Wat betekent kwaliteit van zorg bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie voor de huisarts?

Een kwalitatieve studie bij huisartsen uit de regio Brugge

Fien Claeys & Margot Faes, UGent

Promotor: prof. dr. Pauline Boeckxstaens

Co-promotor: dr. Laurens Deceuninck

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022– 2023

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Deze masterproef werd geschreven volgens de auteursrichtlijnen van Huisarts Nu (Domus Medica).

ABSTRACT

Inleiding

Chronische nierinsufficiëntie (CNI) is een frequent voorkomende aandoening in de eerste lijn. De prevalentie van CNI stijgt met de leeftijd. CNI komt meestal voor samen met andere aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en diabetes. Aangezien CNI gepaard gaat met belangrijke gezondheidsrisico's, is vroegtijdige detectie en nauwgezette opvolging cruciaal. Hierbij speelt de huisarts een belangrijke rol. Ondanks het bestaan van meerdere richtlijnen blijkt dat er toch ruimte is voor verbetering wat betreft kwaliteit van zorg voor patiënten met CNI.

Doelstelling

Het doel van deze studie is om na te gaan wat huisartsen belangrijk vinden in de zorg voor hun patiënten met CNI en welke rol richtlijnen hierin spelen.

Methode

Er werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd aan de hand van semi-gestructureerde interviews bij huisartsen en huisartsen-in-opleiding die aangesloten zijn bij de Huisartsenkring Brugge en Omgeving (HABO). In de periode februari tot oktober 2022 werden vijftien individuele interviews afgenomen en drie duo-interviews bij in totaal 21 deelnemers. Alle interviews werden opgenomen, getranscribeerd en erna gecodeerd volgens het proces van de thematische analyse.

Resultaten

Kwaliteit van zorg bij patiënten met CNI betekent voor de deelnemende huisartsen een *adequate detectie* bij risicopatiënten, voldoende *aandacht voor de diagnose*, zowel bij arts als bij patiënt, en een *correcte opvolging*. Hierbij spreken de participanten over medicatienazicht met dosisaanpassing waar nodig, patiënteneducatie en aandacht voor de cardiovasculaire risicofactoren. Ook het gebruik van het elektronisch medisch dossier en de rol van praktijkverpleegkundige komt ter sprake.
Daarnaast vermelden de artsen verschillende drempels voor de implementatie van evidence-based medicine (EBM). Die drempels worden verdeeld in drie categorieën, nl. artsgebonden, patiëntgebonden en richtlijngebonden factoren.

Bespreking

We herkennen in wat in onze interviews met huisartsen aan bod kwam, de gekende drempels in de literatuur rond implementatie van EBM. Rekening houdend met de ruimere betekenis van EBM volgens Sackett, is het afwijken van de richtlijnen echter geen drempel voor EBM, maar is het soms net noodzakelijk om EBM te bereiken. De huisartsen vinden het namelijk belangrijk om ook rekening te houden met hun eigen klinische ervaring en met de waarden en voorkeuren van de patiënt zelf.

INLEIDING

Chronische nierinsufficiëntie (CNI) is een frequent voorkomende aandoening en wordt gedefinieerd als een abnormale nierfunctie en/of -structuur sinds minstens drie maanden, ongeacht de oorzaak. De prevalentie van CNI in Vlaanderen bedraagt ongeveer 13% en stijgt met de leeftijd, van 10% rond de leeftijd van 60 jaar tot 50 % of meer op de leeftijd van 85 jaar. (1) CNI komt meestal voor samen met andere aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2 (DMT2). Bovendien worden DMT2, hypertensie en atherosclerose tegenwoordig gezien als voornaamste oorzaak van CNI. (2) Omwille van de bevolkingsvergrijzing en de toename van diabetes en hart- en vaataandoeningen verwachten we nog een stijging van de prevalentie van CNI. (3)

CNI gaat gepaard met belangrijke gezondheidsrisico's. Matige tot ernstige CNI verhoogt het risico op valincidenten, frailty en mortaliteit. (4) Metabole complicaties, secundair aan CNI zijn hyperkaliëmie, metabole acidose, anemie en een verstoorde calcium- en fosfaathuishouding. Er is bovendien een verhoogd risico op acute nierschade met verdere achteruitgang van de nierfunctie en, bij een kleine groep patiënten, evolutie tot eindstadium nierfalen. (3, 4) Deze kleine groep patiënten met eindstadium nierfalen en nood aan nierfunctievervangende therapie vertegenwoordigt echter een zeer grote maatschappelijke kost. Bovendien vormen dialyse of niertransplantatie een enorme belasting voor de patiënt. (1, 3)

Aangezien CNI geen specifieke symptomen geeft en de afname van de nierfunctie zeer traag gaat, is het een uitdaging om de diagnose te stellen. Het is echter wel detecteerbaar en testen voor CNI zijn eenvoudig en goedkoop beschikbaar. Vroegtijdige detectie en een nauwgezette follow-up beïnvloeden de progressie van CNI gunstig. (3, 4) Het hoofddoel in de aanpak van CNI is de beperking van progressie van de nierschade en preventie van cardiovasculaire comorbiditeit. (1) De huisarts speelt hierbij een cruciale rol.
Vroegtijdige detectie van chronische nierinsufficiëntie is de taak van de huisarts. Daarnaast verzekert hij de opvolging van patiënten met laag of matig risico op terminaal nierlijden. Een groot deel van de patiënten met CNI wordt nooit doorverwezen naar de nefroloog en de huisarts neemt de volledige follow-up van deze patiënten op zich. Voor zijn beleid kan hij zich baseren op de geldende richtlijnen. Het is aan de huisarts om een inschatting te maken van het risico op complicaties en de evolutie van de nierfunctie. Op basis hiervan beslist hij om een patiënt al dan niet door te verwijzen naar de nefroloog. (2, 5)

In de literatuur rond kwaliteit van zorg voor patiënten met CNI vinden we dat er wereldwijd nog ruimte is voor verbetering en dit bij alle kwaliteitsindicatoren. (6-14)
Wat detectie betreft, komt o.a. aan bod dat een abnormale nierfunctie niet altijd wordt bevestigd na een eerste afwijkende estimated glomerular filtration rate (eGFR). Op vlak van opvolging gebeurt het testen van de urine en een jaarlijkse bepaling van calcium, vitamine D en parathormoon niet adequaat. Het onder controle houden van risicofactoren zoals hypertensie en hypercholesterolemie, als onderdeel van de behandeling van CNI, voldoet ook niet in alle studies aan de kwaliteitsindicatoren. Ook het controleren van de nierfunctie en kalium na opstart van een angiotensin-converting enzyme-inhibitor (ACE-I) wordt vaak niet gedaan. (6-8)
Twee studies vermelden dat de leeftijd van de patiënt een rol speelt bij de opvolging van CNI. Hogere leeftijd gaat gepaard met minder urinetesten, minder geven van voedingsadvies en minder doorverwijzingen naar de nefroloog. (7, 9) Daarnaast komt in verschillende studies aan bod dat de zorg voor CNI-patiënten met diabetes als comorbiditeit opvallend beter is dan bij CNI-patiënten zonder diabetes. Bij CNI-patiënten met diabetes wordt het albumine-creatinineratio (ACR) in de urine adequater bepaald, wordt er frequenter een ACE-I opgestart en wordt er frequenter een statine voorgeschreven in vergelijking met CNI-patiënten zonder diabetes. (7-8, 10-13)

Uit een Belgisch onderzoek blijkt dat de bepaling van creatinine en eGFR voor de detectie van CNI wel voldoende gebeurt, maar dat het bepalen van de proteïnurie of de albuminurie te weinig gedaan wordt. In België wordt, wat betreft de behandeling, bij niet-diabeten met CNI en een gecorrigeerde proteïnurie >900mg/g te weinig een ACE-I opgestart. Bovendien wordt de dosis zelden aangepast bij een verder dalende eGFR. (14)

Hieruit kan besloten worden dat huisartsen drempels ondervinden bij het implementeren van richtlijnen in de praktijk bij de aanpak van hun patiënten met CNI. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar hoe huisartsen de richtlijnen rond CNI ervaren en wat huisartsen belangrijk vinden bij de aanpak van hun patiënten met CNI. Een beter begrip van de drempels en uitdagingen die huisartsen ondervinden bij het implementeren van richtlijnen kan leiden tot interventies die verandering teweegbrengen op vlak van praktijkvoering. Het doel van die veranderingen in praktijkvoering is uiteindelijk betere zorg kunnen bieden. (15)

Wij gaan met huisartsen in gesprek om te onderzoeken wat huisartsen belangrijk vinden in de zorg voor hun patiënten met CNI en welke rol richtlijnen hierin spelen.

METHODE

Lokaal zorgpad chronische nierinsufficiëntie

De huisartsenkringen verbonden aan het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Brugge-Oostende-Houtland, momenteel Huisartsenkring Brugge en Omgeving (HABO), creëerden in 2012 een lokaal zorgpad 'Chronische Nierinsufficiëntie', in samenwerking met nefrologen uit de regio. De laatste update dateert van 2018. Dit zorgpad is een beknopt protocol en dient als praktisch instrument voor de huisarts. (16)

Na vergelijking van het lokale zorgpad met de recente nationale richtlijnen, werd besloten dat de inhoud van het zorgpad geen grote verschillen vertoont. Het huidige zorgpad werd dus gebruikt als gouden standaard en van hieruit werd vertrokken bij het afnemen van de interviews.

Interviews met huisartsen (in opleiding) regio Brugge

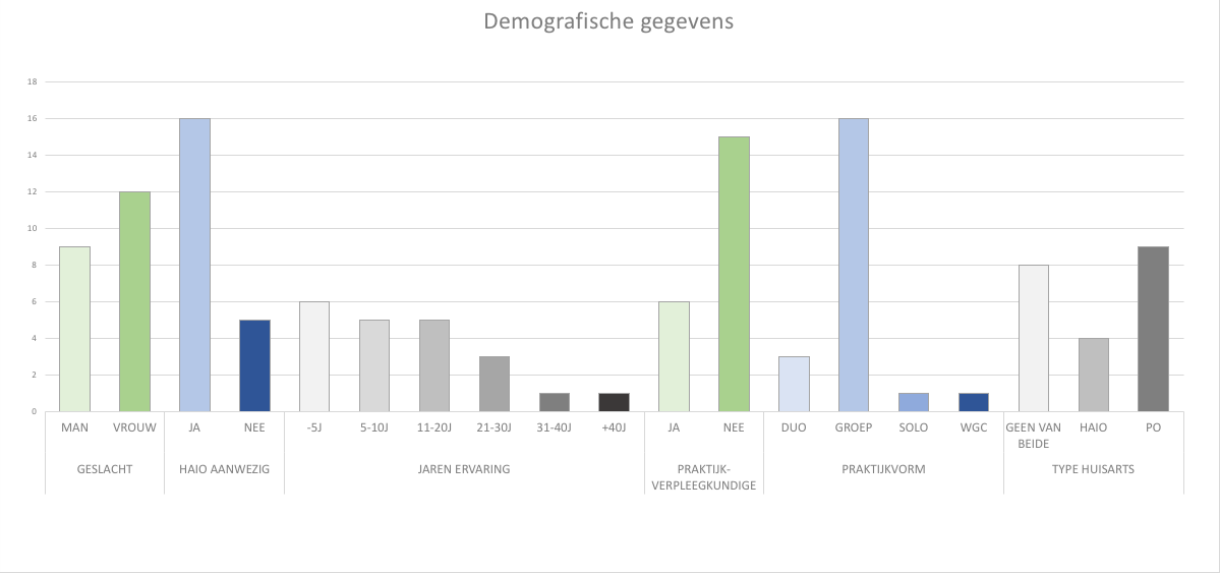
De participanten werden verzameld via een mail die werd verstuurd naar alle huisartsen (in opleiding) verbonden aan de HABO. Zowel actieve en erkende huisartsen als huisartsen-in-opleiding werden weerhouden als geschikte deelnemers. De verdeling van de participantkarakteristieken wordt weergegeven in figuur 1. Bij instemming tot deelname werd bijkomende informatie bezorgd onder de vorm van het informatie- en toestemmingsformulier en het lokaal zorgpad chronische nierinsufficiëntie.

In de periode februari tot oktober 2022 werden vijftien individuele interviews afgenomen en drie duo-interviews bij in totaal 21 deelnemers. Hierna werd data-saturatie bereikt. De interviews gebeurden op een semigestructureerde manier, gebaseerd op een vooraf opgestelde interviewgids (bijlage 2). Beide onderzoekers namen interviews af. Om ervoor te zorgen dat de resultaten van beide onderzoekers vergelijkbaar zijn, werden eerst twee testinterviews afgenomen.

De interviews werden opgenomen, getranscribeerd en vervolgens gecodeerd. De data-analyse gebeurde door beide onderzoekers samen volgens de methode van de thematische analyse.

Dit onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité. (BC-11370 en BC-11371) (bijlage 3)

Figuur 1. Demografische gegevens



RESULTATEN

1. Wat is kwaliteit van zorg voor huisartsen bij patiënten met CNI?

Adequate detectie

De participanten proberen CNI vroegtijdig te detecteren aan de hand van een bloedafname met bepaling van creatinine en eGFR. Een urinesediment hoort hier ook bij, maar verscheidende artsen beschouwen dit als hun werkpunt. De manier waarop de detectie wordt aangepakt, is afhankelijk van de patiëntenkenmerken. Bij patiënten met gekende comorbiditeit, wordt deze detectie systematisch georganiseerd. Bij patiënten zonder comorbiditeit gebeurt dit eerder opportunistisch.

Daarnaast wordt er aandacht besteed aan cardiovasculaire risicofactoren, zoals hypertensie, rookstatus, diabetes ... De plaats van deze risicofactoren is meervoudig: enerzijds zijn dit risicofactoren die dienen aangepakt te worden om verdere achteruitgang van CNI te voorkomen. Anderzijds zorgen deze cardiovasculaire risicofactoren voor een groter risico op het ontwikkelen van CNI.

"Ik vind het zeker belangrijk om extra aandacht te hebben voor patiënten met CNI, maar vooral om andere factoren, zoals bloeddruk, BMI en glycemie goed geregeld te hebben om zo verslechtering van de nierfunctie te voorkomen."

