaard is voor het bepalen van de lichaamssamenstelling (GPP, NKF 2019)		
Er is onvoldoende bewijs voor het gebruik van bio-elektrische impedantie om een inschatting te maken van de lichaamssamenstelling (2C, NKF 2019).		
Wanneer de patiënt geen oedemen heeft, kan de huidplooiemeting gebruikt worden om een inschatting te maken van het lichaamsvet (1B, NKF 2019).		

Een 3-daagse voedingsregistratie is de voorkeursmethode voor inschatting van de voedingsinname (2C, NKF 2019).		
Alternatieve methoden voor de inschatting van de energie- en eiwitinname uit de voeding zijn 24-uurs dieetherinneringen, voedselfrequentievragenlijsten en nPCR (normalized protein catabolic rate) (GPP, NKF 2019).		
Om voedingsinterventies doeltreffend te kunnen uitwerken, kunnen factoren naast voedingsinname ingeschat worden (bv. medicatiegebruik, kennis, overtuigingen, attitudes, gedrag, toegang tot voeding, depressie, cognitief functioneren) (GPP, NKF 2019).		
Patiënten met chronische nierinsufficiëntie moeten aangemoedigd worden om een gezond gewicht te bekomen/behouden (BMI 18,5 tot en met 24,9 kg/m <sup>2</sup> ) (GRADE 1B, WOREL 2016; GRADE 1B, FMS 2018).		
Een verminderde nierfunctie vormt geen contra-indicatie voor het uitvoeren van bariatrische chirurgie (GRADE 1C, FMS 2018).		
Bij chronische nierinsufficiëntie wordt een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) aangeraden (GRADE 2B, WOREL 2016; GRADE 2C, MaHTAS 2018).		
Indirecte calorimetrie is ook bij patiënten met CNI stadium 3-4 de gouden standaard voor het bepalen van het energieverbruik en kan gebruikt worden wanneer dat haalbaar en aangewezen is (GPP, NKF 2019).		
Er wordt een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag aanbevolen (GRADE 2B, WOREL 2016; GRADE 2B, NfN 2014). Een eiwitinname lager dan 0,6 g/kg ideaal LG/dag is af te raden vanwege het risico op energieeiwit ondervoeding (GRADE 2B, WOREL 2016; GRADE 2A, NICE 2014). Een te hoge eiwitinname (> 1,3 g/kg ideaal LG/dag) wordt eveneens best vermeden (GRADE 2C, NfN 2014).		
Er is onvoldoende bewijs om een bepaald type eiwit (plantaardig vs. dierlijk) aan te raden (1B, NKF 2019).		

Een gezonde voeding is aanbevolen ter preventie van cardiovasculaire aandoeningen, zoals ook geldt voor de algemene bevolking (GPP, WOREL 2016).		
Een mediterraan dieet wordt aanbevolen om het lipidenprofiel te verbeteren, zowel bij patiënten met als zonder dyslipidemie (2C, NKF 2019).		
De diëtist moedigt de patiënt aan om een dieet te volgen dat de dagelijkse aanbevelingen voor vitamines en mineralen bevat (GPP, NKF 2019).		
Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag aangeraden (GRADE 1C, WOREL 2016; GRADE 1C, NfN 2014).		
Geef personen met chronische nierinsufficiëntie dieetadvies (door een erkende diëtist) omtrent fosfaatinname op maat van het stadium van nierfalen (GRADE 1B, WOREL 2016). Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is (GRADE 2C, KDIGO 2017; GRADE 1B, NKF 2019). Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven) bij het geven van voedingsadvies (GPP, KDIGO 2017; GPP, NKF 2019).		
Geef personen met chronische nierinsufficiëntie dieetadvies (door een erkende diëtist) omtrent kaliuminname op maat van het stadium van CNI (GRADE 1B, WOREL 2016; GRADE 1B, NfN 2014). Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden (GPP, NKF 2019).		
Patiënten met chronische nierinsufficiëntie moeten aangemoedigd worden om te bewegen (GRADE 1B, WOREL 2016; GRADE 1B, FMS 2018)		
Patiënten met chronisch nierinsufficiëntie moeten aangemoedigd worden om niet te roken (GRADE 1B, WOREL 2016; GRADE 1C, FMS 2018).		
De diëtist ondersteunt het zelfmanagement van de patiënt (GPP, WOREL 2016).		

## 2. Barrières

Tijdens dit tweede deel van de vragenlijst identificeren we mogelijke barrières voor de implementatie van aanbevelingen uit de dieetrichtlijn. Een duidelijk overzicht van barrières is cruciaal voor een goede implementatie. Aan de hand van een literatuurstudie werd een eerste set van barrières opgesteld.

**U mag het aangeven als er bepaalde barrières onduidelijk zijn. Daarnaast mag u deze steeds aanvullen door wijzigingen bij te houden in het document. (Taakbalk bovenaan in Word: ‘Controleren’ > ‘Wijzigingen bijhouden’). Indien er barrières irrelevant of niet van toepassing zijn, mag u deze doorstrepen.**

*Opmerking: De barrières zijn algemeen geformuleerd, en niet specifiek voor bepaalde aanbevelingen. U mag ook barrières toevoegen voor specifieke aanbevelingen uit de dieetrichtlijn.*

NIVEAU	BARRIÈRES
<b>Klinische richtlijn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De aanbevelingen uit de richtlijn zijn niet toepasbaar in de praktijk</li> <li>• De richtlijn (bv. zelfmanagement) is mogelijk niet op elke patiënt van toepassing en moet individueel ingeschat worden</li> <li>• Gebruik van richtlijn leidt tot overconsumptie als deze op multidisciplinair niveau gehanteerd wordt</li> <li>• Gebrek aan uniforme richtlijnen bemoeilijkt een uniforme beleidsvoering over de disciplines heen</li> <li>• Er is geen elektronisch dossierondersteunend systeem dat de relevante klinische richtlijnen aanbiedt tijdens de consultatie (Evidence Linker) voor diëtisten</li> <li>• <i>(verder aan te vullen)</i></li> </ul>
<b>Individuele professional</b>	<p><u>Kennis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebrek aan kennis over het bestaan van de richtlijn</li> <li>• Gebrek aan kennis over de inhoud van de richtlijn</li> <li>• Gebrek aan alertheid en aandacht om de richtlijn consequent toe te passen</li> <li>• Evidence-based practice is onvoldoende gekend bij diëtisten</li> <li>• Navormingen zijn onvoldoende afgestemd op chronische zorg</li> <li>• Navormingen zijn onvoldoende afgestemd op multidisciplinaire samenwerking</li> <li>• Navormingen zijn onvoldoende afgestemd op zelfmanagement</li> <li>• Beperkte financiële middelen voor educatie/navormingen</li> </ul>

- Het concept 'patiënt empowerment' is bij zorgverleners niet ingeburgerd
- Nadruk op gezondheidsbevordering (in plaats van ziektebestrijding) is bij zorgverleners niet ingeburgerd
- Zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende kennis over het concept 'geplande zorg': zorgnoden en zorgdoelen herkennen, een zorgplan opstellen en hoe daarmee om te gaan
- Zorgverleners zien vaak alleen het 'hier en nu' in hun eigen praktijkvoering. Zij zien het bredere plaatje van gezondheidszorg en de maatschappelijk context onvoldoende
- Tegenstrijdige eisen van aanbevelingen door comorbiditeiten bij de patiënt
- *(verder aan te vullen)*

#### Zelfvertrouwen

- Gebrek aan vertrouwen in het communiceren van de complexiteit van CNI
- *(verder aan te vullen)*

#### Vaardigheden

- Beperkte informaticavaardigheden
- Beperkte educatievaardigheden
- Beperkte vaardigheid in voedingsbehandeling van CNI vanuit de eerstelijnszorg door diëtist
- Zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende zicht op de mogelijkheden van ICT en e-Health voor kwaliteitsverbetering van de chronische zorg
- Diëtisten krijgen onvoldoende feedback over hun werking van de patiënt
- *(verder aan te vullen)*

#### Weerstand tot verandering

- Jarenlange praktijkervaring houdt diëtisten tegen om volgens vernieuwde richtlijnen te gaan werken
- Er is weerstand tegen het opgeven van de volledige zelfstandigheid bij het maken van beslissingen/het geven van adviezen
- Noden van individu primeren boven het gebruik van de standaardprocedures in de richtlijn
- *(verder aan te vullen)*

#### Omgevingsfactoren

- Tijdsgebrek (richtlijn lezen)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tijdsgebrek (aanbevelingen opvolgen)</li> <li>• Tijdsgebrek (om de patiënt alle adviezen te geven tijdens één consultatie)</li> <li>• Geen tools om aanbevelingen in de praktijk toe te passen</li> <li>• Diëtisten hebben geen standaard systemen om administratieve gegevens te delen met andere disciplines</li> <li>• De kosten van administratieve software (bv. Nutrilink)</li> <li>• Navormingen om vlot met administratieve software (bv. Nutrilink) te werken kosten ook tijd en geld</li> <li>• <i>(verder aan te vullen)</i></li> </ul>
<b>Patiënt</b>	<p><u>Kennis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geringe basiskennis gezondheidsrisico's van CNI</li> <li>• Beperkte toegang tot betrouwbare informatie over CNI</li> <li>• Lage bereidheid om te leren</li> <li>• <i>(verder aan te vullen)</i></li> </ul> <p><u>Vaardigheden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beperkte gezondheidsvaardigheden</li> <li>• Beperkte rekenvaardigheid</li> <li>• De patiënt loopt verloren in het overaanbod van informatie (o.a. Google).</li> <li>• Te veel patiënten kunnen of willen nog niet mee in het verhaal van patiënt empowerment.</li> <li>• <i>(verder aan te vullen)</i></li> </ul> <p><u>Omgevingsfactoren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebrek aan sociale steun van familie, vrienden, zorgverleners, andere patiënten,...</li> <li>• Weerstand van sociale omgeving</li> <li>• <i>(verder aan te vullen)</i></li> </ul> <p><u>Restrictie/normalisatie van voedingsinname</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantal comorbiditeiten</li> <li>• Aantal restricties in voeding in functie van stadium van CNI of bloedwaarden</li> <li>• Gebrek aan manieren om inname van voedingsstoffen te verminderen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen CNI-gerelateerde symptomen ervaren</li> <li>• Zorgverleners zijn niet genoeg patiëntgericht</li> <li>• Zorgverleners hebben onvoldoende tijd om te ondersteunen</li> <li>• Dieet arm aan te beperken voedingsstoffen kost veel tijd en energie</li> <li>• Dieet arm aan te beperken voedingsstoffen is asociaal</li> <li>• Onvoldoende kennis over hoe de inname van te beperken voedingsstoffen te verminderen</li> <li>• <i>(verder aan te vullen)</i></li> </ul> <p><u>Financiële barrières</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beperkte terugbetaling voor voedingsadvies bij diëtist</li> <li>• <i>(verder aan te vullen)</i></li> </ul> <p><u>Andere</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comorbiditeiten</li> <li>• Wensen van individu in conflict met aanbevelingen uit richtlijn</li> <li>• Waarden en normen die de attitude mee vormen in conflict met aanbevelingen uit richtlijn</li> <li>• <i>(verder aan te vullen)</i></li> </ul>
<b>Sociale context</b>	<p><u>Samenwerking met andere diëtisten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende kennis over het management van chronische zorg (wat is ieders taak, welke tools kan men daarbij gebruiken: ICT, sociale kaart,...).</li> <li>• <i>(verder aan te vullen)</i></li> </ul> <p><u>Samenwerking met andere professionals</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afwezigheid van multidisciplinair zorgteam</li> <li>• Teamwork vergt veel energie</li> <li>• Er is onduidelijkheid en onenigheid over de taakverdeling: de competenties en taken van de verschillende beroepsgroepen zijn niet voldoende afgebakend.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De competenties en taken van de verschillende beroepsgroepen zijn niet voldoende gekend.</li> <li>• Er is een gebrek aan duidelijkheid rond het concept 'case-management' (voor welke patiënten? nieuwe functie of gewoon een zorgverlener uit het zorgteam?).</li> <li>• Er is onduidelijkheid en onenigheid over de taakverdeling: het nut van nieuwe functies wordt niet altijd erkend door de gevestigde beroepsgroepen.</li> <li>• Zorgverleners uit verschillende disciplines kennen elkaar niet.</li> <li>• Vernieuwing en concepten beperken zich nog te veel tot de eigen lijn.</li> <li>• Gebrek aan taakafspraken en taakverdeling leidt meer tot concurrentie dan tot samenwerking.</li> <li>• Afwezigheid van een vaste referentie-huisarts.</li> <li>• Zorgverleners uit verschillende disciplines kijken door een andere 'lens' naar dezelfde problematiek, maar beseffen dit gegeven niet.</li> <li>• Er is onvoldoende mogelijkheid om gegevens in te zien of uit te wisselen tussen de softwarepakketten van de verschillende zorgverleners in de eerste lijn.</li> <li>• Er zijn verschillende snelheden bij het implementeren van nieuwe software, ICT-toepassingen, zorgmethodes bij de verschillende disciplines in de eerste lijn (bv. éénlijn.be).</li> <li>• Bij ICT-communicatie is het onduidelijk welke zorgverlener welke gegevens mag inzien.</li> <li>• Een gebrek aan consensus over wanneer de patiënt voor te lichten</li> <li>• Er is onduidelijkheid over hoe een 'gedeeld patiëntendossier' eruitziet</li> <li>• Bij chronische zorg vormen 'zorg en welzijn' één geheel. In de praktijk werken die gescheiden van elkaar met onvoldoende duidelijkheid over de verantwoordelijkheden.</li> <li>• Inefficiënt verwijzingsstelsel tussen arts en diëtist</li> <li>• <i>(verder aan te vullen)</i></li> </ul>
<b>Organisatiecontext</b>	<p><u>Transmuraliteit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat continuïteit van zorg betreft, is er een probleem met de naadloze overgang tussen zorg in de eerste lijn en ziekenhuiszorg en omgekeerd.</li> <li>• De eerste lijn kent onvoldoende de dynamiek en werkprocessen van het ziekenhuis en omgekeerd.</li> <li>• De noodzaak tot transmuraliteit tussen eerste en tweede lijn wordt onderschat.</li> <li>• Transmuraal teamwork is in de huidige gezondheidszorgorganisatie moeilijk te organiseren.</li> <li>• Consistente bereikbaarheid van tweede lijn is een drempel om optimaal multidisciplinair te werken volgens de principes van de richtlijn</li> </ul>



- Ontoereikende interpersoonlijke relatie met tweede lijn
- Er bestaat geen eenduidig beleid, noch interactie tussen eerste lijn en ziekenhuizen.
- Uitwisseling van gegevens tussen software in de eerste lijn en software van specialisten is onbestaande.
- *(verder aan te vullen)*

#### Zorgmodellen

- Gebrek aan interdisciplinaire zorgmodellen
- Gebrek aan patiënt centered care
- *(verder aan te vullen)*

#### Zorgtraject/zorgpaden

- Zorgverleners worden onvoldoende geconsulteerd bij de ontwikkeling van zorgpaden
- De Belgische 'vertaling' van het CCM naar zorgtrajecten was te administratief waardoor de zorgtrajecten een deel van hun aantrekkelijkheid verloren.
- *(verder aan te vullen)*

#### Omgevingsfactoren

- ICT-tools (sociale kaart, EBPracticenet,...) vragen regelmatige input en updates: dit moet georganiseerd en gefinancierd worden.
- Om chronische zorg volgens CCM toe te passen zijn er belangrijke investeringen in hard- en software noodzakelijk (zowel bij de individuele zorgverlener als door overheid).
- Informaticaprogramma's en elektronische communicatiesystemen zijn nog te onstabiel en vallen te veel uit om de zorgverleners op een vlotte manier te ondersteunen.
- Afwezigheid van uitgebreide sociale kaart
- Bijsturing in de organisatie van chronische zorg gebeurt nu te veel door fragmentarische interventies die de bestaande knelpunten niet ten gronde oplossen.
- *(verder aan te vullen)*

<p><b>Economische en politieke context</b></p>	<p><u>Wetgeving</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het toepassen van de privacywetgeving maakt de communicatie zo complex dat het moeilijk werkbaar is.</li> <li>• <i>(verder aan te vullen)</i></li> </ul> <p><u>Kwaliteitsverbetering</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestatiebetaling remt de kwaliteitsverbetering van chronische zorg: overleg, planning, teamwork,... worden niet vergoed (gebrek aan incentives voor individuele zorgverleners).</li> <li>• De zorgverleners worden te eenzijdig betaald op basis van geleverde prestaties.</li> <li>• De heersende versnippering met overlap in bevoegdheden tussen de overlegplatformen op het mesoniveau (ELZ,...) is een belangrijk knelpunt dat kwaliteitsverbetering in de chronische zorg in de weg staat.</li> <li>• Er bestaat voorlopig nog geen accrediteringssysteem voor diëtisten.</li> <li>• Administratie in chronische zorg slokt te veel overheidsbudget op.</li> <li>• De administratieve overlast is onverenigbaar met de huidige werksituatie van de eerstelijnszorgverleners</li> <li>• Procedures worden top-down opgelegd. Er is weinig interactie tussen overheid en de basis van de zorgverleners/ patiënten.</li> <li>• <i>(verder aan te vullen)</i></li> </ul>
--	--

### 3. Referentielijst

1. Domus Medica. (2015). *Kwalitatieve chronische zorg in Vlaanderen: belemmerende en bevorderende factoren*.
2. Bollaerts, S. (2020). Implementatie en evaluatie van de aanbeveling over chronische nierinsufficiëntie: welke barrières en nadelen ervaren huisartsen bij het gebruik van de richtlijn *Chronisch nierlijden (multidisciplinaire aanpak)*?
3. Burnier, M., & Fouque, D. (2020). The unsolved challenge of implementing sustained reductions of sodium intake in patients with chronic kidney disease. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, gfaa268. Advance online publication.
4. Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ (Clinical research ed.)*, 335(7609), 24–27.
5. Hall-McMahon E., Campbell, K. (2012). Have Renal Dietitians Successfully Implemented Evidence-Based Guidelines Into Practice? A Survey of Dietitians Across Australia and New Zealand. *Journal of Renal Nutrition*: 22(6), 584-591.
6. Narva, A. S., Norton, J. M., & Boulware, L. E. (2016). Educating Patients about CKD: The Path to Self-Management and Patient-Centered Care. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN*, 11(4), 694–703.
7. Tam-Tham, H., Hemmelgarn, B. R., Campbell, D. J., Thomas, C. M., Fruetel, K., Quinn, R. R., & King-Shier, K. M. (2016). Primary care physicians' perceived barriers, facilitators and strategies to enhance conservative care for older adults with chronic kidney disease: a qualitative descriptive study. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 31(11), 1864–1870.



Bijlage 4: Vragenlijst - ranking van belemmerende en bevorderende factoren voor dieetaanbevelingen (NL)

## 1. Selectie aanbevelingen

Uit de eerste antwoordronde kwamen 12 aanbevelingen naar voor om verder mee te nemen in het project. Deze 12 aanbevelingen worden weergegeven in onderstaande tabel. Er is geen consensus over alle aanbevelingen. Daarom werden enkele argumenten pro en contra (die voortkwamen uit de eerste vragenlijst) toegevoegd. U mag bij iedere aanbeveling aanduiden of u deze voldoende belangrijk vindt om mee te nemen tijdens het verdere verloop van het implementatieproject (ja) of niet (nee). Er is ruimte voorzien voor opmerkingen.

