



# Insuffisance rénale chronique

Implémentation des Guides de pratique clinique par les médecins généralistes et diététiciens en Belgique

# 0. Préface



Ce rapport est le résultat d'une initiative visant à évaluer l'implémentation des recommandations de pratique clinique pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en Belgique

Un rapport rédigé séparément...

**ANTARES**  
*consulting* 

**Lot 1**

Stéphane Le Grand  
David Van Dieren



 **UC** Leuven  
Limburg  
**MOVING MINDS**

**Lot 2**

Laura Verbeyst  
Marte Wuyts



...avec une partie commune à la fin

**Séance multidisciplinaire**

**Recommandations finales**

## Plusieurs acteurs ont contribué au rapport en donnant leur input tout au long du projet

- Les membres du Comité d'accompagnement
  - Sara Olislagers – *SPF Santé publique*
  - Meike Horn – *SPF Santé publique*
  - Thomans Janssens - *EBPracticenet*
  - Isabel Claeys – *Coordination Réseau Evikey*
  - Carolien Strouwen – *CEBAM*
  - Deborah Seys – *CEBAM*
  - Jef Adriaenssens – *KCE*
  - Pascale Jonckheer – *KCE*
  - Anja Desomer – *KCE*
  - Lies Grypdonck - *INAMI*
- Des diététiciens qui ont activement contribué à la réalisation de la partie diététique du projet :
  - Erika Vanhauwaert – *UC Leuven-Limburg*
  - Mercedes Vignioble – *Cliniques universitaires Saint-Luc*

# Plusieurs acteurs ont contribué au rapport en donnant leur input tout au long du projet

- Des experts externes qui ont accompagné les auteurs :
  - Nele Bangels – *Wit Gele Kruis*
  - Dr. Thomas Baudoux – *Hôpital Erasme*
  - Dr. Jean-Marie Billiouw – *OLVZ Aalst*
  - Vinciane De Backer - *Diététicienne*
  - 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 - *Médecin Généraliste*
  - Bie Germeaux - *Vlaamse Nefrologische Diëtisten*
  - Prof. Jean-Michel Hougardy – *HUB*
  - Emilie Legay - *UPDLF*
  - Martijn Maes - *Diététicien*
  - Corinne Oremans – *Diététicienne*
  - Veerle Resslerer – *Vlaamse Nefrologische Diëtisten*
  - Sarah Van Branteghem – *AZ Klina*
  - Prof. Gijs Van Pottelbergh – *KU Leuven*

# Table des matières

<b>0. Préface</b>	<b>2</b>
<b>1. Introduction</b>	<b>7</b>
<b>2. Lot 1</b>	<b>14</b>
2.1 Introduction	15
2.2 Sélection des recommandations	18
2.3 Workshops	28
2.4 Résultats	42
2.5 Difficultés rencontrées	63
<b>3. Lot 2</b>	<b>74</b>
3.1 Objectifs	75
3.2 Méthode	77
3.3 Conclusion	173
3.4 Références	175
<b>4. Séances multidisciplinaires</b>	<b>177</b>
<b>5. Recommandations finales</b>	<b>185</b>
5.1 Introduction	186
5.2 Recommandations	195
5.3 Proposition de phasage	250
<b>6. Annexes</b>	<b>252</b>

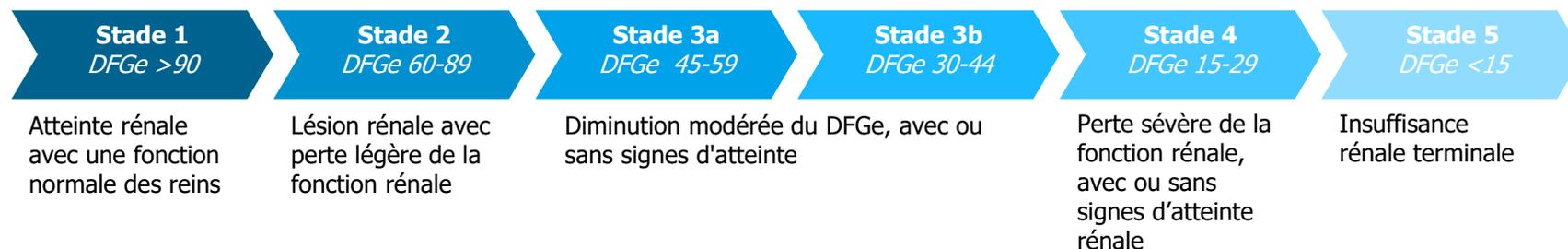


# 1. Introduction



# Le cas de l'insuffisance rénale chronique

- L'insuffisance rénale chronique (IRC) est une altération des structures ou de la fonction rénale présente depuis au moins 3 mois, et est caractérisée par une perte graduelle de la fonction rénale.
- Les deux principales causes de la maladie rénale chronique sont le diabète et l'hypertension artérielle, qui sont responsables de près des deux tiers des cas.
- L'IRC est subdivisée en différents stades. Les patients sont répartis dans un stade défini en fonction de leur Débit de Filtration Glomérulaire (DFGe) et de la présence chronique de signes de lésions rénales.



# L'insuffisance rénale chronique, une maladie qui touche près de 10% de la population

Différents points font de l'IRC une maladie chronique pour laquelle les enjeux sont majeurs, et nécessitent d'améliorer sa prise en charge :

- Une forte prévalence, en hausse. L'IRC est une affection chronique fréquente, et dont la fréquence va encore augmenter dans le contexte de vieillissement de la population. En effet, la fonction rénale diminue progressivement avec l'âge, et il faut ajouter à cela l'augmentation de l'obésité et du diabète. Selon un rapport de 2017 effectué par le service néphrologie de l'hôpital Erasme, la Belgique figure dans le top 10 mondial en termes de prévalence de l'IRT (Insuffisance Rénale Terminale), avec 1 238 cas par million d'habitants.
- Un diagnostic rapide difficile. Cette maladie chronique est difficile à dépister rapidement : la diminution de la fonction rénale se produit très lentement, de sorte que le diagnostic est généralement posé de manière tardive.
- Un coût extrêmement élevé pour la société. En 2021, les dépenses moyennes annuelles pour la dialyse chronique calculées sur 4 ans s'élevaient à 469 millions d'euros.
- Un dépistage précoce et un suivi qui influencent très favorablement cette maladie. La majorité des patients atteints d'IRC n'évoluent pas vers le stade terminal, et il est donc important d'établir une estimation du risque d'insuffisance rénale terminale afin d'effectuer un triage. En faisant cette distinction, il est possible d'améliorer les soins cliniques à un stade précoce.

Ces éléments font de l'IRC une maladie chronique pour laquelle il est capital d'améliorer le trajet de soins, le suivi et le diagnostic. Pour cela, des Guides de Pratique Clinique (GPC) sont à disposition des prestataires de soins.

# Développement de recommandations de bonnes pratiques pour l'insuffisance rénale chronique

En 2012, le groupe « Recommandations de Bonne Pratique » (RBP) de la SSMG a proposé une recommandation élaborée par un groupe d'auteurs belges néerlandophones.

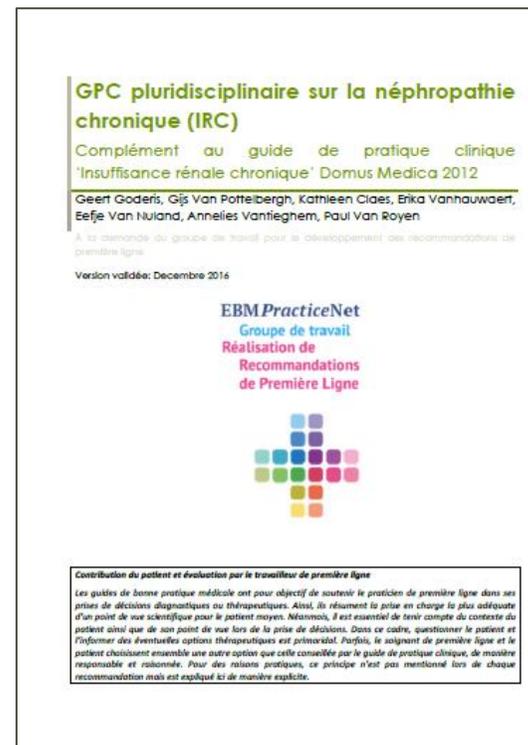
- Les Recommandations de Bonne Pratique sont des pistes d'orientation servant d'aide et de cadre de référence pour les Médecins Généralistes dans leurs prises de décisions diagnostiques ou thérapeutiques.
  - Elles synthétisent tous les éléments considérés comme représentant la meilleure démarche du point de vue scientifique pour la majorité des patients.
  - Par ailleurs, il convient de prendre en compte l'avis du patient, partenaire sur un pied d'égalité dans la prise de décisions.
  - D'autre part, le médecin doit fournir suffisamment d'informations au patient sur toutes les implications des diverses options envisageables.
- Les recommandations sont divisées en différentes parties :
  1. Le dépistage
  2. Le diagnostic
  3. Le traitement
  4. Le suivi
  5. L'orientation du patient vers un spécialiste



# Amélioration du Guide de Pratique Clinique en développant un complément en vue d'une plus grande pluridisciplinarité

Dans ce premier Guide de Pratique Clinique, la prise en charge pluridisciplinaire de l'IRC n'a pas été développée de manière explicite. C'est pourquoi en 2016, un groupe de travail au sein de l'EBPracticenet, a apporté un complément au guide.

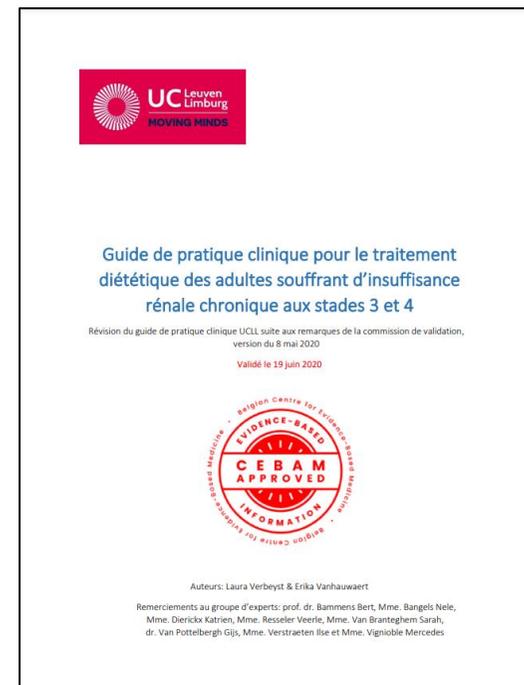
- L'objectif de ce complément est de concevoir un cadre scientifique d'amélioration de la prise en charge de la maladie, via notamment une approche pluridisciplinaire.
- Cette approche est nécessaire pour assurer un suivi optimal de la néphropathie, et permettre de prévenir d'autres atteintes rénales. Cela nécessite une bonne coopération entre les prestataires de soins, une répartition des tâches ainsi qu'une vision commune.
- En conséquence, il était nécessaire, dans un premier temps, d'évaluer dans quelle mesure les pratiques actuelles des dispensaires de soins se rapprochent de celles préconisées par le GPC, et dans un second temps d'implémenter des outils permettant aux prestataires de soins de se conformer à ces pratiques. L'objectif est de gagner en efficacité dans la prise en charge de cette maladie chronique.
- Le projet consiste donc en l'évaluation de l'implémentation de ces bonnes pratiques portées par le GPC auprès des médecins généralistes.



# Développement d'un guide de pratique clinique pour le traitement diététique de l'IRC

Le rein joue un rôle crucial dans l'élimination par le corps des déchets issus du métabolisme. La dégradation de la fonction rénale peut entraîner l'accumulation de certaines substances. Des conseils nutritionnels et d'hygiène de vie sont indiqués selon le stade de l'IRC. Le régime alimentaire joue surtout un rôle dans la prévention de la dégradation de la fonction rénale, le traitement des complications, et la gestion des risques cardiovasculaires du patient.

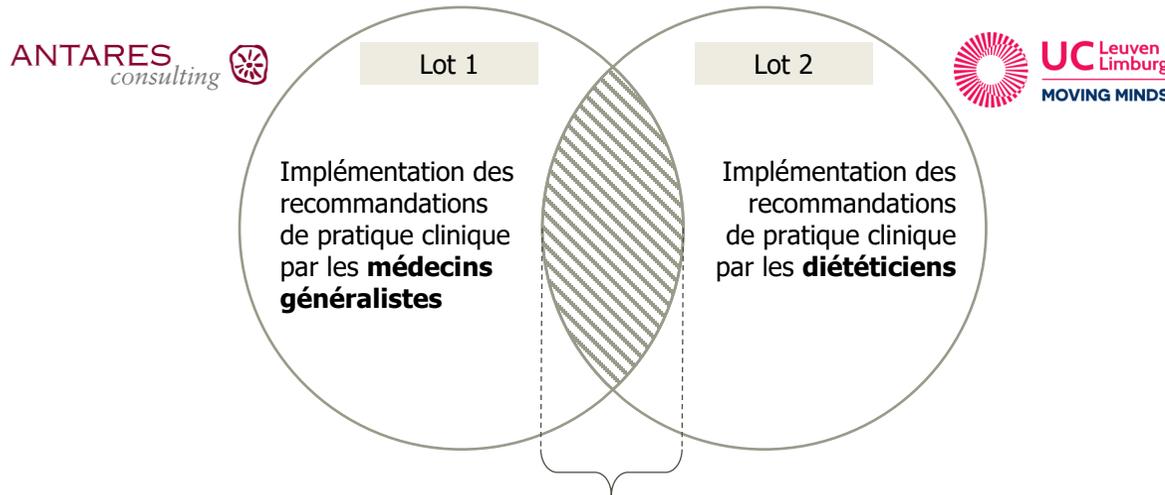
Le guide pratique clinique multidisciplinaire (2016) ne traite pas en profondeur l'aspect diététique de l'IRC. Par conséquent, en 2020 l'UCLL à élaboré une guide de pratique clinique pour le traitement diététique de l'IRC. Ce guide de pratique clinique approfondit les conseils diététiques. Il traite de tous les aspects (notamment énergie, protéines, sel, potassium, phosphore). Il reprend aussi les autres facteurs liés au style de vie qui ont une influence au niveau du traitement des maladies rénales.



# Contexte et objectifs du projet

Ce projet a été mandaté par le SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, ensemble avec EBPracticenet et CEBAM. L'objectif était d'évaluer le niveau d'implémentation des recommandations de pratique clinique pour la prise en charge multidisciplinaire de l'insuffisance rénale chronique par les médecins généralistes et les diététiciens en Belgique.

Il s'agit d'une initiative exécutée en deux Lots séparés par Antares Consulting et l'UC Leuven-Limburg, avec une partie commune en phase finale du projet.



**Séances multidisciplinaires** communes pour consolider les résultats et valider les recommandations finales

## 2. Lot 1

*Rapport Lot 1 réalisé et rédigé par Antares Consulting*

## 2. Lot 1

### 2.1 Introduction

*Rapport Lot 1 réalisé et rédigé par Antares Consulting*

## Le travail du Lot 1 concerne les Guides de pratique clinique des médecins généralistes

Le Lot 1 a été exécuté par Antares Consulting, avec comme objectifs...

Connaitre le niveau d'implémentation des recommandations de pratique clinique par les médecins généralistes en Belgique.

En parallèle, le projet visait à familiariser les médecins généralistes avec leur logiciel DMI qui peut être un outil puissant dans la prise en charge de l'IRC.

Ceci par...

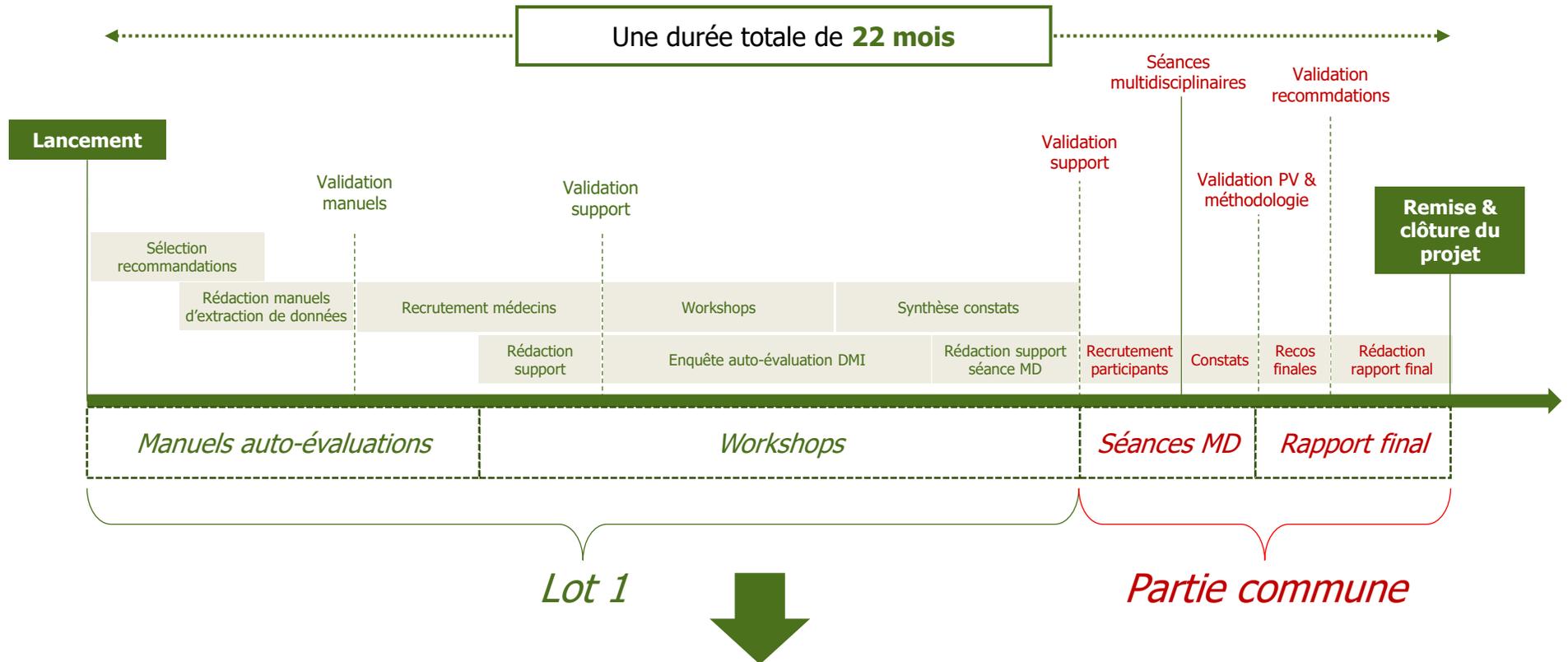


L'organisation de workshops avec des médecins généralistes pour échanger sur leur niveau d'implémentation des recommandations des Guides de pratique clinique.

La réalisation d'une enquête d'auto-évaluation par les médecins généralistes qui nécessite des extractions de données de leur logiciel DMI.

2. Lot 1  
2.1 Introduction

Un projet comportant plusieurs phases, et mené sur une longue période de temps



La durée du projet a largement dépassé le temps prévu, notamment en raison de la pandémie de Covid-19 qui a fortement entravé les différents moments de contact avec les médecins généralistes

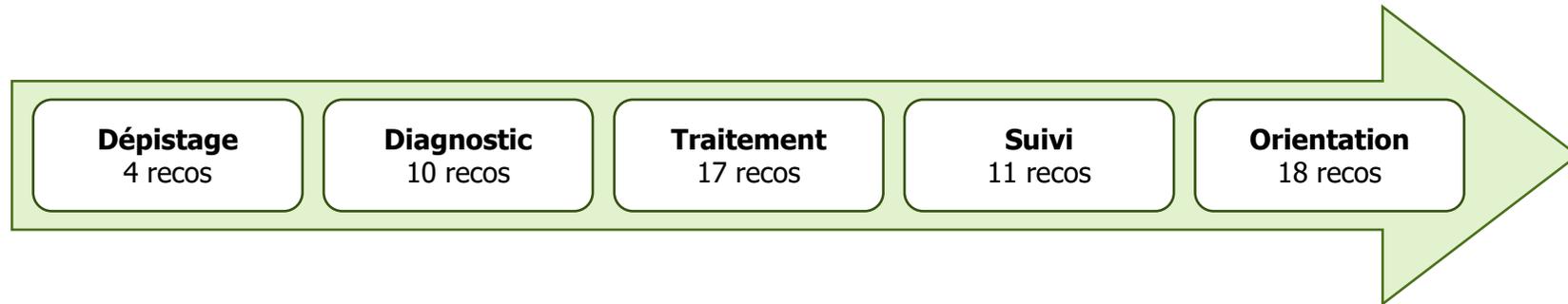
## 2. Lot 1

### 2.2 Sélection des recommandations

*Rapport Lot 1 réalisé et rédigé par Antares Consulting*

## 60 recommandations, parmi lesquelles il a fallu réaliser une sélection

Après un travail interne, un total de 60 recommandations des Guides de pratique clinique a servi comme point de départ.



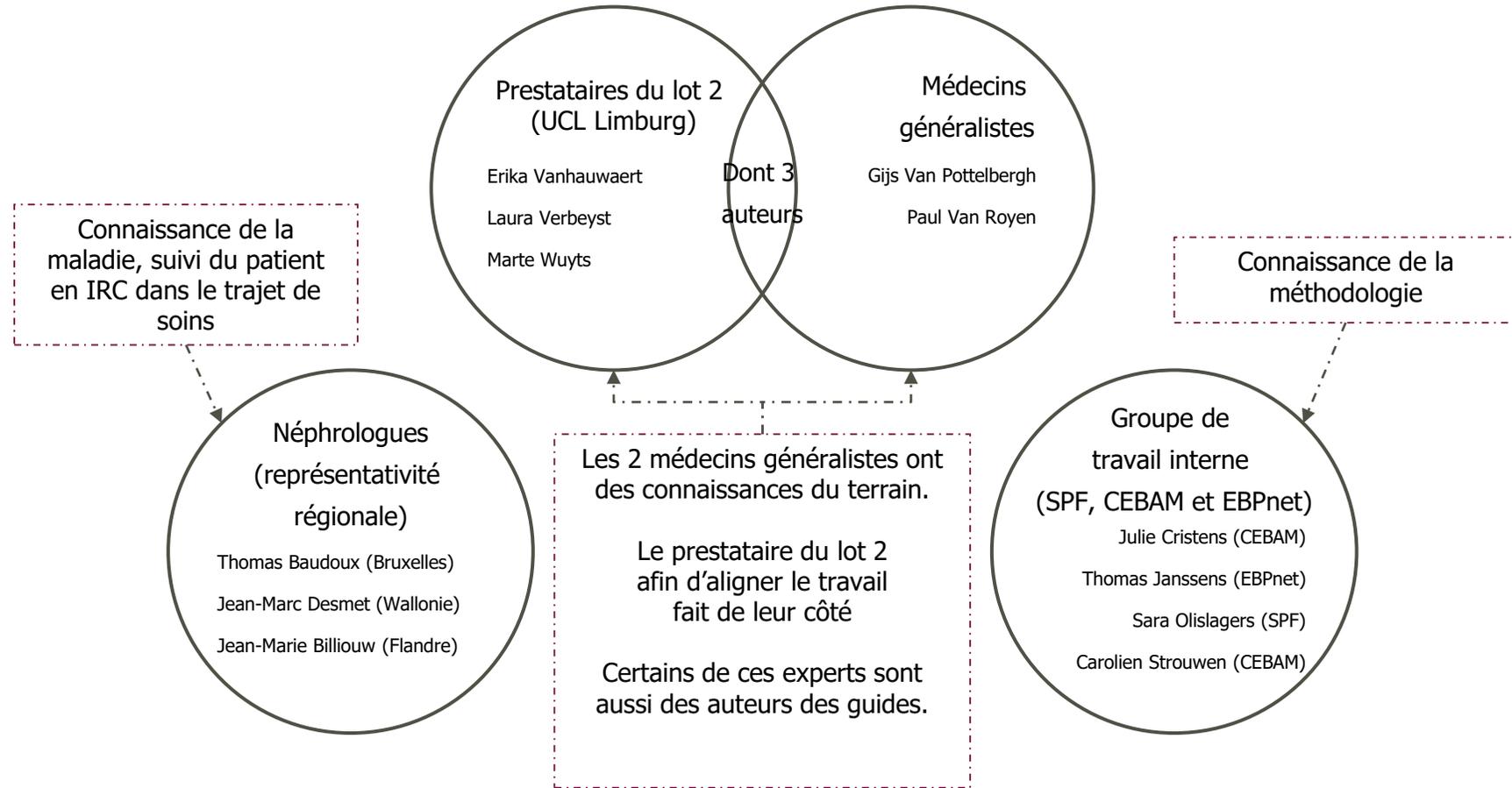
Ce nombre a dû être réduit davantage en raison de considérations pratiques, notamment :

- En vue du temps de discussion limité pendant les ateliers.
- Pour réduire le temps nécessaire au questionnaire d'auto-évaluation que les médecins généralistes devaient réaliser.



Par conséquent, un processus de sélection minutieux a été effectué, basé sur des critères spécifiquement définis et soutenu par des experts en appui au projet.

Cette sélection a été réalisée au cours de groupes de travail avec différents groupes d'acteurs, chacun avec ces spécificités et apports



## Afin de sélectionner les recommandations de manière objective, un total de 5 critères ont été utilisés

### 1. Extractible (difficulté et temps)

La mesure dans laquelle les données relatives à la recommandation peuvent être (facilement) extraites du DMI du médecin généraliste. Ceci pour effectuer des analyses de population dans le cadre de l'exercice d'auto-évaluation à effectuer par les médecins généralistes.

### 2. GRADE

Chaque recommandation dispose d'un grade pour indiquer d'une part la qualité des données probantes à l'appui et d'autre part la force ou la faiblesse de la recommandation :

Gradation	
1A	Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques, haut degré de Evidence Based
1B	Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques, modéré degré de Evidence Based
1C	les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques, faible degré de Evidence Based
2A	les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques, fort degré de Evidence Based
2B	Equilibre entre avantages et inconvénients ou risque, modéré degré de Evidence Based
2C	Equilibre entre avantages et inconvénients ou risque, faible degré de Evidence Based
GPP	Good practice point - Consensus entre les auteurs du guide
Consensus	Consensus entre les auteurs du guide
/	Sans gradation

2. Lot 1

2.2 Sélection des recommandations

Afin de sélectionner les recommandations de manière objective, un total de 5 critères ont été utilisés

3. Impact sur le trajet de soins du patient

Est-ce que le fait d'implémenter la recommandation n'a pas d'impact positif (1), un impact positif faible (2), modéré (2) ou élevé (3) sur le trajet de soins d'un patient en IRC ?

4. La possibilité d'amélioration

Si la recommandation n'est pas encore implémentée, est-il est impossible (1), faiblement (2), modérément (3) ou fortement (4) possible de l'implémenter dans le futur ?

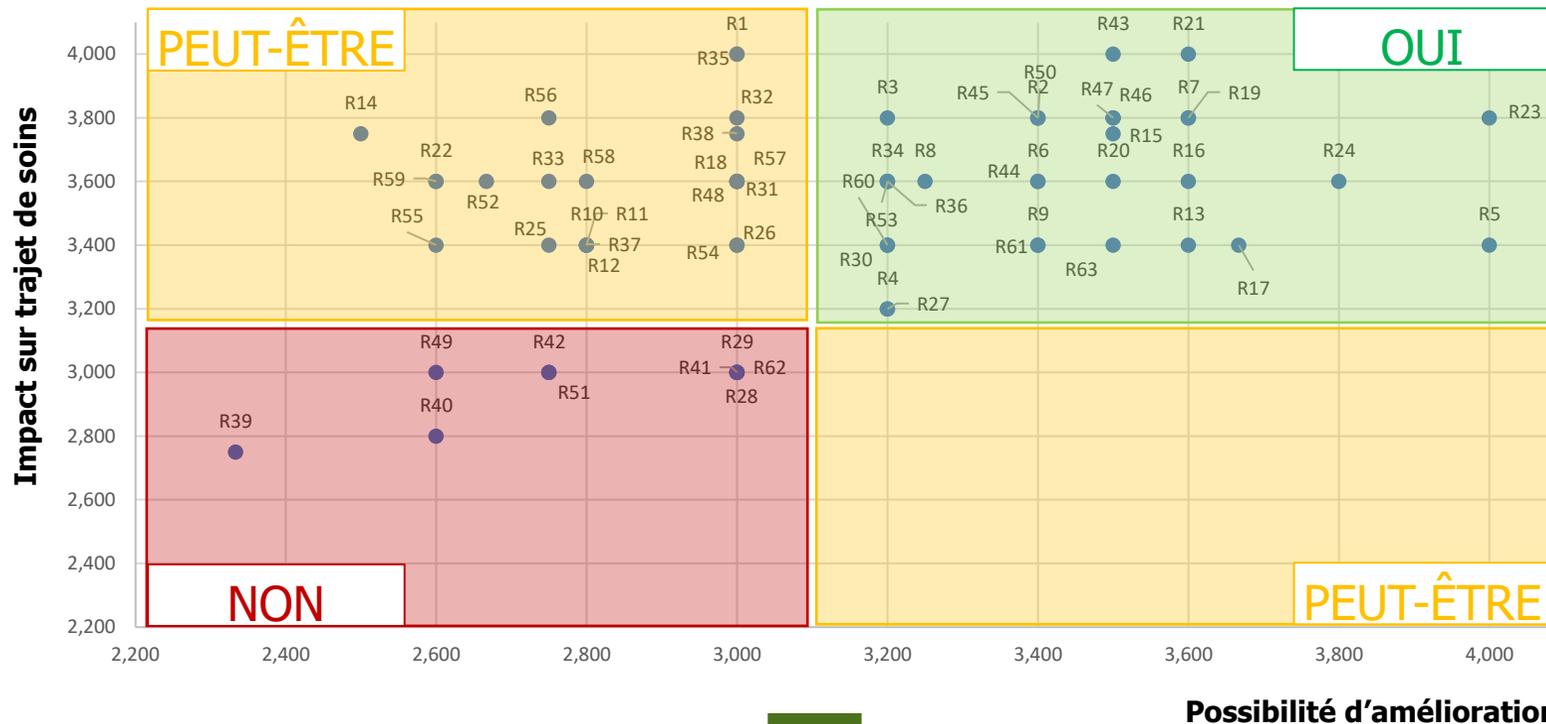
5. Niveau d'implémentation actuel de la recommandation

Est-ce que la recommandation n'est pas encore implémentée (1), faiblement (2), modérément (3) ou déjà complètement (4) implémentée ?

Ces 3 critères ont été évalués par les experts avec des scores de 1 à 4

Les recommandations ont ensuite été intégrées dans un graphique sur base des critères 3 et 4...

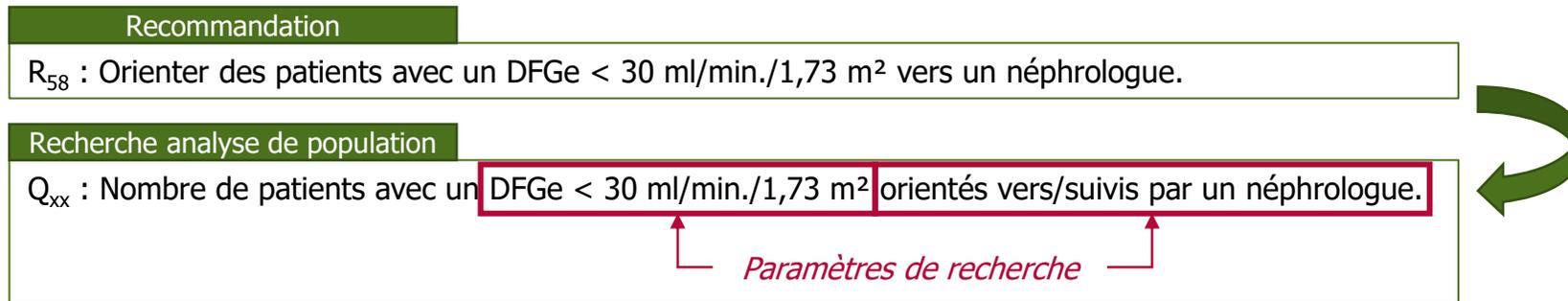
La liste complète des recommandations est incluse dans l'annexe 1.



A partir de ce graphique, une sélection finale de **27** recommandations a été validée par les experts

## Comment les recommandations ont-elles été opérationnalisées en indicateurs ?

La sélection des recommandations a été faite en partie sur la base de la mesure dans laquelle les données les concernant pouvaient être extraites du logiciel DMI (cf. critère de sélection 1). Ceci pour l'enquête d'auto-évaluation des médecins généralistes. Par conséquent, chaque recommandation retenue a été convertie en un indicateur/question pouvant être recherché à l'aide d'une analyse de population :



Étant donné que les médecins généralistes ne sont pas nécessairement familiers avec les analyses de population requises à cette fin, il était nécessaire de fournir des instructions ici. Celles-ci ont été préparées pour les 3 logiciels DMI les plus utilisés par les médecins généralistes en Belgique, à savoir :

- CareConnect
- Daktari
- HealthOne

Pour cela, un partenariat a été formé avec PraktijkCoach, une entreprise spécialisée dans les logiciels TIC pour les prestataires de soins et les institutions.

2. Lot 1

2.2 Sélection des recommandations

# Un manuel a été rédigé pour chaque logiciel

Des manuels contenant des instructions pour effectuer des analyses de population pour les 27 recommandations retenues :

*Chaque manuel en français et en néerlandais*

Zelfevaluatie huisartsen  
Klinische richtlijnen voor de opvolging van chronische nierinsufficiëntie patiënten door de huisarts

Handleiding: CareConnect





Auto-évaluation médecins généralistes  
Guide clinique pour le suivi des patients atteints d'insuffisance rénale chronique par le médecin généraliste

Guide: Daktari





Auto-évaluation médecins généralistes  
Guide clinique pour le suivi des patients atteints d'insuffisance rénale chronique par le médecin généraliste

Manuel: HealthOne





2. Lot 1

2.2 Sélection des recommandations

...avec des instructions détaillées, adaptées aux recommandations

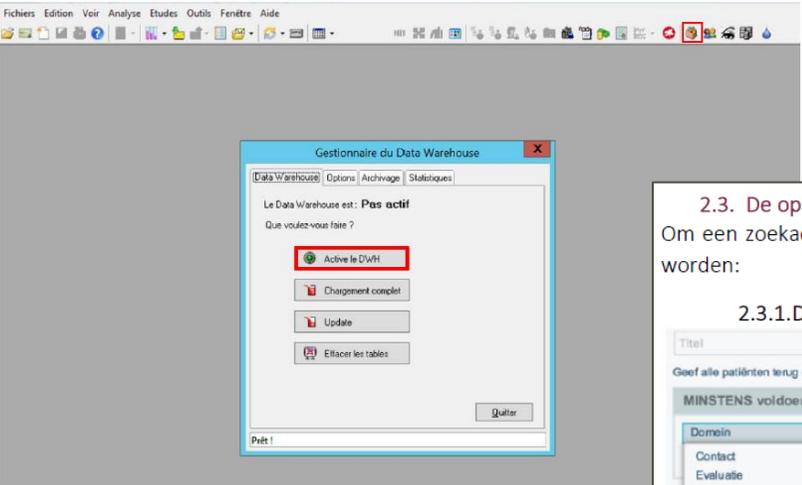
Le manuel de chaque logiciel contient...

Des consignes générales sur la méthode d'extraction des données

Des instructions spécifiques pour une analyse de population correcte de chaque recommandation

**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 la requête SQL remplie. Aucun enregistrement/contact ne peut alors être sauvegardé. Si ce message apparaît, 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**



2. Lot 1

2.2 Sélection des recommandations

...avec des instructions détaillées, adaptées aux recommandations

Le manuel de chaque logiciel contient...

Des consignes générales sur la méthode d'extraction des données

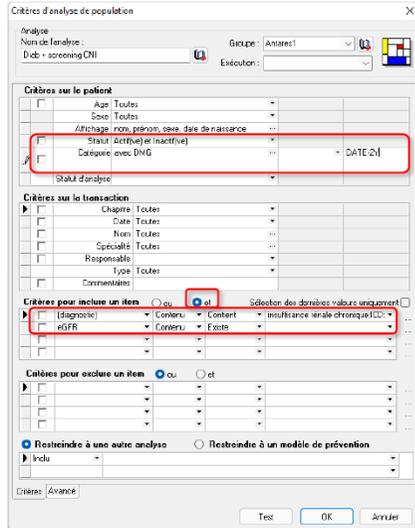
Des instructions spécifiques pour une analyse de population correcte de chaque recommandation

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



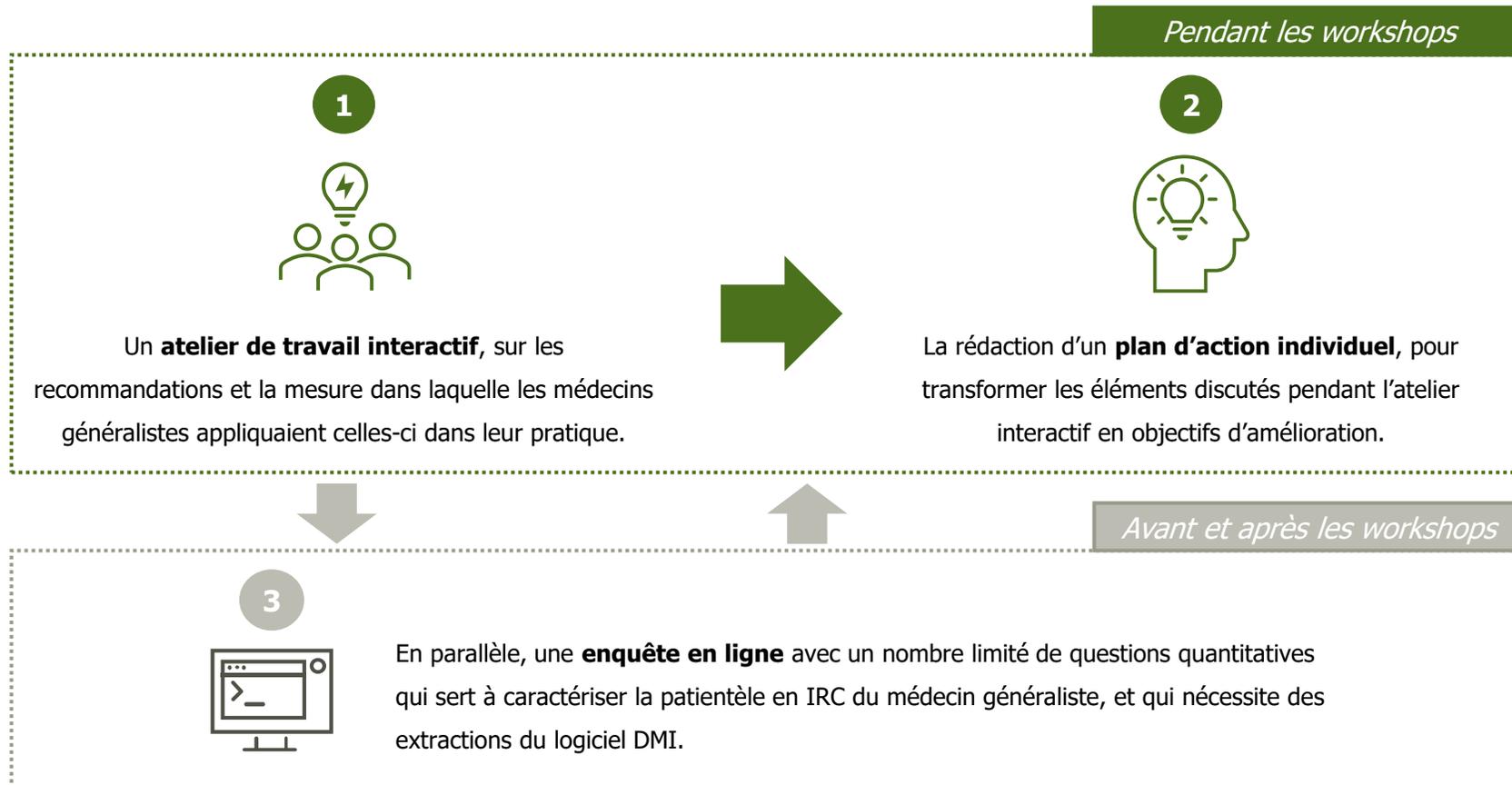
## 2. Lot 1

### 2.3 Workshops

*Rapport Lot 1 réalisé et rédigé par Antares Consulting*

## Un travail avec les médecins généralistes pour évaluer et améliorer leur niveau d'implémentation des guides de pratique clinique

Ce travail a été réalisé de 3 façons :



## Les recommandations traitées pendant les workshops

Recommandations traitées principalement		En cas de temps restant pendant le workshop
N°	Recommandation	
R <sub>1</sub>	Rechercher une insuffisance rénale chez les patients qui présentent un diabète.	
R <sub>2</sub>	Rechercher une insuffisance rénale chez les patients qui présentent une hypertension artérielle	
R <sub>3</sub>	Rechercher une insuffisance rénale chez les patients qui présentent une cardiopathie ischémique et/ou une décompensation cardiaque et/ou une artériopathie périphérique et/ou une pathologie vasculaire cérébrale"	
R <sub>7</sub>	Mesurer l'albuminurie corrigée ou la protéinurie corrigée en cas de DFGe < 60 ml/min/1,73m <sup>2</sup>	
R <sub>8</sub>	Déterminer le stade de l'insuffisance rénale à l'aide du DFGe	
R <sub>9</sub>	Demander une échographie des reins et des voies urinaires chez les patients en IRC et qui présente une IR progressive	
R <sub>16</sub>	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 reins sont examinés; pourquoi il faut examiner les reins; ce que signifie le résultat d'un test rénal et quels sont les produits à risque néphrotoxique)	
R <sub>19</sub>	Encourager les patients en IRC à faire des exercices physiques	
R <sub>21</sub>	Encourager les patients en IRC à arrêter de fumer	
R <sub>34</sub>	Le schéma basique recommande un contrôle annuel du DFGe, de l'albuminurie corrigée et de la protéinurie corrigée	
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)	
R <sub>36</sub>	Utiliser les diurétiques aux doses possibles les plus faibles et ajuster lentement, en cas de symptômes de rétention hydrique	
R <sub>43</sub>	Renvoyer 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 trajet de soins	

## Les recommandations traitées pendant les workshops

Recommandations traitées principalement		En cas de temps restant pendant le workshop
N°	Recommandation	
R <sub>44</sub>	Renvoyer les patients de <75 ans avec un DFG 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	
R <sub>45</sub>	Renvoyer 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	
R <sub>47</sub>	Renvoyer les patients avec une albuminurie significative persistante (RAC ≥ 300 mg/g) pour une mise au point diagnostique	
R <sub>50</sub>	Renvoyer les patients à haut risque avec des valeurs potassiques anormales persistantes pour une mise au point diagnostique	
R <sub>58</sub>	Orienter les patients avec un DFGe < 30 ml/min./1,73 m <sup>2</sup> vers un néphrologue	
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 une orientation vers un diététicien diplômé	

## Les participants ont été recrutés via plusieurs moyens

L'appel aux participants pour participer aux workshops et pour remplir l'enquête d'auto-évaluation a été fait par plusieurs canaux:

- Via des **publications** sur les réseaux sociaux, la presse et les associations de médecins généralistes :



The collage consists of four overlapping screenshots:

- Top Left:** A social media post from Antares Consulting (9,800 abonnés) titled "APPEL AUX #MÉDECINS #GÉNÉRALISTES" for a workshop on kidney insufficiency. It includes links for more information in French and Dutch.
- Top Right:** A LinkedIn profile for Dr. Jean-Marc Desmet, a nephrologist and president of a group, with a post about a project for general practitioners.
- Middle Right:** A screenshot of the Antares Consulting website, showing navigation menus and a date of Wednesday, April 27, 2022.
- Bottom Left:** A screenshot of the website "DOMUS MEDICA" with a headline "Verbetering van de behandeling voor chronische nierinsufficiëntie" (Improvement of treatment for chronic kidney disease).
- Bottom Right:** A screenshot of "Le journal du Médecin" magazine featuring an article titled "Insuffisance rénale chronique : les généralistes invités à partager leur expérience" (Chronic kidney disease: general practitioners invited to share their experience).

## Les participants ont été recrutés via plusieurs moyens

L'appel aux participants pour participer aux workshops et pour remplir l'enquête d'auto-évaluation a été fait par plusieurs canaux:

- Via une **centrale d'appel** : pour amplifier le nombre d'inscriptions, 2 campagnes successives ont été lancées à l'aide d'une centrale d'appel.



En utilisant un annuaire de  
3.500 médecins en Belgique



Plus de **1.600** médecins généralistes  
contactés

\*acceptation ≠ inscription

## Des workshops organisés avec des médecins généralistes de toute la Belgique...

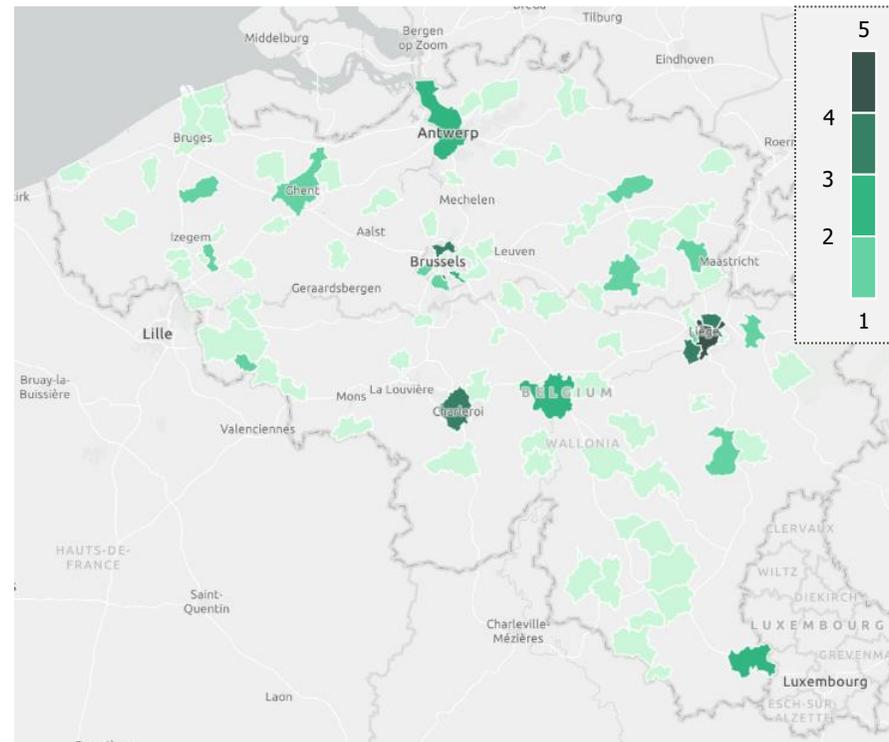
14 workshops...

...organisés online ET en présentiel

...accrédités par l'INAMI pour 3 CP

...en français et en néerlandais

132 médecins généralistes inscrits, provenant de tout le pays...



## Des ateliers pour discuter des recommandations, dans une dynamique de confiance, de partage et d'apprentissage

### 1 Atelier de travail interactif



Cette partie du workshop consistait à discuter des recommandations du Guide de pratique clinique, avec les objectifs suivants :



L'identification et l'analyse des **écarts** entre les recommandations du Guide de pratique clinique d'une part, et la pratique des médecins généralistes d'autre part, c'est-à-dire les gaps « know-do ».



L'identification des **obstacles** à la bonne mise en œuvre des recommandations des Guides de pratique clinique.

Les médecins généralistes ont eu l'occasion de discuter sur chaque recommandation avec leurs confrères, dans une dynamique ouverte sans jugement de valeur.

## La discussion des recommandations a été soutenue par l'utilisation d'une application interactive de vote, qui a permis de quantifier le niveau de mise en œuvre

### 1 Atelier de travail interactif

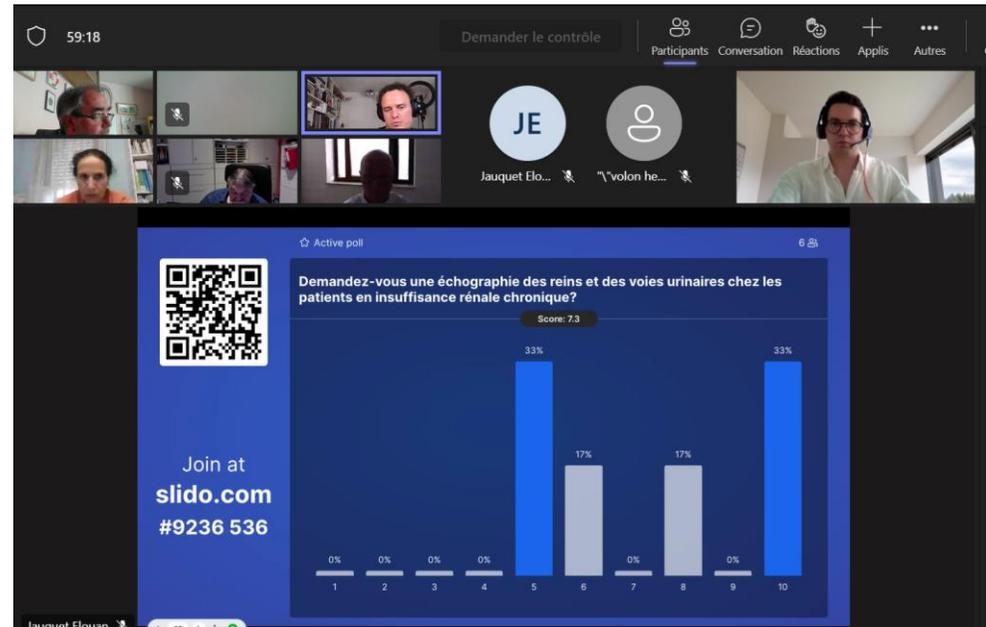


Si les discussions avec les médecins généralistes sur le niveau d'application des recommandations étaient au cœur de cette partie de l'atelier, il a également été jugé nécessaire de pouvoir **quantifier cette mise en œuvre sous la forme d'un score d'implémentation**.

Pour ce faire, l'application Slido a été utilisée, une plateforme de vote en ligne qui permet aux participants de répondre à des questions via leur smartphone ou leur PC, les résultats apparaissant en direct.

Chaque recommandation a été présentée comme une question donnant un score de mise en œuvre de 1 à 10. Les participants pouvaient y répondre directement dans Teams (pour les sessions virtuelles), ou sur le site web de Slido à l'aide de leur smartphone.

Une fois les résultats affichés, les médecins échangeaient sur leur implémentation de la recommandation. Pour chacune, il a été pris soin de consacrer suffisamment de temps pour entendre les points de vue de tous les participants et leurs réponses.

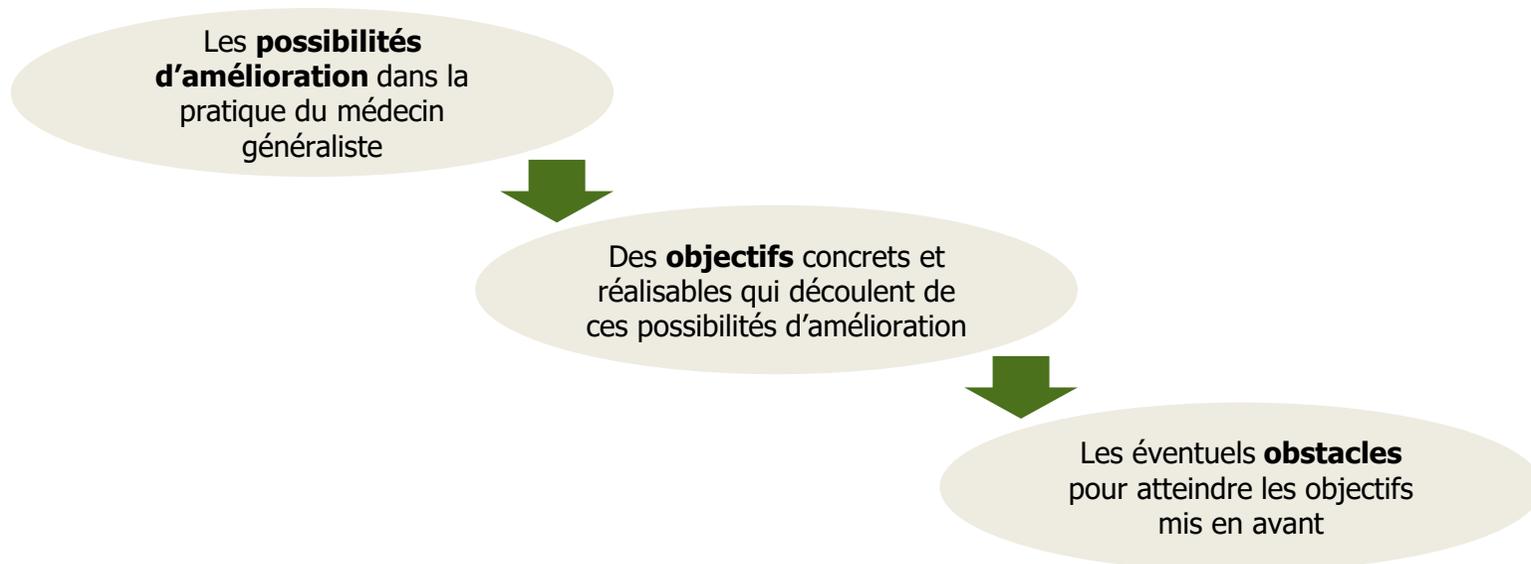


Durant la seconde partie du workshop, les participants ont été invités à réaliser leur plan d'action individuel pour réfléchir à une amélioration de leur pratique

2 Plan d'action individuel



Les réflexions faites par les médecins généralistes pour chaque recommandation pendant l'atelier devaient former une base pour l'apprentissage et l'amélioration de leur propre pratique. C'est pour cela que dans une prochaine étape du workshop, les médecins ont été invités à réaliser un exercice sous la forme d'un **plan d'action individuel** avec leur développement souhaité pour l'avenir. Ce plan d'action devait contenir les éléments suivants :



# Les médecins généralistes ont eu le temps de réfléchir à leur plan d'action à l'aide de questions concrètes

## 2 Plan d'action individuel



Les consignes pour le plan d'action ont été présentées aux participants de la façon suivante :

1. Voyez-vous des possibilités d'amélioration pour vous-même?
2. Je souhaite atteindre le ou les objectifs suivants en ce qui concerne le traitement des adultes souffrant d'insuffisance rénale chronique :
3. Dans la pratique, vous pouvez rencontrer des événements ou des situations inattendus. Comment gérez-vous cela lorsque vous avez certains objectifs en tête ?
  - a. Qu'est-ce qui peut rendre difficile la réalisation de l'objectif ?
  - b. Qu'est-ce qui peut m'aider à atteindre mon objectif ?

  
20'

Pensez à rédiger vos objectifs selon la logique **SMART**:

**S**pécifique : Indiquer clairement et précisément ce qui est fait.

**M**esurable : fournir une norme pour mesurer si l'objectif est atteint.

**A**ccceptable : L'objectif est-il soutenu ?

**R**éalisable et orienté vers l'action : être en mesure d'atteindre les objectifs avec un effort acceptable (ni trop difficile, ni trop facile).

**T**ime-bound : définir la période dans laquelle le résultat souhaité doit être atteint



Les médecins généralistes ont ensuite été invités à présenter chacun leur plan d'action individuel au groupe et à en discuter ensemble.

## Bien que l'enquête DMI soit à remplir avant ou après le workshop, elle a été abordée à la fin de chaque workshop

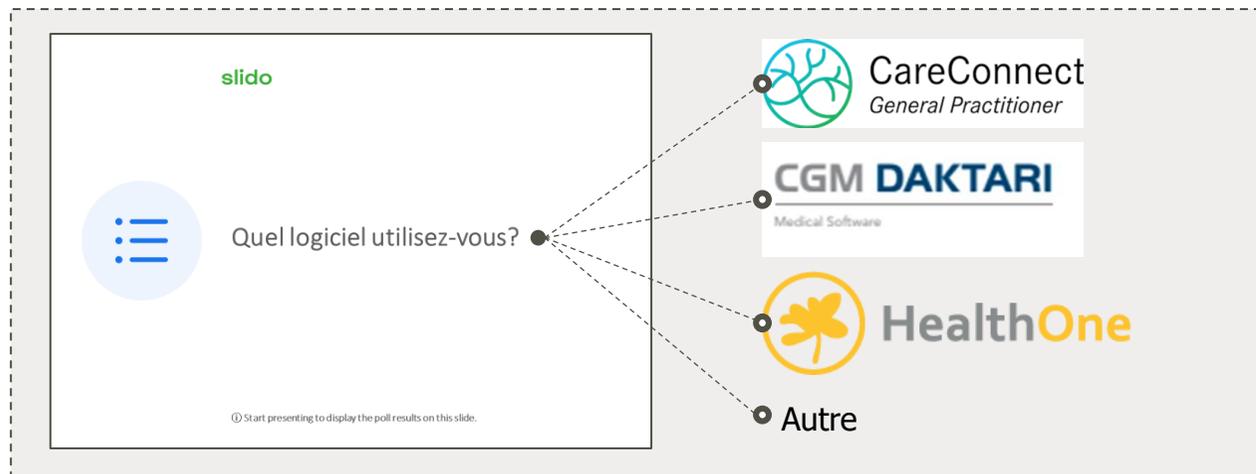
### 3 Enquête en ligne



Au cours de la dernière partie des workshops, les médecins généralistes ont à nouveau été invités à remplir l'enquête. Bien qu'un lien de téléchargement ait été fourni dans l'enquête pour les manuels de réalisation des analyses de population et que les instructions aient également été affichées directement pour chaque question, il a été décidé d'expliquer aussi verbalement la logique de l'enquête et les instructions pour les analyses pendant le workshop.

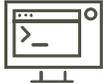
#### A. Choix du logiciel à expliquer

Comme il n'a souvent pas été possible, pour des raisons de temps, de passer en revue les instructions pour tous les logiciels DMI, il a été demandé aux médecins généralistes quel logiciel ils utilisaient et celui ayant reçu le plus de votes a été choisi :



## Bien que l'enquête DMI soit à remplir avant ou après le workshop, elle a été abordée à la fin de chaque workshop

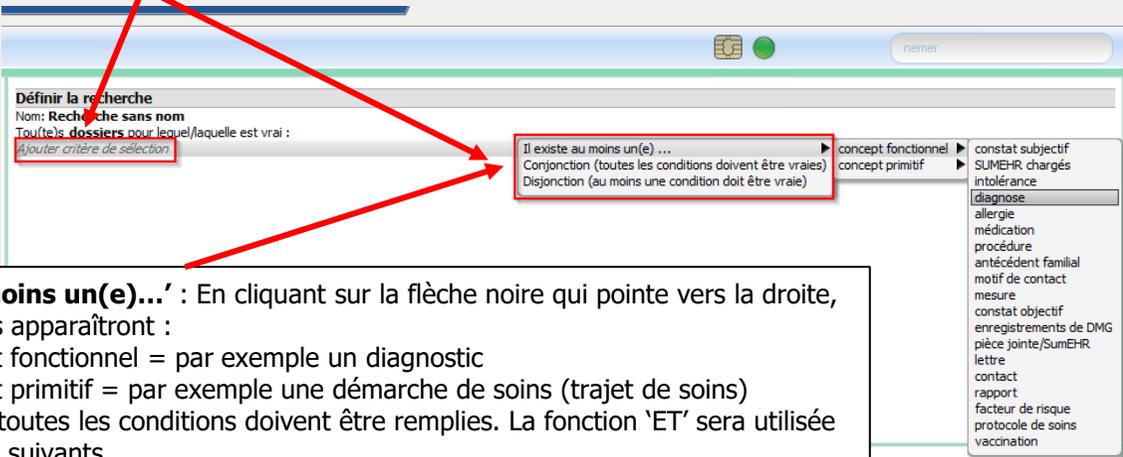
### 3 Enquête en ligne



#### B. Explication de la méthode d'extraction

Les instructions pour les analyses de population étaient identiques à celles données dans les manuels et dans l'enquête elle-même. Outre le fait de montrer comment répondre aux questions, l'objectif était également de familiariser les médecins généralistes avec cette méthode d'analyse en général.

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



**1. 'Il existe au moins un(e) ...'** : En cliquant sur la flèche noire qui pointe vers la droite, deux possibilités apparaîtront :

- a. Concept fonctionnel = par exemple un diagnostic
- b. Concept primitif = par exemple une démarche de soins (trajet de soins)

**2. Conjonction** : toutes les conditions doivent être remplies. La fonction 'ET' sera utilisée pour les critères suivants.

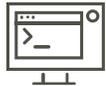
**3. Disjonction** : au moins une condition doit être vraie. La fonction 'OU' sera utilisée pour les critères suivants.

**Daktari**

concept fonctionnel  
concept primitif  
constat subjectif  
SUMEHR chargés  
intolérance  
diagnose  
allergie  
médication  
procédure  
antécédent familial  
motif de contact  
mesure  
constat objectif  
enregistrements de DMG  
pièce jointe/SumEHR  
lettre  
contact  
rapport  
facteur de risque  
protocole de soins  
vaccination

Bien que l'enquête DMI soit à remplir avant ou après le workshop, elle a été abordée à la fin de chaque session

3 Enquête en ligne



**B. Explication de la méthode d'extraction (analyse de population)**

Les instructions pour les analyses de population étaient identiques à celles données dans les manuels et dans l'enquête elle-même. Outre le fait de montrer comment répondre aux questions, l'objectif était également de familiariser les médecins généralistes avec cette méthode d'analyse en général.

**Exemple : *Nombre total de la patientèle en IRC avec un DFGe entre 30 et 44 ml/min./1,73 m<sup>2</sup>*** **CareConnect**

Statistiques
Aperçu **Nouveau** Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

	Elément	Opérateur	Valeur
Satisfait au moins à <input type="checkbox"/> NE satisfait	<input type="text" value="Titre"/>	<input type="text" value="Contient"/>	<input type="text" value="insuffisance rénale chroni"/>
<a href="#">Ajouter une condition (relation OU)</a>			
Satisfait au moins à <input type="checkbox"/> NE satisfait PAS du tout à	<input type="text" value="Paramètre"/>	<input type="text" value="Est égal(e) à"/>	<input type="text" value="Taux de filtration glomérulaire"/>
<a href="#">Ajouter une condition (relation OU)</a>			
<input type="text" value="Résultat de labo"/>	<input type="text" value="Valeur"/>	<input type="text" value="Est supérieur(e) ou égal(e) à"/>	<input type="text" value="30"/>
<a href="#">Ajouter une condition (relation OU)</a>			
<input type="text" value="Résultat de labo"/>	<input type="text" value="Valeur"/>	<input type="text" value="Est inférieur(e) ou égal(e) à"/>	<input type="text" value="44"/>
<a href="#">Ajouter une condition (relation OU)</a>			

**Plusieurs critères**

**Domaine**

## 2. Lot 1

### 2.4 Résultats

*Rapport Lot 1 réalisé et rédigé par Antares Consulting*

## Suite aux workshops, 4 domaines d'amélioration ont été identifiés

Sur base du niveau d'implémentation de certaines recommandations et des réflexions faites par les médecins généralistes pendant les workshops, 4 grands domaines d'amélioration s'imposent :

La **connaissance** des recommandations des GPC est à améliorer. Le niveau d'implémentation et les réflexions faites illustrent un manque de certaines connaissances élémentaires sur la prise en charge de l'IRC par les médecins généralistes.

