



Chronische nierinsufficiëntie

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

Synthese



1. Executive summary



Achtergrond en doelstellingen

Dit rapport werd geschreven in het kader van een project in opdracht van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, samen met EBPracticenet en CEBAM. De doelstelling was de mate van implementatie van de klinische praktijkrichtlijnen voor de multidisciplinaire behandeling van chronische nierinsufficiëntie (CNI) door huisartsen en diëtisten in België te beoordelen en voorstellen voor verdere verbetering te formuleren.

Dit initiatief werd aanvankelijk uitgevoerd in twee afzonderlijke loten:

- **Lot 1:** evaluatie van de implementatie van de klinische praktijkrichtlijnen voor huisartsen, uitgevoerd door Antares Consulting.
- **Lot 2:** evaluatie van de implementatie van klinische praktijkrichtlijnen voor diëtisten, uitgevoerd door UC Leuven-Limburg.

De resultaten van beide loten werden gecombineerd in een **gemeenschappelijk multidisciplinair slotdeel** met concrete aanbevelingen om de implementatie van de richtlijnen en in het algemeen de zorg in het kader van het CNI-zorgtraject, te verbeteren.

Lot 1 - Huisartsgeneeskunde

Achtergrond: De huisarts speelt een centrale rol in het beheer van CNI, waarbij vroege opsporing en correcte opvolging een zeer positieve invloed kunnen hebben op het resultaat van de patiënt. Dit maakt CNI tot een chronische ziekte waarvoor het essentieel is om het zorgtraject, de follow-up en de diagnose te verbeteren. Hiervoor zijn Richtlijnen voor klinische praktijkvoering beschikbaar voor zorgverleners. Het doel van dit project was om de mate van implementatie van de aanbevelingen door huisartsen te beoordelen om gebieden te identificeren die voor verbetering vatbaar zijn bij de implementatie, maar ook bij het beheer in brede zin.

Methodologie: Er werden voorbereidende werkzaamheden uitgevoerd om de meest relevante aanbevelingen te identificeren voor opname in de studie. Deze selectie werd meerdere malen gevalideerd op basis van vooraf vastgestelde objectieve criteria, in overleg met verschillende groepen belanghebbenden, waaronder nefrologische deskundigen en auteurs van de Richtlijnen.

Zodra de definitieve validatie was verkregen, werden geaccrediteerde workshops georganiseerd met huisartsen uit heel België. Tijdens deze sessies werden de geselecteerde aanbevelingen besproken, met als doel de mate van implementatie door huisartsen te achterhalen. Op basis van de individuele reflecties en interacties met hun collega's werden de deelnemers vervolgens uitgenodigd om een individueel actieplan op te stellen om na te denken over hoe ze hun praktijk konden verbeteren.

Parallel hiermee werd een enquête voorbereid voor de huisartsen met het verzoek om voor bepaalde aanbevelingen gegevens uit het elektronisch medisch dossier (EMD) te halen via een populatieanalyse. Dit werd gedaan met als doel een kwantitatieve zelfevaluatie te bekomen van de implementatie van de aanbevelingen. Daartoe werden de aanbevelingen geoperationaliseerd in extraheerbare indicatoren en vergezeld van een handleiding die was aangepast aan de meest gebruikte EMD-softwarepakketten in België. Deze bevatten algemene instructies over de methode van gegevensextractie en specifieke instructies voor een correcte populatieanalyse van elke aanbeveling.

Lot 1 - Huisartsgeneeskunde

Resultaten: De workshops met de huisartsen maakten het mogelijk om het implementatieniveau van de geselecteerde aanbevelingen te bepalen:

- Kwantitatief, door de toekenning van een implementatiescore.
- Kwalitatief, op basis van gesprekken met en tussen artsen over de implementatie van elke aanbeveling.

De resultaten wijzen op een variabele implementatie van de aanbevelingen in het zorgtraject, waarbij vervolgens verschillende belangrijke verbeterpunten werden vastgesteld. Ten eerste, (1) het niveau van implementatie en reflecties tijdens de workshops illustreerden een gebrek aan bepaalde belangrijke kennis over het beheer van CNI. Een ander belangrijk punt voor verbetering was (2) de noodzaak om de multidisciplinariteit bij de behandeling van de CNI-patiënt te versterken. (3) een beter toezicht op de uitvoering en het beheer van de Richtlijn in de breedste zin van het woord was ook nodig en tot slot werd (4) de participatie van de patiënt aangemerkt als een belangrijk verbeterpunt.

