

NATIONALE COMMISSIE GENEESHEREN-ZIEKENFONDSEN

Nota NCGZ n° 2009/21 bijlage 6

Brussel, 2 maart 2009

ZORGPLAN- CHRONISCHE NIERINSUFFICIENTIE (CNI)

De NCGZ meent dat:

1. het zorgtraject een schematische en theoretische beschrijving is van de standaardzorg van een patiënt die aan een bepaalde aandoening lijdt. Het traject coördineert de handelingen van de actoren die tot verschillende disciplines behoren en die het eens zijn geworden over een gepaste verdeling van de taken.
2. het individuele opvolgingsplan voor een patiënt met CNI, flexibele afspraken van samenwerking tussen huisarts en specialist vereist. Meestal zal het zwaartepunt van de opvolging van een CNI-patiënt tot en met stadium 3 bij de huisarts liggen. De specialist ondersteunt de huisarts en stuurt zo nodig bij. Naarmate de ernst van de CNI toeneemt (en zeker in stadium 4 en 5), verschuift het zwaartepunt van de opvolging meer en meer naar de specialist. Ook dan blijft de rol van de huisarts essentieel als coördinator van de integrale patiëntenzorg.
3. de patiënt duidelijk moet worden meegedeeld dat hij/zij is opgenomen in een individueel opvolgingsplan en dat hij/zij als een actieve partner deelneemt aan het eigen zorgtraject.

Opsporing van de patiënt met chronische nierinsufficiëntie

Het vroegtijdig opsporen van patiënten die in aanmerking komen voor het zorgtraject is een specifieke taak voor de huisarts.

De volgende 5 patiëntengroepen hebben een risico voor CNI:

- a. *diabetes mellitus*
- b. *arteriële hypertensie*
- c. *vanaf 55 jaar en ouder*
- d. *cardiovasculaire aandoening*
- e. *familiale anamnese van erfelijke nierziekten*

1. . OPVOLGINGSPLAN

Opmaken van een risicoprofiel

Cardiovasculaire risicofactoren

Nierfunctie, leeftijd, persoonlijke en familiale cerebro- cardiovasculaire voorgeschiedenis, diabetes, tabakgebruik, hypertensie, dyslipidemie, (micro)albuminurie.

Andere risicofactoren

Abdominale obesitas of obesitas, zoals gemeten aan de hand van BMI, sedentariteit (*i.e. minder dan 3 x ½ uur fysieke activiteit per week*), overdreven alcoholgebruik, psychosociale factoren.

Waar toepasselijk: onderzoek naar complicaties en bijkomende klinische en/of technische onderzoeken.

Oog, voet, perifere zenuwstelsel, cardiovasculair stelsel.

Doelstellingen van een individueel opvolgingsplan

1. Doen begrijpen van de ziekte en van de geplande zorgbegeleiding:
educatie en informatie van de patiënt met aandacht voor kwalitatief hoogstaand dieetadvies eventueel via de hulp van diëtisten met ervaring in het volgen van patiënten met nierlijden, en ondersteund met de nodige documenten.
2. Motivering van de patiënt en verwerving van de steun van zijn omgeving.
3. Wijziging van de levensstijl:
 - o indien sedentariteit: fysieke activiteit aanmoedigen
 - o indien tabakgebruik: rookstop
 - o indien ongezonde voeding: aanpassingen en ev. beperkingen doorvoeren
 - o indien abdominale obesitas en/of obesitas: gewichtsreductie stimuleren
 - o beperking van het alcoholgebruik
4. Follow-up verzekeren: de frequentie van opvolging is grotendeels afhankelijk van het stadium van de nierziekte (zie onderstaande tabel) en kan zo nodig worden verhoogd.

Aanbevolen frequentie van opvolging

	e-GFR (ml/min/1,73m ²)	Consult nefroloog	Labo
Proteïnurie > 1 g /24h		1x/jaar	1x/jaar
Stadium 3B	30-44	1x/6m	1x/6m
Stadium 4	15-29	1x/3m	1x/3m
Stadium 5	<15	1x/6wk	1x/6wk

-frequenter indien de cardiovasculaire risicofactoren niet onder controle zijn
-frequenter en/of (nieuw) specialistisch consult indien belangrijke proteïnurie, indien jonger dan 55 jaar of indien progressieve nierfunctieachteruitgang.