IS DE IMPLEMENTATIE VAN DEZE AANBEVELING PRIORITAIR?	JA	NEE
<p><b>De dieetbehandeling wordt begeleid door een diëtist, in nauwe <u>samenwerking</u> met een arts of andere zorgverstrekker.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Vooraf communicatie en samenwerking is een struikelblok in de eerste lijn. Je hebt als diëtist niet altijd toegang tot alle benodigde gegevens.</i></li> <li>- <i>Vaak mist een volledig dieetvoorschrift 'dieet bij chronisch nierlijden'</i></li> <li>- <i>Belang van multidisciplinair werken. De arts blijft de voorschrijver van het dieet.</i></li> </ul>		
<p><b>Bij patiënten met CNI stadium 3-4 kan er overwogen worden om regelmatig een voedingscreening uit te voeren (minstens tweejaarlijks), om (een risico op) <u>eiwit-energie ondervoeding</u> op te sporen (GPP).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Logisch en al ingeburgerd</i></li> <li>- <i>Dit kan ook door de arts ingeschat worden</i></li> <li>- <i>Zeker zinvol. Dit wordt ook niet op ambulante raadpleging in ieder ziekenhuis gedaan</i></li> </ul>		

<p>Patiënten met chronische nierinsufficiëntie moeten aangemoedigd worden om een <u>gezond gewicht</u> te bekomen/behouden (BMI 18,5 tot en met 24,9 kg/m<sup>2</sup>) (GRADE 1B).</p>		
<p>Bij chronische nierinsufficiëntie wordt een adequate <u>energie-inname</u> (30-35 kcal/kg/dag) aangeraden (GRADE 2B).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Niet altijd evident om patiënten te doen vermageren en terzelfdertijd eiwit/energieondervoeding te voorkomen (en bv aan de regel van 30-35 kcal/kg/dag te voldoen)</i></li> </ul>		
<p>Er wordt een <u>eiwitinname</u> van 0,8 g/kg/dag aanbevolen (GRADE 2B). Een eiwitinname lager dan 0,6 g/kg ideaal LG/dag is af te raden vanwege het risico op energie eiwit ondervoeding (GRADE 2B). Een te hoge eiwitinname (&gt; 1,3 g/kg ideaal LG/dag) wordt eveneens best vermeden (GRADE 2C).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Zeer relevant. Ik vermoed niet door iedereen bekend</i></li> <li>- <i>Dit zou ondertussen iedereen moeten weten (vanuit de opleiding)</i></li> </ul>		
<p>De diëtist moedigt de patiënt aan om een dieet te volgen dat de dagelijkse aanbevelingen voor vitamines en mineralen bevat (GPP).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Belangrijk inderdaad want er zou een te restrictief effect kunnen optreden bv naar kalium (wat vaak in gezonde producten zit) daar waar het niet nodig is waardoor de patiënt minder gezond kan eten.</i></li> <li>- <i>Tekorten worden in het geval van kalium- en fosfaatbeperking eerder aangevuld met supplementen</i></li> <li>- <i>Dieet versus gezonde voeding</i></li> </ul>		
<p>Er wordt een <u>zoutinname</u> van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag aangeraden (GRADE 1C).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Belangrijk om weten en mogelijk niet door elke eerstelijns diëtist gekend</i></li> </ul>		
<p>Geef personen met chronische nierinsufficiëntie dieetadvies (door een erkende diëtist) omtrent <u>fosfaatinname</u> op maat van de lab (GRADE 1B). Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is (GRADE 1B). Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven) bij het geven van voedingsadvies (GPP).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ik vermoed dat dit minder bekend is bij eerstelijns diëtistes.</i></li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kennis 1<sup>ste</sup> lijn hiervan voldoende?</li> </ul>		
<p><b>Geef personen met chronische nierinsufficiëntie dieetadvies (door een erkende diëtist) omtrent <u>kaliuminname</u> op maat van de labowaarden (GRADE 1B). Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden (GPP).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kennis 1<sup>ste</sup> lijn hiervan voldoende?</li> <li>- Concrete aanbeveling ontbreekt (wat is te hoog?): gebrek aan wetenschappelijk bewijs en uniformiteit</li> <li>- Lijkt me algemeen geweten. Echter we zijn opnieuw afhankelijk van bloedresultaten waartoe we moeilijk toegang hebben. Een te vroege kaliumrestrictie is nefast + werkt constipatie in de hand</li> <li>- Zeker niet preventief beperken!</li> </ul>		
<p><b>Patiënten met chronische nierinsufficiëntie moeten aangemoedigd worden om te <u>bewegen</u> (GRADE 1B).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- We mogen dit niet vergeten vermelden aan de patiënt</li> <li>- Is dit de taak van de diëtist?</li> </ul>		
<p><b>Patiënten met chronisch nierinsufficiëntie moeten aangemoedigd worden om <u>niet te roken</u> (GRADE 1B).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- We mogen dit niet vergeten vermelden aan de patiënt</li> <li>- Is dit de taak van de diëtist?</li> </ul>		
<p><b>De diëtist ondersteunt het <u>zelfmanagement</u> van de patiënt (GPP).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nog onvoldoende</li> <li>- Gedeeltelijk multidisciplinair</li> </ul>		

## 2. Selectie barrières

Tijdens dit tweede deel van de vragenlijst gaan we op zoek naar de belangrijkste barrières waarop we met dit project kunnen inzetten.

**Bij iedere aanbeveling ziet u (ter inspiratie) een lijst van barrières en verschillende kolommen waarin u de barrières kunt plaatsen (o.b.v. belangrijkheid en veranderbaarheid). U mag voor elke barrière aangeven in welke kolom deze thuis hoort, door de barrière naar die kolom te slepen (of te kopiëren en plakken). U hoeft niet elke barrière in de kolommen in te delen (bv. indien deze minder sterk aanwezig of niet van toepassing is). U mag ook aanvullen met andere barrières waaraan u denkt.**

Barrières die in de vorige ronde werden geschrapt door meerdere experts werden weggelaten.



## Overzicht van barrières die voor meerdere aanbevelingen van toepassing kunnen zijn:

### Gezondheidsprofessional

- Gebrek aan zelfvertrouwen in het advies geven aan een CNI-patiënt, veel eerstelijnsdiëtisten “beginnen er niet aan” en verwijzen door.
- Sommige aanbevelingen uit de richtlijn zijn niet toepasbaar in de praktijk (*vul aan waarom indien u deze barrière selecteert*)
- Gebruik van richtlijn leidt tot overconsumptie als er onvoldoende multidisciplinair overleg is
- Gebrek aan uniforme richtlijnen bemoeilijkt een uniforme beleidsvoering over de disciplines heen
- Gebrek aan kennis over het bestaan van de richtlijn
- Gebrek aan kennis over de inhoud van de richtlijn
- Gebrek aan alertheid en aandacht om de richtlijn consequent toe te passen
- Tijdsgebrek (richtlijn lezen)
- Tijdsgebrek (aanbevelingen opvolgen)
- Tijdsgebrek (om de patiënt alle adviezen te geven tijdens één consultatie)
- Evidence-based practice is onvoldoende gekend bij diëtisten
- Navormingen zijn onvoldoende afgestemd op chronische zorg
- Onvoldoende navorming over dynamiek en werkprocessen van het ziekenhuis en in de eerste lijn
- Onvoldoende organisatie van vaardigheidstrainingen voor eerstelijnsdiëtist/ onvoldoende financieel gestimuleerd om dit soort training te volgen
- Beperkte financiële middelen voor educatie/navormingen
- Gebrek aan flexibiliteit bij het interpreteren van de richtlijn
- Beperkte mogelijkheid tot bijscholing
- Gebrek aan zelfstudie
- Er is geen elektronisch dossierondersteunend systeem dat de relevante klinische richtlijnen aanbiedt tijdens de consultatie (Evidence Linker) voor diëtisten. Bij huisartsen is dit wel het geval.
- Het elektronisch dossierondersteunend systeem tussen de eerste en tweede lijn is onvoldoende gekend of uitgewerkt voor paramedici (artsen, verpleegkundigen,... kunnen dit wel al gebruiken)
- Er is onvoldoende mogelijkheid om gegevens in te zien of uit te wisselen tussen de softwarepakketten van de verschillende zorgverleners in de eerste lijn.
- Beperkte informaticavaardigheden bij de zorgprofessional
- Zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende zicht op de mogelijkheden van ICT en e-Health voor kwaliteitsverbetering van de chronische zorg
- Diëtisten krijgen onvoldoende feedback over hun werking van de patiënt
- Noden van individu primeren boven het gebruik van de standaardprocedures in de richtlijn
- Onvoldoende marge in de richtlijn om rekening te houden met wensen en verwachtingen van patiënt met betrekking tot zijn leven, ziekte en behandeling
- Diëtisten hebben geen standaard systemen om administratieve gegevens te delen met andere disciplines
- Er zijn verschillende snelheden bij het implementeren van nieuwe software, ICT-toepassingen, zorgmethodes bij de verschillende disciplines in de eerste lijn (bv. éénlijn.be).



- Bij ICT-communicatie is het onduidelijk welke zorgverlener welke gegevens mag inzien.
- De kosten van administratieve software (bv. Nutrilink)
- Navormingen om vlot met administratieve software (bv. Nutrilink) te werken kosten ook tijd en geld
- Een gebrek aan consensus over wanneer de patiënt voor te lichten
- De zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende kennis over het management van chronische zorg (wat is ieders taak, welke tools kan men daarbij gebruiken: ICT, sociale kaart,...).
- Wat continuïteit van zorg betreft, is er een probleem met de naadloze overgang tussen zorg in de eerste lijn en ziekenhuiszorg en omgekeerd.
- De eerste lijn kent onvoldoende de dynamiek en werkprocessen van het ziekenhuis en omgekeerd.
- De noodzaak tot transmuraliteit tussen eerste en tweede lijn wordt onderschat.
- Transmuraal teamwork is in de huidige gezondheidszorgorganisatie moeilijk te organiseren.
- Consistente bereikbaarheid van tweede lijn is een drempel om optimaal multidisciplinair te werken volgens de principes van de richtlijn
- Ontoereikende interpersoonlijke relatie met tweede lijn
- Er bestaat geen eenduidig beleid, noch interactie tussen eerste lijn en ziekenhuizen.
- Uitwisseling van gegevens tussen software in de eerste lijn en software van specialisten is onbestaande.
- Zorgmodellen blijven weinig concreet en er is weinig ondersteuning/coördinatie/opvolging om ze concreet uit te bouwen in de praktijk
- Gebrek aan patiënt centered care
- Zorgverleners worden onvoldoende geconsulteerd bij de ontwikkeling van zorgpaden
- De Belgische 'vertaling' van het CCM naar zorgtrajecten was te administratief waardoor de zorgtrajecten een deel van hun aantrekkelijkheid verloren.
- ICT-tools (sociale kaart, EBPracticenet,...) vragen regelmatige input en updates: dit moet georganiseerd en gefinancierd worden.
- Om chronische zorg volgens CCM toe te passen zijn er belangrijke investeringen in hard- en software noodzakelijk (zowel bij de individuele zorgverlener als door overheid).
- Informaticaprogramma's en elektronische communicatiesystemen zijn nog te onstabiel en vallen te veel uit om de zorgverleners op een vlotte manier te ondersteunen.
- Bijsturing in de organisatie van chronische zorg gebeurt nu te veel door fragmentarische interventies die de bestaande knelpunten niet ten gronde oplossen.
- Het toepassen van de privacywetgeving maakt de communicatie zo complex dat het moeilijk werkbaar is.
- Prestatiebetaling remt de kwaliteitsverbetering van chronische zorg: overleg, planning, teamwork,... worden niet vergoed (gebrek aan incentives voor individuele zorgverleners).
- De zorgverleners worden te eenzijdig betaald op basis van geleverde prestaties.
- De heersende versnippering met overlap in bevoegdheden tussen de overlegplatformen op het mesoniveau (ELZ,...) is een belangrijk knelpunt dat kwaliteitsverbetering in de chronische zorg in de weg staat.
- Er bestaat voorlopig nog geen accrediteringssysteem voor diëtisten.
- De administratieve overlast is onverenigbaar met de huidige werksituatie van de eerstelijnszorgverleners
- Procedures worden top-down opgelegd. Er is weinig interactie tussen overheid en de basis van de zorgverleners/ patiënten.
- ...



### Patiënt:

- Beperkte gezondheidsvaardigheden bij de patiënt
- De patiënt loopt verloren in het overaanbod van informatie (o.a. Google).
- Aantal comorbiditeiten
- Aantal restricties in voeding in functie van stadium van CNI of bloedwaarden
- Geen CNI-gerelateerde symptomen ervaren
- Onvoldoende kennis over hoe de inname van te beperken voedingsstoffen te verminderen
- Beperkte terugbetaling voor voedingsadvies bij diëtist
- Wensen van individu in conflict met aanbevelingen uit richtlijn
- Waarden en normen die de attitude mee vormen in conflict met aanbevelingen uit richtlijn
- Ontoereikende interpersoonlijke relatie met tweede lijn
- Er bestaat geen eenduidig beleid, noch interactie tussen eerste lijn en ziekenhuizen.
- Geringe basiskennis gezondheidsrisico's en gevolgen op termijn van CNI
- Onvoldoende probleemoplossende vaardigheden of ondersteuning hierin
- Beperkte toegang tot informatie of zorgverlening
- Onvoldoende focus op bevestiging van de inspanningen die de patiënt al wel leverde (focus te veel op wat nog niet goed is)
- Onvoldoende kennis/informatie over alternatieven
- Financiële mogelijkheden (bv. dieetproducten)
- ...



## AANBEVELING 1:

***De dieetbehandeling wordt begeleid door een diëtist, in nauwe samenwerking met een arts of andere zorgverstrekker.***

Overzicht potentiële barrières (ter inspiratie, lijst mag aangevuld worden):

- Inefficiënt verwijzingssysteem tussen arts en diëtist
- Geen duidelijk dieetvoorschrift, weinig communicatie tussen arts-diëtist 1ste lijn
- Zorgverleners uit verschillende disciplines kennen elkaar niet.
- Zorgverleners kijken enkel vanuit hun eigen expertise/bril
- Zorgverleners in de eerste lijn hebben onvoldoende kennis over het concept 'geplande zorg': zorgnoden en zorgdoelen herkennen, een zorgplan opstellen en hoe daarmee om te gaan
- Er is weerstand tegen het opgeven van de volledige zelfstandigheid bij het maken van beslissingen/het geven van adviezen
- Afwezigheid van multidisciplinair zorgteam
- Er is onduidelijkheid en onenigheid over de taakverdeling: de competenties en taken van de verschillende beroepsgroepen zijn niet voldoende afgebakend.
- De competenties en taken van de verschillende beroepsgroepen zijn niet voldoende gekend
- Verkeerd voedingsadvies gegeven door arts of te restrictief waardoor ondervoeding optreed
- Vernieuwing en concepten beperken zich nog te veel tot de eigen lijn.
- Gebrek aan taakafspraken en taakverdeling leidt meer tot concurrentie dan tot samenwerking.
- Afwezigheid van een vaste huisarts waarmee samengewerkt wordt
- Zorgverleners uit verschillende disciplines kijken door een andere 'lens' naar dezelfde problematiek, maar beseffen dit gegeven niet.
- Er is onduidelijkheid over hoe een 'gedeeld patiëntendossier' eruitziet
- Bij chronische zorg vormen 'zorg en welzijn' één geheel. In de praktijk werken die gescheiden van elkaar met onvoldoende duidelijkheid over de verantwoordelijkheden.
- Weinig doorverwijzingen van huisartsen/nefrologen naar de eerste lijn
- Onvoldoende toegankelijkheid van, samenwerking met of consulting bij gespecialiseerd nefrologisch diëtiste
- Gebrek aan kennis bij huisarts waarmee eerstelijnsdiëtiste samenwerkt, met verkeerde voorschriften tot gevolg
- Gebrek aan vertrouwen om experts in het domein te consulteren, bv. dienst nefrologie
- Gebrek aan samenwerking met experts in het domein
- Geen of geen goede samenwerking met tweedelijnsdiëtisten indien patiënt daar ook gevolgd wordt
- Weinig communicatie tussen arts en diëtist uit de eerste lijn
- Nood aan goede educatie omtrent zorgtraject en doel diëtetische begeleiding bij huisartsen
- Gebrek aan gezamenlijk platform voor continuïteit van zorg
- Inzage in medisch dossier van de patiënt en goede interpretatie hiervan is gewenst
- Gebrek aan uniformiteit maakt het moeilijk om te veranderen
- Navormingen zijn onvoldoende afgestemd op multidisciplinaire samenwerking
- ...

STERK AANWEZIGE BARRIÈRE			MATIG AANWEZIGE BARRIÈRE			KAN IK NIET BEOORDELEN
Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	



## AANBEVELING 2:

***Bij patiënten met CNI stadium 3-4 kan er overwogen worden om regelmatig een voedingscreening uit te voeren (minstens tweemaal per jaar), om (een risico op) eiwit-energie ondervoeding op te sporen (GPP).***

Overzicht potentiële barrières (ter inspiratie, lijst mag aangevuld worden):

- Beperkte vaardigheid in voedingsbehandeling van CNI vanuit de eerstelijnszorg door diëtist
- ...

STERK AANWEZIGE BARRIÈRE			MATIG AANWEZIGE BARRIÈRE			KAN IK NIET BEOORDELEN
Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	

### AANBEVELING 3:

**Patiënten met chronische nierinsufficiëntie moeten aangemoedigd worden om een gezond gewicht te bekomen/behouden (BMI 18,5 tot en met 24,9 kg/m<sup>2</sup>) (GRADE 1B).**

Overzicht potentiële barrières (ter inspiratie, lijst mag aangevuld worden):

- Beperkte educatievaardigheden bij de zorgprofessional
- Beperkte vaardigheid in voedingsbehandeling van CNI vanuit de eerstelijnszorg door diëtist
- ...

STERK AANWEZIGE BARRIÈRE			MATIG AANWEZIGE BARRIÈRE			KAN IK NIET BEOORDELEN
Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	

## AANBEVELING 4:

*Bij chronische nierinsufficiëntie wordt een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) aangeraden (GRADE 2B).*

Overzicht potentiële barrières (ter inspiratie, lijst mag aangevuld worden):

- Tegenstrijdige eisen van aanbevelingen door comorbiditeiten bij de patiënt
- Beperkte vaardigheid in voedingsbehandeling van CNI vanuit de eerstelijnszorg door diëtist
- ...

STERK AANWEZIGE BARRIÈRE			MATIG AANWEZIGE BARRIÈRE			KAN IK NIET BEOORDELEN
Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	

## AANBEVELING 5:

*Er wordt een eiwitname van 0,8 g/kg/dag aanbevolen (GRADE 2B). Een eiwitname lager dan 0,6 g/kg ideaal LG/dag is af te raden vanwege het risico op energie eiwit ondervoeding (GRADE 2B). Een te hoge eiwitname (> 1,3 g/kg ideaal LG/dag) wordt eveneens best vermeden (GRADE 2C).*

Overzicht potentiële barrières (ter inspiratie, lijst mag aangevuld worden):

- Tegenstrijdige eisen van aanbevelingen door comorbiditeiten bij de patiënt
- Beperkte vaardigheid in voedingsbehandeling van CNI vanuit de eerstelijnszorg door diëtist
- ...

STERK AANWEZIGE BARRIÈRE			MATIG AANWEZIGE BARRIÈRE			KAN IK NIET BEOORDELEN
Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	



## AANBEVELING 6:

*De diëtist moedigt de patiënt aan om een dieet te volgen dat de dagelijkse aanbevelingen voor vitaminen en mineralen bevat (GPP).*

Overzicht potentiële barrières (ter inspiratie, lijst mag aangevuld worden):

- Beperkte educatievaardigheden bij de zorgprofessional
- Beperkte vaardigheid in voedingsbehandeling van CNI vanuit de eerstelijnszorg door diëtist
- Inzicht in bloedwaarden is vereist
- Gebrek aan zelfvertrouwen in het advies geven aan een CNI-patiënt, veel eerstelijnsdiëtisten “beginnen er niet aan” en verwijzen door.
- Beperkte vaardigheden rond motiverende gespreksvoering
- Toegang tot dieetbrochures met visuele communicatie
- Zorgverleners zijn niet genoeg patiëntgericht
- Zorgverleners hebben onvoldoende tijd om te ondersteunen
- ...

STERK AANWEZIGE BARRIÈRE			MATIG AANWEZIGE BARRIÈRE			KAN IK NIET BEOORDELEN
Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	

## AANBEVELING 7:

Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag aangeraden (GRADE 1C).