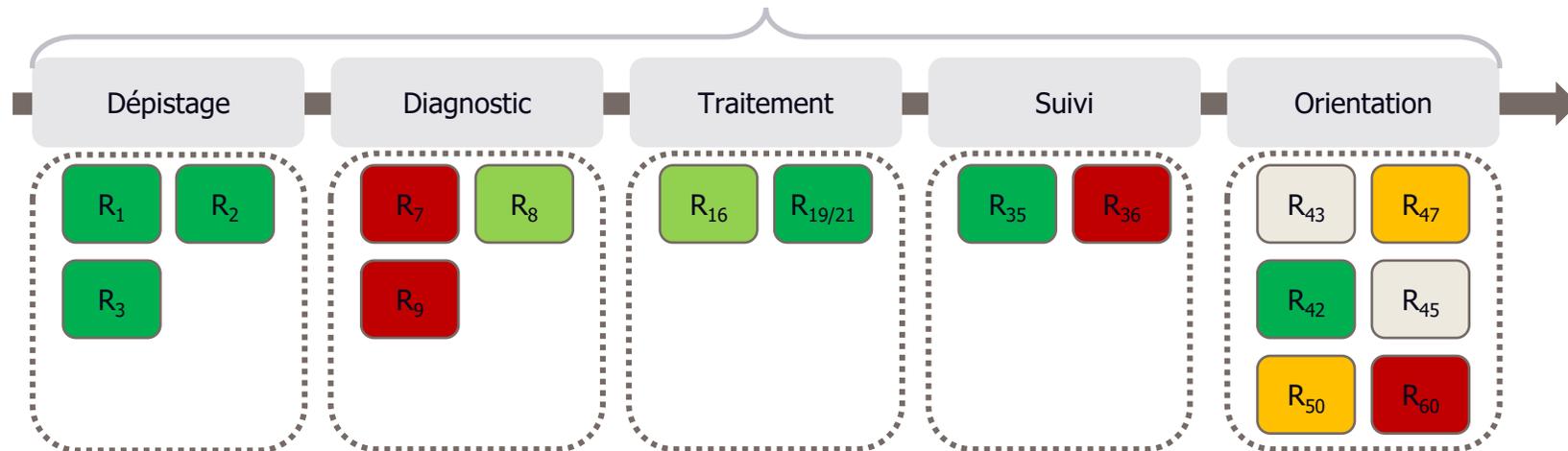
Un renforcement de la **multidisciplinarité** dans la prise en charge du patient atteint d'IRC est nécessaire. Cela suppose une meilleure connaissance de la répartition des tâches par tous les prestataires (en particulier entre le médecin généraliste et le néphrologue), ainsi qu'une meilleure communication et un meilleur partage d'informations.

Un meilleur **suivi** de l'implémentation des Guides et de la prise en charge au sens large est nécessaire. Un renforcement du suivi digital (DMI) peut être un levier important pour y parvenir.

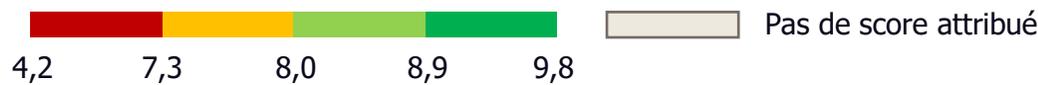
La **participation du patient** est un élément non négligeable pour une bonne implémentation des recommandations, pour lequel une amélioration est également requise.

## Les résultats des workshops montrent une implémentation variable des recommandations dans le trajet de soins

Sélection finale des recommandations validée par les experts

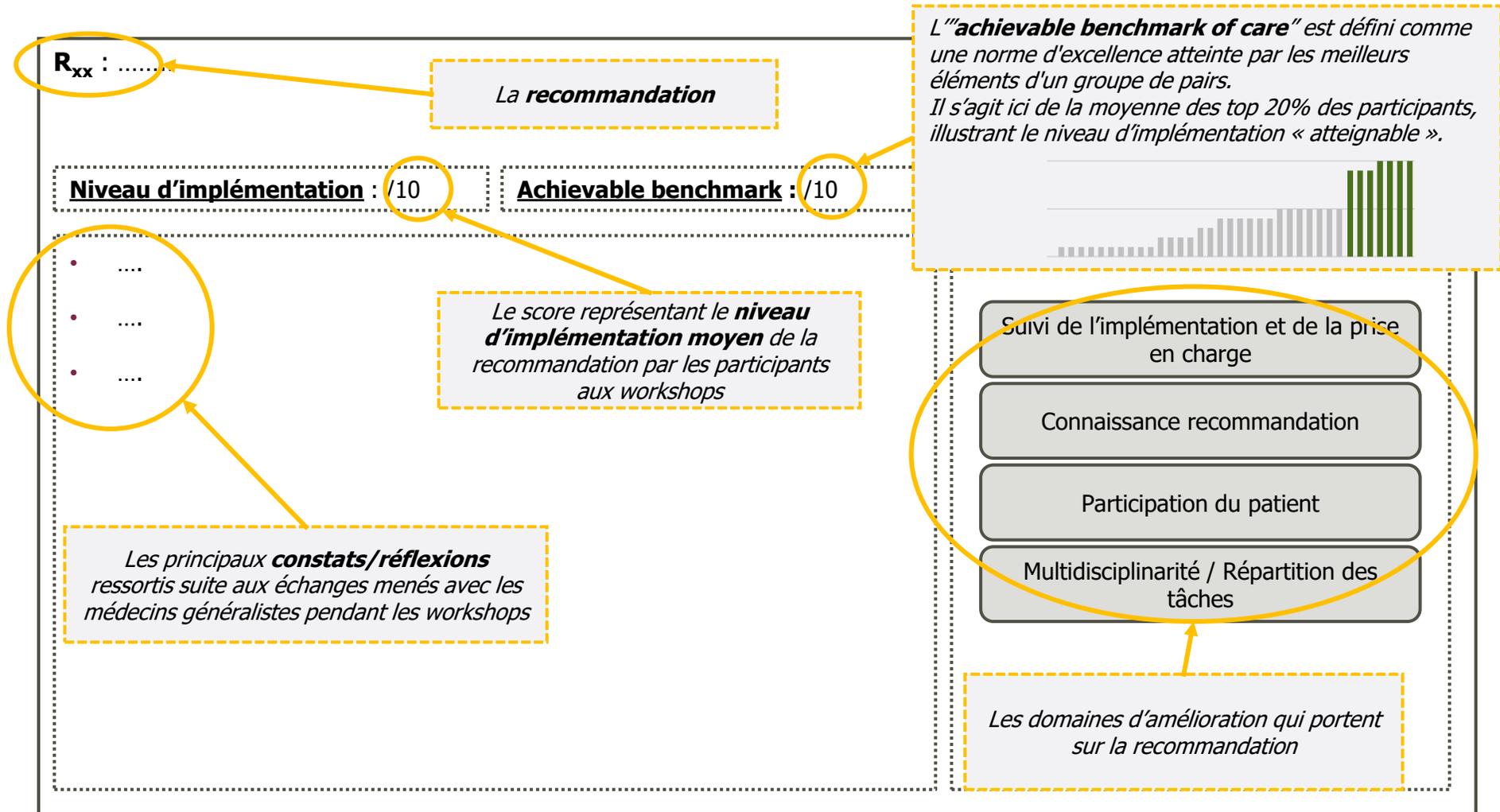


Échelle des **scores moyens d'implémentation\*** pour chaque recommandation traitée :



\* Sur base des scores attribués par les médecins généralistes pour leur propre mise en œuvre des recommandations

## Les recommandations individuelles ont été synthétisées de la manière suivante



Dépistage	Diagnostic	Traitement	Suivi	Orientation
-----------	------------	------------	-------	-------------

**R<sub>1</sub>** : Rechercher une insuffisance rénale chez les patients qui présentent un diabète

**Niveau d'implémentation :** 9,6/10

**Achievable benchmark :** 10/10

**Domaine(s) d'amélioration :**

Cette recommandation est pratiquement toujours implémentée dans la pratique vu la relation entre le diabète et l'insuffisance rénale chronique.

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches

Dépistage	Diagnostic	Traitement	Suivi	Orientation
-----------	------------	------------	-------	-------------

**R<sub>2</sub>** : Rechercher une insuffisance rénale chez les patients qui présentent une hypertension artérielle

**Niveau d'implémentation :** 9,1/10

**Achievable benchmark :** 9,7/10

**Domaine(s) d'amélioration :**

- Comme pour le diabète, il y a une relation claire entre l'hypertension artérielle et l'IRC (une des causes possibles de l'hypertension). Par conséquent, cette recommandation est largement implémentée.
- Le contrôle se fait à chaque prise de sang.

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches

Dépistage	Diagnostic	Traitement	Suivi	Orientation
-----------	------------	------------	-------	-------------

**R<sub>3</sub>** : Rechercher un insuffisance rénale chez les patients qui présentent une cardiopathie ischémique et/ou une décompensation cardiaque et/ou une artériopathie périphérique et/ou une pathologie vasculaire cérébrale

**Niveau d'implémentation :** 8,9/10

**Achievable benchmark :** 9,7/10

**Domaine(s) d'amélioration :**

- Une raison pour l'implémentation évoquée fréquemment par les médecins généralistes est notamment la prescription de diurétiques pour ce type de patients.
- Il y avait toutefois une réticence à interférer avec les spécialistes (normalement, le cardiologue vérifie automatiquement la présence de l'IR avec une prise de sang).
- Le dépistage se fait par le biais d'une prise de sang, mais donc pour la mesure du DFGe. Une analyse d'urine (notamment pour déterminer l'albuminurie et la protéinurie) se fait moins fréquemment.

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches



**R<sub>7</sub>** : Mesurer l'albuminurie corrigée ou la protéinurie corrigée en cas de DFGe < 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>

**Niveau d'implémentation :** 6,0/10

**Achievable benchmark :** 7,7/10

**Domaine(s) d'amélioration :**

- L'albuminurie corrigée est plus souvent réalisée que la protéinurie corrigée, notamment pour les patients diabétiques.
- L'albuminurie corrigée et la protéinurie corrigée sont mesurés avec des analyses d'urine. C'est une tâche qui est perçue comme revenant plutôt au néphrologue, avec le médecin généraliste qui gère les stades 1 et 2, et le néphrologue à partir du stade 3.
- Un DFGe de 55-60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> est considéré comme étant relativement élevé pour effectuer ces analyses.
- Ces analyses se font moins fréquemment chez des personnes âgées en raison de la dégradation naturelle du DFGe.

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches



**R<sub>8</sub>** : Déterminer le stade de l'insuffisance rénale à l'aide du DFGe

**Niveau d'implémentation :** 8,1/10

**Achievable benchmark :** 9,3/10

**Domaine(s) d'amélioration :**

- La plupart des médecins utilisent le DFGe, mais ne connaissent pas toujours les stades par cœur.
- Le DFGe est donné automatiquement par le labo lors d'une prise de sang par le médecin généraliste. Cependant, la définition du stade revient encore (trop) souvent au néphrologue (par manque de connaissances).
- **Remarques spécifiques :**
  - Aujourd'hui on utilise la nouvelle formule internationale pour déterminer le DFGe, le CKD-EPI, plutôt que la formule MDRD.
  - De nombreux critères peuvent influencer le DFGe, c'est pour cela que certains médecins mesurent plutôt la créatinine.

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches



**R<sub>9</sub>** : Demander une échographie des reins et des voies urinaires chez les patients en IRC et qui présente une IR progressive

**Niveau d'implémentation :** 6,6/10

**Achievable benchmark :** 8,3/10

**Domaine(s) d'amélioration :**

- L'implémentation est assez fortement liée à la pathologie associée (reins polykystiques familiaux, hématurie).
- L'âge du patient est à nouveau fréquemment évoqué comme facteur lié à l'implémentation.
- Les patients sont encore souvent adressés au néphrologue pour une échographie.
- Médecins généralistes n'étaient pas tous conscients que l'échographie fait partie de leur travail.

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches

Dépistage	Diagnostic	Traitement	Suivi	Orientation
-----------	------------	------------	-------	-------------

**R<sub>16</sub>** : 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 reins 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)

**Niveau d'implémentation :** 8,0/10

**Achievable benchmark :** 9,2/10

**Domaine(s) d'amélioration :**

- En général, les médecins généralistes informent (de façon plus ou moins élémentaire) eux-mêmes aussi le patient sur l'IRC. Ils indiquaient ne pas nécessairement donner tous les détails, vu qu'une partie de cette tâche revient également au diététicien et au néphrologue.
- La majorité des médecins n'étaient pas au courant qu'une brochure existe avec des infos sur l'IRC (brochures Domus Medica & SSMG).
- Les renseignements du néphrologue perçus comme étant parfois difficile à comprendre, et parfois trop difficiles à obtenir.

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches



**R<sub>19/21</sub>** : Encourager les patients en IRC à faire des exercices physiques et à arrêter de fumer

**Niveau d'implémentation :** 9,5/10

**Achievable benchmark :** 9,6/10

**Domaine(s) d'amélioration :**

Consensus sur l'utilité, mais s'il est parfois difficile de convaincre le patient à le faire.

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches



**R<sub>34</sub>** : Le schéma basique recommande un contrôle annuel du DFGe, de l'albuminurie corrigée et de la protéinurie corrigée

**Niveau d'implémentation :** 7,3/10

**Achievable benchmark :** 8,9/10

**Domaine(s) d'amélioration :**

- La plupart des médecins généralistes mesurent le DFGe, et parfois l'albuminurie corrigée (notamment pour les patients diabétiques), mais pas nécessairement la protéinurie corrigée.
- Si le patient est suivi par le néphrologue, l'albuminurie et la protéinurie sont mesurées annuellement, en plus du DFGe. Dans ce cas, la tâche ne revient plus au médecin généraliste.
- Besoin de suffisamment de contacts avec le patient pour y parvenir. Il s'agit d'un facteur de négligence chez certains patients.
- L'âge du patient joue à nouveau un rôle.

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches



**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)

**Niveau d'implémentation :** 8,9/10

**Achievable benchmark :** 9,7/10

**Domaine(s) d'amélioration :**

- La plupart des médecins généralistes le font, sauf lorsque la responsabilité incombe au radiologue.
- De nombreux médecins maintiennent même un critère de 6 mois.
- Certains médecins sont toutefois d'avis qu'il s'agit d'une tâche pour le spécialiste.

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches



**R<sub>36</sub>** : Utiliser les diurétiques aux doses possibles les plus faibles et ajuster lentement, en cas de symptômes de rétention hydrique

**Niveau d'implémentation :** 7,2/10

**Achievable benchmark :** 10/10

**Domaine(s) d'amélioration :**

- Les médecins généralistes affirment généralement évaluer la gravité des symptômes de rétention hydrique et le stade de l'insuffisance cardiaque.
- Certains médecins établissent un calendrier pour déterminer la dose en fonction du poids du patient.
- Questions récurrentes sur **quel diurétique est avisé**, ce qui indique un manque de connaissance du guide (le Guide fait spécifiquement référence aux diurétiques de l'anse tels que le bumétanide et le torésamide).

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches

Dépistage	Diagnostic	Traitement	Suivi	Orientation
-----------	------------	------------	-------	-------------

**R<sub>43</sub>** : Renvoyer 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 trajet de soins

**Niveau d'implémentation :** n/a

**Achievable benchmark :** n/a

**Domaine(s) d'amélioration :**

- En général, les médecins transmettraient les quatre options, mais c'est une supposition.
- Les médecins étaient **plutôt focalisés sur le DFGe, ils connaissaient moins les autres paramètres.**

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches

Dépistage	Diagnostic	Traitement	Suivi	Orientation
-----------	------------	------------	-------	-------------

**R<sub>45</sub>** : Renvoyer 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

**Niveau d'implémentation** : n/a

**Achievable benchmark** : n/a

**Domaine(s) d'amélioration :**

- En théorie, ils envoient les deux cas, mais ne surveillent/attendent pas toujours la dégradation du DFGe. Ils regardent surtout si la valeur est en-dessous de 45.
- Nuance à faire en fonction de l'âge. Certains médecins estiment qu'il n'est pas utile d'orienter un patient âgé de 85 ans qui ne veut plus être traité. D'autres trouvent que l'orientation vers la mise au point est importante à tout âge.

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches

Dépistage	Diagnostic	Traitement	Suivi	Orientation
-----------	------------	------------	-------	-------------

**R<sub>47</sub>** : Renvoyer les patients avec une albuminurie significative persistante (RAC  $\geq$  300 mg/g) pour une mise au point diagnostique

**Niveau d'implémentation :** 7,6/10

**Achievable benchmark :** 10/10

**Domaine(s) d'amélioration :**

- Peu d'échanges sur cette recommandation lors des workshops.
- Certains médecins le font, mais la plupart ne connaissent pas la valeur du paramètre, ni la fréquence de mesure.

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches

Dépistage	Diagnostic	Traitement	Suivi	Orientation
-----------	------------	------------	-------	-------------

**R<sub>50</sub>** : Renvoyer les patients à haut risque avec des valeurs potassiques anormales persistantes pour une mise au point diagnostique

**Niveau d'implémentation :** 7,9/10

**Achievable benchmark :** 10/10

**Domaine(s) d'amélioration :**

- Les médecins généralistes demandent souvent l'avis du néphrologue en cas d'hyperkaliémie chronique.
- Faire attention à la pseudo-hyperkaliémie suite au délai entre la prise de sang et l'analyse au laboratoire.

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches

Dépistage	Diagnostic	Traitement	Suivi	Orientation
-----------	------------	------------	-------	-------------

**R<sub>58</sub>** : Orienter des patients avec un DFGe < 30 ml/min./1,73 m<sup>2</sup> vers un néphrologue

**Niveau d'implémentation :** 9,8/10

**Achievable benchmark :** 10/10

**Domaine(s) d'amélioration :**

- Les médecins généralistes appliquent cette recommandation à l'unanimité.
- La plupart des médecins affirment orienter les patients plus rapidement vers le néphrologue et estiment qu'il ne faut pas attendre un DFGe de 30 ml/min./1,73 m<sup>2</sup>. Les médecins généralistes orientent souvent le patient vers le spécialiste à partir d'une valeur de 45-50.

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches

Dépistage	Diagnostic	Traitement	Suivi	Orientation
-----------	------------	------------	-------	-------------

**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 une orientation vers un diététicien diplômé

**Niveau d'implémentation :** 4,2/10

**Achievable benchmark :** 9,6/10

**Domaine(s) d'amélioration :**

Les médecins généralistes appliquent le moins cette recommandation. Plusieurs raisons ont été évoquées à cet égard :

- Ne savent pas à qui s'adresser, ne connaissent pas beaucoup de diététiciens spécialisés.
- Pénurie de diététiciens dans certaines régions. Dans ce cas, les médecins généralistes envoient le patient chez un néphrologue, qui entrent alors dans le programme de soins et obtiennent un diététicien.
- Perçu comme étant la responsabilité du néphrologue.
- Réflexe d'envoyer des patients diabétiques chez un diététicien, mais pas nécessairement les patients IRC.

Suivi de l'implémentation et de la prise en charge

Connaissance recommandation

Participation du patient

Multidisciplinarité / Répartition des tâches

## 2. Lot 1

### 2.5 Difficultés rencontrées

*Rapport Lot 1 réalisé et rédigé par Antares Consulting*

## Des difficultés relatives à l'organisation des workshops et l'enquête d'auto-évaluation

Le cahier de charges pour le Lot 1 du projet a mis l'accent sur la réalisation d'une auto-évaluation des systèmes DMI des médecins généralistes. Ceci dans le but de comparer leurs pratiques en matière d'identification et de suivi de patients atteints d'IRC avec les recommandations du Guide de pratique clinique. Cet exercice s'est avéré difficile en pratique. Dans un premier temps, cette phase du projet s'est déroulée en pleine crise COVID-19. Ceci a exercé une pression importante sur les médecins généralistes, augmentant la charge de travail déjà élevée. Il s'agit d'un facteur non négligeable qui a rendu difficile le recrutement de participants à l'enquête et aux workshops...

...en termes de possibilités de contact (réponses automatiques aux mails, difficultés de contact téléphonique).

...en termes de disponibilité et de volonté : il y avait une nette réticence à participer à l'enquête, principalement en raison de contraintes de temps. De plus, des difficultés se sont également manifestées au niveau des workshops (retards ou annulations en raison de surcharge), malgré le fait qu'ils aient été organisés le soir.

Dans un deuxième temps, les résultats-mêmes des analyses de population ont révélé des problématiques liées à l'exploitabilité des données du DMI. Celles-ci ne reflétaient souvent pas la réalité, malgré l'utilisation d'une méthodologie validée par une entreprise spécialisée en logiciels DMI. En partie pour cette raison, ainsi que pour le faible taux de réponse à l'enquête, les résultats de l'auto-évaluation n'ont pas été inclus dans le rapport.

Cette partie du rapport vise à clarifier les difficultés mentionnées ci-dessus, vu que celles-ci ont engendré un retard considérable dans le projet, et de formuler des recommandations à prendre en compte pour des projets similaires dans le futur.

## Les emplois du temps difficiles des médecins sont devenus évidents avec le niveau élevé d'annulations pour les workshops

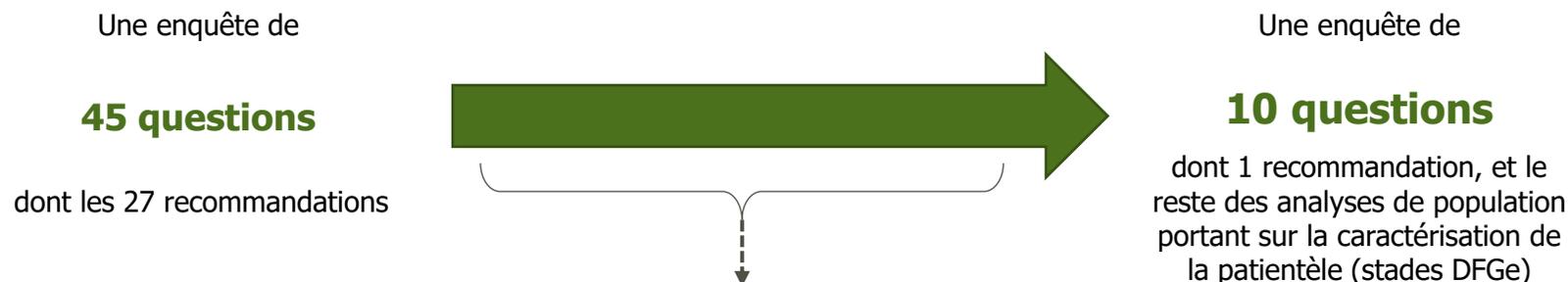
Un grand nombre d'inscrits qui ne sont finalement pas venus :



Les annulations étaient beaucoup plus fréquentes pour les sessions en présentiel. L'organisation de 50% des workshops en virtuel a permis à certains des médecins généralistes qui avaient annulé pour une session physique de pouvoir tout de même participer.

## Les conditions des médecins et la faisabilité des analyses ont nécessité des changements importants

Le nombre de questions a du être réduit de façon importante :



Cette réduction significative était due à 2 facteurs, à savoir :

1. Le manque de temps et de volonté pour répondre à l'enquête.
2. Il est progressivement apparu, sur la base des retours d'information des médecins généralistes, qu'un grand nombre d'indicateurs n'étaient pas exploitables en pratique

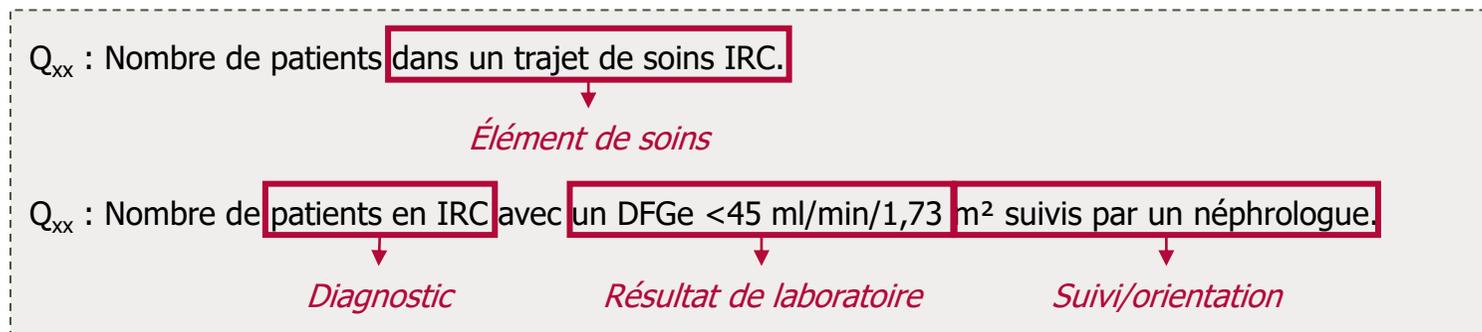
Ces facteurs ont poussé à changer la logique du projet. Les workshops sont devenus la méthode principale pour connaître le niveau d'implémentation des recommandations, et non l'enquête d'auto-évaluation.

## Les résultats de l'enquête ne correspondent pas à la réalité

En examinant les résultats de l'enquête, il est rapidement apparu qu'ils ne seraient pas utiles pour analyser le niveau de mise en œuvre des recommandations. Des résultats nuls ou des chiffres très faibles ont été systématiquement identifiés. En confirmation, certains médecins généralistes se sont manifestés eux-mêmes, soit :

- Pour signaler que les résultats de l'extraction des données ne correspondaient pas à la réalité ;
- Pour indiquer (à l'avance) qu'ils n'enregistraient pas les données demandées et ne pouvaient donc pas les rechercher.

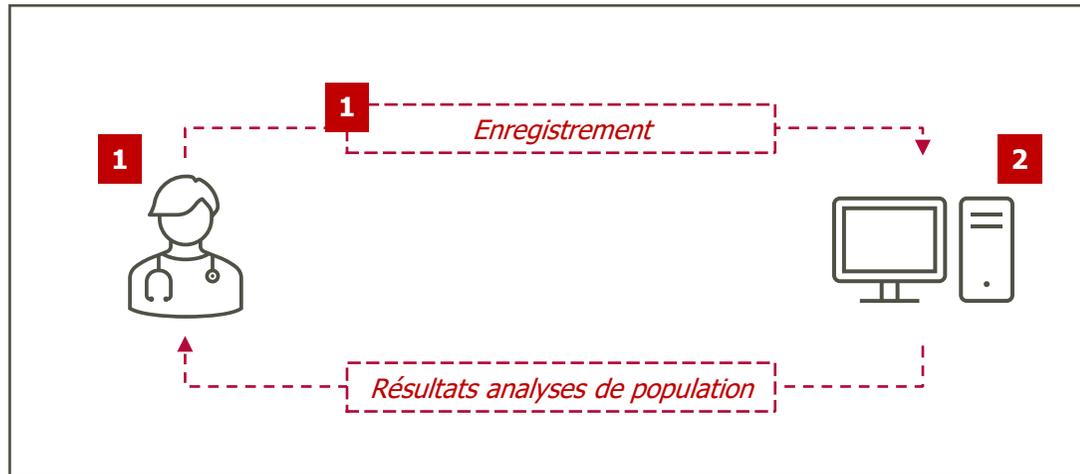
L'exemple le plus fréquemment cité ici était le nombre de patients dans un trajet de soins IRC, en partie parce qu'ici le généraliste avait une meilleure idée de l'ordre de grandeur réel, ce qui permettait de repérer plus facilement les résultats erronés. Cependant, cet indicateur était également le plus facile à rechercher. Par conséquent, pour d'autres indicateurs où il faut combiner des recherches multiples et/ou des données non structurées doivent être recherchées, la probabilité de résultats corrects est encore plus faible, comme le montre l'exemple ci-dessous.



## Deux éléments principaux expliquent les problèmes rencontrés dans les analyses de population

La figure ci-dessous illustre la problématique qui est apparue avant, pendant et après les workshops, et qui explique les résultats peu conformes à la réalité, à savoir :

- 1 Des **habitudes d'enregistrement** incohérentes/inexistantes chez les médecins généralistes.
- 2 Des **logiciels DMI** qui compliquent l'enregistrement et l'extraction des indicateurs spécifiques.



Cercle vicieux illustrant la problématique liée à l'enregistrement et l'extraction de données par les médecins généralistes

## L'enregistrement de données, en particulier dans le trajet de soins IRC, est peu intégré dans la pratique des médecins généralistes

### 1 Des habitudes d'enregistrement incohérentes/inexistantes chez les médecins généralistes.

Les médecins généralistes n'ont souvent pas l'habitude d'enregistrer les données nécessaires à la recherche des indicateurs retenus dans l'enquête. De plus, de nombreux médecins généralistes n'étaient pas familiarisés avec la méthode d'extraction des données (analyse de population). Ce point a été mentionné à la fois lors du remplissage de l'enquête et au cours des workshops. La principale raison invoquée était la charge de travail liée au codage et à la réalisation ultérieure d'analyses de population. Il est important de tenir compte de cette limitation lors de la sélection des indicateurs à faire suivre dans le trajet de soins, comme mentionné dans la recommandation 6A (cf. infra) (assurer un volume limité).



*Continuum d'enregistrement des données par les médecins généralistes*

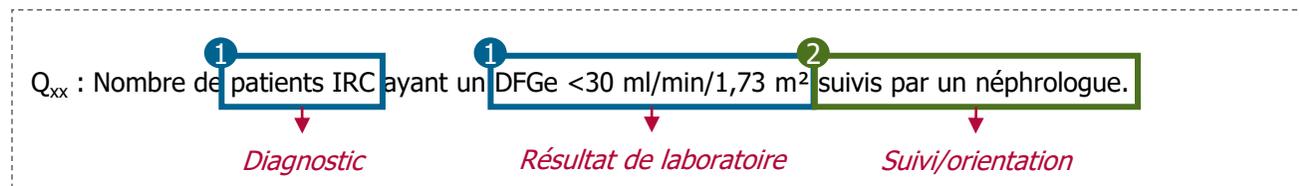
## Des habitudes d'encodage à renforcer, mais cela avec un système qui le facilite

### 2 Des logiciels DMI qui compliquent l'enregistrement des indicateurs spécifiques.

Outre les pratiques du médecin généraliste, il a été constaté que le logiciel DMI ne facilitait pas l'enregistrement et l'extraction ultérieure des données requises pour les indicateurs sélectionnés.

Premièrement, certains logiciels n'offraient pas la possibilité d'enregistrer certains (parties d') indicateurs sous forme de données structurées. Les médecins qui ont enregistré leurs données l'ont souvent fait de manière non structurée (texte libre). Ce problème constitue la base de la recommandation 6B (cf. infra).

*Exemple : données structurées versus non structurées (peut varier selon le logiciel DMI)*



- 1 Le nombre de patients ayant reçu un diagnostic d'IRC peut être enregistré de manière structurée. Il en va de même pour le résultat du laboratoire.
- 2 Le suivi par ou l'orientation vers un néphrologue est généralement enregistré en texte libre (et généralement déjà très peu). Par conséquent, il est actuellement impossible d'établir une méthode uniforme d'analyse de population.

## Des habitudes d'encodage à renforcer, mais cela avec un système qui le facilite

### 2 Des logiciels DMI qui compliquent l'enregistrement des indicateurs spécifiques.

En outre, d'autres problèmes ont été soulevés qui peuvent compliquer l'enregistrement, le suivi et l'extraction des données. Ces exemples ne sont pas exhaustifs, mais montrent qu'il est difficile de réaliser correctement ce type d'analyse aujourd'hui :

- Pour l'un des logiciels DMI, la recherche d'une valeur spécifique du DFGe affichera systématiquement tous les patients qui ont eu un résultat de laboratoire avec cette valeur. Par exemple, un patient dont le DFGe est compris entre 30 et 45, mais dont la mesure la plus récente du DFGe est de 15, apparaîtra également dans les résultats entre 30 et 45. En d'autres termes, un patient présentant une certaine valeur peut déjà avoir une fonction rénale nettement inférieure en réalité.
- Des problèmes de mise à jour du datawarehouse de l'un des logiciels compliquent l'obtention de résultats d'analyse précis.

## Des échanges avec plusieurs acteurs ont confirmé ces résultats

Pour plus de précisions, les chercheurs ayant contribué au rapport EVACQ de Sciensano sur les trajets de soins diabète sucré de type 2 et insuffisance rénale chronique (2019) ont été contactés. Dans ce rapport, le DFGe et le statut du trajet de soins (être inscrit dans un trajet de soins IRC ou non) ont été utilisés comme paramètres, et les données provenaient en partie d'extractions du DMI des médecins généralistes en Belgique. Par conséquent, la question s'est posée de savoir comment l'uniformité globale était assurée pour les données collectées manuellement dans les DMI. Les chercheurs ont indiqué que tous les médecins généralistes ou les logiciels DMI n'ont pas enregistré le statut du trajet de soins de manière structurée, ce qui a engendré une sous-estimation des résultats.



Plusieurs échanges ont eu lieu avec le fournisseur de logiciels CareConnect. Il s'agissait notamment de sonder le grand nombre de résultats nuls dans les analyses de population. Ils ont confirmé que, dans leur expérience également, il y avait effectivement un manque d'enregistrement de la part des utilisateurs finaux.



Il a également été demandé au fournisseur de logiciels Medispring de fournir des instructions pour une analyse de population correcte. Cependant, ils ont exprimé des doutes quant à la fiabilité des données car, d'après leur expérience, très peu de généralistes ont un codage cohérent de l'insuffisance rénale dans leur DMI.

## Suite à ces difficultés, des suggestions pour de futures initiatives peuvent être formulées

### Pour des analyses de population exploitables

Les analyses de population se sont avérées difficiles pour les médecins généralistes. Bien que la rédaction des manuels ait aidé, il serait conseillé d'accompagner davantage les médecins dans la réalisation de celles-ci. Ceci pourrait se faire pendant des ateliers dédiés, avec la présence d'un ou plusieurs experts spécialisés dans les logiciels DMI pouvant intervenir si nécessaire. Bien entendu, l'enregistrement initial (correct) des données reste une condition préalable à une analyse de population réussie.

En outre, il convient de contacter directement les fournisseurs de logiciels plutôt qu'un intermédiaire pour la préparation des instructions d'analyse de population. Les logiciels subissent constamment des modifications/mises à jour qui peuvent être subtiles mais qui peuvent avoir un effet considérable sur la fiabilité des analyses. Dans le cadre de ce projet, de nombreux échanges avec les fournisseurs ont eu lieu pour corriger certains éléments des manuels avant qu'ils ne soient envoyés. Pour gagner du temps, il est donc recommandé d'aller directement à la source.

### Pour un nombre plus important de participants à des workshops/ateliers semblables

Comme il a été mentionné, le taux d'abandon des participants était relativement élevé. Bien que les ateliers aient été accrédités, ils n'ont pas été organisés dans le cadre de GLEMS, qui implique une participation obligatoire. Plusieurs médecins ont donc signalé que des sujets étaient toujours recherchés pour le GLEMS, et que l'atelier aurait été idéal à cet effet. Dans ce contexte, il est important de s'engager dès le départ avec les associations de médecins locales et faitières pour ce type d'initiative.

## 3. Lot 2

*Rapport Lot 2 réalisé et rédigé par l'UC Leuven-Limburg*

## 3. Lot 2

### 3.1 Objectifs

*Rapport Lot 2 réalisé et rédigé par l'UC Leuven-Limburg*

## Lot 2

Malgré le remboursement (partiel) des consultations avec un diététicien dans le cadre du trajet de soins de l'insuffisance rénale chronique, le traitement diététique de l'IRC est encore trop peu présent dans les soins primaires. Cela peut s'expliquer en partie par une orientation trébuchante du médecin généraliste vers le diététicien (Bollaerts, 2020). L'objectif du Lot 2 est de renforcer le traitement diététique de l'insuffisance rénale chronique en soins primaires, en commençant par une réflexion sur ses propres actions sur le thème de l'IRC stade 3 et 4 avec des diététiciens lors de sessions de groupe. L'objectif est que, par le biais d'une réflexion individuelle et de groupe, les diététiciens portent un regard critique sur leur propre travail autour de l'IRC, apprennent les uns des autres, prennent connaissance ou rafraîchissent le contenu de guide de pratique clinique et élaborent un plan d'amélioration individuel et un plan d'action pour améliorer leur propre pratique autour de l'IRC. Outre le feedback individuel pour le diététicien, le feedback de groupe peut fournir des informations importantes pour promouvoir la mise en œuvre des conseils diététiques et la coopération interdisciplinaire en Belgique. En outre, une session multidisciplinaire sera organisée avec des médecins généralistes afin de voir comment la coopération transmurale et multidisciplinaire peut être renforcée.

## Objectifs

1. Mettre en œuvre la guide de pratique IRC multidisciplinaire (2016), la guide de pratique clinique IRC nationale (2012) et guide de pratique clinique monodisciplinaire pour les diététiciens (2020)
2. Optimisation de la prise en charge diététique d'IRC en soins primaires,
3. Alignement de la prise en charge multidisciplinaire des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique (IRC), stade 3 et 4,
4. Auto-réflexion du diététicien dans le traitement de l'IRC et formulation d'un plan d'amélioration individuel si nécessaire.

## 3. Lot 2

### 3.2 Méthode

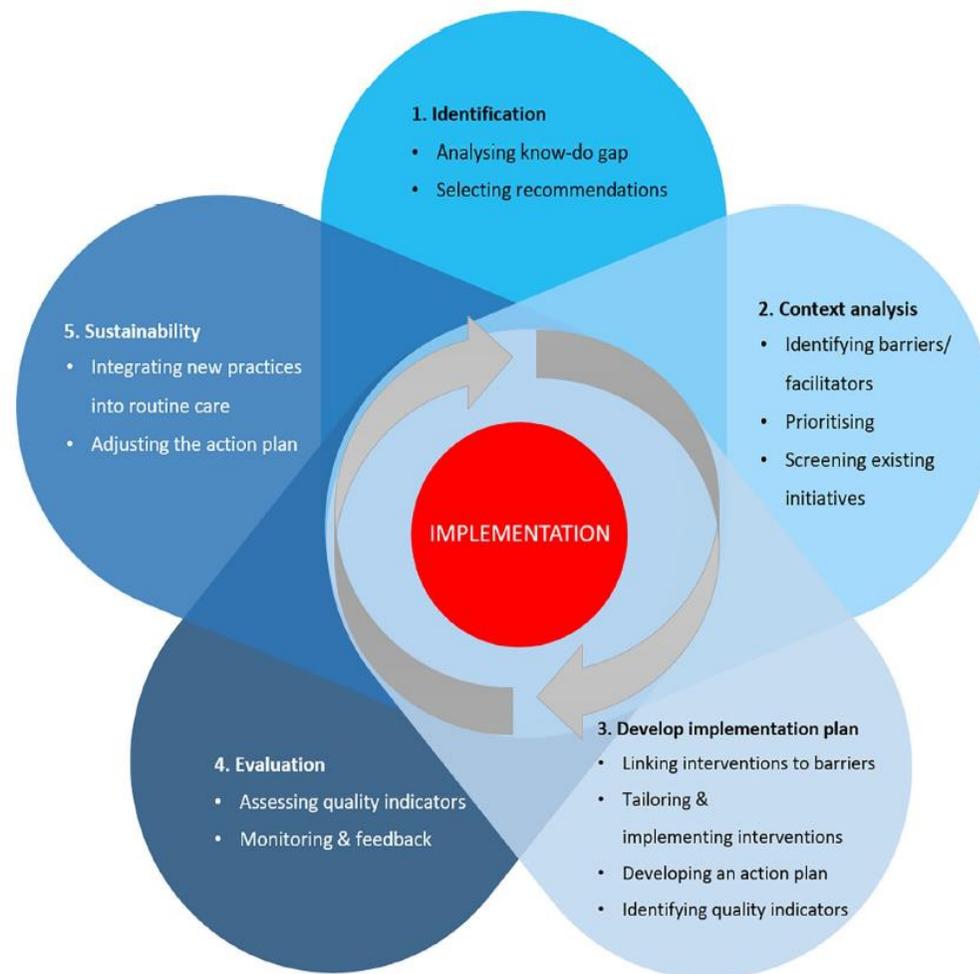
*Rapport Lot 2 réalisé et rédigé par l'UC Leuven-Limburg*

## 2. MÉTHODE

Pendant la mise en œuvre de ce projet, le modèle de mise en œuvre de Peters et al. (2020) a servi de point de départ pour développer des stratégies de mise en œuvre appropriées.

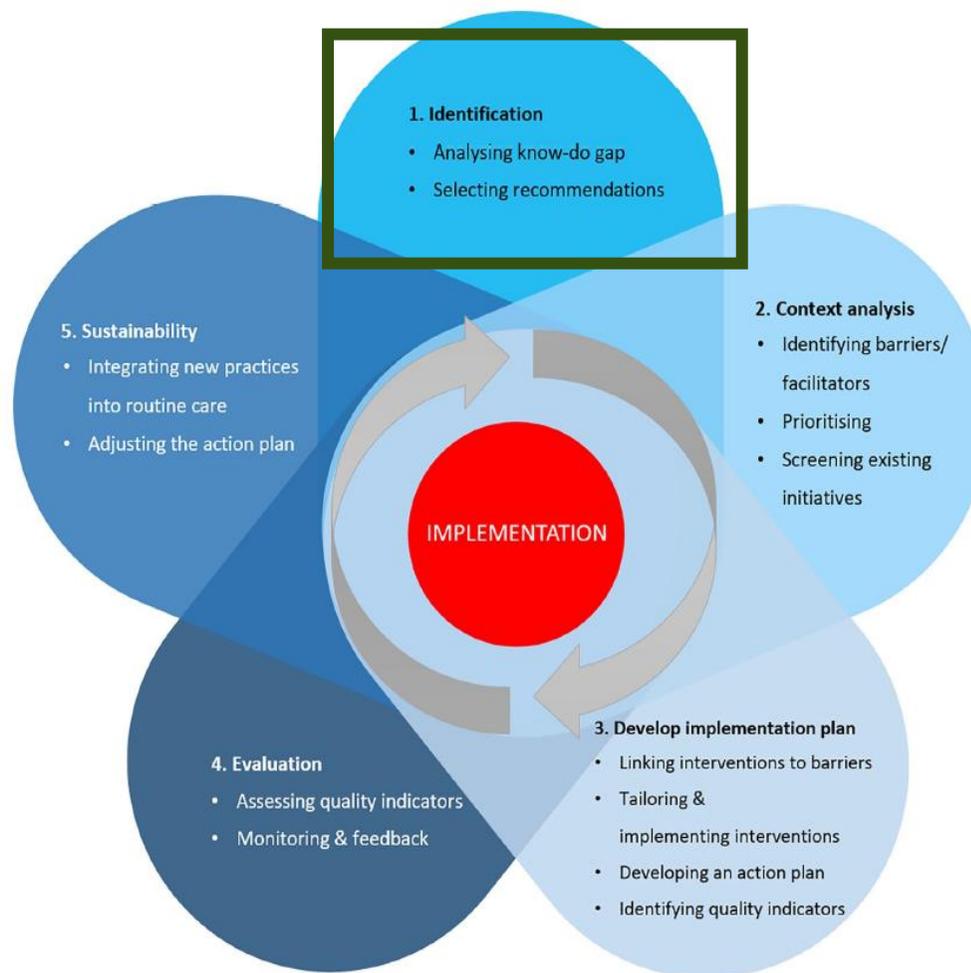
Il s'agit d'un cadre théorique basé sur cinq étapes cruciales :

1. Identification
2. Analyse du contexte
3. Plan de mise en œuvre
4. Évaluation
5. Durabilité



Peters, S., Bussi eres, A., Depreitere, B., Vanholle, S., Cristens, J., Vermandere, M., & Thomas, A. (2020). Faciliter la mise en œuvre des lignes directrices dans les pratiques de soins de santé primaires. *Journal of primary care & community health*, 11, 2150132720916263.

## 2.1 ÉTAPE 1 : IDENTIFICATION



## 2.1 ÉTAPE 1 : Identification

### 1. IDENTIFICATION

- A. Composition du groupe de parties prenantes  
Pour s'assurer que les résultats sont applicables et pertinents dans le contexte local, un groupe de parties prenantes a été créé pour confirmer la sélection des recommandations, des obstacles et des facilitateurs pour les sessions de réflexion en groupe.
- B. Analyse de l'écart entre le savoir et le faire  
Il est essentiel de déterminer l'écart entre les recommandations fondées sur des données probantes et la pratique actuelle afin de sélectionner les recommandations les plus importantes à mettre en œuvre.
- C. Sélection des recommandations de la guide de pratique clinique présentant les plus grands avantages/potentiels  
Il n'est pas possible de mettre en œuvre l'ensemble d'une guide de pratique clinique en une seule fois, c'est pourquoi les recommandations les plus importantes ont été sélectionnées lors d'une session finale avec le groupe de parties prenantes.

#### 2.1.1 Composition du groupe de parties prenantes

Le groupe de parties prenantes était composé de 5 diététiciens, 1 médecin généraliste, 1 néphrologue, 1 infirmière pour la Flandre et de 3 diététiciens, 1 néphrologue, 1 infirmière, 1 médecin généraliste pour la Wallonie. Ils ont été invités à remplir les questionnaires suivants\* et à assister aux séances :

- Questionnaire 1 : remplir les obstacles et les facilitateurs
- Questionnaire 2 : Classement des obstacles et des facilitateurs
- Session de groupe 1 : Sélection finale des obstacles et des facilitateurs + examen des initiatives existantes
- Questionnaire 3 : Compléter les indicateurs + classement
- Session de groupe 2 : Indicateurs de sélection finale
- Questionnaire 4 : fiches d'indicateurs de retour d'expérience + ajouts

\*Les questionnaires pour la réalisation de l'étape 1 : identification et de l'étape 2 : analyse du contexte ont été combinés pour rendre la tâche plus efficace pour les parties prenantes. Les résultats de la sélection des obstacles, des facilitateurs et des indicateurs de qualité seront donc examinés à l'ÉTAPE 2 : Analyse du contexte et à l'ÉTAPE 3 Plan de mise en œuvre.

#### 2.1.2 Analyse de l'écart entre le savoir et le faire

Pour vérifier l'écart entre les recommandations et la pratique, il a été demandé aux groupes de parties prenantes flamands et wallons d'évaluer les recommandations de la ligne directrice par le biais d'un questionnaire et de deux sessions de groupe pour obtenir un consensus.

#### **Questionnaire 1 : remplir les obstacles et les facilitateurs**

Le premier questionnaire consistait à sélectionner les recommandations des guides diététiques, à examiner la vue d'ensemble des obstacles à la mise en œuvre des recommandations des guides diététiques (y compris la clarté) et à les remplir. Les obstacles ont été classés en fonction des niveaux suivants : guide de pratique clinique, professionnel individuel, patient, contexte social, contexte organisationnel, contexte économique et politique. L'annexe 3 contient le questionnaire complet. Les parties prenantes ont reçu les instructions suivantes dans le questionnaire :

#### *Sélection des recommandations*

Le tableau ci-dessous énumère toutes les recommandations de la guide de pratique clinique diététique. Certaines recommandations peuvent déjà être bien appliquées dans la pratique. Par conséquent, il n'est pas nécessaire de se concentrer sur la mise en œuvre de toutes les recommandations au cours de ce projet. Les recommandations pour lesquelles il existe un fossé entre les preuves scientifiques récentes et la pratique des diététiciens de première ligne (= know-do-gap) méritent une attention particulière au cours de ce projet de mise en œuvre. Vous pouvez indiquer par '+', '++' ou '+++' dans le tableau l'importance de ce déficit de connaissances pour chaque recommandation, et sur quelles recommandations nous nous concentrerons par conséquent au cours de la suite de ce projet de mise en œuvre. Un espace est prévu pour d'éventuels commentaires.

*+ : faible/aucune différence entre la recommandation et la pratique de première ligne et/ou moins important de procéder avec*

*++ : différence modérée entre la recommandation et la pratique de première ligne et/ou modérément important de procéder avec*

*+++ : grande différence entre la recommandation et la pratique en première ligne et/ou très important de faire avancer les choses*

## *Évaluer les obstacles*

Dans cette deuxième partie du questionnaire, nous identifions les obstacles potentiels à la mise en œuvre des recommandations des guides alimentaires. Une vue d'ensemble claire des obstacles est cruciale pour une bonne mise en œuvre. Sur la base d'une analyse documentaire, une première série d'obstacles a été élaborée. Vous pouvez indiquer si certains obstacles ne sont pas clairs. En outre, vous pouvez toujours les compléter en suivant les modifications apportées au document. (Barre d'outils en haut de Word : "Vérification" > "Suivi des modifications"). Si certains obstacles ne sont pas pertinents ou ne s'appliquent pas, vous pouvez les rayer. Remarque : les obstacles sont formulés en termes généraux et ne sont pas spécifiques à des recommandations particulières. Vous pouvez également ajouter des barrières pour les recommandations spécifiques de diététiques.

## **Questionnaire 2 : Classement des obstacles et des facilitateurs**

Dans le second questionnaire, les obstacles et les facilitateurs ont été évalués en fonction de leur présence et de leur caractère modifiable. En outre, le consensus n'ayant pas encore été atteint sur la sélection des recommandations, des questions ont été ajoutées à nouveau pour parvenir à un consensus. L'annexe 4 contient le questionnaire complet. Les parties prenantes ont reçu les instructions suivantes :

### *Sélection des recommandations*

La première série de réponses a permis de dégager 12 recommandations à inclure dans le projet. Ces 12 recommandations sont présentées dans le tableau ci-dessous. Il n'y a pas de consensus sur toutes les recommandations. Par conséquent, certains arguments pour et contre (issus du premier questionnaire) ont été ajoutés. Vous pouvez indiquer pour chaque recommandation si vous la considérez suffisamment importante pour être prise en compte dans la suite du projet de mise en œuvre (oui) ou non (non). Un espace est prévu pour les commentaires.

### *Sélection des barrières*

Au cours de cette deuxième partie du questionnaire, nous rechercherons les obstacles les plus importants que nous pouvons cibler avec ce projet. Pour chaque recommandation, vous verrez (pour vous inspirer) une liste d'obstacles et différentes colonnes dans lesquelles vous pouvez placer les obstacles (selon leur importance et leur caractère modifiable). Pour chaque barrière, vous pouvez indiquer dans quelle colonne elle se trouve, en la faisant glisser (ou en la copiant et la collant) dans cette colonne. Vous n'êtes pas obligé de classer chaque barrière dans les colonnes (par exemple, si elle est moins fortement présente ou non applicable). Vous pouvez également compléter avec d'autres barrières auxquelles vous pensez. Les obstacles supprimés lors du tour précédent par plusieurs experts ont été omis.

# 1. IDENTIFICATION

## Session de groupe 1

Le tableau 1 présente une première sélection de recommandations issues du questionnaire. Ces recommandations ont été discutées plus en détail lors de la première session de groupe.

	STAKEHOLDERS FLAMAND	STAKEHOLDERS WALLON
THEME	RECOMMANDATION	RECOMMANDATION
<b>Collaboration</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le traitement diététique est supervisé par un diététicien, en étroite collaboration avec un médecin ou un autre prestataire de soins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le traitement diététique est supervisé par un diététicien, en étroite collaboration avec un médecin ou un autre prestataire de soins.</li> </ul>
<b>Malnutrition, énergie et protéines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effectuer un dépistage nutritionnel régulier (au moins deux fois par an) pour détecter (un risque de) malnutrition protéino-énergétique (MPE).</li> <li>Encourager le patient à atteindre/maintenir un poids santé (IMC 18,5 à 24,9 kg/m<sup>2</sup>) (GRADE 1B).</li> <li>Un apport énergétique adéquat (30-35 kcal/kg/jour) est recommandé (GRADE 2B).</li> <li>Un apport en protéines de 0,8 g/kg/jour est recommandé (GRADE 2B). Un apport protéique inférieur à 0,6 g/kg de poids corporel idéal/jour n'est pas recommandé en raison du risque de malnutrition protéique énergétique (GRADE 2B). Il est également préférable d'éviter un apport excessif en protéines (&gt; 1,3 g/kg de poids idéal par jour) (GRADE 2C).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le traitement diététique doit être adapté aux besoins du patient, à son état nutritionnel et à ses comorbidités (GPP).</li> <li>Effectuer un dépistage nutritionnel régulier (au moins deux fois par an) pour détecter (un risque de) malnutrition protéino-énergétique (MPE).</li> <li>Un apport énergétique adéquat (30-35 kcal/kg/jour) est recommandé (GRADE 2B).</li> <li>Un apport en protéines de 0,8 g/kg/jour est recommandé (GRADE 2B). Un apport protéique inférieur à 0,6 g/kg de poids corporel idéal/jour n'est pas recommandé en raison du risque de malnutrition protéique énergétique (GRADE 2B). Il est également préférable d'éviter un apport excessif en protéines (&gt; 1,3 g/kg de poids idéal par jour) (GRADE 2C).</li> </ul>
<b>Sel, potassium, phosphate, mode de vie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le diététicien encourage le patient à suivre un régime alimentaire contenant les recommandations quotidiennes en matière de vitamines et de minéraux (GPP).</li> <li>Une consommation de sel de maximum 5 grammes de sel (= 2000 mg de sodium) par jour est recommandée (GRADE 1C).</li> <li>Conseils diététiques (par un diététicien diplômé) concernant l'apport en phosphates adaptés au laboratoire (GRADE 1B). Une restriction alimentaire en phosphate est recommandée si le taux de phosphate sérique est trop élevé (GRADE 1B). Il est recommandé de tenir compte de la biodisponibilité de la source de phosphate (animale, végétale, additifs) lors de conseils diététiques (GPP).</li> <li>Conseils diététiques (par un diététicien) concernant l'apport en potassium, adaptés aux valeurs de laboratoire (GRADE 1B). Un ajustement de l'apport en potassium alimentaire est recommandé pour maintenir le potassium sérique dans les valeurs normales (GPP).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une consommation de sel de maximum 5 grammes de sel (= 2000 mg de sodium) par jour est recommandée (GRADE 1C).</li> <li>Conseils diététiques (par un diététicien diplômé) concernant l'apport en phosphates adaptés au laboratoire (GRADE 1B). Une restriction alimentaire en phosphate est recommandée si le taux de phosphate sérique est trop élevé (GRADE 1B). Il est recommandé de tenir compte de la biodisponibilité de la source de phosphate (animale, végétale, additifs) lors de conseils diététiques (GPP).</li> <li>Conseils diététiques (par un diététicien) concernant l'apport en potassium, adaptés aux valeurs de laboratoire (GRADE 1B). Un ajustement de l'apport en potassium alimentaire est recommandé pour maintenir le potassium sérique dans les valeurs normales (GPP).</li> <li>Les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique doivent être encouragés à faire de l'exercice (GRADE 1B).</li> <li>Pour concevoir des interventions nutritionnelles efficaces, il est possible d'estimer les facteurs autres que l'apport nutritionnel (par exemple, la prise de médicaments, les connaissances, les croyances, les attitudes, le comportement, l'accès à la nutrition, la dépression, le fonctionnement cognitif) (GPP).</li> </ul>
<b>Autogestion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le diététicien soutient l'autogestion des patients (GPP).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le diététicien soutient l'autogestion des patients (GPP).</li> </ul>

# 1. IDENTIFICATION

## Conclusion sessions de groupe

### Les parties prenantes flamandes

Les parties prenantes ont suggéré de supprimer la recommandation sur l'apport journalier en vitamines et minéraux pour une mise en œuvre ultérieure et de considérer la recherche d'un poids sain comme évidente. Il est souvent difficile de respecter les recommandations quotidiennes en matière de vitamines et de minéraux lorsqu'il existe des restrictions alimentaires pour le potassium et le phosphore, entre autres. En outre, le médecin en assure le suivi. Les autres recommandations vont de pair avec le processus de mise en œuvre.

### Parties prenantes wallonnes

Au sein du groupe de parties prenantes wallonnes, il a été décidé de ne pas inclure davantage la recommandation sur l'exercice. Motiver le patient à faire suffisamment d'exercice est important, mais ce n'est pas la tâche principale du diététicien dans cette situation. Il a également été souligné qu'il fallait faire passer le message que le patient devait être pris en compte en matière de nutrition (degré de "rigueur"). Ils ne considèrent pas la recommandation sur la malnutrition comme une priorité, par exemple pour les jeunes patients, et elle est donc également abandonnée pour une mise en œuvre ultérieure à ce stade. Elle est également difficile à mettre en œuvre compte tenu du très grand nombre de patients. Enfin, la recommandation de la calorimétrie a été discutée, mais elle n'a finalement pas été retenue. Elle est considérée comme un standard d'or, mais elle n'est pas abordée plus avant dans ce projet.

## Recommandations pour la sélection des comparaisons

### 1. Collaboration

Les deux groupes soulignent l'importance d'une bonne collaboration avec le médecin et les autres professionnels de la santé. Cette recommandation passera au tour suivant dans les deux groupes de parties prenantes.

### 2. Régime alimentaire

Les recommandations diététiques se poursuivent dans le processus de mise en œuvre dans les deux groupes. Cependant, dans le groupe de parties prenantes wallonnes, il y a une discussion sur le dépistage de la malnutrition en raison de la nécessité de ne concerner qu'un sous-ensemble de patients et il est décidé de ne pas l'inclure davantage. Le suivi de l'état nutritionnel deux fois par an pour les patients IRC stade 3 est difficile à mettre en œuvre compte tenu du très grand nombre de patients et n'est pas nécessaire pour tous. Les recommandations seront intégrées à la recommandation sur l'énergie.

### 3. Mode de vie

Dans les deux groupes, la recommandation sur l'exercice physique a été omise pour une mise en œuvre ultérieure, car les diététiciens doivent également discuter de nombreux autres aspects avec le patient et cela ne constitue pas leur tâche principale. Dans le groupe d'acteurs wallons, une recommandation supplémentaire sur les autres facteurs en dehors de l'apport nutritionnel est incluse dans l'intérêt du traitement nutritionnel (KDOQI, 2020).

### 4. Autogestion

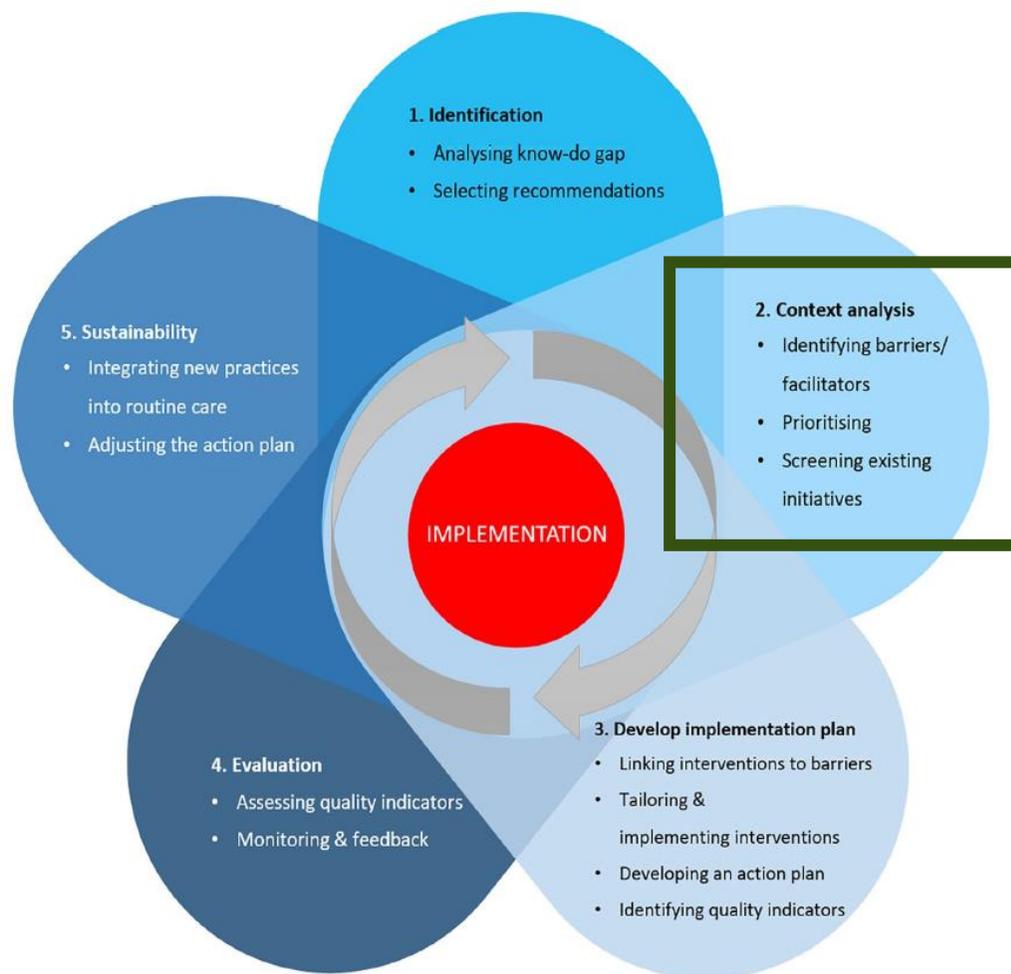
La recommandation sur l'autogestion a obtenu un score remarquablement plus faible dans le questionnaire dans le groupe wallon que chez les intervenants flamands. Les parties prenantes ont indiqué que la compréhension de la pathologie est souvent difficile pour le patient et qu'il a besoin de conseils et de soutien. Ils s'accordent à dire qu'il est bon pour le patient d'être en mesure de s'autogérer davantage. L'autogestion va donc de pair avec les recommandations finales retenues.

## 2.1.3 Sélection des recommandations de la guide de pratique clinique présentant les plus grands avantages/potentiels

Le questionnaire a révélé que les recommandations suivantes devraient être incluses pour être mises en œuvre :

	STAKEHOLDERS FLAMAND	STAKEHOLDERS WALLON
THEME	RECOMMANDATION	RECOMMANDATION
<b>Collaboration</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le traitement diététique est supervisé par un diététicien, qui travaille en étroite collaboration avec un médecin ou un autre prestataire de soins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le traitement diététique est supervisé par un diététicien, qui travaille en étroite collaboration avec un médecin ou un autre prestataire de soins.</li> </ul>
<b>Malnutrition, énergie et protéines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effectuer un dépistage nutritionnel régulier (au moins deux fois par an) pour détecter (un risque de) malnutrition protéino-énergétique (MPE).</li> <li>Un apport énergétique adéquat (30-35 kcal/kg/jour) est recommandé (GRADE 2B).</li> <li>Un apport en protéines de 0,8 g/kg/jour est recommandé (GRADE 2B). Un apport protéique inférieur à 0,6 g/kg de poids corporel idéal/jour n'est pas recommandé en raison du risque de malnutrition protéique énergétique (GRADE 2B). Il est également préférable d'éviter un apport excessif en protéines (&gt; 1,3 g/kg de poids idéal par jour) (GRADE 2C).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le traitement diététique doit être adapté aux besoins du patient, à son état nutritionnel et à ses comorbidités (GPP).</li> <li>Un apport énergétique adéquat (30-35 kcal/kg/jour) est recommandé (GRADE 2B).</li> <li>Un apport en protéines de 0,8 g/kg/jour est recommandé (GRADE 2B). Un apport protéique inférieur à 0,6 g/kg de poids corporel idéal/jour n'est pas recommandé en raison du risque de malnutrition protéique énergétique (GRADE 2B). Il est également préférable d'éviter un apport excessif en protéines (&gt; 1,3 g/kg de poids idéal par jour) (GRADE 2C).</li> </ul>
<b>Sel, potassium, phosphate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une consommation de sel de maximum 5 grammes de sel (= 2000 mg de sodium) par jour est recommandée (GRADE 1C).</li> <li>Conseils diététiques (par un diététicien diplômé) concernant l'apport en phosphates adaptés au laboratoire (GRADE 1B). Une restriction alimentaire en phosphate est recommandée si le taux de phosphate sérique est trop élevé (GRADE 1B). Il est recommandé de tenir compte de la biodisponibilité de la source de phosphate (animale, végétale, additifs) lors de conseils diététiques (GPP).</li> <li>Conseils diététiques (par un diététicien) concernant l'apport en potassium, adaptés aux valeurs de laboratoire (GRADE 1B). Un ajustement de l'apport en potassium alimentaire est recommandé pour maintenir le potassium sérique dans les valeurs normales (GPP).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une consommation de sel de maximum 5 grammes de sel (= 2000 mg de sodium) par jour est recommandée (GRADE 1C).</li> <li>Conseils diététiques (par un diététicien diplômé) concernant l'apport en phosphates adaptés au laboratoire (GRADE 1B). Une restriction alimentaire en phosphate est recommandée si le taux de phosphate sérique est trop élevé (GRADE 1B). Il est recommandé de tenir compte de la biodisponibilité de la source de phosphate (animale, végétale, additifs) lors de conseils diététiques (GPP).</li> <li>Conseils diététiques (par un diététicien) concernant l'apport en potassium, adaptés aux valeurs de laboratoire (GRADE 1B). Un ajustement de l'apport en potassium alimentaire est recommandé pour maintenir le potassium sérique dans les valeurs normales (GPP).</li> <li>Pour concevoir des interventions nutritionnelles efficaces, il est possible d'estimer les facteurs autres que l'apport nutritionnel (par exemple, la prise de médicaments, les connaissances, les croyances, les attitudes, le comportement, l'accès à la nutrition, la dépression, le fonctionnement cognitif) (GPP).</li> </ul>
<b>Autogestion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le diététicien soutient l'autogestion des patients (GPP).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le diététicien soutient l'autogestion des patients (GPP).</li> </ul>

## 2.2 ETAPE 2 : ANALYSE DU CONTEXTE



## 2. ANALYSE DU CONTEXTE

### 2.2.1 Identifier et prioriser les obstacles et les facilitateurs

Tout d'abord, une analyse documentaire a été réalisée. Ensuite, les parties prenantes ont rempli un questionnaire individuel dans lequel elles ont pu formuler des obstacles et des facilitateurs pour les recommandations sélectionnées. En outre, tous les obstacles et les facilitateurs ont été classés en fonction de l'écart entre le savoir et le faire, de l'importance et de l'adaptabilité. Le questionnaire a été suivi d'une session de groupe au cours de laquelle les obstacles et les facilitateurs les plus importants ont été discutés et finalisés.