5. Opvolgen van fysische parameters:
 - o bloeddruk
 - o gewicht
 - o vullingstoestand
6. Biologische controles:
 - o opvolging van laboresultaten:
 - (micro)albuminurie
 - Hb, Hct, creatinine, ureum, (urinezuur), Na, K, Cl, Ca, P, HCO₃, PTH, 25-OH-vit D3
 - lipiden, glycemie

- o frequentie van opvolging der biologische parameters: zie aanbeveling Chronische nierinsufficiëntie NBVN update 2008

7. Behandeling van, eventueel farmacologisch, waarbij de therapiedoelen van K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification (2002) als leidraad genomen worden:

- o onderliggende nierpathologie
 - o hypertensie (<130/80mmHg , <125/75mmHg bij proteïnurie>1g/24h)
 - o cardiovasculaire pathologie (statines, antiaggregantia)
 - o diabetes (HbA1c<7)
 - o hyperlipidemie (TC<200; LDL-C <100, HDL>40, TG<150; statines, fibraten)
 - o urineweginfecties
 - o proteïnurie
 - o tabakverslaving (onafhankelijke risicofactor): rookstop
 - o dieetadvies: i.v.m. calorieën, eiwit, zout, kalium, fosfaat, vocht
- De therapiedoelen worden getoetst en individueel aangepast.*

8. Vermijden van nefrotoxische medicatie en IV RX-contraststoffen; aanpassing van de dosis van medicatie aan de nierfunctie

9. Opsporen en behandelen van complicaties

- o renale anemie
- o renale osteodystrofie, osteomalacie, secundaire hyperparathyreoïdie
- o elektrolytenstoornissen (cave NSAID; diuretica, ACE-inhibitoren en sartanen)
- o vochtbalans (overvulling, deshydratie)
- o metabole acidose
- o malnutritie
- o jicht

10. Vaccinaties (griep , pneumokokken, hepatitis B)

11. Voorbereiden op nierfunctievervangende therapie

- o toegangswegen preserven van in een vroeg stadium
- o hepatitis B vaccinatie indien geen HBsAb
- o educatie van patiënt en familie over de mogelijkheden van nierfunctievervangende behandeling.

2. DATA: EVALUATIE, COMMUNICATIE

Evaluatie

De NRKP beveelt aan dat:

1. de specialist en de huisarts die samenwerken in het zorgtraject chronische nierziekten, over geautomatiseerde instrumenten zouden kunnen beschikken die in het elektronische medische dossier zijn geïntegreerd.
2. de overheid de uitwerking van een softwaretoepassing financiert op basis van een reeds door het College van Nefrologen uitgewerkte databank die ervoor zal zorgen dat de doelstellingen van het zorgtraject kunnen worden opgevolgd en ondersteund.
3. De volgende gegevens moeten jaarlijks worden overgemaakt aan een trusted third party (TTP) i.v.m. de wetenschappelijke analyse en de kwaliteitsopvolging van het zorgtraject:
 - klinische parameters:
 - renale diagnose (een van deze codes: diabetes type 1, diabetes type 2 met of zonder biopsie, vasculair zonder diabetes, glomerulopathie met of zonder biopsie, autosomaal dominante polycystische nefropathie, andere, onbekend)
 - systolische bloeddruk
 - bloedonderzoeken:
 - Hb
 - creatinine, eGFR
 - PTH

De volgende gegevens i.v.m. de wetenschappelijke analyse en de kwaliteitsopvolging van het zorgtraject kunnen uit andere bronnen gecapteerd worden

- renale overleving of dialyse of niertransplantatie
- behandeld met ACEI, sartaan, of renine-inhibitor (J/N)

3. PARTNERSCHAP TUSSEN HUISARTSEN EN SPECIALIST EN TEAMWERKING

Met betrekking tot het Zorgtraject Chronische Nierziekte beveelt de NCGZ de volgende houding en taakverdeling aan tussen de huisarts (HA) enerzijds en de nefroloog (SPE) anderzijds:

(dit voorstel houdt rekening met de huidige situatie op het terrein en sluit niet uit dat deze taakverdeling, in functie van de evolutie, zal worden herzien)