Overzicht potentiële barrières (ter inspiratie, lijst mag aangevuld worden):

- Beperkte educatievaardigheden bij de zorgprofessional
- Beperkte vaardigheid in voedingsbehandeling van CNI vanuit de eerstelijnszorg door diëtist
- Inzicht in bloedwaarden is vereist
- Gebrek aan zelfvertrouwen in het advies geven aan een CNI-patiënt, veel eerstelijnsdiëtisten “beginnen er niet aan” en verwijzen door.
- Beperkte vaardigheden rond motiverende gespreksvoering
- Toegang tot dieetbrochures met visuele communicatie
- Zorgverleners zijn niet genoeg patiëntgericht
- Zorgverleners hebben onvoldoende tijd om te ondersteunen
- ...

STERK AANWEZIGE BARRIÈRE			MATIG AANWEZIGE BARRIÈRE			KAN IK NIET BEOORDELEN
Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	

## AANBEVELING 8:

***Geef personen met chronische nierinsufficiëntie dieetadvies (door een erkende diëtist) omtrent fosfaat op maat van de labowaarden (GRADE 1B). Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is (GRADE 1B). Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven) bij het geven van voedingsadvies (GPP).***

Overzicht potentiële barrières (ter inspiratie, lijst mag aangevuld worden):

- Beperkte educatievaardigheden bij de zorgprofessional
- Beperkte vaardigheid in voedingsbehandeling van CNI vanuit de eerstelijnszorg door diëtist
- Inzicht in bloedwaarden is vereist
- Inzicht in medische voorgeschiedenis
- Gebrek aan zelfvertrouwen in het advies geven aan een CNI-patiënt, veel eerstelijnsdiëtisten “beginnen er niet aan” en verwijzen door.
- Beperkte vaardigheden rond motiverende gespreksvoering
- Duidelijkheid inzake dieetbeperkingen
- Tegenstrijdige eisen van aanbevelingen door comorbiditeiten bij de patiënt
- Beperkte vaardigheid in voedingsbehandeling van CNI vanuit de eerstelijnszorg door diëtist
- Gebrek aan vertrouwen in het communiceren van de complexiteit van CNI
- Toegang tot dieetbrochures met visuele communicatie
- Zorgverleners zijn niet genoeg patiëntgericht
- Zorgverleners hebben onvoldoende tijd om te ondersteunen
- ...

### *Patiënt*

- Gebrek aan sociale steun van familie, vrienden, zorgverleners, andere patiënten,...
- Weerstand van sociale omgeving
- Dieet arm aan te beperken voedingsstoffen kost veel tijd en energie
- Dieet arm aan te beperken voedingsstoffen is asociaal
- Weinig aangepaste kant-en-klare maaltijden voorhanden
- Portiegrootte van vlees/vis is vaak niet aangepast indien de patiënt inkopen doet
- Beperkte beschikbaarheid dieetproducten
- Huidige voedingslabels zijn onvolledig (bv.fosfaat) en moeilijk leesbaar (E-nummers) en interpreteerbaar
- ...



STERK AANWEZIGE BARRIÈRE			MATIG AANWEZIGE BARRIÈRE			KAN IK NIET BEOORDELEN
Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	



## AANBEVELING 9:

**Geef personen met chronische nierinsufficiëntie dieetadvies (door een erkende diëtist) omtrent kaliuminname op maat van de labowaarden (GRADE 1B). Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden (GPP).**

Overzicht potentiële barrières (ter inspiratie, lijst mag aangevuld worden):

- Beperkte educatievaardigheden bij de zorgprofessional
- Beperkte vaardigheid in voedingsbehandeling van CNI vanuit de eerstelijnszorg door diëtist
- Inzicht in bloedwaarden is vereist
- Inzicht in medische voorgeschiedenis
- Gebrek aan zelfvertrouwen in het advies geven aan een CNI-patiënt, veel eerstelijnsdiëtisten “beginnen er niet aan” en verwijzen door.
- Beperkte vaardigheden rond motiverende gespreksvoering
- Duidelijkheid inzake dieetbeperkingen
- Tegenstrijdige eisen van aanbevelingen door comorbiditeiten bij de patiënt
- Beperkte vaardigheid in voedingsbehandeling van CNI vanuit de eerstelijnszorg door diëtist
- Gebrek aan vertrouwen in het communiceren van de complexiteit van CNI
- Toegang tot dieetbrochures met visuele communicatie
- Zorgverleners zijn niet genoeg patiëntgericht
- Zorgverleners hebben onvoldoende tijd om te ondersteunen
- ...

### Patiënt

- Gebrek aan sociale steun van familie, vrienden, zorgverleners, andere patiënten,...
- Weerstand van sociale omgeving
- Dieet arm aan te beperken voedingsstoffen kost veel tijd en energie
- Dieet arm aan te beperken voedingsstoffen is asociaal
- Weinig aangepaste kant-en-klare maaltijden voorhanden
- Portiegrootte van vlees/vis is vaak niet aangepast indien de patiënt inkopen doet
- Beperkte beschikbaarheid dieetproducten
- Huidige voedingslabels zijn onvolledig (bv.fosfaat) en moeilijk leesbaar (E-nummers) en interpreteerbaar
- ...



STERK AANWEZIGE BARRIÈRE			MATIG AANWEZIGE BARRIÈRE			KAN IK NIET BEOORDELEN
Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	



## AANBEVELING 10:

*Patiënten met chronische nierinsufficiëntie moeten aangemoedigd worden om te bewegen (GRADE 1B).*

Overzicht potentiële barrières (ter inspiratie, lijst mag aangevuld worden):

- Beperkte educatievaardigheden bij de zorgprofessional
- Beperkte vaardigheden rond motiverende gespreksvoering
- Toegang tot (dieet)brochures met visuele communicatie
- Zorgverleners zijn niet genoeg patiëntgericht
- Zorgverleners hebben onvoldoende tijd om te ondersteunen
- ...

STERK AANWEZIGE BARRIÈRE			MATIG AANWEZIGE BARRIÈRE			KAN IK NIET BEOORDELEN
Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	

## AANBEVELING 11:

*Patiënten met chronisch nierinsufficiëntie moeten aangemoedigd worden om niet te roken (GRADE 1B).*

Overzicht potentiële barrières (ter inspiratie, lijst mag aangevuld worden):

- Beperkte educatievaardigheden bij de zorgprofessional
- Beperkte vaardigheden rond motiverende gespreksvoering
- Zorgverleners zijn niet genoeg patiëntgericht
- Zorgverleners hebben onvoldoende tijd om te ondersteunen
- ...

STERK AANWEZIGE BARRIÈRE			MATIG AANWEZIGE BARRIÈRE			KAN IK NIET BEOORDELEN
Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	



## AANBEVELING 12:

**De diëtist ondersteunt het zelfmanagement van de patiënt (GPP).**

Overzicht potentiële barrières (ter inspiratie, lijst mag aangevuld worden):

- De richtlijn (bv. zelfmanagement) biedt onvoldoende mogelijkheden om toe te passen op elke individuele patiënt of kan onvoldoende aangepast worden aan de individuele patiënt
- Het concept 'patiënt empowerment' is bij zorgverleners niet ingeburgerd
- Beperkte educatievaardigheden bij de zorgprofessional
- Te veel patiënten kunnen of willen nog niet mee in het verhaal van patiënt empowerment.
- Beperkte vaardigheden rond motiverende gespreksvoering
- Navormingen zijn onvoldoende afgestemd op zelfmanagement
- Zorgverleners zijn niet genoeg patiëntgericht
- Zorgverleners hebben onvoldoende tijd om te ondersteunen
- ...

STERK AANWEZIGE BARRIÈRE			MATIG AANWEZIGE BARRIÈRE			KAN IK NIET BEOORDELEN
Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	Veranderbaar	Matig veranderbaar	Niet veranderbaar	

--- Bedankt ---





 **ebpracticenet**

**Cebam**  
Belgian Centre for Evidence-  
Based Medicine • Gastroenterology Belgium



## KWALITEITSINDICATOREN

### STRUCTUURINDICATOREN

*Geven informatie over randvoorwaarden en context organisatie waarbinnen zorg geleverd wordt (bv. veiligheidscultuur, correcte bestaffing, percentage medewerkers dat de nodige opleiding gevolgd heeft)*

#### ALGEMENE STRUCTUURINDICATOREN VOOR DIËTISTEN

Indicator	Opmerkingen	Mogelijke manier van meten	Referentie
Gebruik van gezondheidseducatiemateriaal		Vragenlijst: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neen, ik gebruik geen educatiemateriaal</li> <li>• Ja, eigen ontwikkeld materiaal</li> <li>• Ja, materiaal van collega's</li> <li>• Ja, gevalideerd educatiemateriaal nl. ...</li> </ul>	Gebaseerd op Vandenberghe et al. (2003)
Beschikken over recent gekalibreerde meetinstrumenten (weegschaal, lintmeter, ...)	Later toelichten in fiche wat bv. gekalibreerde weegschaal is		Gebaseerd op Vandenberghe et al. (2003)
Aanwezigheid/beschikbaarheid van een up-to-date dieetrichtlijn (die van toepassing is in de Belgische context)		Objectief: bestaat die richtlijn?  Subjectief: Vragenlijst <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ken je de richtlijn?</li> <li>• Gebruik je de richtlijn?</li> </ul>	Gebaseerd op Meijers et al. (2009) en Van Nie et al. (2014)
Opleiding/bijbscholing/e-learning/autodidactisch bijscholen (artikel, informatie verwerken en gebruiken) gevolgd		Vragenlijst: <p>“Heeft u zich de afgelopen [periode] bijgeschoold?”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja, via een navorming</li> <li>- E-learning</li> <li>- Artikel</li> <li>- Webinar</li> <li>- ...</li> </ul> <p>“Hoe lang is het geleden dat u zich heeft bijgeschoold over dit topic?”</p>	Gebaseerd op Meijers et al. (2009)
Documentering van de uitgevoerde interventies in een verslag		Eigen rapportage in patiëntdossier	Gebaseerd op Meijers et al. (2009)
Bepaling voedingsstatus tijdens eerste consultatie		Vragenlijst: Anamnese? (Kort/lang/...)	Gebaseerd op van Nie et al. (2014)

		<p>“Wordt de voedingsstatus van iedere patiënt bepaald tijdens de eerste consultatie?”</p> <p>+ Navragen of patiënt een programma volgt om zijn gewicht aan te passen</p>	
Informatiebrochure beschikbaar		<p>Vragenlijst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja/nee</li> <li>- Zelf gemaakt? Gevalideerd? Van welke organisatie? Kwaliteitsvol?</li> </ul>	Gebaseerd op van Nie et al. (2014)
Afstemming tussen diëtist en huisarts		<p>Vragenlijst:</p> <p>“Is er, naast de doorverwijzing, multidisciplinair overleg/afstemming met de huisarts?”</p> <p>“Bij twijfel/vragen, neem je dan contact op met de huisarts?”</p> <p>“Indien er afstemming is: hoe verloopt deze?” (online/telefoon/schriftelijke verslaggeving)</p> <p>Frequentie?</p>	Gebaseerd op Meijers et al. (2009)
Verslaggeving naar huisarts		<p>Vragenlijst:</p> <p>“Koppelt de diëtist de dieetbehandeling terug naar de huisarts?”</p>	Gebaseerd op Meijers et al. (2009)
Verslaggeving naar diëtist	huisartsindicator	<p>Voorschrift van de huisarts + specifieke bepaling van het dieetvoorschrift (Hoe concreet is dit? Soms gewoon ‘voedingsadvies bij nierwaarden’) + vermelding opname zorgtraject (+ stadium)</p> <p>bv. vermeldt u stadium met aandachtspunten dieet bv. gewicht, E, zout, Cardiovasculair, K, P, vocht?</p>	Gebaseerd op Meijers et al. (2009)
Noteren van voedingsinformatie in ‘medisch dossier’		<p>Worden kernboodschappen geregistreerd (zout, cardiovasculair, ...)?</p> <p>Op welke manier wordt er geregistreerd: programma (Nutrilink, Nubel, ...) of eigen systeem (Excel, papier, ...)?</p>	Gebaseerd op Diez-Garcia et al. (2013)

## STRUCTUURINDICATOREN SPECIFIEK VOOR CNI

Indicator	Opmerkingen	Mogelijke manier van meten	Referentie
Samenwerking met huisarts	Binnen zorgtraject verwijst huisarts door naar diëtist (dieetadvies wordt voorgeschreven door de huisarts)  Voornamelijk bij huisartsen te meten (huisartsindicator): verwijzen zij effectief iedereen met CNI 3b en 4 door naar diëtist?	Doorverwijsbrief/ zorgtrajectformulier	Gebaseerd op Vandenberghe et al. (2003)
Aanwezigheid/beschikbaarheid van een up-to-date dieetrichtlijn over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3-4 (die van toepassing is in de Belgische context)		Objectief: bestaat die richtlijn?  Subjectief: Vragenlijst <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ken je de richtlijn?</li> <li>• Gebruik je de richtlijn?</li> </ul>	Gebaseerd op Meijers et al. (2009) en Van Nie et al. (2014)
Type screeningsinstrument dat gebruikt wordt voor ondervoeding + frequentie		Vragenlijst	Bonaccorsi et al. (2015)
Aantal consultaties bij diëtist	In het zorgtraject worden 2 tot 4 consultaties van een half uur per jaar (gedeeltelijk) terugbetaald. De eerste consultatie duurt gewoonlijk een uur (voedingsanamnese etc.). Er worden dan meteen 2 consultaties aangerekend. De volgende consultatie dat jaar kan niet meer worden ingediend bij de mutualiteit. Hoe doen de diëtisten dat bij diegenen die maar 2 sessies hebben? (Betaalt de patiënt zelf de volle pot?)		Gebaseerd op Bonaccorsi et al. (2015)
Iedere patiënt wordt standaard gewogen tijdens de eerste consultatie	BMI	Vragenlijst: ja/nee	Gebaseerd op van Nie et al. (2014)
De lengte van iedere patiënt wordt standaard gemeten tijdens de eerste consultatie	BMI	Vragenlijst: ja/nee	Gebaseerd op van Nie et al. (2014)
Het patiëntdossier van iedere patiënt bevat een inschatting over diens risico op ondervoeding		Gebruik van gevalideerd instrument?	Gebaseerd op van Nie et al. (2014)

## PROCESINDICATOREN

Geven indicatie of handelingen correct uitgevoerd worden. Zijn vaak rechtstreeks beïnvloedbaar, meten de manier hoe iets gedaan wordt en vloeien meestal voort uit goede praktijk- en behandelingsrichtlijnen.

### ALGEMENE PROCESINDICATOREN VOOR DIËTISTEN

Indicator	Opmerkingen	Mogelijke manier om te meten	Referentie
Aantal diëtisten die nagaat in welke fase van gedragsverandering de patiënt zich bevindt		Vragenlijst waarbij de uitkomst van een vraag leidt tot de indeling in de volgende stadia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Precontemplatie</li> <li>- Contemplatie</li> <li>- Preparatie</li> <li>- Actie</li> <li>- Behoud</li> </ul> + opvolging verandering stadium	Zelf opgesteld

### PROCESINDICATOREN SPECIFIEK VOOR CNI

Indicator	Opmerkingen	Mogelijke manier van meten	Referentie
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 die begeleidt worden door een diëtist binnen het zorgtraject	GPP Huisartsindicator		Dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhauwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan de eetlust wordt opgevolgd en geëvalueerd	GPP		Dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhauwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan de voedingsinname wordt opgevolgd en geëvalueerd	GPP	Vragenlijst “Hoe wordt de voedingsinname van de patiënt gemeten?”	Dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhauwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan labowaarden worden opgevolgd en geëvalueerd	GPP Huisartsindicator Diëtist mag labowaarden zomaar niet interpreteren (theoretisch). Huisarts moet die opvolgen.	Diëtist: vragenlijst “Ontvang je de labowaarden spontaan van de huisarts?” / “Vraag je de labowaarden op bij de huisarts?”	Dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhauwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan antropometrie wordt opgevolgd en geëvalueerd	GPP		Dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhauwaert, 2020)

			Vanhouwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan de voeding minstens tweejaarlijks gescreend wordt om het risico op eiwit-energie ondervoeding op te sporen	GPP		Dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhouwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan de lichaamssamenstelling werd bepaald	GPP	Vragenlijst "Wordt de lichaamssamenstelling gemeten?"	Dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhouwaert, 2020)
		Methode?	
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarbij risico op ondervoeding wordt opgespoord	GPP	Screeningsinstrument?	Dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhouwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 die aangemoedigd worden om een gezond gewicht te bekomen/behouden (BMI 18,5 tot en met 24,9 kg/m <sup>2</sup> )	1B, Andere BMI-categorie bij ouderen		Dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhouwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarbij een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) wordt aangeraden	2B	Vragenlijst: "Hoe wordt het energieverbruik/ de benodigde hoeveelheid energie per dag ingeschat?" "Wordt dit opgevolgd?"	dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhouwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarbij een eiwitinname van 0,8g/kg/dag wordt aangeraden	2B		dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhouwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 die aangemoedigd worden om gezond te eten ter preventie van cardiovasculaire aandoeningen	GPP	Vragenlijst: "Hoe wordt die educatie gegeven?"	dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhouwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 die aangemoedigd worden om maximum 5 gram zout per dag in te nemen	1C		dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhouwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 met een te hoog serumfosfaat die worden doorverwezen naar een diëtist	1B  huisartsindicator		dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhouwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 met een te hoog serumfosfaat die dieetadvies krijgen omtrent fosfaat	1B		dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhouwaert, 2020)

Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 met een te hoog serumfosfaat die aangemoedigd worden om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron	GPP		dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhauwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 met een te hoog serumkalium die worden doorverwezen naar een diëtist	1B	huisartsindicator	dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhauwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 met een te hoog serumkalium die dieetadvies krijgen omtrent kalium	1B		dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhauwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 die aangemoedigd worden om te bewegen	1B		dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhauwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 die aangemoedigd worden om niet te roken	1B	Ook hoe (bv. doorverwijzing naar tabakoloog?)	dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhauwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan hun zelfmanagement ondersteunt wordt	GPP	Vraag aan diëtist en aan patiënt	dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhauwaert, 2020)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan de laboratoriumwaarden regelmatig worden nagekeken			Van Dijk et al. (2012)
Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 dat een jaargesprek heeft gehad		Patiënten komen vaak slechts één keer bij de diëtist in een zorgtraject, en daarna niet meer. Doel is toch jaarlijks.	Van Dijk et al. (2012)

## UITKOMSTINDICATOREN

Geven informatie over de uitkomst van de zorg gemeten op patiëntniveau. Bv. mortaliteit, ziektesymptomen, pijn, functionele beperkingen en tevredenheid.

*Moeilijk want sterk afhankelijk van reden doorverwijzing door arts. Bevraging i.f.v. de toestand dat een persoon zich aanmeld bij de diëtist*

### ALGEMENE UITKOMSTINDICATOREN VOOR DIËTISTEN

Indicator	Opmerkingen	Mogelijke manier om te meten	Referentie
-----------	-------------	------------------------------	------------



Impact van het dieet op algemene levenskwaliteit	PROM  Dat zegt niet persé iets over de kwaliteit van de zorg?	Patiëntbevraging	KCE (2018)
Wachttijd voor eerste consultatie	PREM	Patiëntbevraging	KCE (2018)
Tevredenheid over informatie die verkregen werd van diëtist	PREM	Patiëntbevraging  Heb je het gevoel dat de diëtist u voldoende uitleg heeft gegeven?  Productinformatie meegekregen?  Voldoende alternatieven gegeven wat er wel nog gegeten kan worden?	KCE (2018)
Functioneren van de patiënt in zijn dagelijkse activiteiten (m.b.t. het dieet)	PREM	Patiëntbevraging	KCE (2018)

#### UITKOMSTINDICATOREN SPECIFIEK VOOR CNI

Indicator	Opmerkingen	Mogelijke manier om te meten	Referentie
Het percentage patiënten met CNI stadium 3-4 dat een gezond gewicht heeft		Objectief: BMI bepalen	Zelf opgesteld o.b.v. Van Dijk et al. (2012)
Het percentage patiënten met CNI stadium 3-4 dat een goede voedingstoestand heeft		Via anamnese? Bloedwaarden?	Zelf opgesteld o.b.v. Van Dijk et al. (2012)
Normalisatie/verbetering van labowaarden die beïnvloedbaar zijn door een dieet		Objectief: labowaarden	Zelf opgesteld

## Deel 1: Hoe inspelen op barrières?

In de 2 onderstaande tabellen vindt u een overzicht van de belangrijkste barrières waarop we zullen focussen tijdens het verdere implementatieproject. Bij iedere barrière vermelden we hoe we hierop zouden kunnen inspelen. Indien u bijkomende ideeën en suggesties heeft, mag u deze aanvullen in de kolom.