#### Termes de recherche

Base de données	Terme de recherche	Résultats
Google Scholar 2017-2021 2015-2021	"patients souffrant d'insuffisance rénale chronique" ET "obstacles".	81
PubMed	"maladie rénale chronique" ET "barrières" ET "diététicienne".	547
TRIP	"maladie rénale chronique" ET "diététicien" ET "barrières".	2
Google	"maladie rénale chronique" ET "diététicienne".	24
Google	"maladie rénale chronique" ET "diététicien" ET "barrières".	2
Google	Barrière de diététiciens IRC barrières directives IRC diététicien barrières directives CKD diététicien obstacles à la mise en œuvre des lignes directrices diététicienne CKD	

#### Résultats

##### Revue de la littérature

La littérature décrit principalement les obstacles au niveau des médecins généralistes et des patients, tandis que les informations sont rares chez les diététiciens. Un grand nombre d'obstacles et de facilitateurs ayant fait l'objet d'un fort consensus de la part de différents prestataires de soins de santé ont été découverts, grâce à un rapport de Domus Medica. Ce rapport de (*Quality chronic care in Flanders : barriers and facilitators, 2015*) avec 1300 participants a donné un consensus fort ou très fort sur 63 obstacles et 39 facilitateurs aux soins chroniques de qualité. Les participants étaient composés de 30% de médecins généralistes, 15% de pharmaciens, 30% d'infirmières, 15% de physiothérapeutes, 10% d'autres prestataires de soins de santé (diététiciens, psychologues,...).

Les obstacles se situent à différents niveaux : tout d'abord, un certain nombre d'obstacles ont été constatés en ce qui concerne les directives cliniques. Les recommandations sont souvent considérées comme **non applicables dans la pratique** et doivent être **évaluées individuellement**. Par conséquent, ils ne s'appliquent pas toujours à tous les patients. L'absence de guide de pratique uniformes complique également l'uniformisation des traitements entre les disciplines.

Deuxièmement, les **connaissances et les compétences** semblent constituer un obstacle majeur : tant les connaissances sur l'existence que le contenu de la ligne directrice. La **pratique fondée sur les preuves** est également insuffisamment connue des diététiciens. Comme peu de patients sont orientés vers le diététicien de soins primaires, les **compétences en matière de gestion nutritionnelle de l'insuffisance rénale chronique** sont également **limitées**. Les navigations sont donc essentielles et sont souvent insuffisamment alignées sur les soins chroniques et la collaboration multidisciplinaire. Les ressources financières limitées pour l'éducation et le suivi jouent également un rôle. En outre, les prestataires de soins de santé se concentrent souvent sur la gestion de leur propre pratique et se préoccupent moins de l'image plus large des soins de santé et du contexte social, ce qui peut créer une **résistance au changement**.

Le manque de temps est indiqué comme un obstacle majeur global et il existe peu d'outils pour appliquer les recommandations dans la pratique. Par exemple, les diététiciens ne disposent pas de systèmes standard pour partager les données administratives avec les autres disciplines. À cela s'ajoute le coût de ces logiciels, qui complique également la situation.

Au niveau multidisciplinaire, la répartition des tâches et des compétences des différents groupes professionnels manque de clarté. En outre, il existe également un système d'orientation inefficace entre le médecin et le diététicien, et il n'y a pas de continuité des soins lors de la transition entre les soins primaires et l'hôpital et vice versa. Les trajets de soins sont également très administratifs et les prestataires de soins ne sont pas suffisamment impliqués dans le développement des trajets de soins. Enfin, il manque des paiements à la performance pour l'amélioration de la qualité des soins chroniques, comme la consultation, la planification, le travail en équipe,... Il n'existe pas non plus encore de système d'accréditation pour les diététiciens (Bollaerts, 2020 ; Burnier & Fougue, 2020 ; Coulter & Ellins, 2007 ; Hall-McMahon & Campbell, 2012 ; Narya, Norton & Boulware, 2016, Tam-Tham et al., 2016).

Les obstacles et les facilitateurs trouvés ont été compilés dans le questionnaire 1 (annexe 3) et divisés selon les niveaux suivants : directive clinique, professionnel individuel, patient, contexte social, contexte organisationnel, contexte économique et politique. Pour la session de groupe, elles ont ensuite été compilées en fonction du thème des recommandations et par recommandation elle-même.

## 2. ANALYSE DU CONTEXTE

### Traitement dans le questionnaire

Dans le premier questionnaire, les barrières ont été complétées par les experts. Cela a permis de mieux comprendre les obstacles existants, qui ont donc été réinterrogés dans le deuxième questionnaire. Le tableau 3 montre les obstacles par thème de recommandation pour le **groupe de parties prenantes flamandes**.

RECOMMANDATION THÉMATIQUE	BARRIÈRE	
	TRÈS CHANGEANT	MODÉRÉMENT VARIABLE
<b>Collaboration avec le médecin, les professionnels de la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de prescription diététique claire, peu de communication entre le médecin et le diététicien 1ère ligne</li> <li>• L'absence d'accords sur les tâches et de division du travail conduit davantage à la concurrence qu'à la coopération.</li> <li>• Nécessité d'une formation adéquate des médecins généralistes sur le trajet de soins et l'objectif de la consultation diététique.</li> <li>• Le manque d'uniformité dans le fonctionnement rend difficile le changement.</li> <li>• Manque d'accès aux dossiers médicaux des patients et à leur interprétation correcte</li> <li>• Absence de plateforme commune</li> <li>• Dans le cas des soins chroniques, les "soins et le bien-être" forment une seule et même entité. Dans la pratique, ils fonctionnent séparément les uns des autres : la clarté des responsabilités est insuffisante.</li> <li>• Pas ou pas de bonne coopération avec les diététiciens de deuxième ligne</li> <li>• Peu de renvois des médecins généralistes/néphrologues vers les soins primaires</li> <li>• Les prestataires de soins de santé de différentes disciplines ne se connaissent pas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les prestataires de soins de santé ne considèrent que leur propre expertise</li> <li>• Résistance à l'abandon d'une indépendance totale dans la prise de décisions/les conseils.</li> <li>• Manque de clarté sur ce qu'est le "dossier patient partagé".</li> <li>• Insuffisance de l'accessibilité, de la collaboration ou de la consultation d'un diététicien spécialisé en néphrologie.</li> <li>• Système d'aiguillage inefficace entre le médecin et le diététicien</li> <li>• Conseils diététiques erronés ou trop restrictifs donnés par le médecin, entraînant une malnutrition.</li> </ul>
<b>Énergie et protéines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de connaissance de l'outil utilisé (malnutrition protéino-énergétique)</li> <li>• Nécessité de clarifier l'outil de dépistage</li> <li>• Manque de confiance pour donner des conseils à un patient IRC, de nombreux diététiciens de soins primaires "ne se lancent pas" et renvoient les patients vers d'autres services.</li> <li>• Manque de connaissance de l'existence de la directive</li> <li>• Manque de connaissances sur le contenu des lignes directrices</li> <li>• Manque de vigilance et d'attention pour appliquer les directives de manière cohérente.</li> <li>• Manque de temps (lecture de la ligne directrice)</li> <li>• Manque de temps (suivre les recommandations)</li> <li>• Manque de temps (pour donner tous les conseils au patient lors d'une seule consultation)</li> <li>• La pratique fondée sur des données probantes est insuffisamment connue des diététiciens</li> <li>• Orientation insuffisante du médecin vers le diététicien</li> <li>• Organisation insuffisante de la formation professionnelle des diététiciens de première ligne/incitation financière insuffisante pour suivre ce type de formation.</li> <li>• Ressources financières limitées pour l'éducation/navigations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compétences limitées en matière de gestion nutritionnelle de l'IRC par le diététicien de soins primaires.</li> <li>• Exigences contradictoires des recommandations en raison des comorbidités des patients : la guide de pratique clinique sur l'alimentation apporte de la clarté à ce sujet.</li> </ul>

## 2. ANALYSE DU CONTEXTE

RECOMMANDATION THÉMATIQUE	BARRIÈRE	
	TRÈS CHANGEANT	MODÉRÉMENT VARIABLE
<b>Sel, phosphore, potassium</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compétences limitées en matière de gestion nutritionnelle de l'IRC par le diététicien de soins primaires.</li> <li>• Compétences limitées en matière d'entretien de motivation</li> <li>• Manque de compréhension des valeurs sanguines (ou de l'interprétation des analyses d'urine sur 24h)</li> <li>• Manque de compréhension des antécédents médicaux</li> <li>• Manque de clarté sur les restrictions alimentaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compétences limitées en matière de formation des professionnels de la santé</li> <li>• Manque de confiance pour donner des conseils à un patient IRC, de nombreux diététiciens de soins primaires "ne se lancent pas" et renvoient les patients vers d'autres services.</li> <li>• Exigences contradictoires des recommandations en raison des comorbidités des patients</li> <li>• Les soignants n'ont pas assez de temps pour apporter leur soutien.</li> </ul>
<b>Autogestion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le concept de "responsabilisation du patient" n'est pas établi parmi les prestataires de soins de santé</li> <li>• Les prestataires de soins de santé ne sont pas assez centrés sur le patient</li> <li>• Trop de patients ne peuvent pas ou ne veulent pas encore se joindre à la démarche d'autonomisation des patients.</li> <li>• Compétences limitées en matière de formation des professionnels de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les prestataires de soins de santé n'ont pas assez de temps pour soutenir l'autogestion.</li> </ul>

## 2. ANALYSE DU CONTEXTE

### Traitement dans le questionnaire

Le tableau 4 montre les obstacles par thème de recommandation pour le **groupe de parties prenantes wallonnes**.

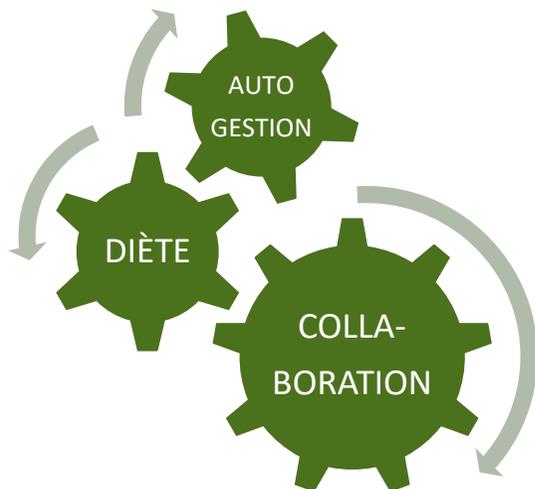
RECOMMANDATION THÉMATIQUE	BARRIÈRE
<b>Collaboration</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissance insuffisante du concept de "soins planifiés" : reconnaître les besoins et les objectifs en matière de soins, élaborer un plan de soins et savoir comment y répondre.</li> <li>• Peu d'orientations de la part des médecins généralistes/néphrologues vers des diététiciens de soins primaires.</li> <li>• Manque de connaissance de l'existence de la guide de pratique clinique</li> <li>• Manque de connaissances sur le contenu des guides de pratique clinique</li> <li>• Remboursement limité pour les consultations diététiques</li> <li>• Ressources financières limitées pour l'éducation/navigations</li> <li>• Absence de remboursement des compléments alimentaires oraux</li> <li>• Manque de coordination avec le médecin généraliste</li> <li>• Manque de retour d'information de la part des médecins sur les compétences des diététiciens (ce sont eux qui examinent en premier lieu les résultats biologiques (et autres) des patients qui peuvent être traités).</li> <li>• Absence d'une vue d'ensemble adéquate de l'ensemble du contexte sanitaire et social</li> <li>• Absence de logiciel standardisé permettant de partager des informations avec d'autres disciplines</li> </ul>
<b>Ajustements au patient</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de formation spécifique dans le domaine de la néphrologie</li> <li>• Exigences contradictoires des recommandations en raison des comorbidités des patients : la directive sur l'alimentation apporte de la clarté à ce sujet.</li> <li>• Manque de connaissance de l'existence de la directive</li> <li>• Manque de connaissances sur le contenu des lignes directrices</li> <li>• Besoin d'outils pratiques pour appliquer la directive dans la pratique</li> <li>• Les recommandations sont souvent très générales, ce qui les rend parfois trop sévères pour le patient.</li> <li>• Manque d'accès des diététiciens indépendants aux résultats médicaux des patients (analyses de sang, antécédents médicaux)</li> <li>• Mobilité du patient (le patient peut-il faire les courses, cuisiner,...)</li> <li>• Manque de ressources financières : importance du trajet de soins pour faciliter l'accès aux consultations pour le plus grand nombre.</li> </ul>

## 2. ANALYSE DU CONTEXTE

RECOMMANDATION THÉMATIQUE	BARRIÈRE
<b>Énergie et protéines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de ressources financières, importance du trajet de soins pour faciliter l'accès du plus grand nombre aux consultations.</li> <li>• Manque de connaissance des technologies de l'information et de la communication, telles que les logiciels de nutrition, les dossiers électroniques, pour améliorer la qualité des soins.</li> <li>• Manque d'outils pour mettre en pratique les recommandations (manque d'outils pratiques)</li> <li>• Absence de remboursement des compléments alimentaires oraux</li> <li>• Manque de confiance dû à la complexité d'IRC</li> <li>• Manque d'informations sur les options de remboursement en général et pour les trajets de soins en particulier.</li> <li>• Remboursement limité de la consultation d'un diététicien</li> <li>• Le médecin n'oriente pas assez rapidement le patient vers le diététicien.</li> <li>• Résistance au changement</li> </ul>
<b>Sel, phosphore, potassium</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de connaissance de l'existence de la directive</li> <li>• Accès limité à des informations fiables sur l'IRC</li> <li>• Manque de formation spécifique en néphrologie</li> <li>• Manque d'échange d'informations et de connaissances pour aider d'autres diététiciens dans le besoin</li> <li>• Manque d'outils pour appliquer les recommandations dans la pratique (manque d'outils pratiques)</li> <li>• Résistance au changement</li> <li>• Faible connaissance de base des risques sanitaires de l'IRC</li> <li>• Importance des réunions des diététiciens avec les "référénts" IRC</li> </ul>
<b>Autogestion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le concept de "responsabilisation du patient" n'est pas établi parmi les prestataires de soins de santé</li> <li>• Manque de retour des patients sur les compétences des diététiciens</li> <li>• Méconnaissance du concept de "soins planifiés" : reconnaître les besoins et les objectifs en matière de soins, élaborer un plan de soins et savoir comment y répondre.</li> <li>• Manque de connaissance des technologies de l'information et de la communication, telles que les logiciels de nutrition, les dossiers électroniques, pour améliorer la qualité des soins.</li> <li>• Définition du rôle du coordinateur de soins (lien patient, diététicien, médecin traitant, infirmier, soutien familial)</li> <li>• Connaissances insuffisantes sur la manière de réduire l'apport en nutriments à restreindre.</li> </ul>

### *Sessions de groupes de barrières finales*

Au cours de la session de groupe, après avoir rempli les questionnaires, la sélection finale des obstacles et des facilitateurs a été discutée. La conclusion se situe à trois niveaux principaux parmi le **groupe de parties prenantes flamandes** :



### COLLABORATION

Il n'y a pas de dossier partagé et/ou de collecte centrale de données auxquels le diététicien et le médecin peuvent accéder. En outre, il y a trop peu d'orientations dans le trajet de soins, par le médecin vers le diététicien. Il n'y a pas d'habitude d'orienter, ce qui est nécessaire dans l'intérêt de la prévention. En outre, la lettre de recommandation n'est pas utilisée correctement ou est incomplètement remplie par le médecin lors de la recommandation (par exemple, les valeurs de laboratoire sont manquantes).

### DIÈTE

Les diététiciens de soins primaires manquent de compétences en matière de pratique fondée sur les preuves, ce qui rend difficile la connaissance, la recherche et l'application des guides de pratique clinique. Il faudrait mettre davantage l'accent sur les compétences en matière d'EBP pendant la formation et dans les futurs processus de mise en œuvre. En outre, il y a un manque de confiance en soi et de connaissances sur l'alimentation dans l'IRC. Une formation supplémentaire sur le sujet pourrait être utile à cet égard.

### AUTOGESTION

L'importance d'impliquer certaines parties pour le patient est soulevée : soins informels, membres de la famille, soutien familial,... Il n'est souvent pas facile d'impliquer tout le monde. Les patients vieillissent également, ce qui rend l'autogestion plus difficile. Parmi les suggestions qui peuvent aider, citons le fait de contacter vous-même les parties concernées, de fournir un livret de communication et de responsabiliser les proches du patient.

## 2. ANALYSE DU CONTEXTE

Au cours de la session de groupe, la sélection finale des obstacles et des facilitateurs a été discutée. Parmi le **groupe de parties prenantes wallonnes**, les principaux obstacles se situent dans les domaines suivants :

### L'ORIENTATION ET LA COMMUNICATION ENTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET DIÉTÉTICIEN

Il faut un changement dans la communication entre les médecins généralistes et les diététiciens en première ligne. Les diététiciens ne reçoivent souvent pas les informations dont ils ont besoin : pas de résultats sanguins, la question exacte du médecin, les priorités à fixer, ... Les médecins traitants ne reçoivent pas non plus d'informations de la part du diététicien, pas de compte rendu de la consultation, ... Il devrait donc y avoir une ordonnance informatisée que le médecin traitant peut facilement remplir et envoyer à la diététicienne. Il existe plusieurs programmes informatiques utilisés par les médecins traitants, mais pour les diététiciens, il y a un manque de dossiers et de programmes informatisés. À cet égard, la lettre de recommandation doit être standard dans le dossier médical. Le médecin devrait accorder une plus grande priorité au diététicien (par exemple, en cas de comorbidité). Il est recommandé d'encourager les échanges entre les prestataires de soins de santé au sujet des patients (diététicienne/infirmière coordinatrice/médecin traitant). Chaque professionnel a des connaissances différentes sur le patient. Il est suggéré d'utiliser le site Les diététiciens-ne-s pour établir une liste de diététiciens formés à l'IRC, car le généraliste ne sait pas à qui envoyer un patient.

### REMBOURSEMENT LIMITÉ

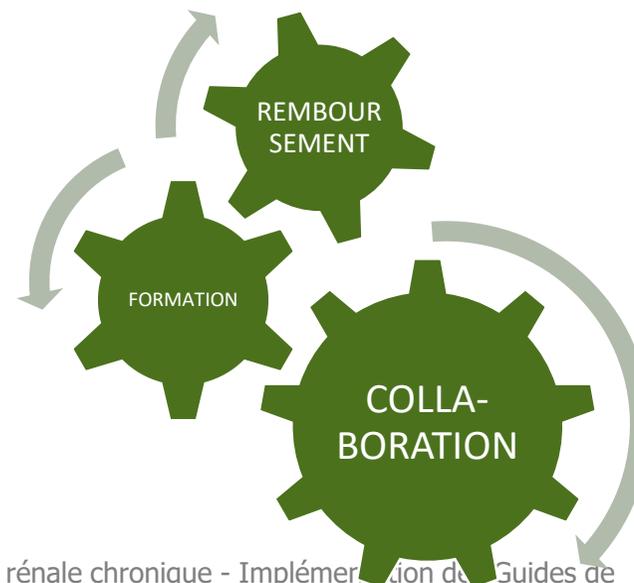
Les diététiciens ne veulent souvent pas conseiller les patients atteints d'IRC en raison d'un prix trop bas par consultation fixé par l'INAMI (l'Assurance soins de santé et indemnités). Le prix de la consultation est imposé dans le cadre du trajet de soins et n'est pas rentable pour le diététicien indépendant. Toujours pour le patient, seules deux consultations de 30 minutes par an sont remboursées pour le stade 3 de l'IRC. Certains patients ne veulent pas venir pour plus que ce que le trajet de soins prévoit. En outre, le prix des produits diététiques constitue également un obstacle supplémentaire pour les patients. Il est donc également important de répondre à la motivation du patient à se rendre chez le diététicien.

Cela dépend de la manière dont le régime est communiqué, par le médecin et comment la situation est présentée, car le régime est aussi important que les médicaments. Certains patients comprennent l'importance du régime de suivi. D'autres patients ne le comprennent pas et disent qu'ils savent ce qu'il faut faire ou ne veulent pas revenir à l'hôpital.

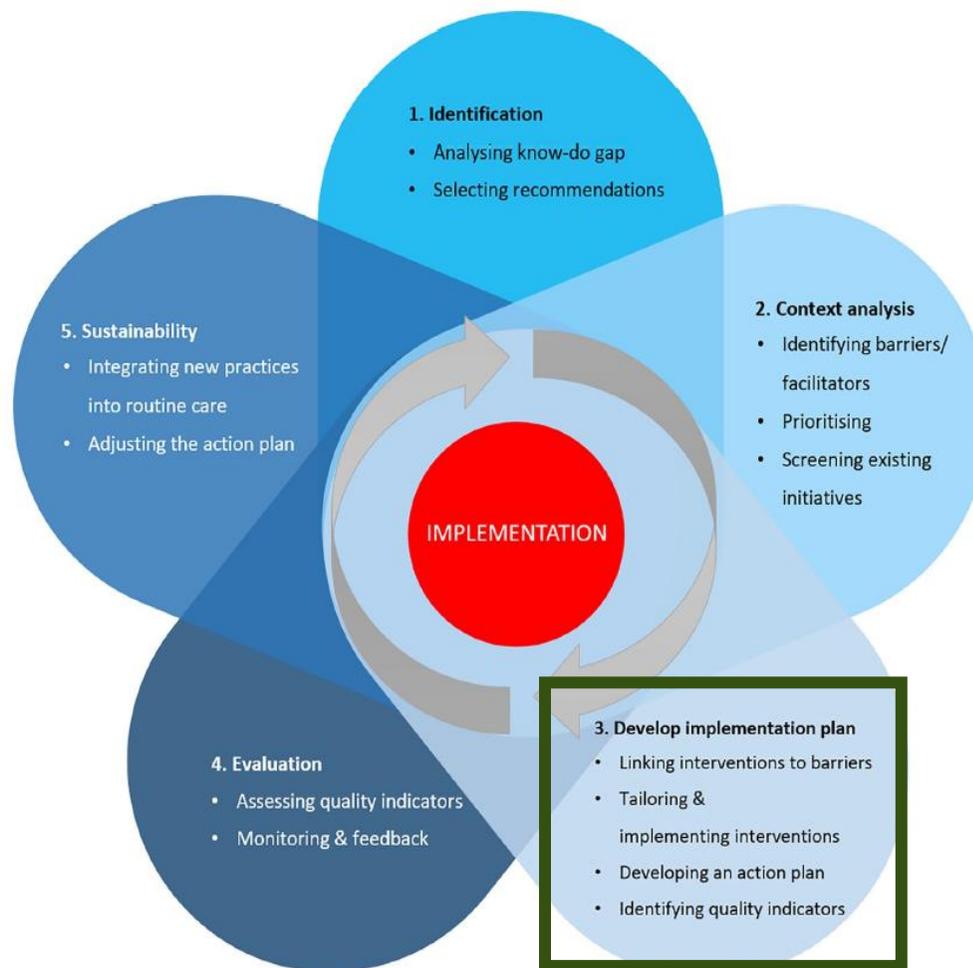
### LE MANQUE DE FORMATION

Les diététiciens sont souvent méfiants à l'égard du conseil aux patients IRC et ont besoin de plus de formation en cours d'emploi. Il y a un manque de formation sur la nutrition en néphrologie pour les diététiciens de première ligne. Les experts suggèrent que l'association professionnelle soit impliquée dans la rédaction de la formation et qu'une formation obligatoire soit inscrite dans l'arrêté royal.

Il est difficile pour les diététiciens de combiner différents conseils, et tous ne savent pas comment s'y prendre. Par exemple, la recommandation concernant les protéines n'est pas suffisamment claire et ne fait pas l'objet d'un consensus (la KDOQI recommande 0,6 g et la guide de pratique clinique d'UCLL 0,8). Ainsi, les recommandations varient souvent d'une guide de pratique clinique à l'autre, et l'opinion du néphrologue a également un impact.



## 2.3 ÉTAPE 3 : PLAN DE MISE EN OEUVRE



# 3. PLAN DE MISE EN ŒUVRE

## 2.3.1 Identifier les indicateurs de qualité (structure-processus-résultat) :

Dans un premier temps, une analyse documentaire des indicateurs de qualité existants pour l'insuffisance rénale chronique a été réalisée. Les indicateurs de qualité sont des mesures standardisées, fondées sur des données probantes, de la qualité des soins qui peuvent être utilisés pour mesurer et surveiller les performances et les résultats cliniques (Plessers et al., 2019). La méthodologie de l'Institut flamand pour la qualité des soins (VIKZ) a été suivie en utilisant la feuille de route de l'article de Plessers et al. (2019) :

Étape 1 : Rassembler le groupe de développement (groupe d'experts des parties prenantes)

Étape 2 : Cartographie de l'état actuel des connaissances scientifiques

Étape 3 : Sélection des indicateurs selon le consensus (session du groupe de parties prenantes)

Étape 4 : Établir des indicateurs

Étape 5 : Mesure pilote et évaluation de la faisabilité

Étape 6 : Évaluation critique des résultats

Étape 7 : Établir des rapports

Lors de la recherche d'indicateurs, les indicateurs de qualité pour l'insuffisance rénale chronique de la Belgique et des Pays-Bas ont été examinés en premier lieu. En outre, les indicateurs de qualité du Canada ont également été examinés, car de nombreux bons indicateurs sont disponibles pour ce pays.

### Critères d'inclusion

- Thème principal : l'insuffisance rénale chronique
- Indicateurs des pays ayant des systèmes de soins de santé similaires (par exemple, Pays-Bas, France, Canada)

### Critères d'exclusion

- Autres pathologies
- Indicateurs de pays ayant des systèmes de santé très différents (par exemple, les États-Unis)

Tout d'abord, tous les articles scientifiques dont le titre s'applique au sujet ont été examinés. La plupart des indicateurs ont été extraits de ces articles. En raison du petit nombre d'articles scientifiques sur les indicateurs de qualité dans l'insuffisance rénale chronique, les indicateurs clés ont été collectés dans chaque article approprié. Ces articles étaient toujours à jour et ne dataient pas de plus de 5 ans. Il n'y a pas eu de recherche spécifique à ce sujet, mais les indicateurs récemment rédigés seront plus en phase avec les soins actuels d'IRC.

Base de données	Terme de recherche	Résultats
Google Scholar	indicateurs de qualité insuffisance rénale chronique	97
	"indicateurs de qualité" ET "insuffisance rénale chronique".	45
	"indicateurs de qualité" AND "ckd"	1.610
	"indicateurs de qualité" AND "ckd" AND "dietitian"	52
PubMed	"indicateurs de qualité" AND "ckd"	56
	"indicateurs de qualité" AND "ckd" AND "dietitian"	0
	"indicateurs de qualité" AND "ckd" AND "nutrition"	1
	(indicateurs de qualité [titre]) ET (CKD [titre])	1
TRIP	"indicateurs de qualité" AND "ckd"	38

En outre, une thèse de maîtrise dont le titre correspond au terme recherché a également été examinée. Les indicateurs du programme ALD (Affections de longue durée) ont été extraits. Cependant, cette thèse date de 2010-2011, mais les indicateurs ont été décrits dans la première revue de la littérature en raison des informations étrangères qui peuvent être importantes pour la comparaison avec d'autres pays.

Aucun indicateur de qualité n'a été trouvé pour les diététiciens de soins primaires traitant l'IRC, mais des indicateurs ont été trouvés pour l'IRC et les médecins d'autres professionnels de santé). Des indicateurs liés à la nutrition ont également été relevés, principalement la malnutrition dans les centres de soins résidentiels. Après compilation dans un tableau, il a été possible de distinguer les indicateurs utiles de ceux qui le sont moins, par exemple en fonction du traitement nutritionnel des stades 3 et 4 de l'IRC. L'annexe 5 contient un aperçu de tous les indicateurs qui ont été collectés sur la base d'une analyse documentaire (étape 2 de la feuille de route de Plessers et al., 2019).

Après un cycle de feedback avec le CEBAM (les indicateurs sont-ils réalistes et mesurables ?), les indicateurs ont été compilés dans le troisième questionnaire pour les experts. Le troisième questionnaire portait sur les moyens de répondre aux obstacles sélectionnés et d'évaluer et de classer les indicateurs de qualité conformément aux recommandations des guides alimentaires sélectionnés. Pour ce faire, l'importance, la mesurabilité et le potentiel de mesure de la qualité des soins ont été notés. Les indicateurs suivants ont été évalués :

# 3. PLAN DE MISE EN ŒUVRE

1. Compte rendu des interventions/conseils effectués dans un rapport (enregistrement)
2. Rapport au médecin généraliste
3. Coordination entre le diététicien et le médecin généraliste
4. Présence/disponibilité d'une directive diététique actualisée sur la prise en charge des adultes atteints d'IRC de stade 3-4
5. Formation / perfectionnement / e-learning / tutorat autodidactique suivi
6. Pourcentage de patients atteints d'IRC de stade 3-4 ayant eu une consultation annuelle
7. Pourcentage de patients atteints d'IRC de stade 3-4 dont l'apport nutritionnel est surveillé et évalué.
8. Détermination de l'état nutritionnel lors de la consultation initiale
9. Le dossier de chaque patient comprend une évaluation du risque de malnutrition.
10. Type d'outil de dépistage de la malnutrition utilisé
11. Dépistage fréquent de la malnutrition
12. Avoir des instruments de mesure récemment étalonnés (balances, mètre à ruban, ...)
13. Chaque patient est pesé de manière standard lors de la première consultation.
14. La taille de chaque patient est mesurée de manière standard lors de la consultation initiale.
15. Pourcentage de patients atteints d'IRC de stade 3-4 dont l'appétit est surveillé et évalué
16. Pourcentage de patients atteints d'IRC de stade 3-4 dont l'anthropométrie est suivie et évaluée.
17. Pourcentage de patients au stade 3-4 de l'IRC dont la composition corporelle a été déterminée
18. Pourcentage de patients atteints d'IRC de stade 3-4 dont le régime alimentaire est contrôlé au moins tous les deux ans pour détecter le risque de malnutrition protéino-énergétique.
19. Le pourcentage de patients atteints d'IRC de stade 3-4 qui ont un bon état nutritionnel
20. Pourcentage de patients atteints d'IRC de stade 3-4 qui sont encouragés à atteindre/maintenir un poids santé (IMC 18,5 à 24,9 kg/m<sup>2</sup>)
21. Le pourcentage de patients atteints d'IRC de stade 3-4 qui ont un poids sain
22. Pourcentage de patients atteints d'IRC de stade 3-4 chez qui un apport énergétique adéquat (30-35 kcal/kg/jour) est recommandé.
23. Recommandation sur les protéines de la connaissance
24. Recommandation de sel de connaissance
25. Pourcentage de patients atteints d'IRC de stade 3-4 qui sont encouragés à prendre au maximum 5 grammes de sel par jour (si nécessaire en fonction des valeurs sanguines).
26. Recommandation sur les phosphates de connaissance
27. Pourcentage de patients présentant un stade 3-4 de l'IRC avec un taux de phosphate sérique excessif recevant des conseils diététiques concernant le phosphate.
28. Connaissance de la biodisponibilité de la source de phosphate
29. Pourcentage de patients atteints d'IRC de stade 3-4 avec un taux de phosphate sérique excessif encouragés à considérer la biodisponibilité de la source de phosphate.
30. Recommandation de potassium de connaissance
31. Pourcentage de patients atteints d'IRC de stade 3-4 avec un taux de potassium sérique excessif recevant des conseils diététiques concernant le potassium.
32. Pourcentage de patients atteints d'IRC de stade 3-4 dont les valeurs de laboratoire sont régulièrement contrôlées.
33. Être capable d'interpréter les valeurs sanguines
34. Normalisation/amélioration des valeurs de laboratoire influencées par le régime alimentaire
35. Nombre de diététiciens identifiant à quel stade du changement de comportement se trouve le patient
36. Utilisation de matériel d'éducation sanitaire
37. Brochure d'information disponible
38. Satisfaction des informations obtenues auprès du diététicien
39. Expérience de prise de décision partagée/négociation des soins par le patient

### 3. PLAN DE MISE EN ŒUVRE

L'annexe 6 contient le questionnaire complet. Les intervenants ont reçu les instructions suivantes :

#### *Partie 1 : Comment réagir aux obstacles ?*

Les deux tableaux ci-dessous résument les principaux obstacles sur lesquels nous nous concentrerons au cours du projet de mise en œuvre ultérieure. Pour chaque obstacle, nous avons mentionné comment nous pourrions y répondre. Si vous avez d'autres idées et suggestions, n'hésitez pas à les compléter dans la colonne.

#### *Partie 2 : Indicateurs de qualité*

Au cours de la prochaine étape du projet de mise en œuvre, une série d'indicateurs de qualité sera compilée. Les indicateurs de qualité sont des mesures standardisées de la qualité des soins, fondées sur des données probantes, qui peuvent être utilisées pour mesurer et surveiller les performances et les résultats cliniques. Ils peuvent être divisés en 3 catégories :

- Indicateurs structurels (fournissent des informations sur les conditions préalables et le contexte d'une organisation au sein de laquelle les soins sont fournis)
- Indicateurs de processus (donnent une indication sur le bon déroulement de certaines opérations)
- Indicateurs de résultats (fournissent des informations sur les résultats des soins mesurés au niveau du patient)

Sur la base d'une revue de la littérature, nous avons fait un tour d'horizon des indicateurs de qualité pour mesurer et améliorer la qualité des soins liés aux IRC chez les diététiciens de soins primaires. Nous vous demandons d'attribuer à chaque indicateur une note de 1 à 9 sur 3 paramètres :

- Importance : Dans quelle mesure est-il important que cet indicateur de qualité s'améliore ?
- Possibilité de mesurer la qualité des soins : Cet indicateur reflète-t-il la qualité des soins ? L'indicateur est-il utilisable ?
- Mesurabilité : cet indicateur peut-il être mesuré de manière suffisamment objective, et est-ce faisable ?

Si vous ne pouvez pas noter un indicateur/paramètre, vous pouvez mentionner X. Nous avons trié les indicateurs de qualité par groupe de recommandations (coopération ; régime alimentaire ; malnutrition, énergie et protéines ; vitamines et minéraux ; autogestion). Pour chaque indicateur de qualité, nous avons mentionné les moyens possibles de le mesurer. Si vous avez des suggestions, n'hésitez pas à les compléter.

## Session de groupe 2 - Flamand

Presque tous les indicateurs ont été perçus comme étant assez ou très importants. La plupart des indicateurs ont fait l'objet d'un consensus, mais leur mesurabilité a souvent été plus difficile. Par exemple, les recommandations concernant le sel, le potassium et le phosphore sont difficiles à mesurer. Si l'on enregistrait davantage de données, les indicateurs deviendraient plus mesurables, selon les experts. Il n'existe pas de système de référence, mais il est tout de même important pour les diététiciens de s'enregistrer. Il est donc nécessaire de formuler des questions appropriées pour vérifier l'alignement entre le diététicien et le généraliste. Pour suivre la formation et la connaissance des guides de pratique cliniques, l'accréditation des diététiciens est importante. Les diététiciens doivent se tenir à jour en matière de formation continue.

Les indicateurs relatifs au dépistage n'ont pas été retenus car, par exemple, la pesée standard des patients a été considérée comme moins importante. Pour les indicateurs relatifs aux recommandations alimentaires, les connaissances et les attitudes concernant certaines recommandations seront sondées. Il existe un consensus sur l'importance de la connaissance des protéines, du sel, du potassium et du phosphore.

Sur la base de la discussion de groupe, il a été décidé d'inclure les indicateurs de qualité suivants dans le questionnaire destiné aux diététiciens flamands. Une fiche a été préparée pour chaque indicateur, qui se trouve à l'annexe 7. Une fois de plus, le groupe de parties prenantes a donné un feedback final. Ces feuilles contiennent également les questions par indicateur qui ont été incluses dans le questionnaire d'évaluation pour les diététiciens. Les valeurs cibles de chaque indicateur ont été déterminées lors de la session de groupe.

Indicateurs de structure	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compte rendu des interventions/conseils effectués dans un rapport (enregistrement)</li><li>• Rapport au médecin généraliste</li><li>• Coordination entre le diététicien et le médecin généraliste</li><li>• (Connaissance de) la présence/disponibilité d'une directive diététique actualisée sur le traitement des adultes atteints d'IRC stade 3-4</li><li>• Formation de suivi sur le traitement des adultes atteints d'IRC de stade 3-4</li><li>• Perception de la connaissance des recommandations diététiques</li><li>• Perception des compétences en matière d'application des recommandations diététiques</li><li>• Utilisation des informations sur les patients</li><li>• Utilisation de matériel éducatif</li></ul>
Indicateurs de processus	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estimation du risque de malnutrition protéino-énergétique</li><li>• Recommander un apport énergétique adéquat (30-35 kcal/kg/jour)</li><li>• Application de recommandations pratiques en matière de régime alimentaire</li><li>• Nombre de diététiciens engageant une conversation sur la motivation des patients</li></ul>

## Session de groupe 2 - Wallonie

### *Différences avec les indicateurs flamands*

Les experts francophones ont ajouté à la liste deux indicateurs liés à la prise en compte du patient, à savoir :

- Prise en compte d'autres facteurs chez le patient (médicaments, dépression,...)
- S'adapter aux besoins des patients

En outre, les options de réponse du questionnaire en français ont été ajustées afin de questionner les indicateurs de manière plus réaliste. Certaines valeurs cibles diffèrent donc entre les indicateurs flamands et wallons.

Sur la base de la discussion de groupe, il a été décidé d'inclure les indicateurs de qualité suivants (tableau 6) dans le questionnaire destiné aux diététiciens wallons. Une fiche a été préparée pour chaque indicateur, qui se trouve à l'annexe 8. Ces feuilles contiennent également les questions par indicateur qui ont été incluses dans le questionnaire d'évaluation pour les diététiciens. Ces feuilles contiennent également les questions par indicateur qui ont été incluses dans le questionnaire d'évaluation pour les diététiciens. Les valeurs cibles de chaque indicateur ont été déterminées lors de la session de groupe.

Indicateurs de structure	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compte rendu des interventions/conseils effectués dans un rapport (enregistrement)</li><li>• Rapport au médecin généraliste</li><li>• Coordination entre le diététicien et le médecin généraliste</li><li>• (Connaissance de) la présence/disponibilité d'une directive diététique actualisée sur le traitement des adultes atteints d'IRC stade 3-4</li><li>• Formation de suivi sur le traitement des adultes atteints d'IRC de stade 3-4</li><li>• Perception des compétences en matière d'application des recommandations diététiques</li><li>• Utilisation des informations sur les patients</li><li>• Utilisation de matériel éducatif</li></ul>
Indicateurs de processus	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estimation du risque de malnutrition protéino-énergétique</li><li>• Recommander un apport énergétique adéquat (30-35 kcal/kg/jour)</li><li>• Application de recommandations pratiques en matière de régime alimentaire</li><li>• Nombre de diététiciens engageant la conversation sur la motivation du patient</li><li>• Prise en compte d'autres facteurs chez le patient (médicaments, dépression,...)</li><li>• S'adapter aux besoins des patients</li></ul>

# 3. PLAN DE MISE EN ŒUVRE

## Fiches d'indicateurs finaux

Comme quatrième étape du processus, des fiches d'indicateurs ont été compilées avec des caractéristiques : une définition et une explication, le type d'indicateur et la manière de poser les questions dans le questionnaire pour les diététiciens. Une valeur cible a été fixée avec les groupes de parties prenantes pour chaque indicateur. Les données relatives aux indicateurs ont ensuite été mesurées et recueillies auprès des diététiciens dans trois questionnaires différents (voir section 4 Évaluation). Les indicateurs ont été testés auprès d'étudiants en dernière année de nutrition et de diététique. La figure 1 montre un exemple de fiche d'indicateur. Toutes les fiches se trouvent dans les annexes 7 et 8.

### 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

## Stratégies de mise en œuvre

Pour mettre en pratique les recommandations sélectionnées et surmonter les obstacles, il faut choisir des stratégies de mise en œuvre. Les stratégies ont été définies dans la demande de projet et consistent en :

- 1) Publication et diffusion de la directive
- 2) Sessions de réflexion en groupe avec retour d'information
- 3) Plan d'amélioration personnalisé
- 4) Session multidisciplinaire avec des médecins généralistes et des diététiciens : Un scénario a été élaboré à cet effet en collaboration avec Lot 1. Cette session est examinée en détail dans un suivant chapitre.

# 3. PLAN DE MISE EN ŒUVRE

## 1) Publication et diffusion de la guide de pratique clinique

Pour faire connaître la GDP diététique, la GDP multidisciplinaire et la GDP nationale ont été présentées dans le cadre de diverses initiatives. Le 28/11/2019, elles ont été présentées lors du symposium d'automne " Le rein en visière " du VBVD, ainsi que le processus d'élaboration des GDP. La GDP diététique a été validée par le CEBAM en juin 2020. En outre, les GDP ont également été diffusées par différents canaux des associations professionnelles de diététiciens en Flandre et en Wallonie, par exemple par le biais de bulletins d'information et de la foire aux diététiciens du 15/02/2020. Le Journal of Nutrition and Dietetics de l'Association professionnelle flamande des diététiciens a publié un article sur la GDP et un appel pour le projet de mise en œuvre dans l'édition de septembre-octobre 2020. Un article en français sur la ligne directrice a également été publié dans la revue de l'association professionnelle Les diététicien-ne-s.

La GDP sur les points de soins est accessible en néerlandais et en français via Ebpracticenet à l'adresse [www.ebpracticenet.be](http://www.ebpracticenet.be). Le guide complet peut être consulté en néerlandais et en français sur [voeding.ucll.be](http://voeding.ucll.be).



Actualités

Evidence-based practice (EBP)

### Guide de pratique clinique pour le traitement diététique des adultes souffrant d'insuffisance rénale chronique aux stades III et IV

Verbeyst L. (1), Wuyts M. (1), Vignoble M. (2), Vanhauwaert E. (1) | 09/02/2021

<sup>1</sup> Centre d'expertise en innovation dans le domaine de la santé, UC Leuven-Limburg  
<sup>2</sup> Cliniques Universitaires St Luc Bruxelles

#### Résumé

Les diététiciens de première et de deuxième lignes jouent un rôle important dans le traitement des adultes atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC) aux stades 3 et 4. Actuellement, peu de conseils diététiques sont donnés à ces patients en première ligne, en partie parce que les médecins généralistes n'adressent pas encore suffisamment de patients à un diététicien (dans le cadre du trajet de soins en IRC).

Il est important que les diététiciens agissent conformément aux principes de l'Evidence-based practice (EBP). Afin d'aider les diététiciens de première ligne à guider leurs patients en fonction des dernières preuves scientifiques, l'UCLL a élaboré un guide de pratique clinique pour les adultes atteints d'IRC aux stades 3 et 4. Il est important que le diététicien prenne également en compte les autres piliers de l'EBP, l'expertise professionnelle et les préférences du patient, lorsqu'il donne des conseils.

Le guide de pratique clinique a été élaboré selon une méthode scientifique (la procédure ADAPTE). En juin 2020, il a été validé par le CEBAM (Centre belge pour la médecine factuelle). Il est disponible comme sources de point-of-care en français et en néerlandais à l'adresse [www.ebpracticenet.be](http://www.ebpracticenet.be) et en version complète aux adresses <http://voeding.ucll.be> et [www.lesdietericiens.be](http://www.lesdietericiens.be). Le guide de pratique clinique a été inclus dans un projet global lancé en juin 2020. Les diététiciens de première ligne sont invités à participer à des séances de réflexion en groupe.

#### 1. Introduction

Le traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) aux stades 3 et 4 (pré-dialyse) nécessite une approche multidisciplinaire. Les diététiciens de première et de deuxième lignes ont un rôle important à jouer à cet égard. Les tâches du diététicien consistent à donner des conseils diététiques prescrits par le médecin généraliste/néphrologue, à surveiller et à soutenir l'autogestion du patient, à surveiller le poids et à donner des conseils pour atteindre/maintenir un poids sain. L'objectif du traitement diététique est de contrer le déclin de la fonction rénale, de traiter les complications et de contrôler le risque cardiovasculaire du patient (1).

Dans le cadre des soins de première ligne, les diététiciens devraient être davantage impliqués dans la supervision des patients atteints d'IRC de stade 3 et 4. L'enquête de Vansant et al. (2016) montre que tant les médecins généralistes que les médecins généralistes estiment que les médecins généralistes n'orientent pas suffisamment les patients atteints d'IRC (dans le cadre du trajet de soins) vers un diététicien. 76 % des médecins généralistes orientent parfois ou jamais les patients atteints d'IRC vers un diététicien (2).

Afin d'aider les diététiciens de première ligne à conseiller les patients atteints d'IRC, l'UCLL a élaboré un guide de pratique clinique pour les adultes atteints d'IRC de stade 3 et 4. Ce guide s'ajoute à la ligne directrice multidisciplinaire existante sur l'IRC du groupe de travail « Development Guidelines Primary Line » (WOREL) de 2016.

#### 2. L'utilisation de la directive dans la pratique

En tant que diététicien, il est important de travailler sur la base de preuves. La pratique de l'action fondée sur des données probantes (evidence-based practice, EBP) associe les connaissances professionnelles et l'expertise pratique individuelle aux meilleures preuves disponibles issues de la recherche systématique. En outre, l'EBP prend également en compte les situations concrètes, les valeurs et les préférences des patients et les ressources disponibles. De cette façon, le diététicien et le patient parviennent à une prise de décision commune ou « prise de décision partagée ». En outre les facteurs contextuels (par exemple, les coûts, la disponibilité des ressources) affectent l'utilisation d'une directive (voir figure 1).



# 3. PLAN DE MISE EN ŒUVRE

## DÉVELOPPEMENT E-LEARNING

Sur la base de la GPC diététique, un e-learning a été développé dans le but de fournir des connaissances, des informations et des idées sur la gestion diététique de l'insuffisance rénale chronique de stade 3 et 4 chez les adultes, sur la base de la pratique fondée sur les preuves, afin d'assurer une gestion optimale des patients. L'e-learning est conçu pour les diététiciens, mais il est également utile pour d'autres prestataires de soins de santé. Deux diététiciens du groupe de travail flamand des diététiciens néphrologues ont participé à la rédaction de l'e-learning et ont donné leur avis sur le contenu. Ces diététiciens de deuxième ligne ont également participé à l'élaboration de la GPC.

L'e-learning a été distribué fin octobre 2021 et peut être consulté gratuitement à l'adresse suivante : <https://research-expertise.ucl.be/nl/navormingen/e-learning-voedingsbegeleiding-bij-chronische-nierinsufficiëntie-stadium-3-en-4-0>.

58 personnes se sont déjà inscrites, dont 24 sont en train de suivre l'e-learning en ligne et 15 ont terminé l'e-learning en ligne.

Les objectifs de l'e-learning sont les suivants :

1. Connaître et comprendre les objectifs du traitement diététique chez les patients atteints d'IRC de stade 3-4 et la nécessité d'un traitement diététique.
2. Connaître, comprendre et appliquer correctement dans la pratique le déroulement et les préoccupations du dépistage, de la composition corporelle et de l'histoire nutritionnelle des patients atteints d'IRC stade 3-4.
3. Connaître, comprendre et appliquer correctement dans la pratique les messages clés de la prise en charge nutritionnelle des patients atteints d'IRC de stade 3-4.
4. Connaître, comprendre et appliquer correctement dans la pratique les principaux messages relatifs au mode de vie des patients atteints d'IRC de stade 3-4.
5. Connaître, comprendre et appliquer correctement dans la pratique le rôle de l'autogestion dans la prise en charge nutritionnelle des patients atteints d'IRC stade 3-4.

Module	Objectif e-learning
Introduction : testez vos connaissances	L'insuffisance rénale chronique est-elle encore un territoire inconnu pour le diététicien ? Ou travaillent-ils beaucoup avec cette condition dans la pratique ? Avant qu'ils ne commencent la formation en ligne, il est utile de rafraîchir leurs connaissances actuelles, par l'évaluation de 5 affirmations, justes ou fausses, qui sont expliquées tout au long de l'e-learning.
1. Base	Connaître et comprendre la signification, le contexte et la classification de l'affection IRC.
2. Utilisation de la directive sur l'alimentation	En tant que diététicien, il est important de se baser sur des preuves. Cependant, il est parfois difficile de chercher, de trouver et d'interpréter des informations scientifiquement correctes. Dans ce module, le soignant apprend la pratique fondée sur les preuves avec les lignes directrices (de quoi s'agit-il et comment les utiliser) et l'interprétation des messages clés.
3. Rôle du diététicien	Ce module aborde le rôle du diététicien dans le traitement (nutritionnel) des IRC de stade 3 et 4. Connaître et comprendre les objectifs du traitement diététique chez les patients atteints de IRC de stade 3-4 et la nécessité d'un traitement diététique.
4. Dépistage, composition corporelle et antécédents nutritionnels	Connaître et comprendre le déroulement et les préoccupations du dépistage, de la composition corporelle et de l'histoire nutritionnelle des patients atteints d'IRC stade 3-4.
5. Nutrition	Connaître, comprendre et appliquer correctement dans la pratique les messages clés de la prise en charge nutritionnelle des patients atteints d'IRC de stade 3-4.
6. Mode de vie	Connaître, comprendre et appliquer correctement dans la pratique les principaux messages relatifs au mode de vie des patients atteints d'IRC de stade 3-4.
7. Autogestion	Reconnaître l'importance de l'autogestion dans la prise en charge nutritionnelle des patients atteints d'IRC stade 3-4.

# 3. PLAN DE MISE EN ŒUVRE

## 2) Sessions de réflexion en groupe

### Recrutement

Une invitation personnelle aux sessions de groupe a été distribuée via différents canaux tels que Facebook (groupe fermé pour les diététiciens), LinkedIn et l'Association professionnelle flamande des diététiciens (VBVD), Les diététiciens-ne-s, le groupe de travail Néphrologues Diététiciens Flandres et les zones de première ligne. L'article de publication du GPC dans le Tijdschrift voor Voeding en Diëtetiek (VBVD) et UPDLF a également lancé un appel à participer aux sessions de réflexion en groupe. L'objectif était d'organiser 10 sessions, dont 5 en Flandre, 3 en Wallonie et 2 dans la région de Bruxelles-Capitale. Cependant, en raison des mesures prises pour COVID-19, les sessions de groupe n'ont pas pu avoir lieu physiquement et ont dû être organisées en ligne comme alternative. Par conséquent, 10 sessions en ligne ont été organisées en Flandre, avec un minimum de quatre participants chacune. Elles se sont poursuivies en avril-mai 2021 et ont donné lieu à 38 inscriptions. En Wallonie, les sessions ont été organisées en octobre 2021. Il y a eu 23 inscriptions au total (12 à Bruxelles, 4 à Charleroi et 7 à Liège). Les sessions en Wallonie seront animées par Les Diététicien-ne-s, en Flandre par des chercheurs de l'UCLL.

### Exécuter

Le contenu de la session comprenait :

1. Tour d'introduction pour briser la glace
2. Discussion de cas sous la direction d'experts
3. Introduction des indicateurs
4. Elaboration d'un plan d'action individuel + discussion en groupe
5. Discuter des obstacles possibles
6. Uniquement en Flandre : partage du padlet avec les autres.

La structure des sessions wallonnes diffère de celle des sessions flamandes. La GPC étant encore moins connue en Wallonie, il a été décidé de donner d'abord une formation online sur la GPC ici, suivie d'une session de réflexion en groupe dans un lieu physique un autre jour. Les sessions wallonnes ne comportaient pas de padlet, alors que les sessions flamandes en comportaient un.

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/voeding-voeding-groepsessies-cni-voor-erstelijnsdiëtisten-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 groepsessie:

- 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 de 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.

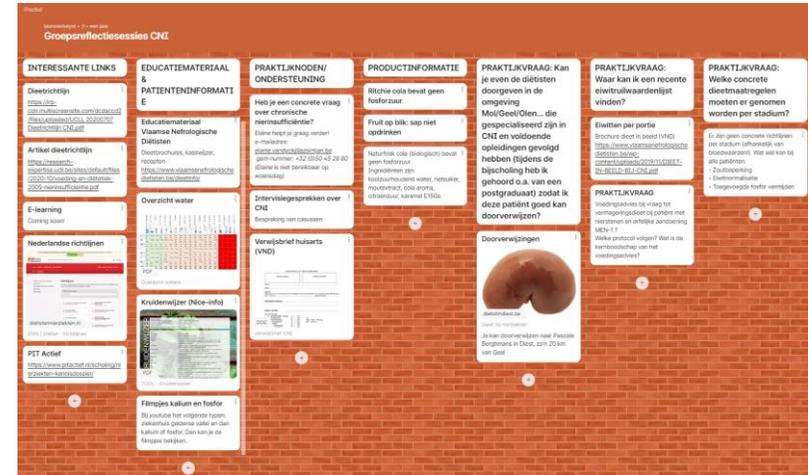
Inscription souhaitée avant le 8 septembre  
À bientôt?

# 3. PLAN DE MISE EN ŒUVRE

## 2) Sessions de réflexion en groupe

Pendant la session, les diététiciens ont reçu une formation pour apprendre et/ou rafraîchir la GPC sur l'IRC. Une réflexion sur leurs propres actions concernant l'IRC a ensuite été menée et les succès et les goulots d'étranglement ont été identifiés.

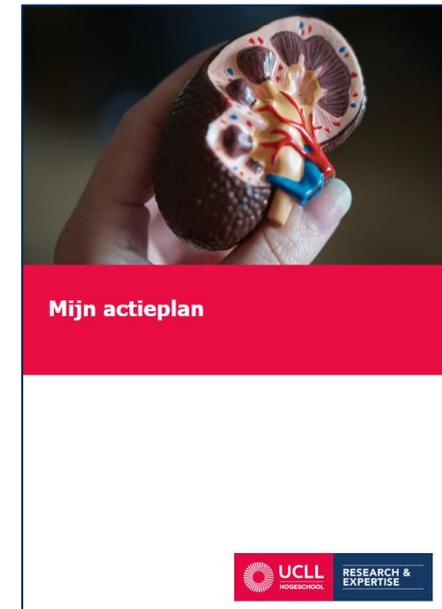
Deux diététiciens du groupe de travail flamand des diététiciens néphrologues ont présenté une étude de cas sur un patient atteint IRC. Cette discussion a été suivie d'une discussion sur le questionnaire relatif aux indicateurs de qualité que les participants ont rempli au préalable. Ils ont reçu un plan d'action personnel présentant leurs résultats, ainsi que la valeur cible pour chaque indicateur. Sur la base de leur auto-évaluation et de la réflexion du groupe, les diététiciens ont élaboré un plan d'amélioration sur place. Ils devaient noter par eux-mêmes s'ils voyaient des possibilités d'améliorer leur propre gestion de la pratique d'IRC. Le plan d'action comprenait des instructions pour formuler des objectifs SMART et des points d'action, ainsi que pour formuler les obstacles et prévoir un plan pour ceux-ci. En outre, les obstacles possibles à cette pratique ont été discutés en groupe, afin de s'apporter mutuellement des solutions possibles. De cette manière, le soutien nécessaire à la promotion de la qualité des soins peut être fourni.



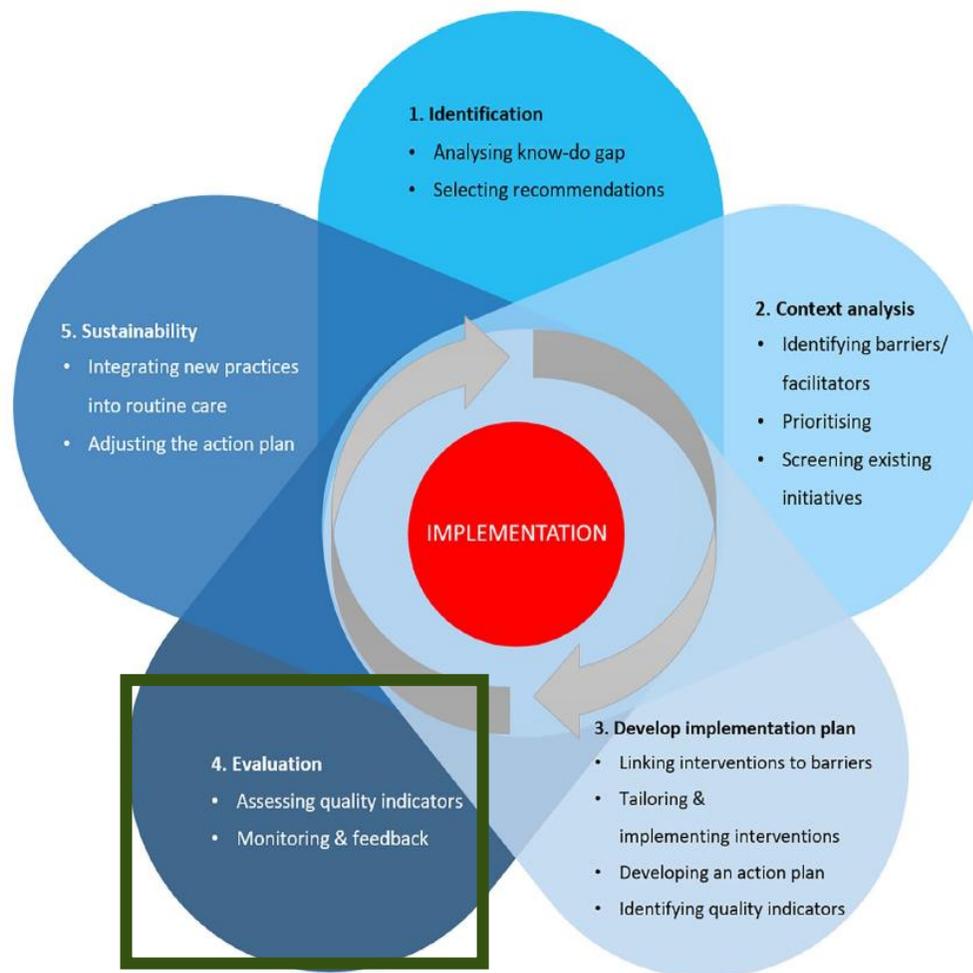
Le plan d'action se trouve à l'annexe 9. Il contient les sections suivantes :

- Vos résultats
- Formulation des objectifs
- Formuler des points d'action
- Livre de bord
- Soutien
- Notes sur le plan d'action

Après la réflexion du groupe, le padlet a été présenté par les chercheurs. Un padlet est un 'mur' online sur lequel n'importe qui peut poster un texte. Les diététiciens ont été invités à contribuer au padlet. Si quelqu'un ajoute quelque chose au padlet, tout le monde peut le voir immédiatement. Avant la session, le lien vers la GPC sur l'alimentation, l'article sur la GPC sur l'alimentation et le lien vers l'e-learning étaient déjà dans le padlet. Une catégorie de matériel éducatif a également été ajoutée, avec une référence aux brochures des diététiciens néphrologues flamands. Lors des sessions, des liens vers du matériel éducatif et des informations pour les patients ont été ajoutés (guide des plantes, vidéos Youtube,...). Après la session, l'objectif était de maintenir le padlet à jour et de permettre également de poser des questions pratiques. D'autres messages informatifs sur le traitement nutritionnel de l'IRC étaient également les bienvenus.



## 2.4 ÉTAPE 4 : ÉVALUATION



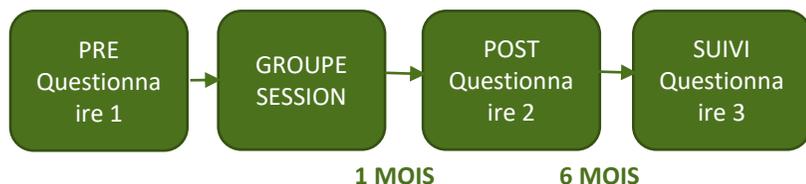
# 5 ÉTAPES POUR LA MISE EN ŒUVRE DES DIRECTIVES

## ÉTAPE 4 : Évaluation

### 2.4.1 Instruments de mesure

Les diététiciens participants ont rempli trois questionnaires pour mesurer les indicateurs de qualité. Avant le début de la session de groupe, les participants ont rempli un questionnaire d'auto-évaluation en ligne pour évaluer leur connaissance de la ligne directrice, des indicateurs de qualité et de leurs propres actions concernant l'IRC dans la pratique. Après un mois, ils ont rempli le questionnaire post-test avec une évaluation de la session de groupe et une évaluation de l'amélioration possible de leurs propres actions autour d'IRC. Pour vérifier si le plan d'amélioration avait été mis en œuvre ou non, les diététiciens ont été recontactés après 6 mois et il leur a été demandé de remplir à nouveau ce court questionnaire online.

Ce chapitre présente et compare les résultats des différents questionnaires, tant pour les sessions flamandes que wallonnes. Il existe également une analyse comparative entre les résultats flamands et wallons.



### 2.4.2 Analyse des indicateurs de qualité : questionnaires (NL)

### 2.4.3 Analyse des indicateurs de qualité : questionnaires (FR)

### 2.4.4 Analyse des sessions de groupe

### 2.4.5 Comparaison des résultats flamands et wallons

- I. Indicateurs de qualité
- II. Conduite de la session de groupe
- III. Obstacles et facilitateurs

## 2.4.2 Analyse des indicateurs de qualité : questionnaires (NL)

### Nombre de participants

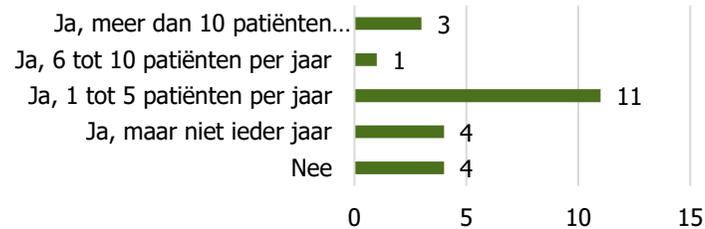
Tous les participants n'ont pas rempli le questionnaire avant, après et après le suivi. De plus, les mêmes questions n'ont pas été posées à tous les participants (déjà un conseil IRC versus pas de conseil IRC). Il faut en tenir compte dans l'interprétation.

Nombre de participants	N	Dont diététiciens supervisant les patients IRC	Dont diététiciens ne conseillant pas les patients IRC
PRE et POST	23	19	4
SUIVI	11	9	2

## 1. Conseil aux patients IRC

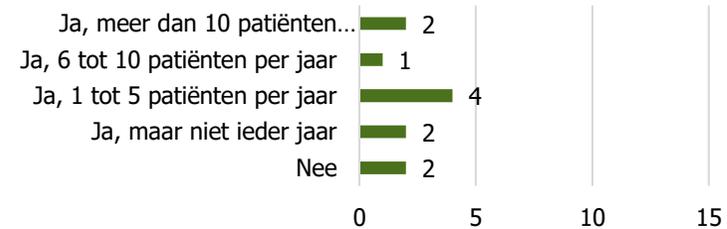
Tant les diététiciens qui n'avaient pas encore supervisé de patients IRC (n = 4) que les diététiciens qui l'avaient déjà fait (n = 19) ont participé à la session. Dans le questionnaire de suivi, cette question a été posée à nouveau : tous les diététiciens ne supervisent pas les patients IRC entre-temps, mais dans l'ensemble, ils semblent prévoir de traiter potentiellement plus de patients IRC dans les soins primaires.

Prenez-vous déjà en charge des patients atteints d' IRC dans la première ligne ?



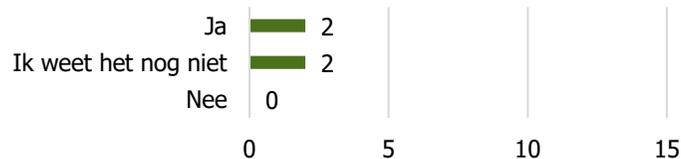
Graphique 1 : PRE – prendre en charge des patients IRC

Prenez-vous déjà en charge des patients atteints d'IRC dans la première ligne ?



Graphique 2 : SUIVI - prendre en charge des patients IRC

Envisagez-vous de traiter (davantage) de patients atteints d'IRC stade 3-4 dans la première ligne ?