- er wordt een individueel werkplan opgesteld met een behandelingsstrategie en therapiedoelen wat betreft o.a. aanpassing levensstijl, hypertensie, proteïnurie cardiovasculaire aanpak, glycemieregeling, lipidenstoornissen, calcium-fosformetabolisme, en screening naar en opvolging van complicaties;
- bij aanvang van het zorgtraject stelt de nefroloog een opvolgingsplan voor, dat de huisarts kan aanvullen. Het opvolgingsplan houdt rekening met de suggesties van andere betrokken zorgverleners (verpleegkundige, diëtist, cardioloog, diabetoloog, uroloog, sociaal verpleegkundige, accesschirurg, ...);
- de huisarts ziet de patiënt minstens 2 x /jaar;
- de huisarts ziet toe op het behalen van de vooropgestelde targets (zoals bloeddruk, proteïnurie, lipiden, glycemie, elektrolyten, Ca/P, PTH, Hb) en op het uitvoeren van de nodige preventieve maatregelen bv. vaccinatie tegen hepatitis B, griep en pneumokokken;
- minimaal is één consult per jaar bij de nefroloog noodzakelijk;
- bij complicaties of wanneer de therapiedoelen niet bereikt worden, overlegt de huisarts met de nefroloog en verwijst zo nodig de patiënt naar de nefroloog;
- de huisarts verwijst de patiënt ook naar de nefroloog:
 - o bij de bevestigde vaststelling van een $eGFR < 45 \text{ ml/min/1,73m}^2$ (in functie van leeftijd en kliniek kan een vroegere verwijzing zeker verantwoord zijn maar dit valt buiten het kader van het huidige zorgtraject)
 - o voor initiële oppuntstelling
 - o bij blijvende proteïnurie
 - o bij oligo-anurie (dringende hospitalisatie)
 - o bij therapieresistente hypertensie (het niet bereiken van de gewenste bloeddruk zoals vooropgesteld door de behandelende nefroloog)
 - o bij de ontwikkeling van anemie (waarbij EPO-nood ontstaat)
 - o bij metabole verwickelingen: hyperkaliëmie, hyperfosfatemie, hyperparathyreoïdie, metabole acidose
 - o bij verdere achteruitgang van de nierfunctie ondanks behandeling
 - o bij snelle achteruitgang van de nierfunctie
 - o bij acute nierinsufficiëntie (maar dit valt buiten het kader van het zorgtraject CNI)

- bij GFR < 30ml/min/1,73m² wordt de patiënt meer intensief door de nefroloog gevolgd, waarbij een blijvend overleg met de huisarts als coördinator cruciaal blijft. Consulten bij diëtisten worden op advies van de nefroloog ingewonnen.
- waar nodig consulten bij andere relevante zorgverleners zoals diabetoloog, cardioloog, uroloog, geriater, internist, neuroloog, diëtiste,... (cfr. andere patiëntenzorgtrajecten).

TOPIC	Inbreng HA	Inbreng SPE
INDIVIDUELE BEGELEIDING van de nierpatiënt	Coördinator van de zorgverlening <ul style="list-style-type: none"> - beheer van basisdossier, GMD - continue en brede zorg van patiënt - duidt samen met patiënt een SPE aan die het individuele zorgtraject ondersteunt, met doorverwijzing indien nodig 	Ondersteunend pathologiesdeskundige <ul style="list-style-type: none"> - op vraag van huisarts - consult eenmaal bij opstart zorgtraject en minimaal jaarlijks tijdens verloop van zorgtraject - opvolgconsulten in functie van het stadium en zo nodig frequenter (zie aanbeveling) - vlot bereikbaar via onderling afgesproken kanalen: per beveiligde e-mail, brief, telefoon
Ziektespecifieke VORMING	Actieve participatie <ul style="list-style-type: none"> - volgen van bijscholing door SPE - deelname aan peer review rond chronische nierziekte 	Actief aanbod <ul style="list-style-type: none"> - als opleider: navorming geven, recente inzichten vertalen tot haalbare implementatie - als coach van de individuele HA en de regionale HA-groep - als promotor van regionale uniformiteit in nierzorg
Onderlinge COMMUNICATIE	Opmaken van verslag voor SPE <ul style="list-style-type: none"> - bij inclusie van patiënt - bij verwijzing voor geplande controle bij SPE Rechtstreeks contact met SPE <ul style="list-style-type: none"> - via afgesproken kanalen - met inbegrip van moderne technieken 	Opmaken van verslag voor HA <ul style="list-style-type: none"> - bij aanbeveling voor werkplan na inclusie - bij opmaak bilan van controle door SPE - bij iedere vraag om advies over patiënt door de HA Rechtstreeks contact met HA <ul style="list-style-type: none"> - via afgesproken kanalen - met inbegrip van moderne technieken
Evaluatie van de samenwerking	Regelmatige onderlinge evaluatie (van de communicatie en van de follow-up van de patiënten) met het oog op de continue verbetering van de samenwerking.	