BARRIÈRES SAMENWERKING	HOE OP INSPELEN? (vul aan)
Gebrek aan gedeeld dossier/centrale verzamelplaats	Aanbeveling naar overheid formuleren? - Hoe ervoor zorgen dat enkel relevante informatie zichtbaar is voor diëtist? - Hoe nota's diëtist in huisartsensysteem integreren?
Geen doorverwijzingsgewoonte huisarts	Vaste referentiediëtist Lot 1 implementatieproject (met huisartsen): Audit en feedback huisartsen (confrontatie eigen gedrag)
Doorverwijsbrief niet correct/onvolledig ingevuld	Lot 1 implementatieproject (met huisartsen): Audit en feedback huisartsen (confrontatie eigen gedrag)

BARRIÈRES DIEET	HOE OP INSPELEN? (vul aan)
Gebrek aan EBP vaardigheden	Meer aandacht aan EBP vaardigheden tijdens opleiding Projecten UCLL (Webinars, compassen, ...)
Gebrek aan zelfvertrouwen/kennis	Groepsreflectiesessies (worden georganiseerd in april/mei) Dieetrichtlijn met bijhorende e-learning (in ontwikkeling) Dieetbrochures Vlaamse Nefrologische Diëtisten Opleidingen/navormingen

## Deel 2: Kwaliteitsindicatoren

Tijdens de volgende stap van het implementatieproject wordt een set van kwaliteitsindicatoren samengesteld. Kwaliteitsindicatoren zijn gestandaardiseerde evidence-based maatstaven voor de kwaliteit van zorg die kunnen worden gebruikt om de klinische performantie en uitkomsten te meten en op te volgen. Ze kunnen opgedeeld worden in 3 categorieën:

- Structuurindicatoren (geven informatie over de randvoorwaarden en context van een organisatie waarbinnen zorg geleverd wordt)
- Procesindicatoren (geven een indicatie of bepaalde handelingen correct worden uitgevoerd)
- Uitkomstindicatoren (geven informatie over de uitkomst van de zorg gemeten op patiëntniveau)

Op basis van een literatuurstudie maakten we een overzicht van kwaliteitsindicatoren waarmee de kwaliteit van zorg m.b.t. CNI bij eerstelijnsdiëtisten gemeten en verbeterd kan worden. We vragen u om iedere indicator een **score van 1 tot 9** te geven op 3 parameters:

- **Belangrijkheid:** Hoe belangrijk is het dat deze kwaliteitsindicator verbetert?
- **Potentieel om kwaliteit van zorg te meten:** Weerspiegelt deze indicator de kwaliteit van zorg? Is de indicator bruikbaar?
- **Meetbaarheid:** Kan deze indicator op een voldoende objectieve manier gemeten worden, en is dit haalbaar?

Indien u een indicator/parameter niet kan beoordelen, mag u X vermelden. We sorteerden de kwaliteitsindicatoren per groep van aanbevelingen (samenwerking; dieet; ondervoeding, energie en eiwitten; vitaminen en mineralen; zelfmanagement).

Bij iedere kwaliteitsindicator vermeldden we mogelijke manier om deze te meten. Indien u suggesties heeft, mag u deze aanvullen.

Tijdens de volgende groepsessie maken we een finale selectie van de kwaliteitsindicatoren. Vervolgens maken we een fiche van iedere indicator (met o.a. concrete info hoe we deze zullen meten en evalueren). Deze fiches worden ter feedback aan u voorgelegd tijdens de laatste vragenlijst.

<b>Kwaliteitsindicator 1: Rapportering van de uitgevoerde interventies/adviezen in een verslag (registratie)</b>	
<i>Mogelijke manier van meten:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vragenlijst</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Worden kernboodschappen geregistreerd?</i></li> <li>○ <i>Op welke manier wordt er geregistreerd? Programma (Nutrilink, Nubel, ...) of eigen systeem (Excel, papier, ...)?</i></li> <li>○ <i>(Vul aan)</i></li> </ul> </li> <li>• <i>(Vul aan)</i></li> </ul>	
Belangrijkheid	<i>(Vul score van 1 tot 9 in)</i>
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	<i>(Vul score van 1 tot 9 in)</i>
Meetbaarheid	<i>(Vul score van 1 tot 9 in)</i>

#### A) AANBEVELING M.B.T. SAMENWERKING

<b>Kwaliteitsindicator 2: Verslaggeving naar huisarts</b>	
<i>Mogelijke manier van meten:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vragenlijst</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Koppelt de diëtist de dieetbehandeling terug naar de huisarts?</i></li> </ul> </li> </ul>	
Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

<b>Kwaliteitsindicator 3: Afstemming tussen diëtist en huisarts</b>	
<i>Mogelijke manier van meten:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vragenlijst</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Is er, naast de doorverwijzing overleg/afstemming met de huisarts?</i></li> <li>○ <i>Bij twijfel/vragen, neem je dan contact op met de huisarts?</i></li> <li>○ <i>Hoe verloopt de afstemming? (online/telefonisch/schriftelijke verslaggeving)</i></li> </ul> </li> </ul>	

○ <i>Frequentie?</i>	
Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Bijkomende kwaliteitsindicatoren m.b.t. de aanbeveling rond samenwerking:**

*(vul aan)*

**B) AANBEVELINGEN M.B.T. DIEET (ALGEMEEN)**

**Kwaliteitsindicator 4: Aanwezigheid/beschikbaarheid van een up-to-date dieetrichtlijn over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3-4**

*Mogelijke manier van meten:*

- *Objectief: de richtlijn is beschikbaar*
- *Vragenlijst*
  - *Ken je de richtlijn?*
  - *Gebruik je de richtlijn?*

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 5: Opleiding/bijscholing/e-learning/autodidactisch bijscholen gevolgd**

*Mogelijke manier van meten:*

- *Vragenlijst*
  - *Heeft u zich de afgelopen [periode] bijgeschoold?*
  - *Hoe? (bv. navorming, e-learning, artikel, webinar, ...)*
  - *Hoe lang geleden?*

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 6: Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 dat een jaargesprek heeft gehad**

*Mogelijke manier van meten:*

- *In rapportage indien diëtist registreert*

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 7: Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan de voedingsinname wordt opgevolgd en geëvalueerd**

*Mogelijke manier van meten:*

- *In rapportage indien diëtist registreert*
- *Vragenlijst*
  - *Hoe wordt de voedingsinname van de patiënt gemeten?*

Belangrijkheid	
----------------	--

Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Bijkomende kwaliteitsindicatoren m.b.t. de aanbeveling rond het dieet (algemeen):**

(vul aan)

**C) AANBEVELINGEN M.B.T. ONDERVOEDING, ENERGIE EN EIWITTEN**

<b>Kwaliteitsindicator 8: Bepaling voedingsstatus tijdens eerste consultatie</b>	
<i>Mogelijke manier van meten:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vragenlijst</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Wordt de voedingsstatus van iedere patiënt bepaald tijdens de eerste consultatie?</i></li> <li>○ <i>Hoe? Anamnese?</i></li> <li>○ <i>Volgt de patiënt reeds een programma om zijn gewicht aan te passen?</i></li> </ul> </li> </ul>	
Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

<b>Kwaliteitsindicator 9: Het 'patiëntdossier' van iedere patiënt bevat een inschatting over diens risico op ondervoeding</b>	
<i>Mogelijke manier van meten:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>In rapportage indien diëtist registreert</i></li> </ul>	
Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

<b>Kwaliteitsindicator 10: Type screeningsinstrument dat gebruikt wordt voor ondervoeding</b>	
<i>Mogelijke manier van meten:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vragenlijst</i></li> </ul>	
Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

<b>Kwaliteitsindicator 11: Frequentie screenen op ondervoeding</b>	
<i>Mogelijke manier van meten:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>In rapportage indien diëtist registreert</i></li> </ul>	
Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

<b>Kwaliteitsindicator 12: Beschikken over recent gekalibreerde meetinstrumenten (weegschaal, lintmeter, ...)</b>	
<i>Mogelijke manier van meten:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vragenlijst</i></li> </ul>	

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 13: Iedere patiënt wordt standaard gewogen tijdens de eerste consultatie**

*Mogelijke manier van meten:*

- *Vragenlijst (ja/nee)*

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 14: De lengte van iedere patiënt wordt standaard gemeten tijdens de eerste consultatie**

*Mogelijke manier van meten:*

- *Vragenlijst (ja/nee)*

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 15: Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan de eetlust wordt opgevolgd en geëvalueerd**

*Mogelijke manier van meten:*

- *In rapportage indien diëtist registreert*

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 16: Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan antropometrie wordt opgevolgd en geëvalueerd**

*Mogelijke manier van meten:*

- *In rapportage indien diëtist registreert*

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 17: Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan de lichaamssamenstelling werd bepaald**

*Mogelijke manier van meten:*

- *In rapportage indien diëtist registreert*

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 18: Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan de voeding minstens tweejaarlijks gescreend wordt om het risico op eiwit-energie ondervoeding op te sporen**

*Mogelijke manier van meten:*

- *In rapportage indien diëtist registreert*

Belangrijkheid

Potentieel om kwaliteit van zorg te meten

Meetbaarheid

**Kwaliteitsindicator 19: Het percentage patiënten met CNI stadium 3-4 dat een goede voedingstoestand heeft**

*Mogelijke manier van meten:*

- *Via bloedwaarden?*
- *Anamnese?*

Belangrijkheid

Potentieel om kwaliteit van zorg te meten

Meetbaarheid

**Kwaliteitsindicator 20: Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 die aangemoedigd worden om een gezond gewicht te bekomen/behouden (BMI 18,5 tot en met 24,9 kg/m<sup>2</sup>)**

*Mogelijke manier van meten:*

- *In rapportage indien diëtist registreert*

Belangrijkheid

Potentieel om kwaliteit van zorg te meten

Meetbaarheid

**Kwaliteitsindicator 21: Het percentage patiënten met CNI stadium 3-4 dat een gezond gewicht heeft**

*Mogelijke manier van meten:*

- *BMI van patiënten*

Belangrijkheid

Potentieel om kwaliteit van zorg te meten

Meetbaarheid

**Kwaliteitsindicator 22: Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarbij een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) wordt aangeraden**

*Mogelijke manier van meten:*

- *Vragenlijst*
  - *Hoe wordt het energieverbruik/ de benodigde hoeveelheid energie per dag ingeschat?*
  - *Wordt dit opgevolgd?*

Belangrijkheid

Potentieel om kwaliteit van zorg te meten

Meetbaarheid

**Kwaliteitsindicator 23: Kennis eiwitaanbeveling**

*Mogelijke manier van meten:*

- *Vragenlijst: kennisvraag over eiwitaanbeveling*

Belangrijkheid

Potentieel om kwaliteit van zorg te meten

Meetbaarheid	
--------------	--

**Bijkomende kwaliteitsindicatoren m.b.t. de aanbeveling rond ondervoeding, energie en eiwitten:**

*(vul aan)*

**D) AANBEVELINGEN M.B.T. ZOUT, KALIUM EN FOSFOR**

<b>Kwaliteitsindicator 24: Kennis zoutaanbeveling</b>	
<i>Mogelijke manier van meten:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vragenlijst: kennisvraag over zoutaanbeveling</i></li> </ul>	
Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

<b>Kwaliteitsindicator 25: Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 die aangemoedigd worden om maximum 5 gram zout per dag in te nemen (indien nodig volgens bloedwaarden-</b>	
<i>Mogelijke manier van meten:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>In rapportage indien diëtist registreert</i></li> </ul>	
Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

<b>Kwaliteitsindicator 26: Kennis fosfaataanbeveling</b>	
<i>Mogelijke manier van meten:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vragenlijst: kennisvraag over fosfaataanbeveling</i></li> </ul>	
Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

<b>Kwaliteitsindicator 27: Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 met een te hoog serumfosfaat die dieetadvies krijgen omtrent fosfaat</b>	
<i>Mogelijke manier van meten:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>In rapportage indien diëtist registreert</i></li> </ul>	
Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

<b>Kwaliteitsindicator 28: Kennis biologische beschikbaarheid fosfaatbron</b>	
<i>Mogelijke manier van meten:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vragenlijst: kennisvraag over biologische beschikbaarheid fosfaatbron</i></li> </ul>	
Belangrijkheid	



Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 29: Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 met een te hoog serumfosfaat die aangemoedigd worden om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron**

*Mogelijke manier van meten:*

- *In rapportage indien diëtist registreert*

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 30: Kennis kaliumaanbeveling**

*Mogelijke manier van meten:*

- *Vragenlijst: kennisvraag over fosfaataanbeveling*

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 31: Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 met een te hoog serumkalium die dieetadvies krijgen omtrent kalium**

*Mogelijke manier van meten:*

- *In rapportage indien diëtist registreert*

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 32: Percentage patiënten met CNI stadium 3-4 waarvan de laboratoriumwaarden regelmatig worden nagekeken**

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 33: In staat zijn om bloedwaarden te interpreteren**

*Mogelijke manier van meten:*

- *Vragenlijst: toepassingsvraag?*

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 34: Normalisatie/verbetering van labowaarden die beïnvloedbaar zijn door een dieet**

Mogelijke manier van meten:

- Labowaarden van patiënt

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Bijkomende kwaliteitsindicatoren m.b.t. de aanbeveling rond vitaminen en mineralen:**

(vul aan)

**E) AANBEVELING M.B.T. ZELFMANAGEMENT****Kwaliteitsindicator 35: Aantal diëtisten die nagaat in welke fase van gedragsverandering de patiënt zich bevindt**

Mogelijke manier van meten:

- Vragenlijst
  - Wordt fase van gedragsverandering nagegaan?
  - Hoe?
  - Wordt dit opgevolgd? (verandering van stadium)

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 36: Gebruik van gezondheidseducatiemateriaal**

Mogelijke manier van meten:

- Vragenlijst
  - Ja/nee
  - Eigen ontwikkeld? Materiaal collega's? Gevalideerd educatiemateriaal?

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 37: Informatiebrochure beschikbaar**

Mogelijke manier van meten:

- Vragenlijst
  - Informatiebrochure meegegeven met patiënten?
  - Zelf gemaakt? Gevalideerd? Van welke organisatie? Kwaliteitsvol?

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Kwaliteitsindicator 38: Tevredenheid over informatie die verkregen werd van diëtist**

Mogelijke manier van meten:

- Patiëntbevraging (haalbaar?)
  - Heb je het gevoel dat de diëtist u voldoende uitleg heeft gegeven?
  - Productinformatie meegekregen?
  - Voldoende alternatieven gegeven wat er wel nog gegeten kan worden?

Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

<b>Kwaliteitsindicator 39: Ervaren gedeelde besluitvorming/onderhandelde zorg door patiënt</b>	
<i>Mogelijke manier van meten:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Patiëntbevraging (haalbaar?)</i></li> </ul>	
Belangrijkheid	
Potentieel om kwaliteit van zorg te meten	
Meetbaarheid	

**Bijkomende kwaliteitsindicatoren m.b.t. de aanbeveling rond zelfmanagement:**

*(vul aan)*

--- Bedankt! ---

## INDICATORENFICHES

### INDICATOR 1

<b>Titel indicator</b>	<i>Rapportering van de uitgevoerde interventies/adviezen in een verslag (registratie)</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist houdt de uitgevoerde interventies en gegeven adviezen bij in een elektronisch of handmatig dossier.
<b>Vraag</b>	<p><b>Hoe vaak maakt u een verslag van een consultatie (elektronisch, op papier, ...)</b> <b>met CNI-patiënten?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nooit</li> <li>2. Bij &lt; 50% van de consultaties</li> <li>3. Bij de helft van de consultaties</li> <li>4. Bij &gt; 50% van de consultaties</li> <li>5. Bij elke consultatie</li> </ol> <p><u>Streefwaarde:</u> Bij elke consultatie. Van zoveel mogelijk (dus: alle) consultaties wordt een verslag geüpload in het elektronisch dossier of het verslag wordt op papier bijgehouden in een map per cliënt.</p> <p><b>Hoe registreert u?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Excel of Google spreadsheet</li> <li>2. Word of Google document</li> <li>3. Software, namelijk: ...</li> <li>4. Notitieboek/op papier</li> <li>5. Andere: ...</li> </ol> <p><u>Streefwaarde:</u> NVT</p> <p><b>Wat registreert u in dat verslag?</b> (open vraag)</p> <p><u>Streefwaarde:</u> NVT</p>

### INDICATOR 2

<b>Titel indicator</b>	<i>Verslaggeving naar huisarts</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	De dieetbehandeling wordt steeds voorgeschreven door een arts (medische expertise) en geïmplementeerd door een diëtist. De eerstelijnsdiëtist staat in contact met de huisarts en koppelt de dieetbehandeling van de patiënt terug naar de huisarts, hetzij via een gedeeld elektronisch dossier of op een andere manier die de GDPR-voorschriften respecteert.
<b>Vraag</b>	<b>Koppelt u de dieetbehandeling van CNI patiënten terug naar de huisarts?</b>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nooit</li> <li>2. Bij &lt; 50% van de consultaties</li> <li>3. Bij de helft van de consultaties</li> <li>4. Bij &gt; 50% van de consultaties</li> <li>5. Bij elke consultatie</li> </ol> <p><u>Streefwaarde:</u> Bij elke consultatie</p>
--	---

### INDICATOR 3

<b>Titel indicator</b>	<i>Afstemming tussen diëtist en huisarts</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist raadpleegt de huisarts om vragen te stellen en af te stemmen over de behandeling van een patiënt met CNI stadium 3 of 4.
<b>Vraag</b>	<p><b>Hoe gebeurt de afstemming over uw CNI patiënten met de huisarts?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Schriftelijk</li> <li>2. Telefonisch</li> <li>3. Gedeeld dossier</li> <li>4. Online gesprek of in het echt</li> <li>5. Anders: ...</li> </ol> <p><u>Streefwaarde:</u> NVT</p> <p><b>Waarover koppelt u terug naar de huisarts? Beschrijf dit zo concreet mogelijk.</b> (open vraag)</p> <p><b>Bevat de doorverwijsbrief die u ontvangt van de huisarts alle nodige informatie om de behandeling van de CNI patiënt op te starten?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nee</li> <li>2. Ja, bij &lt; 50% van de CNI patiënten</li> <li>3. Ja, bij de helft van de CNI patiënten</li> <li>4. Ja, bij &gt; 50% van de CNI patiënten</li> <li>5. Ja, bij al mijn CNI patiënten</li> </ol> <p><b>Welke informatie ontbreekt er (soms) op de doorverwijsbrief?</b> (open vraag)</p>

### INDICATOR 4

<b>Titel indicator</b>	<i>(Kennis over) aanwezigheid/ beschikbaarheid van een up-to-date dieetrichtlijn over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3-4</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	Door de beschikbaarheid van een up-to-date dieetrichtlijn over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3 en 4, kunnen eerstelijnsdiëtisten beter op de hoogte zijn/blijven van geldende kernboodschappen voor de dieetbehandeling. Dit bevordert kennis en vaardigheden, welke ze zullen ze deze kunnen toepassen in hun eigen werking.
<b>Vraag</b>	<b>Vorig jaar verscheen er een Belgische dieetrichtlijn over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 1-4 (UCLL, 2020). Kent u deze richtlijn?</b>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ik ken de richtlijn niet</li> <li>2. Ik ken de richtlijn, maar heb de richtlijn nog niet bekeken</li> <li>3. Ik heb de richtlijn al bekeken</li> <li>4. De richtlijn heeft mij al eens geholpen bij het maken van een beslissing/het geven van een advies</li> <li>5. De richtlijn helpt mij regelmatig bij het maken van een beslissing/het geven van een advies</li> </ol> <p><b>Streefwaarde:</b> De richtlijn heeft mij al eens geholpen bij het maken van een beslissing/het geven van een advies</p>
--	--