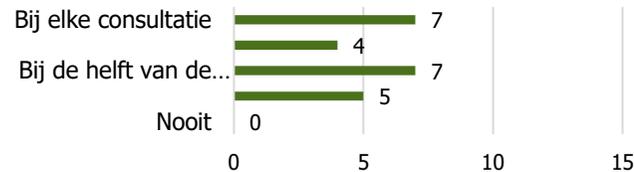


Graphique 3 : SUIVI - prendre en charge des patients IRC

## 2. Rapport d'une consultation

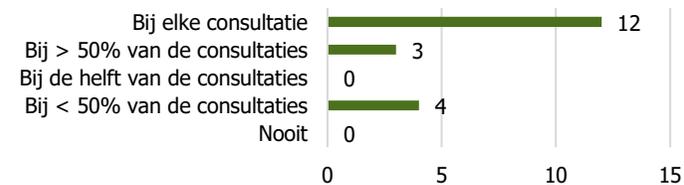
La majorité des diététiciens établissent des rapports réguliers de consultations, tant générales qu'avec un patient atteint d'IRC. Après la session de groupe, l'intention de faire plus de rapports sur les consultations avec les patients IRC a été sondée. Ici, le nombre de diététiciens qui le font à chaque consultation a augmenté. Dans le questionnaire de suivi, la plupart des diététiciens ont encore indiqué qu'ils feraient un rapport de chaque consultation avec le patient IRC.

A quelle fréquence faites-vous un rapport d'une consultation (électronique, sur papier, ...) (en général, pas spécifiquement pour IRC) ?



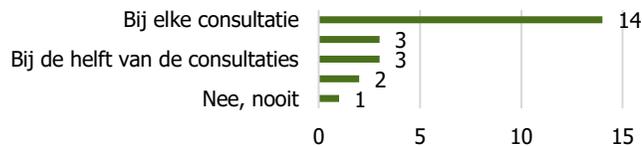
Graphique 4 : PRE - consultation du rapport général

A quelle fréquence faites-vous un rapport de consultation (électronique, papier, etc.) avec les patients IRC ?



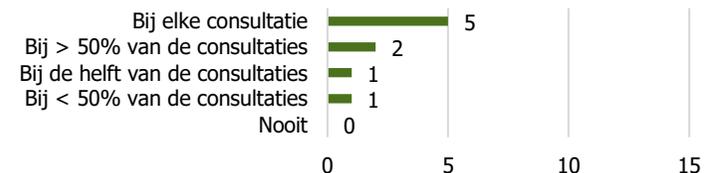
Graphique 5 : PRE - rapport de consultation IRC

Avez-vous l'intention de faire un rapport après une consultation avec un patient IRC à l'avenir ?



Graphique 6 : POST - rapport de consultation IRC

A quelle fréquence faites-vous un compte-rendu de consultation (électronique, papier, etc.) avec les patients IRC ?



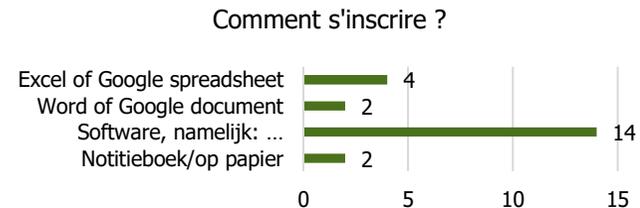
Graphique 7 : SUIVI - rapport de consultation IRC

## 3. Enregistrement dans un rapport

Il a permis de sonder ce que les diététiciens enregistrent dans ce rapport avec un patient atteint d'IRC :

- Date de la consultation
- Motif de la consultation
- Nom du médecin généraliste/nom du néphrologue
- Antécédents médicaux
- Médicaments
- Paramètres et valeurs de laboratoire
- Diagnostic diététique
- Anamnèse nutritionnelle
- Conseils nutritionnels
- Matériel pédagogique
- Le bien-être des patients
- Rendez-vous de suivi
- Expérimente la nutrition et l'exercice
- Données anthropométriques
- Objectifs
- Que discuter la prochaine fois
- Données financières
- Stade, DFGe, autres paramètres sanguins pertinents.
- Tension artérielle
- Tabagisme, alcool, sommeil
- Motivation
- Bref résumé : ajustements, opinions
- Conformité des patients
- Réservations
- ...

La manière dont ils s'enregistrent a également été étudiée. Les logiciels électroniques sont particulièrement populaires.



Graphique 8 : PRE - exemples d'enregistrement

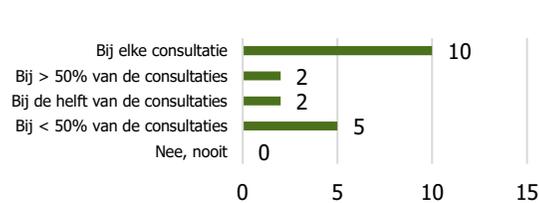
Voici quelques exemples de logiciels utilisés par les diététiciens :

- Mediris multi
- Diététicienne nutritionnelle Nutrilink
- Nutrilink Care Connect de Corilus
- Ambrosia Pro
- Becel
- Crossuite
- Hôpital à dossier médical électronique, par exemple
- Logiciels propriétaires

## 4. Retour d'information au médecin généraliste

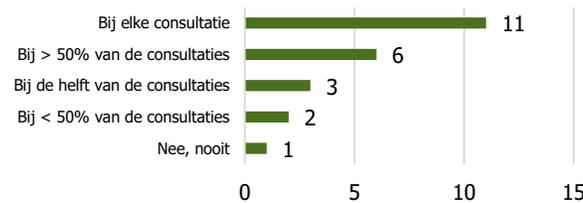
La majorité des diététiciens ont indiqué qu'ils fournissaient un retour d'information au médecin généraliste pour chaque consultation de patient IRC. Après la session de groupe, le nombre de diététiciens ayant fourni un retour d'information pour <50% des consultations passe à la moitié et > 50% des consultations. Il y a donc un changement significatif dans l'intention de retour du traitement diététique. Dans les résultats du suivi, cependant, il y a une distribution égale entre les options de réponse <50%, la moitié, >50% et chaque consultation.

Faites-vous le lien entre la gestion diététique des patients IRC et le médecin généraliste ?



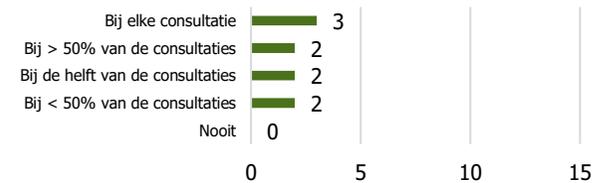
Graphique 9 : PRE - feedback GP

Prévoyez-vous de faire le lien entre la gestion diététique des patients IRC et le médecin généraliste ?



Graphique 10 : POST - feedback GP

Faites-vous le lien entre la gestion diététique des patients IRC et le médecin généraliste ?



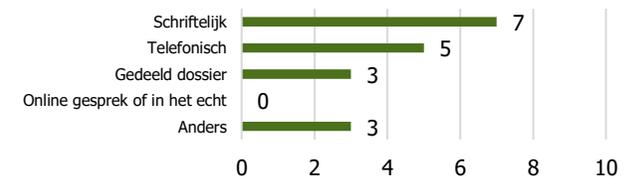
Graphique 11 : SUIVI - Retour d'information des médecins généralistes

La coordination avec le médecin généraliste se fait principalement par écrit et par téléphone.

Par le biais de l'option de réponse, les diététiciens ont en outre indiqué les moyens suivants :

- "Souvent, les résultats de laboratoire manquent et lorsque la personne s'assoit avec moi, j'appelle le médecin généraliste. pour pouvoir procéder à la consultation."
- Rapport via Mediris Multi, eHealth
- Appelez
- Courriel

Comment se fait la coordination avec le médecin généraliste pour vos patients IRC ?



Graphique 12 : PRE - mode de rétroaction

## 4. Retour d'information au médecin généraliste

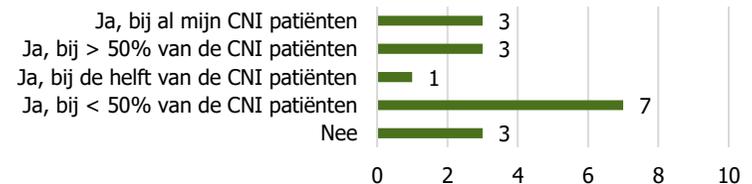
Avant le début de la session de groupe, les diététiciens indiquent un retour sur les points suivants :

- Incertitudes, par exemple avec les valeurs sanguines
- Résultats de l'anamnèse
- Accords conclus en commun
- Points de travail nutrition et exercice physique/ conseils donnés
- Changement de comportement des patients
- Résultats de l'évaluation et du suivi
- Ajustements : médicaments, restriction de potassium, ...
- Motivation
- Objectifs du traitement
- Consommation de sel, consommation de protéines, consommation de liquides
- Rapport d'avancement avec toutes les informations, avec une décision séparée expliquant tout en termes concrets et nécessitant une attention particulière.
- Téléphone/courriel : dernières valeurs sanguines, Quels conseils donner (seulement pauvre en sel, ou aussi pauvre en potassium, phosphore ou protéines, restriction des liquides,...) ?

De plus, ils indiquent que la lettre d'orientation ne contient souvent pas toutes les informations : 7 diététiciens mentionnent qu'elle est incomplète pour <50% des patients IRC. Les informations manquantes dans la lettre de recommandation sont :

- Trajet de soins
- Valeurs de laboratoire (récentes), collecte d'urine de 24 heures
- Médicaments
- Conseils nutritionnels nécessaires sur ordonnance
- Rapport du néphrologue
- Il n'y a souvent pas de lettre de recommandation

La lettre de recommandation que vous recevez du médecin généraliste contient-elle toutes les informations nécessaires pour commencer le traitement du patient IRC ?



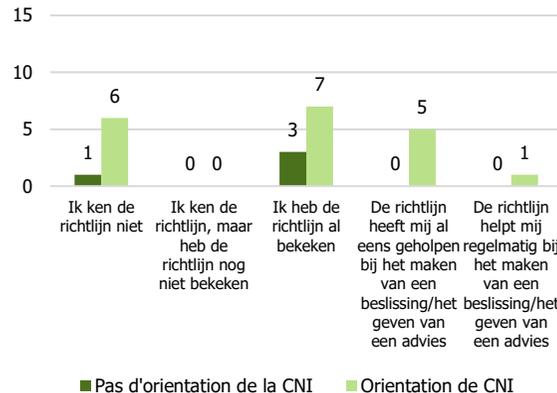
Graphique 13 : PRE - lettre de recommandation

## 5. Connaissance de la directive sur l'alimentation

Avant le début de la session de groupe, 2/3<sup>e</sup> des diététiciens connaissaient la CPC et 1/3<sup>e</sup> l'avait déjà utilisée. 1/4<sup>e</sup> avait déjà utilisé la GPC pour prendre une décision ou donner des conseils. Après la session de groupe, la GPC avait aidé 11 diététiciens à prendre une décision ou à donner des conseils. Une diététiste a indiqué qu'elle n'avait pas l'intention de revoir la GPC, expliquant : " Parce que je ne souhaite plus conseiller les patients IRC. Je trouve que c'est trop spécialisé, il faut y être formé de manière suffisamment approfondie et avoir ou pouvoir obtenir une expérience suffisante dans ce domaine, ce qui n'est plus faisable pour moi. Merci de m'avoir donné cet aperçu. Je veux le faire vraiment bien, quand je conseille des patients, quand je considère que ce n'est pas (plus) faisable, je préfère arrêter de conseiller ce groupe de personnes."

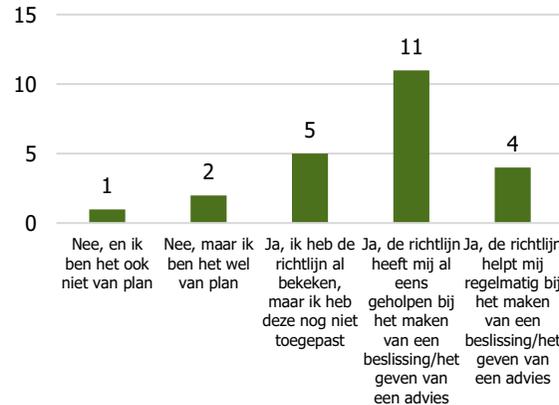
Lors du suivi, un tiers des diététiciens ont indiqué que la GPC les avait déjà aidés dans leurs décisions et/ou conseils. Deux diététiciens ont utilisé la GPC régulièrement.

Une guide de pratique clinique diététique belge sur le traitement des adultes atteints d'IRC stade 3-4 a été publiée l'année dernière (UCLL, 2020). Connaissez-vous cette guide de pratique clinique ?



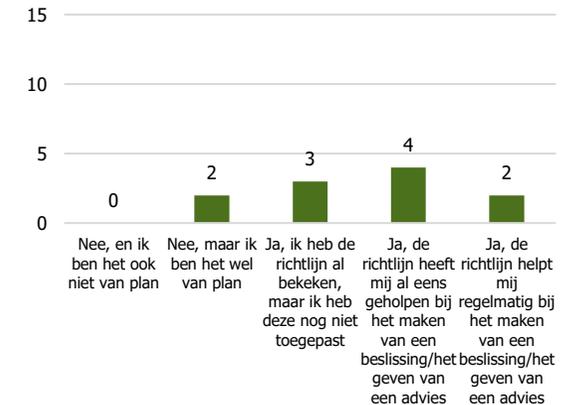
Graphique 14 : PRE - connaissance de la GPC

Une guide de pratique clinique diététique belge sur le traitement des adultes atteints d'IRC stade 3-4 a été publiée l'année dernière (UCLL, 2020). Vous l'avez déjà regardé ?



Graphique 15 : POST – connaissance de la GPC

Une guide de pratique clinique diététique belge sur le traitement des adultes atteints d'IRC stade 3-4 a été publiée l'année dernière (UCLL, 2020). Vous l'avez déjà regardé ?



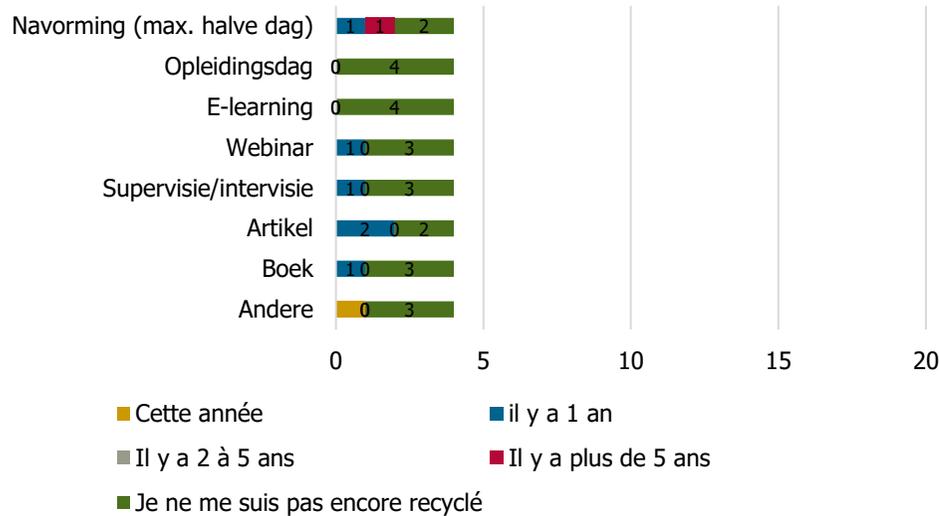
Graphique 16 : SUIVI - connaissance de la GPC

## 6. Formation complémentaire sur IRC

Les diététiciens qui ne supervisent pas encore de patients IRC se forment principalement par le biais d'articles, de cours de recyclage, de webinaires, de supervision/intervision et de livres. Cela s'est produit le plus souvent au maximum il y a un an. Les diététiciens qui supervisent les patients IRC sont le plus souvent formés par le biais d'articles, de cours de recyclage, de journées de formation et de supervision/intervision. La majorité d'entre eux déclarent l'avoir fait dans l'année ou il y a 2 à 5 ans.

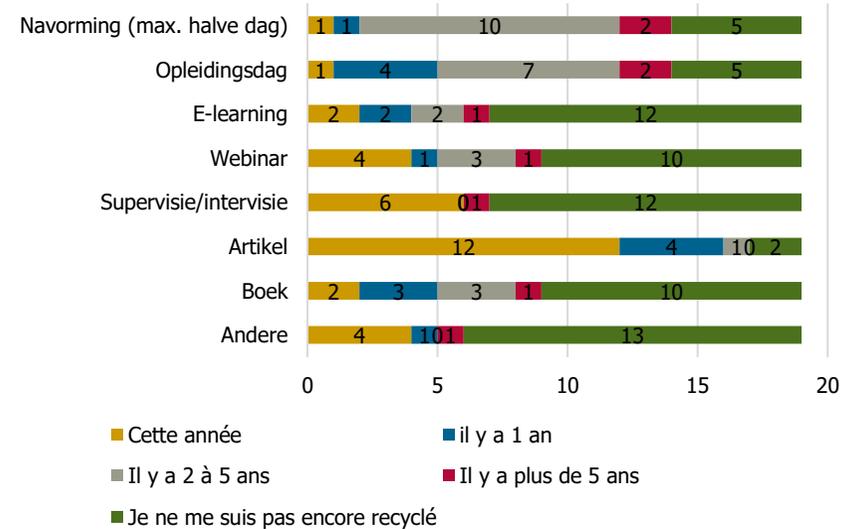
### A quand remonte votre dernière formation sur IRC ?

*Pas d'orientation de l'IRC*



### A quand remonte votre dernière formation sur IRC ?

*Orientation d'IRC*



Graphique 17 : PRE - Formation continue en l'absence de GPC d'IRC

Graphique 18 : PRE - formation continue en IRC

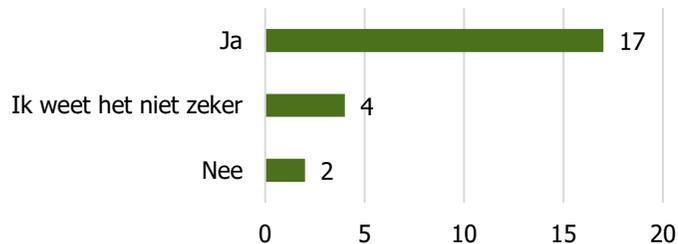
## 6. Formation complémentaire sur l'IRC

La plupart des diététiciens étaient disposés à suivre davantage de formations continues à l'avenir. Les raisons pour lesquelles ils n'ont pas suivi de formation ou ne sont pas sûrs étaient les suivantes :

- "Je participe régulièrement à des cours de recyclage liés à l'IRC, je pense que la fréquence à laquelle je participe maintenant est suffisante pour être/rester informé."
- "Dépend de l'offre, du temps et du prix"
- "Au fur et à mesure que les opinions scientifiques changent"
- "Déjà en train de l'utiliser quotidiennement dans un contexte professionnel".
- "S'il y a des changements dans les recommandations"

Lors de l'enquête menée six mois après la session de groupe, la plupart des diététiciens ont déclaré qu'ils prévoyaient de se recycler, dont un dans un avenir proche.

Prévoyez-vous d'entreprendre des formations plus fréquentes sur IRC à l'avenir ? (par exemple, formation de suivi, article, ...)



Graphique 19 : POST - formation continue sur l'insuffisance rénale chronique

Depuis la séance de réflexion en groupe, avez-vous pris des mesures pour vous informer sur IRC ?



Graphique 20 : SUIVI - Formation continue sur l'insuffisance rénale chronique depuis la session de réflexion en groupe

## 7. Évaluer le risque de malnutrition

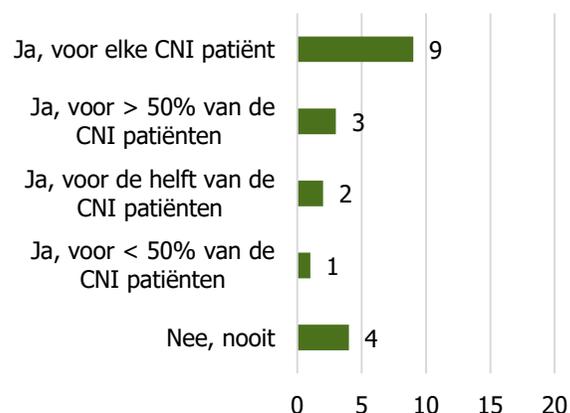
Avant les sessions de groupe, la plupart des diététiciens évaluaient déjà le risque de malnutrition chez les patients atteints d'IRC. Après la session de groupe, ce nombre est passé de 9 à 19 diététiciens faisant cela pour chaque patient. Le nombre de ceux qui ne l'ont jamais fait est passé de 4 à 1. Quelques mois après la session de groupe, 3/4<sup>e</sup> des diététiciens qui ont rempli le questionnaire ont indiqué qu'ils font cette estimation pour chaque patient atteint d'IRC.

Dans le questionnaire pour les sessions de groupe, il y avait une question supplémentaire sur la façon dont les diététiciens évaluaient ce risque. Les diététiciens ont donné les réponses suivantes :

- Respect des directives selon le dépistage NRS (perte de poids, appétit, autres comorbidités telles que le diabète)
- Utiliser le calcul des apports nutritionnels (glucides, lipides, calories, protéines) en fonction des besoins personnels
- Sur la base des valeurs de laboratoire : vitamines, minéraux, albumine, protéines totales (carences)
- Sur la base de paramètres : poids, taille, IMC
- Historique du poids au cours des derniers mois (perte de poids non désirée au cours des 6 ou 3 derniers mois)
- Apports protéiques - apports énergétiques - évolution du poids - si l'on signale une perte de force ou si la personne apparaît nettement vieillie à la consultation (plus grise, plus chauve, plus de rides, plus grise, plus difficile à marcher, ...).
- Calcul nutritionnel au départ et avant les conseils écrits (à l'aide du programme de calcul du diététicien nutritionnel).
- BIVA + anamnèse
- Nous comparons les données suivantes de tous nos patients 4 fois par an : évolution du poids, nPCR, albumine, pré-albumine, cholestérol, démarrage ou non d'une IDPN ou d'une alimentation complémentaire au cours de l'année écoulée. En cas de valeurs anormales, un dépistage complet est effectué auprès du patient.

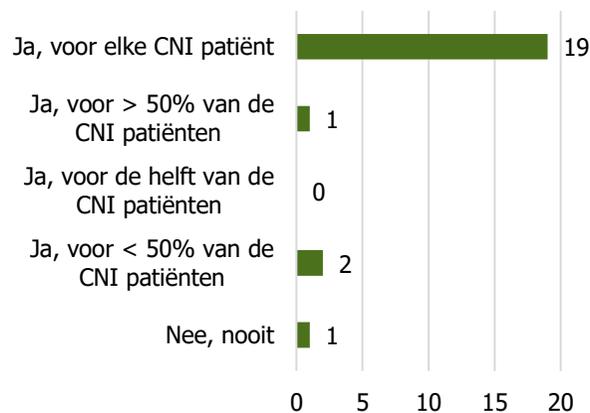
## 7. Évaluer le risque de malnutrition

Évaluez-vous le risque de malnutrition chez vos patients IRC ?



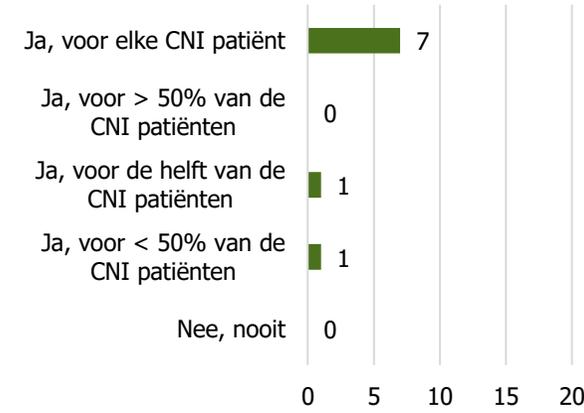
Graphique 21 : PRE - estimation du risque de malnutrition

Prévoyez-vous d'évaluer le risque de malnutrition de vos patients IRC ?



Graphique 22 : POST - estimation du risque de malnutrition

Évaluez-vous le risque de malnutrition chez vos patients IRC ?



Graphique 23 : SUIVI - estimation du risque de malnutrition

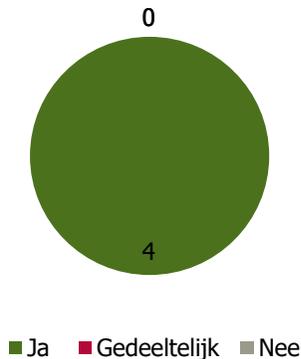
## 8. Connaissance des recommandations

### ENERGIE

Les diététiciens qui ne supervisent pas les patients irc indiquent qu'ils connaissent la recommandation sur l'énergie. Parmi les diététiciens qui supervisent des patients irc, tous connaissent la recommandation, à l'exception de deux diététiciens qui ont indiqué " partiellement " et d'un diététicien qui ne connaît pas la recommandation. Lors du suivi, chacun indique connaître la recommandation.

#### PAS DE PATIENTS IRC

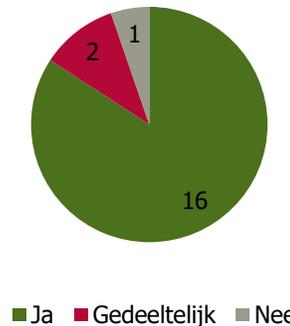
Un apport énergétique adéquat (30-35 kcal/kg/jour) est recommandé.



Graphique 24 : PRE - Energie de recommandation de connaissance (les participants qui ne prennent pas les patients IRC en charge)

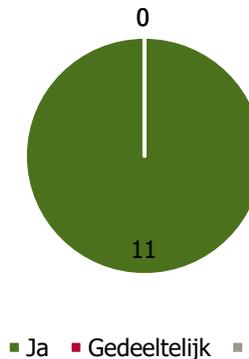
#### PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS D'IRC

Un apport énergétique adéquat (30-35 kcal/kg/jour) est recommandé.



Graphique 25 : PRE - Energie de recommandation de connaissance (les participants qui prennent les patients d'IRC en charge)

Un apport énergétique adéquat (30-35 kcal/kg/jour) est recommandé.



Graphique 26 : SUIVI - Recommandation de connaissances sur l'énergie

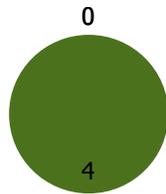
## 8. Connaissance des recommandations

### PROTÉINES

Les diététiciens qui ne supervisent pas les patients IRC déclarent connaître la recommandation sur les protéines. Ceci s'applique également aux diététiciens qui supervisent les patients IRC. Lors du suivi, tous ont indiqué connaître la recommandation.

#### PAS DE PATIENTS IRC

Un apport en protéines de 0,8 g/kg/jour est recommandé.

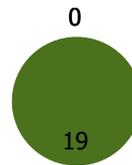


■ Ja ■ Gedeeltelijk ■ Nee

Graphique 27 : PRE - Recommandation de connaissances sur les protéines (les participants qui ne prennent pas les patients IRC en charge)

#### PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS D'IRC

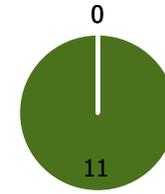
Un apport en protéines de 0,8 g/kg/jour est recommandé.



■ Ja ■ Gedeeltelijk ■ Nee

Graphique 28 : PRE - Recommandation de connaissance des protéines (les participants qui prennent les patients d'IRC en charge)

Un apport en protéines de 0,8 g/kg/jour est recommandé.



■ Ja ■ Gedeeltelijk ■ Nee

Graphique 29 : SUIVI - Recommandation de connaissance des protéines

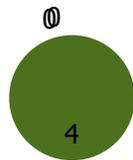
## 8. Connaissance des recommandations

### SALT

Les diététiciens qui ne supervisent pas les patients IRC indiquent qu'ils connaissent la recommandation sur le sel. Parmi les diététiciens qui supervisent des patients IRC, tous connaissent la recommandation, à l'exception d'un diététicien qui a indiqué " partiellement ". Lors du suivi, chacun indique connaître la recommandation.

#### PAS DE PATIENTS IRC

Une consommation de sel de maximum 5 grammes de sel (= 2000 mg de sodium) par jour est recommandée.

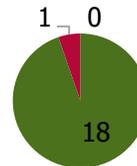


■ Ja ■ Gedeeltelijk ■ Nee

Graphique 30 : PRE - Recommandation de connaissance du sel (les participants qui ne prennent pas les patients IRC en charge)

#### PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS D'IRC

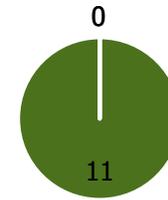
Une consommation de sel de maximum 5 grammes de sel (= 2000 mg de sodium) par jour est recommandée.



■ Ja ■ Gedeeltelijk ■ Nee

Graphique 31 : PRE - Recommandation de connaissance du sel (les participants qui prennent les patients d'IRC en charge)

Une consommation de sel de maximum 5 grammes de sel (= 2000 mg de sodium) par jour est recommandée.



■ Ja ■ Gedeeltelijk ■ Nee

Graphique 32 : SUIVI - Recommandation de connaissance du sel

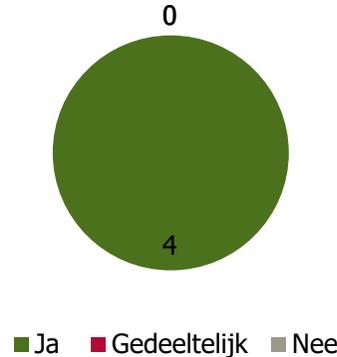
## 8. Connaissance des recommandations

### FOSFAAT

Les diététiciens qui ne supervisent pas les patients IRC déclarent connaître la recommandation sur le phosphate. Parmi les diététiciens qui supervisent des patients IRC, trois diététiciens connaissent partiellement la recommandation et un diététicien ne la connaît pas. Lors du suivi, tous ont indiqué connaître la recommandation.

#### PAS DE PATIENTS IRC

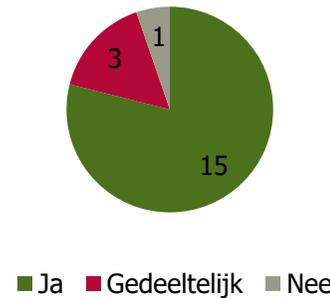
Une restriction du phosphate alimentaire est recommandée si le phosphate sérique est trop élevé. Il est recommandé de tenir compte de la biodisponibilité de la source de phosphate (animale, végétale, additifs).



Graphique 33 : PRE - Recommandation sur les connaissances en matière de phosphate (les participants qui ne prennent pas les patients IRC en charge)

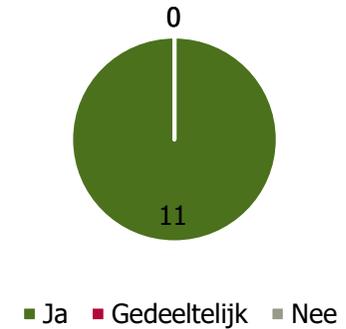
#### PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS D'IRC

Une restriction du phosphate alimentaire est recommandée si le phosphate sérique est trop élevé. Il est recommandé de tenir compte de la biodisponibilité de la source de phosphate (animale, végétale, additifs).



Graphique 34 : PRE - Recommandation sur les connaissances en matière de phosphate (les participants qui prennent les patients d'IRC en charge)

Une restriction du phosphate alimentaire est recommandée si le phosphate sérique est trop élevé. Il est recommandé de tenir compte de la biodisponibilité de la source de phosphate (animale, végétale, additifs).



Graphique 35 : SUIVI - Recommandation de connaissances sur le phosphate

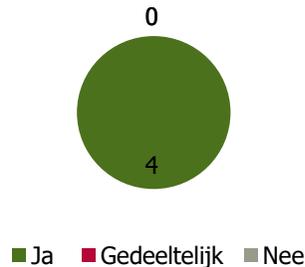
## 8. Connaissance des recommandations

### CALTIUM

Les diététiciens qui ne supervisent pas les patients IRC déclarent connaître la recommandation sur le potassium. Les diététiciens supervisant les patients IRC connaissaient majoritairement la recommandation, à l'exception d'une personne qui la connaissait partiellement. Lors du suivi, tous ont indiqué connaître la recommandation, à l'exception d'un diététicien qui a indiqué "non".

#### PAS DE PATIENTS IRC

Il est recommandé d'ajuster l'apport en potassium alimentaire pour maintenir le potassium sérique dans les valeurs normales.



Graphique 36 : PRE - Recommandation de connaissance du potassium (les participants qui ne prennent pas les patients IRC en charge)

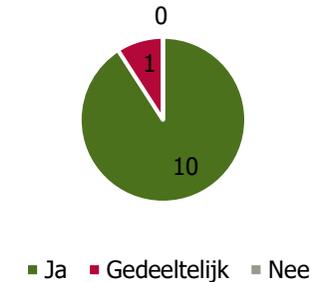
#### PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS D'IRC

Il est recommandé d'ajuster l'apport en potassium alimentaire pour maintenir le potassium sérique dans les valeurs normales.



Graphique 37 : PRE - Recommandation de connaissance du potassium (les participants qui prennent les patients d'IRC en charge)

Il est recommandé d'ajuster l'apport en potassium alimentaire pour maintenir le potassium sérique dans les valeurs normales.



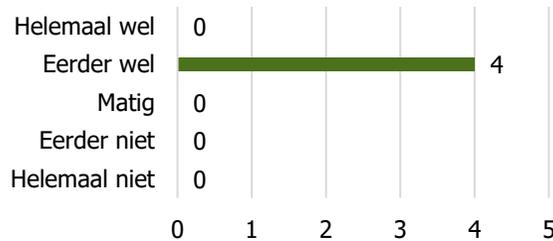
Graphique 38 : SUIVI - Recommandation de connaissance du potassium

## 9. Capable d'appliquer des recommandations

### ENERGIE

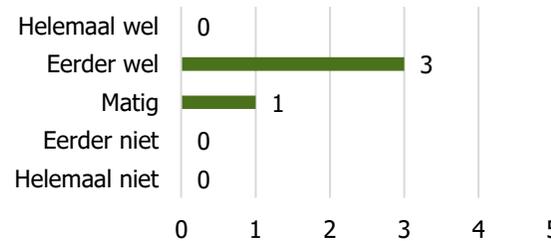
Des questions supplémentaires sur l'application des recommandations ont été posées aux diététiciens qui ne conseillent pas encore les patients IRC : se sentent-ils capables de les appliquer dans la pratique ? Tant dans le questionnaire pré-, post- et de suivi, ils ont indiqué qu'ils étaient plus susceptibles de se sentir capables d'appliquer la recommandation sur l'énergie dans la pratique.

Un apport énergétique adéquat  
(30-35 kcal/kg/jour) est  
recommandé.



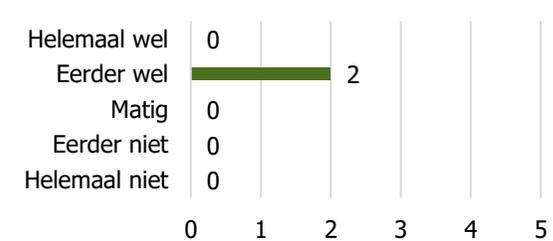
Graphique 39 : PRE - Energie de recommandation d'application (les participants qui ne prennent pas les patients IRC en charge)

Un apport énergétique adéquat  
(30-35 kcal/kg/jour) est  
recommandé.



Graphique 40 : POST - Energie de recommandation d'application (les participants qui ne prennent pas les patients IRC en charge)

Un apport énergétique adéquat  
(30-35 kcal/kg/jour) est  
recommandé.



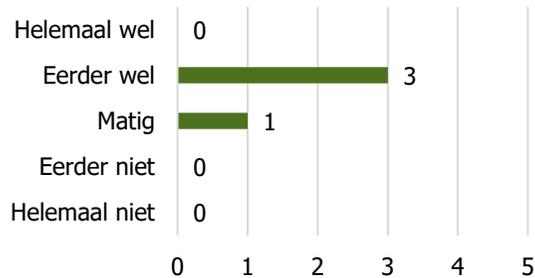
Graphique 41 : SUIVI - Recommandation d'application énergie

## 9. Capable d'appliquer des recommandations

### EIWIT

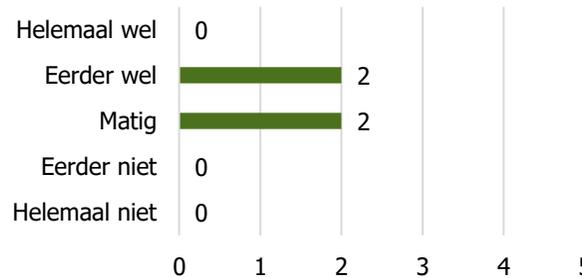
Les diététiciens sont principalement plus susceptibles de se sentir capables et modérément capables d'appliquer la recommandation sur les protéines dans la pratique. Dans le premier questionnaire, avant la session de groupe, les diététiciens sont plus nombreux à indiquer qu'ils sont plus susceptibles de se sentir capables d'appliquer la recommandation.

Un apport en protéines de 0,8 g/kg/jour est recommandé.



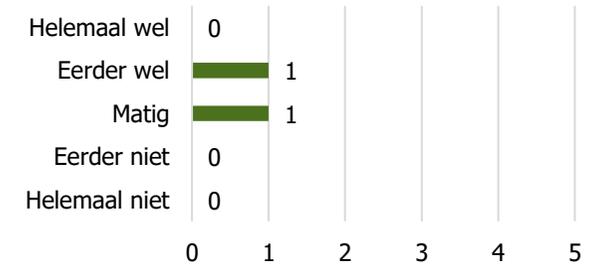
Graphique 42 : PRE - Recommandation d'application protéine (les participants qui ne prennent pas les patients IRC en charge)

Un apport en protéines de 0,8 g/kg/jour est recommandé.



Graphique 43 : POST - Recommandation d'application protéine (les participants qui ne prennent pas les patients IRC en charge)

Un apport en protéines de 0,8 g/kg/jour est recommandé.



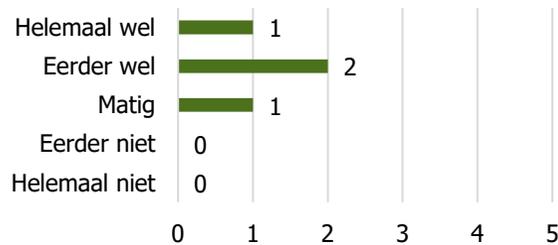
Graphique 44 : FOLLOW-UP - Protéine de recommandation d'application

## 9. Capable d'appliquer des recommandations

### SALT

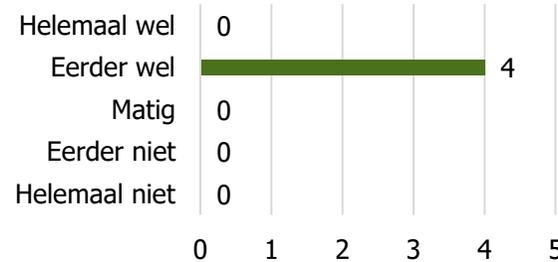
Pour la recommandation sur le sel, les diététiciens indiquent le plus souvent dans chaque questionnaire l'option "Plus tôt oui".

Une consommation de sel de maximum 5 grammes de sel (= 2000 mg de sodium) par jour est recommandée.



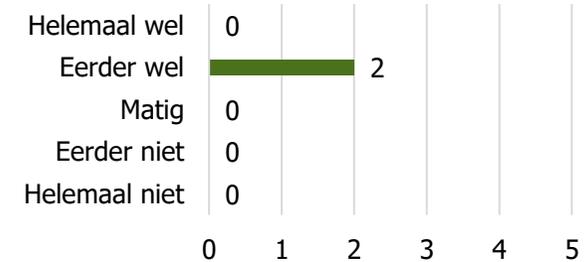
Graphique 45 : PRE - Recommandation d'application sel (les participants qui ne prennent pas les patients IRC en charge)

Une consommation de sel de maximum 5 grammes de sel (= 2000 mg de sodium) par jour est recommandée.



Graphique 46 : POST - Sel de recommandation d'application (les participants qui ne prennent pas les patients IRC en charge)

Une consommation de sel de maximum 5 grammes de sel (= 2000 mg de sodium) par jour est recommandée.

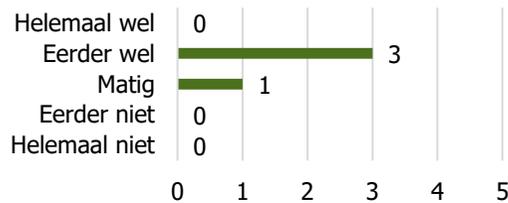


Graphique 47 : SUIVI - Sel de recommandation d'application

## 9. Capable d'appliquer des recommandations

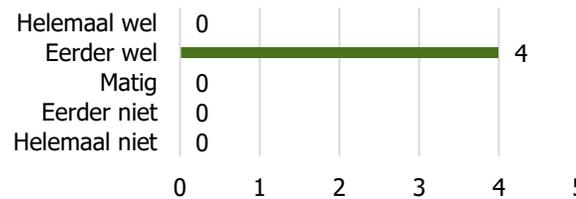
Tant dans le questionnaire préalable que dans le questionnaire postérieur et de suivi, ils ont indiqué qu'ils étaient plus susceptibles de se sentir capables d'appliquer la recommandation sur le phosphate dans la pratique.

Une restriction du phosphate alimentaire est recommandée si le phosphate sérique est trop élevé. Il est recommandé de tenir compte de la biodisponibilité de la source de phosphate (animale, végétale, additifs).



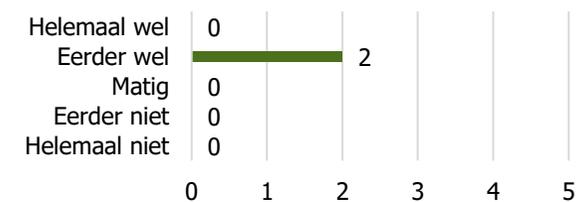
Graphique 48 : PRE - Recommandation d'application phosphate (les participants qui ne prennent pas les patients IRC en charge)

Une restriction du phosphate alimentaire est recommandée si le phosphate sérique est trop élevé. Il est recommandé de tenir compte de la biodisponibilité de la source de phosphate (animale, végétale, additifs).



Graphique 49 : POST - Recommandation d'application phosphate (les participants qui ne prennent pas les patients IRC en charge)

Une restriction du phosphate alimentaire est recommandée si le phosphate sérique est trop élevé. Il est recommandé de tenir compte de la biodisponibilité de la source de phosphate (animale, végétale, additifs).



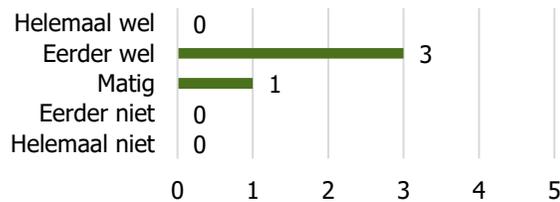
Graphique 50 : FOLLOW-UP - Recommandation d'application phosphate

## 9. Capable d'appliquer des recommandations

Tant dans le questionnaire préalable que dans le questionnaire postérieur et de suivi, ils ont indiqué qu'ils étaient plus susceptibles de se sentir capables d'appliquer la recommandation sur le phosphate dans la pratique.

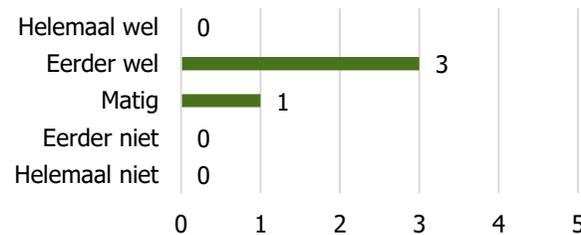
En outre, dans le questionnaire POST, les participants ont eu la possibilité d'expliquer, pour chaque question sur l'application d'une recommandation, pourquoi ils ne seraient pas en mesure de l'appliquer. Les diététiciens ont indiqué que les calculs sont complexes et que les patients bénéficient davantage de quelques règles que de trop de règles. Ils ont également mentionné que selon les limites et la motivation du patient, l'application du régime peut être compliquée. Finalement, ce sont les souhaits du patient qui prévalent.

Il est recommandé d'ajuster l'apport en potassium alimentaire pour maintenir le potassium sérique à des niveaux normaux.



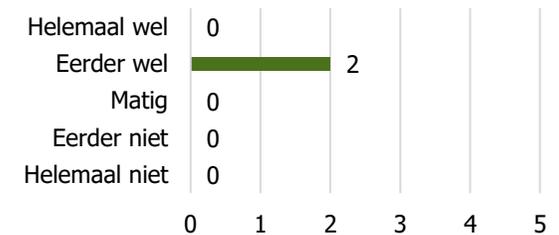
Graphique 51 : PRE - Recommandation d'application potassium (les participants qui ne prennent pas les patients IRC en charge)

Il est recommandé d'ajuster l'apport en potassium alimentaire pour maintenir le potassium sérique à des niveaux normaux.



Graphique 52 : POST - Recommandation d'application du potassium (les participants qui ne prennent pas les patients IRC en charge)

Il est recommandé d'ajuster l'apport en potassium alimentaire pour maintenir le potassium sérique à des niveaux normaux.



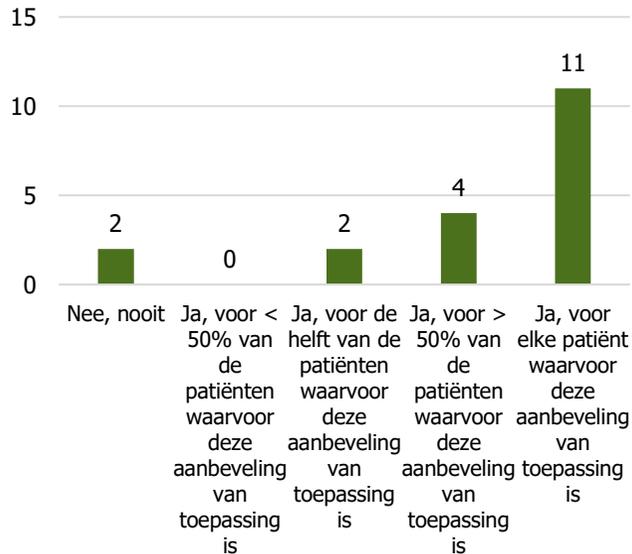
Graphique 53 : FOLLOW-UP - Recommandation d'application potassium

## 10. Application des recommandations

### ENERGIE

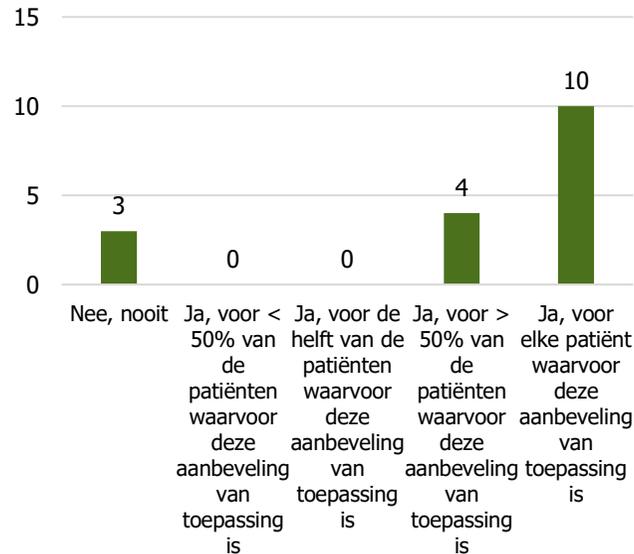
Il a été demandé aux diététiciens conseillant déjà les patients IRC s'ils appliquaient déjà les recommandations diététiques dans la pratique. Les réponses variaient de jamais à la moitié des patients pour lesquels c'est applicable, >50% des patients pour lesquels c'est applicable et pour tous les patients pour lesquels c'est applicable. L'option "Oui, pour chaque patient auquel cette recommandation s'applique" était la plus fréquemment indiquée à chaque étape.

**Appliquez-vous ces recommandations dans la pratique ?** Un apport énergétique adéquat (30-35 kcal/kg/jour) est recommandé.



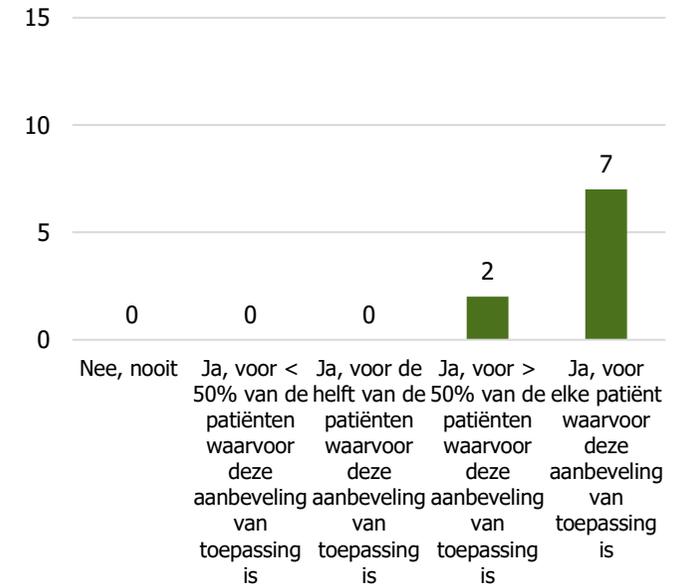
Graphique 54 : PRE - Recommandation d'application énergie

**Envisagez-vous d'appliquer ces recommandations dans la pratique ?** Un apport énergétique adéquat (30-35 kcal/kg/jour) est recommandé.



Graphique 55 : POST - Recommandation d'application énergie

**Appliquez-vous ces recommandations dans la pratique ?** Un apport énergétique adéquat (30-35 kcal/kg/jour) est recommandé.

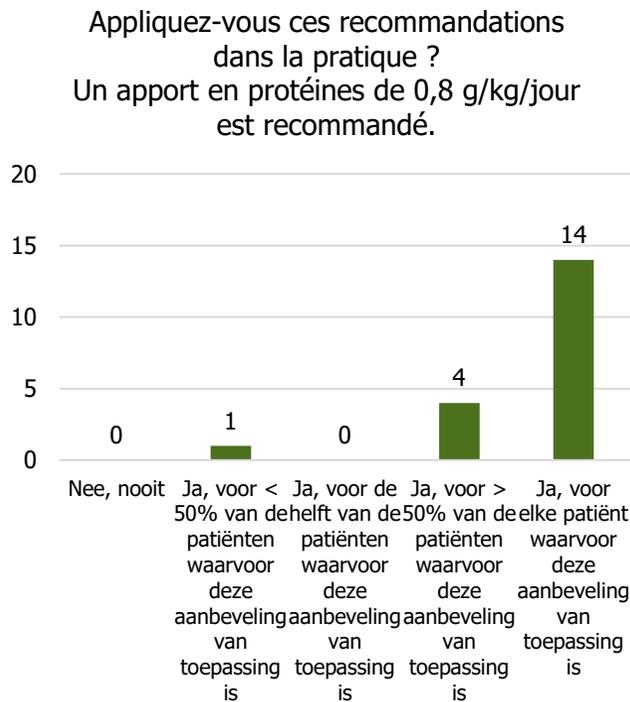


Graphique 56 : FOLLOW-UP - Recommandation d'application énergie

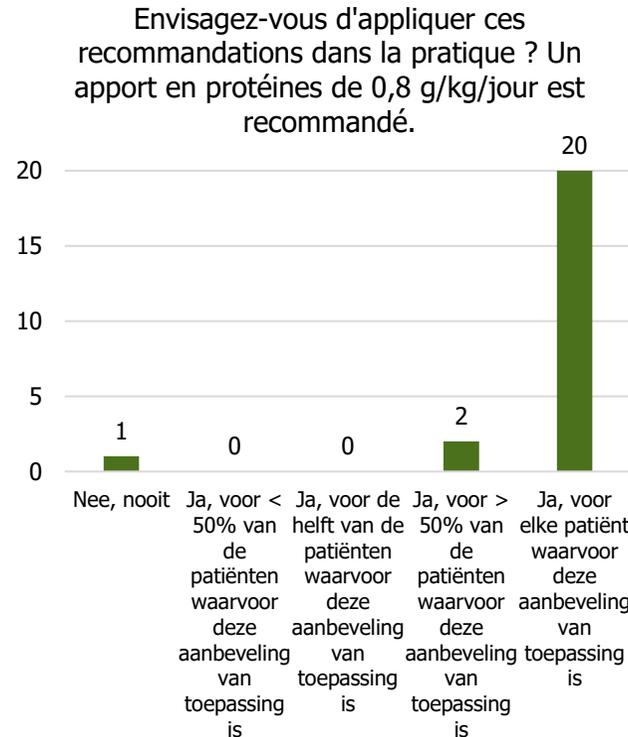
## 10. Application des recommandations

### PROTEINE

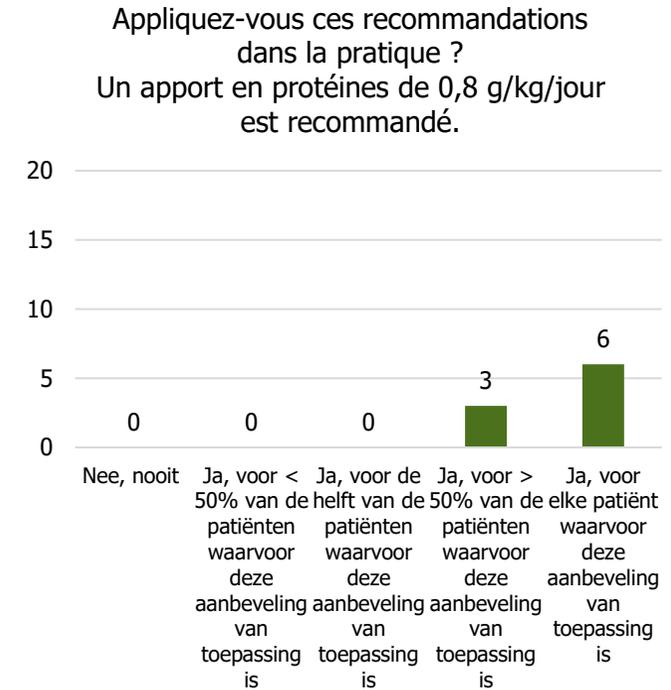
Pour la recommandation sur les protéines, l'option "Oui, pour chaque patient pour lequel cette recommandation est applicable" a été la plus indiquée à chaque étape. Après la session de groupe, presque tous les diététiciens ont indiqué qu'ils avaient l'intention d'appliquer la recommandation à chaque patient pour lequel elle est applicable.



Graphique 57 : PRE - Recommandation d'utilisation des protéines



Graphique 58 : POST - Recommandation d'application protéine



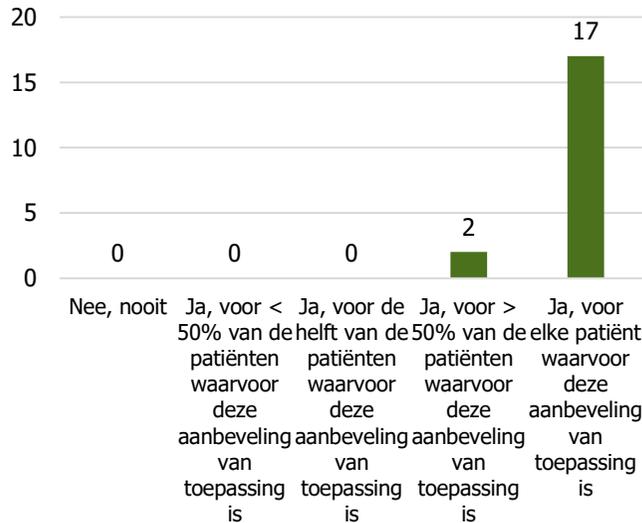
Graphique 59 : FOLLOW-UP - Application recommandation protéine

## 10. Application des recommandations

### SEL

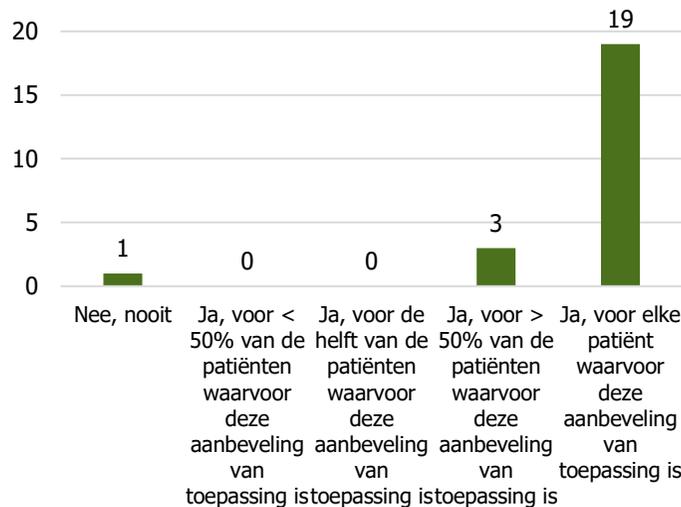
Pour la recommandation sur le sel, l'option "Oui, pour chaque patient pour lequel cette recommandation est applicable" a été la plus indiquée à chaque étape. Après la session de groupe, presque tous les diététiciens ont indiqué qu'ils avaient l'intention d'appliquer la recommandation à chaque patient pour lequel elle est applicable.

Appliquez-vous ces recommandations dans la pratique ? *Une consommation de sel de maximum 5 grammes de sel (= 2000 mg de sodium) par jour est recommandée.*



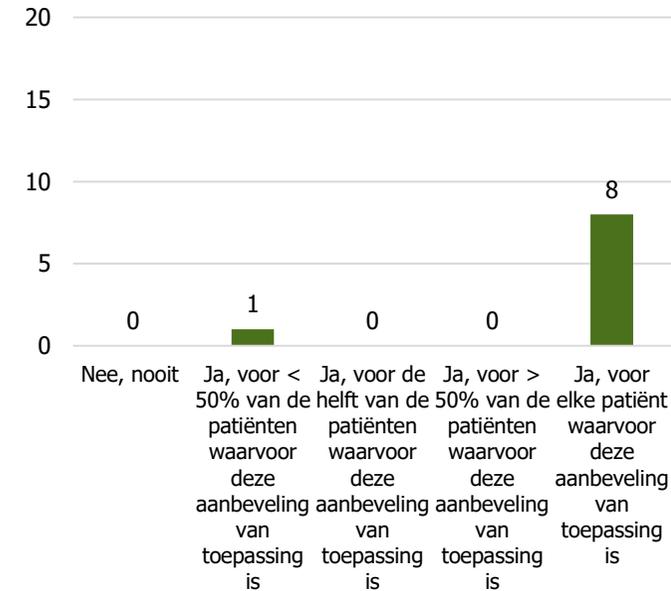
Graphique 60 : PRE - Sel de recommandation d'application

Envisagez-vous d'appliquer ces recommandations dans la pratique ? *Une consommation de sel de maximum 5 grammes de sel (= 2000 mg de sodium) par jour est recommandée.*



Graphique 61 : POST - Sel de recommandation de l'application

Appliquez-vous ces recommandations dans la pratique ? *Une consommation de sel de maximum 5 grammes de sel (= 2000 mg de sodium) par jour est recommandée.*



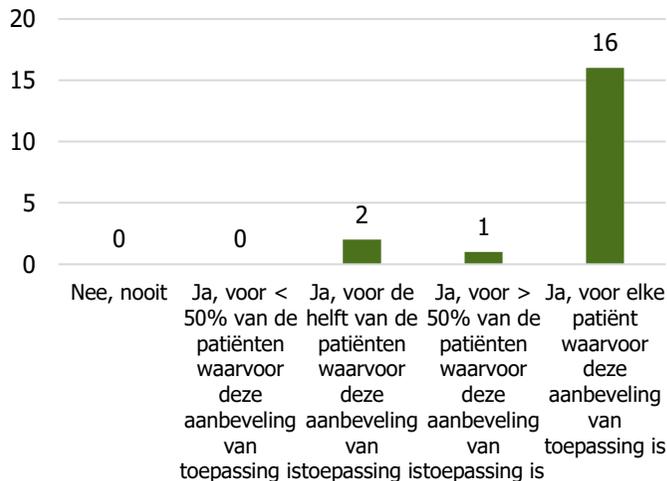
Graphique 62 : FOLLOW-UP - Sel de recommandation d'application

## 10. Application des recommandations

### PHOSPHATE

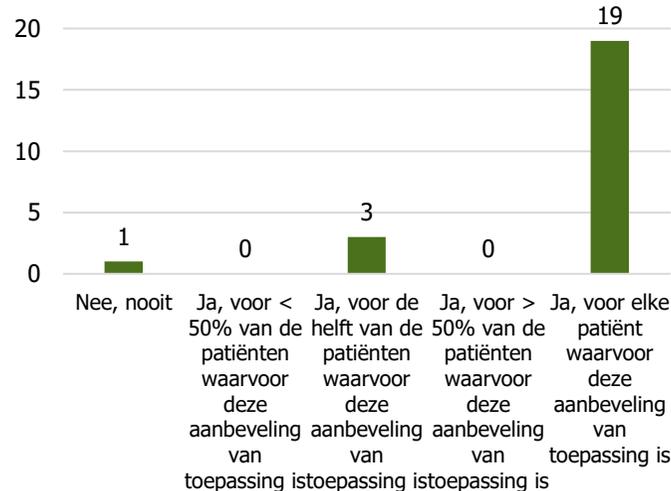
Pour la recommandation sur le phosphate, l'option "Oui, pour chaque patient pour lequel cette recommandation est applicable" était la plus indiquée à chaque étape. Après la session de groupe, presque tous les diététiciens ont indiqué qu'ils avaient l'intention d'appliquer la recommandation à chaque patient pour lequel elle est applicable. Après la session de groupe, une diététicienne a indiqué qu'elle n'avait pas l'intention d'appliquer cette recommandation, ce qui est remarquable car cette réponse n'était pas indiquée dans le premier questionnaire.

Appliquez-vous ces recommandations dans la pratique ? Une restriction du phosphate alimentaire est recommandée si le phosphate sérique est trop élevé. Il est recommandé de tenir compte de la biodisponibilité de la source de phosphate (animale, végétale, a



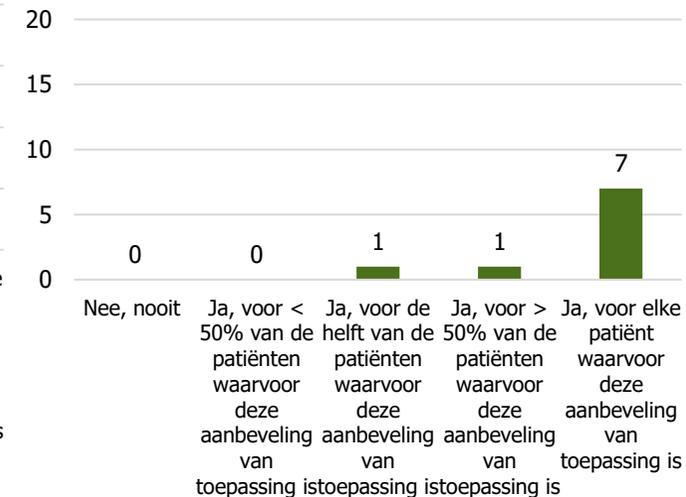
Graphique 63 : PRE - Recommandation d'application phosphate

Envisagez-vous d'appliquer ces recommandations dans la pratique ? Une restriction du phosphate alimentaire est recommandée si le phosphate sérique est trop élevé. Il est recommandé de prendre en compte la biodisponibilité de la source de phosphate (li



Graphique 64 : POST - Recommandation d'application phosphate

Appliquez-vous ces recommandations dans la pratique ? Une restriction du phosphate alimentaire est recommandée si le phosphate sérique est trop élevé. Il est recommandé de tenir compte de la biodisponibilité de la source de phosphate (animale, végétale, a



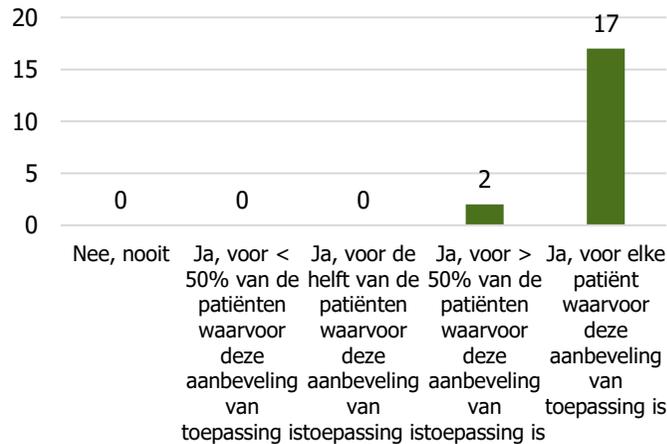
Graphique 65 : FOLLOW-UP - Recommandation d'application phosphate

## 10. Application des recommandations

### POTASSIUM

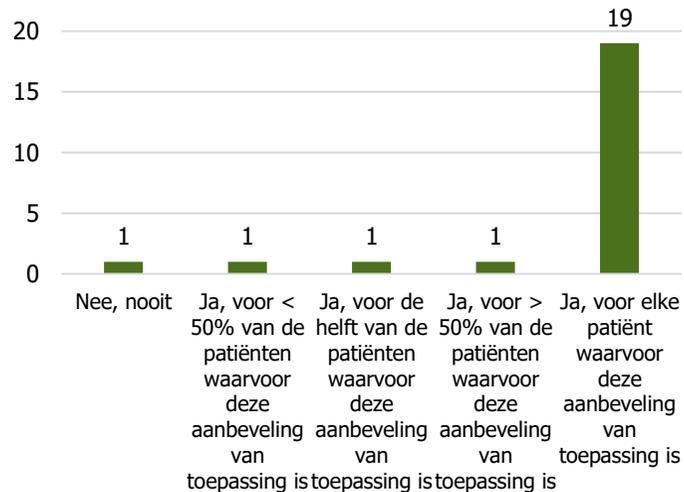
Pour la recommandation sur le potassium, l'option "Oui, pour chaque patient auquel cette recommandation s'applique" était la plus indiquée dans chaque phase. Après la session de groupe, certains diététiciens se sont partagés entre les options de réponse Jamais - <50% - la moitié et >50%, mais la plupart des diététiciens ont indiqué l'option " pour chaque patient ".