De resultaten per individuele aanbeveling worden gedetailleerd weergegeven in de volledige versie van het rapport. Dit bevat de implementatiescores, alsook de terugkerende elementen die door de huisartsen tijdens de workshops werden vermeld en de verbeterpunten voor elke aanbeveling.

De resultaten van de zelfevaluatie-enquête bleken daarentegen onbruikbaar. Hoewel de te zoeken indicatoren werden geselecteerd op basis van de verwachte eenvoud waarmee ze konden worden geëxtraheerd, kwamen de resultaten niet overeen met de werkelijkheid. Er werd feedback gegeven aan onderzoekers van Sciensano die soortgelijke analyses hadden uitgevoerd met het EVACQ-rapport, en aan EMD-softwareleveranciers. Zij bevestigden dat de onbetrouwbaarheid te wijten was aan een gebrek aan initiële (uniforme) gegevensinvoer door huisartsen in hun EMD-software.

Lot 2 – Diëtetiek

Achtergrond: 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. Het doel van dit project is daarom het versterken van de dieetbehandeling van chronische nierinsufficiëntie in de eerste lijn door (1) de implementatie van de dieetrichtlijn CNI (2020), de multidisciplinaire richtlijn CNI (2016) en de nationale richtlijn CNI (2012) en de optimalisatie van de dieetbegeleiding van CNI in de eerstelijnszorg; (2) het afstemmen van de multidisciplinaire zorg van personen met CNI, stadium 3 en 4; (3) zelfreflectie van de diëtist over het eigen handelen rond het thema CNI stadium 3 en 4 tijdens groepsessies en een gezamenlijke multidisciplinaire sessie met huisartsen (samenwerking met Lot 1).

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

De eerste stap bestond uit het selecteren van aanbevelingen uit de dieetrichtlijn met het grootste voordeel/potentieel voor implementatie met een expertengroep. Hierbij werden ook belangrijke barrières onderzocht in de literatuur en besproken met de experts.

De geselecteerde aanbevelingen en barrières waren het uitgangspunt van de groepsreflectiesessies, waar diëtisten op basis van een vragenlijst met kwaliteitsindicatoren hun eigen werking rond CNI individueel konden evalueren en gezamenlijk konden bespreken. Ze ontvingen persoonlijke feedback (vergelijking met streefdoel voor elke indicator) en een actieplan om verder uit te werken. Voor bijkomende bekendmaking van de richtlijn werd een e-learning ontwikkeld.

Lot 2 – Diëtetiek

Resultaten : Uit de vragenlijst met kwaliteitsindicatoren en de groepsreflectiesessies werd duidelijk dat:

- Patiënten met CNI te weinig terecht komen bij de eerstelijnsdiëtist. Wanneer de patiënt wel wordt doorverwezen, ontvangt de eerstelijnsdiëtist geen of onvoldoende informatie over de patiënt en nodige dieetadviezen in de verwijsbrief.
- Het dieet bij CNI wordt door eerstelijnsdiëtisten als complex gepercipieerd. Aangezien ze jaarlijks maar een beperkt aantal patiënten met CNI begeleiden, kunnen ze weinig praktijkervaring opdoen, waardoor ze zich onzeker voelen om deze patiënten te behandelen.
- Bovendien zijn ze door het beperkte aantal patiënten minder gemotiveerd om zich bij te scholen en CNI-patiënten te begeleiden in hun praktijk. Daarbij aansluitend werd ook een gebrek aan permanente vorming voor nefrologie voor diëtisten vastgesteld tijdens het project.
- Anderzijds zijn patiënten niet gemotiveerd om de diëtist te raadplegen, omdat er te weinig consultaties worden terugbetaald in het zorgtraject.

Gemeenschappelijk deel - Multidisciplinaire sessies en aanbevelingen

Achtergrond: Het werk dat door de twee Loten afzonderlijk werd uitgevoerd, stelde verschillende gebieden vast die voor verbetering vatbaar zijn, namelijk (1) algemene, onvoldoende kennis van de Richtlijn-aanbevelingen; (2) gebrek aan multidisciplinariteit bij de behandeling van de CNI-patiënt; (3) wisselende betrokkenheid/participatie van de patiënt bij zijn of haar zorgtraject; (4) gebrek aan opvolging van de patiënt en de evolutie van zijn of haar ziekte.