## INDICATOR 5

<b>Titel indicator</b>	<i>Gevolgde navormingen over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3-4</i>				
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator				
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist volgde in het verleden (een) bepaalde navorming(en) over het thema (voedings)behandeling van volwassen patiënten met CNI stadium 3 en 4.				
<b>Vraag</b>	<b>Op welke manier heeft u zich bijgeschoold over chronische nierinsufficiëntie?</b>				
	1	2	3	4	5
<b>Navorming</b> <i>Klassikale/traditionele navorming waarbij iemand vooraan in een lokaal een uitleg geeft</i>	Dit jaar	1 jaar geleden	2-5 jaar geleden	Meer dan 5 jaar geleden	Ik heb me nog niet bijgeschoold
<b>Opleidingsdag</b> <i>Een hele dag (of meerdere dagen) bijscholing omtrent het thema CNI</i>					
<b>E-learning</b> <i>E-learning of electronic learning is leren of opleiden met behulp van het internet. Een cursus geleverd via een webbrowser. Het is een vorm van afstandsleren. In een online leerpad of e-learning kan men theorie lezen, opdrachten maken en feedback krijgen. De theorie wordt gegeven met stukken tekst of video's.</i>	Dit jaar	1 jaar geleden	2-5 jaar geleden	Meer dan 5 jaar geleden	Ik heb me nog niet bijgeschoold
<b>Webinar</b> <i>Een webinar is een lezing, workshop, college of soortgelijke presentatie of vorm van kennisoverdracht die plaatsvindt via het internet. Dit is een klassikaal moment dat live wordt uitgezonden.</i>	Dit jaar	1 jaar geleden	2-5 jaar geleden	Meer dan 5 jaar geleden	Ik heb me nog niet bijgeschoold
<b>Intervisie</b> <i>Supervisie/Intervisie is een individueel leerproces, waarbij wordt ingegaan op de</i>	Dit jaar	1 jaar geleden	2-5 jaar geleden	Meer dan 5 jaar geleden	Ik heb me nog niet bijgeschoold

	<i>persoonlijke leervragen die iemand heeft ten aanzien van zijn of haar werk (casusgericht leren). De bedoeling is om te leren onder begeleiding door te reflecteren op eigen werkervaringen.</i>				
<b>Artikel</b>	Dit jaar	1 jaar geleden	2-5 jaar geleden	Meer dan 5 jaar geleden	Ik heb me nog niet bijgeschoold
<b>Boek</b>	Dit jaar	1 jaar geleden	2-5 jaar geleden	Meer dan 5 jaar geleden	Ik heb me nog niet bijgeschoold
<b>Andere, namelijk: ...</b>	Dit jaar	1 jaar geleden	2-5 jaar geleden	Meer dan 5 jaar geleden	Ik heb me nog niet bijgeschoold
<u>Streefwaarde:</u> Dit jaar/ 1 jaar geleden					

## INDICATOR 6

<b>Titel indicator</b>	<i>Inschatting van het risico op eiwit-energie ondervoeding</i>
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Definitie</b>	Ziekte-gerelateerde ondervoeding is een toestand waarbij het lichaam over onvoldoende voedingsstoffen beschikt. Er is een tekort of disbalans van energie en/of eiwit, met meetbare nadelige effecten op de gezondheidstoestand. De diëtist maakt een inschatting over het risico op ondervoeding bij elke patiënt en voert dit in in het patiëntendossier.
<b>Vraag</b>	<p><b>Maakt u een inschatting van het risico op ondervoeding van uw CNI patiënten?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nee, nooit</li> <li>2. Ja, voor &lt; 50% van de patiënten</li> <li>3. Ja, voor de helft van de patiënten</li> <li>4. Ja, voor &gt; 50% van de patiënten</li> <li>5. Ja, voor elke patiënt</li> </ol> <p><u>Streefwaarde</u> : Ja, voor elke patiënt</p> <p><b>Hoe schat u dit risico in?</b> (open vraag)</p>

## INDICATOR 7-11

<b>Titel indicator</b>	<i>Perceptie van kennis over dieetaanbevelingen</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist kent de dieetaanbevelingen voor patiënten met stadium 3-4 en vindt de opvolging ervan belangrijk.
<b>Vraag</b>	<p><b>In onderstaande tabel vindt u een overzicht van verschillende aanbevelingen voor de voedingsbehandeling bij CNI. Kende u deze voor u zich inschreef voor de groepsreflectiesessies?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nee</li> </ol>

	<p>2. Gedeeltelijk</p> <p>3. Ja</p> <p>Aanbevelingen opgenomen in deze vraag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er wordt een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) aangeraden</li> <li>- Er wordt een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag aanbevolen</li> <li>- Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (=2000 mg natrium) per dag aangeraden</li> <li>- Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is. Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven)</li> <li>- Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden</li> </ul> <p><u>Streefwaarde:</u> Ja</p>

## INDICATOR 12-16

<b>Titel indicator</b>	<i>Toepassing van praktische aanbeveling omtrent zoutinname</i>
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist past de dieetaanbevelingen toe in de praktijk, en volgt deze op.
<b>Vraag</b>	<p><b>Past u deze aanbevelingen toe in de praktijk?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nee, nooit</li> <li>- Ja, voor &lt; 50% van de patiënten waarvoor deze aanbeveling van toepassing is</li> <li>- Ja, voor de helft van de patiënten waarvoor deze aanbeveling van toepassing is</li> <li>- Ja, voor &gt; 50% van de patiënten waarvoor deze aanbeveling van toepassing is</li> <li>- Ja, voor elke patiënt waarvoor deze aanbeveling van toepassing is</li> </ul> <p><u>Streefwaarde:</u> Ja, voor elke patiënt waarvoor deze aanbeveling van toepassing is</p> <p>Aanbevelingen opgenomen in deze vraag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er wordt een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) aangeraden</li> <li>- Er wordt een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag aanbevolen</li> <li>- Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (=2000 mg natrium) per dag aangeraden</li> <li>- Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is. Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven)</li> <li>- Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden</li> </ul> <p><b>Waarom past u deze aanbeveling(en) niet altijd toe?</b> (open vraag)</p>



## INDICATOR 17-21

<b>Titel indicator</b>	<i>Perceptie van vaardigheden over toepassing dieetaanbevelingen</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist is in staat om de dieetaanbevelingen voor patiënten met stadium 3-4 toe te passen
<b>Vraag</b>	<p><b>Bent u in staat om deze aanbevelingen toe te passen in de praktijk?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Helemaal niet</li> <li>- Eerder niet</li> <li>- Matig</li> <li>- Eerder wel</li> <li>- Helemaal wel</li> </ul> <p><u>Streefwaarde:</u> Eerder wel/helemaal wel</p> <p><b>Waarom bent u niet in staat om deze aanbevelingen toe te passen in de praktijk?</b> (open vraag)</p>

## INDICATOR 22

<b>Titel indicator</b>	<i>Gebruik van patiëntinformatie</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist geeft patiëntinformatie (bv. folders, brochures) mee met de patiënt na de consultatie.
<b>Vraag</b>	<p><b>Geef u patiëntinformatie (bv. folders, brochures, overzicht van de gegeven adviezen, ...) mee met uw CNI patiënten?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nee, nooit</li> <li>2. Ja, aan &lt; 50% van de patiënten</li> <li>3. Ja, aan de helft van de patiënten</li> <li>4. Ja, aan &gt; 50% van de patiënten</li> <li>5. Ja, aan al mijn patiënten</li> </ol> <p><u>Streefwaarde:</u> Ja, aan al mijn patiënten</p> <p><b>Wat voor informatie geeft u mee naar huis met uw CNI patiënten?</b> (open vraag)</p> <p><b>Wie heeft deze informatie ontwikkeld?</b> (open vraag)</p>

## INDICATOR 23

<b>Titel indicator</b>	<i>Gebruik van educatiemateriaal</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist geeft educatie over de voedingsbehandeling aan de patiënt en gebruikt daarbij educatiemateriaal tijdens de consultatie.

<b>Vraag</b>	<p><b>Maakt u gebruik educatiemateriaal tijdens uw consultatie om het dieet uit te leggen aan de patiënt (bv. prent van nieren, schema, productverpakking, infografiek, kaaswijzer, ...)?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nee, ik gebruik geen educatiemateriaal</li> <li>2. Ja, voor &lt; 50% van de consultaties met de patiënt</li> <li>3. Ja, voor de helft van de consultaties met de patiënt</li> <li>4. Ja, voor &gt; 50% van de consultaties met de patiënt</li> <li>5. Ja, voor elke consultatie met de patiënt</li> </ol> <p><u>Streefwaarde:</u> Ja, voor &gt; 50% van de consultaties met de patiënt</p> <p><b>Wat voor educatiemateriaal gebruikt u dan?</b> (open vraag)</p> <p><b>Wie heeft dit educatiemateriaal dat u gebruikt tijdens de consultatie ontwikkeld?</b> (open vraag)</p>
--------------	---

## INDICATOR 24

<b>Titel indicator</b>	<i>Aantal diëtisten die een gesprek aangaat over de motivatie van de patiënt</i>
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Definitie</b>	<p>Gedragverandering is een proces dat zich ontwikkelt in de tijd en in fasen verloopt. Er worden vijf fasen onderscheiden (Prochaska &amp; DiClemente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre contemplatiefase of voorbeschouwingsfase</li> <li>• Contemplatiefase of beschouwingsfase</li> <li>• Preparatiefase of voorbereidingsfase</li> <li>• Actiefase</li> <li>• Consolidatiefase</li> </ul>
<b>Vraag</b>	<p><b>Gaat u een gesprek aan over de motivatie van uw patiënt?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nee, nooit</li> <li>2. Ja, voor &lt; 50% van de patiënten</li> <li>3. Ja, voor de helft van de patiënten</li> <li>4. Ja, voor &gt; 50% van de patiënten</li> <li>5. Ja, voor elke patiënt</li> </ol> <p><u>Streefwaarde:</u> Ja, voor elke patiënt</p> <p><b>Blijft u de motivatie opvolgen gedurende de begeleiding van uw CNI patiënten?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nee, nooit</li> <li>2. Ja, voor &lt; 50% van de patiënten</li> <li>3. Ja, voor de helft van de patiënten</li> <li>4. Ja, voor &gt; 50% van de patiënten</li> <li>5. Ja, voor elke patiënt</li> </ol> <p><u>Streefwaarde:</u> Ja, voor elke patiënt</p>

## INDICATORENFICHES

### INDICATOR 1

<b>Titel indicator</b>	<i>Rapport de consultation indiquant les interventions/conseils donnés (enregistrement)</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist houdt de uitgevoerde interventies en gegeven adviezen bij in een elektronisch of handmatig dossier.
<b>Vraag</b>	<p><b>A quelle fréquence faites-vous un dossier diététique reprenant vos interventions/ conseils donnés lors de vos consultations (électronique, papier, ...)?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jamais</li> <li>7. Dans moins de 50% des consultations</li> <li>8. Dans la moitié des consultations</li> <li>9. Dans &gt; 50 % des consultations</li> <li>10. Dans toutes les consultations</li> </ol> <p><u>Valeur de cible:</u> Dans toutes les consultations</p> <p><b>Hoe registreert u?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Excel of Google spreadsheet</li> <li>7. Word of Google document</li> <li>8. Software, namelijk: ...</li> <li>9. Notitieboek/op papier</li> <li>10. Andere: ...</li> </ol> <p><u>Streefwaarde:</u> NVT</p> <p><b>Wat registreert u in dat verslag?</b> (open vraag)</p> <p><u>Streefwaarde:</u> NVT</p>

### INDICATOR 2

<b>Titel indicator</b>	<i>Rapport au médecin généraliste</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	De dieetbehandeling wordt steeds voorgeschreven door een arts (medische expertise) en geïmplementeerd door een diëtist. De eerstelijnsdiëtist staat in contact met de huisarts en koppelt de dieetbehandeling van de patiënt terug naar de huisarts, hetzij via een gedeeld elektronisch dossier of op een andere manier die de GDPR-voorschriften respecteert.

<b>Vraag</b>	<p><b>Envoyez-vous un rapport de consultation au médecin généraliste ?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jamais</li> <li>7. Dans quelques premières consultations</li> <li>8. Dans toutes les premières consultations, mais pas pour le suivi</li> <li>9. Dans toutes les premières consultations et à chaque changement important</li> <li>10. Dans toutes les consultations</li> </ol> <p><u>Valeur de cible:</u> Dans toutes les premières consultations et à chaque changement important</p>
--------------	--

### INDICATOR 3

<b>Titel indicator</b>	<i>Afstemming tussen diëtist en huisarts</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist raadpleegt de huisarts om vragen te stellen en af te stemmen over de behandeling van een patiënt met CNI stadium 3 of 4.
<b>Vraag</b>	<p><b>Hoe gebeurt de afstemming over uw CNI patiënten met de huisarts?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Schriftelijk</li> <li>7. Telefonisch</li> <li>8. Gedeeld dossier</li> <li>9. Online gesprek of in het echt</li> <li>10. Anders: ...</li> </ol> <p><u>Streefwaarde:</u> NVT</p> <p><b>Waarover koppelt u terug naar de huisarts? Beschrijf dit zo concreet mogelijk.</b> (open vraag)</p> <p><b>Bevat de doorverwijsbrief die u ontvangt van de huisarts alle nodige informatie om de behandeling van de CNI patiënt op te starten?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Nee</li> <li>7. Ja, bij &lt; 50% van de CNI patiënten</li> <li>8. Ja, bij de helft van de CNI patiënten</li> <li>9. Ja, bij &gt; 50% van de CNI patiënten</li> <li>10. Ja, bij al mijn CNI patiënten</li> </ol> <p><b>Welke informatie ontbreekt er (soms) op de doorverwijsbrief?</b> (open vraag)</p>

### INDICATOR 4

<b>Titel indicator</b>	<i>Présence/disponibilité d'une directive diététique actualisée sur le traitement des adultes atteints d'IRC de stade 3-4.</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	Door de beschikbaarheid van een up-to-date dieetrichtlijn over de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3 en 4, kunnen eerstelijnsdiëtisten beter op de hoogte zijn/blijven van geldende kernboodschappen voor de dieetbehandeling. Dit

	bevordert kennis en vaardigheden, welke ze zullen ze deze kunnen toepassen in hun eigen werking.
<b>Vraag</b>	<p><b>Connaissez vous les recommandations diététiques pour les patients en IRC stade 3 et 4 ( guide de pratique clinique belge UCLL 2020, KDOQI 2020, ... ) ?</b></p> <p>6. Je ne connais pas ces recommandations  7. Je connais ces recommandations, mais je ne les ai pas encore examinées.  8. J'ai regardé ces recommandations  9. Ces recommandations m'ont aidées à prendre une décision/à donner des conseils.  10. Ces recommandations m'aident régulièrement à prendre une décision/à donner des conseils.</p> <p><u>Valeur de cible:</u> Je connais ces recommandations, mais je ne les ai pas encore examinées.</p>

## INDICATOR 5

<b>Titel indicator</b>	<i>Suivi de formations sur le traitement dietetique des adultes avec IRC stade 3-4</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist volgde in het verleden (een) bepaalde navorming(en) over het thema (voedings)behandeling van volwassen patiënten met CNI stadium 3 en 4.
<b>Vraag</b>	<p><b>A quelle fréquence suivez vous des formations sur l'insuffisance rénale chronique ?</b></p> <p>1. Chaque année  2. Tous les 2 ans  3. Tous les 3 à 5 ans  4. &gt; 5 ans  5. Jamais</p> <p><b>Par quelle méthode vous êtes vous formé ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation (max. demi-journée)</li> <li>• Journée d'étude</li> <li>• E-learning</li> <li>• Webinaire</li> <li>• Intersession</li> <li>• Article</li> <li>• Livre</li> <li>• Autre</li> </ul> <p><u>Streefwaarde:</u> Tous les 2 ans</p>

## INDICATOR 6

<b>Titel indicator</b>	<i>Estimation du risque de malnutrition protéino-énergétique</i>
------------------------	--

<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Definitie</b>	Ziekte-gerelateerde ondervoeding is een toestand waarbij het lichaam over onvoldoende voedingsstoffen beschikt. Er is een tekort of disbalans van energie en/of eiwit, met meetbare nadelige effecten op de gezondheidstoestand. De diëtist maakt een inschatting over het risico op ondervoeding bij elke patiënt en voert dit in in het patiëntendossier.
<b>Vraag</b>	<p><b>Évaluez-vous le risque de malnutrition pour chaque patient?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Non, jamais.</li> <li>2. Oui, pour &lt; 50% des patients</li> <li>3. Oui, pour la moitié des patients</li> <li>4. Oui, pour &gt; 50 % des patients</li> <li>5. Oui, pour chaque patient</li> </ol> <p><u>Valeur de cible:</u> pour la moitié des patients</p> <p><b>Hoe schat u dit risico in?</b> (open vraag)</p>

## INDICATOR 7

<b>Titel indicator</b>	<i>Aanraden van adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag)</i>
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist volgt een adequate energie-inname van de patiënt op.
<b>Vraag</b>	<p><b>Past u de aanbeveling van een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) toe bij uw patiënten?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nee, nooit</li> <li>2. Ja, voor &lt; 50% van de patiënten waarvoor deze aanbeveling van toepassing is</li> <li>3. Ja, voor de helft van de patiënten waarvoor deze aanbeveling van toepassing is</li> <li>4. Ja, voor &gt; 50% van de patiënten waarvoor deze aanbeveling van toepassing is</li> <li>5. Ja, voor elke patiënt waarvoor deze aanbeveling van toepassing is</li> </ol> <p><u>Streefwaarde:</u> Ja, voor elke patiënt waarvoor deze aanbeveling van toepassing is</p>

## INDICATOR 8-12

<b>Titel indicator</b>	<i>Connaissance de l'alimentation (perspicacité)</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist kent de dieetaanbevelingen voor patiënten met stadium 3-4 en vindt de opvolging ervan belangrijk.
<b>Vraag</b>	<p><b>In onderstaande tabel vindt u een overzicht van verschillende aanbevelingen voor de voedingsbehandeling bij CNI. Kende u deze voor u zich inschreef voor de groepsreflectiesessies?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Nee</li> </ol>

	<p>5. Gedeeltelijk 6. Ja</p> <p>Aanbevelingen opgenomen in deze vraag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er wordt een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) aangeraden</li> <li>- Er wordt een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag aanbevolen</li> <li>- Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (=2000 mg natrium) per dag aangeraden</li> <li>- Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is. Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven)</li> <li>- Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden</li> </ul> <p>Présentations des messages clés (du guide de pratique clinique UCLL) pour</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• énergie (lien avec prevention de malnutrition)</li> <li>• protéine</li> <li>• sodium</li> <li>• potassium</li> <li>• phosphate</li> </ul> <p>Connaissez-vous ces recommandations ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• non</li> <li>• partiellement</li> <li>• oui</li> </ul> <p><u>Valeur de cible:</u> oui</p>

### INDICATOR 13-17 (niet weerhouden in FR!)

<b>Titel indicator</b>	<i>Toepassing van praktische aanbeveling omtrent zoutinname Application des recommandations en pratique</i>
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist past de dieetaanbevelingen toe in de praktijk, en volgt deze op.
<b>Vraag</b>	<p><b>Past u deze aanbevelingen toe in de praktijk?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nee, nooit</li> <li>- Ja, voor &lt; 50% van de patiënten waarvoor deze aanbeveling van toepassing is</li> <li>- Ja, voor de helft van de patiënten waarvoor deze aanbeveling van toepassing is</li> <li>- Ja, voor &gt; 50% van de patiënten waarvoor deze aanbeveling van toepassing is</li> <li>- Ja, voor elke patiënt waarvoor deze aanbeveling van toepassing is</li> </ul> <p><u>Streefwaarde:</u> Ja, voor elke patiënt waarvoor deze aanbeveling van toepassing is</p> <p>Aanbevelingen opgenomen in deze vraag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er wordt een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) aangeraden</li> <li>- Er wordt een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag aanbevolen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (=2000 mg natrium) per dag aangeraden</li> <li>- Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is. Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven)</li> <li>- Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden</li> </ul> <p><b>Waarom past u deze aanbeveling(en) niet altijd toe?</b> (open vraag)</p>
--	--