Appliquez-vous ces recommandations dans la pratique ?  
Il est recommandé d'ajuster l'apport en potassium alimentaire pour maintenir le potassium sérique dans les valeurs normales.



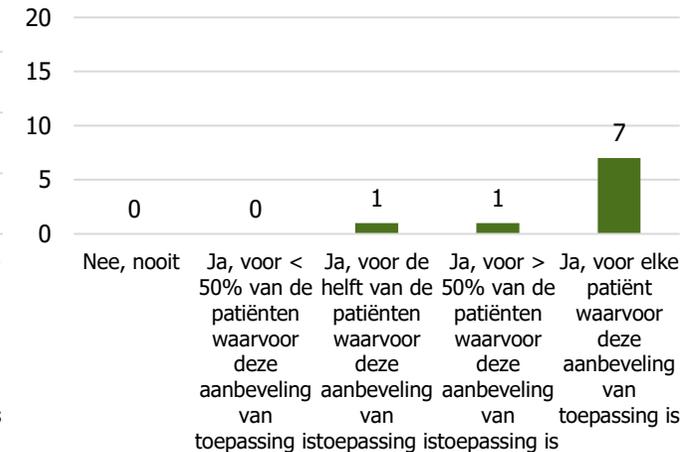
Graphique 66 : PRE - Recommandation de l'application potassium

Envisagez-vous d'appliquer ces recommandations dans la pratique ?  
Il est recommandé d'ajuster l'apport en potassium alimentaire pour maintenir le potassium sérique dans les valeurs normales.



Graphique 67 : POST - Potassium de recommandation d'application

Appliquez-vous ces recommandations dans la pratique ?  
Il est recommandé d'ajuster l'apport en potassium alimentaire pour maintenir le potassium sérique dans les valeurs normales.



Graphique 68 : FOLLOW-UP - Potassium de recommandation d'application

## 10. Application des recommandations

### POURQUOI NE PAS APPLIQUER CETTE RECOMMANDATION ?

Les participants traitant des patients IRC dans le questionnaire POST ont eu la possibilité d'expliquer pour chaque question sur l'application d'une recommandation pourquoi ils ne seraient pas en mesure de l'appliquer. Les principales raisons invoquées par les diététiciens sont que les souhaits du patient sont prioritaires, que les calculs sont complexes et que les contraintes et la motivation du patient compliquent l'application des recommandations.

La diététicienne qui a indiqué après la session de groupe qu'elle n'applique jamais les recommandations dans la pratique a justifié sa réponse. Elle ne souhaite plus superviser les patients IRC car ce syndrome nécessite un traitement spécialisé et il ne lui est pas possible d'acquérir une expérience suffisante.

#### PRE

- Pas de temps ni d'espace pour calculer et évaluer les anamnèses nutritionnelles.
- Pas de paramètres ou de valeurs de laboratoire suffisants du patient sur lesquels s'appuyer.
- Différence entre la théorie et la réalité du patient.

#### POST

##### 1 mois après la session de groupe

- Le souhait du patient prévaut
- "Parce que je ne souhaite plus superviser les patients du IRC. Je trouve que c'est trop spécialisé, il faut être formé de manière suffisamment approfondie et avoir ou pouvoir obtenir une expérience suffisante dans ce domaine, ce qui n'est plus possible pour moi. Merci de m'avoir donné cet aperçu. Je veux le faire vraiment bien, quand je conseille des patients, quand je considère que ce n'est pas (plus) faisable, je préfère arrêter de conseiller ce groupe de personnes."

#### SUIVI

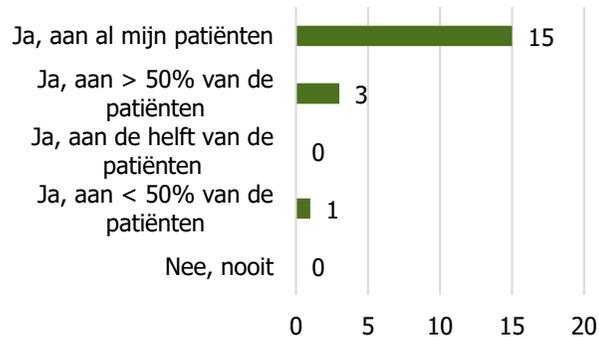
##### 6 mois après la session de groupe

- Anomalies dans le dosage du potassium en médecine générale.
- En fonction de la prise de médicaments
- Dépend de la malnutrition
- Faisabilité
- Aucun calcul spécifique n'a été effectué, mais les portions ont été réduites en fonction des antécédents nutritionnels.

## 11. Informations pour les patients

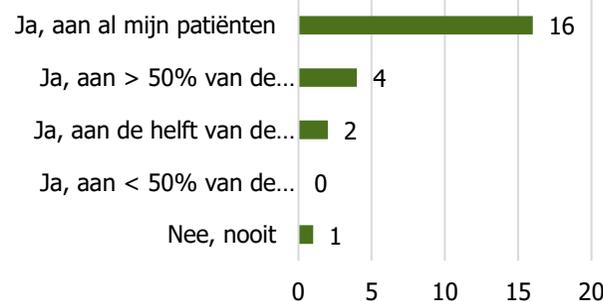
L'information des patients est principalement donnée à tous les patients, que ce soit dans les résultats avant, après ou dans le suivi. Après la session de groupe, on constate une évolution vers la moitié des patients et le fait de ne jamais donner d'informations sur les patients avec eux, ce qui pourrait éventuellement s'expliquer par les discussions lors des sessions de réflexion sur la motivation des patients.

Fournissez-vous des informations aux patients (par exemple, des dépliants, des brochures, un résumé des conseils donnés, etc.) à emporter chez eux avec vos patients IRC ?



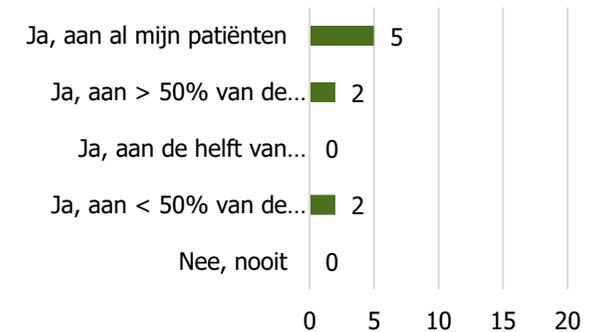
Graphique 69 : PRE - Communiquer des informations sur les patients

À l'avenir, donnerez-vous des informations aux patients (par exemple, des dépliants, des brochures, un aperçu des conseils donnés, un aperçu des objectifs du patient, etc.) à emporter chez eux avec vos patients IRC ?



Graphique 70 : POST - transmission d'informations sur les patients

Fournissez-vous des informations aux patients (par exemple, des dépliants, des brochures, un résumé des conseils donnés, etc.) à emporter chez eux avec vos patients IRC ?



Graphique 71 : SUIVI - Transmission de l'information sur les patients

## 11. Informations pour les patients

Ils fournissent les informations suivantes aux patients :

- Liste d'épices
- Recettes
- Produits autorisés dans le cadre d'un régime pauvre en sel
- Site web des diététiciens néphrologues flamands
- Brochure Diététiciens néphrologues flamands : l'insuffisance rénale chronique en point de mire
- Programme quotidien personnel personnalisé
- Examen par document propre des sources de protéines et des aliments riches en phosphore et en potassium (avec images)
- Fiche diététique avec conseils en IRC
- Dépliant artisanal sur l'IRC
- Échantillons pour essayer quelque chose
- Liste des aliments pauvres en sel recommandés, avec liste combinée si nécessaire en cas de restriction en potassium et/ou en phosphore.
- Conseils sur la restriction des fluides
- Prêt d'un livre de cuisine avec des recettes IRC
- Guide du fromage
- Compteur de sel

Cette information a été développée en partie par :

- Matériel développé en interne
- Diététiciens néphrologues flamands
- Collègues diététiciens
- Étudiants ayant une thèse sur IRC
- Hôpital où travaille le diététicien
- D'autres formations ont suivi
- Fondation du rein NL
- FPS Santé
- UZ Gent
- Ligue de cardiologie

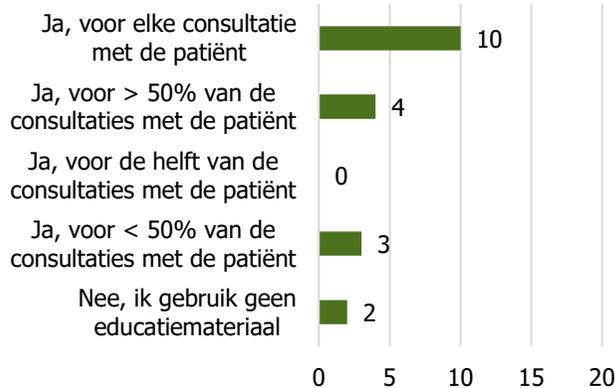
## 12. Matériel pédagogique

La plupart des diététiciens utilisent du matériel éducatif lors de chaque consultation avec le patient IRC. Après la session de groupe, les participants ont été plus nombreux à vouloir l'utiliser à l'avenir pour chaque consultation avec le patient.

Les raisons de ne pas fournir de matériel éducatif étaient les suivantes

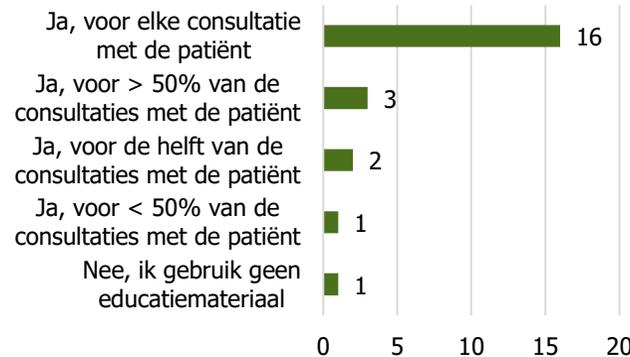
- "Parfois, écouter et évaluer correctement la situation est plus important que le matériel pédagogique, car seule la personnalisation conduit à une conformité réussie."
- "J'enseigne aux gens qu'ils peuvent influencer eux-mêmes leurs taux sanguins et qu'ils doivent s'équilibrer pour y parvenir, et cela s'avère être le meilleur moyen de les amener à venir suivre, dans leur vieillesse, des conseils diététiques personnalisés - les forcer à suivre un régime ne fait que les mettre de côté."

Utilisez-vous des supports pédagogiques lors de votre consultation pour expliquer le régime au patient (ex : empreinte de reins, schéma, emballage de produit, infographie, guide du fromage, ...) ?



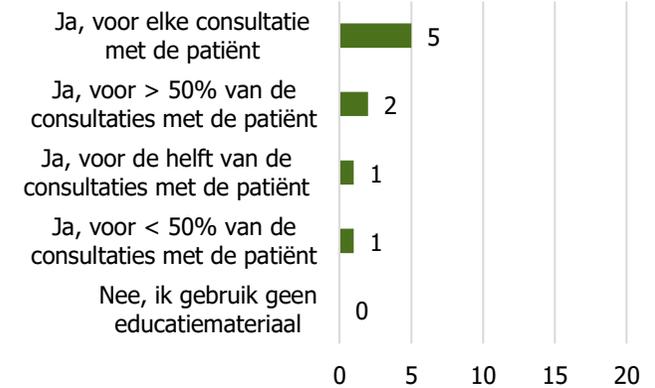
Graphique 72 : PRE - Communication de matériel éducatif

A l'avenir, utiliserez-vous du matériel pédagogique lors de votre consultation pour expliquer le régime au patient (ex. impression de reins, diagramme, emballage de produit, infographie, guide du fromage, ...) ?



Graphique 73 : POST - Matériel pédagogique à emporter

Utilisez-vous des supports pédagogiques lors de votre consultation pour expliquer le régime au patient (ex : empreinte de reins, schéma, emballage de produit, infographie, guide du fromage, ...) ?



Graphique 74 : SUIVI - Apporter du matériel éducatif

## 12. Matériel pédagogique

Ils utilisent le matériel pédagogique suivant :

- Poster comparant les aliments riches en sel
- Tube à essai de sel
- Guide du fromage
- Lecture des étiquettes sur les emballages (fromage, charcuterie, pain)
- Zoutwijzer
- S'inspirer de l'instant présent
- L'alimentation en vue des diététiciens néphrologues flamands
- Listes visuelles de régimes alimentaires
- Brochure "Stop au sel"

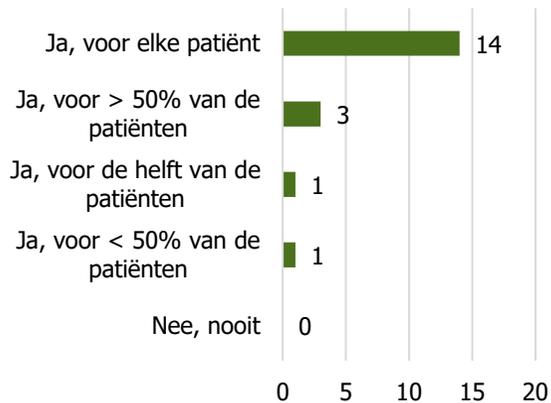
Ce matériel pédagogique a été développé par :

- Poster : Nierstichting - centre de nutrition Pays-Bas
- Guide du fromage : les diététiciens néphrologues flamands
- UZA
- Rein.co.uk
- Fondation du rein.co.uk
- Matériel auto-développé
- Hôpital où travaille le diététicien
- SPF Santé publique
- De la formation en diététique néphrologique

## 13. Conversation sur la motivation

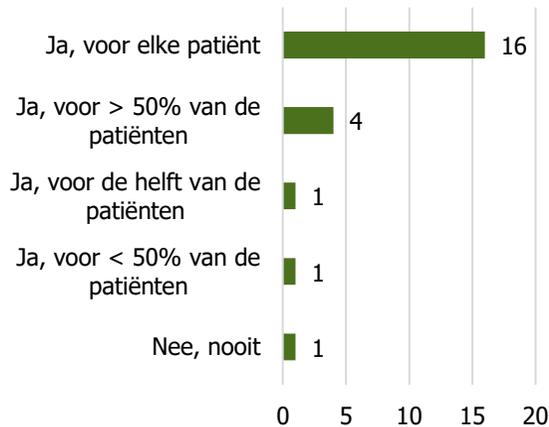
La majorité des diététiciens ont indiqué avant la session de groupe qu'ils allaient engager une conversation sur la motivation pour chaque patient. Après la session de groupe, le nombre de diététiciens qui prévoyaient d'en discuter avec le patient a augmenté. Cependant, l'un d'entre eux a également indiqué ne jamais le faire à l'avenir, dans le questionnaire qui a suivi la session de groupe.

Allez-vous engager une conversation sur la motivation de vos patients IRC ?



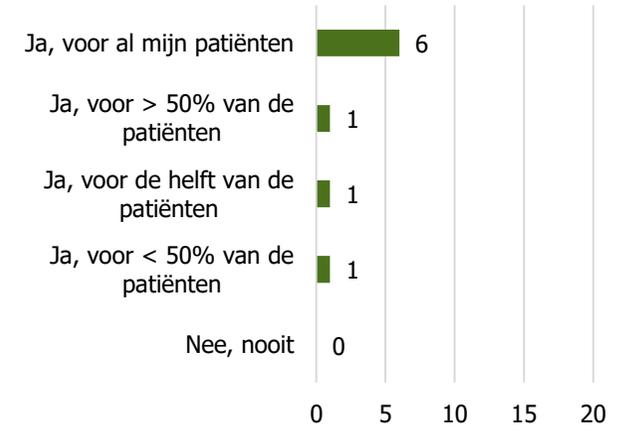
Graphique 75 : PRE - Conversation sur la motivation

Prévoyez-vous une conversation sur la motivation de vos patients IRC ?



Graphique 76 : POST - Conversation sur la motivation

Allez-vous engager une conversation sur la motivation de vos patients IRC ?

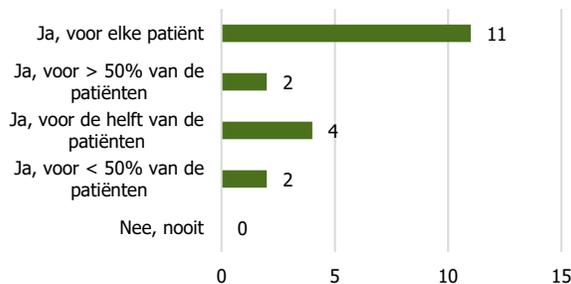


Graphique 77 : SUIVI - Conversation sur la motivation

## 14. Suivi de la motivation

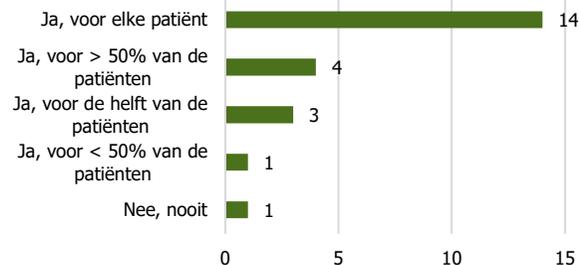
La majorité des diététiciens ont indiqué avant la session de groupe qu'ils continuaient à assurer le suivi de la motivation de chaque patient. Après la session de groupe, le nombre de diététiciens qui prévoyaient de continuer à assurer un suivi a augmenté. Cependant, l'un d'entre eux a également indiqué ne jamais le faire à l'avenir, dans le questionnaire qui a suivi la session de groupe.

Continuez vous à faire un suivi de la motivation pendant le conseil de vos patients IRC ?



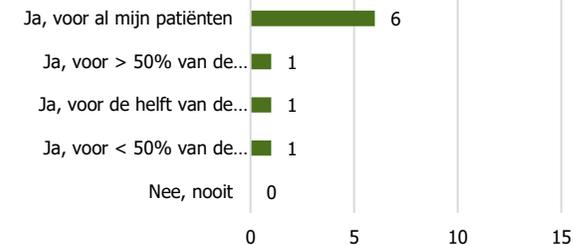
Graphique 78 : PRE - Suivi de la motivation

Prévoyez-vous de faire un suivi de la motivation de vos patients IRC ?



Graphique 79 : POST - Suivi de la motivation

Continuez vous à faire un suivi de la motivation pendant le conseil de vos patients IRC ?



Graphique 80 : SUIVI - Suivi de la motivation

## 2.4.3 Analyse des indicateurs de qualité : questionnaires FR

### Nombre de participants

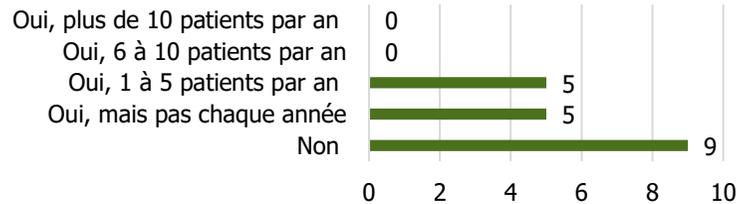
Tous les participants n'ont pas rempli le questionnaire avant, après et après le suivi. De plus, les mêmes questions n'ont pas été posées à tous les participants (déjà un conseil IRC versus pas de conseil IRC). Il faut en tenir compte dans l'interprétation.

Nombre de participants	N	Dont diététiciens supervisant les patients IRC	Dont les diététiciens qui ne supervisent pas les patients IRC
PRE	19	10	9
POST	14	9	5
SUIVI	8	5	3

## 1. Conseil aux patients IRC

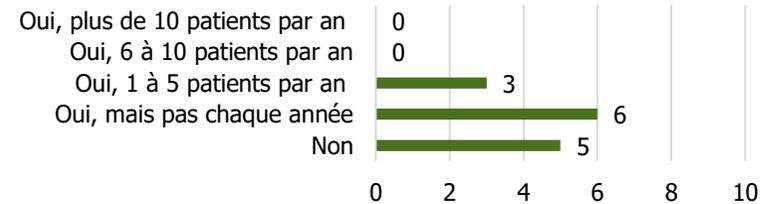
Tant les diététiciens qui n'avaient pas encore supervisé de patients IRC (n = 9) que les diététiciens qui l'avaient déjà fait (n = 10) ont participé à la session. Dans le questionnaire de suivi, cette question a été posée à nouveau : tous les diététiciens ne supervisent pas les patients IRC dans l'intervalle, mais en général, ils semblent prévoir de traiter éventuellement plus de patients IRC dans les soins primaires. Deux diététiciens n'étaient pas certains de vouloir le faire. Il y a également eu un changement dans l'intention de gérer plus de patients IRC à l'avenir. Par exemple, l'un d'eux a indiqué qu'il allait contacter les urologues et les médecins généralistes de la région le mois prochain.

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



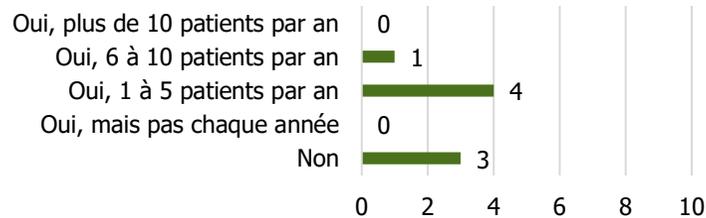
Graphique 81 : PRE - accompagnement IRC

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



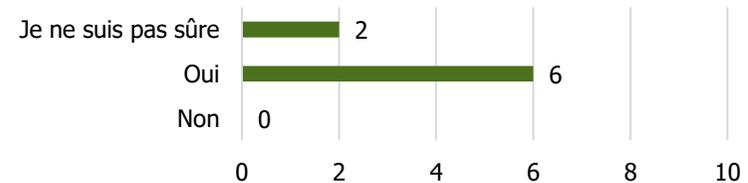
Graphique 82 : POST - accompagnement IRC

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



Graphique 83 : SUIVI - accompagnement IRC

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

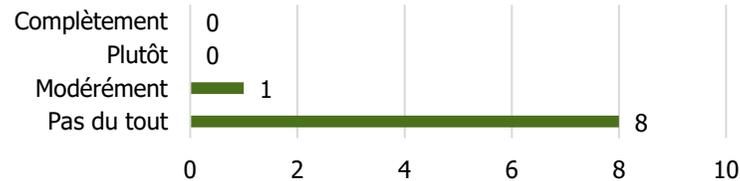


Graphique 84 : SUIVI – accompagnement IRC

## 1. Conseil aux patients IRC

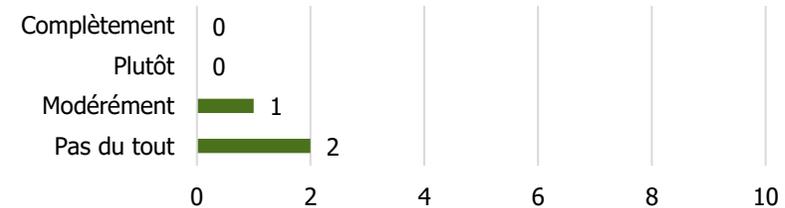
Les diététiciens qui ne supervisent pas encore les patients IRC ne se sentent pas à l'aise pour faire ces consultations. Dans la phase de suivi, cela semble encore être le cas pour deux diététiciens.

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



*Graphique 85 : PRE - Se sentir à l'aise pour accompagner les patients IRC*

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



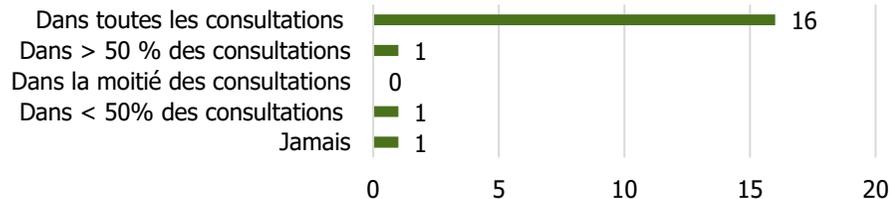
*Graphique 86 : SUIVI - Se sentir à l'aise pour conseiller les patients IRC*

## 2. Rapport d'une consultation

Presque tous les diététiciens, à l'exception de trois participants, ont indiqué dans la phase préliminaire qu'ils établissent un rapport pour chaque consultation. Pour les patients de IRC, ils font tous cela à chaque consultation. Après la session de groupe, ils ont l'intention de le faire pour chaque consultation, à l'exception d'un diététicien qui a indiqué ne pas le faire. Type de rapports le plus souvent utilisés :

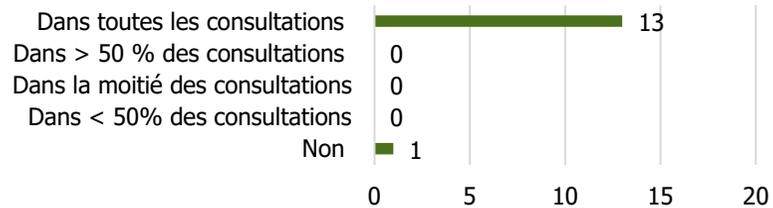
- Document Word/pdf
- Électronique, e-mail
- Sur papier
- Dossier patient partagé dans un cabinet médical
- Omnipro, Medispring

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, ...)?



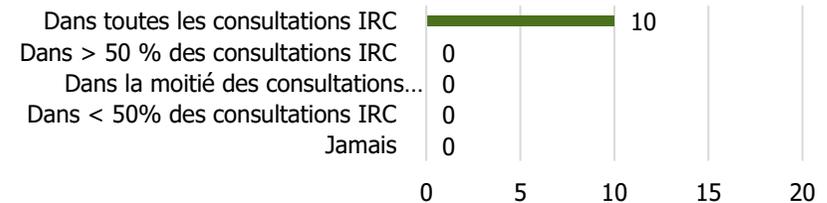
Graphique 87 : PRE - rapport de la consultation générale

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



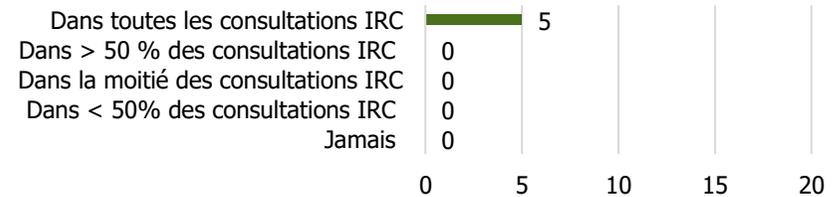
Graphique 89 : POST - rapport de consultation avec un patient IRC

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



Graphique 88 : PRE - enregistrement de la consultation avec le patient IRC

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

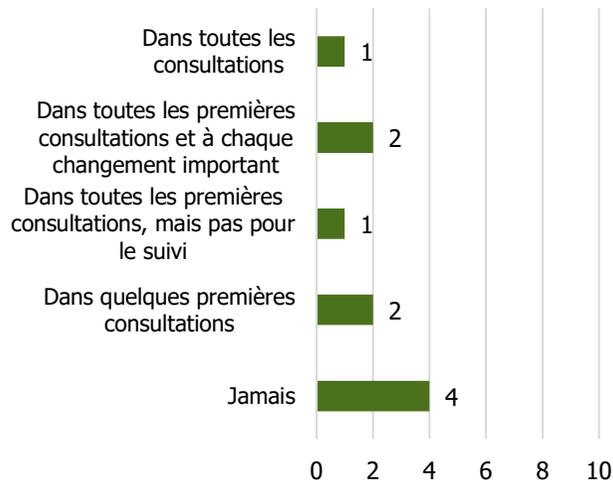


Graphique 90 : SUIVI - enregistrement de la consultation avec le patient IRC

## 4. Retour d'information au médecin généraliste

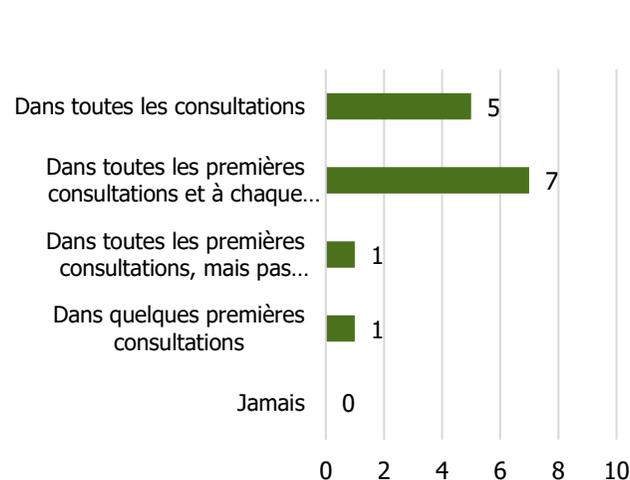
La majorité des diététiciens ont indiqué qu'ils fournissaient un retour d'information au médecin généraliste pour chaque consultation de patient IRC. Après la session de groupe, le nombre de diététiciens ayant fourni un retour d'information pour <50% des consultations passe à la moitié et > 50% des consultations. Il y a donc un changement significatif dans l'intention de retour du traitement diététique. Cependant, dans les résultats du suivi, il y a une distribution égale entre chaque consultation, les premières consultations + changements significatifs et chaque fois après les premières consultations.

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



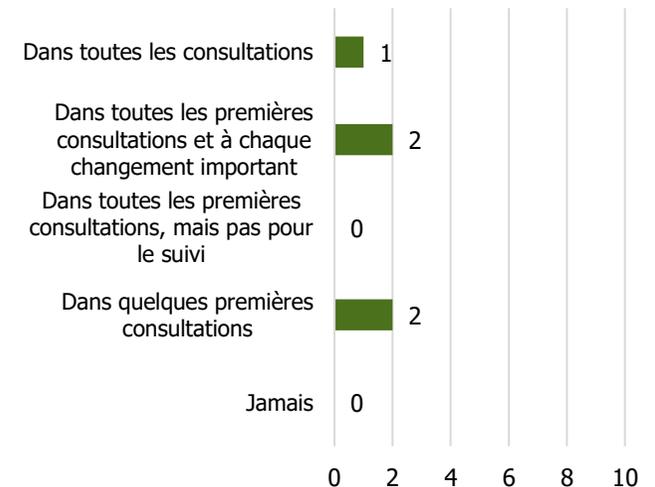
Graphique 91 : PRE – rapport au médecin généraliste

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



Graphique 92 : POST – rapport au médecin généraliste

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



Graphique 93 : SUIVI – rapport au médecin généraliste

## 4. Retour d'information au médecin généraliste

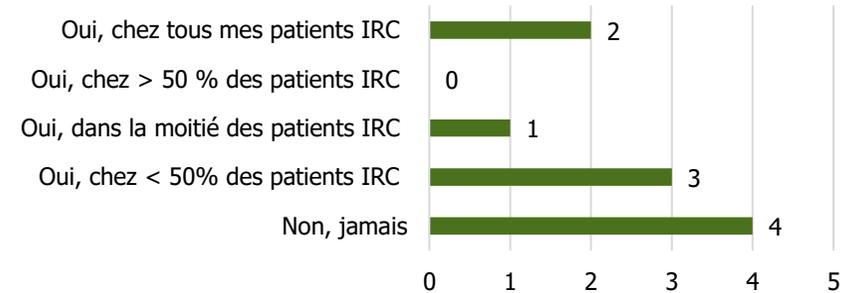
Avant le début de la session de groupe, les diététiciens indiquent un retour sur les points suivants :

- Présentation du patient
- Motif de la consultation
- Informations anthropométriques, informations médicales et cliniques (médicaments, paramètres et valeurs de laboratoire, stade IRC)
- Historique et expériences en matière de régime alimentaire
- Régime alimentaire suggéré
- Objectifs
- Motivation et attentes
- Conditions de vie
- Changements de régime alimentaire et de mode de vie
- Suivi des consultations
- Informations financières
- Autres informations

Quelles sont les informations manquantes ?

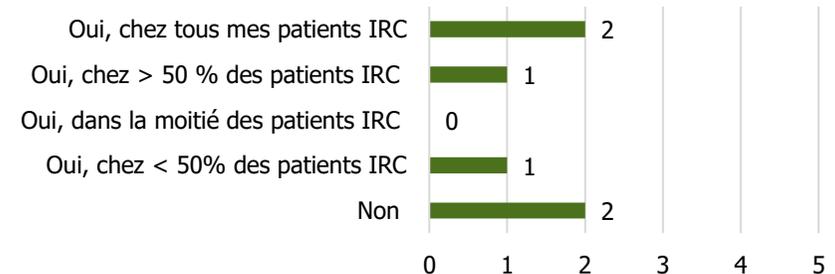
- "Souvent, il n'y a aucune indication sur les directives diététiques à suivre".
- "Parfois il n'y a rien de plus que IRC"
- "Le patient a oublié son test sanguin"
- Biologie
- "Souvent, c'est juste une lettre avec "merci de prendre soin du patient" et l'étape IRC".

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



Graphique 94 : PRE - lettre de recommandation reçue

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

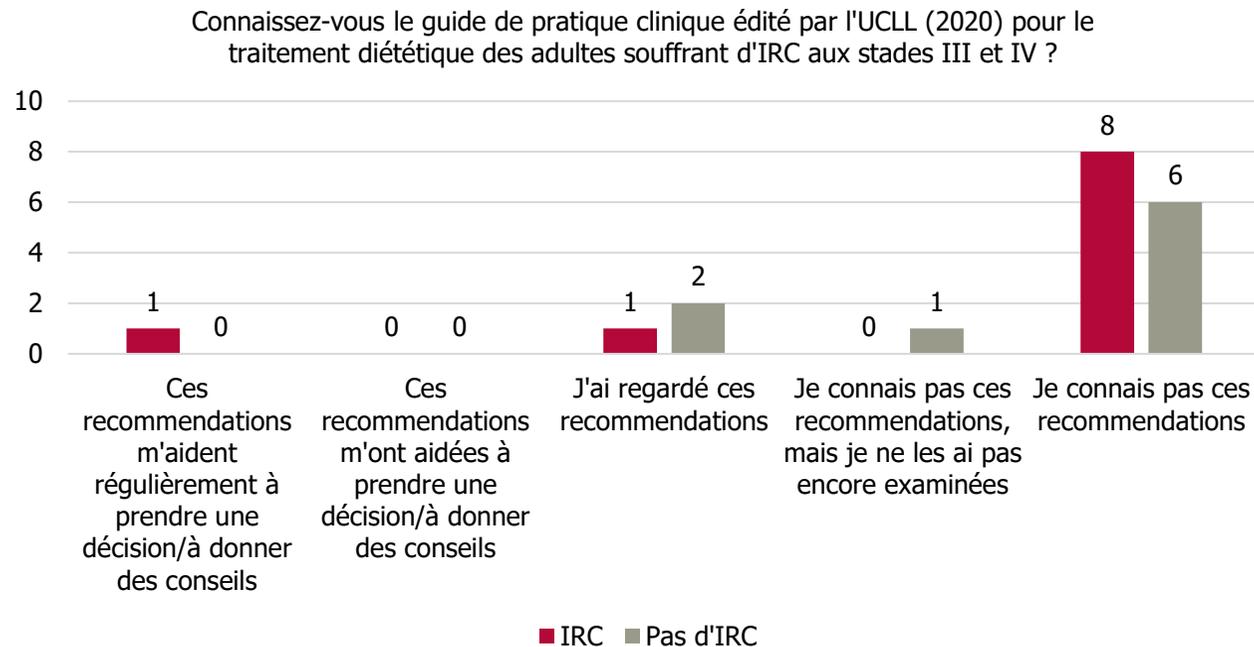


Graphique 95 : PRE - contenu de la lettre de recommandation

## 5. Connaissance de la directive sur l'alimentation

Avant le début de la session de groupe, 14 diététiciens ne connaissaient pas la GPC et seulement 1 diététicien avait déjà utilisé la GPC. Trois diététiciens avaient déjà examiné les recommandations. Après la session de groupe, la GPC avait déjà aidé trois diététiciens à prendre une décision ou à donner des conseils. La plupart des participants après la session de groupe avaient déjà examiné les recommandations.

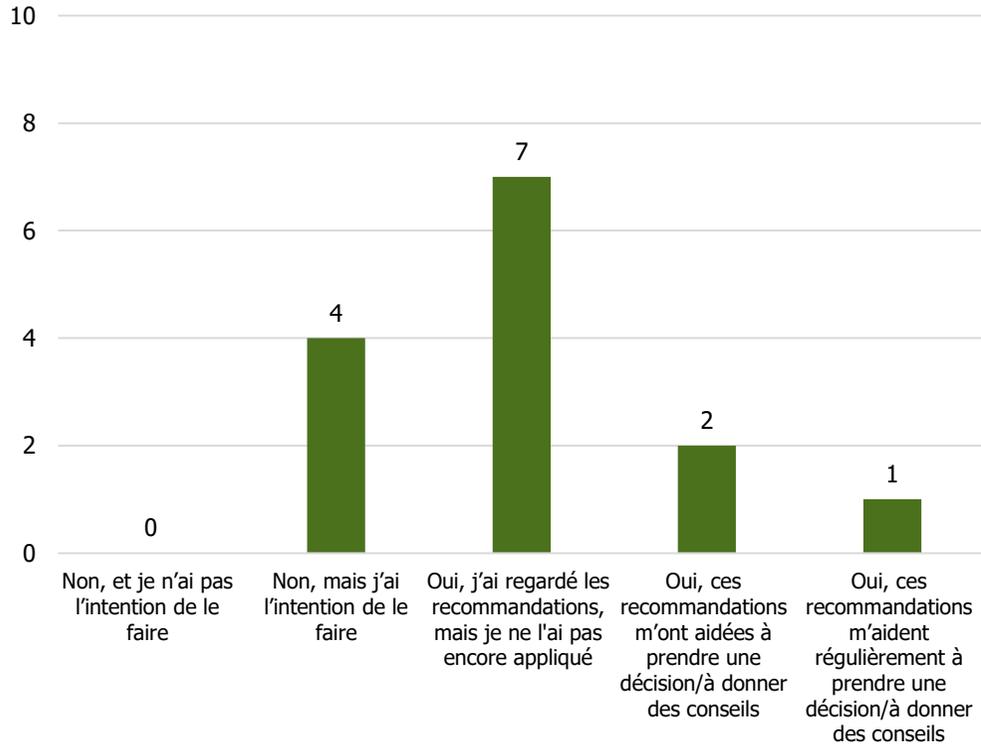
Lors du suivi, la moitié des diététiciens ont indiqué que la GPC les avait déjà aidés à prendre des décisions et/ou à donner des conseils.



Graphique 96 : PRE – connaissance de la GPC

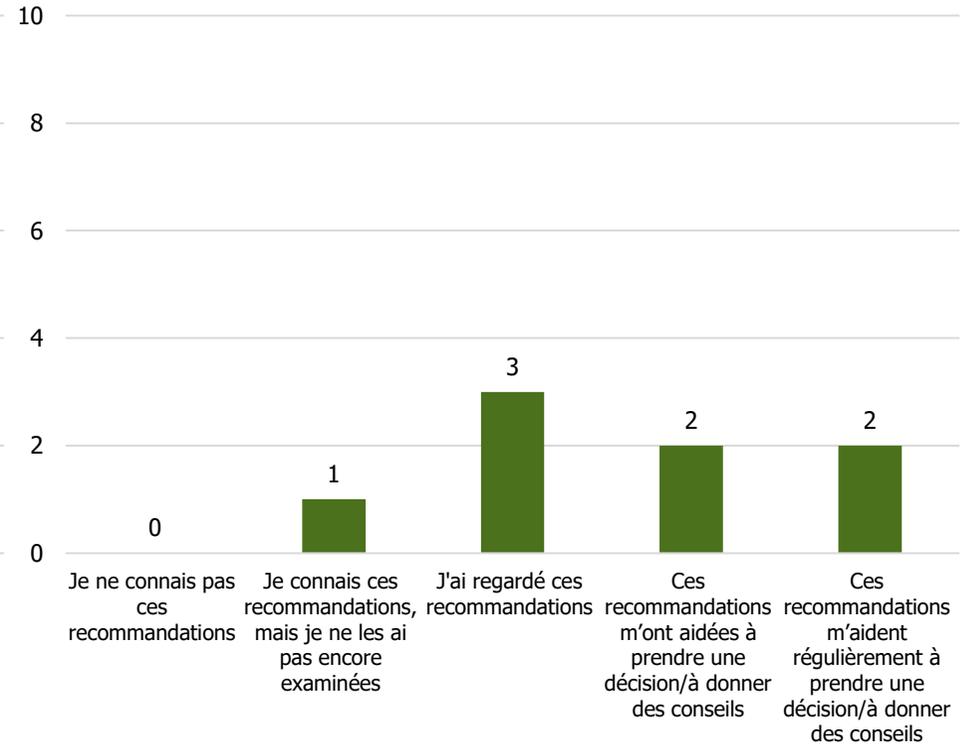
## 5. Connaissance de la directive sur l'alimentation

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 ?



Graphique 97 : POST – connaissance de la GPC

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 ?

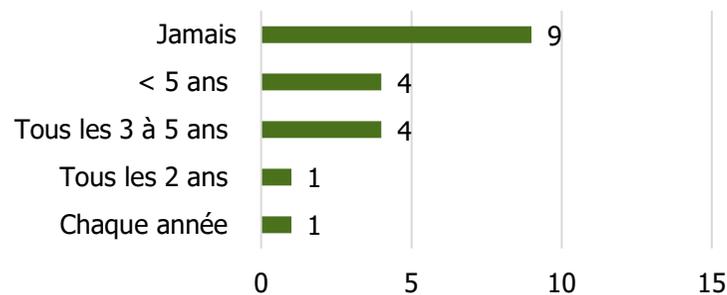


Graphique 98 : SUIVI - connaissance de la GPC

## 6. Formation complémentaire sur IRC

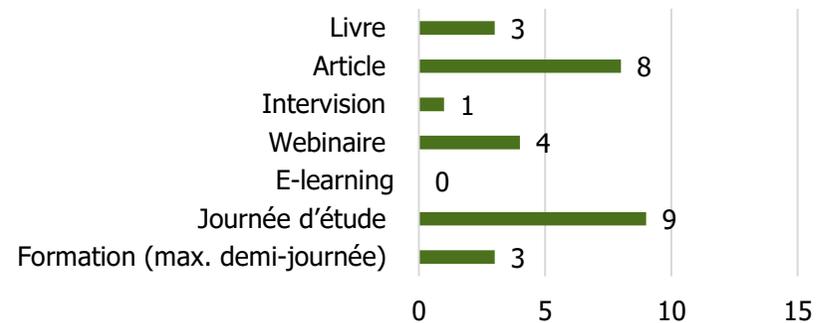
Neuf diététiciens n'ont jamais suivi de formation complémentaire sur le thème de l'IRC. Un seul diététicien a déclaré le faire chaque année. En outre, huit diététiciens ont indiqué que cela faisait plus de trois ans. Les diététiciens se forment principalement par le biais d'articles, de journées d'étude, de webinaires, de cours de remise à niveau et de livres.

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



Graphique 99 : PRE - formation continue sur IRC

Par quelle méthode vous êtes-vous formé ?

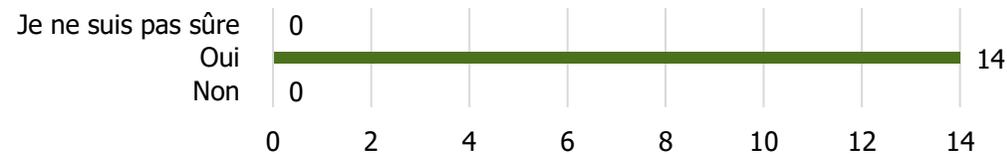


Graphique 100 : PRE - Méthodes de formation continue au IRC

## 6. Formation continue sur IRC

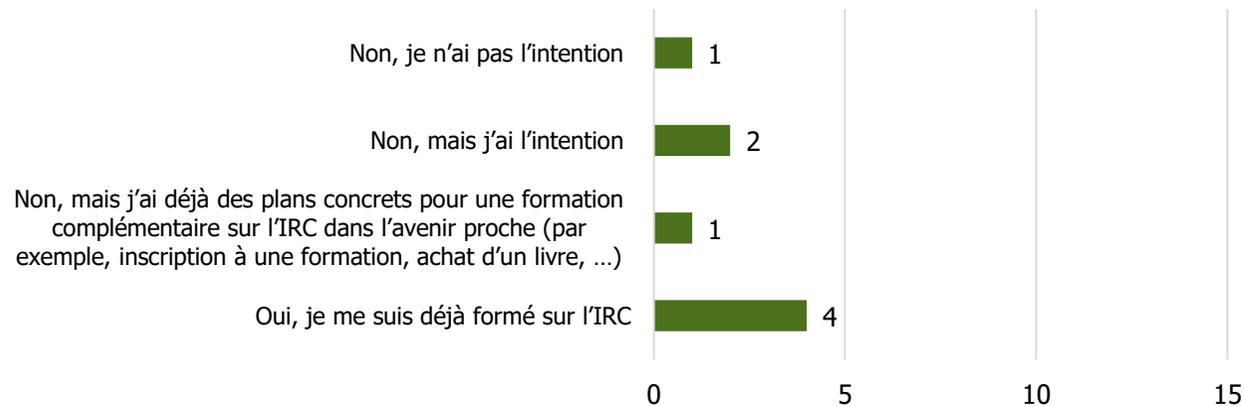
Tous les diététiciens ont indiqué dans le questionnaire POST qu'ils avaient l'intention de suivre une formation complémentaire sur le thème de la IRC. Lorsqu'ils ont été interrogés 6 mois après la session de groupe, la plupart des diététiciens ont indiqué qu'ils s'étaient déjà recyclés depuis la session. Trois diététiciens ont exprimé leur intention de le faire, l'un d'entre eux faisant déjà des plans concrets (par exemple, il s'est inscrit à une formation de recyclage, a acheté un livre,...).

Avez-vous l'intention de vous informer plus fréquemment sur l'insuffisance rénale chronique à l'avenir ?



Graphique 102 : POST - Formation continue IRC

Avez-vous pris des mesures depuis la séance de réflexion en groupe pour vous former sur l'IRC ?



Graphique 103 : SUIVI - Formation continue IRC

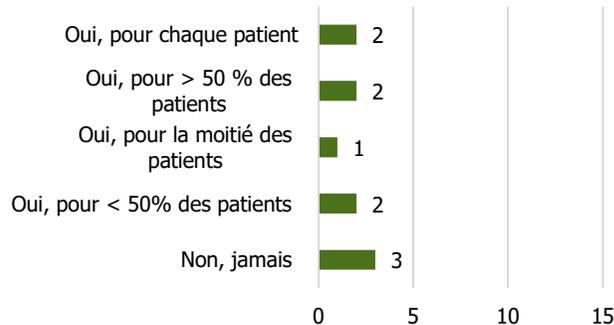
## 7. Évaluer le risque de malnutrition

Avant les sessions de groupe, la plupart des diététiciens estimaient déjà le risque de malnutrition chez les patients atteints d'IRC. Après la session de groupe, le nombre de diététiciens prêts à le faire pour chaque patient a augmenté de manière significative. Quelques mois après la session de groupe, la plupart des diététiciens qui l'ont rempli ont indiqué qu'ils effectuent cette évaluation pour chaque patient atteint d'IRC. Un diététicien a indiqué qu'il ne le faisait jamais.

Dans le questionnaire pour les sessions de groupe, il y avait une question supplémentaire sur la façon dont les diététiciens évaluaient ce risque. Les diététiciens ont donné les réponses suivantes :

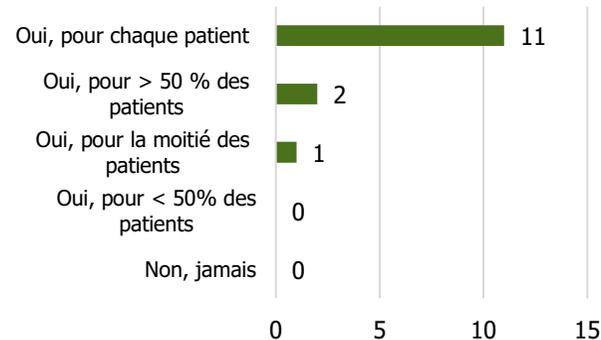
- Mesures anthropométriques : poids, taille, IMC.
- Historique du régime alimentaire
- Albumine, préalbumine, etc.
- Critères GLIM : NRS2002, MNA
- Cinétique du poids (œdèmes, diurétiques...)
- Observation de l'évolution du poids

Évaluez vous le risque de malnutrition pour chaque patient ?



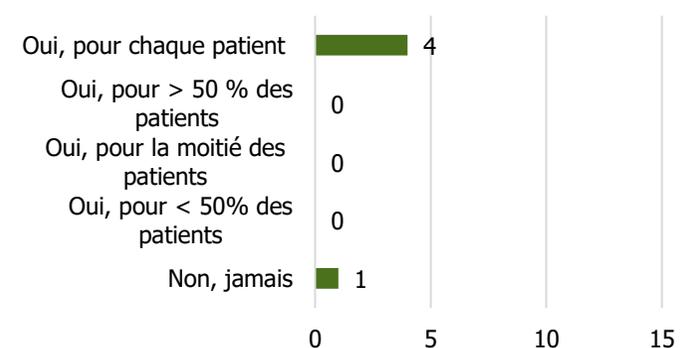
Graphique 104 : PRE - estimation du risque de malnutrition

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



Graphique 105 : POST - estimation du risque de malnutrition

Évaluez vous le risque de malnutrition pour chaque patient ?



Graphique 106 : SUIVI - estimation du risque de malnutrition

## 8. Application des recommandations

On a demandé aux diététiciens qui conseillent déjà les patients IRC s'ils appliquaient déjà les recommandations diététiques dans leur pratique.

### **ENERGIE**

Les réponses varient de la moitié des patients pour qui c'est applicable, à >50% des patients pour qui c'est applicable et à tous les patients pour qui c'est applicable. L'option "Oui, pour chaque patient auquel cette recommandation s'applique" était la plus fréquemment indiquée à chaque étape.

### **PROTEINE**

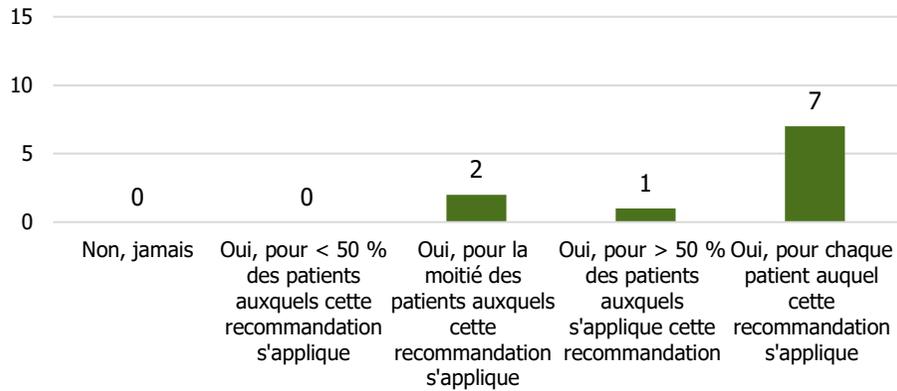
Pour la recommandation sur les protéines, l'option "Oui, pour chaque patient pour lequel cette recommandation est applicable" a été la plus indiquée à chaque étape. Après la session de groupe, tous les diététiciens ont indiqué qu'ils avaient l'intention d'appliquer la recommandation à chaque patient pour lequel elle est applicable.

### **SEL**

Les réponses variaient de jamais à la moitié des patients pour lesquels c'est applicable, >50% des patients pour lesquels c'est applicable et pour tous les patients pour lesquels c'est applicable. L'option "Oui, pour chaque patient auquel cette recommandation s'applique" a été indiquée le plus souvent à chaque étape. Après la session de groupe, tous les diététiciens ont indiqué qu'ils avaient l'intention d'appliquer la recommandation à chaque patient pour lequel elle est applicable.

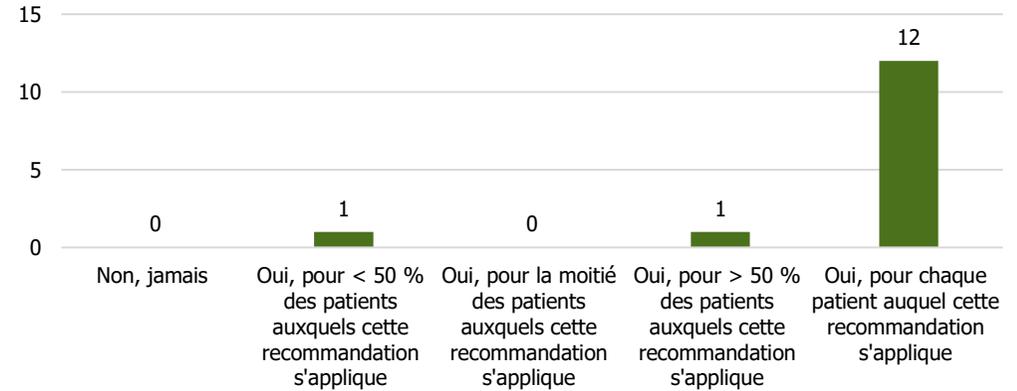
## 8. Application des recommandations

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



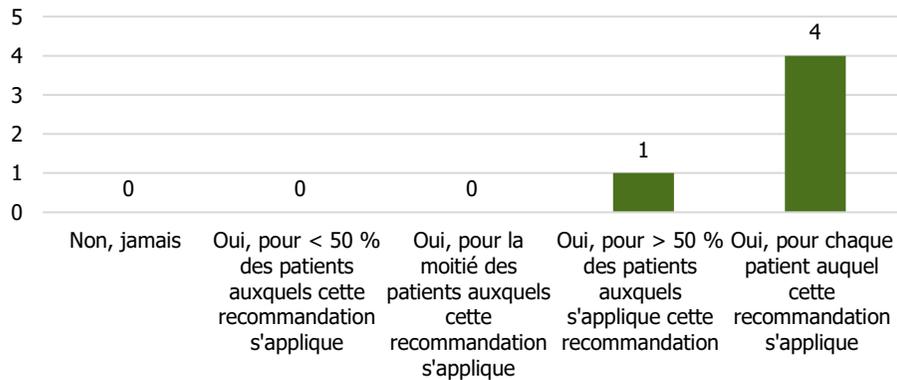
Graphique 107 : PRE – Application du recommandation énergie

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



Graphique 108 : POST - Application du recommandation énergie

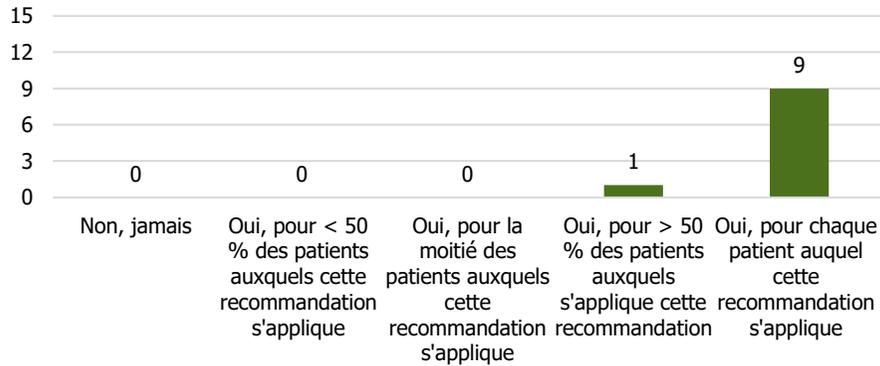
**Adaptez-vous les apports en énergie chez vos patients ?**



Graphique 109 : SUIVI - Application du recommandation énergie

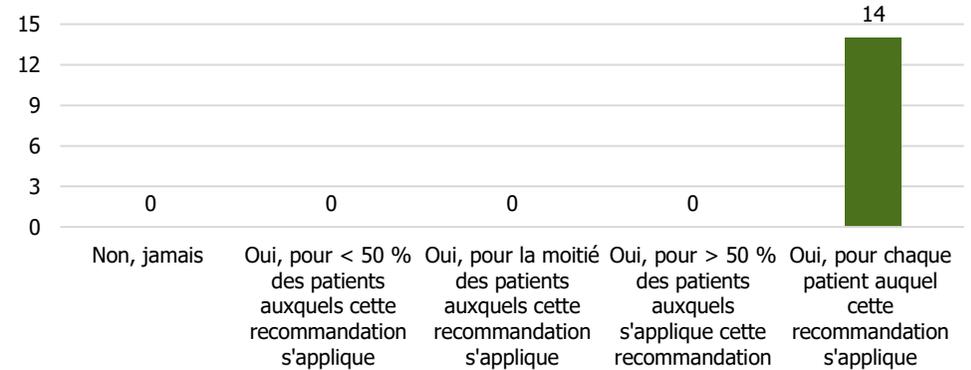
## 8. Application des recommandations

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



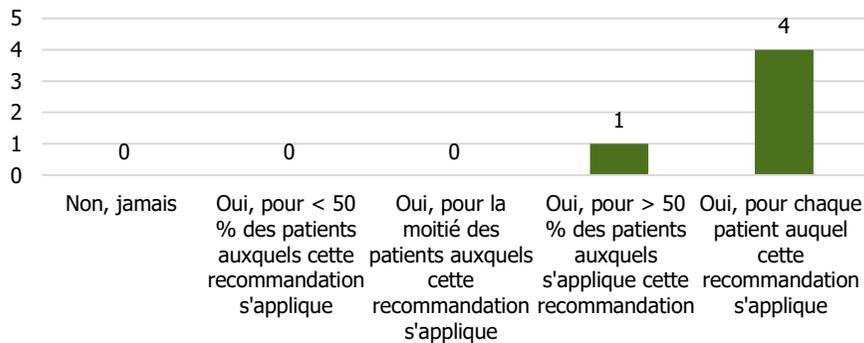
Graphique 110 : PRE - Application du recommandation protéine

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



Graphique 111 : POST - Application du recommandation protéine

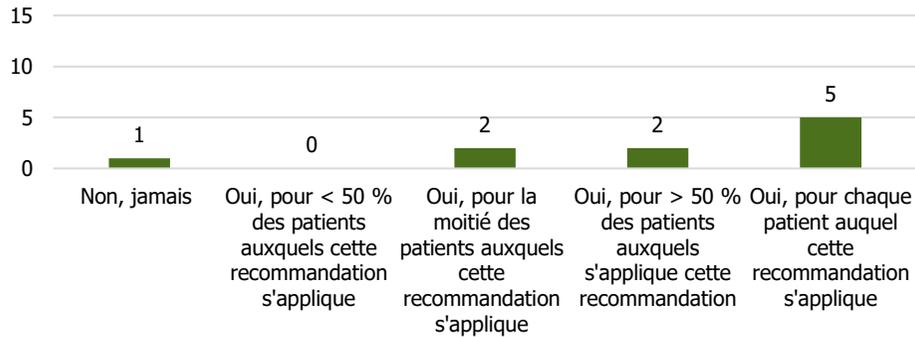
**Adaptez-vous les apports en protéines chez vos patients ?**



Graphique 112 : FOLLOW-UP - Application du recommandation protéine

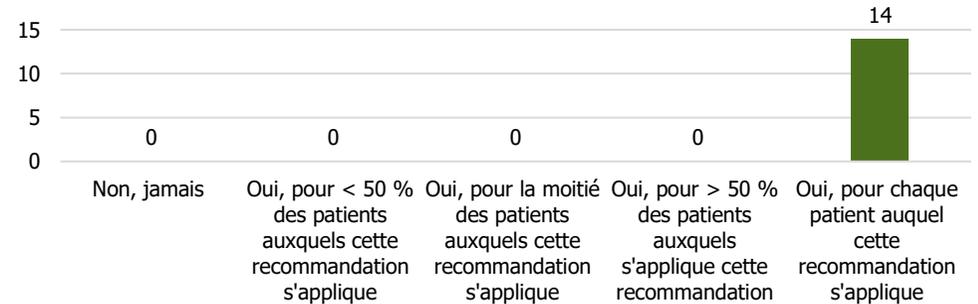
## 8. Application des recommandations

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



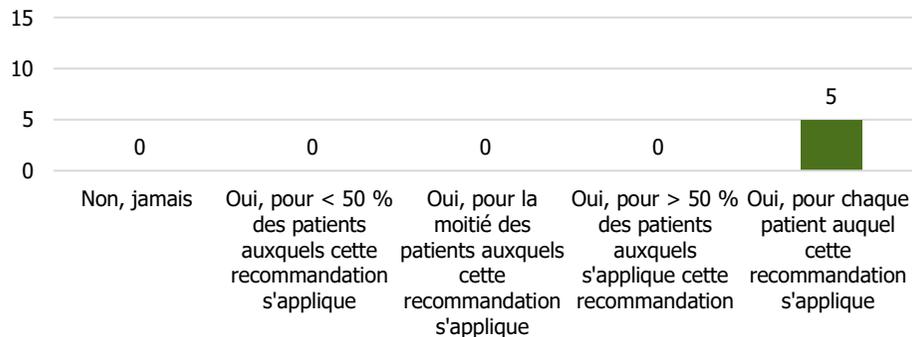
Graphique 113 : PRE - Application du recommandation sodium

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



Graphique 114 : POST - Application du recommandation sodium

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



Graphique 115 : SUIVI - Application du recommandation sodium

## 8. Application des recommandations

### **PHOSPHATES**

Les réponses variaient de jamais à la moitié des patients pour lesquels c'est applicable, >50% des patients pour lesquels c'est applicable et pour tous les patients pour lesquels c'est applicable. Pour la recommandation sur le phosphate, l'option "Oui, pour chaque patient pour lequel cette recommandation est applicable" était la plus fréquemment indiquée à chaque étape. Après la session de groupe, presque tous les diététiciens ont indiqué qu'ils avaient l'intention d'appliquer la recommandation pour chaque patient pour lequel elle est applicable, à l'exception d'un diététicien.

Le questionnaire PRE a montré que 2/3 des diététiciens ne tiennent pas compte de la biodisponibilité des phosphates. Après la session de groupe, le nombre de diététiciens prêts à en tenir compte à l'avenir a augmenté de manière significative (9 participants sur 14). Six mois après la session de groupe, ils disent tous qu'ils appliquent cette recommandation pour chaque patient pour lequel elle est applicable.

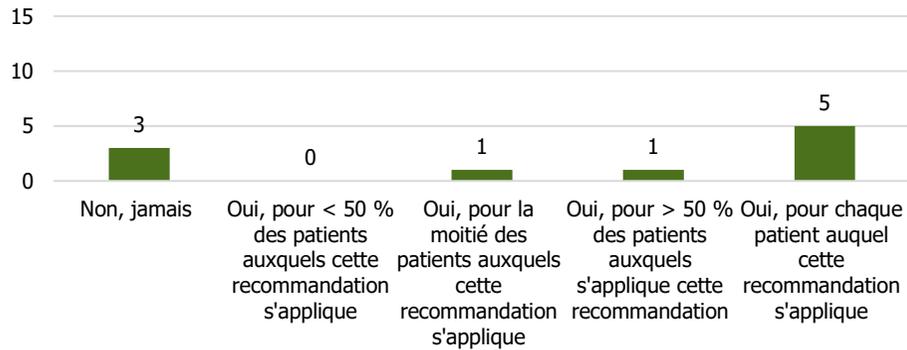
Les diététiciens ont donné des raisons qui rendent plus difficile l'application de la recommandation sur les phosphates dans la pratique. Par exemple, ils ont indiqué que l'accent est mis pour eux sur les additifs (préférence pour les aliments faits maison, les fromages modifiés,...). Ils conseillent plus souvent de limiter les aliments les plus riches en phosphore tout en maintenant les substances essentielles dans une alimentation équilibrée adaptée au stade IRC. Enfin, ils examinent les résultats sanguins et les antécédents du patient.