Voldoende aandacht en alertheid

Kwaliteit van zorg bij patiënten met CNI betekent voor de deelnemende artsen dat er voldoende aandacht en alertheid is voor de diagnose in de verdere, dagdagelijkse zorg voor de patiënt.

"Kwaliteit van zorg is dat dat een actief zorgelement is in het hoofd van de arts die voor die patiënt zorgt, in het dossier van die patiënt en eigenlijk ook dat die patiënt zelf, indien mogelijk, dat goed beseft."

Medicatienazicht en dosisaanpassing komen in bijna alle interviews prominent naar voor. Dit wordt door de meeste huisartsen als dé basis voor kwaliteit van zorg bij patiënten met CNI gezien. Hiervoor gebruiken ze het elektronisch medisch dossier (EMD), waar ze de diagnose CNI coderen. Dit verhoogt de zichtbaarheid voor zichzelf en voor collega's. Zo is er meer aandacht voor CNI, bv. ook bij het voorschrijven van medicatie. Artsen die de interactiemelder geactiveerd hebben, krijgen bovendien een melding bij het voorschrijven van nefrotoxische medicatie.

"*Die patiënt heeft CNI en ik wil antibiotica voorschrijven. Moet ik hier de dosis aanpassen? En vanaf wanneer was dat weer? En welke dosis? Ja, daar let ik altijd op."*

Daarnaast onderstrepen de participanten het belang van een adequate patiënteneducatie. Een extra incentive bij CNI is om op deze manier het gebruik van vrij verkrijgbare medicatie met nefrotoxische werking te beperken. Andere aandachtspunten bij de patiënteneducatie zijn het gekende levensstijladvies bij cardiovasculaire preventie, bloeddrukcontrole, beperken van de zoutinname en nastreven van een correcte hydratatiestatus.

Correcte opvolging

Daarnaast hechten artsen belang aan een adequate opvolging van de patiënten. Hierbij vinden ze het belangrijk om de creatininewaarde en eGFR regelmatig te controleren, alsook jaarlijks een controle van de proteïnurie. De meningen zijn verdeeld over op welke termijn deze controle moet gebeuren. Toch is het voor de artsen duidelijk dat dit dient aangepast te worden aan het stadium van CNI waarin de patiënt zich bevindt.

"Vanaf een graad 3A, gaan we dat halfjaarlijks opvolgen, die nierfunctie. Graad 3B of 4 gaan we dat rond het kwartaal doen."

Om de opvolging meer gestructureerd te laten verlopen, gebruiken verschillende huisartsen het softwarepakket om een duidelijke planning voor de individuele patiënt op te stellen.

Bij zes van de geïnterviewde artsen is er een praktijkverpleegkundige aanwezig in de praktijk. Deze artsen hebben de indruk dat dit kan bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg. Enerzijds door de arts te ontlasten en hem meer tijd te geven voor specifieke taken. Anderzijds door het opnemen van een gedeelde en multidisciplinaire zorg.

"Veel hangt af, dat merken we toch in de praktijk, van een goede agenda. Het dossier van de patiënt, weten wanneer wat moet gebeuren. Dat er geen dingen verloren gaan."

2. Welke rol spelen richtlijnen hierin?

De participanten hechten veel belang aan evidence-based medicine (EBM). Een richtlijn wordt gezien als een gids voor kwaliteitsvolle praktijkvoering of een houvast bij onzekerheid. Daarnaast wordt de evidentie vaak gebruikt als naslagwerk bij concrete vragen.

"Ik vind het als huisarts een grote ondersteuning om richtlijnen te hebben. En ja, ik vind dat dat gewoon een basis is om goede en zo wetenschappelijk mogelijk gefundeerde zorg aan de patiënt te kunnen bieden. "

Door richtlijnen te beschouwen als kwaliteitscriterium, merken we dat huisartsen hier een soort zelfevaluatie aan koppelen. Er wordt een morele druk opgelegd om de richtlijnen te volgen, waardoor artsen zich mogelijks schuldig voelen wanneer het niet gelukt is om de richtlijnen toe te passen in de praktijk. Hierbij is het belangrijk te noteren dat dit sterk afhangt van de individuele arts, welke betekenis ze toekennen aan EBM en hun attitude ten aanzien van kennis.
Er komen verschillende drempels voor implementatie van richtlijnen aan bod.

Artsgebonden

Een eerste belangrijk aspect is tijdsgebrek. Richtlijnen zijn meestal zeer uitgebreid en gezien de beperkte duur van een consult is er onvoldoende tijd om de richtlijn erbij te nemen. De artsen nemen zich voor om nadien nog opzoekwerk te verrichten, maar dit komt er vaak niet van.

Ten tweede wordt de moeilijkheid van het thema CNI als belangrijke uitdaging beschreven. Verschillende artsen voelen zich te weinig onderlegd in het onderwerp en geven aan dat het niet duidelijk is wat er moet worden gedaan met een gedaalde nierfunctie. Echter is het wel duidelijk dat er rekening dient gehouden te worden met de leeftijd van de patiënt.

Verschillende artsen geven aan dat de afspraken huisarts-specialist duidelijker zouden kunnen. Zodat de taken van de huisarts beter afgebakend zijn en zowel huisarts als nefroloog weten wat ze mogen verwachten van de andere partij. Artsen betreuren dat ze contact met dialysepatiënten verliezen en hebben de indruk dat dit bijdraagt aan het feit dat ze zich niet steeds even bekwaam voelen in de zorg voor patiënten met CNI. Daarbij vormt het ontbreken van een gedeeld medisch dossier tussen de verschillende zorgverstrekkers een hinderpaal in de efficiënte communicatie en gaat er zo informatie verloren.

Daarnaast vinden artsen het moeilijk dat de behandeling van CNI meestal geen actieve interventie vereist. Dit is in tegenstelling tot de zorg voor een diabetespatiënt, waar bij een nieuwe diagnose onmiddellijk actie wordt ondernomen. De behandeling van diabetes wordt als eenvoudiger ervaren: er wordt medicatie opgestart en het effect van deze medicatie wordt opgevolgd aan de hand van laboresultaten. Bij nierinsufficiëntie daarentegen is de behandeling eerder conservatief.

Patiëntgebonden

Uit de interviews blijkt dat de zorg voor patiënten met CNI voor veel huisartsen een uitdaging is. Chronische nierinsufficiëntie staat slechts heel laag op de patiëntenagenda. Dit zou volgens sommige artsen te wijten zijn aan het feit dat CNI vaak volledig asymptomatisch verloopt. Anderen wijten dit eerder aan een gebrek aan awareness.

"Mensen vragen ook nooit naar hun nierfunctie he. Mensen vragen echt wel zelf: 'En hoe is mijn suiker?' Maar er is niemand die uit zichzelf vraagt: 'Hoe was het met mijn nieren?' "

Bovendien is er meer aandacht voor shared-decision making. Er wordt gepoogd om de wensen en de haalbaarheid voor (de omgeving van) de patiënt te integreren in de zorg.

"Je hebt verschil tussen kwaliteit voor de patiënt en kwaliteit voor de arts. Ik haal er voldoening uit dat ik bepaalde doelstellingen haal. Maar voor de patiënt betekent dat misschien iets volledig anders en daar moet ook rekening mee gehouden worden."

Richtlijngebonden

Wanneer we meer specifiek ingaan op het lokaal zorgpad CNI van de HABO, zijn er een aantal factoren die door de artsen worden aangehaald als hinderend voor een vlot gebruik. De twee hoofdredenen hiervoor zijn: het niet op de hoogte zijn van het protocol en het protocol is onvoldoende toegankelijk. Artsen vinden het belangrijk om met één muisklik online bij het zorgpad terecht te kunnen. Los van deze bemerkingen vinden ze het protocol wel overzichtelijk, beknopt en duidelijk.

Daarnaast geven de artsen aan dat richtlijnen te weinig aansluiten bij de klinische realiteit. Richtlijnen houden te weinig rekening met de context van de patiënt en de complexiteit van chronische zorg in de dagelijkse praktijk. Richtlijnen spitsen zich toe op één enkele aandoening terwijl een patiënt zich veelal presenteert in een context van co- of multimorbiditeit. Artsen vinden het belangrijk om flexibel om te gaan met richtlijnen en te streven naar een *common ground* tussen evidentie en patiëntgerichte zorg.

"En toch ook tegelijkertijd een beetje rekening houden met het profiel van de patiënt om te weten hoe ver dat we daarin gaan. Want vaak zijn dat ook geriatrische profielen, dus dat hangt een beetje af van de zorgplanning rond die patiënt."

Dezelfde opmerking wordt gemaakt over het zorgtraject, waarin enkel op CNI wordt gefocust. Dit terwijl patiënten met CNI net vaak comorbiditeit hebben, welke dan buiten het zorgtraject valt. Of patiënten zitten in twee zorgtrajecten tegelijk, wat het ook omslachtig en belastend voor de patiënt maakt.

Bespreking

Samenvatting resultaten

Kwaliteit van zorg bij patiënten met CNI betekent voor de deelnemende huisartsen een *adequate detectie* bij risicopatiënten, voldoende *aandacht voor de diagnose*, zowel bij arts als bij patiënt, en een *correcte opvolging*. Hierbij spreken de participanten over medicatienazicht met dosisaanpassing waar nodig, patiënteneducatie en aandacht voor de cardiovasculaire risicofactoren. Ook het gebruik van het EMD en de rol van praktijkverpleegkundige komt ter sprake.
Daarnaast vermelden de artsen verschillende drempels voor de implementatie van EBM.

Vergelijking met de bestaande literatuur

Op basis van een vergelijking tussen onze interviews en de bestaande literatuur, verdelen we de drempels voor implementatie van EBM in drie grote categorieën.

Een eerste categorie is '*artsgebonden factoren*'. Naast het niet op de hoogte zijn van het bestaan van richtlijnen, is tijdsgebrek bij de arts de frequentst vermelde drempel voor implementatie. Daarnaast komt in de literatuur ook een gebrekkige motivatie bij de arts en beperkte verwachtingen ten opzichte van richtlijnen aan bod. (15, 17-19)

Wat CNI betreft, vinden artsen het een moeilijke diagnose waardoor het onderwerp niet altijd ter sprake wordt gebracht. Op deze manier vermijdt de arts enerzijds dat hij vragen krijgt die hij niet kan beantwoorden en anderzijds dat er angst wordt opgewekt bij de patiënt. (20, 22)

Er heerst bij huisartsen ook onzekerheid rond het beleid van CNI. Ze weten niet goed hoe ze CNI moeten aanpakken en geven aan hierdoor meer aandacht te besteden aan andere chronische aandoeningen. CNI wordt vaak beschreven als een normale achteruitgang van de nierfunctie in het kader van de leeftijd of andere comorbiditeit. (20, 22) Daarnaast komt in de literatuur aan bod dat huisartsen vinden dat er te weinig mogelijkheden zijn om hun beleid te monitoren. Er is weinig ervaring rond het uitvoeren van audits en ze missen feedback op hun beleid. Dit wordt zowel toegeschreven aan technologische beperkingen, onder andere van het EMD, aan financiële beperkingen om te investeren in technologie, als aan een gebrek aan tijd om de technologie efficiënt te leren gebruiken en om patiëntendossiers up to date te houden. (20)

Het ontbreken van een gedeeld medisch dossier tussen verschillende zorgverstrekkers vormt een hinderblok bij het uitwisselen van gegevens. Elke zorgverstrekker heeft zijn eigen medisch dossier waardoor er veel informatie van de huisarts niet bij de nefroloog terecht komt, en omgekeerd. (23, 24) Eenmaal de patiënt doorverwezen werd naar de nefroloog, vindt de huisarts zijn rol bovendien soms verwarrend. Een duidelijke taakomschrijving van wie wat opvolgt is cruciaal, maar ontbreekt vaak. (24, 25)

Een tweede categorie '*patiëntgebonden factoren*' haalt aan dat huisartsen ook rekening willen houden met de wensen van en de haalbaarheid voor de patiënt. In de literatuur gaat het vooral over motivatie en gezondheidsinzicht bij de patiënt. Een gebrekkig gezondheidsinzicht heeft nadelige gevolgen op beslissingen van patiënten, bijvoorbeeld wat betreft het hanteren van een gezonde levensstijl. Patiënten zijn niet altijd gemotiveerd om het advies van de arts te volgen, wat het voor de arts moeilijk maakt om de richtlijnen te volgen. (17, 20)

Wat CNI betreft, kwam zowel in de interviews als in de literatuur ter sprake dat CNI voor de patiënt minder belangrijk is omdat het zelden klachten veroorzaakt. De patiënt ziet het als een afwijking in zijn bloed waar hij zelf weinig invloed op heeft. Het staat wel op de agenda van de arts, maar niet op de agenda van de patiënt. (20, 22)

In de laatste categorie '*richtlijngebonden factoren*' wordt besproken dat richtlijnen vaak te uitgebreid en niet gebruiksvriendelijk zijn. Er is nood aan kortere richtlijnen die gemakkelijk toepasbaar zijn in de praktijk. Daarnaast is het aanbod aan richtlijnen eindeloos en soms spreken verschillende richtlijnen elkaar tegen, wat zorgt voor verwarring en discussie. (15, 19)

Op basis van onze interviews hebben we niet de indruk dat huisartsen te weinig op de hoogte zijn van de richtlijnen rond CNI. Het lokaal zorgpad CNI van HABO is weliswaar niet bij elke participant gekend, maar bijna elke huisarts weet van het bestaan van de richtlijnen van NHG en Domus Medica. In de literatuur daarentegen wordt wel beschreven dat huisartsen aangeven niet voldoende op de hoogte zijn van het bestaan van richtlijnen rond CNI. Ze vinden ook dat er te weinig educatie is rond CNI en dat het een uitdaging is om op de hoogte te blijven als richtlijnen voortdurend veranderen. (5, 20, 22) Ze gebruiken vaak andere richtlijnen, zoals richtlijnen over diabetes of hypertensie, om CNI te behandelen. Het gaat immers vaak over een diabetische nefropathie of een hypertensieve nefropathie en het beleid rond CNI zit dan ook vervat in die richtlijnen. (20)

Zowel in onze interviews als in de literatuur wordt aangehaald dat richtlijnen zich te veel focussen op de aandoening zelf en niet op de patiënt in zijn geheel. Er wordt te weinig rekening gehouden met de klinische realiteit. Patiënten hebben bijvoorbeeld vaak comorbiditeit, maar in richtlijnen wordt er enkel gefocust op die ene aandoening. Er is te weinig aandacht voor de complexiteit van patiënten waardoor artsen genoodzaakt zijn flexibel om te gaan met richtlijnen. (15, 21)

We herkennen in de interviews dus de gekende drempels in de literatuur rond implementatie van EBM. De artsen geven echter aan dat ze het ook belangrijk vinden om rekening te houden met hun eigen klinische ervaring en met de waarden en voorkeuren van de patiënt. Deze twee aspecten in combinatie met de wetenschappelijke evidentie vormen samen de ruimere betekenis van EBM volgens Sackett. Rekening houdend met deze betekenis, moeten we het afwijken van de richtlijnen niet beschouwen als drempel voor EBM, maar soms net als noodzaak om EBM te bereiken (26, 27).