Begeleidende nota: aanbeveling

De Nationale commissie geneesherenziekenfondsen beveelt aan:

1. Dat men in coördinerende locoregionale structuren bij voorkeur in extra ondersteuning van bestaande structuren investeert, waar ook andere zorgverleners uit de eerste lijn bij betrokken zijn.
2. Dat het zorgtraject snel op het terrein geïmplementeerd wordt, vanaf het ogenblik dat chronische nierziekte *lege artis* is vastgesteld. Een zorgtraject vastleggen rond patiënten met gekende nierinsufficiëntie kan alleen maar een opstart zijn naar een volledig programma:
 - omdat de diagnose van chronische nierziekte de diagnose is van een levenslange ziekte, die iedere patiënt op een persoonlijke manier in zijn leven zal moeten integreren. De huisarts ziet zich als de persoonlijke medische coach bij uitstek,
 - chronisch nierlijden een belangrijke merker is van comorbiditeit, en dus een ideale kapstok om "preventie" aan op te hangen,
 - omdat de opvang van de vroege stadia het hele verloop en de snelheid van de evolutie en de hieraan verbonden kosten van verwickelingen in belangrijke mate zal bepalen: inzicht, aanvaarding, aanpassing van de levensdoelen en aanpassingen van de levensstijl zijn processen die niet in een éénmalig educatiemoment kunnen worden overgebracht.

In de toekomst moet de eerste lijn regionaal de ondersteuning krijgen die het mogelijk maakt om goede zorg te leveren. Een belangrijk aspect hierbij is dat patiënten ook binnen de eerste lijn terecht kunnen voor educatie en voor dieetadvies.

3. Dat laboratoria bij de bepaling van het serumcreatinine (mg/dl) automatisch de inschatting van de glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) uitdrukken, gebruik makend van de vereenvoudigde MDRD-formule.
Zie de aanbeveling van de National Kidney Disease Education Program voor laboratoria http://www.nkdep.nih.gov/labprofessionals/estimating_gfr.htm#mdrd
Dat laboratoria de dosagetechniek van het serumcreatinine standaardiseren (IDMS-traceerbare methode).
4. Dat voorzien wordt in de terugbetaling van de kwantitatieve bepaling van de microalbuminurie bij patiënten die behoren tot de onder "Opvolgingsplan" vermelde risicogroepen en bij afwezigheid van macroproteïnurie.
5. Dat patiënten in het zorgtraject terugbetaling krijgen voor de raadpleging bij een diëtist(e) met ervaring in de begeleiding van patiënten met nierziekten a rato van 2x per jaar voor CNI stadium 3B, 3x per jaar voor stadium 4 en 4x per jaar voor stadium 5.
6. Dat de patiënt in het zorgtraject CNI een cheque krijgt voor de aankoop van een bloeddrukmeter voor zelfregistratie, voor zover deze gevalideerd is door www.bhsoc.org/blood_pressure_list.stm of www.dableducational.org

7. Dat het openen van het zorgtraject recht op terugbetaling geeft van een aantal attestplichtige geneesmiddelen zonder verdere administratieve rompslomp
8. Dat de nefroloog zijn gespecialiseerde opdracht in deze zorg van chronische nierziekte waarmaakt in samenwerking met andere medische en paramedische disciplines in de regio die onderling overleg moeten kunnen plegen.
9. Dat de homologatiecriteria voor het EMD voorzien in:
 - de automatische verwerking en versturing van de gevraagde parameters
 - de automatische berekening van de e-GFR
 - een automatische waarschuwing over de nierfunctie ($<45\text{ml}/\text{min}/\text{m}^2$ liefst o.b.v. de Cockcroft Gault formule) bij het voorschrijven van geneesmiddelen.