### **POTASSIUM**

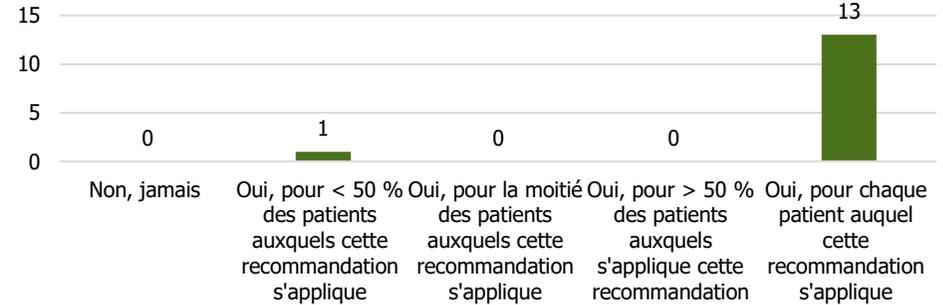
Dans la phase PRE, les diététiciens indiquent principalement qu'ils appliquent la recommandation pour chaque patient pour lequel elle est applicable. Deux diététiciens indiquent qu'ils ne l'appliquent jamais. Après la session de groupe, on constate un changement positif : tous les diététiciens ont l'intention de l'appliquer pour chaque patient pour lequel la recommandation est applicable. Même lors du suivi, ils indiquent qu'ils appliquent cette recommandation pour chaque patient pour lequel la recommandation est applicable.

## 8. Application des recommandations

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



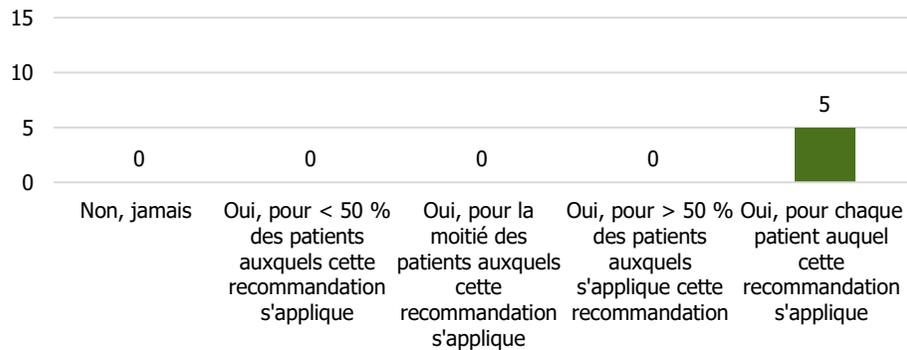
**Avez-vous l'intention d'adapter les apports en phosphate chez vos patients auxquels s'applique cette recommandation ? Si oui combien allez-vous recommander ?**



Graphique 116 : PRE - Application du recommandation phosphate

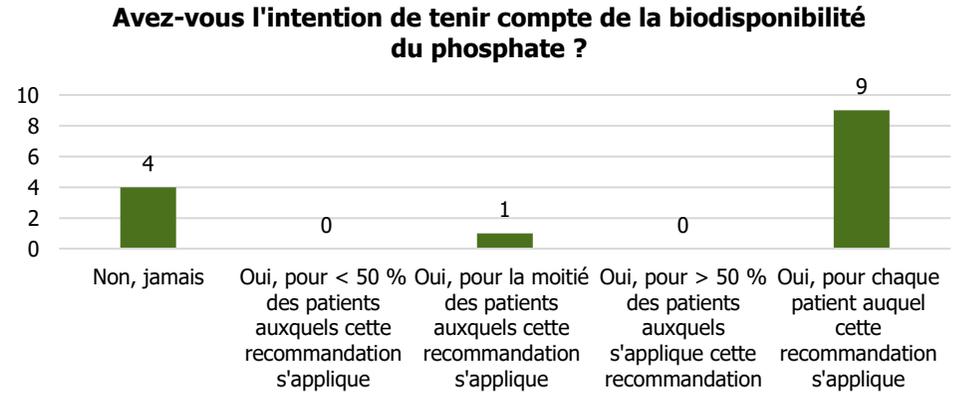
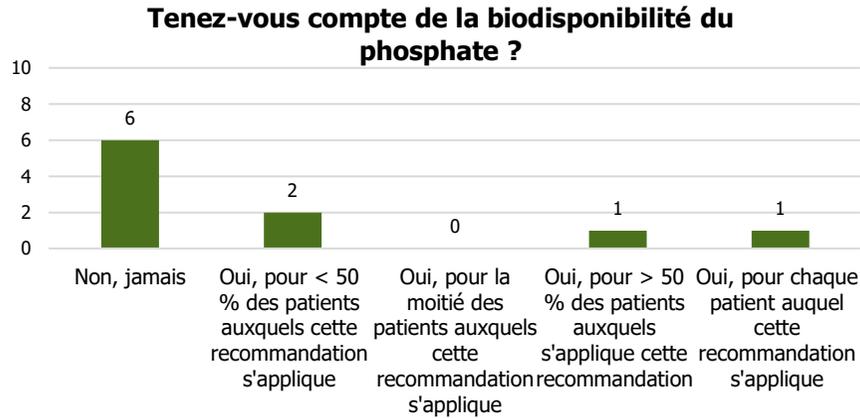
Graphique 117 : POST - Application du recommandation phosphate

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



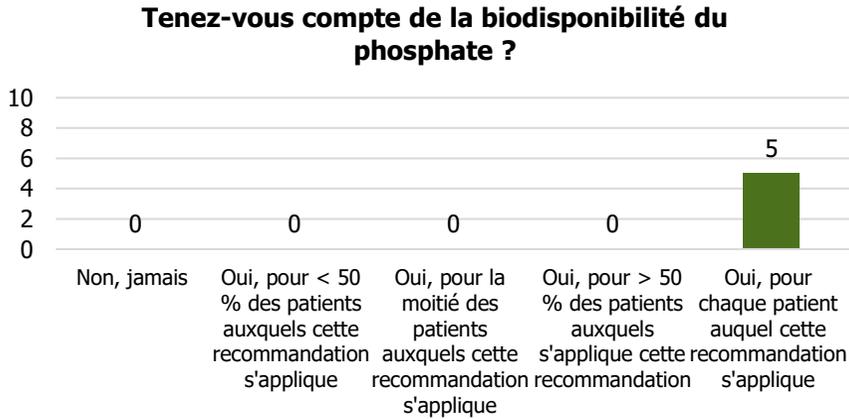
Graphique 118 : FOLLOW-UP - Application du recommandation phosphate

## 8. Application des recommandations



Graphique 119 : PRE - Application de la recommandation sur la biodisponibilité des phosphates

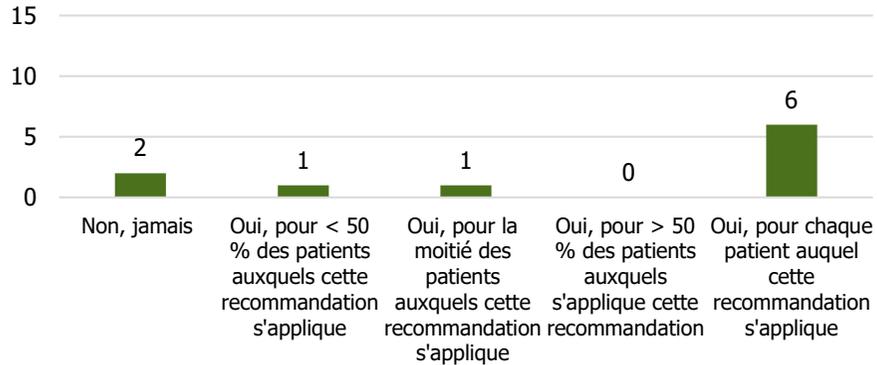
Graphique 120 : POST - Application de la recommandation sur la biodisponibilité des phosphates



Graphique 121 : FOLLOW-UP - Recommandation d'application biodisponibilité des phosphates

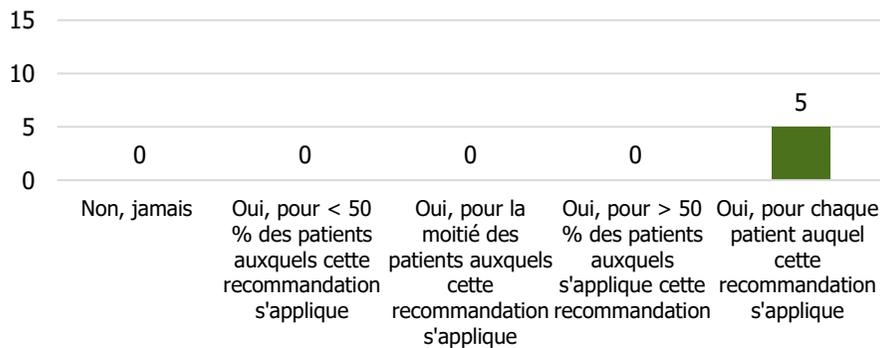
## 8. Application des recommandations

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



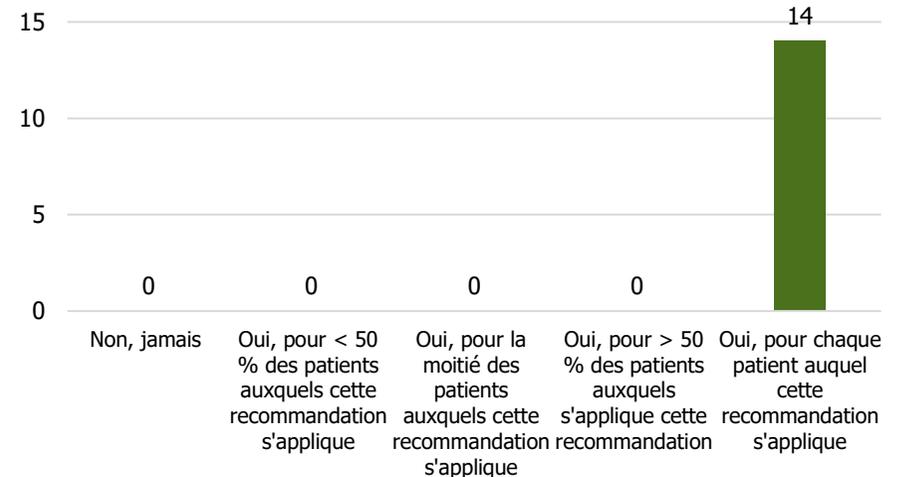
Graphique 122 : PRE - Application du recommandation potassium

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



Graphique 124 : SUIVI - Application du recommandation potassium

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



Graphique 123 : POST - Application du recommandation potassium

## 8. Application des recommandations

### **POURQUOI NE PAS APPLIQUER CETTE RECOMMANDATION ?**

Les participants qui traitent des patients atteints d'IRC ont eu la possibilité d'expliquer pourquoi ils ne seraient pas en mesure d'appliquer une recommandation pour chaque question sur l'application. Les diététiciens ont indiqué que leur formation et leur expérience en matière d'IRC étaient insuffisantes. En outre, il y a peu de temps pour s'y intéresser et il y a parfois peu de patients atteints de ce syndrome dans les soins primaires.

#### PRE

- Manque de patients dans le cabinet.
- Pas assez d'éducation sur le sujet
- Je n'ai jamais eu l'occasion de le pratiquer en

#### POST

##### 1 mois après la session de groupe

- Le moment de la consultation était initialement un facteur limitant, mais il est désormais possible de fixer des priorités.

#### SUIVI

##### 6 mois après la session de groupe

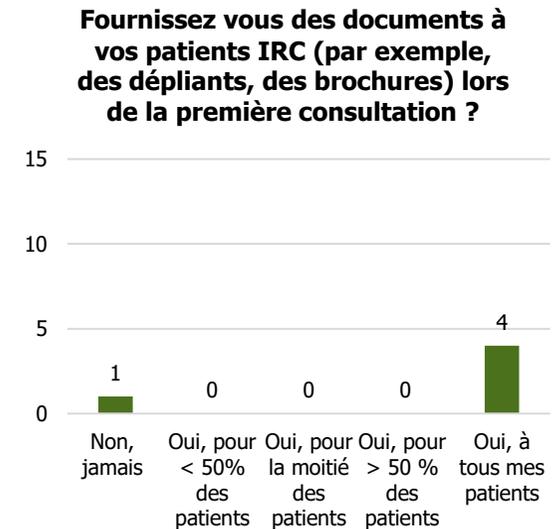
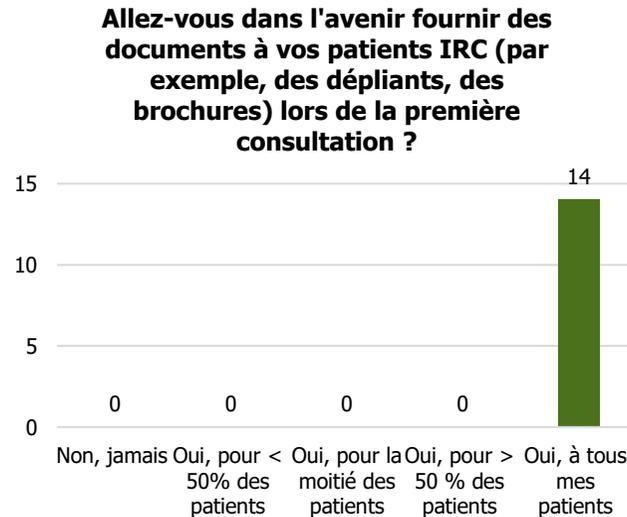
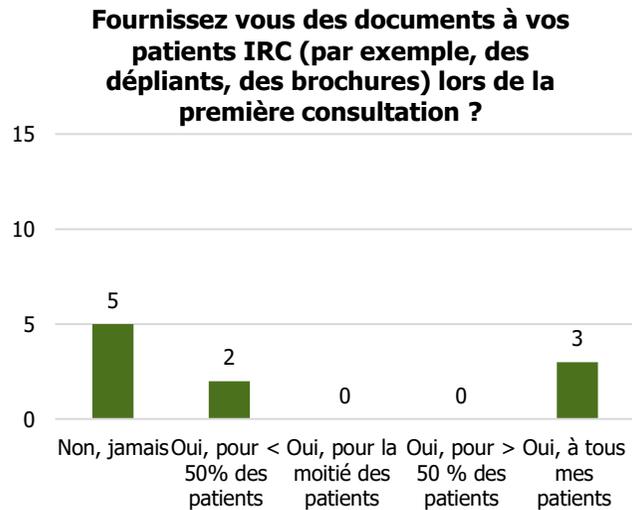
- Manque de patients

## 9. Informations pour les patients

Cinq diététiciens ont indiqué qu'ils ne donnent jamais d'informations aux patients, tandis que les cinq autres diététiciens le font pour <50% (2) ou pour tous les patients (3). Après la session de groupe, tous ont l'intention de fournir cela à tous les patients. Six mois plus tard, tous les diététiciens font cela pour chaque patient, à l'exception d'un diététicien qui ne le fait jamais.

Les informations qu'ils utilisent ont été élaborées par :

- Les diététiciens eux-mêmes
- Base de données (diététicienne indépendante de l'hôpital)
- Les diététiciens du GDN
- Société Leo Pharma



Graphique 125 : PRE - Communiquer des informations aux patient

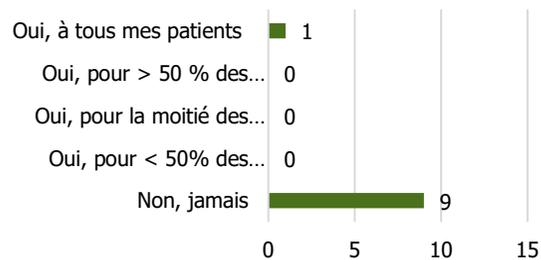
Graphique 126 : POST - Communiquer l'information aux patients

Graphique 127 : SUIVI - Communiquer l'information aux patients

## 10. Matériel pédagogique

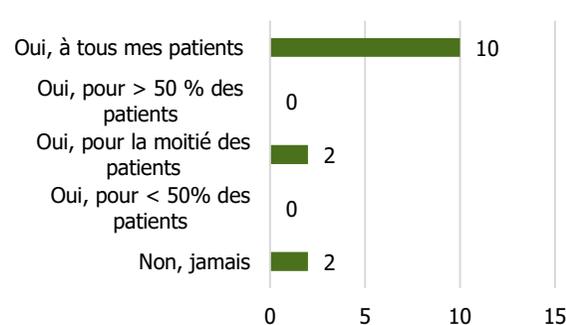
La plupart des diététiciens n'utilisent pas de matériel éducatif. Un seul diététicien l'utilise pour chaque patient. Après la session de groupe, il y a un grand changement pour l'utiliser avec tous les patients à l'avenir. Six mois après la session de groupe, deux diététiciens l'utilisent pour chaque patient, deux pour >50% des patients et un diététicien jamais. Ils utilisent à cette fin leurs propres documents élaborés.

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



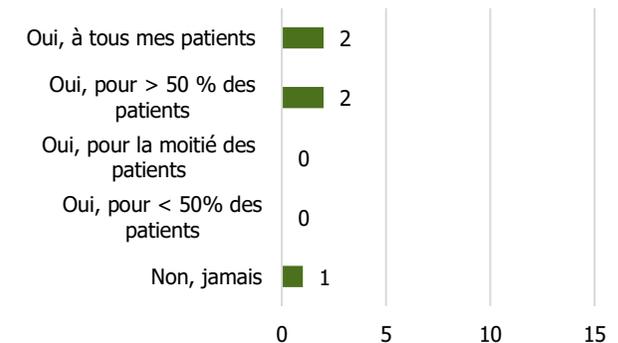
Graphique 128 : PRE - Apporter du matériel pédagogique

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



Graphique 129 : POST - Apporter du matériel éducatif

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

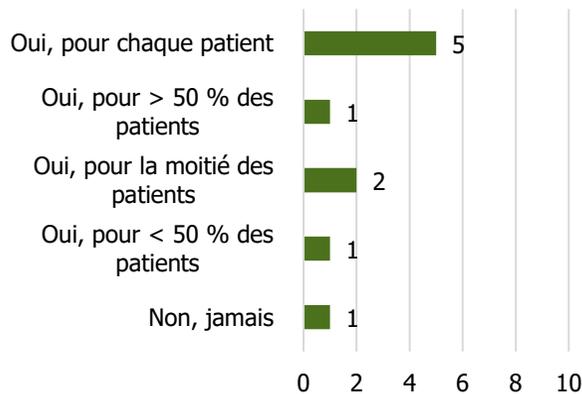


Graphique 130 : SUIVI - Apporter du matériel éducatif

## 11. Conversation sur la motivation

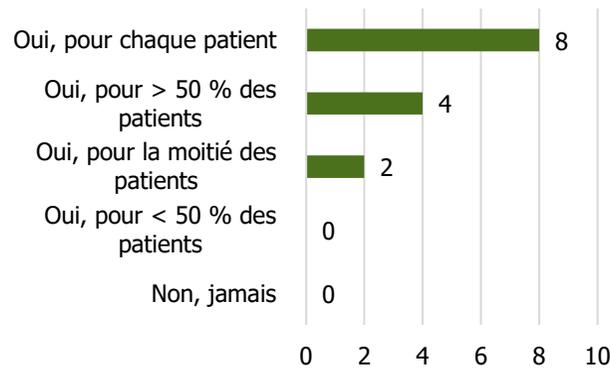
La majorité des diététiciens ont indiqué avant la session de groupe qu'ils allaient engager une conversation sur la motivation pour chaque patient. Après la session de groupe, le nombre de diététiciens qui prévoyaient d'avoir une conversation à ce sujet avec le patient a augmenté. Même après six mois, la majorité a indiqué qu'elle le ferait pour chaque patient.

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



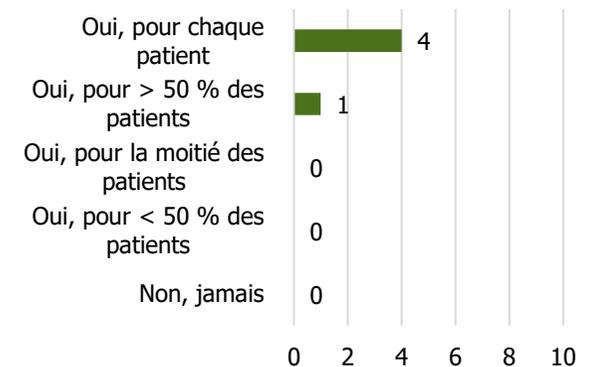
Graphique 131 : PRE - Conversation sur la motivation

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



Graphique 132 : POST - Conversation sur la motivation

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

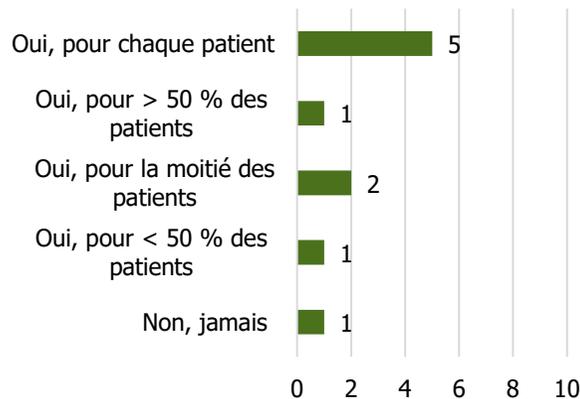


Graphique 133 : SUIVI - Conversation sur la motivation

## 12. Suivi de la motivation

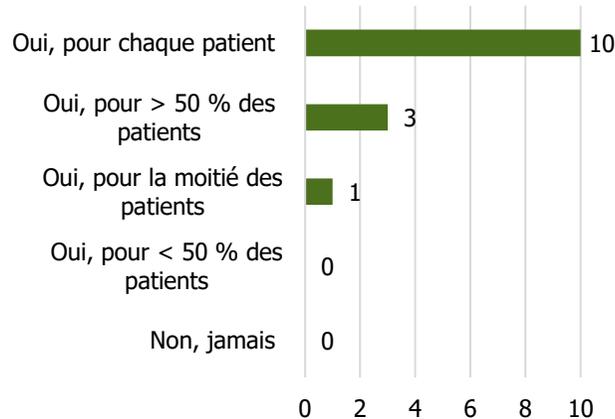
La majorité des diététiciens ont indiqué avant la session de groupe qu'ils continuaient à suivre la motivation de chaque patient. Après la session de groupe, le nombre de diététiciens qui prévoient de continuer le suivi a augmenté et cela est resté stable dans le questionnaire de suivi.

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



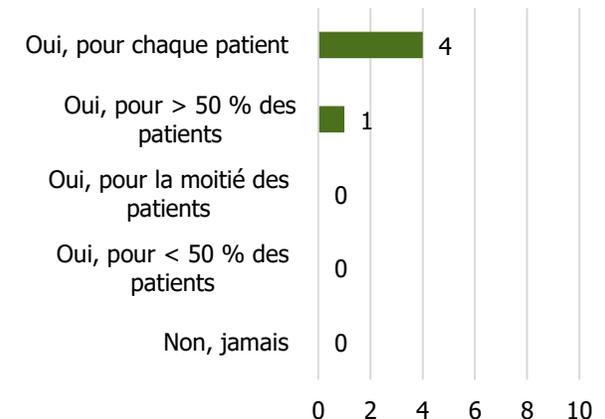
Graphique 134 : PRE - Suivi de la motivation

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



Graphique 135 : POST - Suivi de la motivation

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

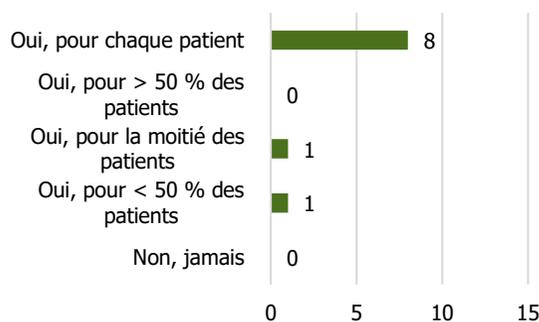


Graphique 136 : SUIVI - Suivi de la motivation

## 13. Autres facteurs du traitement nutritionnel

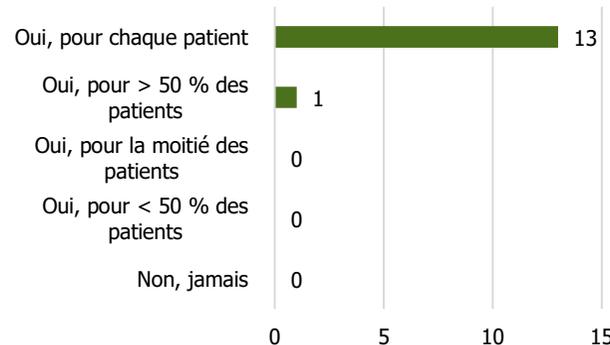
Les diététiciens indiquent principalement qu'ils prennent également en compte d'autres facteurs que la nutrition pour chaque patient lors du traitement de l'IRC. Après la session de groupe, tous les diététiciens indiquent qu'ils aimeraient le faire pour chaque patient à l'avenir, à l'exception d'un diététicien qui essaie de le faire pour >50% des patients. Ils indiquent également tous qu'ils en tiendront compte dans le suivi.

**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) ?**



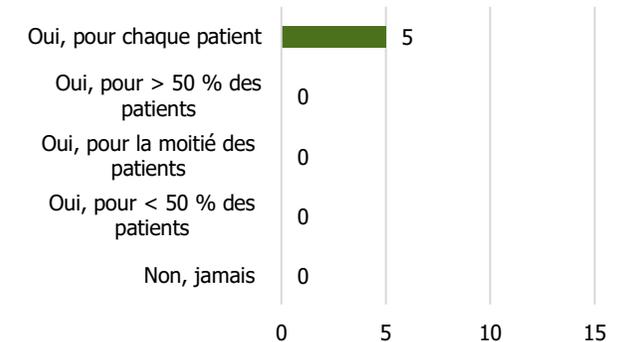
Graphique 137 : PRE - Autres facteurs du traitement nutritionnel

**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) ?**



Graphique 138 : POST - Autres facteurs du traitement nutritionnel

**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) ?**

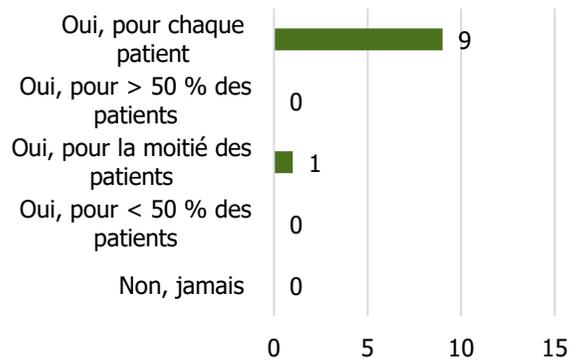


Graphique 139 : SUIVI - Autres facteurs du traitement nutritionnel

## 14. Adaptation aux besoins nutritionnels

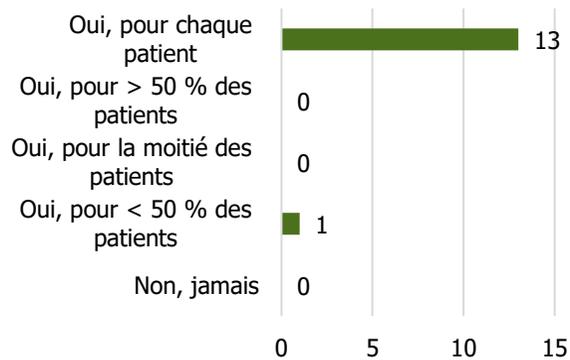
Presque tous les diététiciens adaptent leurs conseils aux besoins nutritionnels de chaque patient. Même après la session de groupe, tous les diététiciens l'indiquent, à l'exception d'un diététicien qui le fait pour <50% des patients. Dans le questionnaire de suivi, tous les diététiciens adaptent les conseils aux besoins nutritionnels individuels du patient.

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



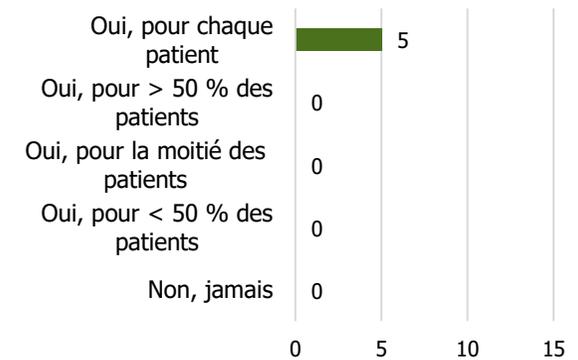
Graphique 140 : PRE - Ajustements aux besoins nutritionnels

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



Graphique 141 : POST - Ajustements aux besoins nutritionnels

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



Graphique 142 : SUIVI - Ajustements aux besoins nutritionnels

## 2.4.4 Analyse des sessions de groupe

### Séances de groupe en flamand

Les réactions à la **session de réflexion de groupe** ont été positives. Les diététiciens l'ont trouvé utile et instructif. Le matériel pédagogique supplémentaire était utile et également bienvenu. Cela les a également amenés à se concentrer davantage sur leurs propres actions dans d'autres traitements et pathologies. Il a également été indiqué que les résultats du plan d'action donnent confiance en soi, qu'ils confirment qu'ils ne vont pas mal. En outre, il donne également un aperçu clair de ce qui pourrait être amélioré. Ils ont pu se fixer des objectifs réalisables à leur propre niveau.

Certains diététiciens ont continué à travailler sur le **plan d'action** après la session. Tous ne l'ont pas rempli, mais ils prévoient de le faire (n = 7). L'un des participants a expliqué la session de groupe à 10 collègues diététiciens en soins primaires pour assurer le suivi et l'évaluation des points d'action.

Le **padlet** a été partagé avec des collègues et est principalement utilisé pour accéder à des informations intéressantes en cas de besoin. La plus grande valeur ajoutée est cette information pratique à utiliser dans la pratique. Ce faisant, une diététicienne a indiqué qu'elle mettrait ce point à l'ordre du jour de la prochaine réunion du cercle.

L'**étude de cas** a été en partie vécue positivement, car elle était complète et contenait de nombreux conseils pratiques. D'autre part, l'étude de cas était longue et trop clinique, ce qui fait qu'elle n'est pas toujours applicable aux soins primaires. Les solutions étaient principalement données sans grande interaction. Il a été suggéré qu'il serait plus agréable que les diététiciens eux-mêmes puissent également dire ce qu'ils conseilleraient eux-mêmes. De cette façon, il y aurait plus d'interaction. Enfin, les preuves disponibles n'ont pas toujours été suivies et les raisons pour lesquelles elles l'ont été ou non n'ont pas toujours été claires.

Il est important de savoir si ces sessions de groupe ont conduit à une amélioration de la pratique. Le tableau 6 présente les expériences des diététiciens.

Dans l'ensemble, les sessions de groupe ont été perçues positivement (informatives, utiles, pratiques, perspicaces) et il y a quelques points de travail pour améliorer la qualité de la session (plus d'interaction, aborder le cas différemment, avoir besoin de diététiciens plus expérimentés, se concentrer davantage sur le patient).

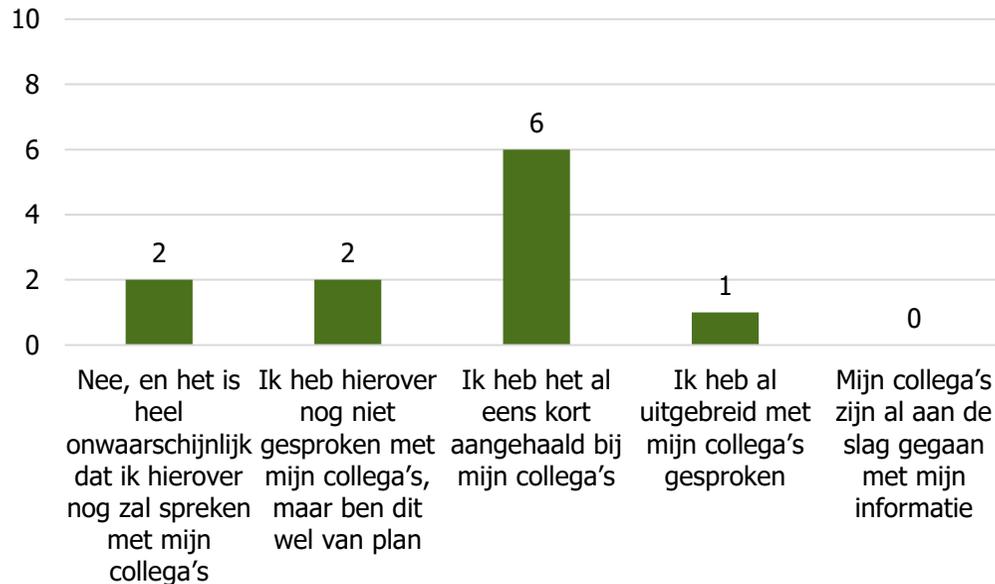
OUI	<ul style="list-style-type: none"><li>• "Oui, cela permettra certainement à un patient IRC de recevoir des conseils de meilleure qualité. Ils transmettront également ces informations au médecin, et nous espérons que davantage de patients IRC iront jusqu'au diététicien."</li><li>• "C'est agréable d'en parler avec des collègues."</li><li>• "Réveillez-vous."</li><li>• "En s'attardant sur ce qui fonctionne bien et sur ce qui nécessite une action, on se relance dans l'action."</li><li>• "Plus de contrôle : plus de succès à l'avenir."</li></ul>
NON	<p>"Non, je pense que je m'en sors bien. Les résultats sont bons, les conseils que je donne sont conformes aux recommandations."</p> <p>"On ne juge pas encore car il n'y a pas de nouveaux patients pour les reins."</p>
NON	<ul style="list-style-type: none"><li>• "Peu de diététiciens expérimentés présents, d'où une contribution peu utile du groupe".</li><li>• "C'est apparu comme si nous ne faisons pas un bon travail en première ligne et que nous devons revenir en ligne."</li><li>• "On se concentre beaucoup sur une ligne directrice, on ne s'attache pas ou peu à mettre le patient au centre et à prendre en compte son mode de vie."</li></ul>

## 2.4.4 Analyse des sessions de groupe

L'objectif de la session était de mettre en pratique les recommandations de la GPC. Avant le début de la session de groupe, les participants avaient une bonne connaissance des recommandations diététiques, mais il y avait parfois un décalage entre le fait d'appliquer la recommandation dans la pratique et/ou de se sentir capable de l'appliquer. Cela dépend du patient.

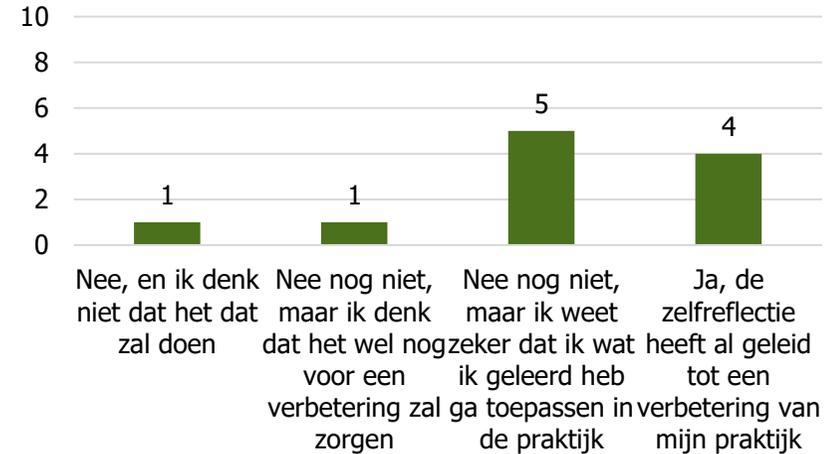
Après la session de groupe, on a constaté une progression de ces indicateurs et les diététiciens étaient plus susceptibles d'indiquer leur intention d'appliquer ces recommandations. Il s'agissait principalement d'une augmentation de l'application des recommandations pour chaque patient auquel elles s'appliquent. Après la session de groupe, la GPC avait aidé les participants à prendre des décisions et à donner des conseils plus souvent.

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



Graphique 143 : SUIVI - Contribution de la session de groupe à l'amélioration de la pratique

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



Graphique 144 : SUIVI Contribution de la session de groupe à l'amélioration de la pratique

## 2.4.4 Analyse des sessions de groupe

### Séances de groupe en wallon

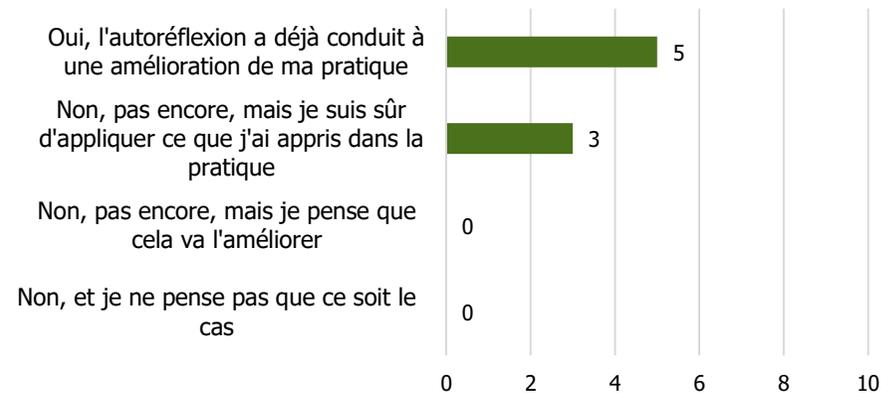
Dans les sessions wallonnes, les diététiciens ont dit qu'ils avaient besoin de beaucoup de pratique pour apprendre la ligne directrice correctement. Par conséquent, ils ont estimé que la session était utile pour améliorer leur pratique. Certains participants ont exprimé leur intérêt pour une formation complémentaire sur le sujet. Il serait utile d'organiser ce type de session par période spécifique pour discuter ensemble d'un cas en profondeur. En outre, les diététiciens wallons sont très satisfaits du projet de mise en œuvre et ont indiqué qu'ils ont beaucoup appris.

Les informations données pendant la session étaient claires. En outre, les éléments du plan d'action leur ont permis de réfléchir aux compétences, à l'étude de cas et à ce qu'ils ont appris de la session. Cependant, la mise en pratique des points d'action est difficile car peu de consultations IRC sont effectuées. Par conséquent, cette auto-réflexion est également importante pour les jeunes diététiciens.

L'étude de cas a été considérée comme une expérience instructive et motivante. Il a également permis un bon échange d'expériences entre les différents diététiciens. Les participants ont trouvé positif qu'il y ait d'abord des informations théoriques, suivies d'une discussion pour le côté pratique. Ils ont trouvé intéressant d'être conseillés par une personne spécialisée dans l'IRC, tant pour la théorie que pour les expériences pratiques.

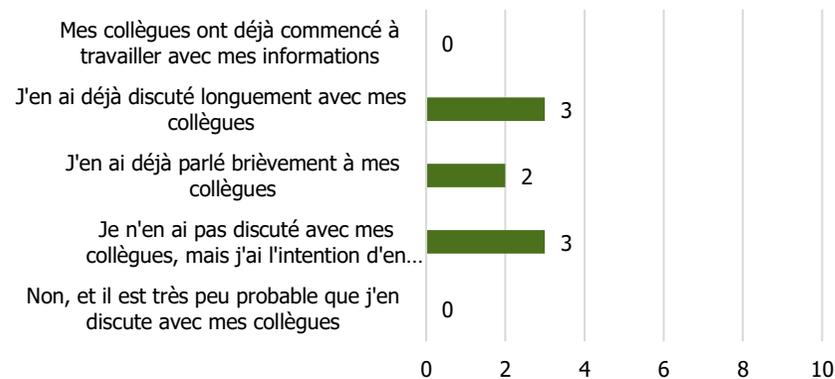
La moitié des diététiciens ont complété ou mis en œuvre le plan d'action (n=6) et l'autre moitié des diététiciens ne l'ont pas fait (n=6). Deux diététiciens ont effectivement prévu de le faire.

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



Graphique 145 : SUIVI - Contribution de la session de groupe à l'amélioration de la pratique

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



Graphique 146 : SUIVI - Contenu partagé avec des collègues

## 2.4.4 Analyse des sessions de groupe

Les diététiciens ont exprimé les opinions suivantes sur l'amélioration du fonctionnement de leur pratique :

OUI	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des conseils plus actualisés pour les patients atteints d'IRC à l'hôpital</li><li>• Importance de suivre et de soutenir les patients dans leur autogestion, de traiter chaque patient individuellement et d'adapter les recommandations diététiques à leurs besoins.</li><li>• Plus confiant pour suivre les patients IRC</li><li>• Discussion et échange d'idées sur le thème</li><li>• Connaissance des recommandations appropriées aux stades 3 et 4 de l'IRC</li><li>• Pouvoir poser de nombreuses questions pendant la session</li></ul>
NON	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrer dans trop de détails lorsqu'on suit les recommandations</li><li>• Pas encore en mesure de pratiquer parce qu'il n'y a pas de patients IRC dans le cabinet.</li></ul>

### I. Indicateurs de qualité

#### **Conseils d'IRC**

Tant les diététiciens qui n'ont pas encore supervisé de patients IRC que les diététiciens qui le font déjà ont participé au questionnaire et aux sessions. Quelques mois après la session de groupe, les diététiciens flamands et wallons étaient plus ouverts à conseiller davantage de patients. Certains diététiciens wallons n'étaient pas sûrs de vouloir le faire, car ils ne se sentaient pas encore tout à fait à l'aise.

#### **Rapport de consultation**

Les deux groupes cibles fournissent des rapports sur les consultations (générales et IRC) dans une mesure similaire. Dans le groupe flamand, des améliorations sont possibles. Après la session de groupe, il y a eu une augmentation du nombre de diététiciens flamands et wallons ayant l'intention de faire plus de rapports de consultations avec des patients IRC.

#### **Rapport + collaboration diététicien/médecin généraliste**

De grandes différences peuvent être observées, entre autres, dans le retour d'information au médecin généraliste. En Flandre, le retour d'information était initialement beaucoup plus fréquent qu'en Wallonie. Il semble qu'ils aient l'intention de le mettre davantage en pratique. Chez les diététiciens wallons, après la session de groupe, le nombre de diététiciens ayant fourni un feedback pour <50% des consultations est passé à la moitié et à > 50% des consultations. Ce changement d'intention est également observé chez les diététiciens flamands.

#### **Lettre d'orientation**

Tant en Flandre qu'en Wallonie, des données manquent dans la lettre d'orientation, telles que les indications relatives aux directives diététiques, le trajet de soins, l'absence de résultats de laboratoire, le rapport du néphrologue,...

#### **Connaissance du guides de pratique clinique diététique**

Les diététiciens flamands étaient plus nombreux à connaître la GPC de l'IRC que les diététiciens wallons. Les diététiciens wallons ont déclaré travailler davantage avec des GPC étrangères (KDOQI). Avant le début de la session de groupe, 14 diététiciens wallons ne connaissaient pas la GPC et seulement 1 diététicien avait déjà utilisé la GPC. Après la session de groupe, la e avait déjà aidé trois diététiciens wallons à prendre une décision ou à donner des conseils. La plupart des participants wallons, après la session de groupe, avaient déjà examiné les recommandations. Les diététiciens flamands étaient également plus susceptibles d'utiliser la ligne directrice lors de la prise de décision, après la session de groupe.

#### **Formation complémentaire sur l'IRC**

Les deux groupes cibles souhaitent accorder plus d'attention à la post-formation concernant l'IRC à l'avenir.

#### **Évaluer le risque de malnutrition**

Dans les deux groupes, la plupart des diététiciens estimaient déjà le risque de malnutrition avant la session. Par la suite, l'intention de le faire a encore augmenté dans les deux groupes.

#### **Application des recommandations diététiques**

Lors de l'application des recommandations diététiques, les diététiciens wallons ont eu tendance à moins s'appuyer sur les preuves mais à prendre plus souvent en compte le patient individuel et les besoins diététiques personnalisés. De plus, ils ont suivi moins de formation en cours d'emploi sur l'IRC et ont moins d'expérience avec les patients IRC, de sorte que l'occasion de pratiquer l'application ne s'était pas encore présentée.

#### **Utilisation des informations sur les patients**

Les diététiciens flamands utilisent plus souvent l'information sur les patients que les diététiciens wallons. Après la session du groupe wallon, tous ont l'intention de le donner à tous les patients. Six mois plus tard, toutes les diététiciennes wallonnes le font pour chaque patient, à l'exception d'une diététicienne qui ne le fait jamais.

### Utilisation de matériel éducatif

Les diététiciens flamands ont plus souvent utilisé du matériel éducatif que les diététiciens wallons. Avant la session, la plupart des diététiciens wallons n'utilisent pas de matériel éducatif. Après la session de groupe, il y a un grand changement pour l'utiliser avec tous les patients à l'avenir.

### Conversation sur la motivation

La majorité des diététiciens ont indiqué avant la session de groupe qu'ils avaient initié une conversation sur la motivation pour chaque patient, tant en Flandre qu'en Wallonie. Après la session de groupe, le nombre de diététiciens qui prévoyaient d'avoir une conversation à ce sujet avec le patient a augmenté dans les deux groupes.

### Suivi de la motivation

Dans les deux groupes, la majorité des diététiciens ont indiqué avant la session de groupe qu'ils continuaient à suivre la motivation de chaque patient. Après la session de groupe, le nombre de diététiciens qui prévoyaient de continuer le suivi a augmenté et cela est resté stable dans le questionnaire de suivi, tant pour la Flandre que pour la Wallonie.

### II. Conduite de la session de groupe

Dans l'ensemble, les sessions de groupe encouragent les diététiciens à conseiller davantage de patients IRC.

Tant la discussion de cas que l'auto-réflexion ont été perçues comme instructives pour les diététiciens wallons et flamands. Elle améliorait leur pratique, rafraîchissait leurs connaissances et les aidait à évaluer leur propre comportement. Certains des collègues diététiciens flamands se sont montrés plus critiques à l'égard du projet de mise en œuvre. Ils ont trouvé la discussion de cas plutôt longue, peu applicable, pas assez interactive et, de plus, ont régulièrement manqué les preuves. Lors de la session de groupe, ils s'attendaient à une plus grande contribution du groupe. Ils ont également eu l'impression d'être montrés du doigt et ont estimé que les directives étaient trop éloignées de l'environnement des patients.

## 2.4.5 Comparaison des résultats flamands et wallons

### III. Obstacles et facilitateurs

#### 1) *Compte rendu des interventions/conseils effectués dans un rapport (enregistrement)*

Il est nécessaire de disposer d'un **logiciel spécifique** pour la déclaration des patients, mais le **prix** de ce logiciel est très élevé (par exemple Ambrosia Pro, Nutrilink,...) Pour d'autres professions de santé, cela est remboursé, mais les diététiciens le paient eux-mêmes. En outre, il est nécessaire d'avoir l'**internet pour utiliser le** logiciel. Les diététiciens wallons font toujours un bilan, alors qu'en Flandre, il y a une marge d'amélioration.

#### 2) *Rapport au médecin généraliste*

Les diététiciens trouvent qu'il est très intensif d'envoyer un rapport au généraliste après chaque consultation et cela n'est pas possible dans la pratique. Le **manque de temps** est un obstacle majeur. En outre, le rapport doit se limiter à l'essentiel, sinon il n'est souvent pas lu en profondeur. Les diététiciens indiquent qu'ils reçoivent **peu de réponses** aux questions ou de désir de discussion. Cela rend les diététiciens moins motivés pour continuer à faire un rapport.

#### 3) *Collaboration entre le diététicien et le médecin généraliste*

Un obstacle majeur est le **manque d'information** sur la lettre de recommandation, tant en Flandre qu'en Wallonie. Les diététiciens ne reçoivent pas les résultats de laboratoire du médecin généraliste, ils ne peuvent donc pas adapter de manière optimale le traitement nutritionnel au patient. Parfois, les diététiciens demandent aux patients de l'apporter eux-mêmes car ils ne la reçoivent pas des médecins. Les diététiciens ont également du mal à se coordonner correctement parce qu'ils **ne connaissent pas ou peu de généralistes** ou ne travaillent pas dans le même cabinet. Ainsi, une lettre de recommandation complète est un facilitateur important.

#### 4) *Formation continue sur IRC*

Tant en Flandre qu'en Wallonie, il est **nécessaire d'organiser davantage de cours de formation** sur IRC pour les diététiciens de première ligne. Les cours de formation ne sont pas toujours disponibles.

#### 5) *Estimation du risque de malnutrition protéino-énergétique*

C'est un point de travail pour les diététiciens wallons et flamands. Ils estiment souvent que c'est le **médecin généraliste** qui devrait s'en charger (par exemple, le poids annuel chez le généraliste). Dans les soins primaires, les **données** sont souvent manquantes (**lettre d'orientation, résultats de laboratoire**), alors qu'à l'hôpital, c'est souvent le premier point de départ.

#### 6) *Energie de recommandation d'application*

L'apport énergétique n'est souvent pas calculé dans le cadre des soins primaires. Le changement d'habitude est particulièrement important. La connaissance n'a pas été étudiée comme indicateur chez les diététiciens wallons. En général, les diététiciens wallons se sentent moins à l'aise pour conseiller les patients IRC que les diététiciens flamands.

#### 7) *Recommandation d'application protéine, sel, phosphate, potassium*

Une **orientation plus précoce** au stade 3 est nécessaire pour qu'ils puissent commencer à appliquer les recommandations aux patients à temps. Il est **difficile** pour eux d'**apprendre à appliquer plusieurs recommandations à la fois**. Maintenant, le diététicien choisit ce sur quoi il veut se concentrer, en fonction de ce qui est le plus important. Il est nécessaire de dispenser une **formation sur les restrictions** spécifiques avec quels nutriments et jusqu'où par étape.

L'inclusion de la biodisponibilité du phosphate dans l'application n'est pas encore très fréquente et est assez nouvelle pour les diététiciens. Les diététiciens wallons et flamands ne s'y intéressent pas encore beaucoup, ont-ils indiqué lors des séances de groupe et du questionnaire.

## 2.4.5 Comparaison des résultats flamands et wallons

### III. Obstacles et facilitateurs

#### *8) Utilisation des informations sur les patients*

Les diététiciens estiment que les informations devraient être données en plus petits morceaux en fonction des problèmes et des questions, sinon les patients ne les liront pas. Les listes sont aussi **souvent plus strictes que nécessaire**. En Wallonie, on l'utilise moins, mais on a l'intention de le faire plus souvent.

#### *9) Utilisation de matériel éducatif*

Il y a souvent **trop peu de temps pour commencer à utiliser** du matériel éducatif. Une **bonne lettre de recommandation** est également un bon facilitateur ici, car elle permet de gagner du temps.

#### *10) Conversation sur la motivation*

Il n'est pas toujours possible de faire un suivi de la motivation parce que le néphrologue n'envoie plus le patient. Il **n'y a que trois séances dans le trajet de soins**, ils voient donc très peu le patient. C'est un obstacle important. Le fait de n'avoir que trois sessions laisse peu de temps pour donner des recommandations et faire la traduction pratique. Les patients non motivés, " forcés ", ne veulent pas non plus venir plus souvent que ces 3 séances, car ils ne sont pas remboursés pour les séances suivantes. Il serait préférable que 5 à 6 consultations soient prévues dans le trajet de soins. Enfin, les patients sont ainsi submergés d'informations lors de la première consultation et ne reviennent plus par la suite, faute de remboursement.

## 3. Lot 2

### 3.3 Conclusion

*Rapport Lot 2 réalisé et rédigé par l'UC Leuven-Limburg*

### 3. Conclusion

On peut conclure des résultats qu'une orientation accrue et une lettre d'orientation complète sont cruciales pour tous les indicateurs.

Davantage de séances devraient être remboursées dans le cadre du trajet de soins et l'orientation vers le diététicien de soins primaires devrait se faire plus tôt. Une orientation plus précoce au stade 3 est nécessaire pour qu'ils puissent commencer à appliquer les recommandations aux patients à temps, car ils ne peuvent pas apprendre à tout appliquer en même temps. En raison de l'orientation limitée, les diététiciens de première ligne supervisent également peu de patients IRC. Par conséquent, il est également nécessaire de renforcer la formation sur IRC pour les diététiciens de première ligne.

En outre, un système de rapports permettant de récupérer les données importantes est important pour améliorer la qualité du traitement.

On peut retenir de ces séances qu'il est important que le diététicien sache ce que l'on attend d'un médecin (par exemple, quelles informations doivent être obtenues ? Quelles informations le médecin veut-il voir ?). Il faudrait mettre davantage l'accent sur la collaboration multidisciplinaire.

## 3. Lot 2

### 3.4 Références

*Rapport Lot 2 réalisé et rédigé par l'UC Leuven-Limburg*

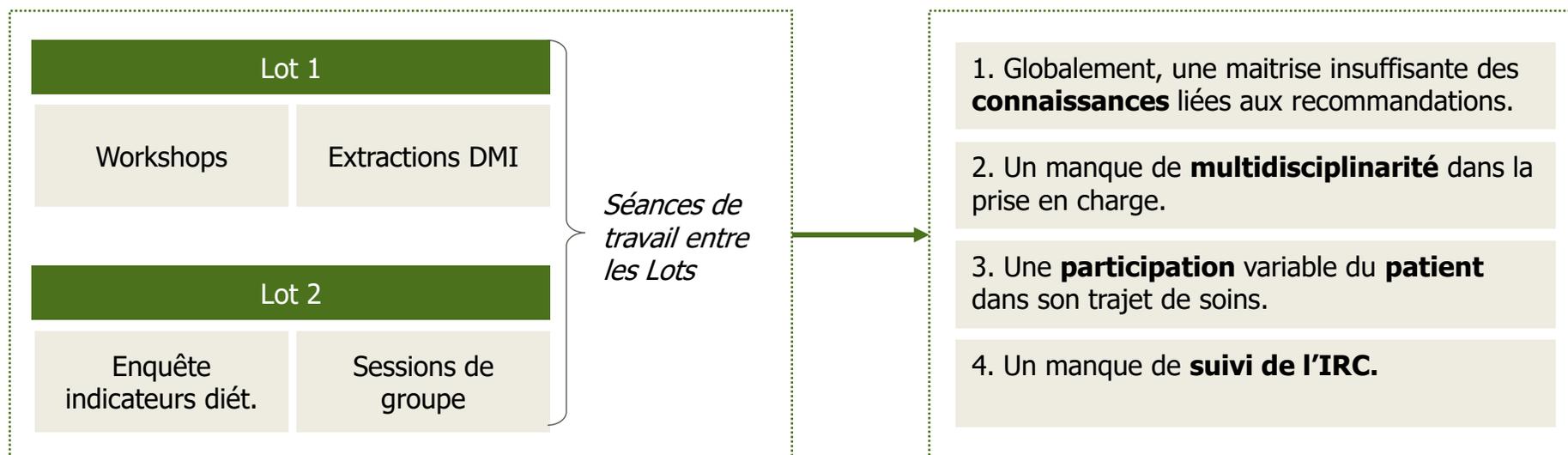
1. Bollaerts, S. (2020). Mise en œuvre et évaluation de la recommandation sur l'insuffisance rénale chronique : quels sont les obstacles et inconvénients rencontrés par les médecins généralistes lors de l'utilisation de la recommandation sur l'*insuffisance rénale chronique (approche multidisciplinaire)* ?
2. Burnier, M., & Fouque, D. (2020). Le défi non résolu de la mise en œuvre de réductions durables de l'apport en sodium chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique. *Néphrologie, dialyse, transplantation : publication officielle de l'Association européenne de dialyse et de transplantation - Association rénale européenne*, gfaa268. Publication anticipée en ligne.
3. Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Efficacité des stratégies d'information, d'éducation et de participation des patients. *BMJ (Clinical research ed.)*, 335(7609), 24-27.
4. Domus Medica. (2015). La *qualité des soins aux malades chroniques en Flandre : facteurs d'entrave et de promotion*.
5. Hall-McMahon E., Campbell, K. (2012). Les diététiciens spécialisés en néphrologie ont-ils réussi à mettre en pratique les lignes directrices fondées sur des données probantes ? Une enquête auprès des diététiciens d'Australie et de Nouvelle-Zélande. *Journal of Renal Nutrition* : 22(6), 584-591.
6. Narva, A. S., Norton, J. M., & Boulware, L. E. (2016). Éduquer les patients sur l'IRC : la voie vers l'autogestion et les soins centrés sur le patient. *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). Faciliter la mise en œuvre des lignes directrices dans les pratiques de soins de santé primaires. *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). Développer des indicateurs de qualité des soins fondés sur des données probantes en Flandre : une méthodologie.
9. Tam-Tham, H., Hemmelgarn, B. R., Campbell, D. J., Thomas, C. M., Fruetel, K., Quinn, R. R. et King-Shier, K. M. (2016). Les obstacles perçus par les médecins de soins primaires, les facilitateurs et les stratégies pour améliorer les soins conservateurs pour les adultes plus âgés atteints de maladie rénale chronique : une étude descriptive qualitative. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 31(11), 1864-1870.

## 4. Séances multidisciplinaires



Les travaux effectués séparément par le Lot 1 et le Lot 2 ont servi comme point de départ pour structurer les séances multidisciplinaires...

Les travaux menés avec les médecins généralistes et les diététiciens ont permis d'identifier plusieurs éléments d'amélioration (reprenant en grande partie les domaines d'amélioration dans le chapitre 2.4)



## 2 séances multidisciplinaires qui ont eu lieu le même jour...

NL	FR	
09:00	14:00	Bienvenue
09:05	14:05	Mot d'accueil & objectifs de la séance
09:25	14:25	Tour de table
09:30	14:30	Présentation des résultats
10:00	15:00	Métablan
10:50	15:50	Pause
11:00	16:00	Travail en sous-groupes
12:00	17:00	Clôture

...elles ont rassemblé des participants des deux lots, ainsi que les autres stakeholders impliqués dans le trajet de soins IRC



Une sélection de **médecins généralistes** ayant participé aux workshops du Lot 1.



Une sélection de **diététiciens** ayant participé aux sessions de groupe du Lot 2.



Des **néphrologues** ayant collaboré antérieurement au projet (dont membres du groupe d'experts).



Des **patients** dans le trajet de soins IRC.



Finalement, les séances ont eu la composition suivante :

	FR	NL
Médecins généralistes	6	3
Diététiciens	4	4
Néphrologues	2	2
Patients	1	1

...avec comme objectif final de définir des stratégies d'amélioration pour chaque domaine

Des stratégies d'amélioration ont été définies au cours des séances en utilisant **2 méthodes favorisant la participation** :

Méta-plan

Renforcement de la multidisciplinarité

Travail en sous-groupes

Amélioration de la connaissance du Guide de pratique clinique

Méta-plan

Une meilleure participation du patient

Travail en sous-groupes

Un meilleur suivi de l'IRC

## Un métaplan orienté aux parties prenantes dans le trajet de soins favorisant l'implication de l'ensemble des participants

Les participants ont été invités à formaliser leurs idées sur une question générale...

« Pour améliorer la multidisciplinarité de la prise en charge dans le trajet de soins IRC, quelles sont les attentes qui ne sont pas satisfaites aujourd'hui par rapport au... »

Néphrologue

Médecin  
Généraliste

Diététicien

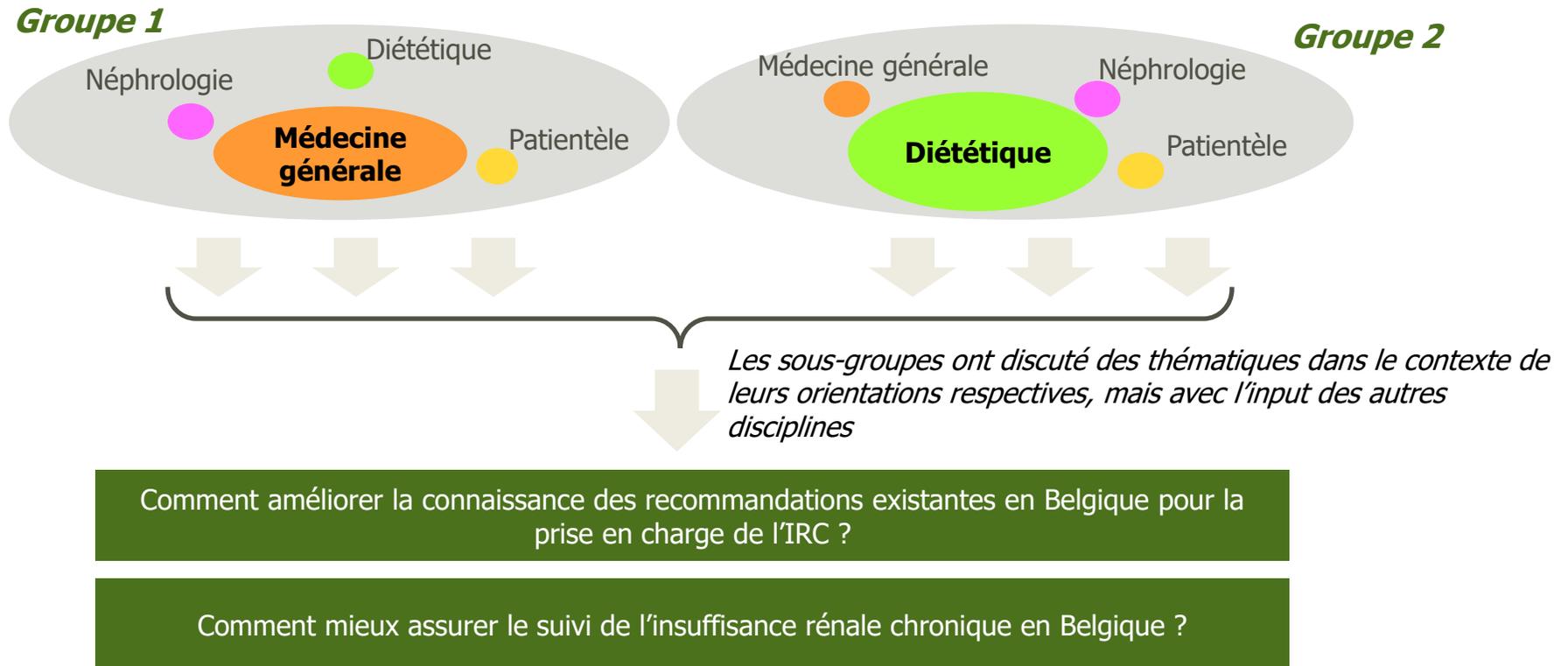
Patient

...celles-ci ont ensuite été structurées en thématiques relatives à chaque acteur



Ensuite, un travail en sous-groupes pour discuter en profondeur les domaines restants

Des sous-groupes avec une composition mixte, mais avec une **orientation spécifique**...



# Une participation active pour les deux séances, dans une dynamique constructive !

Des échanges qui ont favorisé la multidisciplinarité entre l'ensemble des participants...

... sans aucune hiérarchie dans les rapports entre eux

Des propositions concrètes et pragmatiques de tous...