## INDICATOR 18-22

<b>Titel indicator</b>	<i>Perceptie van vaardigheden over toepassing dieetaanbevelingen</i> <i>Confiance en soi pour l'application des recommandations</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist is in staat om de dieetaanbevelingen voor patiënten met stadium 3-4 toe te passen
<b>Vraag</b>	<p>Présentations des messages clés (du guide de pratique clinique UCLL) pour</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• énergie (lien avec prevention de malnutrition)</li> <li>• protéine</li> <li>• sodium</li> <li>• potassium</li> <li>• phosphate</li> </ul> <p><b>Etes vous à l'aise pour faire des consultations avec un patient IRC stade 3 ou 4 ?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pas du tout.</li> <li>2) modérément</li> <li>3) plutôt</li> <li>4) complètement</li> <li>5) oui</li> </ol> <p><u>Valeur de cible:</u></p> <p><b>Waarom bent u niet in staat om deze aanbevelingen toe te passen in de praktijk?</b> (open vraag)</p>

## INDICATOR 23

<b>Titel indicator</b>	<i>Utilisation de documents pour les patients</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist geeft patiëntinformatie (bv. folders, brochures) mee met de patiënt na de consultatie.
<b>Vraag</b>	<p><b>Fournissez-vous des documents à vos patients (par exemple, des dépliants, des brochures) lors de la première consultation ?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Non, jamais.</li> <li>7. Oui, pour &lt; 50% des patients</li> </ol>



	<p>8. Oui, pour la moitié des patients 9. Oui, pour &gt; 50 % des patients 10. Oui, à tous mes patients</p> <p><u>Valeur de cible:</u> Oui, pour &gt; 50 % des patients</p> <p><b>Wat voor informatie geeft u mee naar huis met uw CNI patiënten?</b> (open vraag)</p> <p><b>Wie heeft deze informatie ontwikkeld?</b> (open vraag)</p>
--	---

## INDICATOR 24

<b>Titel indicator</b>	<i>Utilisation de matériel éducatif</i>
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Definitie</b>	De eerstelijnsdiëtist geeft educatie over de voedingsbehandeling aan de patiënt en gebruikt daarbij educatiemateriaal tijdens de consultatie.
<b>Vraag</b>	<p><b>Utilisez-vous du matériel éducatif pendant vos consultations pour expliquer le régime au patient ?</b></p> <p>6. Non, je n'utilise pas de matériel pédagogique. 7. Oui, si c'est nécessaire 8. Oui, pour chaque consultation</p> <p><u>Streefwaarde:</u> Oui, si c'est nécessaire</p> <p><b>Wat voor educatiemateriaal gebruikt u dan?</b> (open vraag)</p> <p><b>Wie heeft dit educatiemateriaal dat u gebruikt tijdens de consultatie ontwikkeld?</b> (open vraag)</p>

## INDICATOR 25

<b>Titel indicator</b>	<i>Estimation du risque de malnutrition protéino-énergétique</i>
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Definitie</b>	<p>Gedragsverandering is een proces dat zich ontwikkelt in de tijd en in fasen verloopt. Er worden vijf fasen onderscheiden (Prochaska &amp; DiClemente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-contemplatiefase of voorbeschouwingsfase</li> <li>• Contemplatiefase of beschouwingsfase</li> <li>• Preparatiefase of voorbereidingsfase</li> <li>• Actiefase</li> <li>• Consolidatiefase</li> </ul>
<b>Vraag</b>	<p><b>Engagez-vous une conversation sur la motivation de votre patient ?</b></p> <p>6. Non, jamais.</p>

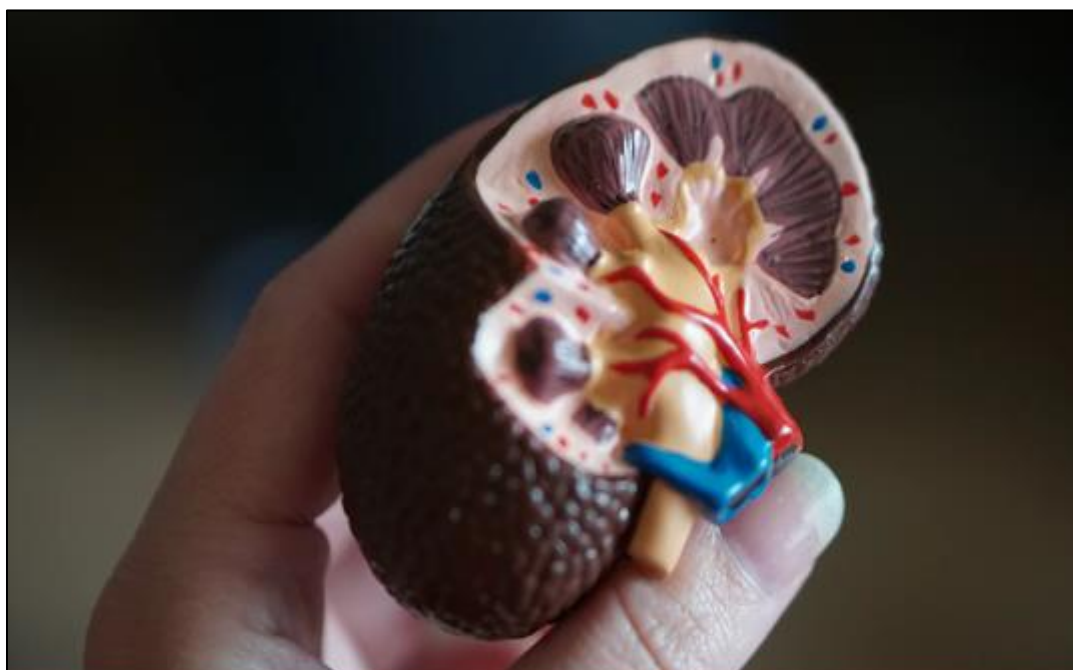
	<p>7. Oui, pour &lt; 50 % des patients  8. Oui, pour la moitié des patients  9. Oui, pour &gt; 50 % des patients  10. Oui, pour chaque patient</p> <p><u>Valeur de cible:</u> Ja, voor elke patiënt</p> <p><b>Blijft u de motivatie opvolgen gedurende de begeleiding van uw CNI patiënten?</b></p> <p>6. Nee, nooit  7. Ja, voor &lt; 50% van de patiënten  8. Ja, voor de helft van de patiënten  9. Ja, voor &gt; 50% van de patiënten  10. Ja, voor elke patiënt</p> <p><u>Streefwaarde:</u> Ja, voor elke patiënt</p>
--	--

### INDICATOR 26 (nieuw bij FR)

<b>Titel indicator</b>	<i>Tenir compte d'autres facteurs</i>
<b>Type indicator</b>	
<b>Definitie</b>	
<b>Vraag</b>	<p><b>Tenez-vous compte de facteurs autres que l'apport nutritionnel chez votre patient (p. ex. médicaments, connaissances, croyances, attitude, comportement, accès à la nourriture, dépression, fonctionnement cognitif) ?</b></p> <p>1. Non, jamais  2. Oui, pour &lt; 50 % des patients  3. Oui, pour la moitié des patients  4. Oui, pour &gt; 50 % des patients  5. Oui, pour chaque patient</p> <p><u>Valeur de cible:</u></p>

### INDICATOR 27 (nieuw bij FR)

<b>Titel indicator</b>	<i>Adaptation aux besoins du patient</i>
<b>Type indicator</b>	
<b>Definitie</b>	
<b>Vraag</b>	<p><b>Adaptez-vous votre avis aux besoins nutritionnels du patients ?</b></p> <p>1. Non, jamais  2. Oui, pour &lt; 50 % des patients  3. Oui, pour la moitié des patients  4. Oui, pour &gt; 75 % des patients  5. Oui, pour chaque patient</p> <p><u>Valeur de cible:</u></p>



## Mijn verbeterplan



# Inhoud

Waarom een verbeterplan?

Verbeterpunten

Gemaakte afspraken

Einddoel

Ondersteuning en begeleiding

Evaluatiemomenten

Onderdelen samenvoegen: het verbeterplan

Logboek

Notities bij het verbeterplan



## Waarom een verbeterplan?

Naar aanleiding van het invullen van jouw individuele vragenlijst rond de behandeling van volwassenen met chronische nierinsufficiëntie stadium 3 en 4, werd dit verbeterplan opgesteld.

Tijdens de groepsessie worden de resultaten van de vragenlijst besproken. Hierbij kunnen ervaringen en werkpunten uitgewisseld worden, om van elkaar te leren.



# Verbeterpunten

De eerste stap is het formuleren van verbeterpunten. Deze kan je best SMART formuleren:

Een SMART geformuleerde doelstelling is specifiek, meetbaar, aanvaardbaar en actiegericht, realiseerbaar of realistisch en tijdgebonden.

- **S = Specifiek:** geef helder en duidelijk aan wat er precies wordt gedaan.
- **M = Meetbaar:** geef een norm aan om te meten of het doel wordt behaald.
- **A = Aanvaardbaar en actiegericht:** wordt het doel gedragen door de cliënt?
- **R = Realiseerbaar en actiegericht:** de cliënt moet de doelen kunnen behalen met aanvaardbare inspanningen. De lat moet niet te hoog, maar ook niet te laag liggen.
- **T = Tijdgebonden:** de periode is vastgesteld waarin het gewenste resultaat moet worden behaald.

Zo wordt duidelijk wat nodig is om je doelen te bereiken.

## VERBETERPUNTEN

Datum: .../.../...

Mijn persoonlijke werkpunten zijn:

1.  
Voorbeeld:
2.  
Voorbeeld:
3.  
Voorbeeld:
4.  
Voorbeeld:
5.  
Voorbeeld:



# Verbeterpunten

## Gemaakte afspraken

Hier leg je de verwachtingen en de duur van het verbetertraject vast.

### AFSPRAKEN

Datum: .../.../...

De gemaakte afspraken zijn:

- 1.
- 2.
- 3.
- 5.
- 4.

## Einddoel

Formuleer de doelen op een positieve manier, bijvoorbeeld "Ik wil meer..." in plaats van "Ik wil minder..."

### DOELEN STELLEN

Tegen .../.../... wil ik volgend(e) doel(en), met betrekking tot een voedingsbehandeling bij volwassenen met chronische nierinsufficiëntie stadium 3 en 4, hebben bereikt:

- 1.
- 2.
- 3.



# Verbeterpunten

## Ondersteuning en begeleiding

Formuleer de acties, ondersteuning en begeleiding om je doelen te bereiken zoals bijvoorbeeld het volgen van een bijscholing.

Om dat doel te bereiken, maak ik gebruik van de volgende acties:

1. In de periode van ..... tot ..... zal ik .....  
.....
1. In de periode van ..... tot ..... zal ik .....  
.....
1. In de periode van ..... tot ..... zal ik .....  
.....

## Evaluatiemomenten

Er wordt tussentijds geëvalueerd om de vooruitgang te bekijken.

Heb ik mijn geplande acties uitgevoerd? JA / NEE  
Heb ik mijn doel bereikt? JA / NEE

Indien niet: wat is er misgelopen en hoe kan ik dit volgende keer voorkomen?

.....  
.....  
.....



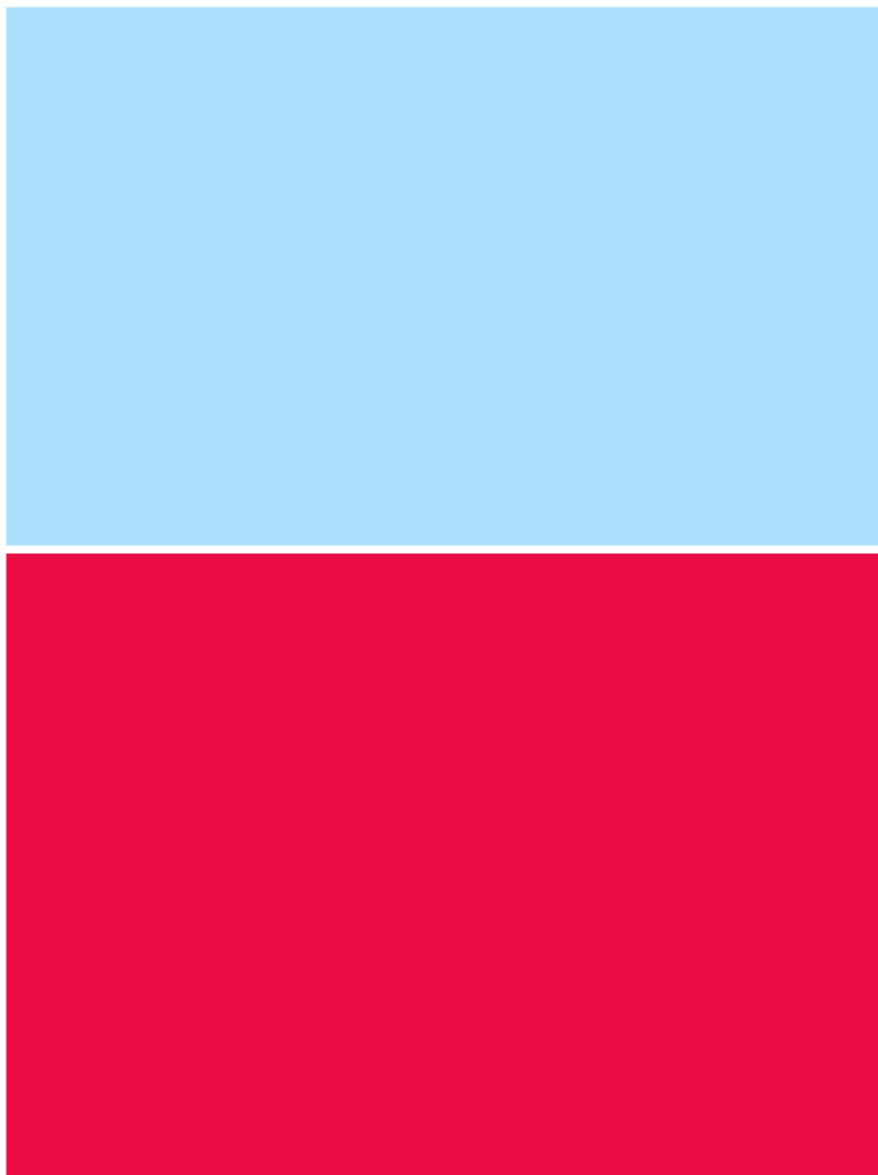


# Logboek

Datum	Actie	Hoe bracht dit me dichterbij mijn doel?



# Notities bij het verbeterplan



Bijlage 10: Voorstel voor de inhoud van de verwijfsbrief naar de diëtist (NL)






- Stadium waar de patiënt te vinden is
- Datum opstart zorgtraject
- Voorgescreven dieetadvies
  - Aanpak risico ondervoeding, nl ...
  - Aandacht voor gewicht, nl ...
  - Eiwitnormalisatie (0,8g/kg/dag), nl ...
  - Zoutnormalisatie (5g/dag) of zoutbeperking, nl ...
  - Kaliumbeperking, nl ...
  - Fosfaatbeperking, nl ...
  - ...



## Checklist: "Mijn zorgplan"

Jouw zorgverlener zal samen met jou deze lijst overlopen en invullen.  
Je kan dit zorgplan zelf verder aanvullen en vragen/onzekerheden noteren.

OPVOLGING	
<input type="checkbox"/> Ik word regelmatig opgevolgd door de <b>huisarts</b> .	
Frequentie: _____	
<input type="checkbox"/> Ik word regelmatig opgevolgd door een <b>specialist</b> . (Welke? _____)	
Frequentie: _____	
<input type="checkbox"/> Ik krijg regelmatig ondersteuning van een <b>verpleegkundige</b> voor volgende zorgen: _____	
<input type="checkbox"/> Ik krijg regelmatig ondersteuning van een <b>zorgcoach</b> voor het opvolgen van mijn zorgplan.	
Frequentie: _____	
<input type="checkbox"/> Ik krijg nog <b>andere zorg- of welzijnsopvolging</b> : _____	
<input type="checkbox"/> Ik heb de nodige documenten voor mijn zorg- en welzijnsopvolging toegevoegd aan deze gezondheidsmap.	
GENEESMIDDELEN	
<input type="checkbox"/> Ik heb mijn medicatieschema overlopen met mijn huisapotheker en weet waarvoor de medicatie dient en hoe ze te gebruiken.	
<input type="checkbox"/> Ik gebruik ook niet voorgeschreven medicatie en vraag om ze toe te voegen aan het medicatieschema.	
<input type="checkbox"/> Ik voeg steeds de laatste versie van mijn medicatieschema toe aan deze map.	
<b>Opmerkingen en vragen:</b>	
_____	
_____	
VACCINATIE	
<input type="checkbox"/> Jaarlijkse griepvaccinatie?	Gebeurd/Gepland op: ..... / ..... / .....
<input type="checkbox"/> Pneumokokkenvaccinatie? <input type="checkbox"/> 1 <sup>de</sup> en <input type="checkbox"/> 2 <sup>de</sup> prik?	Gebeurd/Gepland op: ..... / ..... / .....
<input type="checkbox"/> COVID-vaccinatie?	Gebeurd/Gepland op: ..... / ..... / .....
DAGELIJKS FUNCTIONEREN	
<input type="checkbox"/> Ik ondervind problemen om mijn dagdagelijkse taken uit te voeren.	
<input type="checkbox"/> Ik wens begeleiding om mijn dagdagelijkse taken uit te voeren.	
<input type="checkbox"/> Er is begeleiding opgestart om me hierin te ondersteunen door _____ (zie zorgteam).	
<b>Opmerkingen en vragen:</b>	
_____	
_____	
ONDERZOEKEN EN EDUCATIE	
<b>MUIN EDUCATIE</b>	
<input type="checkbox"/> Ik krijg educatie over _____ door _____	
<input type="checkbox"/> Ik zou het nuttig vinden om educatie te krijgen over _____	
<b>MUIN ONDERZOEKEN</b>	
<b>1. Soort onderzoek:</b> _____	<b>2. Soort onderzoek:</b> _____
Gebeurd/gepland op: ..... / ..... / ....., ..... / ..... / .....	Gebeurd/gepland op: ..... / ..... / ....., ..... / ..... / .....