Besluit

Uit onze interviews kan besloten worden dat kwaliteit van zorg voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie voor de huisarts een adequate detectie, voldoende aandacht voor de diagnose en een correcte opvolging betekent. Huisartsen erkennen hierbij het belang van een evidence-based aanpak ondersteund door richtlijnen. Daarnaast vinden ze het belangrijk om in hun praktijkvoering ook rekening te houden met hun eigen klinisch ervaring en de voorkeuren van de patiënt.

BRONVERMELDING

1. *Goderis G, Van Pottelbergh G, Claes K, Vanhauwaert E, Van Nuland E, Vantieghem A, et al. Multidisciplinaire richtlijn Chronisch nierlijden (CNI). 2016.*

2. *Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Chronische nierschade. [Internet]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/chronische-nierschade#volledige-tekst. [Accessed 16th January 2021]*

3. *Van Pottelbergh G, Avonts M, Cloetens H, Goossens M, Maes S, Van Heden L, et al. Chronische nierinsufficiëntie. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering Domus Medica. 2012.*

4. *National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Chronic kidney disease: assessment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) NICE 2021.; 2021.*

5. *Fox CH, Brooks A, Zayas LE, McClellan W, Murray B. Primary care physicians' knowledge and practice patterns in the treatment of chronic kidney disease: an Upstate New York Practice-based Research Network (UNYNET) study. J Am Board Fam Med. 2006;19(1):54-61.*

6. *Nash DM, Brimble S, Markle-Reid M, McArthur E, Tu K, Nesrallah GE, et al. Quality of Care for Patients With Chronic Kidney Disease in the Primary Care Setting: A Retrospective Cohort Study From Ontario, Canada. Canadian journal of kidney health and disease. 2017;4:2054358117703059.*

7. *Allen AS, Forman JP, Orav EJ, Bates DW, Denker BM, Sequist TD. Primary care management of chronic kidney disease. Journal of general internal medicine. 2011;26(4):386-92.*

8. *Van Gelder VA, Scherpbier-De Haan ND, De Grauw WJ, Vervoort GM, Van Weel C, Biermans MC, et al. Quality of chronic kidney disease management in primary care: a retrospective study. Scandinavian journal of primary health care. 2016;34(1):73-80.*

9. *Fukuma S, Ikenoue T, Shimizu S, Norton EC, Saran R, Yanagita M, et al. Quality of Care in Chronic Kidney Disease and Incidence of End-stage Renal Disease in Older Patients: A Cohort Study. Medical care. 2020;58(7):625-31.*

10. *Sullivan MK, Rankin AJ, Jani BD, Mair FS, Mark PB. Associations between multimorbidity and adverse clinical outcomes in patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. BMJ open. 2020;10(6):e038401.*

11. *The burden of comorbidity in people with chronic kidney disease stage 3: a cohort study. BMC nephrology. 2015;16(1):193.*

12. *Van Dipten C, van Berkel S, van Gelder VA, Wetzels JFM, Akkermans RP, de Grauw WJC, et al. Adherence to chronic kidney disease guidelines in primary care patients is associated with comorbidity. Family practice. 2017;34(4):459-66.*
13. *Manns L, Scott-Douglas N, Tonelli M, Weaver R, Tam-Tham H, Chong C, et al. A Population-Based Analysis of Quality Indicators in CKD. Clin J Am Soc Nephrol. 2017;12(5):727-33.*

14. *G. Van Pottelbergh, I. Van den Wyngaert. Knelpunten in de zorg voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie: Analyse van MFO-verslagen en masterthesissen. HuisartsNu. 2021 okt;5: 260-262.*

15. *Cochrane LJ, Olson CA, Murray S, Dupuis M, Tooman T, Hayes S. Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care. J Contin Educ Health Prof. 2007;27(2):94-102.*

16. *Lokaal Multidisciplinair Netwerk Brugge – Oostende - Houtland. Behandelingsprotocol voor chronische nierinsufficiëntie in de 1e lijn. [internet]. Available from: https://www.kgbn-habo.be/sites/default/files/public/2023-02/Behandelingsprotocol%20voor%20CNI.pdf. [Accessed 16th January 2021]*

17. *Chimeddamba O, Peeters A, Ayton D, Tumenjargal E, Sodov S, Joyce C. Implementation of clinical guidelines on diabetes and hypertension in urban Mongolia: a qualitative study of primary care providers' perspectives and experiences. Implement Sci. 2015;10:112.*

18. *Swaithes L, Paskins Z, Dziedzic K, Finney A. Factors influencing the implementation of evidence-based guidelines for osteoarthritis in primary care: A systematic review and thematic synthesis. Musculoskeletal Care. 2020;18(2):101-10.*

19. *Harrison MB, Légaré F, Graham ID, Fervers B. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. Cmaj. 2010;182(2):E78-84*

20. *Vest BM, York TR, Sand J, Fox CH, Kahn LS. Chronic Kidney Disease Guideline Implementation in Primary Care: A Qualitative Report from the TRANSLATE CKD Study. J Am Board Fam Med. 2015;28(5):624-31.*

21. *Ferreira de Meneses S, Rannou F, Hunter DJ. Osteoarthritis guidelines: Barriers to implementation and solutions. Ann Phys Rehabil Med. 2016;59(3):170-3.*

22. *Sperati CJ, Soman S, Agrawal V, Liu Y, Abdel-Kader K, Diamantidis CJ, et al. Primary care physicians' perceptions of barriers and facilitators to management of chronic kidney disease: a mixed methods study. PloS one. 2019;14(8):e0221325.*

23. *G. Goderis, G. D'Hanis, G. Merckx. Hoe zien zorgverleners de organisatie van chronische zorg?: Resultaten van een bevraging onder 1300 zorgverleners. HuisartsNu. 2016 mei-juni;3: 107-111.*

24. *Greer RC, Liu Y, Cavanaugh K, Diamantidis CJ, Estrella MM, Sperati CJ, et al. Primary Care Physicians' Perceived Barriers to Nephrology Referral and Co-management of Patients with CKD: a Qualitative Study. J Gen Intern Med. 2019;34(7):1228-35.*

25. *C. De Vos, W. Van Biesen, A. De Sutter, S. Eloot. Bereikt het ZT CNI zijn doel?: Kwalitatief onderzoek bij huisartsen tien jaar na de invoering. HuisartsNu. 2021 okt;5: 265-268.*

26. *Thoma A, Eaves FF, 3rd. A brief history of evidence-based medicine (EBM) and the contributions of Dr David Sackett. Aesthet Surg J. 2015;35(8):Np261-3.*

27. *Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. Bmj. 1996;312(7023):71-2.*

BIJLAGE

Bijlage 1: Kader Huisarts Nu

Wat is gekend?	Wat is nieuw?	In de praktijk
- CNI is een frequente aandoening in de 1e lijn met een cruciale rol voor de HA. - Richtlijnen rond CNI worden niet strikt gevolgd.	De huisarts wijkt af van de richtlijnen om ook rekening te houden met zijn eigen ervaring en de voorkeuren van de patiënt.	- Multidisciplinaire aanpak van CNI met e.v.t. introductie van een praktijkverpleegkundige en goed gebruik van het EMD kan kwaliteitsbevorderend werken. - Goede afspraken tussen de verschillende zorgverstrekkers met eventueel een gedeeld EMD kan leiden tot efficiëntere samenwerking.

Bijlage 2: Interviewgids

Vragenlijst interview huisartsen

1. We zijn blij dat u wenste deel te nemen aan onze masterproef. Welke factoren speelden mee in uw beslissing om deel te nemen?
2. Hoe lang werkt u al als huisarts?
3. In welk soort praktijk werkt u?
4. Doet u naast klinisch werk als huisarts nog andere medisch gerelateerde taken? (bv. PO; STACO; opleiding stagiairs, rol in HABO etc)
5. Hoe kijkt u naar CNI tov andere chronische aandoeningen, zoals diabetes of osteoporose?
    - Welke patiënten beschouwt u at risk voor CNI?
    - Screen je regelmatig op CNI bij de patiënten die je net aanhaalde? En hoe?
    - Welke criteria gebruik je om de diagnose CNI te stellen? Hoe documenteer je dit?
    - Hoe volg je een patiënt met CNI op?
6. Bent u op de hoogte van het lokaal zorgpad CNI?
    - Hebt u het protocol rond CNI van de HABO al eens bekeken? Hoe kwam u hiertoe?
    - Kent u nationale richtlijnen rond CNI? Bv. Domus Medica, NHG etc
7. Op welke manier zoekt u meestal naar richtlijnen? Op welk moment doet u dit?
    - Wordt er in uw praktijk tijd gemaakt om onderling de richtlijnen te bespreken?
    - Hoe probeert u dit in de praktijk te implementeren?
8. Wat betekent het om als huisarts de richtlijnen te volgen?
9. Wat is kwaliteit van zorg voor patiënten met CNI voor u?
    - Welke moeilijkheden ervaart u om dit te bereiken?
    - Hoe belangrijk is dit voor u?
10. Hoe gaat u om met complexe zorg in een drukke praktijk?
11. Hoe kunnen we volgens u het protocol toegankelijker maken?
12. Hoe verloopt de samenwerking met de tweede lijn rond patiënten met CNI?
13. Hoe verloopt de samenwerking met de thuiszorg ikv patiënten met CNI?
14. Hoe verloopt de patiënteneducatie?
    - Wat vertelt u uw patiënt bij de diagnose van CNI? Hoe leg je dit uit aan je patiënten?
    - Wat geef je hen mee?
15. Wenst u nog iets toe te voegen?

Bijlage 3: Goedkeuring ethisch comité

Bijlage 3A: Goedkeuring EC Fien Claeys

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Pauline Boeckxstaens
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	**Uw kenmerk**	**datum**	**pagina**
BC-11370	NVT	15/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"WAT BETEKENT KWALITEIT VAN ZORG BIJ PATIËNTEN MET CHRONISCHE NIERINSUFFICIËNTIE VOOR DE HUISARTS: EEN KWALITATIEVE STUDIE.- Scriptie Fien Claeys"

B.U.N.: B8702021001198
EudraCT:
Fase (Phase): NVT

Adviesaanvraagformulier Versie 1, dd. 16/11/2021 Document D (volledig ontvangen dd. 26/11/2021)
Patienteninformatie- en toestemmingsformulier Versie 1, dd 6/11/2021 voor de deelnemers
GCP certificaat dd. 14/10/2021 Pauline Boeckxstaens
Interview Guide Versie 1, dd. 5/11/2021 interviewgids huisarts
Diverse dd. 05/11/2021 samenvatting van het project
Begeleidende brief dd. 23/11/2021

Advies werd gevraagd door: Pauline Boeckxstaens

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 15/12/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 15/12/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 15/12/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/12/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

* *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
* *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
* *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
* *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
* *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
* *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld (De ledenlijst is bijgevoegd)*
* *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice'*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof dr. P. Dekan

SECRETARIS
Prof dr. R. Peirman

INGANG 75
ROUTE 7572

UZ GENT

UNIVERSITEIT

Universitair
C. Heymansl

rules

- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

UZ GENT UNIVERSITEIT Universitair C. Heymans

Ledenlijst op 15/12/2021

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/internist, ♂)	Dr N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

Bijlage 3B: Goedkeuring EC Margot Faes

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Pauline Boeckxstaens
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	ethscb.cor.lw@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-11371	NVT	15/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

'WAT BETEKENT KWALITEIT VAN ZORG BIJ PATIËNTEN MET CHRONISCHE NIERINSUFFICIËNTIE VOOR DE HUISARTS: EEN KWALITATIEVE STUDIE. Scriptie Margot Faes'

B.U.N.: B6702021001199
EudraCT:
Fase (Phase): NVT

Adviesaanvraagformulier Versie 1, dd. 16/11/2021 Document D (volledig ontvangen dd.
Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier Versie 1, dd 8/11/2021 voor de deelnemers
GCP certificaat dd.14/10/2021 Pauline Boeckxstaens
Interview Guide Versie 1, dd. 8/11/2021 interv ewgids huisarts
Begeleidende brief dd. 23/11/2021
Diverse dd. 06/11/2021 samenvatting van het project

Advies werd gevraagd door: Pauline Boeckxstaens

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 15/12/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 15/12/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 15/12/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/12/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

° Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels
° Het Ethisch Comité bekleentoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.. die het resultaat zijn van dit onderzoek.
° In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.
° Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.
° Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.
° Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)
° The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER
Prof. dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof dr. P. Pelemans

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ

UNIVERSITEIT

Universitair.
C. Heymans

* *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
* *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
* *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
* *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
* *All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst op 15/12/2021

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COORE VTS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. Ç. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, l.c. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - morsaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

UZ

UNIVERSITEIT

Universitair

C. Heymans

Bijlage 4: Goedgekeurd protocol

23/11/2021

Universitair ziekenhuis
Commissie voor medische ethiek
Ingang 75 – Route 7522
C. Heymanslaan 10
9000 GENT

Wat betekent kwaliteit van zorg bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie voor de huisarts: een kwalitatieve studie

Geachte voorzitter,

Bijgevoegd vindt u voor beoordeling door de Commissie voor medische ethiek

- Begeleidend schrijven dd. 23/11/2021
- Adviesaanvraagformulier dd. 23/11/2021
- Samenvatting van het project dd. 06/11/2021
- Informatie- en toestemmingsformulier voor de huisarts - versie 1 dd. 06/11/2021
- Interviewgids huisarts - versie 1 dd. 06/11/2021
- GDPR Record - versie 1 dd. 06/11/2021
- Het good clinical practice certificaat van de hoofdonderzoekster dd. 06/11/2021

Naam: Fien Claeys
Handtekening:

Naam: Margot Faes
Handtekening:

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. Titel van het onderzoek

WAT BETEKENT KWALITEIT VAN ZORG BIJ PATIËNTEN MET CHRONISCHE NIERINSUFFICIËNTIE VOOR DE HUISARTS: EEN KWALITATIEVE STUDIE.