Methodologie: De teams van Lot 1 en Lot 2 organiseerden twee multidisciplinaire sessies (een Nederlandstalige en een Franstalige groep) met de volgende deelnemers:

- Een selectie van huisartsen die hadden deelgenomen aan de workshops van Lot 1.
- Een selectie van diëtisten die hadden deelgenomen aan de groepssessies van Lot 2.
- Nefrologen die eerder aan het project hadden meegewerkt.
- Patiënten in het CNI-zorgtraject.

Het doel van deze multidisciplinaire sessies was het formuleren van concrete aanbevelingen op basis van de vergeïdentificeerde verbetervelden, die als input dienden voor de besprekingen. De discussies werden op twee manieren gestructureerd om deelname en interactie tussen de belanghebbenden aan te moedigen:

- Een Metaplan om potentiële verbeteringen met betrekking tot multidisciplinaire zorg en patiëntenparticipatie te bespreken.
- Werk in subgroepen om verbeteringen in verband met kennis van de aanbevelingen uit de Richtlijn en opvolging van de ziekte te bespreken.

Aanbevelingen voor een betere implementatie van de Richtlijn en een beter beheer van CNI in brede zin

Resultaten : De discussies over de verbeterpunten in de multidisciplinaire sessies hebben geleid tot de formulering van 20 aanbevelingen, gegroepeerd in assen zoals hieronder geïllustreerd. Sommige aanbevelingen zijn gericht op specifieke actoren in het zorgtraject (huisarts, diëtist, nefroloog, patiënt), andere op meerdere actoren tegelijk. De aanbevelingen gaan vergezeld van een voorstel voor operationalisering om de uitvoering ervan te concretiseren, alsook van een voorstel voor fasering.

As	N°	Aanbeveling
AS 1: 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.
AS 2: 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.
AS 3: 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.
AS 4: 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.
AS 5: 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 geeft.
	5C	Bewustmaking van patiënten van wat CNI is door het gebruik van informatieve hulpmiddelen.
	5D	Versterking van de activering van de patiënt.
AS 6: 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.

2. Finale aanbevelingen



2. Finale aanbevelingen

2.1 Aanbevelingen

2. Finale aanbevelingen

2.1 Aanbevelingen

Inleiding

De inputs van de deelnemers aan de multidisciplinaire sessies werden samengevat in 20 aanbevelingen ter verbetering van het beheer van CNI. Deze aanbevelingen zijn ofwel gericht op specifieke *stakeholders*, d.w.z. de huisarts, de nefroloog, de diëtist of de patiënt, ofwel overkoepelend wanneer zij betrekking hebben op verschillende *stakeholders* tegelijk. De aanbevelingen werden vervolgens op basis van gemeenschappelijke thema's gegroepeerd in zes "ontwikkelingsassen".

As	N°	Aanbeveling
AS 1: 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.
AS 2: 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.
AS 3: 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 bij de opstart van het zorgtraject.
AS 4: 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.
AS 5: 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 patiënt geeft.
	5C	Bewustmaking van patiënten van wat CNI is door het gebruik van informatieve hulpmiddelen.
	5D	Versterking van de activering van de patiënt.
AS 6: 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.

2. Finale aanbevelingen

2.1 Aanbevelingen

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 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 3: Zorgen voor betere opvolging van CNI

Betrokken *stakeholder(s)* :

Huisarts

Diëtist

Deze as bevat drie aanbevelingen die gericht zijn op een betere opvolging 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 Loten 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 bij de opstart van het zorgtraject.

2. Finale aanbevelingen

2.1 Aanbevelingen

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 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. Les prestataires de soins de santé sont tenus de prêter attention à la responsabilisation des patients.

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 6: Zorgen voor de registratie van patiëntgegevens in het zorgtraject

Betrokken *stakeholder(s)* :

Huisarts

Diëtist

Deze as bevat 3 aanbevelingen die zijn vastgesteld voor een effectiever gegevensbeheer, gebaseerd op de belangrijke elementen die moeten worden gevolgd in het zorgtraject van CNI.

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 bevolkingsanalyses uit te voeren (meer in detail uitgelegd in hoofdstuk 1.5). 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 follow-up van de CNI-patiënt te verbeteren, aangezien het gebruik van de gegevens een krachtige motor kan zijn om de begeleiding 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 follow-up 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.

2. Finale aanbevelingen

2.2 Fasering

Een voorstel voor de fasering van de vastgestelde aanbevelingen

De teams stellen voor 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.

2. Finale aanbevelingen

2.2 Fasering

Tijdslijn