...si nombreuses qu'il a fallu les canaliser

Suite aux séances, des retours avec du feedback constructif pour compléter les réflexions



## 5. Recommandations finales



# 5. Recommandations finales

## 5.1 Introduction

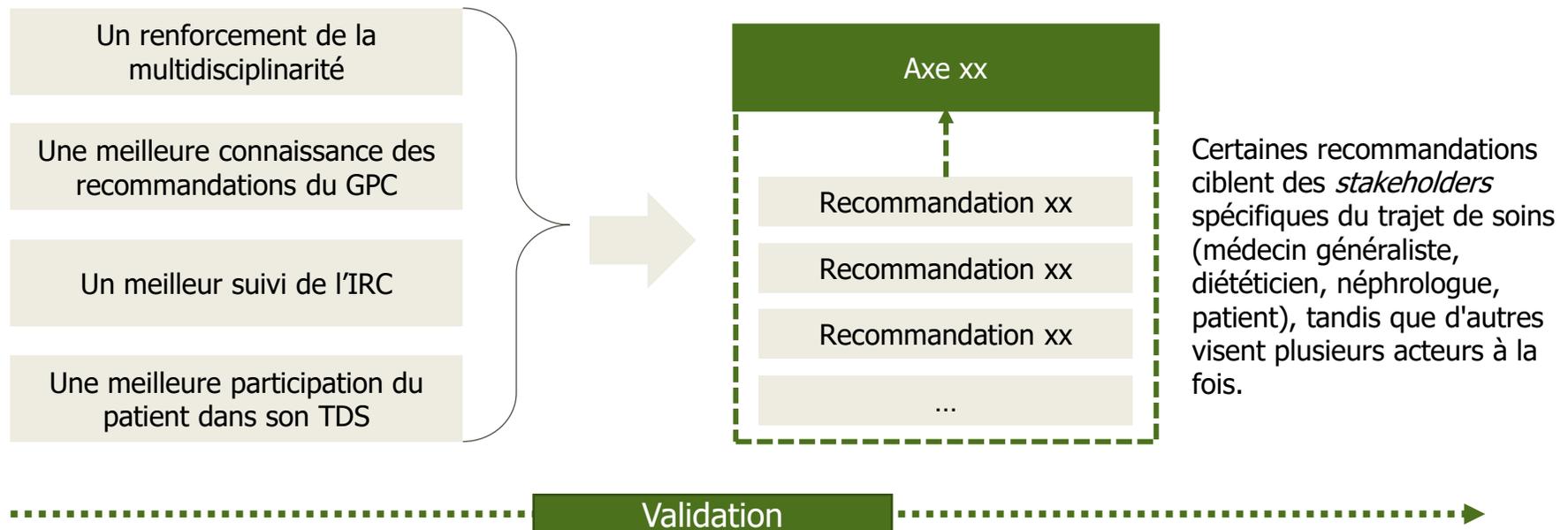
## 5. Recommandations finales

### 5.1 Introduction

# Les recommandations ont été structurées en fonction des principaux domaines d'amélioration identifiés en amont de la séance multidisciplinaire

Les discussions autour des domaines d'amélioration lors des séances multidisciplinaires...

.....ont conduit à la formulation de recommandations. Celles-ci ont été regroupées en **axes de travail** par la suite



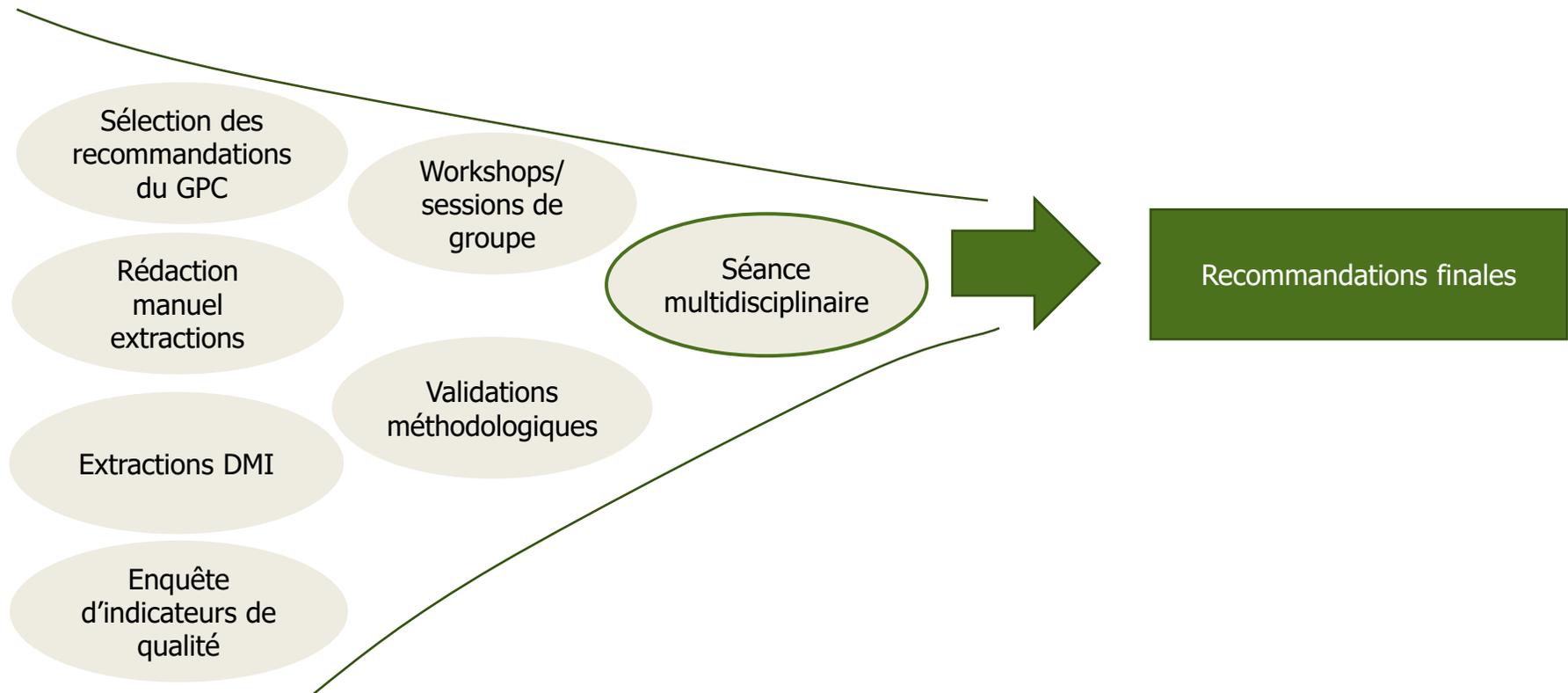
Certaines recommandations ciblent des *stakeholders* spécifiques du trajet de soins (médecin généraliste, diététicien, néphrologue, patient), tandis que d'autres visent plusieurs acteurs à la fois.

## 5. Recommandations finales

### 5.1 Introduction

Ces recommandations sont le résultat non seulement de la séance multidisciplinaire, mais de l'ensemble des travaux qui y ont précédé

Une synthèse de 22 mois de travail



## Un travail validé à plusieurs moments, et par plusieurs acteurs

Un processus de feedback avec...

Une validation du **contenu** des recommandations

Une **évaluation** des recommandations en fonction de leur impact sur le trajet de soins

Une validation de la **méthodologie** de synthèse des recommandations

Des recommandations validées dans leur contenu et leur structure pour le rapport final

## 5. Recommandations finales

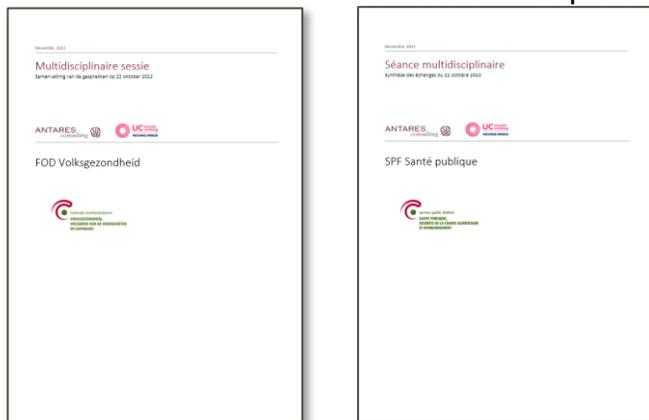
### 5.1 Introduction

# Une validation du contenu des recommandations

Validation par...

## Les participants aux séances multidisciplinaire

Un PV élaboré des séances a été envoyé à l'ensemble des participants, avec un aperçu de toutes les recommandations identifiées sur lesquels il étaient invités à donner du feedback.



## Les experts

Les PV des séances ont également été transmis aux experts qui nous accompagné au cours du projet :

### Néphrologues

Dr. Jean Marc Desmet

Dr. Thomas Baudoux

Dr. Jean-Marie Billiow

Pr. Dr. Jean-Michel Hougardy

### Diététicien

M. Martijn Maes

Pr. Dr. Gijs Van Pottelbergh

Méthodologie et auteur GPC

## 5. Recommandations finales

### 5.1 Introduction

# Une évaluation des recommandations en fonction de leur impact sur le trajet de soins

Validation par...

## Les experts

Les recommandations ont également été intégrées dans un **questionnaire en ligne**, avec comme objectif d'attribuer un score sur 10 en fonction de l'impact perçu de chaque recommandation sur le trajet de soins IRC. Ce questionnaire a été envoyé aux experts uniquement, en complément au PV.

31. **Action 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

Remarques:

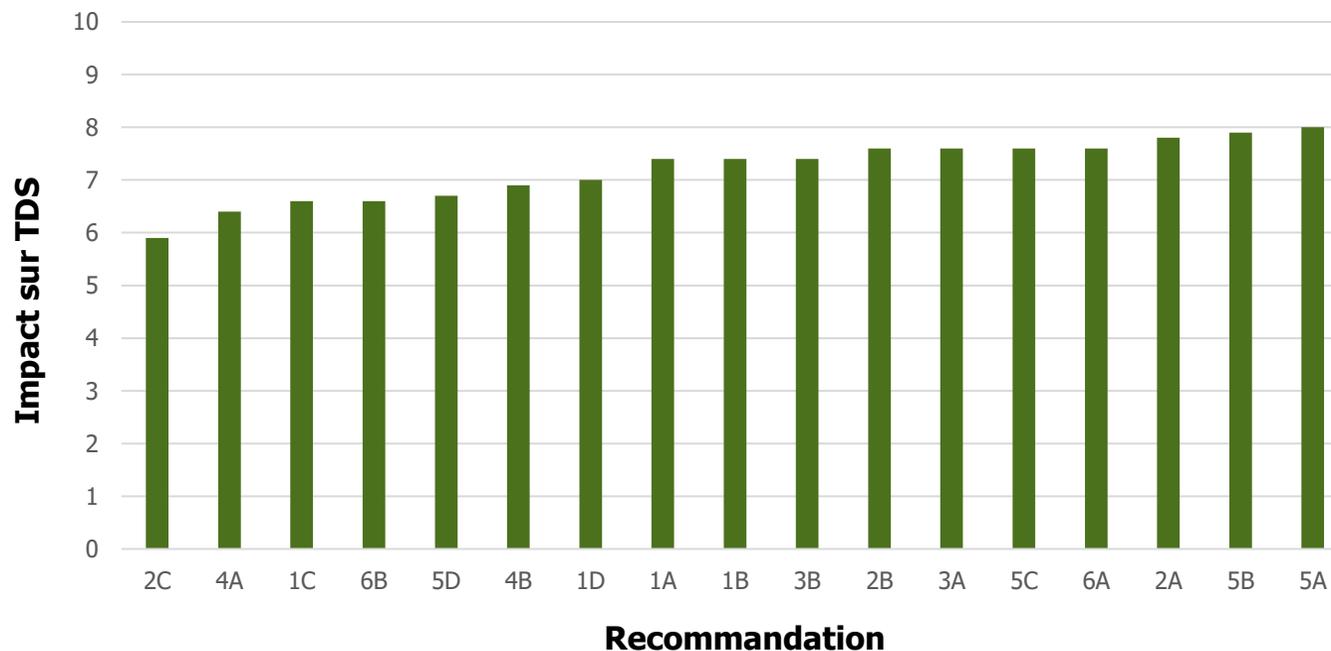
5

# Une évaluation des recommandations en fonction de leur impact sur le trajet de soins

Validation par...

## Les experts

Ceci a résulté en une classification des recommandations selon l'impact que chacune d'entre-elles aurait sur le trajet de soins IRC :



# Une validation de la méthodologie de synthèse des recommandations

Validation par...

## EBPracticenet

Une validation méthodologique a été donnée en amont, à savoir, :

- Sur l'animation de la séance multidisciplinaire et la structure du support utilisé;
- Sur la structure des recommandations pour le rapport final (méthode de regroupement et de présentation).



Ce processus de validation a finalement abouti à...



# Proposition d'opérationnalisation et de phasage

En complément aux recommandations, les équipes des Lots 1 et 2 ont élaboré des propositions d'opérationnalisation pour chacune d'entre elles. Celles-ci visent à concrétiser les recommandations, en proposant une mise en œuvre ainsi que le ou les acteurs qui pourraient en être responsables.

En outre, les équipes proposent d'organiser la mise en œuvre des différentes recommandations sur une timeline dans le cadre de l'approche d'opérationnalisation. Ceci permettrait de distinguer les recommandations :

- En fonction de leur temporalité :
  - Les recommandations à phaser : ce sont les recommandations pour lesquelles la majorité des actions à entreprendre consiste en des projets avec une date de début et de fin.
  - Les recommandations pour lesquelles la majorité des actions à entreprendre est permanente ou récurrente, par exemple l'organisation de formations régulières de perfectionnement, ou l'adaptation de sa propre pratique.
- En fonction de leur thématique :
  - Les recommandations qui portent l'accessibilité et l'attractivité du trajet de soins IRC, ainsi que les modalités de prise en charge.
  - Les recommandations relatives à la formation des professionnels.
  - Les recommandations portant sur le digital, le suivi du patient et de sa maladie, ainsi que le partage d'informations.

# 5. Recommandations finales

## 5.2 *Recommandations*

## Un aperçu des recommandations

Axe	N°	Recommandation
<b>AXE 1</b> : Développer la connaissance des professionnels sur les recommandations et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique au sens large	1A	Réévaluer la formation universitaire en néphrologie pour les médecins généralistes.
	1B	Renforcer la formation continue des médecins généralistes sur les recommandations de pratique clinique et la prise en charge de l'IRC au sens large.
	1C	Promouvoir la formation continue des diététiciens de première ligne dans le domaine de la néphrologie.
	1D	Promouvoir la formation continue pour les néphrologues.
<b>AXE 2</b> : Renforcer la communication et le partage d'informations	2A	Renforcer le partage d'informations post-consultation entre les professionnels.
	2B	Actualisation du site web sur le trajet de soins IRC.
	2C	Promouvoir la connaissance de la diététique auprès des autres professionnels.
<b>AXE 3</b> : Garantir un meilleur suivi de l'IRC	3A	Assurer une surveillance plus systématique de la fonction rénale.
	3B	Renvoyer les patients chez le diététicien de façon plus préventive.
	3C	Obligation d'une consultation diététique au début du trajet de soins.
<b>AXE 4</b> : Renforcer l'accessibilité et l'attractivité du trajet de soins pour le patient et les professionnels	4A	Innover les modes de prise en charge du néphrologue
	4B	Renforcer l'accessibilité et l'attractivité financière de la diététique dans le trajet de soins IRC.
	4C	Simplifier l'administration du trajet de soins.
<b>AXE 5</b> : Renforcer l'"empowerment" du patient dans son trajet de soins	5A	Rédiger systématiquement un plan d'avenir pour le patient.
	5B	Systématiser les informations transmises au patient par le médecin généraliste.
	5C	Sensibiliser le patient sur ce qu'est l'IRC en utilisant des outils informationnels.
	5D	Renforcer l'activation du patient.
<b>AXE 6</b> : Garantir l'enregistrement des données des patients dans le trajet de soins	6A	Définition d'indicateurs de suivi à maintenir par le médecin généraliste pour chaque patient en trajet de soins IRC.
	6B	Création d'un projet d'harmonisation des logiciels DMI pour faciliter l'encodage et l'extraction de données relatives au trajet de soins IRC.
	6C	Envisager la collection d'indicateurs (obligatoires) de qualité par le diététicien.

# Axe 1 : Développer la connaissance des professionnels sur les recommandations et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique au sens large

Stakeholder(s) concerné(s) : Médecin généraliste Diététicien Néphrologue

Ce premier axe de développement est constitué de plusieurs recommandations orientées vers l'amélioration de la connaissance des professionnels de l'IRC en général.

Le travail individuel a révélé un besoin de formation auprès des médecins généralistes, élément illustré par les ateliers de travail et les ateliers de recommandations liées à l'amélioration de la connaissance des professionnels de l'IRC.

La finalité de cet axe est de recommander la prise en charge de l'IRC en fonction de la prise en charge de l'IRC.

*Explication de la constitution de l'axe, le contexte qui le justifie, et l'objectif final mis en avant*

**Recommandation 1A** : Recommander la prise en charge de l'IRC aux médecins généralistes.

**Recommandation 1B** : Recommander la prise en charge de l'IRC aux diététiciens et recommandations de pratique clinique et la prise en charge de l'IRC.

**Recommandation 1C** : Promouvoir la formation continue pour les médecins généralistes.

**Recommandation 1D** : Promouvoir la formation continue pour les néphrologues.

*Les recommandations regroupées dans l'axe*

**Structure d'une recommandation**

**Axe 1** : Développer la connaissance des professionnels sur les recommandations et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique de stade 1 à 3 large

Stakeholder impliqué (ou recommandation transversale)

Médecin généraliste

**Recommandation 1B** : Renforcer la formation des médecins généralistes sur les recommandations de pratique clinique et la prise en charge de l'IRC au stade 1 à 3 large

Titre de la recommandation

**Contexte** : Outre la revue des cours universitaires, la formation continue sur la néphrologie et spécifiquement sur l'IRC est considérée comme étant sous-optimale pour les médecins généralistes et pathologies. Celle-ci constitue pourtant un levier important dans l'amélioration de la prise en charge.

Facteurs justifiant la recommandation

**Description** : Mise en place de formations continues (potentiellement obligatoires) sur les recommandations de pratique clinique et la prise en charge de l'IRC. La formation ne porterait pas nécessairement sur l'ensemble des connaissances mais plutôt une sélection pour garder la simplicité. Une accréditation (en ligne) de ces formations multidisciplinaires (où différentes disciplines sont présentes), pourrait avoir un impact encore plus grand.

Action(s) à entreprendre

**Exemple** : Formation sur les connaissances de laboratoire (urée, fer, électrolytes, ...), l'approche multidisciplinaire et l'importance de l'alimentation dans l'IRC.

**Résultat attendu** : Le développement d'une « boîte à outils » simple pour le médecin généraliste qui influencerait la prise en charge de l'IRC et le parcours de soins IRC.

Comment la recommandation influencerait la prise en charge de l'IRC

**Impact** : Score d'impact attribué : 7,4

**Indicateur(s) de suivi** :

- Nombre d'inscrits aux formations
- Résultat des formations

Si applicable, indicateur(s) pour évaluer la recommandation

**Discussion** : Quelles recommandations/indicateurs des GPC seraient impactées (voir l'annexe 1 et 2 pour la numérotation)



# **Axe 1** : Développer la connaissance des professionnels sur les recommandations et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique au sens large

*Stakeholder(s) concerné(s)* : Médecin généraliste Diététicien Néphrologue

Ce premier axe est constitué de plusieurs recommandations orientées vers l'amélioration de la connaissance des professionnels sur les guides de pratique clinique et sur la prise en charge de l'IRC en général.

Le travail mené séparément par les Lots a révélé une certaine méconnaissance des recommandations, principalement auprès des médecins généralistes, élément illustré par le niveau d'implémentation de certaines recommandations qui a été constaté pendant les workshops. Pour les diététiciens, ce constat était moins marquant. Par conséquent, les recommandations liées à l'amélioration de la connaissance des professionnels concernent principalement les premiers.

La finalité de cet axe est de renforcer la connaissance en néphrologie, en veillant à la mettre en fonction de la prise en charge de l'IRC

**Recommandation 1A** : Réévaluer la formation universitaire en néphrologie pour les médecins généralistes.

**Recommandation 1B** : Renforcer la formation continue des médecins généralistes sur les recommandations de pratique clinique et la prise en charge de l'IRC au sens large.

**Recommandation 1C** : Promouvoir la formation continue des diététiciens de première ligne dans le domaine de la néphrologie.

**Recommandation 1D** : Promouvoir la formation continue pour les néphrologues.

## **Axe 1** : Développer la connaissance des professionnels sur les recommandations et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique au sens large

Médecin généraliste

**Recommandation 1A** : Réévaluer la formation universitaire en néphrologie pour les médecins généralistes.

**Contexte** : D'une part, la formation universitaire en néphrologie pour la médecine générale est actuellement considérée comme étant relativement limitée en nombre d'heures, et d'autre part, comme (trop) détaillée. Cela peut avoir l'effet indésirable d'éclipser les connaissances élémentaires nécessaires à une gestion efficace de l'IRC.

**Description** : Envisager une réévaluation du curriculum universitaire en néphrologie pour les médecins généralistes. L'objectif serait d'évoluer vers une formation focalisée davantage sur l'assimilation des connaissances de base, définies en fonction du rôle que les médecins généralistes ont à remplir dans la prise en charge de l'IRC (ainsi que d'autres néphropathies). Il est également important de mettre l'accent sur l'approche multidisciplinaire et l'importance de l'alimentation dans l'IRC.

**Résultat attendu** : Une simplification/démystification de la néphrologie pour les médecins généralistes qui permet un traitement plus qualitatif et pragmatique de l'IRC dans le périmètre défini de leurs responsabilités.

**Impact attendu sur le trajet de soins** : 7,4

**Indicateur(s) de suivi** : n/a

**Directive(s) impactée(s)** :  
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>

**Indicateur(s) impacté(s)** :  
I<sub>15</sub>

## **Axe 1** : Développer la connaissance des professionnels sur les recommandations et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique au sens large

Médecin généraliste

**Recommandation 1B** : Renforcer la formation continue des médecins généralistes sur les recommandations de pratique clinique et la prise en charge de l'IRC au sens large.

**Contexte** : Outre la revue des cours universitaires, la formation continue sur la néphrologie et spécifiquement sur l'IRC est considérée comme étant sous-développée par rapport à d'autres spécialités et pathologies. Celle-ci constitue pourtant un levier important dans l'amélioration de la connaissance.

**Description** : Mise en place de formations continues (potentiellement obligatoires) sur les recommandations de pratique clinique et la prise en charge de l'IRC au sens large, avec l'inclusion de contrôles des connaissances. La formation ne porterait pas nécessairement sur toutes les recommandations, mais plutôt une sélection pour garder la simplicité. Une accréditation (en ligne) peut être offerte en guise d'incitation. Des formations multidisciplinaires (où différentes disciplines sont présentes), pourraient avoir un impact encore plus important.

**Exemple** : Formation sur les connaissances de laboratoire (urée, fer, électrolytes, ...), l'approche multidisciplinaire et l'importance de l'alimentation dans l'IRC.

**Résultat attendu** : Le développement d'une « boîte à outils » simple contenant les connaissances nécessaires pour que le médecin généraliste puisse remplir son rôle dans le cadre du trajet de soins IRC.

**Impact attendu sur le trajet de soins** : 7,4

**Indicateur(s) de suivi** :

- Nombre d'inscrits aux formations
- Résultats des contrôles de connaissances

**Directive(s) impactée(s)** :

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>

**Indicateur(s) impacté(s)** : I<sub>3</sub>

# **Axe 1** : Développer la connaissance des professionnels sur les recommandations et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique au sens large

Diététicien

**Recommandation 1C** : Promouvoir la formation continue des diététiciens de première ligne dans le domaine de la néphrologie.

**Contexte** : Bien que le problème de la connaissance des recommandations soit moins prononcé que chez les médecins généralistes, un manque de formation continue en néphrologie a encore été observé chez les diététiciens. Au cours des sessions de réflexion de groupe avec les diététiciens de première ligne, il est apparu clairement qu'ils perçoivent la gestion diététique de l'IRC comme très complexe. Les diététiciens de première ligne ne se sentent pas sûrs de pouvoir conseiller les patients IRC. Comme seul un nombre limité de patients consultent un diététicien de première ligne chaque année, ils ne peuvent acquérir que peu d'expérience pratique. De plus, ce nombre limité de patients les rend moins motivés pour se perfectionner et superviser les patients IRC dans leur pratique.

**Description** : Monter des initiatives pour promouvoir la formation continue des diététiciens dans le domaine de la néphrologie. La mise en place d'un incitatif, notamment par une accréditation (obligatoire) est recommandée. Des formations multidisciplinaires (où différentes disciplines sont présentes), pourrait avoir un impact encore plus important. Le niveau de formation peut varier d'un e-learning sur les directives diététiques relatives à l'IRC, à une formation post-grade ou à une spécialisation approfondie en suivant le Diplôme post-grade en diététique néphrologique. Pour l'instant, le diplôme post-grade est encore fortement axé sur la deuxième ligne. Les diététiciens qui y participent ont également l'intention d'encadrer des patients atteints d'IRC en milieu hospitalier (en partie parce que peu de patients viennent consulter le diététicien en soins primaires).

## **Axe 1** : Développer la connaissance des professionnels sur les recommandations et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique au sens large

Diététicien

**Recommandation 1C** : Promouvoir la formation continue des diététiciens de première ligne dans le domaine de la néphrologie.

**Résultat attendu** : Une augmentation des diététiciens de première ligne qui se sentent en confiance pour traiter les patients d'IRC.

**Impact attendu sur le trajet de soins** : 6,6

**Directive(s) impactée(s)** :  
n/a

**Indicateur(s) impacté(s)** :  
Toutes.

**Indicateur(s) de suivi** :

- Nombre d'inscrits aux formations
- Nombre de diététiciens conseillant des patients atteints d'IRC

## **Axe 1** : Développer la connaissance des professionnels sur les recommandations et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique au sens large

Néphrologue

**Recommandation 1D** : Promouvoir la formation continue pour les néphrologues.

**Contexte** : Pour les néphrologues, il est surtout important de se concentrer sur la connaissance diététique d'une part, et les modalités de prise en charge d'autre part pour assurer une meilleure gestion multidisciplinaire du patient en IRC.

**Description** : L'organisation et la promotion de formations continues, avec un focus sur les éléments suivants :

- La connaissance des néphrologues sur l'impact de l'alimentation sur l'état du patient.
- La formation thérapeutique avec un focus sur la transition des soins.

**Résultat attendu** : Un renforcement de la multidisciplinarité dans le trajet de soins IRC.

**Impact attendu sur le trajet de soins** : 7,0

**Indicateur(s) de suivi** :

- Nombres d'inscrits aux formations

**Directive(s) impactée(s)** :  
n/a

**Indicateur(s) impacté(s)** :  
n/a

# **Axe 1** : Développer la connaissance des professionnels sur les recommandations et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique au sens large

## Proposition d'opérationnalisation

### **1A** : Réévaluer la formation universitaire en néphrologie pour les médecins généralistes.

#### Universités/organes interuniversitaires

1. Réalisation d'un projet interuniversitaire sur la révision de la formation en néphrologie dans le curriculum de médecine générale. Ceci pourrait être organisé par le biais des comités pédagogiques permanents responsables de la formation en médecine générale dans les différentes universités, dans le but d'aboutir à approche coordonnée.

### **1B** : Renforcer la formation continue des médecins généralistes sur les recommandations de pratique clinique et la prise en charge de l'IRC au sens large.

#### Associations de médecins

1. Organisation de formations continues pour les médecins généralistes sur la prise en charge de l'IRC. En guise d'incitatif, cette formation pourrait être accréditée. Ces formations permettraient d'expliquer les recommandations pour garantir un socle de connaissances qui favorise le pragmatisme dans la prise en charge.

*Un exemple évoqué pendant la séance multidisciplinaire était le développement potentiel d'une formation intitulée « 10 choses à savoir pour faire taire un néphrologue ». Développée par des néphrologues et orientée au médecin généraliste, celle-ci lui offrirait une boîte à outils contenant les éléments essentiels à la prise en charge des patients atteints d'IRC.*

## **Axe 1** : Développer la connaissance des professionnels sur les recommandations et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique au sens large

### Proposition d'opérationnalisation

***1B*** : Renforcer la formation continue des médecins généralistes sur les recommandations de pratique clinique et la prise en charge de l'IRC au sens large.

Médecins généralistes & diététiciens

2. Organiser une formation annuelle conjointe sur l'IRC pour les médecins généralistes et les diététiciens.

*La KU Leuven et l'UCLL souhaitent développer conjointement une formation de formateurs (train-the-trainer) qui pourra ensuite être diffusée en Belgique.*

Comme les médecins généralistes et les diététiciens apprennent à se connaître (rôle de chacun) au cours de ces formations, cette action facilite la **recommandation 2C** "Promouvoir la diététique auprès des autres professionnels".

# **Axe 1** : Développer la connaissance des professionnels sur les recommandations et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique au sens large

## Proposition d'opérationnalisation

**1C** : Promouvoir la formation continue des diététiciens de première ligne dans le domaine de la néphrologie.

### SPF Santé publique/INAMI

1. Mettre à la disposition des diététiciens un Evidence Linker (tel qu'il existe déjà dans le logiciel des médecins généralistes).

*Un projet pilote à ce sujet a déjà été approuvé, il est repris par le CEBAM et les diététiciens y participent.*

2. Introduire une accréditation pour les diététiciens comme incitation à la formation permanente.

*Dans le passé, une note conceptuelle « accréditation » a été élaborée par la VBVD et Les Diététicien·ne·s.*

### Les Diététicien·ne·s

3. Rendre l'e-learning disponible en français

# **Axe 1** : Développer la connaissance des professionnels sur les recommandations et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique au sens large

## Proposition d'opérationnalisation

**1C** : Promouvoir la formation continue des diététiciens de première ligne dans le domaine de la néphrologie.

### VBVD & Les Diététicien·ne·s

4. Faire connaître la ligne directrice diététique et l'e-learning (et les futurs post-formulaires autour de l'IRC) en les incluant dans l'offre de formation régulière.

*La VBVD a déjà confirmé cette action.*

5. Proposer un schéma concret sur la manière dont l'accréditation des diététiciens peut être élaborée et mise en œuvre.

### Diététiciens & médecins généralistes

6. Organiser annuellement une formation conjointe sur l'IRC pour les diététiciens ainsi que les médecins généralistes.

*L'UCLL et la KU Leuven sont disposés à développer conjointement une formation de formateurs qui pourra ensuite être diffusée en Belgique.*

Comme les médecins généralistes et les diététiciens apprennent à se connaître (rôle de chacun) au cours de ces formations, cette action facilite la **recommandation 2C** "Promouvoir la diététique auprès des autres professionnels".

# **Axe 1** : Développer la connaissance des professionnels sur les recommandations et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique au sens large

## Proposition d'opérationnalisation

**1C** : Promouvoir la formation continue des diététiciens de première ligne dans le domaine de la néphrologie.

### Cours d'enseignement supérieur en nutrition et diététique

7. Mise en place d'un système de révision des études de cas sur l'IRC dans les cours de nutrition et de diététique, afin que celles-ci soient suffisamment orientées vers la première ligne, pour que les diététiciens s'y intéressent.

8. Stimuler davantage les étudiants à l'apprentissage permanent (sous la forme de post-formulaires, d'articles, de formations en ligne, de post-grades, etc.). Pour cela, il est important de proposer une offre par étapes. En plus de la formation de base, proposer un apprentissage en ligne à bas seuil (disponible), une formation continue (à développer) jusqu'à un diplôme postgradué (disponible).

### Coordinateur postgrade en diététique néphrologique

9. Réformer le postgrade pour qu'il soit plus orienté vers la première ligne.

# **Axe 1** : Développer la connaissance des professionnels sur les recommandations et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique au sens large

## Proposition d'opérationnalisation

### **1D** : Promouvoir la formation continue pour les néphrologues.

#### VBVD & Les Diététicien·ne·s

1. Organisation d'événements partageant des connaissances sur l'impact de la nutrition sur l'état du patient IRC.

#### Associations de néphrologues

2. Dans le cadre de l'amélioration de la multidisciplinarité, organisation de formations sur la transition des soins. Ces formations seraient principalement focalisées sur les informations transmises aux autres professionnels, ainsi qu'au patient dans le trajet de soins IRC.
3. Organisation de formations sur l'innovation des modes de prises en charge du néphrologue (consultations vidéo et « numéro vert »).
4. Promotion des formations et événements mentionnés ci-dessus par les associations de professionnels :
  - L'Association Néerlandophone Belge Pour La Néphrologie (NBVN)
  - Le Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique (GNFB)
  - La Société Belge de Néphrologie (SBN-BVN)

Les cycles de formations sur la transition des soins reprendraient des éléments mentionnés dans la **recommandation 2A**, notamment l'amélioration du contenu de la lettre post-consultation du néphrologue au médecin généraliste. Ils comprendraient également des formations sur la rédaction d'un plan d'avenir pour le patient (**recommandation 5A**). En outre, les formations sur l'innovation des modes de prises en charge du néphrologue portent sur la **recommandation 4A**.

## Axe 2 : Renforcer les relations, la communication et le partage d'informations

*Stakeholder(s) concerné(s)* : Médecin généraliste Diététicien Néphrologue Patient

Pour un suivi qualitatif des patients dans leur trajet de soins, une bonne coordination entre les acteurs impliqués est cruciale. La communication opportune et systématique et la disponibilité des informations revêtent ici une grande importance.

A cet égard, certaines lacunes ont été identifiées entre les médecins généralistes, les néphrologues et les diététiciens lors des séances multidisciplinaires, et par conséquent, des recommandations ont été formulées qui concernent la communication d'informations sur l'état actuel du patient et son évolution attendue, ainsi que sur les actions entreprises par les prestataires de soins et leurs attentes les uns envers les autres (ce qui a déjà été fait, ce qui doit encore être fait et par qui). En plus de cela, il a été jugé nécessaire de prévoir une source d'information centralisée accessible à toutes les parties prenantes.

Cet axe et ses recommandations jouent un rôle important pour améliorer le suivi des patients et la multidisciplinarité dans le trajet de soins IRC.

**Recommandation 2A** : Renforcer le partage d'informations post-consultation entre les professionnels.

**Recommandation 2B** : Actualisation du site web sur le trajet de soins IRC.

**Recommandation 2C** : Promouvoir la diététique auprès des autres professionnels.

## Axe 2 : Renforcer les relations, la communication et le partage d'informations

Transversal

**Recommandation 2A** : Renforcer le partage d'informations post-consultation entre les professionnels (1/2).

**Contexte** : Les informations post-consultation et leur accessibilité jouent un rôle majeur pour les professionnels. Elles permettent de connaître l'état actuel du patient, l'historique de son traitement et les éventuelles lacunes restantes dans sa prise en charge.

**Description** : Cette recommandation transversale contient plusieurs directives concernant le partage d'informations post-consultation entre le généraliste, le néphrologue et le diététicien, à savoir :

- Développer des modèles de lettres d'orientation au néphrologue et au diététicien pour le trajet de soins IRC, afin que celles-ci contiennent des directives claires pour chacun. Actuellement, la lettre d'orientation contient des informations insuffisantes pour que le diététicien puisse conseiller correctement le patient. Elle doit indiquer clairement le régime (et les points focaux) que le patient doit suivre. Une proposition concrète du contenu des lettres a été incluse en annexe 10.
- Pour le néphrologue, améliorer le contenu de la lettre post-consultation adressée au médecin généraliste. Les attentes à l'égard du médecin généraliste (instruction/schéma de prise en charge) ont été soulignées comme éléments importants à prendre en compte. Ceci permet de clarifier les mesures prises par le néphrologue et les tâches qui restent à accomplir par le généraliste.
- Le médecin généraliste quant à lui, devrait rendre le suivi de la consultation systématiquement accessible au néphrologue (de manière structurée ou non, ex. SUMEHR).

**Axe 2** : Renforcer les relations, la communication et le partage d'informations

Transversal

**Recommandation 2A** : Renforcer le partage d'informations post-consultation entre les professionnels (2/2).

**Contexte** : Les informations post-consultation et leur accessibilité jouent un rôle majeur pour les professionnels. Elles permettent de connaître l'état actuel du patient, l'historique de son traitement et les éventuelles lacunes restantes dans sa prise en charge.

**Description** : Cette recommandation transversale contient plusieurs directives concernant le partage d'informations post-consultation entre le généraliste, le néphrologue et le diététicien, à savoir :

- Le diététicien rédige également un rapport post-consultation qu'il rend au médecin généraliste et au néphrologue. En amont, il est important de bien aligner les priorités d'un tel rapport. Il est important de mentionner que dans la pratique, il n'est pas facile pour les diététiciens de transmettre le rapport au néphrologue, parce que leurs logiciels ne fonctionnent pas toujours en fonction des hôpitaux. Il existe également des obstacles concernant le rapport au médecin généraliste. Différents logiciels sont disponibles pour le reporting, de sorte que tout le monde n'utilise pas le même programme. En outre, un certain nombre de logiciels sont disponibles pour les diététiciens en tant que dossiers de patients. Cependant, ces logiciels sont coûteux, ce qui empêche souvent les diététiciens de les acheter (en particulier les diététiciens ayant un emploi secondaire).

**Résultat attendu** : Une meilleure transition des soins pour le patient qui évite des inefficiences telles que des oublis et des doublons.

**Impact attendu sur le trajet de soins** :

7,8

**Indicateur(s) de suivi** :

- Utilisation ou non des modèles de lettres d'orientation
- Contenu des informations partagées (échantillon)

**Directive(s) impactée(s)** :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>**Indicateur(s) impacté(s)** : I<sub>2</sub>,I<sub>3</sub>

## Axe 2 : Renforcer les relations, la communication et le partage d'informations

Transversal

**Recommandation 2B** : Actualisation du site web sur le trajet de soins IRC.

**Contexte** : Le partage et l'accessibilité d'informations est optimisé par une centralisation poussée. Bien que des initiatives aient été entreprises dans le cadre des trajets de soins (site web TDS Diabète & IRC actuel), il est recommandé de mettre à jour et d'enrichir l'existant.

**Description** : La création d'un site web dédié au trajet de soins IRC, destiné à tous les acteurs impliqués, c'est-à-dire le médecin généraliste, le néphrologue, le diététicien, le patient mais aussi les infirmiers et les pharmaciens. Le site web contient les informations nécessaires pour chaque partie prenante, clarifie son rôle et ses rapports avec les autres acteurs. En outre, les ressources (p.e. modèle de lettre d'orientation) qui ont été mentionnées dans d'autres recommandations sont également mises à disposition ici. L'accent doit être mis ici sur la simplicité et la facilité d'utilisation. Le site contiendra également une plateforme numérique/un lien vers une plateforme existante telle que pour le partage d'informations entre les professionnels.

**Résultat attendu** : Une accessibilité renforcée des informations nécessaires pour toutes les parties prenantes du trajet de soins.

**Impact attendu sur le trajet de soins** :

7,6

**Indicateur(s) de suivi** : n/a

**Directive(s) impactée(s)** :  
Toutes.

**Indicateur(s) impacté(s)** :  
Toutes.

**Axe 2** : Renforcer les relations, la communication et le partage d'informations

Transversal

**Recommandation 2C** : Promouvoir la diététique auprès des autres professionnels.

**Contexte** : Lors des sessions de réflexion en groupe avec les diététiciens et de la séance multidisciplinaire, il est apparu que les patients ne sont pas suffisamment orientés vers un diététicien par le médecin généraliste. Les diététiciens travaillent sur référence du médecin généraliste (A.R.1997). Ainsi, sans référence, les patients IRC ne voient pas de diététicien. Il a été constaté par les deux lots que les généralistes et les néphrologues n'ont pas une connaissance suffisante de l'offre de diététiciens traitant des patients d'IRC, ni de leur rôle dans la prise en charge des patients IRC.

**Description** : Le diététicien devrait se faire connaître de manière proactive, ainsi que ses connaissances sur l'IRC, auprès du médecin généraliste et du néphrologue de son entourage.

- Une augmentation du nombre de moments de contact entre les diététiciens et les médecins est recommandée à cet égard (par exemple, inviter des diététiciens à intervenir lors des GLEM).
- Création d'une ressource d'information centralisée et mise à jour régulièrement, qui répertorie les diététiciens disponibles traitant les patients de maladies rénales par région. La "carte sociale" flamande répond à cette définition, à condition que la fonction de recherche des spécialisations s'améliore. Ce faisant, il est impératif que les diététiciens indiquent clairement leurs spécialisations dans la plateforme.

**Résultat attendu** : Le diététicien est un partenaire égal dans le trajet de soins.

**Impact attendu sur le trajet de soins** :

5,9

**Directive(s) impactée(s)** :

R<sub>60</sub>

**Indicateur(s) impacté(s)** :

Toutes.

**Indicateur(s) de suivi** :

- Nombre d'orientations de patients IRC vers un diététicien.

## Axe 2 : Renforcer les relations, la communication et le partage d'informations

### Proposition d'opérationnalisation

#### 2A : Renforcer le partage d'informations post-consultation entre les professionnels.

VBVD, Les Diététicien·ne·s, Domus Medica & SSMG

1. Développer des lettres types pour l'orientation vers des diététiciens afin qu'elles contiennent des conseils clairs et toutes les informations nécessaires pour conseiller le patient.

*Une forme numérique de cette lettre d'orientation est souhaitable.*

*Une proposition pour le contenu de la lettre d'orientation vers le diététicien se trouve dans l'annexe 10. Cette lettre type contient les besoins du diététicien, mais n'a pas encore été testée auprès d'un nombre représentatif de médecins généralistes.*

INAMI

2. Mettre en place des lettres types en les ajoutant au logiciel des médecins généralistes (comme cela se fait déjà pour la kinésithérapie).

Les médecins généralistes devraient être encouragés à cocher dans le logiciel médical les valeurs de laboratoire qui sont également envoyées au diététicien.

*L'INAMI mène actuellement un projet sur l'introduction d'une ordonnance numérique. Il sera étudié avec les différents groupes professionnels pour savoir où sont exactement les besoins. Un modèle pourrait être ajouté autour de l'IRC.*

## Axe 2 : Renforcer les relations, la communication et le partage d'informations

### Proposition d'opérationnalisation

#### 2A : Renforcer le partage d'informations post-consultation entre les professionnels.

##### INAMI

3. Prévoir une allocation pour le logiciel (dossier patient) pour les diététiciens (comme cela est déjà fait pour les médecins généralistes et les kinésithérapeutes), afin que les diététiciens soient encouragés à utiliser un logiciel et à préparer et envoyer systématiquement un rapport post-consultation au médecin généraliste et au néphrologue. De cette manière, l'échange d'informations sera renforcé. Une condition pour cela, toutefois, est que ce logiciel assure un échange d'informations fluide avec les médecins généralistes et les hôpitaux et que le rapport soit intégré au logiciel via eSanté. Il est important de définir les priorités de ces rapports au préalable.

##### Associations de néphrologues & Associations de médecins généralistes

4. Développement de directives et/ou un modèle de lettre post-consultation que le néphrologue adresse au médecin généraliste. Il est important de bien développer les modalités relatives aux instructions / au schéma de prise en charge.

*Une forme numérique d'une éventuelle lettre d'orientation est souhaitable.*

## Axe 2 : Renforcer les relations, la communication et le partage d'informations

### Proposition d'opérationnalisation

#### 2B : Actualisation du site web sur le trajet de soins IRC.

##### INAMI

1. Création et mise en œuvre du nouveau site web du trajet de de soins IRC avec une plateforme commune pour le partage des informations, notamment par la mise à jour du nouveau site web trajet de soins par l'INAMI. Propositions d'inclusion/amélioration (non exhaustives) :
  - Séparer clairement les trajets de soins au début (voire considérer des sites web séparés).
  - Inclusion des guides de pratique clinique (éventuellement des versions synthétiques).
  - Mise en évidence des rôles de différents acteurs (incl. les patients) et les relations entre eux, sous la forme d'une feuille de route compréhensible donnant une vue d'ensemble.
  - Liens vers base de données externes (p.e. Ebpracticenet)
  - Intégration d'une plateforme de partage d'informations entre les professionnels + lien vers plateforme patient (masanté.be).

##### Associations de professionnels, SPF Santé publique

2. Promotion du nouveau site web TDS IRC et des ressources qu'il contient, ceci par :
  - Les associations de néphrologues (NBVN, GNFB, SBN-BVN).
  - Les associations des médecins généralistes (Domus Medica, SSMG).
  - Les associations des diététiciens (VBVD, les Diététicien·ne·s).
  - Le SPF Santé publique.

## Axe 2 : Renforcer les relations, la communication et le partage d'informations

### Proposition d'opérationnalisation

#### 2C : Promouvoir la diététique auprès des autres professionnels.

##### Gouvernement flamand

1. Rendre la Carte Sociale plus facile à utiliser en :
  - Ajoutant une fonction de recherche pour les diététiciens conseillant des patients atteints d'IRC (par exemple via l'utilisation de filtres pour différentes pathologies).
  - Permettant aux prestataires de soins de santé de modifier facilement leurs propres données sur la Carte Sociale.

##### INAMI et fournisseurs de logiciels

2. L'intégration de la Carte Sociale dans le logiciel médical des médecins généralistes pour une consultation facile. D'autres possibilités incluent l'intégration dans l'Evidence Linker et la base de données CDLH.

##### SPF Santé publique/Gouvernement flamand

3. Étendre la Carte Sociale à la Wallonie.

*En Wallonie, il n'existe pas encore de plateforme similaire car la Carte Sociale émane du gouvernement flamand.*

## Axe 2 : Renforcer les relations, la communication et le partage d'informations

### Proposition d'opérationnalisation

#### 2C : Promouvoir la diététique auprès des autres professionnels.

##### Zones de première ligne

4. Faire connaître la Carte Sociale aux professionnels de première ligne. Une action possible est d'organiser une séance d'information ou un atelier pour les médecins généralistes et les diététiciens afin qu'ils se familiarisent avec la Carte Sociale et entre eux. Il s'agit d'une opportunité de mise en réseau où les prestataires de soins peuvent se rencontrer et se coordonner avec d'autres disciplines dans la région.

##### Diététiciens de première ligne

5. S'assurer que les données de la Carte Sociale sont à jour et complètes (y compris les pathologies qu'ils accompagnent), afin que les médecins généralistes (et autres prestataires de soins) puissent les retrouver facilement.

6. Se faire connaître de manière proactive et faire connaître leur rôle dans le cadre de l'IRC dans la région.

##### Responsables GLEM

7. Inviter des diététiciens à intervenir lors des GLEM (ou développer un cercle GLEM commun de diététiciens).

## Axe 2 : Renforcer les relations, la communication et le partage d'informations

### Proposition d'opérationnalisation

2C : *Promouvoir la diététique auprès des autres professionnels.*

#### Cercles de diététiciens

8. Inviter les médecins généralistes à intervenir lors des cercles de diététiciens (ou élaborer un cercle de diététiciens-GLEM commun).

La **recommandation 3B** sera facilitée lorsque les généralistes reconnaîtront l'importance du traitement diététique dans l'IRC et connaîtront des diététiciens dans leur région.

## Axe 3 : Garantir un meilleur suivi de l'IRC

*Stakeholder(s) concerné(s) :* Médecin généraliste Diététicien

Cet axe regroupe 3 recommandations visant à assurer un meilleur suivi et une meilleure orientation des patients IRC, ceci en renforçant les pratiques de suivi et d'orientation du médecin généraliste d'une part, et en renforçant la consultation diététique d'autre part.

Le suivi et l'orientation des patients IRC pourraient être améliorés. Les ateliers avec les médecins généralistes ont révélé que le suivi de la fonction rénale, une activité initialement attribuée au médecin généraliste, est quelque peu inadéquat et que la répartition des tâches n'est pas toujours claire (ce qui revient au néphrologue, ce qui revient au médecin généraliste). En outre, le suivi diététique correct est empêché par l'absence d'orientation par le médecin généraliste (ceci a été conclu séparément par les Lots 1 et 2).

**Recommandation 3A** : Assurer une surveillance plus systématique de la fonction rénale.

**Recommandation 3B** : Renvoyer les patients chez le diététicien de façon plus préventive.

**Recommandation 3C** : Obligation d'une consultation diététique au début du trajet de soins.

## Axe 3 : Garantir un meilleur suivi de l'IRC

Médecin généraliste

**Recommandation 3A** : Assurer une surveillance plus systématique de la fonction rénale.

**Contexte** : Pendant les workshops avec les médecins généralistes, il est devenu apparent qu'il était nécessaire d'améliorer cette surveillance de patients à risque faible à modéré de néphropathie terminale, comme mentionné dans le guide de pratique clinique.

**Description** : Le médecin généraliste surveille de manière consistante la fonction rénale par le biais d'une analyse sanguine, en mettant l'accent sur les patients souffrant de diabète sucré et ayant des antécédents familiaux d'IRC. Outre les analyses sanguines, il est également nécessaire de systématiser les analyses d'urine dans certains cas, une tâche que l'on considère encore régulièrement (et à tort) comme étant du ressort du néphrologue.

**Résultat attendu** : Une amélioration du suivi du patient suite à une meilleure répartition des tâches.

**Impact attendu sur le trajet de soins** :

7,6

**Indicateur(s) de suivi** : En fonction des indicateurs sélectionnés à faire suivre par les médecins généralistes dans leur DMI (cf. Annexe 1)

**Directive(s) impactée(s)** :

R<sub>7</sub>, R<sub>8</sub>, R<sub>45</sub>, R<sub>47</sub>, R<sub>50</sub>

**Indicateur(s) impacté(s)** :

n/a

**Axe 3** : Garantir un meilleur suivi de l'IRC

Médecin généraliste

**Recommandation 3B** : Renvoyer les patients chez le diététicien de façon plus préventive.

**Contexte** : Il incombe au médecin généraliste d'orienter le patient IRC vers un diététicien agréé pour obtenir des conseils nutritionnels si nécessaire. Dans la pratique, cela se fait encore beaucoup trop peu, et finalement trop tard.

**Description** : Le médecin généraliste oriente systématiquement le patient vers un diététicien de manière plus préventive, c'est-à-dire au moins au début du trajet de soins (correspond au stade 3B), et lorsque les conseils diététiques sont modifiés (par exemple, restriction supplémentaire de phosphore). Si les antécédents médicaux du médecin montrent que le patient atteint d'une IRC à un stade précoce (par exemple, stade 2, pas encore de trajet de soins) a un régime alimentaire malsain, il est possible d'orienter le patient vers un diététicien à un stade plus précoce. Il est important d'orienter le patient vers un diététicien à temps, car un régime approprié retarde la détérioration de la fonction rénale ainsi que l'accumulation de déchets, de sorte que le traitement de remplacement de la fonction rénale peut être reporté/évité le plus longtemps possible ( Guide diététique de l'IRC). En outre, les régimes complexes d'IRC sont plus difficiles à suivre par le patient dans les phases ultérieures.

**Résultat attendu** : Amélioration de l'adhésion du patient au régime alimentaire (qui est complexe), retard de la détérioration de la fonction rénale et de l'accumulation des déchets, réduction du risque cardiovasculaire du patient.

**Impact attendu sur le trajet de soins** :

7,4

**Indicateur(s) de suivi** :

- Patients orientés par le médecin généraliste et stade associé (selon les indicateurs sélectionnés à suivre par le médecin généraliste)

**Directive(s) impactée(s)** :R<sub>60</sub>**Indicateur(s) impacté(s)** : I<sub>4</sub>,I<sub>6-15</sub>,

**Axe 3** : Garantir un meilleur suivi de l'IRC

Diététicien

**Recommandation 3C** : Obligation d'une consultation diététique au début du trajet de soins.

**Contexte** : Outre la systématisation de l'orientation vers les médecins généralistes, il est également important de renforcer la position de la consultation en soi dans le trajet de soins.

**Description** : Malgré le fait que le trajet de soins assure un contact plus fréquent avec le diététicien, le nombre de patients orientés vers un diététicien est encore très faible (Sciensano, 2020). Cependant, l'importance du traitement diététique et de l'orientation vers un diététicien est soulignée dans le guide multidisciplinaire et le guide diététique. Les actions décrites précédemment peuvent ne pas être suffisantes pour assurer une orientation systématique vers le diététicien. Par conséquent, il est recommandé d'exiger une consultation diététique au début du trajet de soins.

Actuellement, il n'est pas possible d'évaluer combien de patients affiliés au trajet de soins IRC finissent par consulter un diététicien. En effet, le numéro de nomenclature du trajet de soins IRC est le même que celui du trajet de soins diabète type 2 (794010).

**Résultat attendu** : Un suivi diététique systématique pour chaque patient IRC dans le trajet de soins.

**Impact attendu sur le trajet de soins** :

6,4

**Directive(s) impactée(s)** :  
n/a

**Indicateur(s) impacté(s)** :  
I<sub>1-4</sub>, I<sub>6-15</sub>,

**Indicateur(s) de suivi** :

- Nombre de consultations avec un diététicien dans le trajet de soins (condition : numéro de nomenclature distinct pour le trajet de soins IRC)

## Axe 3 : Garantir un meilleur suivi de l'IRC

### Proposition d'opérationnalisation

#### **3A** : Assurer une surveillance plus systématique de la fonction rénale.

Domus Medica, SSMG, organisateurs de formations continues

1. Organisation d'une formation avec un focus sur le monitoring de la fonction rénale par le biais d'analyses sanguines, en soulignant l'importance des analyses urinaires également.

Cette formation peut être reprise dans les cycles de formation continue proposés pour la **recommandation 1A** « Renforcer la formation continue des médecins généralistes sur les recommandations de pratique clinique et la prise en charge de l'IRC au sens large ».

#### **3B** : Renvoyer les patients chez le diététicien de façon plus préventive.

Domus Medica, SSMG, organisateurs de formations continues

2. Lors des séances de suivi, prêter attention au rôle du diététicien dans la prévention tertiaire de l'IRC.

Un médecin peut détecter des signaux concernant un mode de vie malsain et/ou des facteurs de risque via, par exemple, un bilan de santé (<https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/gezondheidstest-bij-ouderen>) et le Guide de la santé de Domus Medica).

Les chercheurs du Lot 2 s'attendent à ce que, si les patients atteints d'IRC sont davantage orientés vers un diététicien, un plus grand nombre de diététiciens de première ligne se formeront également à l'IRC (**recommandation 1C** "Promouvoir la formation continue des diététiciens de première ligne dans le domaine de la néphrologie") et incluront l'IRC dans leur activité.

## **Axe 3** : Garantir un meilleur suivi de l'IRC

### Proposition d'opérationnalisation

**3C** : *Obligation d'une consultation diététique au début du trajet de soins.*

#### INAMI

1. Rendre les consultations avec le diététicien obligatoires dans le format du trajet de soins initial IRC. Ceci est communiqué à la fois au médecin généraliste et au diététicien afin que les deux prestataires de soins soient au courant du trajet de soins initial et des changements obligatoires.
2. Créer un numéro de nomenclature distinct pour le trajet de soins IRC afin que l'impact de cette mesure puisse être suivi.

Pour une recommandation concrète du nombre de consultations nécessaires avec un diététicien, se référer à la **recommandation 4C**.

# **Axe 4** : Renforcer l'accessibilité et l'attractivité du trajet de soins pour le patient et les professionnels

*Stakeholder(s) concerné(s)* : **Néphrologue** **Diététicien** **Patient**

Cet axe regroupe trois recommandations en vue de renforcer l'attractivité du trajet de soins IRC d'une part, et l'accessibilité pour les patients d'autre part.

Un enjeu important pour une bonne prise en charge du patient IRC, est une accessibilité et une attractivité suffisante du trajet de soins. Cependant, il est apparu au cours des workshops que des améliorations étaient possibles dans ce domaine, tant pour les patients que pour les prestataires de soins. Du côté du patient, des efforts doivent être faits pour améliorer la disponibilité du généraliste/spécialiste en cas de besoin. D'autre part, le trajet de soins est aujourd'hui peu attractif pour les diététiciens, ce qui nuit à la valorisation de la discipline. Le tarif officiel est fixé à €22,77 (ticket modérateur de €5,62) pour 2, 3 ou 4 consultations de 30 minutes par année. Tenant des tarifs habituels hors trajet de soins, cette situation crée peu d'incitation. Il est important que davantage de consultations soient remboursées au cours de la première année du trajet de soins, car c'est à ce moment-là que les patients ont le plus besoin d'éducation.

**Recommandation 4A** : Innover les modes de prise en charge du néphrologue.

**Recommandation 4B** : Renforcer l'accessibilité et l'attractivité financière de la diététique dans le trajet de soins IRC.

**Recommandation 4C** : Simplifier l'administration du trajet de soins.

## **Axe 4** : Renforcer l'accessibilité et l'attractivité du trajet de soins pour le patient et les professionnels

Néphrologue

**Recommandation 4A** : Innover les modes de prise en charge du néphrologue.

**Contexte** : La disponibilité (rapide) du néphrologue peut parfois être un point épineux. Cependant, pour les stades précoces comme pour l'insuffisance rénale avancée, le patient comme le généraliste devrait pouvoir faire appel à son expertise en cas de besoin.

**Description** : Cette recommandation vise à innover les modalités de prise en charge du néphrologue. Deux éléments sont proposés ici :

- Mettre en place des consultations par vidéo/autre méthode de prise en charge des patients ayant des besoins de soins plus importants. Toutefois, cette démarche doit être ponctuelle et ne pas se substituer aux consultations physiques ni constituer une solution systématique pour les patients grabataires.
- Mettre en place un modèle de prise en charge alternée entre le néphrologue et le médecin généraliste sous la forme d'un « Numéro vert », en vue d'améliorer la facilité de contact avec ce premier au niveau local ou par région.

**Résultat attendu** : Une accessibilité renforcée au néphrologue permettant de répondre plus efficacement à des contraintes ponctuelles.

**Impact attendu sur le trajet de soins** : 6,9

**Indicateur(s) de suivi** : n/a

**Directive(s) impactée(s)** : n/a

**Indicateur(s) impacté(s)** : n/a

## **Axe 4** : Renforcer l'accessibilité et l'attractivité du trajet de soins pour le patient et les professionnels

Diététicien

**Recommandation 4B** : Renforcer l'accessibilité et l'attractivité financière de la diététique dans le trajet de soins IRC.

**Contexte** : Les workshops et la séance multidisciplinaire ont révélé que le trajet de soins de l'IRC offre peu d'incitation financière aux diététiciens pour le suivi des patients. Il existe également une marge d'amélioration pour les patients en termes d'accessibilité (financière).

**Description** : Actuellement, selon le stade de l'IRC, 2, 3 ou 4 séances de 30 minutes par an sont prévues dans le trajet de soins. Après cela, les patients ne reviennent souvent pas car le remboursement n'est plus prévu. Une consultation de démarrage dure généralement 1 heure, ce qui, au départ, ne laisse aucune place à l'éducation et au suivi au cours de la première année. Si une consultation de démarrage (1h) avec trois séances supplémentaires (0,5h chacune) pouvait se poursuivre au cours de la première année du trajet de soins (à partir de l'étape 3b), cela serait plus intéressant pour le patient et le diététicien. La deuxième et la troisième peuvent être conservées. En introduisant des séances supplémentaires, les patients peuvent revenir plus souvent et il y a plus de temps pour l'éducation.

**Résultat attendu** : Plus de temps pour le diététicien pour éduquer, plus de connaissances et de compétences du patient concernant le régime alimentaire et par conséquent une meilleure observance et une prévention tertiaire.

**Impact attendu sur le trajet de soins** : 6,9

**Directive(s) impactée(s)** :  
n/a

**Indicateur(s) impacté(s)** :  
I<sub>1-4</sub>, I<sub>6-15</sub>,

**Indicateur(s) de suivi** :

- Nombre de consultations avec un diététicien que les patients ont au cours de la première année du trajet de soins.

## **Axe 4** : Renforcer l'accessibilité et l'attractivité du trajet de soins pour le patient et les professionnels

Transversal

**Recommandation 4C** : Simplifier l'administration dans le cadre du trajet de soins.

**Contexte** : Le trajet de soins est une charge administrative trop lourde pour les médecins généralistes et les patients. En fait, la charge administrative empêche parfois les patients de s'engager dans le trajet de soins.

**Description** : Il convient d'étudier les moyens de rendre le trajet de soins moins lourd sur le plan administratif pour les patients et les médecins généralistes. Les possibilités de l'administration numérique pourraient être explorées. Un projet pilote pourrait être réalisé pour voir ce qui est possible. En plus de cette charge administrative, il est apparu au cours des workshops que les médecins généralistes sont insuffisamment informés de l'existence du trajet de soins IRC. L'accessibilité et l'attractivité du trajet de soins devraient être renforcées pour assurer une meilleure prise en charge et un meilleur suivi de l'IRC. En effet, après avoir entamé un trajet de soins, les patients ont des contacts plus fréquents avec les prestataires de soins (davantage de patients ont également des contacts avec un diététicien) et leur santé s'améliore. Des examens importants, tels que la mesure du contrôle du diabète (HbA1c) et de la fonction rénale, ont également lieu plus souvent après le début d'un trajet de soins. Grâce aux résultats de ces examens, le patient et les prestataires de soins peuvent ensemble adapter le traitement en temps voulu (Sciensano, 2020).

**Résultat attendu** : Plus de patients d'IRC rejoignent le trajet de soins.

**Impact attendu sur le trajet de soins** : -

**Directive(s) impactée(s)** :  
n/a

**Indicateur(s) impacté(s)** :  
n/a

**Indicateur(s) de suivi** :

- Proportion de patients IRC connectés au trajet de soins

## **Axe 4** : Renforcer l'accessibilité et l'attractivité du trajet de soins pour le patient et les professionnels

### Proposition d'opérationnalisation

#### **4A** : Innover les modes de prise en charge du néphrologue

Hôpitaux, zones multidisciplinaires locales & zones de première ligne

1. Développement d'un projet poussant qui facilite l'accès aux consultations chez un néphrologue en cas d'urgence, entre autres par le biais de consultations vidéos.  
À cela s'ajouterait la mise en place d'un numéro vert pour les médecins généralistes pour des demandes ponctuelles (et urgentes) qui nécessitent un avis du néphrologue.

#### **4B** : Renforcer l'accessibilité et l'attractivité financière de la diététique dans le trajet de soins IRC.

INAMI

1. Augmenter la fréquence des visites au diététicien au cours de la première année du trajet de soins, à savoir une consultation d'admission d'une heure et trois séances d'éducation de 0,5 heure. De cette façon, le diététicien dispose de suffisamment de temps pour initier correctement un patient, et les patients sont moins susceptibles d'abandonner en raison de l'arrêt du remboursement.

#### **4C** : Simplifier l'administration du trajet de soins.

INAMI

1. Simplifier les formalités administratives du trajet de soins, tant pour les médecins généralistes que pour les patients. Cela peut se faire, par exemple, par l'intégration numérique du formulaire via eHealthBox, afin qu'il puisse être validé numériquement.

*La manière dont ces formalités administratives peuvent être concrètement simplifiées peut être étudiée dans le cadre d'un projet.*

# **Axe 4** : Renforcer l'accessibilité et l'attractivité du trajet de soins pour le patient et les professionnels

## Proposition d'opérationnalisation

### **4C** : Simplifier l'administration du trajet de soins.

INAMI & développeurs de logiciels

2. Ajouter un message pop-up/de feedback automatique dans le logiciel/le tableau de bord\* pour les médecins généralistes lorsqu'un patient est éligible pour le trajet de soins IRC. De cette façon, les médecins généralistes sont toujours avertis de l'existence du trajet de soins.

*\* Un projet pilote (mené par Intego) est actuellement en cours pour développer un tableau de bord basé sur le logiciel médical des médecins généralistes. Ce tableau de bord générera un retour d'information individuel pour les médecins généralistes.*

Domus Medica/Zones de première ligne

3. Faire connaître davantage le trajet de soins IRC auprès des médecins généralistes.

Formation médecine

4. Mettre en avant le trajet de soins IRC dans la formation en médecine.

Lorsque davantage de patients seront intégrés dans le trajet de soins, la **recommandation 3C** « Obligation d'une consultation diététique au début du trajet de soins. » aura un plus grand impact dans la pratique.

# **Axe 5** : Renforcer l' « empowerment » du patient dans son trajet de soins

*Stakeholder(s) concerné(s)* : Médecin généraliste Néphrologue Patient

Cet axe regroupe quatre recommandations qui portent sur le renforcement de l'implication du patient dans son propre trajet de soins, en vue d'établir une relation égalitaire soignant-usager.

L'insuffisance rénale chronique est une maladie assez méconnue et "invisible" qui est souvent associée à des comorbidités plus prononcées (diabète, maladies cardiovasculaires, hypertension). Les prestataires de soins de santé, notamment les médecins généralistes, ont le ressenti que les patients ne sont pas toujours conscients de la gravité (potentiellement future) de la situation, ce qui nuit à leur participation.

La finalité de cet axe est de faire du patient un acteur dans ses propres soins, renforcer son esprit critique. Il est important qu'il connaisse sa maladie, sache d'où il vient, et surtout où il va. Les prestataires de soins de santé doivent prêter attention à la responsabilisation du patient.