☐ retrospectief ☒ prospectief

2. Gegevens van de begeleidende en superviserende onderzoekers

Promotor

- Naam: PAULINE BOECKXSTAENS
- Functie: PROFESSOR HUISARTSGENEESKUNDE
- Universiteit: UNIVERSITEIT GENT
- Faculteit/Vakgroep: VOLKSGEZONDHEID EN EERSTE LIJNSZORG
- Telefoonnummer: 0032 9 332 36 28
- E-mail: PAULINE.BOECKXSTAENS@UGENT.BE
- Naam vakgroepvoorzitter: prof. Dr. An De Sutter

Co-Promotor

- Naam: LAURENS DECEUNINCK
- Functie: HUISARTS
- Universiteit (enkel in te vullen indien verbonden aan universiteit): NVT
- Faculteit/Vakgroep of Opleidingspraktijk: HUISARTSEN ELAN
- Telefoonnummer: 050/350.998
- E-mail: LAURENS.DECEUNINCK@HOTMAIL.COM
- Naam vakgroepvoorzitter (enkel in te vullen indien verbonden aan universiteit): NVT

3. Gegevens van de onderzoeker, huisarts-in-opleiding.

- Naam: Fien Claeys
- Universiteit van inschrijving: UNIVERSITEIT GENT
- Faculteit: Geneeskunde
- Opleiding: Master Huisartsengeneeskunde
- Telefoonnummer: 0475/729.722
- E-mail: FIEN.CLAEYS@UGENT.BE

- Naam: Margot Faes
- Universiteit van inschrijving: UNIVERSITEIT GENT
- Faculteit: Geneeskunde
- Opleiding: Master Huisartsengeneeskunde
- Telefoonnummer: 0487/444.519
- E-mail: MARGOT.FAES@UGENT.BE

4. Gegevens van de opleidingspraktijk van de huisarts-in-opleiding.

- Naam praktijkopleider: LINDA VANDERKEELEN
- Adres: LEGEWEG 121, 8200 SINT-ANDRIES
- Telefoonnummer: 050/319.457
- E-mail: LINDAVANDERKEELEN@HOTMAIL.COM

- Naam praktijkopleider: ELINE DEWILDE
- Adres: VESTINGSTRAAT 71, 8310 ASSEBROEK
- Telefoonnummer: 050/350.998
- E-mail: ELINE.DEWILDE@TELENET.BE

5. Soort onderzoek

☐ Patiëntengegevens verzamelen die klinisch standaardgegevens zijn
(= geen enkel aanvullend onderzoek, bloed- of andere staalafname)

☐ Interventioneel onderzoek
Specifieer interventie:

☐ Vragenlijsten (gelieve deze eveneens voor te leggen aan het CME)

☒ Interview (gelieve de vragen eveneens voor te leggen aan het CME)

☐ Retrospectief onderzoek

☐ Gegevensverzameling van patiënten door u persoonlijk behandeld.

☐ Gegevensverzameling van een groep patiënten van de opleidingspraktijk waar u stage loopt waarbij u niet bij de behandeling betrokken was.

6. Geef een korte samenvatting van het protocol (in het Nederlands, minimum 30 zinnen/ een halve pagina en maximum één pagina), verstaanbaar voor mensen niet gespecialiseerd in de materie. Verwijs niet naar een bijgevoegd protocol. Gebruik geen afkortingen.

We zetten een kwalitatief onderzoek op poten om meer zicht te krijgen op de drempels die huisartsen ervaren om het zorgpad te gebruiken. Aan de hand van semi-gestructureerde interviews, proberen we polshoogte te nemen van de barrières en moeilijkheden die zij ervaren om het zorgpad in de dagelijkse praktijk te implementeren. We gaan na wat kwaliteit van zorg bij patiënten met CNI betekent voor de huisarts. We proberen zicht te krijgen op wat voor hen prioritair is bij de aanpak van CNI. De interviews gebeuren aan de hand van open vragen, vooraf door ons opgesteld, en gebaseerd op een voorafgaand oriënterend literatuuronderzoek. Daarnaast polsen we ook naar manieren waarop we, volgens hen, het vernieuwde zorgpad toegankelijker zouden kunnen maken.

Om de kwaliteit van ons interview na te gaan zullen we onze vragen eerst eens laten nalezen door een tweetal onafhankelijke huisartsen. Om ervoor te zorgen dat de resultaten van beide onderzoekers vergelijkbaar zijn, zullen we eerst samen een tweetal "testinterviews" afnemen. Zo kunnen we er ons van vergewissen dat we het interview op dezelfde manier aanpakken. Het nalezen van de interviewgids en de testinterviews gebeurt samen. Praktisch organiseren we dit als volgt: we nemen samen een proefinterview af van een onafhankelijke arts. Achteraf krijgen we feedback van deze arts over de inhoud van ons interview. Daarnaast leren we van elkaar hoe de ander deze interviews aanpakt. Zo verzekeren we dat de aanpak van de interviews op een gelijkwaardige manier zal gebeuren.

Van elk interview wordt een geluidsopname gemaakt, welke erna woord voor woord wordt uitgetypt. Dit wordt de databron van waaruit we onze masterproef zullen opbouwen. Het uittypen van de interviews nemen we volledig zelf op ons, zo krijgen we voeling met de data.

We verzamelen de deelnemende huisartsen aan de hand van een mail die wordt verstuurd naar alle huisartsen die lid zijn van HABO. Hierin voorzien we algemene informatie over onszelf, de masterproef, het studieopzet en wat ze kunnen verwachten van het interview.

Indien er op deze manier onvoldoende artsen zich aanmelden om deel te nemen, zullen we overgaan op telefonische rekrutie. Hierbij bellen we at random huisartsenpraktijken op met vraag naar deelname. Er zullen intervieuws afgenomen worden tot op het moment dat geen nieuwe gegevens meer verkregen worden. Gebaseerd op voorgaande kwalitatieve studies wordt verwacht een vijftiental interviews te moeten afnemen. In samenspraak met onze promotor stelden wij effectief dit aantal intervieuws als optimale steekproefgrootte. Dit lijkt ons de gulden middenweg tussen haalbaarheid en omvang.

Enkel actieve en erkende huisartsen worden weerhouden als geschikte deelnemers. We gaan op zoek naar een representatieve steekproef, waarbij er niet wordt geselecteerd op basis van leeftijd en geslacht, noch op basis van praktijkorganisatie. Zowel artsen uit een soloprakijk, groepspraktijk, multidisciplinair centrum alsook uit een wijkgezondheidscentrum kunnen geïncludeerd worden. Huisartsen in opleiding worden ook in onze studiepopulatie geïncludeerd.

We toetsten reeds af of het protocol van het gangbare zorgpad nog up-to-date is. Hiervoor maakten we een vergelijking met recente (inter)nationale richtlijnen, waaronder de richtlijnen gepubliceerd door Domus Medica, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Na deze drie vergelijkingen konden we besluiten dat de inhoud van het zorgpad geen grote verschillen toont met de meest recente richtlijnen. We zullen het huidige zorgpad dus als gouden standaard gebruiken en van hieruit vertrekken bij het afnemen van de interviews.

7. Gegevens over (meerdere keuzes zijn mogelijk)

- [x] Volwassenen in staat om toestemming te geven
- [ ] Volwassenen niet in staat om toestemming te geven
- [ ] Minderjarigen
- [ ] Studie in urgentiesituatie
- [ ] Gegevensverzameling van patiënten die niet langer in follow up naar de arts of het ziekenhuis komen en/of ondertussen overleden zijn.

8. Gegevens over

- [x] Gezonden
- [ ] Zieken
  Lijdend aan:
- [ ] Personeel, studenten
  Nader omschrijven:
- [ ] Geslacht
  - [ ] Man
  - [ ] Vrouw

9. Hoe worden deze deelnemers gerekruteerd?

We verzamelen de deelnemende huisartsen aan de hand van een mail die wordt verstuurd naar alle huisartsen die lid zijn van HABO. Hierin voorzien we algemene informatie over onszelf, de masterproef, het studieopzet en wat ze kunnen verwachten van het interview.

Indien er op deze manier onvoldoende artsen zich aanmelden om deel te nemen, zullen we overgaan op telefonische rekrutie. Hierbij bellen we at random huisartsenpraktijken op met vraag naar deelname. Er zullen intervieuws afgenomen worden tot op het moment dat geen nieuwe gegevens meer verkregen worden. Gebaseerd op voorgaande kwalitatieve studies wordt verwacht een vijftiental interviews te moeten afnemen. In samenspraak met onze promotor stelden wij effectief dit aantal interviews als optimale steekproefgrootte. Dit lijkt ons de gulden middenweg tussen haalbaarheid en omvang.

10. Totaal aantal deelnemers in de studie in België?

☐ In het UZ Gent: nul
☒ Andere locatie: maximaal een twintigtal huisartsen en twee nefrologen

Opgelet: het experiment is enkel verzekerd voor het aantal dat hier opgegeven wordt.
Indien men extra deelnemers wil includeren, zal men dat via een amendement moeten aanvragen.

11. Periode van het onderzoek (begin- en einddatum maand/jaar) (bij retrospectieve studie graag ook de periode van datacollectie vermelden)

woensdag 15 december 2021 – zaterdag 30 september 2023

Let wel op: elk experiment op mensen na de einddatum is niet meer gedekt door de verzekering zodat op dat ogenblik u in overtreding bent met de wettelijke beschikkingen.
U kan een verlenging van het experiment bij de Commissie voor Medische Ethiek aanvragen.

12. Wie is de opdrachtgever?

Faculteit geneeskunde Universiteit Gent (= faculteit promotor)

13. Verzekering

In principe is het de verzekering van de universiteit waaraan uw promotor verbonden is waardoor u gedekt bent. Wanneer u en/of uw promotor een andere verzekering hebben afgesloten, gelieve dan de verzekeringspolis in bijlage bij te voegen.

14. Het onderzoek is monocentrisch? Indien er meerdere ethische comités betrokken zijn gelieve multicentrisch aan te duiden. Dit is enkel van toepassing als het desbetreffend centrum over een ethisch comité beschikt. De onderzoeker dient op voorhand na te gaan of het centrum waar het onderzoek doorgaat over een ethisch comité beschikt.

☒ ja

☐ neen
Welke centra nemen hieraan nog deel? (Naam, adres, tel., fax en e-mail van andere Commissies voor Medische Ethiek die meewerken aan het onderzoek + naam van de lokale onderzoeker):

15. Toegang tot het elektronisch patiëntendossier vereist (student)?

☐ Ja
☒ Nee

16. Wordt voor dit onderzoek een informed consent gevraagd aan de patiënt voor inzage van dossier, afnemen vragenlijsten/interview (steeds het IC ter goedkeuring aan het CME voorleggen)

☒ ja

Indien u voor deze studie een nieuw informatie- en toestemmingsformulier opmaakt moet de template van HIRUZ (versie: v20200324) gebruikt worden. Deze documenten vindt u terug via http://hiruz.be/templates/

☐ neen (argumenteren waarom niet)

Ik verklaar de gehele verantwoordelijkheid van het hierboven vermeld project op mij te nemen en bevestig dat voor zover de huidige kennis het toelaat, de gegeven inlichtingen met de werkelijkheid overeenstemmen.