 <b>VOEDING</b>	
<input type="checkbox"/> Ik let op mijn voeding i.f.v. mijn zorgnoden (variatie, hoeveelheid, samenstelling, ...). <input type="checkbox"/> Ik wens begeleiding bij het kiezen of aanpassen van de juiste voeding. <input type="checkbox"/> Ik ben een begeleidingstraject gestart bij de diëtist.	
Data afspraken: ..... / ..... / ..... , ..... / ..... / ..... , ..... / ..... / ..... , ..... / ..... / ..... , ..... / ..... / .....	
<b>Opmerkingen en vragen:</b> <hr/> <hr/>	
 <b>LICHAAMSBEWEGING</b>	
<input type="checkbox"/> Ik let erop voldoende te bewegen i.f.v. mijn zorgnoden (aard, frequentie, intensiteit, ...). <input type="checkbox"/> Ik wens begeleiding om voldoende/de juiste lichaamsbeweging te bekomen. <input type="checkbox"/> Ik ben een behandeling of begeleidingstraject gestart bij de kinesitherapeut of Beweging op Verwijzing-coach.	
Data afspraken: ..... / ..... / ..... , ..... / ..... / ..... , ..... / ..... / ..... , ..... / ..... / ..... , ..... / ..... / .....	
<b>Opmerkingen en vragen:</b> <hr/> <hr/>	
 <b>ROOKGEDRAG</b>	
Ik ben een: <input type="checkbox"/> ex-roker <input type="checkbox"/> roker <input type="checkbox"/> nooit-roker <input type="checkbox"/> Ik heb vragen over roken en mogelijkheden tot stoppen. <input type="checkbox"/> Ik wil begeleiding van een tabakoloog of deelnemen aan een rookstopcursus.	
<b>Opmerkingen en vragen:</b> <hr/> <hr/>	
 <b>MONDHYGIËNE</b>	
<input type="checkbox"/> Ik heb een vaste tandarts. <input type="checkbox"/> Ik ga <b>jaarlijks op controle</b> bij de tandarts. <input type="checkbox"/> Ik heb last van <b>mond- of tandproblemen</b> : <input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Altijd	
<b>Opmerkingen en vragen:</b> <hr/> <hr/>	
 <b>MENTALE ZORG</b>	
<b>Kruis aan: "Ik ervaar...":</b>	
Depressieve klachten: <input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Altijd Een verminderde kwaliteit van leven omwille van: Fysieke beperkingen: <input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Altijd Verminderd sociale contact: <input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Altijd Eenzaamheid: <input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Altijd	Angst: <input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Altijd Last met therapeutrouw: <input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Ik wens psychologische ondersteuning. <input type="checkbox"/> Ik heb een afspraak gemaakt bij de psycholoog: Data afspraken: ..... / ..... / ..... , ..... / ..... / ..... , ..... / ..... / ..... , ..... / ..... / ..... , ..... / ..... / .....

Bijlage 12: Op te volgen indicatoren voor huisartsen (voorstel) (NL)

De onderstaande tabel is een voorstel voor indicatoren die door de huisarts dienen te worden opgevolgd voor elke patiënt in een CNI-zorgtraject (zie aanbeveling 6A). Voor elke indicator moeten de parameters systematisch worden geregistreerd in de DMI-software. Deze parameters moeten op gestructureerde wijze worden geregistreerd (geen vrije tekst), hetgeen harmonisatiewerkzaamheden vereist van de softwareleveranciers (zie aanbeveling 6B).

De selectie van de indicatoren werd voornamelijk gemaakt op basis van het potentieel voor verbetering van de overeenkomstige aanbeveling, alsook de versterking van de multidisciplinariteit (verwijzing naar een nefroloog/diëtist). Deze selectie is echter niet volledig, en vereist de oprichting van een werkgroep voor een definitieve validatie die rekening houdt met de bijkomende administratieve last voor de huisarts (zoals vermeld in hoofdstuk 1.5 en aanbeveling 6A).

Aanbeveling	Indicator	Vereiste parameters
R <sub>9</sub>	Patiënten met progressieve nierinsufficiëntie bij wie echografie van de nieren en urinewegen is aangevraagd	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registratie in een CNI-zorgtraject</li> <li>• eGFR (evolutie)</li> <li>• Aanvraag echografie</li> </ul>
R <sub>34</sub>	Patiënten met eGFR, gecorrigeerde albuminurie en gecorrigeerde proteïnurie gemeten in de laatste 12 maanden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registratie in een CNI-zorgtraject</li> <li>• eGFR</li> <li>• Gecorrigeerde albuminurie</li> <li>• Gecorrigeerde proteïnurie</li> </ul>
R <sub>43</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vrouwelijke patiënten met een eGFR tussen 30 en 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en een CAR &gt;300 mg/g en/of proteïnurie &gt;1000 mg/24 h of eiwit/kreatinineratio (PCR) &gt;1000 mg/g die zijn ingeschreven in een CNI-zorgtraject</li> <li>• Mannelijke patiënten met een eGFR tussen 30 en 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en een CAR &gt;200 mg/g en/of proteïnurie &gt;1000 mg/24 u of een proteïne/creatinine ratio (PCR) &gt;1000 mg/g die zijn ingeschreven in een CNI-zorgtraject</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registratie in een CNI-zorgtraject</li> <li>• eGFR</li> <li>• Geslacht</li> <li>• CAR</li> <li>• PCR</li> </ul>



Aanbeveling	Indicator	Vereiste parameters
R <sub>45</sub>	Patiënten met een eGFR tussen 30 en 45 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> en verslechtering van de eGFR > 10 ml/min. in 5 jaar of > 5 ml/min. in 2 jaar, verwezen naar een nefroloog	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registratie in een CNI-zorgtraject</li> <li>• eGFR (evolutie)</li> <li>• Verwijzing naar een nefroloog</li> </ul>
R <sub>47</sub>	Patiënten met significante aanhoudende albuminurie (CAR ≥ 300 mg/g) verwezen naar een nefroloog	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registratie in een CNI-zorgtraject</li> <li>• RAC</li> <li>• Verwijzing naar een nefroloog</li> </ul>
R <sub>60</sub>	Patiënten in een CNI-zorgtraject die naar een diëtist zijn verwezen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registratie in een CNI-zorgtraject</li> <li>• Verwijzing naar een diëtist</li> </ul>



## Bijlage 13 : Handleiding zelfevaluatie huisartsen – CareConnect (NL)

Als voorbeeld is in de bijlagen een handleiding voor gegevensextractie door huisartsen opgenomen. Dit zijn handleidingen voor de EMD-software CareConnect, de meest gebruikte in België. Andere handleidingen werden opgesteld voor de programma's Daktari en HealthOne.





---

## Zelfevaluatie huisartsen

# Klinische richtlijnen voor de opvolging van chronische nierinsufficiëntie patiënten door de huisarts

Handleiding: CareConnect

---



# 1. Inleiding

Beste huisartsen,

In samenwerking met de FOD Volksgezondheid, CEBAM en EBPnet voert Antares Consulting een project uit met als doel het implementatieniveau van de CNI-richtlijnen "Chronische Nierinsufficiëntie" (2012) en "Multidisciplinaire Richtlijn Chronisch Nierlijden (CNI)" (2016) bij de huisarts in België te evalueren door middel van een zelfevaluatie.

Dit is een nationaal project dat tot doel heeft de toepassing van klinische richtlijnen in uw praktijk te verbeteren om een goede follow-up van de patiënt met een chronische nierziekte te waarborgen. Het project bestaat uit twee delen:

1. Het verzamelen van gegevens via een online zelfevaluatie.
2. De organisatie van feedbacksessies in alle regio's van België.

Wij hebben uw hulp nodig! Om de resultaten naar het nationaal niveau te kunnen veralgemenen, wensen wij minstens 600 huisartsen te bereiken om de zelfevaluatie te doen en zoeken we minstens 200 inschrijvingen voor de feedbacksessies.

Wij hebben deze zelfevaluatie opgesteld om een overzicht te krijgen van de implementatie van de aanbevelingen van de klinische richtlijnen in huisartsenpraktijken in het hele land. Deze enquête is in geen geval bedoeld om uw praktijk te evalueren.

Zodra de gegevens zijn verzameld en verwerkt, zullen feedbacksessies worden gehouden. Tijdens deze sessies zullen de resultaten, alsook de sterke punten en de gebieden voor verbetering met betrekking tot de diagnose, behandeling, opvolging en doorverwijzing van de CNI-patiënt worden besproken. De georganiseerde sessies zullen ook geaccrediteerd worden door het RIZIV (accreditering is de erkenning van uw deelname aan een geheel van permanente bijscholingsactiviteiten).



De zelfevaluatie die u zult invullen, bestaat uit vier delen:

1. Typering van de huisarts
2. Typering van het patiëntenbestand van de huisarts
3. Het zorgtraject
  - a. Screening
  - b. Diagnose
  - c. Behandeling
  - d. Follow-up
  - e. Doorverwijzing van de patiënt
4. Uitnodiging om deel te nemen aan feedbacksessies

De enquête bestaat zowel uit kwalitatieve als kwantitatieve vragen, waarvan sommige een aantal extracties uit uw EMD-software zullen vereisen. Wij zullen u stap voor stap door dit proces helpen aan de hand van deze handleiding, die fotografische instructies bevat voor elke stap.

Mocht u bij het invullen van de zelfevaluatie vragen hebben, dan kunt u altijd contact met ons opnemen via het volgende e-mailadres: [irc@antares-consulting.com](mailto:irc@antares-consulting.com). Wij verbinden ons ertoe u binnen de 72 uur te beantwoorden!

Dit onderzoek zal ongeveer 1 uur 30 minuten van uw tijd in beslag nemen. Indien nodig, kunt u uw voortgang op elk moment opslaan en op een ander tijdstip verdergaan.

Door deze enquête in te vullen gaat u ermee akkoord dat:

- Antares Consulting de gegevens verwerkt met het oog op de evaluatie van de implementatie.
- De vragenlijst niet anoniem is.



## 2. Ophaalmethode van gegevens

### 2.1. Statistiek

In de statistiekmodule zullen gegevens die in het elektronisch medisch dossier zitten geëxporteerd kunnen worden. In het 'Overzicht' zullen er al heel wat voorgedefinieerde zoekacties te vinden zijn. Voor specifieke zoekacties – bijvoorbeeld in het kader van chronische nierinsufficiëntie – kunnen ook 'nieuwe' zoekacties gemaakt worden.

Klik hiervoor op het tandwielletje bovenaan rechts en vervolgens op 'Statistiek'.

The screenshot shows the software interface with the following elements:

- Top navigation bar: Dossiers, Berichten, Tarificatie, Taken. A gear icon is highlighted in the top right corner.
- Secondary navigation bar: Patiëntenbeheer, Mijn CareConnect, Statistiek, Synchronisatiebeheer.
- Main content area: 'Statistiek' module with a sub-menu containing 'Overzicht', 'Nieuw', 'Opzoeking', 'Audit: COVID-19', and 'Audit: Vaccinatiegraad'. The 'Overzicht' button is highlighted with a red box.
- Table of search actions:

Titel	Auteur
Actieve lijst ICS/LABA en LAMA	E10
Actieve lijst open triple LABA/LAMA + ICS	E10
Actieve lijst stap vanuit duale therapie	E10
Actieve patiënten	
Antares - MDRD + Arteriële hypertensie	EE1
Antares - MDRD + Cardio	EE1
Antares - MDRD + Diabetes	EE1
Antares - MDRD risicopatiënten	EE1
Antares - MDRD stadium I	EE1
Antares - MDRD stadium II	EE1

On the right, a dropdown menu is open, showing the following options:

- Patiëntenbeheer: Patient export, Patient import, Upload documents, Add patients
- Mijn CareConnect: Documents, Medication, Prescriptions, Address book, Library
- Statistiek: Statistiek (highlighted), Audit: COVID-19, Audit: Vaccination rate
- Synchronisatiebeheer: Conflicts
- Configuratie: Application usage
- Geïntegreerde premie: Integrated premium
- Gebruikersbeheer: Overview, User management, License management, Replacement
- Logboek: Logbook

## 2.2. Aanmaak van een nieuwe zoekactie

Om een nieuwe zoekactie op te maken moet er op 'Nieuw' geklikt worden.

Statistiek

Overzicht

**Nieuw**

Audit: COVID-19

Geef alle patiënten weer die...

**MINSTENS voldoen aan** **NERGENS voldoen aan**

Domein  Element  Operator

+ Voeg conditie toe (OF relatie) + Voeg lijn toe (EN relatie)

Start zoekopdracht

Familienaam	Voornamen	INSZ	Straat en nr	Gemeente
Geen inhoud in de tabel				

Patiënten in zoekresultaat:  
Actieve patiëntenpopulatie:  
% tegen actieve populatie:  
Totale patiëntenpopulatie:

## 2.3. De opbouw van een zoekactie

Om een zoekactie te bouwen zullen de criteria moeten geselecteerd worden waarop gezocht dient te worden:

### 2.3.1. Domein

Titel

Geef alle patiënten terug die...

**MINSTENS voldoen aan** **NERGENS voldoen aan**

Domein  Element  Operator

+ Voeg conditie toe (OF relatie) + Voeg lijn toe (EN rela...

Voornamen	INSZ	Straat	Gemeente
-----------	------	--------	----------

- Domein
- Contact
- Evaluatie
- Export
- GMD
- Handeling
- Labuitslag
- Medicatie
- Medicatie intolerantie
- Parameter
- Patiëntenadministratie

### 2.3.2. Element

Titel

Geef alle patiënten terug die...

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Contact Auteur Datum Type

Is gelijk aan

+ Voeg lijn toe (EN rela...)

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Start zoekopdracht

### 2.3.3. Operator

Titel

Geef alle patiënten terug die...

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Contact Datum Operator

Is gelijk aan  
Is groter dan  
Is groter dan of gelijk aan  
Is kleiner dan  
Is kleiner dan of gelijk aan

+ Voeg lijn toe (EN rela...)

Start zoekopdracht

### 2.3.4. Waarde

Titel

Geef alle patiënten terug die...

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Contact Datum Is groter da... Selecteer

+ Voeg conditie toe

+ Voeg lijn toe (EN rela...)

Start zoekopdracht

Familienaam	Voornamen	INSZ	Gemeente

januari 2018

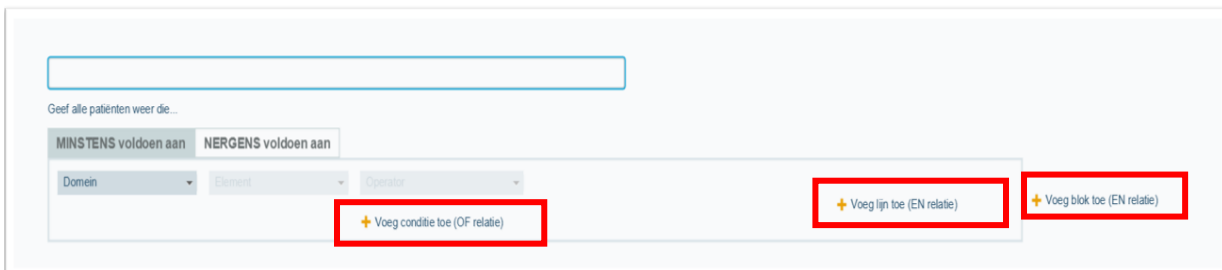
m	d	w	d	v	z	z
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11

Vandaag

### 2.3.5. Meerdere criteria

Om meerdere criteria te combineren, is het mogelijk om te werken met een 'OF-relatie', en/of een 'EN-relatie'.

- Een 'OF-relatie' zorgt ervoor dat de zoekresultaten zullen voldoen aan één van de criteria.
- Een 'EN-relatie' zorgt ervoor dat de zoekresultaten zullen voldoen aan alle criteria.

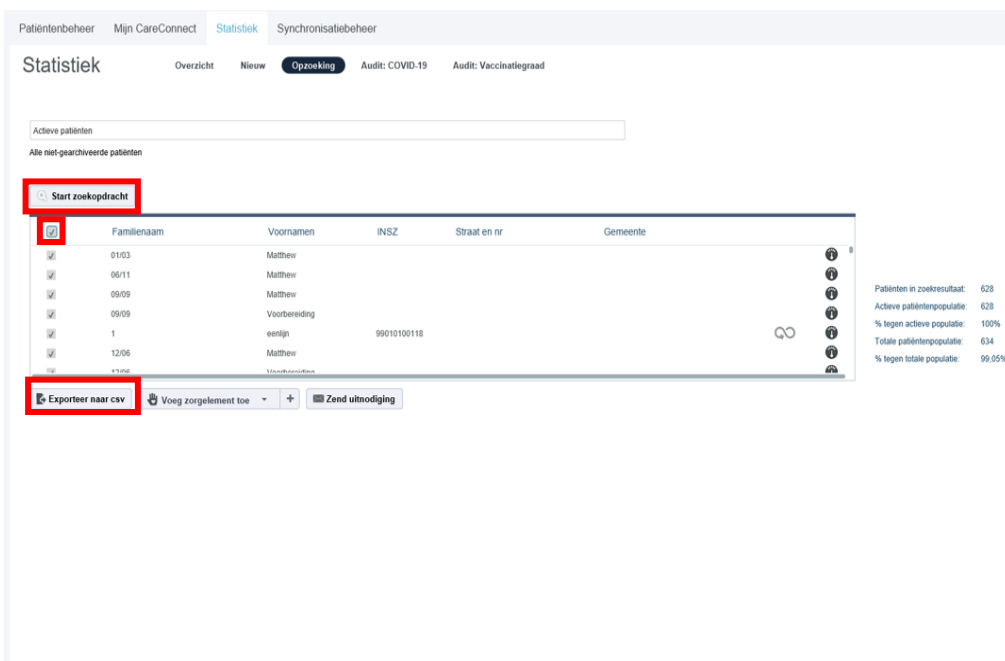


Een 'blok' toevoegen is nodig wanneer er met uitgebreide zoekacties gewerkt wordt, waarbij criteria gegroepeerd worden.

### 2.3.6. Export van de resultaten (ter informatie)

De export van resultaten is opgenomen in deze handleiding louter ter volledigheid. In de context van het aanmaken van zoekacties voor chronische nierinsufficiëntie zal deze stap niet nodig zijn.

Klik op 'Start zoekopdracht', en vink alles aan. Klik vervolgens op 'Exporteer naar csv'.



Selecteer 'verzekeringsinfo' in de te exporteren data, met de specificatie van 'laatste'. Op die manier zal u niet te veel onnodige gegevens exporteren.

**Selecteer te exporteren data**

Alle administratieve gegevens van de patiënt worden geëxporteerd.  
Voeg aanvullende medische informatie van de patiënt toe die u wilt exporteren.

Exporteer alle medische data

Exporteer enkel data gewijzigd na:

OF

Specificeer welke data u wenst te exporteren:

+ Voeg lijn toe

- Alles
-



**Opgelet:** deze handleiding bevat enkel de vragen die een gegevensextractie vereisen. De overige kwalitatieve meerkeuzevragen vindt u rechtstreeks terug in de enquête.

### 3. Typering van het patiëntenbestand

Vraag 8: Hoeveel actieve patiënten telt uw praktijk in totaal?

Klik op 'Overzicht' en selecteer 'Actieve patiënten'. Voor alle andere zoekacties zal er op 'Nieuw' geklikt moeten worden.

Vanaf nu zullen 'actieve patiënten' steeds 'patiënten' worden genoemd.

The screenshot shows the 'Statistiek' (Statistics) section of the software. At the top, there are navigation tabs: 'Patiëntenbeheer', 'Mijn CareConnect', 'Statistiek', and 'Synchronisatiebeheer'. Under 'Statistiek', there are buttons for 'Overzicht', 'Nieuw', 'Opzoeking', 'Audit: COVID-19', and 'Audit: Vaccinatiegraad'. The 'Overzicht' button is highlighted with a red box. Below the buttons, there is a search bar with 'Titel' and 'Auteur' labels. A dropdown menu is open, showing several search criteria: 'Actieve patiënten', 'Audit COVID-19: patiënten die een contact hebben gehad tussen 1/9/2018 en 31/8/2020', 'Audit COVID-19: patiënten met een A77-code', and 'Audit COVID-19: patiënten met een Influenza Like Infectie'. To the right of the search bar, there is a section titled 'Actieve patiënten' with the text 'Alle niet-gearchiveerde patiënten'.

Vraag 9: Hoeveel patiënten heeft u in een CNI-traject?

The screenshot shows the 'Statistiek' (Statistics) section of the software. At the top, there are navigation tabs: 'Statistiek', 'Overzicht', 'Nieuw', 'Opzoeking', 'Audit: COVID-19', and 'Audit: Vaccinatiegraad'. The 'Nieuw' button is highlighted with a red box. Below the buttons, there is a search bar with 'Titel' label. Below the search bar, there is a section titled 'Geef alle patiënten weer die...' with two tabs: 'MINSTENS voldoen aan' and 'NERGENS voldoen aan'. Below the tabs, there are four dropdown menus: 'Zorgaanpak', 'Titel', 'Bevat', and 'Zorgtraject Chronische nierinst'. Below the dropdown menus, there is a button with a plus sign and the text '+ Voeg conditie toe (OF relatie)'.