**Recommandation 5A** : Rédiger systématiquement un plan d'avenir pour le patient.

**Recommandation 5B** : Systématiser les informations transmises au patient par le médecin généraliste.

**Recommandation 5C** : Sensibiliser le patient sur ce qu'est l'IRC en utilisant des outils informationnels.

**Recommandation 5D** : Renforcer l'activation du patient.

**Axe 5** : Renforcer l' « empowerment » du patient dans son trajet de soins

Néphrologue

**Recommandation 5A** : Rédiger systématiquement un plan d'avenir pour le patient.**Contexte** : Au cours des workshops et des séances multidisciplinaires, les professionnels de santé et les patients ont indiqué que la communication sur l'évolution attendue par le spécialiste était insuffisante.**Description** : Il est recommandé au néphrologue de rédiger systématiquement un plan d'avenir pour le patient. Il conviendrait de ne pas se concentrer uniquement sur la situation actuelle, mais aussi sur son évolution anticipée. Dans le suivi des patients, il est considéré comme important de se concentrer sur l'évolution plutôt que sur l'atteinte de valeurs cibles (irréalistes) (par exemple, IMC <25). Tout ceci en tenant compte du caractère biologique mais aussi de la personne-même.**Résultat attendu** : Une meilleure vue du patient sur son évolution anticipée et des démarches nécessaires dans son parcours, ce qui favorise la participation.**Impact attendu sur le trajet de soins** : 8,0**Indicateur(s) de suivi** :

- PREMs
- Présence du patient aux visites de retour proposées.

**Directive(s) impactée(s)** :  
n/a**Indicateur(s) impacté(s)** :  
n/a

## Axe 5 : Renforcer l' « empowerment » du patient dans son trajet de soins

Médecin généraliste

**Recommandation 5B** : Systématiser les informations transmises au patient par le médecin généraliste.

**Contexte** : Il n'est pas toujours évident de savoir quelles informations le médecin généraliste doit donner au patient sur l'IRC et le trajet de soins. Le patient peut ainsi être insuffisamment informé sur sa maladie et sur les modalités de son parcours, ce qui peut conduire à des soins inadéquats.

**Description** : Il est important de bien déterminer en amont avec quelles informations il faut adresser le patient (indications, points d'attention, ...). En particulier, il est recommandé de donner suffisamment d'informations sur le trajet de soins IRC et de ses avantages (financiers) qui sont eux souvent méconnus par le patient. Le site web [trajetdesoins.be](http://trajetdesoins.be) en donne un aperçu, mais il est nécessaire que ces informations soient également clairement expliquées par le médecin généraliste.

**Résultat attendu** : Un patient mieux informé et plus proactif dans sa propre prise en charge.

**Impact attendu sur le trajet de soins** : 7,9

**Indicateur(s) de suivi** :

- PREMs

**Directive(s) impactée(s)** :  
n/a

**Indicateur(s) impacté(s)** :  
n/a

## Axe 5 : Renforcer l' « empowerment » du patient dans son trajet de soins

Transversal

**Recommandation 5C** : Sensibiliser le patient sur ce qu'est l'IRC en utilisant des outils informationnels.

**Contexte** : Les informations transmises verbalement par le prestataire de soins sont parfois difficiles à comprendre ou oubliées/interprétées différemment par le patient par la suite. Par conséquent, cela peut nuire à la responsabilisation du patient.

**Description** : Sensibiliser le patient sur ce qu'est l'IRC en utilisant des outils informationnels. Ceux-ci devraient être standardisés et facilement accessibles aux professionnels. Un exemple évoqué à cet égard était l'utilisation de bandes dessinées pour expliquer la maladie au patient. Le matériel pratique existant/à développer doit être regroupé en un seul endroit pour les néphrologues, les médecins généralistes et les diététiciens, avec intégration de la gestion autonome.

**Résultat attendu** : Un patient mieux informé et plus proactif dans sa propre prise en charge.

**Impact attendu sur le trajet de soins** : 7,6

**Indicateur(s) de suivi** :

- PREMs

**Directive(s) impactée(s)** :  
n/a

**Indicateur(s) impacté(s)** :  
I<sub>8</sub>, I<sub>9</sub>,

## Axe 5 : Renforcer l' « empowerment » du patient dans son trajet de soins

Patient

**Recommandation 5D** : Renforcer l'activation du patient.

**Contexte** : Outre les actions d'amélioration des prestataires de soins, il est également important que les patients eux-mêmes prennent des initiatives pour renforcer leur « empowerment » .

**Description** : Cette recommandation comprend plusieurs éléments liés au renforcement de l'autonomie du patient, notamment :

- Faire un meilleur suivi de l'évolution de sa propre maladie :
- La tenue d'un journal par le patient pour suivre sa propre évolution (cf. précédent journal pour le diabète ou la grossesse). Pour s'en inspirer, il a été ajouté le plan de soins élaboré par Zorgzaam Leuven dans l'annexe 11.
- Renforcer le suivi à domicile pour assurer une plus grande autonomie du patient (tension, poids).
- Renforcer l'esprit critique, notamment pendant les consultations.
- Mise en place de la mesure et du suivi de l'activation du patient. Le Patient Activation Measure a été proposé pour mesurer 4 niveaux d'engagement et adapter les soins en fonction de ses besoins personnels.

**Résultat attendu** : Un patient mieux informé et plus proactif dans sa propre prise en charge.

**Impact attendu sur le trajet de soins** : 6,7

**Directive(s) impactée(s)** :  
n/a

**Indicateur(s) impacté(s)** :  
I<sub>14</sub>, I<sub>15</sub>,

**Indicateur(s) de suivi** :

- PREMs

## Axe 5 : Renforcer l' « empowerment » du patient dans son trajet de soins

### Proposition d'opérationnalisation

#### **5A** : Rédiger systématiquement un plan d'avenir pour le patient.

Organisateurs de formations continues

1. Intégration de la préparation d'un plan d'avenir pour le patient dans les formations continues pour le néphrologue.

Il est attendu que cette rédaction systématique pour le patient ait un impact sur son activation (**recommandation 5D** « Renforcer l'activation du patient »).

#### **5B** : Systématiser les informations transmises au patient par le médecin généraliste.

Domus Medica, SSMG, organisateurs de formations continues

1. Organisation de formations continues autour de la communication au patient en IRC. Ceci inclut les éléments suivants, notamment les informations à transmettre sur :

- L'IRC et comment elle impacte le patient.
- Le trajet de soins, ses modalités et ses avantages.

- Les sessions de formation peuvent également expliquer les meilleurs outils à utiliser qui peuvent donner au patient une meilleure compréhension de sa situation. Par conséquent, cette action concerne également la **recommandation 5C**.
- Les formations proposées contribueront également à l'activation du patient (**recommandation 5D**).

## Axe 5 : Renforcer l' « empowerment » du patient dans son trajet de soins

### Proposition d'opérationnalisation

**5C** : Sensibiliser le patient sur ce qu'est l'IRC en utilisant des outils informationnels.

#### Ebpracticenet

1. Étendre la base de données existante avec du matériel de pratique. Les équipes du projet proposent de vérifier la qualité de ce matériel de pratique à l'aide du test CRAAP.

#### Prestataires de soins de santé, établissements d'enseignement et de connaissances, ...

2. Développer et partager des supports de pratique qualitatifs dans la base de données des matériels de pratique.

*Le développement de matériel pratique par les étudiants dans le cadre d'un projet de fin d'études peut être encouragé, par exemple, par un prix annuel d'Evikey pour le meilleur matériel pratique développé pour différents groupes professionnels. Dans ce cas, il est essentiel que le matériel de pratique développé soit lié à une guide de pratique clinique.*

#### Zones de première ligne

3. Appeler à partager les matériels de pratique sur l'IRC avec des collègues dans la base de données des matériels de pratique.

## Axe 5 : Renforcer l' « empowerment » du patient dans son trajet de soins

### Proposition d'opérationnalisation

#### 5D : Renforcer l'activation du patient.

Domus Medica, SSMG, organisateurs de formations continues

1. Organisation de cours sur l'engagement et l'activation du patient.

EBPracticenet

2. Étendre la base de données existante avec du matériel sur le Patient Activation Measure.

# Axe 6 : Garantir l'enregistrement des données des patients dans le trajet de soins

*Stakeholder(s) concerné(s)* : Médecin généraliste Diététicien

Cet axe regroupe trois recommandations qui ont été identifiées en vue d'une gestion plus efficace des données, qui sont en fonction des éléments importants à suivre dans le trajet de soins de l'insuffisance rénale chronique.

L'encodage et l'exploitation de données sont encore largement sous-utilisées par les médecins généralistes. Ce problème est devenu évident lors de la phase au cours de laquelle ils ont été invités à effectuer des analyses de population (expliqué plus en détail dans chapitre 2.5). Cela est dû à la fois à des facteurs liés aux pratiques individuelles et à des facteurs externes qui compliquent leur mise en œuvre correcte.

La finalité de cet axe de développement est un meilleur suivi digital du patient IRC, l'exploitation des données pouvant être un puissant moteur pour améliorer la prise en charge dans son trajet de soins, un suivi dans lequel le médecin généraliste joue un rôle central. Le maintien des données des patients peut permettre au médecin généraliste d'effectuer des analyses de population afin d'identifier les patients répondant à des critères spécifiques, ainsi que d'intégrer des alertes pour veiller à un meilleur suivi et une meilleure orientation.

**Recommandation 6A** : Définition d'indicateurs de suivi à maintenir par le médecin généraliste pour chaque patient en trajet de soins IRC.

**Recommandation 6B** : Création d'un projet d'harmonisation des logiciels DMI pour faciliter l'encodage et l'extraction de données relatives au trajet de soins IRC.

**Recommandation 6C** : Envisager la collection d'indicateurs (obligatoires) de qualité par le diététicien.

## Axe 6 : Garantir l'enregistrement des données des patients dans le trajet de soins

Médecin généraliste

**Recommandation 6A** : Définition d'indicateurs de suivi à maintenir par le médecin généraliste pour chaque patient en trajet de soins IRC.

**Contexte** : Les analyses de population de la phase précédente ont montré que très peu de données étaient conservées (et pouvaient donc être extraites) concernant le trajet de soins.

**Description** : Définition d'un ensemble d'indicateurs à saisir et à suivre de manière structurée dans le logiciel DMI du médecin généraliste, en partant des recommandations du guide de pratique.  
La charge administrative supplémentaire pour le médecin généraliste doit également être prise en compte et rester dans des limites raisonnables. Une première proposition de sélection d'indicateurs est présentée à l'annexe 12. Celle-ci devrait être mise à jour et finalement validée par un groupe de travail indépendant.

**Résultat attendu** : Le suivi systématique de ces indicateurs permettrait d'obtenir une meilleure vue d'ensemble de la base de patients IRC du médecin généraliste et de son évolution, et par conséquent un meilleur suivi et une meilleure orientation.

**Impact attendu sur le trajet de soins** : 7,6

**Indicateur(s) de suivi** : /

**Directive(s) impactée(s)** :  
R<sub>9</sub><sup>\*</sup>, R<sub>35</sub><sup>\*</sup>, R<sub>36</sub><sup>\*</sup>, R<sub>43</sub><sup>\*</sup>, R<sub>45</sub><sup>\*</sup>,  
R<sub>47</sub><sup>\*</sup>, R<sub>50</sub><sup>\*</sup>

**Indicateur(s) impacté(s)** :  
n/a

\* Variable en fonction des indicateurs sélectionnés pour l'encodage

Insuffisance rénale chronique - Implémentation des Guides de pratique clinique

## Axe 6 : Garantir l'enregistrement des données des patients dans le trajet de soins

Médecin généraliste

**Recommandation 6B** : Création d'un projet d'harmonisation des logiciels DMI pour faciliter l'encodage et l'extraction de données relatives au trajet de soins IRC.

**Contexte** : Outre les changements requis dans la pratique d'encodage des médecins généralistes, il est également nécessaire d'améliorer les conditions qui les entourent. Bien que les logiciels DMI étudiés soient qualitatifs et offrent de nombreuses fonctionnalités, ils ne permettent pas encore le codage uniforme et le suivi ultérieur des indicateurs pertinents liés à la prise en charge de l'IRC.

**Description** : Organisation d'un projet « Trajet de soins IRC » qui réunit les principaux fournisseurs des logiciels DMI en Belgique pour assurer une harmonisation des données à encoder et à extraire par les médecins généralistes.

**Résultat attendu** : Un codage et une extraction facile et conforme à la réalité des données nécessaires pour les indicateurs à suivre (cf. Recommandation 6A), ainsi que l'option de partage avec les autres acteurs dans le trajet de soins.

**Impact attendu sur le trajet de soins** : 6,6

**Directive(s) impactée(s)** :  
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>\*

**Indicateur(s) impacté(s)** :  
n/a

**Indicateur(s) de suivi** :

- Différence entre les valeurs codées/extraites et les valeurs réelles (Exemple : Nombre de patients dans le trajet de soins)

\* Variable en fonction des indicateurs sélectionnés pour l'encodage

# Axe 6 : Garantir l'enregistrement des données des patients dans le trajet de soins

Diététicien

**Recommandation 6C** : Envisager la collection d'indicateurs (obligatoires) de qualité par le diététicien (1/2).

**Contexte** : Aucune donnée quantitative n'est actuellement disponible sur le fonctionnement d'un diététicien et aucun indicateur de qualité pour les diététiciens n'est actuellement collecté. Par conséquent, la qualité des soins fournis par les diététiciens ne peut être évaluée.

**Description** : Au cours de ce projet, des indicateurs de qualité pour le conseil diététique des patients IRC ont été formulés (sur la base du guide diététique IRC) en collaboration avec un groupe d'experts. Étant donné que les diététiciens ne sont pas obligés d'enregistrer ces indicateurs et qu'ils ne disposent pas toujours de logiciels, il n'est pas possible de mesurer les indicateurs de qualité de manière objective/de les générer automatiquement. Actuellement, les indicateurs de qualité des diététiciens ne peuvent être évalués (de manière subjective) qu'à l'aide de questionnaires.

Les obstacles mentionnés précédemment sont actuellement inclus dans une étude pilote sur la création d'indicateurs de qualité pour cinq directives de traitement diététique (un projet mandaté par le SPF Santé publique et réalisé par l'UCLL). Grâce à ces résultats, il sera possible d'identifier les indicateurs qui sont importants pour les diététiciens à long terme, la faisabilité de leur enregistrement, les actions à entreprendre pour les mesurer et les éventuels goulots d'étranglement. Il est nécessaire de mener un autre projet à grande échelle dans lequel il sera possible d'étudier et de déterminer quelles données les diététiciens devraient être tenus d'enregistrer afin d'améliorer le processus de soins et la qualité des prestations, et comment le faire.

**Axe 6** : Garantir l'enregistrement des données des patients dans le trajet de soins

Diététicien

**Recommandation 6C** : Envisager la collection d'indicateurs (obligatoires) de qualité par le diététicien (2/2).

**Contexte** : Aucune donnée quantitative n'est actuellement disponible sur le fonctionnement d'un diététicien et aucun indicateur de qualité pour les diététiciens n'est actuellement collecté. Par conséquent, la qualité des soins fournis par les diététiciens ne peut être évaluée.

**Description** : CEBAM a déjà mené quelques projets sur les indicateurs. En outre, le Centre académique de médecine générale (KU Leuven) étudie la manière dont les indicateurs peuvent être extraits d'un logiciel destiné aux médecins généralistes, dans le but d'aller plus loin au niveau politique. Le même processus peut être suivi pour les indicateurs de qualité pour les diététiciens dans un nouveau projet. La condition de la réussite du projet est toutefois que l'achat de logiciels devienne plus réalisable (financièrement) pour les diététiciens de première ligne. La séance multidisciplinaire a montré que les diététiciens ne sont pas demandeurs d'une opération supplémentaire. Par conséquent, il est important que la protection de la vie privée soit assurée derrière ces résultats.

**Résultat attendu** : Le suivi systématique de ces indicateurs permettrait d'obtenir une meilleure vue d'ensemble de la base de patients IRC du diététicien et de son évolution, et par conséquent un meilleur suivi et une meilleure orientation.

**Impact attendu sur le trajet de soins** : -

**Indicateur(s) de suivi** : n/a

**Directive(s) impactée(s)** :  
n/a

**Indicateur(s) impacté(s)** :  
I<sub>1</sub>

# Axe 6 : Garantir l'enregistrement des données des patients dans le trajet de soins

## Proposition d'opérationnalisation

**6A** : Définition d'indicateurs de suivi à maintenir par le médecin généraliste pour chaque patient en trajet de soins IRC.

### INAMI & Fournisseurs de logiciels DMI

1. Organisation d'un projet pour revoir, éventuellement modifier et finalement valider la liste proposée des indicateurs à faire suivre par les médecins généralistes (cf. annexe 12). Dans ce cas, il est important de travailler avec un ensemble limité d'indicateurs afin de maintenir la charge de travail administrative des médecins généralistes au strict minimum. Il sera également nécessaire de vérifier en amont l'extractibilité de chaque indicateur avec les fournisseurs de logiciels DMI.

La définition de ces indicateurs est une condition préalable à la mise en œuvre du projet d'harmonisation des logiciels DMI (**recommandation 6B**).

# Axe 6 : Garantir l'enregistrement des données des patients dans le trajet de soins

## Proposition d'opérationnalisation

**6B** : *Création d'un projet d'harmonisation des logiciels DMI pour faciliter l'encodage et l'extraction de données relatives au trajet de soins IRC.*

### INAMI & Fournisseurs de logiciels DMI

1. Organisation d'un projet avec les principaux fournisseurs des logiciels DMI. Cette démarche part des indicateurs qui ont été validés lors de la mise en œuvre de la recommandation 6A. Les problèmes actuels rencontrés lors du codage et de la recherche ultérieure des indicateurs proposés sont examinés. Les points d'attention sont les suivants :

- Pour chaque logiciel, être capable de coder uniformément et facilement les données nécessaires pour chaque indicateur. Il convient ici de veiller à utiliser autant que possible des données structurées (c'est-à-dire pas de texte libre).
- Pouvoir consulter facilement chaque indicateur grâce à une analyse de population. Définir des méthodes de recherche non ambiguës afin de rendre la tâche aussi facile que possible pour le médecin.

## **Axe 6** : Garantir l'enregistrement des données des patients dans le trajet de soins

### Proposition d'opérationnalisation

**6C** : Envisager la collection d'indicateurs (obligatoires) de qualité par le diététicien.

#### Institutions de recherche

1. Mener un projet à grande échelle permettant d'étudier et de déterminer les données que les diététiciens devraient être tenus d'enregistrer afin d'améliorer le processus de soins et la qualité des prestations, et tester ces indicateurs auprès des diététiciens (et des autres prestataires de soins).

#### Développeurs de GPC

2. Indiquer dans toutes les directives quels indicateurs peuvent être collectés.

#### Institutions d'enseignement

3. Inclure l'évaluation des indicateurs de qualité dans le programme de formation. Dans les unités de cours abordant le traitement nutritionnel de l'IRC et d'autres pathologies, des indicateurs de qualité peuvent être ajoutés à la fiche ECTS sur les actions du diététicien dans la pathologie spécifique.

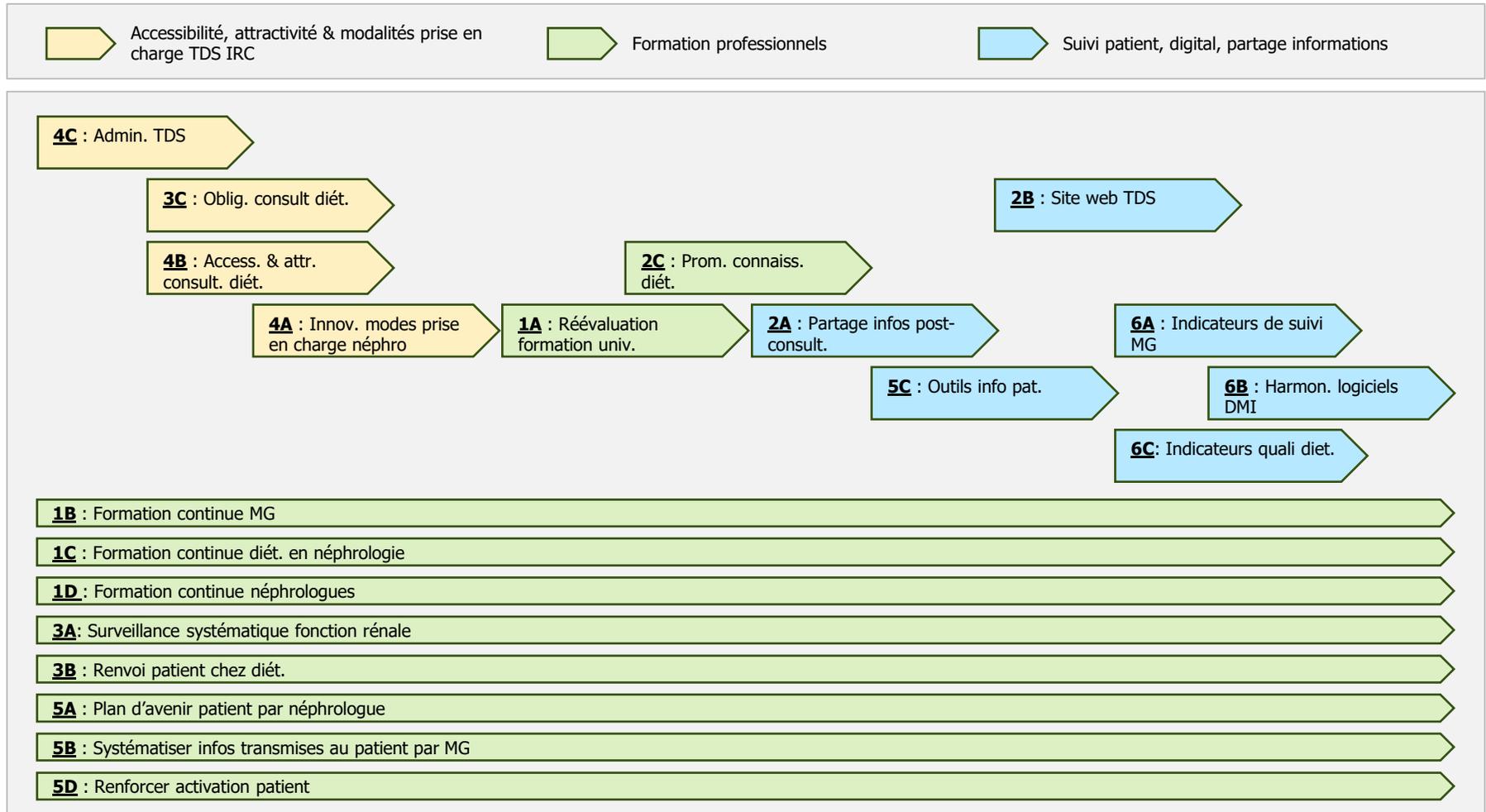
# 5. Recommandations finales

## *5.3 Proposition de phasage*

## 5. Recommandations finales

### 5.3 Proposition de phasage

# Timeline



## 6. Annexes



Annexe 1 : Aperçu des recommandations pour les médecins généralistes (NL/FR).....	254
Annexe 2 : Aperçu des indicateurs pour les diététiciens (NL).....	263
Annexe 3 : Questionnaire - obstacles et facilitateurs pour les recommandations diététiques (NL).....	264
Annexe 4 : Questionnaire - classement des obstacles et des facilitateurs pour les recommandations diététiques (NL).....	276
Annexe 5 : Aperçu de tous les indicateurs pour les diététiciens recueillis à partir de la revue de littérature (NL).....	299
Annexe 6 : Questionnaire - évaluation des indicateurs chez les diététiciens (NL/FR).....	306
Annexe 7 : Fiches d'indicateurs pour les diététiciens flamands (NL).....	316
Annexe 8 : Fiches d'indicateurs pour les diététiciens wallons (NL/FR).....	323
Annexe 9 : Plan d'action pour les diététiciens (NL).....	331
Annexe 10 : Proposition de contenu de la lettre d'orientation vers le diététicien (NL).....	339
Annexe 11 : Plan de soins développé par Zorgzaam Leuven (NL).....	340
Annexe 12 : Indicateurs à suivre par les médecins généralistes (proposition) (NL).....	342
Annexe 13 : Manuel auto-évaluation médecins généralistes – CareConnect (FR).....	344

Annexe 1 : Aperçu des recommandations pour les médecins généralistes (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	Consensus	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 / Recommandation	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 nefrotoxische 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	Consensus	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 cholécalciférol ou ergocalciférol	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>	1B	2	4'
	R <sub>62</sub>	Overweeg bij een metabole acidose de toediening van natriumbicarbonaat per os	1B	-	-
Nous recommandons que les patients en IRC ne recourent pas à la phytothérapie We bevelen aan dat patiënten met CNI geen fytotherapie gebruiken					
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 trajet	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 trajet 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 trajet	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 trajet 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'



## Annexe 2 : Aperçu des indicateurs pour les diététiciens (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

Annexe 3 : Questionnaire - obstacles et facilitateurs pour les recommandations diététiques (NL)

### 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 zorgverstreker. 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 zorgverstreker. 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 tweemaaljaarlijks), 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> ) 5 (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 fosfaatname 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 kaliumname 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> </ul>



- Navormingen zijn onvoldoende afgestemd op multidisciplinaire samenwerking
- Navormingen zijn onvoldoende afgestemd op zelfmanagement
- Beperkte financiële middelen voor educatie/navormingen
- 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)*



	<p><u>Omgevingsfactoren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tijdsgebrek (richtlijn lezen)</li> <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>
<p><b>Patiënt</b></p>	<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> <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> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <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> <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> </ul>



- 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.
- *(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



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bijsturing in de organisatie van chronische zorg gebeurt nu te veel door fragmentarische interventies die de bestaande knelpunten niet ten gronde oplossen.</li> <li>• <i>(verder aan te vullen)</i></li> </ul>
<b>Economische en politieke context</b>	<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.



## 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>fosfaat</u>inname 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 tweejaarlijks), 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 • Cochrane 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/bijscholing/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 tweemaal per jaar 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?"  Methode?	Dieetrichtlijn CNI (Verbeyst & Vanhouwaert, 2020)
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? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe ervoor zorgen dat enkel relevante informatie zichtbaar is voor diëtist?</li> <li>- Hoe nota's diëtist in huisartsensysteem integreren?</li> </ul>
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>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>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>• Intersivision</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 dietaanbevelingen 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</p> <p>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</i> <i>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

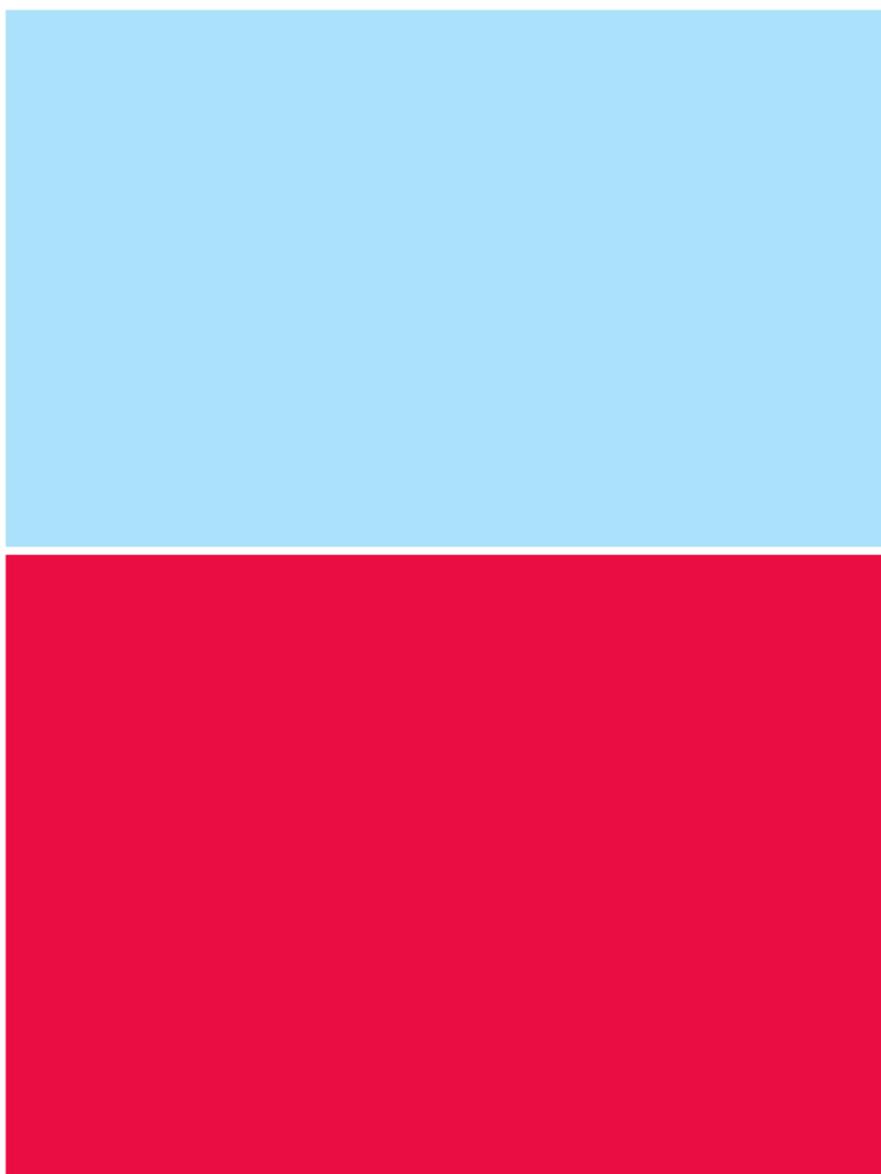
Indien niet: wat is er misgelopen en hoe kan ik dit volgende keer voorkomen?

.....  
.....  
.....





# Notities bij het verbeterplan



Annexe 10 : Proposition de contenu de la lettre d'orientation vers le diététicien (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.

<b>OPVOLGING</b>	
<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.	
<b>GENEESMIDDELEN</b>	
<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>	
_____	
_____	
<b>VACCINATIE</b>	
<input type="checkbox"/> Jaarlijkse griepvaccinatie?	Gebeurd/Gepland op: ..... / ..... / .....
<input type="checkbox"/> Pneumokokkenvaccinatie? <input type="checkbox"/> 1 <sup>ste</sup> en <input type="checkbox"/> 2 <sup>de</sup> prik?	Gebeurd/Gepland op: ..... / ..... / .....
<input type="checkbox"/> COVID-vaccinatie?	Gebeurd/Gepland op: ..... / ..... / .....
<b>DAGELIJKS FUNCTIONEREN</b>	
<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>	
_____	
_____	
<b>ONDERZOEKEN EN EDUCATIE</b>	
<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</b> op controle 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: ..... / ..... / ..... , ..... / ..... / ..... , ..... / ..... / ..... , ..... / ..... / ..... , ..... / ..... / .....

Annexe 12 : Indicateurs à suivre par les médecins généralistes (proposition) (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>



## Annexe 13 : Manuel auto-évaluation médecins généralistes – CareConnect (FR)

A titre d'exemple, un guide d'extraction des données par les médecins généralistes a été inclus dans les annexes. Il s'agit d'instructions pour le logiciel DMI CareConnect, le plus utilisé en Belgique. D'autres manuels ont été rédigés pour les logiciels Daktari et HealthOne.



---

## Auto-évaluation médecins généralistes

# Guide clinique pour le suivi des patients atteints d'insuffisance rénale chronique par le médecin généraliste

Guide : CareConnect

---



# 1. Introduction

Chers médecins généralistes,

En collaboration avec le SPF Santé Publique, le CEBAM et EBPnet, Antares Consulting réalise un projet dans le but d'évaluer le niveau d'implémentation des recommandations des guides IRC « Insuffisance Rénale Chronique - Recommandation des bonnes pratiques » (2012) et « GPC pluridisciplinaire sur la néphropathie chronique (IRC) » (2016) chez le médecin généraliste en Belgique à l'aide d'une enquête d'auto-évaluation.

Il s'agit d'un projet national qui a comme but d'améliorer l'implémentation des guides cliniques dans vos cabinets afin d'assurer un bon suivi du patient en insuffisance rénale chronique. Ce projet consiste de deux parties :

1. La récolte de données via une auto-évaluation en ligne.
2. L'organisation de sessions de feedback dans toutes les régions de la Belgique.

Nous avons besoin de votre aide ! Dans le but de pouvoir généraliser les résultats au niveau national, nous souhaitons toucher au minimum 600 médecins généralistes pour faire l'auto-évaluation et nous cherchons à obtenir au minimum 200 inscriptions aux sessions de feedback.

Nous avons créé cette auto-évaluation qui nous permettra d'avoir une vue d'ensemble sur l'implémentation des recommandations des guides cliniques dans les cabinets des médecins généralistes dans tout le pays. Cette enquête n'a en aucun cas pour but d'évaluer votre cabinet.

Une fois les données récoltées et traitées, des sessions de feedback auront lieu. Pendant celles-ci, les résultats ainsi que les points forts et les points à améliorer concernant le diagnostic, traitement, suivi et l'orientation du patient IRC seront abordés. Les sessions organisées seront aussi accréditées par l'INAMI (l'accréditation est la reconnaissance de votre participation à un ensemble d'activités de formation continue).



L'auto-évaluation que vous allez remplir est constituée de quatre parties :

1. La caractérisation du médecin généraliste
2. La caractérisation de la patientèle du médecin généraliste
3. Le trajet de soins
  - a. Dépistage
  - b. Diagnostic
  - c. Traitement
  - d. Suivi
  - e. Orientation du patient
4. Invitation à la participation aux sessions de feedback

Certaines questions demandent une réponse qualitative, alors que pour d'autres il sera nécessaire d'effectuer des extractions de votre logiciel DMI. Nous vous guiderons pas à pas dans ce processus, directement dans le questionnaire, mais également à l'aide d'un manuel. Celui-ci contient des instructions photographiques pour chaque étape.

Si vous avez des questions lorsque vous remplissez l'auto-évaluation, vous pouvez toujours nous contacter via l'adresse électronique suivante : [irc@antares-consulting.com](mailto:irc@antares-consulting.com). Nous nous engageons à vous répondre dans un délai de 72 heures !

Cette enquête vous demandera environ 1h30. Si vous le souhaitez, vous aurez à tout moment la possibilité d'enregistrer votre progrès et continuer à un autre moment.

En participant à cette enquête, vous acceptez que :

- Antares Consulting traite les données dans le but d'évaluer l'implémentation.
- L'enquête n'est pas anonyme.

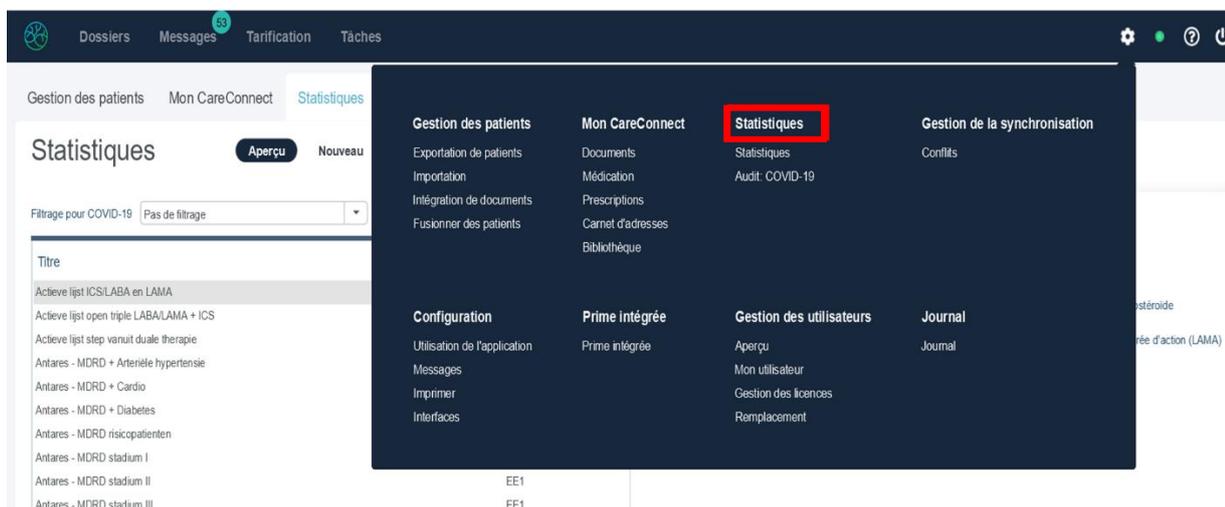


## 2. Méthode d'extraction de données

### 2.1. Statistiques

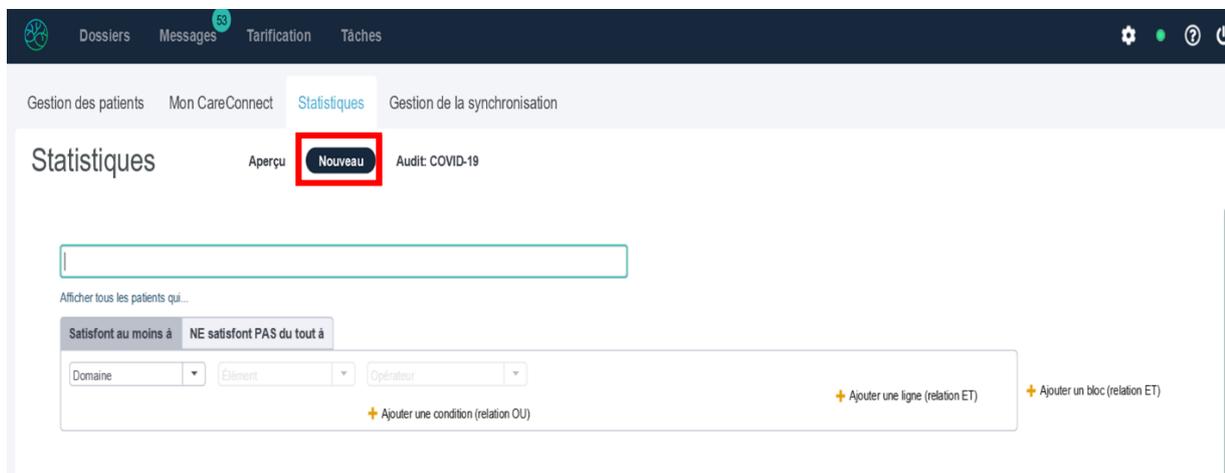
Dans le module 'Statistiques', les données médicales qui ont été enregistrées dans CareConnect pourront être exportées. Dans 'Aperçu', il y a déjà plusieurs recherches prédéfinies. Pour les recherches spécifiques comme – par exemple – dans le cadre de l'insuffisance rénale chronique, des nouvelles recherches pourront être créées.

Pour ouvrir le module, veuillez cliquer sur la roue dentée en haut à droite dans le coin, et ensuite, cliquez sur 'Statistiques'.



### 2.2. Création d'une recherche

Pour créer une nouvelle recherche, il faut cliquer sur 'Nouveau'.



### 2.3. Logique d'une recherche

Pour créer une recherche, il faudra sélectionner les critères à partir desquels l'exportation des données devra avoir lieu.

#### 2.3.1. Domaine

The screenshot shows a search criteria configuration interface. At the top, there is a text input field labeled 'Titre'. Below it, a button reads 'Afficher tous les patients qui...'. Two radio buttons are present: 'Satisfont au moins à' (selected) and 'NE satisfont PAS du tout à'. A dropdown menu is open for 'Domaine', listing various medical categories: 'Acte technique', 'Contact', 'Démarches de soins', 'DMG', 'Élément de soins', 'Évaluation', 'Exportation', 'Gestion du patient', and 'Intolérance médicamenteuse'. The 'Élément' dropdown is also open, showing 'Prénoms', 'NISS', 'Rue et N°', and 'Localité'. A 'Lancer la requête' button is visible at the bottom left. On the right side, there are buttons for '+ Ajouter une ligne (relation ET)', '+ Ajouter un bloc (relation ET)', and '+ Ajouter une condition (relation OU)'. At the bottom right, there are labels for 'Nombre de patients concernés :', 'Population de patients actifs :', and 'Table vierge'.

#### 2.3.2. Élément

The screenshot shows the search criteria configuration interface with the 'Élément' dropdown menu open. The 'Acte technique' dropdown is also open, showing 'Date', 'Statut', and 'Titre'. The 'Lancer la requête' button is visible at the bottom left. On the right side, there are buttons for '+ Ajouter une ligne (relation ET)', '+ Ajouter un bloc (relation ET)', and '+ Ajouter une condition (relation OU)'.

#### 2.3.3. Opérateur

The screenshot shows the search criteria configuration interface with the 'Opérateur' dropdown menu open. The 'Acte technique' and 'Titre' dropdowns are also open. The 'Lancer la requête' button is visible at the bottom left. On the right side, there are buttons for '+ Ajouter une ligne (relation ET)' and '+ Ajouter un bloc (relation ET)'.

### 2.3.4. Valeur

Afficher tous les patients qui...

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Acte technique Statut Est égal(e) à

+ Ajouter une condition (relation OU) Absent  
Actif  
Passif - non pertinent  
Passif - pertinent

+ Ajouter une ligne (relation ET) + Ajouter un bloc (relation ET)

Lancer la requête

### 2.3.5. Plusieurs critères

Pour combiner plusieurs critères, on peut utiliser la 'relation OU' et/ou la 'relation ET'.

- La 'relation OU' rassemble les résultats qui correspondent à un des critères.
- La 'relation ET' rassemble les résultats qui correspondent à tous les critères.

Afficher tous les patients qui...

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Domaine Élément Opérateur

+ Ajouter une condition (relation OU) + Ajouter une ligne (relation ET) + Ajouter un bloc (relation ET)

Lancer la requête

Ajouter un 'bloc' peut être nécessaire quand il y a plusieurs critères groupés dans une recherche.

### 2.3.6. Exportation des résultats (à titre informatif)

L'exportation des résultats est reprise dans ce manuel seulement par mesure de complétude. En général, dans le contexte de la création de recherches spécifiques pour l'insuffisance rénale chronique, cela ne sera pas nécessaire.

Cliquez sur 'Lancer la requête', et cochez tout. Cliquez ensuite sur 'Exporter au format CSV'.

The screenshot shows the 'Statistiques' (Statistics) section of a software interface. At the top, there are tabs for 'Gestion des patients', 'Mon CareConnect', 'Statistiques', and 'Gestion de la synchronisation'. Below the tabs, there are buttons for 'Aperçu', 'Nouveau', 'Requête', and 'Audit: COVID-19'. A search bar labeled 'Patients actifs' is present, with the text 'Tous les patients non-archivés' below it. A red box highlights the 'Lancer la requête' button. Below this is a table with columns: 'Nom', 'Prénoms', 'NISS', 'Rue et N°', and 'Localité'. The table contains five rows of patient data. A red box highlights the first column of the table, which contains checkboxes. To the right of the table, there are summary statistics: 'Nombre de patients concernés: 628', 'Population de patients actifs: 628', '% de la population active: 100%', 'Population totale des patients: 634', and '% de la population totale: 99,05%'. At the bottom of the interface, there are buttons for 'Exporter au format CSV', 'Ajouter un élément des soins', and 'Envoyer une invitation'. The 'Exporter au format CSV' button is highlighted with a red box.

Sélectionnez 'Infos d'assurance' pour les données qui doivent être exportées et sélectionnez le statut 'Dernier'. Cela évitera d'exporter trop de données non-pertinentes.

The screenshot shows a dialog box titled 'Sélectionnez les données à exporter'. It contains the following text: 'Toutes les données administratives du patient seront exportées.' and 'Introduisez des informations médicales complémentaires pour le patient que vous souhaitez exporter.' There are two checkboxes: 'Exporter toutes les données médicales' and 'Exporter seulement des données depuis: Sélectionner une [dropdown]'. Below this, there is a section 'OU' and 'Spécifiez les données que vous souhaitez exporter:'. There are two dropdown menus: 'Info d'assurance' and 'Statut'. The 'Info d'assurance' dropdown is highlighted with a red box. The 'Statut' dropdown is also highlighted with a red box, and it shows two options: 'Tous' and 'Dernier'. The 'Dernier' option is highlighted with a red box. At the bottom of the dialog, there are buttons for 'Annuler' and 'Exporter au format CSV'.

**Attention :** ce manuel ne contient que les questions qui nécessitent une extraction de données. Les autres questions qualitatives à choix multiple se trouvent directement dans l'enquête.

### 3. Caractérisation de la patientèle

**Question 8 : Nombre total de votre patientèle active.**

Cliquez sur 'Aperçu' et sélectionnez 'Patients actifs'. Pour toutes les autres actions de recherche, il faudra cliquer sur 'Nouveau'.

Désormais, les 'patients actifs' seront toujours désignés par le terme 'patients'.

The screenshot shows the 'Statistiques' (Statistics) section of a software interface. The 'Aperçu' (Overview) tab is selected and highlighted with a red box. Below the tabs, there is a list of search criteria. The 'Patients actifs' (Active patients) option is highlighted with a red box. To the right, there is a section titled 'Actieve lijst ICS/LABA en LAMA' (Active list ICS/LABA in LAMA) with a table of medication filters.

Élément de soins	Code CISP-2	Est égale à	RBS
Médication	arbre CBIP	Est égale à	Sympathomimétique + corticostéroïde
Médication	arbre CBIP	Est égale à	Anticholinergiques à longue durée d'action (LAMA)

**Question 9 : Nombre total de votre patientèle en trajectoire IRC.**

The screenshot shows the 'Statistiques' (Statistics) section of a software interface. The 'Nouveau' (New) tab is selected and highlighted with a red box. Below the tabs, there is a search filter section. The 'Plan de soins de l'insuffisance' (Care plan for kidney disease) filter is selected and highlighted with a red box. Below the filter, there is a button to '+ Ajouter une condition (relation OU)' (Add a condition (relation OR)).

## Question 10 : Nombre total de vos patients IRC étant des femmes

Nombre total de vos patients IRC étant des hommes.

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) 'Insuffisance rénale chronique'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

La recherche doit être réalisée une fois pour les hommes et une fois pour les femmes.

## Statistiques

Aperçu

Nouveau

Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Évaluation Titre Contient insuffisance rénale chroni

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Gestion du patient Sexe Est égal(e) à Féminin

+ Ajouter une condition (relation OU)

## Question 11 : Nombre total de votre patientèle étant diabétiques.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer le diabète en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

## Statistiques

Aperçu

Nouveau

Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Évaluation Titre Contient diabète

+ Ajouter une condition (relation OU)

### Question 12 : Nombre total de votre patientèle en IRC étant diabétiques.

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) 'Insuffisance rénale chronique'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique ou le diabète en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

Gestion des patients   Mon CareConnect   **Statistiques**   Gestion de la synchronisation

Statistiques   Aperçu   **Nouveau**   Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

Satisfont au moins à   **NE satisfont PAS du tout à**

Évaluation   Titre   Contient   diabète

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfont au moins à   **NE satisfont PAS du tout à**

Évaluation   Titre   Contient   insuffisance rénale chroni

+ Ajouter une condition (relation OU)

### Question 13 : Nombre total de votre patientèle en IRC étant en décompensation cardiaque.

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) 'Insuffisance rénale chronique'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique ou la décompensation cardiaque/l'insuffisance cardiaque en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

Statistiques   Aperçu   **Nouveau**   Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

Satisfont au moins à   **NE satisfont PAS du tout à**

Évaluation   Titre   Contient   insuffisance rénale chroni

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfont au moins à   **NE satisfont PAS du tout à**

Évaluation   Titre   Contient   décompensation cardiaque

Contient   insuffisance cardiaque

+ Ajouter une condition (relation OU)

## Question 14 : Nombre total de votre patientèle en IRC hypertendus (> 140/90mmg/ HG).

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) 'Insuffisance rénale chronique'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique ou l'hypertension en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

L'hypertension peut être recherchée de deux façons, en tant que paramètre ou comme diagnostic. Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'hypertension comme paramètre, choisissez la première option, si vous avez l'habitude de l'enregistrer comme diagnostic, choisissez la deuxième option.

### 1. Paramètre :

Gestion des patients Mon CareConnect Statistiques Gestion de la synchronisation

## Statistiques

Aperçu **Nouveau** Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Évaluation Titre Contient insuffisance rénale chroni

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Paramètre Nom Est égal(e) à Tension artérielle systolique

Paramètre Valeur Est supérieur(e) à 140

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Paramètre Nom Est égal(e) à Tension artérielle diastolique

Paramètre Valeur Est supérieur(e) à 90

+ Ajouter une condition (relation OU)

### 2. Diagnostic :

## Statistiques

Aperçu **Nouveau** Audit: COVID-19

Afficher tous les patients qui...

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Évaluation Titre Contient insuffisance rénale chroni

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Évaluation Titre Contient hypertension

+ Ajouter une condition (relation OU)

### Question 15 : Nombre total de votre patientèle en IRC en stade 1 (eGFR > 90 ml/min).

**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. Pour sélectionner ces possibilités dans les paramètres, vous pouvez utiliser les termes 'MDRD' et 'CKD'.

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) 'Insuffisance rénale chronique'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

## Statistiques

Aperçu

Nouveau

Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

Satisfait au moins à NE satisfait PAS du tout à

Évaluation Titre Contient insuffisance rénale chroni

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfait au moins à NE satisfait PAS du tout à

Résultat de labo Paramètre Est égal(e) à Taux de filtration glomérulaire

+ Ajouter une condition (relation OU)

Résultat de labo Valeur Est supérieur(e) à 90

+ Ajouter une condition (relation OU)

## Question 16 : Nombre total de votre patientèle en IRC en stade 2 (eGFR 60 – 89 ml/ min).

**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. Pour sélectionner ces possibilités dans les paramètres, vous pouvez utiliser les termes 'MDRD' et 'CKD'.

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) 'Insuffisance rénale chronique'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

## Statistiques

Aperçu

Nouveau

Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Évaluation Titre Contient insuffisance rénale chroni

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Résultat de labo Paramètre Est égal(e) à Taux de filtration glomérulaire

+ Ajouter une condition (relation OU)

Résultat de labo Valeur Est supérieur(e) ou égal(e) à 60

+ Ajouter une condition (relation OU)

Résultat de labo Valeur Est inférieur(e) ou égal(e) à 89

+ Ajouter une condition (relation OU)

### Question 17 : Nombre total de votre patientèle en IRC en stade 3A (eGFR 45 – 59 ml/min).

**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. Pour sélectionner ces possibilités dans les paramètres, vous pouvez utiliser les termes 'MDRD' et 'CKD'.

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) 'Insuffisance rénale chronique'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

## Statistiques

Aperçu

Nouveau

Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

Satisfont au moins à

NE satisfont PAS du tout à

Évaluation

Titre

Contient

insuffisance rénale chroni

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfont au moins à

NE satisfont PAS du tout à

Résultat de labo

Paramètre

Est égal(e) à

Taux de filtration glomérulaire

+ Ajouter une condition (relation OU)

Résultat de labo

Valeur

Est supérieur(e) ou égal(e) à

45

+ Ajouter une condition (relation OU)

Résultat de labo

Valeur

Est inférieur(e) ou égal(e) à

59

+ Ajouter une condition (relation OU)

### Question 18 : Nombre total de votre patientèle en IRC en stade 3B (eGFR 30 – 44 ml/min).

**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. Pour sélectionner ces possibilités dans les paramètres, vous pouvez utiliser les termes 'MDRD' et 'CKD'.

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) 'Insuffisance rénale chronique'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

## Statistiques

Aperçu

Nouveau

Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Évaluation Titre Contient insuffisance rénale chroni

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Résultat de labo Paramètre Est égal(e) à Taux de filtration glomérulaire

+ Ajouter une condition (relation OU)

Résultat de labo Valeur Est supérieur(e) ou égal(e) à 30

+ Ajouter une condition (relation OU)

Résultat de labo Valeur Est inférieur(e) ou égal(e) à 44

+ Ajouter une condition (relation OU)

### Question 19 : Nombre total de votre patientèle en IRC en stade 4 (eGFR 15 – 29 ml/min).

**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. Pour sélectionner ces possibilités dans les paramètres, vous pouvez utiliser les termes 'MDRD' et 'CKD'.

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) 'Insuffisance rénale chronique'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

## Statistiques

Aperçu

Nouveau

Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

Satisfait au moins à NE satisfait PAS du tout à

Évaluation Titre Contient insuffisance rénale chroni

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfait au moins à NE satisfait PAS du tout à

Résultat de labo Paramètre Est égal(e) à Taux de filtration glomérulaire

+ Ajouter une condition (relation OU)

Résultat de labo Valeur Est supérieur(e) ou égal(e) à 15

+ Ajouter une condition (relation OU)

Résultat de labo Valeur Est inférieur(e) ou égal(e) à 29

+ Ajouter une condition (relation OU)

## Question 20 : Nombre total de votre patientèle en IRC en stade 5 (eGFR < 15 ml/min).

**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. Pour sélectionner ces possibilités dans les paramètres, vous pouvez utiliser les termes 'MDRD' et 'CKD'.

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) 'Insuffisance rénale chronique'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

### Statistiques

Aperçu

Nouveau

Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

Satisfait au moins à NE satisfait PAS du tout à

Évaluation Titre Contient insuffisance rénale chroni

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfait au moins à NE satisfait PAS du tout à

Résultat de labo Paramètre Est égal(e) à Taux de filtration glomérulaire

+ Ajouter une condition (relation OU)

Résultat de labo Valeur Est inférieur(e) à 15

+ Ajouter une condition (relation OU)

## 4. Trajet de soins

### 4.1. Dépistage

**Question 21 : Nombre de patients diabétiques qui ont été dépistés pour une IRC (annuel).**

Le fait qu'un dépistage annuel ait eu lieu ou non pourra ressortir du fichier d'exportation. Toutefois, on peut effectuer une recherche sur les dépistages qui ont eu lieu avant ou après une certaine date.

Lors de la sélection de la date, **sélectionnez 12 mois dans le passé**. (Exemple : si vous faites le test le 1/02/2022 → sélectionnez 1/02/2021)

Les patients qui ont le diabète peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) '**diabète**'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer le diabète en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme '**élément de soins**' au lieu de '**évaluation**'.

**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. Pour sélectionner ces possibilités dans les paramètres, vous pouvez utiliser les termes '**MDRD**' et '**CKD**'.

The screenshot shows the 'Statistiques' (Statistics) interface. At the top, there are tabs for 'Aperçu', 'Nouveau', and 'Audit: COVID-19'. Below the title, there is a search bar labeled 'Titre'. A section titled 'Afficher tous les patients qui...' contains two filter groups. The first group has 'Satisfait au moins à' selected and 'NE satisfait PAS du tout à' as an option. It includes dropdowns for 'Évaluation', 'Titre', and 'Contient', with a text input field containing 'diabète'. The second group also has 'Satisfait au moins à' selected. It includes dropdowns for 'Résultat de labo', 'Paramètre', and 'Est égal(e) à', with a dropdown for 'Taux de filtration glomérulaire'. Below this, there is another dropdown for 'Résultat de labo', a dropdown for 'Date', and a dropdown for 'Est supérieur(e) à' with a calendar icon highlighted by a red box. Each filter group has a '+ Ajouter une condition (relation OU)' button.

## 4.2. Diagnostic

Question 26 : Nombre de patients avec un eGFR < 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> pour lesquels l'albuminurie corrigée ou la protéinurie corrigée a été mesurée.

Termes :

- 'Rapport albumine/créatinine urinaire (albuminurie corrigée)'
- 'Rapport protéines: créatinine urine (protéinurie corrigée)'

**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. Pour sélectionner ces possibilités dans les paramètres, vous pouvez utiliser les termes 'MDRD' et 'CKD'.

## Statistiques

Aperçu

Nouveau

Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Résultat de labo Paramètre Est égal(e) à Taux de filtration glomérulaire

+ Ajouter une condition (relation OU)

Résultat de labo Valeur Est inférieur(e) à 60

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Résultat de labo Paramètre Est égal(e) à Rapport albumine/créatinine u

+ Ajouter une condition (relation OU)

Résultat de labo Paramètre Est égal(e) à Rapport protéines: créatinine t

+ Ajouter une condition (relation OU)

## Question 27 : Nombre de patients avec un diagnostic IRC pour lesquels un stade a été défini à l'aide du eGFR.

Cette recherche n'est possible que si le stade a été spécifié dans les sections '**paramètres**', '**éléments de soins**' ou '**évaluation**'. Dans la rubrique '**paramètres**', il y a un endroit prévu où cette info spécifique peut être enregistrée.

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) '**Insuffisance rénale chronique**'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme '**élément de soins**' au lieu de '**évaluation**'.

**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. Pour sélectionner ces possibilités dans les paramètres, vous pouvez utiliser les termes '**MDRD**' et '**CKD**'.

## Statistiques

Aperçu

Nouveau

Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

Satisfait au moins à **NE satisfait PAS du tout à**

Évaluation Titre Contient insuffisance rénale chroni

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfait au moins à **NE satisfait PAS du tout à**

Résultat de labo Paramètre Est égal(e) à Taux de filtration glomérulaire

+ Ajouter une condition (relation OU)

Paramètre Nom Est égal(e) à Stade d'insuffisance Rénale

+ Ajouter une condition (relation OU)

Question 28 : Nombre de patients en IRC chez qui une échographie des reins et des voies urinaires a été faite.

Termes :

- 'échographie bidimensionnelle complète des voies urinaires'
- 'échographie des reins et/ou des glandes surrénales et/ou du rétropéritoine et/ou des vaisseaux sanguins'

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) 'Insuffisance rénale chronique'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

## Statistiques

Aperçu

Nouveau

Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Évaluation Titre Contient insuffisance rénale chroni

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Acte technique Titre Contient échographie bidimensioni

+ Ajouter une condition (relation OU)

Acte technique Titre Contient échographie des reins et/

+ Ajouter une condition (relation OU)

### 4.3. Traitement

### 4.4. Suivi

Question 33 : Nombre de patients en IRC avec un eGFR entre 30 et 59 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, pour lesquels l'eGFR a été contrôlé ces 6 derniers mois.

Lors de la sélection de la date, **sélectionnez 6 mois dans le passé**. (Exemple : si vous faites le test le 1/02/2022 → sélectionnez 1/08/2021).

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) 'Insuffisance rénale chronique'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

**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. Pour sélectionner ces possibilités dans les paramètres, vous pouvez utiliser les termes 'MDRD' et 'CKD'.

The screenshot shows the 'Statistiques' (Statistics) interface with the following elements:

- Navigation: 'Aperçu', 'Nouveau', 'Audit: COVID-19'
- Search Title: 'Titre' (empty)
- Filter Section 1: 'Afficher tous les patients qui...'
  - Buttons: 'Satisfont au moins à', 'NE satisfont PAS du tout à'
  - Filters: 'Évaluation' (dropdown), 'Titre' (dropdown), 'Contient' (dropdown) with value 'insuffisance rénale chroni'
  - Action: '+ Ajouter une condition (relation OU)'
- Filter Section 2:
  - Buttons: 'Satisfont au moins à', 'NE satisfont PAS du tout à'
  - Filters: 'Résultat de labo' (dropdown), 'Valeur' (dropdown), 'Est supérieur(e) ou égal(e) à' (dropdown) with value '59'
  - Action: '+ Ajouter une condition (relation OU)'
  - Filters: 'Résultat de labo' (dropdown), 'Paramètre' (dropdown), 'Est égal(e) à' (dropdown) with value 'Taux de filtration glomérulaire'
  - Action: '+ Ajouter une condition (relation OU)'
  - Filters: 'Résultat de labo' (dropdown), 'Valeur' (dropdown), 'Est supérieur(e) ou égal(e) à' (dropdown) with value '30'
  - Action: '+ Ajouter une condition (relation OU)'
  - Filters: 'Résultat de labo' (dropdown), 'Date' (dropdown), 'Est supérieur(e) à' (dropdown) with value 'Sélectionner une' and a calendar icon highlighted in a red box.
  - Action: '+ Ajouter une condition (relation OU)'

Question 34 : Nombre de patients en IRC pour lesquels l'eGFR, l'albuminurie corrigée et la protéinurie corrigée a été déterminée ces 12 derniers mois.

Termes :

- 'Rapport albumine/créatinine urinaire (albuminurie corrigée)'
- 'Rapport protéines: créatinine urine (protéinurie corrigée)'

Lors de la sélection de la date, **sélectionnez 12 mois dans le passé.** (Exemple : si vous faites le test le 1/02/2022 → sélectionnez 1/02/2021)

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) 'Insuffisance rénale chronique'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

**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. Pour sélectionner ces possibilités dans les paramètres, vous pouvez utiliser les termes 'MDRD' et 'CKD'.

The screenshot shows the 'Statistiques' (Statistics) section of a software interface. At the top, there are tabs for 'Aperçu', 'Nouveau', and 'Audit: COVID-19'. Below the tabs is a search bar labeled 'Titre'. Underneath, there is a section 'Afficher tous les patients qui...' with two radio buttons: 'Satisfont au moins à' (selected) and 'NE satisfont PAS du tout à'. Below this are two filter sections. The first filter section has dropdowns for 'Évaluation', 'Titre', and 'Contient', with the value 'insuffisance rénale chroni' entered. Below it is a '+ Ajouter une condition (relation OU)' button. The second filter section also has radio buttons for 'Satisfont au moins à' (selected) and 'NE satisfont PAS du tout à'. It contains four filter rows, each with dropdowns for 'Résultat de labo', 'Paramètre', and 'Est égal(e) à', followed by a value field. The first row has 'Taux de filtration glomérulaire' in the value field. The second row has 'Est supérieur(e) à' in the relation dropdown and 'Sélectionner une' in the value field, with a calendar icon button highlighted by a red box. The third row has 'Rapport protéines: créatinine u' in the value field. The fourth row has 'Rapport albumine/créatinine u' in the value field. Each filter row has a '+ Ajouter une condition (relation OU)' button below it.

**Question 37 : Nombre de patients en IRC en décompensation cardiaque ayant été prescrit de la spironolactone.**

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) 'Insuffisance rénale chronique'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique ou la décompensation cardiaque/l'insuffisance en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

## Statistiques

Aperçu **Nouveau** Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

**Satisfont au moins à** **NE satisfont PAS du tout à**

Évaluation  Titre  Contient  insuffisance rénale chroni

+ Ajouter une condition (relation OU)

Évaluation  Titre  Contient  décompensation cardiaqu

Contient  insuffisance cardiaque

+ Ajouter une condition (relation OU)

**Satisfont au moins à** **NE satisfont PAS du tout à**

Médication  arbre CBIP  Est égal(e) à  Spironolactone

+ Ajouter une condition (relation OU)

#### 4.5. Orientation du patient

**Question 44 : Nombre de patients en IRC avec un eGFR < 30 ml/min./1,73 m<sup>2</sup> suivis par un néphrologue.**

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) 'Insuffisance rénale chronique'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

Si le patient est suivi par un néphrologue et si vous avez enregistré cela en tant que texte libre dans la rubrique 'évaluation' ou 'élément de soins' comme – par exemple – 'suivi par un néphrologue', alors vous allez pouvoir exporter ce fait.

**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. Pour sélectionner ces possibilités dans les paramètres, vous pouvez utiliser les termes 'MDRD' et 'CKD'.

## Statistiques

Aperçu **Nouveau** Audit: COVID-19

Afficher tous les patients qui...

Satisfont au moins à **NE satisfont PAS du tout à**

Évaluation Titre Contient insuffisance rénale chroni

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfont au moins à **NE satisfont PAS du tout à**

Évaluation Titre Contient suivi par un néphrologue

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfont au moins à **NE satisfont PAS du tout à**

Résultat de labo Paramètre Est égal(e) à Taux de filtration glomérulaire

+ Ajouter une condition (relation OU)

Résultat de labo Valeur Est inférieur(e) à 30

+ Ajouter une condition (relation OU)

## Question 45 : Nombre de patients en IRC avec un eGFR < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> orientés vers un diététicien agréé.

La recherche peut être effectuée à partir des rubriques 'acte technique' ou 'motif de contact (raison)' en utilisant le terme 'référence à un diététicien'. Il faudra choisir la rubrique que vous utilisez. Le terme 'référence à un diététicien' est un terme standardisé dans CareConnect. Si toutefois vous avez l'habitude d'utiliser d'autres termes, il faudra utiliser ces termes-là (le texte libre est possible).

Les patients IRC peuvent être retrouvés en effectuant une recherche à partir du diagnostic (évaluation) 'Insuffisance rénale chronique'.

Si vous avez l'habitude d'enregistrer l'insuffisance rénale chronique en tant qu'élément de soins, il faudra effectuer la recherche avec le terme 'élément de soins' au lieu de 'évaluation'.

La recherche peut être effectuée à partir de l'enregistrement dans 'motif de contact' ou 'acte technique' : référence à un diététicien.

**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. Pour sélectionner ces possibilités dans les paramètres, vous pouvez utiliser les termes 'MDRD' et 'CKD'.

## Statistiques

Aperçu

Nouveau

Audit: COVID-19

Titre

Afficher tous les patients qui...

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Évaluation Titre Contient insuffisance rénale chroni

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Raison Titre Contient référence à un diététicien

+ Ajouter une condition (relation OU)

Satisfont au moins à NE satisfont PAS du tout à

Résultat de labo Paramètre Est égal(e) à Taux de filtration glomérulaire

+ Ajouter une condition (relation OU)

Résultat de labo Valeur Est inférieur(e) à 30

+ Ajouter une condition (relation OU)