Huisarts-in-opleiding

datum
15/11/2021

naam
Margot Eus Fien Claeys

handtekening

Praktijkopleider

Dr. Eline Dewilde
Vestingstraat 71 A1 - Assebroek
Tel: 050 35 09 98
1-37037-24-004

datum
16/11/21.

naam

handtekening

Dr. Vanderkeelen Linda
Huisarts
Legeweg 121
8200 Brugge
1.34445.94.004

Promotor

datum
15/11/2021

naam + affiliatie
Prof. Dr. Eline Boeckstaens

handtekening

Vakgroepvoorziter Huisartsengeneeskunde
(Enkel van toepassing voor onderzoek met als opdrachtgever Universiteit Gent)

datum
16 november 2021

naam
Prof.dr. Sara Willems

handtekening

Prof.dr. Sara Willems

VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID
EN EERSTELIJNSZORG
UNIVERSITEIT GENT
CAMPUS UZ GENT – EK3
Corneel Heymanslaan 10
B-9000 GENT
TEL. +32(0)9 332 56 28

Kwaliteit van zorg bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie: samenvatting van het project

Inleiding

Chronische nierinsufficiëntie (CNI) is een frequent voorkomende aandoening en wordt gedefinieerd als een abnormale nierfunctie en/of -structuur sinds minstens drie maanden, ongeacht de oorzaak. (1,2,4) De prevalentie van CNI in Vlaanderen bedraagt ongeveer 13% (10% bij mannen en 16% bij vrouwen). De prevalentie stijgt met de leeftijd, van 10% rond de leeftijd van 60 jaar tot 50 % of meer op de leeftijd van 85 jaar. Omwille van de bevolkingsvergrijzing en de toename van obesitas en diabetes verwachten we nog een stijging van de prevalentie. (2,3,4)

CNI komt regelmatig voor samen met andere aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en diabetes. Bovendien worden diabetes mellitus type 2, hypertensie en atherosclerose tegenwoordig gezien als voornaamste oorzaak van CNI. Matig tot ernstig chronisch nierlijden wordt geassocieerd aan een verhoogd risico op andere significante nadelige gevolgen zoals acute nierschade, valincidenten, frailty en mortaliteit. Naarmate de nierfunctiestoornis vordert, komen sommige naast elkaar bestaande aandoeningen vaker voor en worden ze ernstiger. CNI kan voortschrijden tot eindstadium nierziekte, dit bij een klein maar significant percentage van de patiënten. (1,4)
Ondanks de hoge prevalentie, wordt nierinsufficiëntie slechts bij een klein aantal patiënten als dusdanig herkend, en dit vaak in een reeds vergevorderd stadium. Er zijn immers geen specifieke symptomen van CNI en de afname van de nierfunctie gaat zeer traag. Het is echter wel detecteerbaar en testen voor CNI zijn eenvoudig en goedkoop beschikbaar. Vroegtijdige opsporing van CNI en follow-up beïnvloeden het ziekteverloop gunstig. Er zijn aanwijzingen dat behandeling de progressie van CNI kan voorkomen of vertragen, de ontwikkeling van complicaties kan verminderen of zelfs voorkomen en ook het risico op hart- en vaatziekten kan verminderen. Laattijdige presentatie van mensen met nierfalen verhoogt de morbiditeit, mortaliteit en daarmee samenhangende kosten voor de gezondheidszorg. Daarnaast vertegenwoordigt de kleine groep patiënten met terminaal nierfalen en nood aan niervervangende therapie een zeer grote maatschappelijke kost. (1,3,4)
Een optimale follow-up van de volwassen patiënt met CNI vereist een multidisciplinair management met een vlotte samenwerking, een gezamenlijk basiskader en taakafspraken tussen de verschillende betrokken zorgverleners: de huisarts, de nefroloog (en zijn team), de verpleegkundige, de diëtist en de apotheker. Het belangrijkste doel in de aanpak van CNI is de beperking van progressie van de nierschade en de preventie van cardiovasculaire comorbiditeit. (2)

Om deze multidisciplinaire follow-up van patiënten met CNI te verwezenlijken is een evidence-based aanpak noodzakelijk. Richtlijnen zijn hierbij van essentieel belang. Een richtlijn is een kritische samenvatting van de meest recente medische kennis, die werd gevalideerd door de internationale wetenschappelijke wereld, en die geregeld wordt geüpdatet. Het ontwikkelen van dergelijke internationale richtlijnen is een proces van evaluatie en beoordeling van de actuele wetenschappelijke evidentie, gaande van randomized controlled trials en cohorte studies tot meta-analyses en systematic reviews. Richtlijnen bieden een leidraad voor huisartsen bij de aanpak van een grote verscheidenheid aan aandoeningen en vormen een houvast bij het nemen van beslissingen in de eerste lijn.

Toch merken we dat, uitgaande van de literatuur over kwaliteit van zorg voor patiënten met CNI, er wereldwijd nog veel ruimte is voor verbetering, en dit op het vlak van alle kwaliteitsindicatoren. Huisartsen ondervinden drempels in het implementeren van de richtlijnen in de praktijk bij de aanpak van hun patiënten met CNI. Het identificeren van deze drempels is van belang voor het meer toegankelijk maken van de richtlijnen, en hiermee gepaard gaand, het verbeteren van de kwaliteit van zorg. (5-13)

Een belangrijk stap om de internationale richtlijnen meer toegankelijk te maken, is de ontwikkeling van een nationale richtlijn, in de nationale taal en beknopter dan dergelijke internationale richtlijnen. In België en

meer specifiek Vlaanderen, denken we hierbij aan de Nederlandstalige richtlijnen van Domus Medica. De 'Multidisciplinaire richtlijn Chronisch nierlijden' van Domus Medica werd opgesteld in 2012 en herzien in 2017. De NICE-richtlijn, KDIGO-richtlijn, richtlijn van Malaysian Society of Nephrology en de Landelijke Transmurale Afspraak Chronische Nierschade werden gebruikt als basis voor de richtlijn van Domus Medica. De 'Domus Medica-richtlijn' vat samen wat voor de gemiddelde patiënt met CNI wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast moet er uiteraard ook rekening gehouden worden met de context van de patiënt en is het bijgevolg soms noodzakelijk om toch af te wijken van de richtlijn. (2)

Gebaseerd op de richtlijn van Domus Medica verscheen in 2012, op vraag van de huisartsenkringen verbonden aan het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Brugge-Oostend-Houtlande een lokaal zorgpad 'Chronische Nierinsufficiëntie. De laatste update dateert van 2018. Dit zorgpad is een beknopt protocol gaande van screening, diagnose, verwijzing, follow-up tot vaccinatiebeleid en medicatiebeleid. Het zorgpad is overzichtelijk en eenvoudig interpreteerbaar en dient als praktisch instrument voor de huisarts in de praktijk. De 'standaardzorg' van de huisarts wordt in dit document via een aantal beslisbomen in kaart gebracht. De nefrologen betrokken bij de zorg in de regio engageren zich om dit behandelingsprotocol aan te passen als uit wetenschappelijke richtlijnen blijkt dat dit noodzakelijk is. Hierbij houden ze ook rekening met feedback vanuit de huisartsengroepen in de regio. (14)

Inmiddels verenigden de verschillende huisartsenkringen uit de regio Brugge-Oostende-Houtland zich tot de huisartsenkring Brugge en omgeving (HABO). De HABO staat onder andere in voor de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Een voorbeeld hiervan is de opmaak van zorgpaden in overleg met zowel eerstelijnspartners als de betreffende ziekenhuisdiensten.
Het huidige Zorgpad Chronische Nierinsufficiëntie wordt in de praktijk momenteel echter slechts weinig toegepast. Ondanks het gebruiksvriendelijke en beknopte karakter van het zorgpad ondervinden huisartsen blijkbaar toch nog steeds drempels in het toepassen ervan.

De HABO ging dus op zoek naar huisartsen-in-opleiding (HAIO's) uit de regio Brugge die in het kader van hun masterproef hierrond onderzoek wilden voeren. Zo werden wij het onderwerp van onze masterproef voorgesteld.
We zullen nagaan wat voor huisartsen uit omgeving kwaliteit van zorg is voor hun patiënten met CNI en wat ze belangrijk vinden in de opvolging van deze patiënten. Op basis van deze gegevens willen we het zorgpad meer toegankelijk maken.

Onderzoeksvraag

Op vraag van de HABO onderzoeken wij, in het kader van onze masterproef Huisartsgeneeskunde, waarom het huidige zorgpad 'Chronische Nierinsufficiëntie' momenteel slechts weinig toegepast wordt door de huisartsen uit de regio. We gaan na welke drempels huisartsen ondervinden bij de implementatie van het zorgpad in de praktijk. Wat betekent kwaliteit van zorg bij hun patiënten met CNI en wat vinden ze belangrijk bij de opvolging van deze patiënten?

Methode

We zetten een kwalitatief onderzoek op poten om meer zicht te krijgen op de drempels die huisartsen ervaren om het zorgpad te gebruiken. Aan de hand van semi-gestructureerde interviews, proberen we polshoogte te nemen van de barrières en moeilijkheden die zij ervaren om het zorgpad in de dagelijkse praktijk te implementeren. We gaan na wat kwaliteit van zorg bij patiënten met CNI betekent voor de huisarts. We proberen zicht te krijgen op wat voor hen prioritair is bij de aanpak van CNI. De interviews gebeuren aan de hand van open vragen, vooraf door ons opgesteld, en gebaseerd op een voorafgaand oriënterend literatuuronderzoek. Daarnaast polsen we ook naar manieren waarop we, volgens hen, het vernieuwde zorgpad toegankelijker zouden kunnen maken.

Om de kwaliteit van ons interview na te gaan zullen we onze vragen eerst eens laten nalezen door een tweetal onafhankelijke huisartsen. Om ervoor te zorgen dat de resultaten van beide onderzoekers vergelijkbaar zijn, zullen we eerst samen een tweetal "testinterviews" afnemen. Zo kunnen we er ons van

vergewissen dat we het interview op dezelfde manier aanpakken. Het nalezen van de interviewgids en de testinterviews gebeurt samen. Praktisch organiseren we dit als volgt: we nemen samen een proefinterview af van een onafhankelijke arts. Achteraf krijgen we feedback van deze arts over de inhoud van ons interview. Daarnaast leren we van elkaar hoe de ander deze interviews aanpakt. Zo verzekeren we dat de aanpak van de interviews op een gelijkwaardige manier zal gebeuren.

Van elk interview wordt een geluidsopname gemaakt, welke erna woord voor woord wordt uitgetypt. Dit wordt de databron van waaruit we onze masterproef zullen opbouwen. Het uittypen van de interviews nemen we volledig zelf op ons, zo krijgen we voeling met de data.

We verzamelen de deelnemende huisartsen aan de hand van een mail die wordt verstuurd naar alle huisartsen die lid zijn van HABO. Hierin voorzien we algemene informatie over onszelf, de masterproef, het studieopzet en wat ze kunnen verwachten van het interview.

Indien er op deze manier onvoldoende artsen zich aanmelden om deel te nemen, zullen we overgaan op telefonische recrutering. Hierbij bellen we at random huisartsenpraktijken op met vraag naar deelname. Er zullen intervieuws afgenomen worden tot op het moment dat geen nieuwe gegevens meer verkregen worden. Gebaseerd op voorgaande kwalitatieve studies wordt verwacht een vijftiental interviews te moeten afnemen. In samenspraak met onze promotor stelden wij effectief dit aantal intervieuws als optimale steekproefgrootte. Dit lijkt ons de gulden middenweg tussen haalbaarheid en omvang.

Zowel actieve en erkende huisartsen als huisartsen in opleiding worden weerhouden als geschikte deelnemers. We gaan op zoek naar een representatieve steekproef, waarbij er niet wordt geselecteerd op basis van leeftijd en geslacht, noch op basis van praktijkorganisatie. Zowel artsen uit een soloprakijk, groepspraktijk, multidisciplinair centrum alsook uit een wijkgezondheidscentrum kunnen geïncludeerd worden.

We toetsten reeds af of het protocol van het gangbare zorgpad nog up-to-date is. Hiervoor maakten we een vergelijking met recente (inter)nationale richtlijnen, waaronder de richtlijnen gepubliceerd door Domus Medica, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Na deze drie vergelijkingen konden we besluiten dat de inhoud van het zorgpad geen grote verschillen toont met de meest recente richtlijnen. We zullen het huidige zorgpad dus als gouden standaard gebruiken en van hieruit vertrekken bij het afnemen van de interviews.

Het ontwikkelen van de brochure met duidelijke en patiëntvriendelijke informatie over chronische nierinsufficiëntie nemen we ook op ons. Hier zullen we echter de focus van onze masterproef niet op leggen.

Welke resultaten verwacht je?

Voor het beantwoorden van deze vraag baseerden we ons op een gelijkaardige thesis, nl "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)" van Bollaerts Sigrid (KU Leuven, 2019-2020).

Hierbij is het belangrijk de verschillen tussen onze thesis en de voorgaande thesis toe te lichten.
Ten eerste is er een belangrijk verschil in studiepopulatie. Waar wij ons volledig toespitsen op de huisartsen en HAIO's van de HABO, includeerde de andere thesis enkel huisartsen uit de regio Olmen en Lier. Daarnaast besloten zij de huisartsen in opleiding te excluderen uit hun studie. Wij zouden de huisartsen in opleiding (HAIO's) liever betrekken, het zijn ten slotte de huisartsen van morgen.
Ten tweede gebruikten zij de Steekkaart Chronisch Nierlijden (multidisciplinaire aanpak) van Domus Medica als 'gouden standaard' richtlijn. Wij daarentegen, gebruiken het zorgpad dat werd opgesteld door de HABO zelf. Men zou dus kunnen verwachten dat ons zorgpad reeds toegankelijker is, gezien het specifiek voor de huisartsen werkzaam in Brugge en omgeving werd opgesteld.

Als laatste werd hun thesis opgesplitst in 2 afzonderlijke thesissen, waarbij de ene studente zich concentreerde op de oorzaken van het niet of onvolledig hanteren van de richtlijn en de andere studente op de redenen die bijdragen tot het gebruik van de richtlijn. Wij kozen er voor om slecht één gemeenschappelijke thesis te schrijven, waarbij we ons voornamelijk toeleggen op de betekenis van kwaliteit van zorg bij patiënten met CNI voor huisartsen.

Uit de resultaten van de aangehaalde thesis blijkt het volgende: gebrek aan kennis over het bestaan en de inhoud van de richtlijn is de voornaamste barrière om de richtlijn te gebruiken. Verschillende artsen hadden de richtlijn tot voor het interview nog nooit gezien. Daarnaast wordt ook een gebrek aan inhoudelijke kennis inzake medicatie, voedings- en levensstijladviezen besproken.

Ervaren artsen zijn minder snel bezorgd over een gedaalde nierfunctie. Daarom zijn ze minder geneigd de nierfunctie regelmatig te controleren. Alle artsen uit het onderzoek zijn minder vertrouwd met het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie dan met het zorgtraject diabetes.

Daarnaast worden ook heel wat omgevingsgerelateerde factoren aangehaald die de arts verhinderen om de multidisciplinaire richtlijn volledig te implementeren. Hierbij wordt er gedacht aan onder andere tijdsgebrek, financiële beperkingen en een beperkte toegankelijkheid van de richtlijn zelf. Een beperkte sociale kaart en een slechte bereikbaarheid van de tweede lijn vervolledigen het lijstje.

De thesis haalt ook verschillende redenen aan die kunnen bijdragen tot het goed gebruik van de richtlijn. De overtuiging dat wanneer de richtlijnen worden gevolgd, er op een wetenschappelijk onderbouwde manier wordt gewerkt en er zo overconsumptie kan vermeden worden, is hierbij een belangrijk argument. Ook een optimale praktijkorganisatie speelt hierin een essentiële rol, evenals de organisatie van een multidisciplinair opleidingsmoment om alle betrokken zorgverleners in lijn te brengen.