### Vraag 10: Hoeveel van uw CNI-patiënten zijn vrouwen? Hoeveel van uw CNI-patiënten zijn mannen?

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om chronische nierinsufficiëntie te registreren als zorgement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgement' selecteren.

De zoekopdracht moet eenmaal voor mannen en eenmaal voor vrouwen worden uitgevoerd.

## Statistiek

Overzicht

Nieuw

Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Evaluatie Titel Bevat chronische nierinsufficiën

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Patiëntenadministratie Geslacht Is gelijk aan Vrouw

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

### Vraag 11: Hoeveel van uw patiënten hebben diabetes?

Mocht u de gewoonte hebben om diabetes te registreren als zorgement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgement' selecteren.

## Statistiek

Overzicht

Nieuw

Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Evaluatie Titel Bevat diabetes

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

## Vraag 12: Hoeveel van uw CNI-patiënten hebben diabetes?

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om diabetes of chronische nierinsufficiëntie te registreren als zorgelement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgelement' selecteren.

Patiëntenbeheer   Mijn CareConnect   **Statistiek**   Synchronisatiebeheer

### Statistiek

Overzicht   **Nieuw**   Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

**MINSTENS voldoen aan**   NERGENS voldoen aan

Evaluatie   Titel   Bevat   diabetes

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

**MINSTENS voldoen aan**   NERGENS voldoen aan

Evaluatie   Titel   Bevat   chronische nierinsufficiën

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

## Vraag 13: Hoeveel van uw CNI-patiënten lijden aan hartfalen?

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om chronische nierinsufficiëntie of hartfalen/hartdecompensatie te registreren als zorgelement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgelement' selecteren.

**Statistiek**   Overzicht   **Nieuw**   Audit: COVID-19

Titel


Geef alle patiënten weer die...


**MINSTENS voldoen aan**   NERGENS voldoen aan

Evaluatie   Titel   Bevat   chronische nierinsufficiën

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

**MINSTENS voldoen aan**   NERGENS voldoen aan

Evaluatie   Titel   Bevat   hartfalen   

Bevat   hartdecompensatie   

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

## Vraag 14: Hoeveel van uw CNI-patiënten hebben hypertensie (> 140/90mmg/HG)?

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om chronische nierinsufficiëntie te registreren als zorgelement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgement' selecteren.

Hypertensie kan op twee manieren worden opgezocht, als **parameter** of als **diagnose**. Indien u gewend bent hypertensie als parameter te registreren, kies dan de eerste optie, als u gewend bent het als diagnose op te nemen, kies dan de tweede optie.

### 1. Parameter:

#### Statistiek

Overzicht

**Nieuw**

Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

**MINSTENS** voldoen aan **NERGENS** voldoen aan

Evaluatie  Titel  Bevat  chronische nierinsufficiën

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

**MINSTENS** voldoen aan **NERGENS** voldoen aan

Parameter  Naam  Is gelijk aan  Systolische bloeddruk

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Parameter  Waarde  Is groter dan  140

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

**MINSTENS** voldoen aan **NERGENS** voldoen aan

Parameter  Naam  Is gelijk aan  Diastolische bloeddruk

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Parameter  Waarde  Is groter dan  90

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

### 2. Diagnose:

#### Statistiek

Overzicht

**Nieuw**

Audit: COVID-19

**MINSTENS** voldoen aan **NERGENS** voldoen aan

Evaluatie  Titel  Bevat  chronische nierinsufficiën

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

**MINSTENS** voldoen aan **NERGENS** voldoen aan

Evaluatie  Titel  Bevat  hypertensie

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

### Vraag 15: Hoeveel van uw CNI-patiënten zijn in stadium 1 (eGFR > 90 ml/min)?

**Belangrijk:** Voor de zoekacties betreffende eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) wordt in onderstaande voorbeelden steeds de **MDRD** (modification of diet in renal diseases) formule gebruikt. Er kan echter ook op **eGFR – CKD-EPI** (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) gezocht worden. Indien u '0' patiënten heeft als zoekactie, gelieve de andere te proberen.

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om chronische nierinsufficiëntie te registreren als zorgelement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgelement' selecteren.

## Statistiek

Overzicht **Nieuw** Audit: COVID-19

---

Titel

Geef alle patiënten weer die...

**MINSTENS** voldoen aan **NERGENS** voldoen aan

Evaluatie  Titel  Bevat  chronische nierinsufficiën

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

---

**MINSTENS** voldoen aan **NERGENS** voldoen aan

Labouitslag  Parameter  Is gelijk aan  eGFR (MDRD)

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labouitslag  Waarde  Is groter dan  90

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

## Vraag 16: Hoeveel van uw CNI-patiënten zijn in stadium 2 (eGFR 60 – 89 ml/ min)?

**Belangrijk:** Voor de zoekacties betreffende eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) wordt in onderstaande voorbeelden steeds de **MDRD** (modification of diet in renal diseases) formule gebruikt. Er kan echter ook op **eGFR – CKD-EPI** (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) gezocht worden. Indien u '0' patiënten heeft als zoekactie, gelieve de andere te proberen.

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om chronische nierinsufficiëntie te registreren als zorgelement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgement' selecteren.

## Statistiek

Overzicht

Nieuw

Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Evaluatie Titl Bevat chronische nierinsufficiën

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Labuitslag Parameter Is gelijk aan eGFR (MDRD)

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labuitslag Waarde Is groter dan of gelijk aan 60

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labuitslag Waarde Is kleiner dan of gelijk aan 89

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

### Vraag 17: Hoeveel van uw CNI-patiënten zijn in stadium 3A (eGFR 45 – 59 ml/min)?

**Belangrijk:** Voor de zoekacties betreffende eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) wordt in onderstaande voorbeelden steeds de **MDRD** (modification of diet in renal diseases) formule gebruikt. Er kan echter ook op **eGFR – CKD-EPI** (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) gezocht worden. Indien u '0' patiënten heeft als zoekactie, gelieve de andere te proberen.

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om chronische nierinsufficiëntie te registreren als zorgelement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgement' selecteren.

## Statistiek

Overzicht

Nieuw

Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Evaluatie Titel Bevat chronische nierinsufficiëntie

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Labouitslag Parameter Is gelijk aan eGFR (MDRD)

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labouitslag Waarde Is groter dan of gelijk aan 45

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labouitslag Waarde Is kleiner dan of gelijk aan 59

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

### Vraag 18: Hoeveel van uw CNI-patiënten zijn in stadium 3B (eGFR 30 – 44 ml/min)?

**Belangrijk:** Voor de zoekacties betreffende eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) wordt in onderstaande voorbeelden steeds de **MDRD** (modification of diet in renal diseases) formule gebruikt. Er kan echter ook op **eGFR – CKD-EPI** (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) gezocht worden. Indien u '0' patiënten heeft als zoekactie, gelieve de andere te proberen.

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om chronische nierinsufficiëntie te registreren als zorgelement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgement' selecteren.

## Statistiek

Overzicht

Nieuw

Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Evaluatie Titl Bevat chronische nierinsufficiën

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Labouitslag Parameter Is gelijk aan eGFR (MDRD)

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labouitslag Waarde Is groter dan of gelijk aan 30

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labouitslag Waarde Is kleiner dan of gelijk aan 44

+ Voeg conditie toe (OF relatie)



### Vraag 19: Hoeveel van uw CNI-patiënten zijn in stadium 4 (eGFR 15 – 29 ml/min)?

**Belangrijk:** Voor de zoekacties betreffende eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) wordt in onderstaande voorbeelden steeds de **MDRD** (modification of diet in renal diseases) formule gebruikt. Er kan echter ook op **eGFR – CKD-EPI** (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) gezocht worden. Indien u '0' patiënten heeft als zoekactie, gelieve de andere te proberen.

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om chronische nierinsufficiëntie te registreren als zorgelement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgelement' selecteren.

## Statistiek

Overzicht

**Nieuw**

Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

MINSTENS voldoen aan

NERGENS voldoen aan

Evaluatie

Titel

Bevat

chronische nierinsufficiëntie

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

MINSTENS voldoen aan

NERGENS voldoen aan

Labouitslag

Parameter

Is gelijk aan

eGFR (MDRD)

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labouitslag

Waarde

Is groter dan of gelijk aan

15

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labouitslag

Waarde

Is kleiner dan of gelijk aan

29

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

## Vraag 20: Hoeveel van uw CNI-patiënten zijn in stadium 5 (eGFR < 15 ml/min)?

**Belangrijk:** Voor de zoekacties betreffende eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) wordt in onderstaande voorbeelden steeds de **MDRD** (modification of diet in renal diseases) formule gebruikt. Er kan echter ook op **eGFR – CKD-EPI** (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) gezocht worden. Indien u '0' patiënten heeft als zoekactie, gelieve de andere te proberen.

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om chronische nierinsufficiëntie te registreren als zorgelement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgelement' selecteren.

## Statistiek

Overzicht

Nieuw

Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Evaluatie Titel Bevat chronische nierinsufficiëntie

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Labouitslag Parameter Is gelijk aan eGFR (MDRD)

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labouitslag Waarde Is kleiner dan 15

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

## 4. Zorgtraject

### 4.1. Screening

#### Vraag 21: Aantal patiënten met diabetes die gescreend zijn op CNI (jaarlijks).

Het feit of er een jaarlijkse screening is gebeurd zal moeten blijken uit het exportbestand. Er kan echter wel gecheckt worden of er het voorbije jaar een screening is gebeurd.

Bij het selecteren van de datum moet **12 maanden in het verleden gegaan worden**. (Bijvoorbeeld: als u de test doet op 1/02/2022 → selecteer 1/02/2021)

Patiënten met diabetes kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'diabetes'.

Mocht u de gewoonte hebben om diabetes te registreren als zorgelement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgelement' selecteren.

**Belangrijk:** Voor de zoekacties betreffende eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) wordt in onderstaande voorbeelden steeds de **MDRD** (modification of diet in renal diseases) formule gebruikt. Er kan echter ook op **eGFR – CKD-EPI** (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) gezocht worden. Indien u '0' patiënten heeft als zoekactie, gelieve de andere te proberen.

### Statistiek

Overzicht **Nieuw** Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

**MINSTENS** voldoen aan **NERGENS** voldoen aan


Evaluatie  Titel  Bevat  diabetes

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

**MINSTENS** voldoen aan **NERGENS** voldoen aan

Labuitslag  Parameter  Is gelijk aan  eGFR (MDRD)

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labuitslag  Datum  Is groter dan  Selecteer datum 

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

## 4.2. Diagnose

Vraag 26: Aantal patiënten met een eGFR <60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> bij wie gecorrigeerde albuminurie of gecorrigeerde proteïnurie werd gemeten.

Termen:

- 'Ratio albumine: creatinine urine'
- 'Ratio eiwit: creatinine urine'

**Belangrijk:** Voor de zoekacties betreffende eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) wordt in onderstaande voorbeelden steeds de **MDRD** (modification of diet in renal diseases) formule gebruikt. Er kan echter ook op **eGFR – CKD-EPI** (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) gezocht worden. Indien u '0' patiënten heeft als zoekactie, gelieve de andere te proberen.

## Statistiek

Overzicht

**Nieuw**

Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

**MINSTENS** voldoen aan **NERGENS** voldoen aan


Labouitslag ▼ Parameter ▼ Is gelijk aan ▼ eGFR (MDRD) ▼


+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labouitslag ▼ Waarde ▼ Is kleiner dan ▼ 60

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

**MINSTENS** voldoen aan **NERGENS** voldoen aan

Labouitslag ▼ Parameter ▼ Is gelijk aan ▼ Ratio albumine:creatinine urine ▼ 

Is gelijk aan ▼ Ratio eiwit:creatinine urine ▼ 

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

## Vraag 27: Aantal patiënten met een CNI-diagnose bij wie een stadium werd vastgesteld aan de hand van de eGFR.

Deze zoekactie is enkel mogelijk indien het stadium werd gespecificeerd in de rubrieken 'parameter', 'zorgelement' of 'evaluatie'. In de rubriek 'parameter' is er in CareConnect ruimte voorzien voor deze specifieke info, daarom wordt dit meegenomen in onderstaand voorbeeld.

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om chronische nierinsufficiëntie te registreren als zorgelement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgelement' selecteren.

**Belangrijk:** Voor de zoekacties betreffende eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) wordt in onderstaande voorbeelden steeds de **MDRD** (modification of diet in renal diseases) formule gebruikt. Er kan echter ook op **eGFR – CKD-EPI** (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) gezocht worden. Indien u '0' patiënten heeft als zoekactie, gelieve de andere te proberen.

### Statistiek

Overzicht

Nieuw

Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Evaluatie Titels Bevat chronische nierinsufficiëntie

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Labouitslag Parameter Is gelijk aan eGFR (MDRD)

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Parameter Naam Is gelijk aan Stadium nierinsufficiëntie

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Vraag 28: Aantal patiënten met progressieve CNI bij wie echografie van de nieren en de urinewegen werd verricht.

Termen :

- 'complete urinaire echografie'  
'echografie nieren'

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om chronische nierinsufficiëntie te registreren als zorgelement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgement' selecteren.

## Statistiek

Overzicht

Nieuw

Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Evaluatie Titel Bevat chronische nierinsufficiëntie

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Handeling Titel Bevat complete urinaire echogr

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Handeling Titel Bevat echografie nieren

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

### 4.3. Behandeling

### 4.4. Follow-up

Vraag 33: Aantal CNI-patiënten met een eGFR tussen 30 en 59 ml/min/1,73m<sup>2</sup> bij wie de eGFR gedurende de afgelopen 6 maanden werd gecontroleerd.

Bij het selecteren van de datum moet **6 maanden in het verleden gegaan worden**. (Bijvoorbeeld: als u de test doet op 1/02/2022 → selecteer 1/08/2021).

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om chronische nierinsufficiëntie te registreren als zorgelement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgelement' selecteren.

**Belangrijk:** Voor de zoekacties betreffende eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) wordt in onderstaande voorbeelden steeds de **MDRD** (modification of diet in renal diseases) formule gebruikt. Er kan echter ook op **eGFR – CKD-EPI** (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) gezocht worden. Indien u '0' patiënten heeft als zoekactie, gelieve de andere te proberen.

## Statistiek

Overzicht

Nieuw

Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Evaluatie Titel Bevat chronische nierinsufficiën

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

MINSTENS voldoen aan NERGENS voldoen aan

Labuitslag Parameter Is gelijk aan eGFR (MDRD)

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labuitslag Waarde Is kleiner dan of gelijk aan 59

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labuitslag Waarde Is groter dan of gelijk aan 30

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labuitslag Datum Is groter dan Selecteer datum

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

**Vraag 34: Aantal CNI-patiënten met eGFR, gecorrigeerde albuminurie en gecorrigeerde proteïnurie bepaald in de afgelopen 12 maanden.**

Termen:

- 'Ratio albumine:creatinine urine'
- 'Ratio eiwit:creatinine urine'

Bij het selecteren van de datum moet **12 maanden in het verleden gegaan worden**. (Bijvoorbeeld: als u de test doet op 1/02/2022 → selecteer 1/02/2021)

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om chronische nierinsufficiëntie te registreren als zorgelement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgelement' selecteren.

**Belangrijk:** Voor de zoekacties betreffende eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) wordt in onderstaande voorbeelden steeds de **MDRD** (modification of diet in renal diseases) formule gebruikt. Er kan echter ook op **eGFR – CKD-EPI** (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) gezocht worden. Indien u '0' patiënten heeft als zoekactie, gelieve de andere te proberen.

Statistiek Overzicht Nieuw Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

**MINSTENS** voldoen aan **NERGENS** voldoen aan

Evaluatie  Titel  Bevat  chronische nierinsufficiën

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

**MINSTENS** voldoen aan **NERGENS** voldoen aan

Labuitslag  Parameter  Is gelijk aan  eGFR (MDRD)

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labuitslag  Parameter  Is gelijk aan  Ratio eiwit:creatinine urine

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labuitslag  Parameter  Is gelijk aan  Ratio albumine:creatinine urine

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labuitslag  Datum  Is groter dan  Selecteer datum

+ Voeg conditie toe (OF relatie)



### Vraag 37: Aantal CNI-patiënten met hartfalen aan wie spironolacton werd voorgeschreven.

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om chronische nierinsufficiëntie of hartdecompensatie/hartfalen te registreren als zorgelement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgelement' selecteren.

**Statistiek**      Overzicht      **Nieuw**      Audit: COVID-19


Titel


Geef alle patiënten weer die...

**MINSTENS voldoen aan**      **NERGENS voldoen aan**

Evaluatie      Titel      Bevat      chronische nierinsufficiën

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Evaluatie      Titel      Bevat      hartfalen      

Bevat      hartdecompensatie      

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

**MINSTENS voldoen aan**      **NERGENS voldoen aan**

Medicatie      BCFI boom      Is gelijk aan      Spironolacton

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

#### 4.5. Doorverwijzing van de patiënt

Vraag 44: Aantal CNI-patiënten met een eGFR <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> die gevolgd worden door een nefroloog.

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om chronische nierinsufficiëntie te registreren als zorgement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgement' selecteren.

Indien de patiënt wordt gevolgd door een nefroloog en als u dit heeft geregistreerd in vrije tekst in een rubriek 'evaluatie' of 'zorgement' met bijvoorbeeld de tekst 'opvolging nefroloog', dan zal u dit kunnen exporteren.

**Belangrijk:** Voor de zoekacties betreffende eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) wordt in onderstaande voorbeelden steeds de **MDRD** (modification of diet in renal diseases) formule gebruikt. Er kan echter ook op **eGFR – CKD-EPI** (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) gezocht worden. Indien u '0' patiënten heeft als zoekactie, gelieve de andere te proberen.

### Statistiek

Overzicht **Nieuw** Audit: COVID-19

Titel

Geef alle patiënten weer die...

**MINSTENS** voldoen aan **NERGENS** voldoen aan

Evaluatie  Titel  Bevat  chronische nierinsufficiën

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Evaluatie  Titel  Bevat  opvolging nefroloog

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

**MINSTENS** voldoen aan **NERGENS** voldoen aan

Labuitslag  Parameter  Is gelijk aan  eGFR (MDRD)

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Labuitslag  Waarde  Is kleiner dan  30

+ Voeg conditie toe (OF relatie)

Vraag 45: Aantal CNI-patiënten met een eGFR <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> dat naar een erkende diëtist werd doorverwezen.

Er kan gezocht worden op 'handeling' of op 'reden van contact': verwijzing diëtiste. Eén van beide mogelijkheden zal dus moeten geselecteerd worden. De term 'verwijzing diëtiste' is een gestandaardiseerde term die kan geselecteerd worden in CareConnect. Indien u de gewoonte heeft om andere formuleringen te gebruiken, dan moet u deze formuleringen gebruiken. Ook vrije tekst is hier mogelijk.

CNI-patiënten kunnen opgezocht worden door te zoeken op de registraties die gebeurd zijn bij het stellen van de diagnose (evaluatie) 'chronische nierinsufficiëntie'.

Mocht u de gewoonte hebben om chronische nierinsufficiëntie te registreren als zorgelement, dan kunt u in plaats van 'evaluatie' de zoekterm 'zorgelement' selecteren.

**Belangrijk:** Voor de zoekacties betreffende eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) wordt in onderstaande voorbeelden steeds de MDRD (modification of diet in renal diseases) formule gebruikt. Er kan echter ook op eGFR – CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) gezocht worden. Indien u 'O' patiënten heeft als zoekactie, gelieve de andere te proberen.

## Statistiek

Overzicht

Nieuw

Audit: COVID-19

Geef alle patiënten weer die...

MINSTENS voldoen aan	NERGENS voldoen aan
Evaluatie	Titel
Bevat	chronische nierinsufficiën
+ Voeg conditie toe (OF relatie)	
MINSTENS voldoen aan	NERGENS voldoen aan
Labouitslag	Parameter
Is gelijk aan	eGFR (MDRD)
+ Voeg conditie toe (OF relatie)	
Labouitslag	Waarde
Is kleiner dan	30
+ Voeg conditie toe (OF relatie)	
MINSTENS voldoen aan	NERGENS voldoen aan
Reden	Titel
Bevat	verwijzing diëtiste
+ Voeg conditie toe (OF relatie)	