Tot slot worden ook nog enkele voordelen aangehaald van het gebruik van de richtlijn: de arts krijgt een gevoel van zelfvoldoening, de patiënten worden in duidelijke categoriën ingedeeld, de richtlijn is een goed geheugensteuntje en er wordt een concrete taakverdeling tussen de verschillende eerste- en tweedelijnspartners beschreven.

Welke winst levert het project op?

Op vraag van de HABO onderzoeken wij, in het kader van onze masterproef, waarom het huidige zorgpad 'Chronische Nierinsufficiëntie' momenteel slechts weinig toegepast wordt door de huisartsen uit de regio. We zullen nagaan wat voor huisartsen uit omgeving kwaliteit van zorg is voor hun patiënten met CNI en wat ze belangrijk vinden in de opvolging van deze patiënten. Op basis van deze gegevens willen we het zorgpad meer toegankelijk maken.
De winst die wijzelf, maar ook de HABO, hopen te halen uit dit project is het in kaart brengen van de drempels die huisartsen ervaren in het gebruik van het zorgpad. In tweede tijd zou dit zich moeten resulteren in een toegankelijk zorgpad voor alle huisartsen van de HABO. Uiteindelijk hopen wij hiermee ons steentje bij te dragen aan kwaliteit van zorg voor alle patiënten met chronische nierinsufficiëntie uit de regio Brugge en omgeving.

Bronnen

1. *Introduction | Chronic kidney disease in adults: assessment and management | Guidance | NICE. (2014, 23 juli).* www.nice.org.uk. https://www.nice.org.uk/guidance/cg182/chapter/Introduction

2. *Chronisch nierlijden (multidisciplinaire aanpak). (2016, 1 december).* www.ebpnet.be. https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm0113h

3. *Chronische nierinsufficiëntie. (2012, 1 oktober).* www.ebpnet.be. https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm0016b

4. *G. Van Pottelbergh, M. Avonts, H. Cloetens, M. Goossens, S. Maes, L. Van Heden, P. Van Royen. (2012). Chronische nierinsufficiëntie. Domus Medica: vereniging van huisartsen, 2012(oktober), S1–S24.* https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Richtlijn%20Chronische%20Nierinsufficiëntie_0.pdf

5. *Nash DM, Brimble S, Markle-Reid M, McArthur E, Tu K, Nesrallah GE, et al. Quality of Care for Patients With Chronic Kidney Disease in the Primary Care Setting: A Retrospective Cohort Study From Ontario, Canada. Canadian journal of kidney health and disease. 2017;4:2054358117703059.*

6. *Van Gelder VA, Scherpbier-De Haan ND, De Grauw WJ, Vervoort GM, Van Weel C, Biermans MC, et al. Quality of chronic kidney disease management in primary care: a retrospective study. Scandinavian journal of primary health care. 2016;34(1):73-80.*

7. *van Dipten C, van Berkel S, van Gelder VA, Wetzels JFM, Akkermans RP, de Grauw WJC, et al. Adherence to chronic kidney disease guidelines in primary care patients is associated with comorbidity. Family practice. 2017;34(4):459-66.*

8. *Manns L, Scott-Douglas N, Tonelli M, Weaver R, Tam-Tham H, Chong C, et al. A Population-Based Analysis of Quality Indicators in CKD. Clin J Am Soc Nephrol. 2017;12(5):727-33.*

9. *Fukuma S, Ikenoue T, Shimizu S, Norton EC, Saran R, Yanagita M, et al. Quality of Care in Chronic Kidney Disease and Incidence of End-stage Renal Disease in Older Patients: A Cohort Study. Medical care. 2020;58(7):625-31.*

10. *Allen AS, Forman JP, Orav EJ, Bates DW, Denker BM, Sequist TD. Primary care management of chronic kidney disease. Journal of general internal medicine. 2011;26(4):386-92.*

11. *Vest BM, York TR, Sand J, Fox CH, Kahn LS. Chronic kidney disease guideline implementation in primary care: a qualitative report from the TRANSLATE CKD study. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2015;28(5):624-31.*

12. *Sullivan MK, Rankin AJ, Jani BD, Mair FS, Mark PB. Associations between multimorbidity and adverse clinical outcomes in patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. BMJ open. 2020;10(6):e038401.*

13. *The burden of comorbidity in people with chronic kidney disease stage 3: a cohort study. BMC nephrology. 2015;16(1):193.*

14. *LMN BOH. Behandelingsprotocol voor chronische nierinsufficiëntie in de 1e lijn. 2018.* http://www.zorgtrajectboh.be/sites/default/files/bestanden/documenten/Behandeling_CNI_2018.pdf

Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemers

Titel van de studie: Wat betekent kwaliteit van zorg bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie voor de huisarts: een kwalitatieve studie.

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

Wij nodigen u uit om deel te nemen aan een klinische studie met als doel een antwoord te vinden op de vraag 'Wat betekent kwaliteit van zorg bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie voor de huisarts?'.
De opdrachtgever van deze studie is de Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen. Studenten van de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg zullen deel uitmaken van het onderzoeksteam.

Chronische nierinsufficiëntie (CNI) is een frequent voorkomende aandoening die regelmatig voorkomt samen met andere aandoeningen, zoals hart- en vaatziektes en diabetes. De prevalentie van CNI in Vlaanderen bedraagt ongeveer 13% en omwille van de bevolkingsvergrijzing verwachten we nog een stijging van deze prevalentie. Ondanks de hoge prevalentie, wordt nierinsufficiëntie slechts bij een klein aantal patiënten als dusdanig herkend, en dit vaak in een reeds vergevorderd stadium. Er zijn immers geen specifieke symptomen van CNI en de afname van de nierfunctie gaat zeer traag. Het is echter wel detecteerbaar en testen voor CNI zijn eenvoudig en goedkoop beschikbaar. Vroegtijdige opsporing van CNI en follow-up beïnvloeden het ziekteverloop gunstig. Er zijn aanwijzingen dat behandeling de progressie van CNI kan voorkomen of vertragen en de ontwikkeling van complicaties en het risico op hart- en vaatziekten kan verminderen.
Een optimale follow-up van de patiënt met CNI vereist een multidisciplinair management, gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, met een vlotte samenwerking en taakafspraken tussen de verschillende zorgverleners. Om deze multidisciplinaire follow-up te verwezenlijken is een evidence-based aanpak noodzakelijk. In Brugge verscheen in 2012, op vraag van de huisartsenkringen verbonden aan het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Brugge-Oostende-Houtland, ondertussen bekend onder de naam HABO (huisartsenkring Brugge en omgeving), een lokaal zorgpad 'Chronische Nierinsufficiëntie'. De laatste update van dit zorgpad dateert van 2018. De inhoud van het zorgpad is gebaseerd op de 'Multidisciplinaire richtlijn Chronisch nierlijden' van Domus Medica. Het zorgpad is overzichtelijk en eenvoudig interpreteerbaar en dient als praktisch instrument voor de huisarts in de praktijk. De 'standaardzorg' van de huisarts wordt in dit document via een aantal beslisbomen in kaart gebracht. De nefrologen betrokken bij de zorg in de regio engageren zich om dit behandelingsprotocol aan te passen als uit wetenschappelijke richtlijnen blijkt dat dit noodzakelijk is en rekening houdend met feedback vanuit de huisartsengroepen in de regio.

Het huidige Zorgpad Chronische Nierinsufficiëntie wordt in de praktijk momenteel echter slechts weinig toegepast. Ondanks het gebruiksvriendelijke en beknopte karakter van het zorgpad ondervinden huisartsen blijkbaar toch nog steeds drempels in het toepassen ervan. Op vraag van de HABO willen wij, in het kader van onze masterproef Huisartsgeneeskunde, onderzoeken waarom dit zorgpad slechts weinig gehanteerd wordt door de huisartsen uit de regio. We gaan na wat kwaliteit van zorg betekent bij hun patiënten met CNI en wat ze belangrijk vinden bij de opvolging van deze patiënten. Dit zullen we doen aan de hand van semi-gestructureerde interviews, waarbij we nagaan welke barrières en moeilijkheden door de huisarts ervaren wordt bij de implementatie van het zorgpad in de dagelijkse praktijk. Het interview gebeurt aan de hand van open vragen, vooraf door ons opgesteld, en gebaseerd op een voorafgaand oriënterend literatuuronderzoek. Van het interview zal een geluidsopname gemaakt worden.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Boeckxstaens Pauline.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragen te beantwoorden zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verworven resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe inzichten in de behandeling en opvolging van patiënten met chronische nierinsufficiëntie in de regio Brugge.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk

voorzien op basis van artikel 6, paragraaf 1 (a) en artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier). In het geval van pseudonimisering zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende of de door hem/haar aangestelde vervanger. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Boeckxstaens Pauline. (UZ Gent). Zijn/haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Katya Van Driessche, dpo@uzgent.be *of* Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u contact opnemen met de onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Pauline Boeckxstaens

Adres: C. Heymanslaans 10, ingang 42, verdieping 5, 9000 Gent

Telefoonnummer: 0032 9 332 36 28

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.	
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.	
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.	
Men heeft mij ingelicht dat mijn persoonlijke gegevens worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.	

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de studie. ☐

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Wat betekent kwaliteit van zorg bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie voor de huisarts: een kwalitatieve studie.

A Data Management Plan created using DMPonline.be

Creators: Margot Faes, n.n. n.n., Fien Claeys

Affiliation: Ghent University (Ugent)

Template: AVG Record (NL)

Principal Investigator: n.n. n.n.

Data Manager: Margot Faes, Fien Claeys

Project abstract:

Chronische nierinsufficiëntie (CNI) is een frequent voorkomende aandoening die regelmatig voorkomt samen met andere aandoeningen, zoals hart- en vaatziektes en diabetes. De prevalentie van CNI in Vlaanderen bedraagt ongeveer 13% en omwille van de bevolkingsvergrijzing verwachten we nog een stijging van deze prevalentie. Ondanks de hoge prevalentie, wordt nierinsufficiëntie slechts bij een klein aantal patiënten als dusdanig herkend, en dit vaak in een reeds vergevorderd stadium. Er zijn immers geen specifieke symptomen van CNI en de afname van de nierfunctie gaat zeer traag. Het is echter wel detecteerbaar en testen voor CNI zijn eenvoudig en goedkoop beschikbaar. Vroegtijdige opsporing van CNI en follow-up beïnvloeden het ziekteverloop gunstig. Er zijn aanwijzingen dat behandeling de progressie van CNI kan voorkomen of vertragen en de ontwikkeling van complicaties en het risico op hart- en vaatziekten kan verminderen. Een optimale follow-up van de patiënt met CNI vereist een multidisciplinair management, gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, met een vlotte samenwerking en taakafspraken tussen de verschillende zorgverleners. Om deze multidisciplinaire follow-up te verwezenlijken is een evidence-based aanpak noodzakelijk. In Brugge verscheen in 2012, op vraag van de huisartsenkringen verbonden aan het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Brugge-Oostende-Houtland, ondertussen bekend onder de naam HABO (huisartsenkring Brugge en omgeving), een lokaal zorgpad 'Chronische Nierinsufficiëntie'. De laatste update van dit zorgpad dateert van 2018. De inhoud van het zorgpad is gebaseerd op de 'Multidisciplinaire richtlijn Chronisch nierlijden' van Domus Medica. Het zorgpad is overzichtelijk en eenvoudig interpreteerbaar en dient als praktisch instrument voor de huisarts in de praktijk. De 'standaardzorg' van de huisarts wordt in dit document via een aantal beslisbomen in kaart gebracht. Het huidige Zorgpad Chronische Nierinsufficiëntie wordt in de praktijk momenteel echter slechts weinig toegepast. Ondanks het gebruiksvriendelijke en beknopte karakter van het zorgpad ondervinden huisartsen blijkbaar toch nog steeds drempelsin het toepassen ervan. Op vraag van de HABO willen wij, in het kader van onze masterproef Huisartsgeneeskunde, onderzoeken waarom dit zorgpad slechts weinig gehanteerd wordt door de huisartsen uit de regio. We zetten een kwalitatief onderzoek op poten om meer zicht te krijgen op de drempels die huisartsen ervaren om het zorgpad te gebruiken. Aan de hand van semi-gestructureerde interviews, proberen we polshoogte te nemen van de barrières en moeilijkheden die zij ervaren om het zorgpad in de dagelijkse praktijk te implementeren. We gaan na wat kwaliteit van zorg bij patiënten met CNI betekent voor de huisarts. We proberen zicht te krijgen op wat voor hen prioritair is bij de aanpak van CNI. De interviews gebeuren aan de hand van open vragen, vooraf door ons opgesteld, en gebaseerd op een voorafgaand oriënterend literatuuronderzoek. Daarnaast polsen we ook naar manieren waarop we, volgens hen, het vernieuwde zorgpad toegankelijker zouden kunnen maken.

Last modified: 06-11-2021

Wat betekent kwaliteit van zorg bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie voor de huisarts: een kwalitatieve studie. - AVG Register

Verzameling en verwerking van persoonsgegevens

1. Verzamelt of verwerkt u persoonsgegevens?

- Ja

Huisartsen en HAIO's uit de regio Brugge en omgeving zullen geïnterviewd worden. De audio van de interviews zal worden opgenomen om nadien te worden uitgeschreven en gepseudonimiseerd. Na verwerking worden de opnames vernietigd.

2. In welk formaat verzamelt of verwerkt u persoonsgegevens?

- Op papier

3. Verzamelt of verwerkt u primaire en/of secundaire persoonsgegevens?

- Primaire persoonsgegevens

4. Indien u secundaire persoonsgegevens verwerkt, zal u de personen van wie de persoonsgegevens worden verwerkt informeren of zijn ze reeds geïnformeerd?

- Nee

Niet van toepassing.

5. Indien nee, leg uit waarom het onmogelijk is of waarom het onevenredig veel moeite zou kosten om de personen van wie de persoonsgegevens worden verwerkt op de hoogte te stellen.

Niet van toepassing.

6. Op welke manier zullen de persoonsgegevens verwerkt worden?

- Gepseudonimiseerd (verduidelijk hieronder)

De audio van de interviews zal worden opgenomen om nadien te worden uitgeschreven en gepseudonimiseerd. Na verwerking worden de opnames vernietigd.

7. Als u persoonsgegevens in gepseudonimiseerde vorm gaat verwerken, beschrijf dan de methode van pseudonimisering, waar u de sleutel bewaart en wie toegang heeft tot deze sleutel.

Voor elke deelnemer van de studie gebruiken we de initialen als sleutel. We noteren eerst de eerste letter van de familienaam, gevolgd door de eerste letter van voornaam (Tom Peeters -> PT) Deze initialen koppelen we aan de persoonsgegevens van de deelnemer en deze gegevens zonderen we vervolgens af in een apart sleutelblad (beschermd Excel bestand).
Dit sleutelblad zal bewaard worden op de beveiligde H-schijf van Fien Claeys en Margot Faes, dat enkel bereikbaar is via VPN-verbinding én met de logingegevens van hun UGent-account. Het onderzoeksteam zal toegang kunnen hebben tot dit document teneinde de data te kunnen evalueren en interpreteren.

Categorieën van persoonsgegevens en betrokkenen

8. Verzamelt of verwerkt u één of meerdere van de volgende bijzondere categorieën van persoonsgegevens?

- Biometrische gegevens die een natuurlijke persoon op unieke wijze kunnen identificeren, zoals audio-opnamen van stemmen, vingerafdrukken, gezichtsopnames, irisscans

Tijdens het interview zullen algemene demografische vragen gesteld worden (bv. Hoe lang bent u al huisarts?). Van de interviews wordt een geluidsopname gemaakt.

9. Welke andere categorieën van persoonsgegevens verzamelt of verwerkt u?

- Identificatiegegevens (namen, titels, adressen, telefoonnummers, paspoortnummers, IP-adressen, cookies, elektronische locatiegegevens (gps, mobiele telefoon) ...)
- Beroep en professionele bezigheden
- Audio en video opnames

10. Van wie verzamelt of verwerkt u persoonsgegevens?

- Andere (beschrijf hieronder)

Huisartsen en huisartsen in opleiding uit de regio Brugge en omgeving.

11. Wordt uw onderzoek ernstig belemmerd als de personen wiens persoonsgegevens worden verzameld/verwerkt hun recht op inzage, op rectificatie, op beperking van verwerking, om vergeten te worden, op gegevensportabiliteit en/of op bezwaar willen uitoefenen?

- Nee

12. Indien ja, motiveer dan de noodzaak om af te wijken van een of meer van de in vraag 11 genoemde rechten. Voor elke afwijking is een motivering vereist.

Niet van toepassing.

Doeleinde(n) van de verwerking

13. Wat is/zijn het doel/de doeleinden van de verwerking van persoonsgegevens?

We zetten een kwalitatief onderzoek op poten om meer zicht te krijgen op de drempels die huisartsen ervaren om het zorgpad te gebruiken. Aan de hand van semi-gestructureerde interviews, proberen we polshoogte te nemen van de barrières en moeilijkheden die zij ervaren om het zorgpad in de dagelijkse praktijk te implementeren. We gaan na wat kwaliteit van zorg bij patiënten met CNI betekent voor de huisarts. We proberen zicht te krijgen op wat voor hen prioritair is bij de aanpak van CNI. De interviews gebeuren aan de hand van open vragen, vooraf door ons opgesteld, en gebaseerd op een voorafgaand oriënterend literatuuronderzoek. Daarnaast polsen we ook naar manieren waarop we, volgens hen, het vernieuwde zorgpad toegankelijker zouden kunnen maken.

Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. We zullen de deelnemers interviewen en van elk interview wordt een geluidsopname gemaakt. Deze geluidsopnames worden nadien woord per woord uitgetypt. Dit wordt de databron van waaruit we onze masterproef zullen opbouwen.

14. Wat is de rechtsgrond voor de verwerking van persoonsgegevens? Als de gegevens voor meerdere doeleinden worden verwerkt, moet u voor elk doel de rechtsgrond beschrijven.

- De personen wiens persoonsgegevens verwerkt worden hebben vrijelijk hun uitdrukkelijke toestemming gegeven voor de verwerking van hun persoonsgegevens voor een of meer specifieke doeleinden.

15. Als u bijzondere categorieën van persoonsgegevens verwerkt (zie vraag 8), op welke uitzondering is dit dan gebaseerd?

- De betrokkenen hebben uitdrukkelijk toestemming gegeven.

De geïnterviewde krijgt vooraf uitleg over het opzet en de inhoud van de studie. Indien betrokkene akkoord gaat, wordt hij/zij geïnterviewd. Hij/zij behoudt steeds het recht om bepaalde vragen niet te beantwoorden.

Verantwoordelijkheden binnen de AVG

16. Welke instelling(en) is/zijn betrokken in het onderzoek?

- Universiteit Gent (UGent)

17. Is er een andere universiteit, ziekenhuis, onderzoeksinstelling of partner betrokken bij het onderzoek (naast UGent en/of UZ Gent)?

- Nee

18. Geef aan wie het doel ('waarom') en de middelen ('hoe') van het onderzoek bepaalt.

- Dit wordt bepaald door UGent: UGent is de verwerkingsverantwoordelijke.

Data-overdracht en type van ontvangers

19. Deelt/ontsluit u persoonsgegevens buiten uw onderzoeksteam, hetzij met ontvangers in UGent en/of UZ Gent, hetzij met externe ontvangers tijdens of na uw onderzoek?

- Nee

20. Zo ja, met welke categorieën van ontvangers worden de persoonsgegevens gedeeld/overgedragen?

- Andere (omschrijf hieronder)

Niet van toepassing.

21. Zo ja, aan/met/naar welk land worden de persoonsgegevens bekendgemaakt/gedeeld/overgedragen?

Niet van toepassing.

22. Voor welk doeleinde worden de persoonsgegevens bekendgemaakt/gedeeld/overgedragen?

Niet van toepassing.

23. Wat is de rechtsgrond voor de gegevensoverdracht of het delen? Als er meerdere gegevensoverdrachten zijn, moet u voor elke gegevensoverdracht de rechtsgrond aangeven.

Niet van toepassing.

Bewaartermijn

24. Wat is de beoogde bewaartermijn voor de verschillende categorieën persoonsgegevens? Motiveer uw antwoord.

Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Dr. Boeckxstaens Pauline (UZ Gent).

Risico-analyse

25. Vink de vakjes aan die op dit onderzoek van toepassing zijn om de mogelijke risico's van de verwerking van persoonsgegevens te analyseren.

- In dit onderzoek worden bijzondere categorieën van persoonsgegevens verwerkt (zie vraag 8).

Van de interviews wordt een geluidsopname gemaakt.

26. Is er voor uw onderzoek sprake van een verwerking met een waarschijnlijk hoog risico? Als u bij vraag 25 twee of meer risico's heeft aangevinkt, is het antwoord 'ja'.

- Nee

Veiligheidsmaatregelen

27. Welke technische en organisatorische veiligheidsmaatregelen worden genomen om de persoonsgegevens te beschermen?

- Ik bevestig hierbij dat ik mijn onderzoek uitvoer conform de richtlijnen rond informatieveiligheid van UGent en/of UZ Gent.

28. Als u de noodzaak heeft gemotiveerd om af te wijken van één of meer rechten van betrokkenen in vraag 11 en 12, beschrijf dan welke waarborgen worden genomen om hun rechten en vrijheden te beschermen.

Niet van toepassing.

THE GLOBAL HEALTH NETWORK

Enabling research by sharing knowledge

Hereby Certifies that

PAULINE BOECKXSTAENS

has completed the e-learning course

ICH GOOD CLINICAL PRACTICE E6 (R2)

with a score of

89%

on

14/10/2021

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions

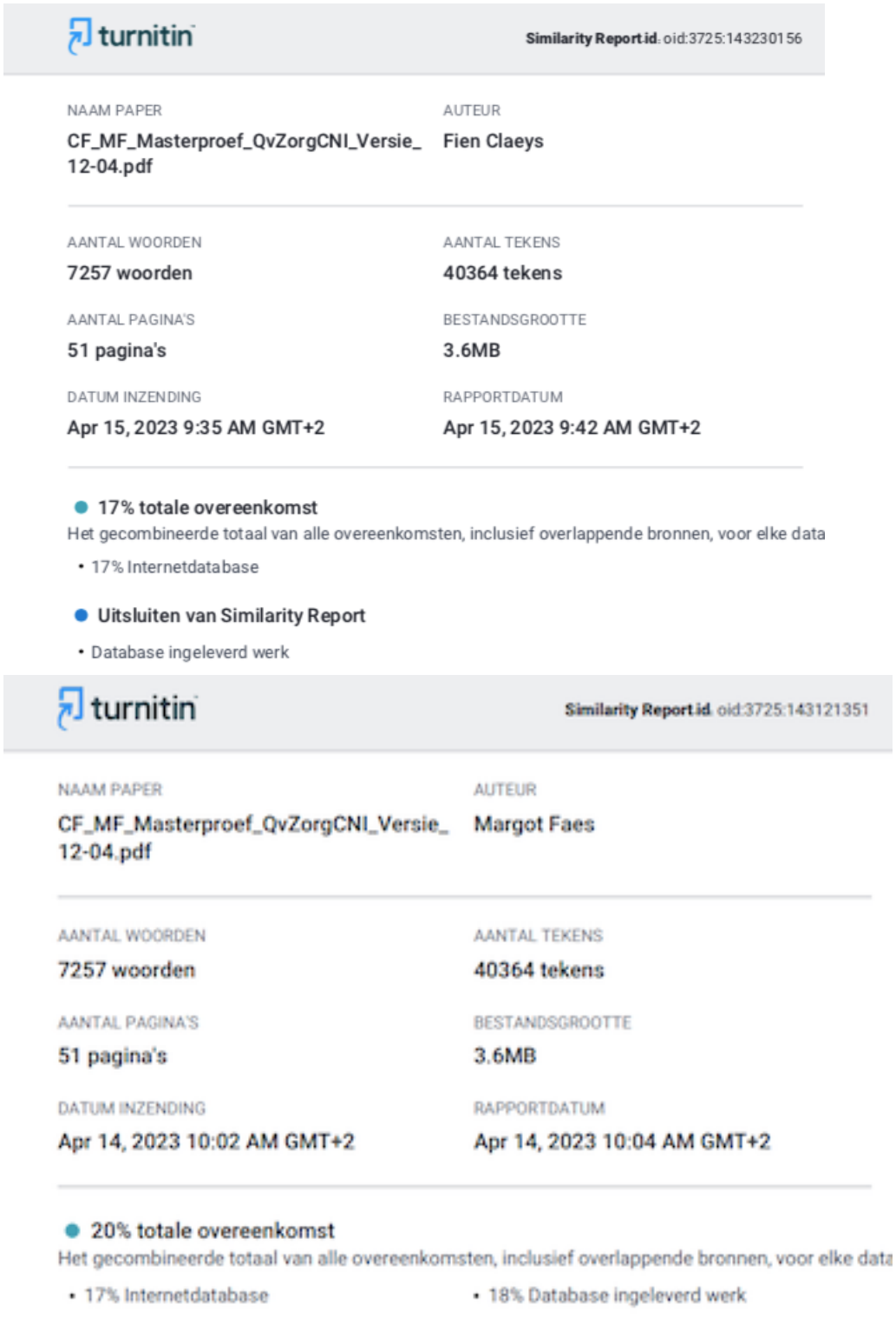
*This ICH E6 GCP Investigator Site Training meets the Minimum Criteria for ICH GCP Investigator Site Personnel Training identified by **TransCelerate BioPharma** as necessary to enable mutual recognition of GCP training among trial sponsors.*

ALERRT REDe Global Research Nurses THE GLOBAL HEALTH NETWORK

Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/elearning

Certificate Number 62dca4ad-3dd2-4a9b-9226-e0b3b5980bf2 Version number 0

Bijlage 5: Plagiaatrapport



turnitin

Similarity Report id: oid:3725:143230156

NAAM PAPER
CF_MF_Masterproef_QvZorgCNI_Versie_12-04.pdf

AUTEUR
Fien Claeys

AANTAL WOORDEN
7257 woorden

AANTAL TEKENS
40364 tekens

AANTAL PAGINA'S
51 pagina's

BESTANDSGROOTTE
3.6MB

DATUM INZENDING
Apr 15, 2023 9:35 AM GMT+2

RAPPORTDATUM
Apr 15, 2023 9:42 AM GMT+2

● 17% totale overeenkomst
Het gecombineerde totaal van alle overeenkomsten, inclusief overlappende bronnen, voor elke data
• 17% Internetdatabase

● Uitsluiten van Similarity Report
• Database ingeleverd werk

turnitin

Similarity Report id: oid:3725:143121351

NAAM PAPER
CF_MF_Masterproef_QvZorgCNI_Versie_12-04.pdf

AUTEUR
Margot Faes

AANTAL WOORDEN
7257 woorden

AANTAL TEKENS
40364 tekens

AANTAL PAGINA'S
51 pagina's

BESTANDSGROOTTE
3.6MB

DATUM INZENDING
Apr 14, 2023 10:02 AM GMT+2

RAPPORTDATUM
Apr 14, 2023 10:04 AM GMT+2

● 20% totale overeenkomst
Het gecombineerde totaal van alle overeenkomsten, inclusief overlappende bronnen, voor elke data
• 17% Internetdatabase
• 18% Database ingeleverd werk

Bijlage 6: Persoonlijke reflecties

Bijlage 6A: Persoonlijke reflectie Fien

De masterproef "Wat betekent kwaliteit van zorg bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie voor de huisarts?: Een kwalitatieve studie bij huisartsen uit de regio Brugge" werd opgevat als een groepswerk waarbij Margot Faes en ikzelf (Fien Claeys) hebben samengewerkt met één gemeenschappelijke onderzoeksvraag.

Het verloop van het groepsproces

Persoonlijk vond ik het een meerwaarde voor ons werk om de masterproef als groepswerk te maken.
Ten eerste gaf het ons de kans om meer artsen te interviewen. De interviews afnemen en erna woord voor woord transcriberen was een heel tijds- en arbeidsintensieve opdracht. Doordat we dit konden verdelen onder ons twee, konden we in totaal 21 artsen interviewen en zijn de interviews pas gestopt bij datasaturatie.
Ten tweede was het ook inhoudelijk een verrijking. Door de data vanuit twee verschillende perspectieven te bekijken, gebeurde de data-analyse nog iets meer in de diepte en grondiger.
Voor mij verliep het groepsproces vlot. Misschien scheelt het ook dat Margot en ik elkaar al kenden van voordat we de masterproef samen maakten. We probeerden het werk zo gelijkmatig mogelijk te verdelen. Na elke vergadering werd er een takenlijst opgesteld en werden daarna de taken verdeeld. Bij de vergadering met de promotor waren we steeds allebei aanwezig. De deadlines die we voorop stelden, konden we steeds strikt naleven.
Bij een groepswerk vind ik het belangrijk om te vertrouwen in de kwaliteit van het werk van de ander. Ik had de indruk dat dit bij ons vlot verliep en dat we zo nooit "dubbel werk" hebben gedaan.

Het persoonlijke aandeel

De eerste literatuursearch bestond uit het vergelijken van het huidige zorgpad van de Huisartsenkring Brugge en Omgeving (HABO) met de gangbare (inter)nationale richtlijnen. Deze taak nam ik op mij. In het kader van de aanvraag ethisch comité werd uit deze bronnen dan een voorloper van de inleiding geschreven. Het tweede oriënterend literatuuronderzoek, waarbij vooral werd gefocust op de betekenis van evidence based medicine en kwaliteit van zorg, heeft vooral Margot zich op toegelegd. Hieruit vloeide dan de uiteindelijke inleiding en een groot deel van de bespreking (vergelijking met bestaande literatuur).
Het afnemen van de interviews gebeurde door ons elk apart, waarbij we elk negen interviews afnamen. Het letterlijk transcriberen van de afgenomen interviews namen we ook elk voor zich. De data-analyse gebeurde in overleg, waarbij elk verantwoordelijk was voor het analyseren van zijn eigen interviews. We stelden samen een thematische matrix op waarbij de codes erna werden samengevoegd in grotere, overkoepelende termen. Het uitschrijven van de resultaten gebeurde samen, waarbij ik er achteraf voor zorgde dat we tot één mooi en vlot leesbaar geheel kwamen.
De bespreking werd opgebouwd in verschillende onderdelen, waarbij Margot zich vooral focuste op de vergelijking met de bestaande literatuur. De overige onderdelen van de bespreking en het besluit hebben we samen gemaakt. De opbouw van de methode en het uitschrijven ervan, probeerde ik vooral op mij te nemen.
Aanvankelijk werd onze masterproef opgebouwd als een masterthesis, pas op het einde van het schrijfproces werd toch beslist om de masterproef in te dienen als een artikel volgens de richtlijnen van HuisartsNu (Domus Medica). Bij het herschrijven van de masterproef tot de essentie en het sterk beperken in woorden, hebben we de taken als volgt verdeeld: Margot legde zich toe op de inleiding en de bespreking. Ik heb mij gefocust op de methode en de resultaten. Samen slaagden we er in om de masterproef van +- 10 000 woorden terug te brengen naar een artikel van < 3500 woorden.

De persoonlijke visie op wat het werk nu betekent voor het werkveld

Onze masterproef toont aan dat het belangrijk is de normatieve opinie ten aanzien van richtlijnen te laten varen en de betekenis van kwaliteit van zorg breder te zien dan enkel EBM. Tegelijk zijn huisartsen vragende partij om feedback te krijgen op hun beleid. Dit zou gerealiseerd kunnen worden door huisartsen te versterken in hun beleid in het afwijken van de richtlijnen indien men op deze manier dichter bij de klinische realiteit komt.

De meerwaarde van het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie wordt door meerdere artsen in vraag gesteld. Men zou zich kunnen afvragen of een complexe aandoening zoals chronische nierinsufficiëntie wel als aparte entiteit kan bekeken worden. Een meer holistische benadering zou vermoedelijk kwaliteitsvoller zijn. De vraag stelt zich of een zorgtraject hiertoe wel de juiste oplossing biedt. Onze masterproef kan een aanzet zijn naar meer uitgebreid onderzoek rond hoe de kwaliteit van zorg voor patiënten met chronische aandoeningen kan verhoogd worden en hoe huisartsen hierin kunnen versterkt worden.

Tot op heden blijft informatieoverdracht tussen de verschillende zorgverleners erg moeizaam verlopen. De verwezenlijking van een gedeeld elektronisch medisch dossier tussen de verschillende zorgverstrekkers (o.a. huisarts, specialist, apotheek, thuisverpleging) zou de informatieoverdracht kunnen vergemakkelijken.

Meer specifiek rond chronische nierinsufficiëntie zou men op zoek kunnen gaan wat de betekenis is van kwaliteit van zorg voor de andere zorgverleners en voor de patiënt? Wat zouden de nefrologen graag anders zien in de aanpak van de eerste lijn rond patiënten met CNI? Dit zou kunnen uitmonden in een afgetekend samenwerkingsverband met aandacht voor de context van de patiënt en de klinische realiteit.

Op vraag van de HABO wordt eind juni een navorming over chronische nierinsufficiëntie georganiseerd voor de huisartsen van de kring. Margot en ik zullen daar onze masterproef en het lokaal zorgpad rond CNI voorstellen. Erna wordt een panelgesprek georganiseerd met onder andere twee nefrologen verbonden aan de ziekenhuizen van de regio. Ik hoop dat dit enerzijds de huisartsen zal versterken in hun beleid en anderzijds ook de samenwerking met de nefrologen zal verduidelijken en meer stroomlijnen.

Bijlage 6B: Persoonlijke reflectie Margot

Verloop van het groepsproces

Het onderwerp van onze masterproef werd aan ons voorgesteld door de huisartsenkring in Brugge. Aangezien Fien en ik allebei haio zouden zijn in Brugge, leek het ons interessant om hier samen aan te werken. Chronische nierinsufficiëntie was een onderwerp waarvan onze kennis bij allebei nog vrij beperkt was en waar we ons wel wilden in verdiepen. Een masterproef uitwerken met twee leek ons bovendien ideaal. Het is eenvoudig om met elkaar af te spreken, het werk kan gemakkelijk verdeeld worden en je kan feedback geven op elkaar.

In februari 2021 hadden we het eerste contact met onze promotor. Tijdens dit contact werd ons onderwerp voorgesteld aan onze promotor. Er werden enkele afspraken gemaakt en er werd besproken wat er in het eerste jaar reeds moet gebeuren. Dit is 'het formuleren van een onderzoekshypothese', 'een verkennende literatuursearch' en 'aanzet tot studieopzet/protocol'.
Het formuleren van een onderzoekshypothese hebben we samengedaan. Aangezien de huisartsenkring van Brugge zich vooral afvroeg wat de huisartsen vinden van het zorgpad, baseerden we ons hierop om onze onderzoeksvraag te formuleren. In overleg met onze promotor wilden we de onderzoeksvraag wel ruim houden en besloten om als onderzoeksvraag te nemen 'Wat betekent kwaliteit van zorg voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie voor de huisarts? Hierbij kunnen we zowel nagaan wat ze vinden van het zorgpad als van de andere richtlijnen en wat ze belangrijk vinden in de zorg voor een patiënt met chronische nierinsufficiëntie.

Wat de verkennende literatuursearch betreft, hebben we eerst, elk afzonderlijk, op Pubmed gezocht naar literatuur rond kwaliteit van zorg voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie. We zochten hierbij enerzijds naar artikels waarin beschreven wordt of de huidige richtlijnen rond chronische nierinsufficiëntie voldoende worden toegepast in de praktijk en anderzijds naar artikels over welke drempels huisartsen ervaren bij het implementeren van richtlijnen. De verschillende artikels lijstten we op in een google docs, waarbij we een beknopte samenvatting gaven van de abstract. Daarna heb ik me vooral beziggehouden met het schrijfproces. Ik heb de opgelijste artikels meer in detail bekeken en vergeleken met elkaar om zo tot een besluit te komen.

De aanzet tot studieopzet/protocol werd voornamelijk door Fien uitgewerkt. Er werd met de promotor afgesproken om een kwalitatief onderzoek uit te voeren waarbij we via semigestructureerde interviews met huisartsen in gesprek willen gaan over het onderwerp 'CNI'. De verdere uitwerking over hoe we dit zouden aanpakken werd door Fien uitgevoerd. De interviewgids stelden we samen op en hiervoor baseerden we ons op gelijkaardige onderzoeken op Pubmed en op de Icho-database.
Daarnaast wilden we in het eerste jaar ook reeds de aanvraag voor het ethisch comité opstellen zodanig dat we zeker op tijd zouden kunnen beginnen aan de interviews. Aangezien het voor allebei uitzoeken was hoe we dit moesten aanpakken, hebben we dit volledig samengedaan. Uiteindelijk werd onze aanvraag van de eerste keer goedgekeurd en ontvingen we de goedkeuring in december 2021. Aangezien we onze interviews wilden plannen tussen maart 2022 en oktober 2022, werd onze aanvraag dus mooi op tijd goedgekeurd.

In het tweede jaar van de masterproef stonden voor ons de interviews gepland. Eerste stap hierbij was huisartsen werven. Ik had het geluk dat mijn praktijkopleider werkte voor de huisartsenkring van Brugge. Zij stelde voor om een oproep te plaatsen in de maandelijkse nieuwsbrief van de huisartsenkring. Hierop kregen we helaas geen respons. Mijn praktijkopleider heeft dan een 8-tal huisartsen voorgesteld, waarvan ze dacht dat ze wel geïnteresseerd zouden zijn om deel te nemen. Ik heb vervolgens die huisartsen gecontacteerd, met bij allen positieve respons. Ook enkele haio's waren bereid om deel te nemen. Via één van de geïnterviewde huisartsen kreeg ik nog een lijst van een 10-tal huisartsen die mogelijks wel geïnteresseerd zouden zijn om deel te nemen, opnieuw bij de meesten met positieve respons. Uiteindelijk namen we elk 9 interviews af bij in totaal 21 artsen, waarna datasaturatie bereikt werd. Met de interviews waren we perfect op schema, want het laatste interview werd afgenomen in oktober 2022.

Na drie interviews afgenomen en getranscribeerd te hebben, spraken we in mei 2022 af met de promotor om te bespreken hoe we de interviews zouden analyseren. Daarna hebben Fien en ik samen twee interviews gecodeerd, zodat we zeker wisten dat we dezelfde werkwijze zouden hanteren, waarna we elk apart verder hebben gecodeerd.
Wat het uitschrijven van de resultaten betreft, hebben we elk afzonderlijk een deel van de resultaten uitgeschreven en elkaars deel aangevuld. In december 2022 hadden we een eerste versie van onze resultaten geschreven. Volgende stap was o.b.v. de resultaten de thesis vervolledigen. In maart 2023 spraken we opnieuw af met de promotor. Inhoudelijk zat het goed, maar omdat het nogal uitgebreid was en beknopter kon geschreven worden, werd besloten om er een artikel van te maken waarbij we ons moesten houden aan de auteursrichtlijnen van Domus Medica.
Ik vond het persoonlijk een meerwaarde om in artikelvorm te schrijven. Aangezien we de auteursrichtlijnen moesten volgen, wisten we bovendien perfect wat er van ons verwacht werd. Het was wel een uitdaging om van 9000 naar 3500 woorden te gaan, maar hierdoor konden we ons focussen op de essentie van onze masterproef. Uiteindelijk zijn we blij met het resultaat en de artikelversie is veel aangenamer om te lezen dan onze eerste versie.

Ik vond de samenwerking met Fien zeer aangenaam. We konden goed met elkaar communiceren en vulden elkaar goed aan, waardoor we geen 'dubbelwerk' deden. We wilden ook allebei vermijden dat alles nog moest gebeuren in de laatste weken waardoor we meestal mooi op schema waren en onze eerste versie klaar was in maart. Dankzij het feit dat we goed op schema waren, konden we onze masterproef nog laten nalezen door onze promotor, door de co-promotor, door de praktijkopleider van Fien en door mijn vorige praktijkopleider. Na enkele aanpassingen o.b.v. hun feedback was onze definitieve versie klaar eind maart, een maand voor de deadline dus. Dit hebben we mede te danken aan onze promotor die altijd snel antwoordde op onze mails en ons zeer goed begeleidde bij het uitschrijven de masterproef.

Persoonlijke aandeel
Volgens mij kunnen we concluderen dat we allebei een even groot aandeel hebben geleverd aan de masterproef. Waar ik me meer bezig heb gehouden met de literatuur en de inleiding, heeft Fien zich meer beziggehouden met de methode, met het schrapwerk naar papervorm en met de opmaak. Wat de resultaten en de bespreking betreft, hebben we een even groot aandeel geleverd en we zijn ook samen tot het besluit gekomen.

Persoonlijke visie op wat het werk nu betekent voor het werkveld
Op 22 juni 2023 is er door de huisartsenkring in Brugge een navorming gepland rond 'Chronische nierinsufficiëntie'. Hierop zullen wij de resultaten van de masterproef voorstellen en zullen de nefrologen uit de regio nog wat meer uitleg geven rond het onderwerp. Door het uitwerken van de masterproef heb ik zelf sowieso wel veel bijgeleerd over 'chronische nierinsufficiëntie en zal ik waarschijnlijk voor de rest van mijn carrière extra alert zijn voor de diagnose. Echter, door het organiseren van de navorming zal de masterproef niet alleen een meerwaarde zijn voor onszelf, maar hoop ik dat ook andere huisartsen uit de regio iets zullen bijleren uit onze masterproef. Daarnaast zullen we ook proberen de masterproef te publiceren in HuisartsNu. Op die manier kunnen we misschien nog meer huisartsen bereiken.

Tot slot vind ik het belangrijk om het besluit van onze masterproef, nl. 'de betekenis van evidence based medicine' volgens Sacket altijd in mijn achterhoofd te houden. Ik vind het zeker belangrijk om richtlijnen te volgen, maar wanneer het niet mogelijk is om richtlijnen te volgen, zal ik me nu toch minder schuldig voelen. Afwijken van de richtlijnen is ok, als het moet, en je doet er niet noodzakelijk fout mee.