

IMPLEMENTATIE VAN HET ZORGTRAJECT CHRONISCHE NIERINSUFFICIËNTIE

Wat vinden patiënten en huisartsen?

B. VERCAUTEREN, L. VERSTRAETE, B. SCHOENMAKERS

ACHTERGROND

Chronische nierinsufficiëntie (CNI) is een wereldwijd gezondheidsprobleem omwille van de verminderde levenskwaliteit van de patiënten en de hoge kosten voor de gezondheidszorg. Om de complexe zorg rond deze chronische aandoening te verbeteren en om multidisciplinaire samenwerking te optimaliseren startte in juni 2009 het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie.

Wat zijn de voor- en nadelen bij de implementatie van het zorgtraject? Zijn de vooropgestelde richtlijnen van het zorgtraject haalbaar voor de patiënten? Welke meningen hebben huisartsen in Vlaanderen over het zorgtraject?

METHODE

Patiënten die aan de criteria van het zorgtraject CNI voldeden, werden via het laboratorium opgespoord. Het ging om patiënten uit twee verschillende huisartsenpraktijken. Via semigestructureerde interviews werden ze bevraagd over nierinsufficiëntie en over het zorgtraject CNI. De mening van de huisartsen werd nagegaan via een internetenquête. Deze werd per e-mail doorgestuurd naar 466 praktijkopleiders en 314 huisartsen in opleiding.

RESULTATEN

Zeventig patiënten voldeden aan de criteria van het zorgtraject. Van hen waren er slechts achttien bereid en in staat om deel te nemen aan het interview. De kennis over CNI bleek bij ongeveer de helft van deze patiënten erg beperkt. Verder meldden zij een aantal nadelen aan het zorgtraject, namelijk de verplichte raadplegingen bij de nefroloog en de huisarts vooral door leeftijdsgebonden transportproblemen en de moeilijk haalbare objectieven van dieet en zelfmeting van de bloeddruk.

In totaal namen 105 artsen deel aan de enquête. Ongeveer 50% van de artsen vond dat het zorgtraject een meerwaarde biedt voor de patiënten. De artsen wilden meer aandacht besteden aan de aandoening en follow-up van CNI. Administratieve belasting en afwezigheid van een goed elektronisch medisch dossier (EMD) waren voor veel artsen een belemmering om het zorgtraject ter sprake te brengen.

BESLUIT

Het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie is opgericht om een optimale samenwerking tussen verschillende hulpverleners te

garanderen, om de kwaliteit van zorg te optimaliseren en om de achteruitgang van de nierfunctie te beperken. Uit interviews met patiënten die in aanmerking kwamen voor het zorgtraject, bleek dat heel wat patiënten om verschillende redenen niet bereid zijn om in te stappen. Artsen vonden een betere opvolging van patiënten met CNI interessant en noodzakelijk, maar haalden extra administratieve belasting, afwezigheid van een performant EMD en de hoge leeftijd van de patiënten aan als belemmeringen om het zorgtraject te implementeren.

Is er nood aan nieuwe criteria voor het zorgtraject waarbij vooral patiënten met een sterk verhoogd risico op terminaal nierfalen geïnccludeerd worden in plaats van de zeer grote groep ouderen met complexe geriatrie problematiek? Voor deze toenemende geriatrie populatie heeft een geïndividualiseerde aanpak wellicht meer te bieden dan het zorgtraject.

B. Vercauteren en L. Verstraete waren huisartsen in opleiding tijdens het onderzoek, KU Leuven;

B. Schoenmakers is huisarts in Leuven, verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven.

Correspondentie: Birgitte.Schoenmakers@med.kuleuven.be

Belangenvermenging: geen

Dit artikel is gebaseerd op de ManaMa-thesis van B. Vercauteren en L. Verstraete.

Vercauteren B, Verstraete L, Schoenmakers B. Implementatie van het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie. Wat vinden patiënten en huisartsen? *Huisarts Nu* 2013;68-73.

INLEIDING

Chronische nierinsufficiëntie (CNI) wordt gedefinieerd als structurele of functionele nierschade die drie of meer maanden aanwezig is. Structurele nierschade kan blijken uit (micro) albuminurie, sedimentafwijkingen, radiologische of histopathologische afwijkingen. Functionele nierschade wordt uitgedrukt als een vermindering van de Glomerulaire Filtration Rate (GFR), namelijk minder dan 60 ml/min/1,73m².¹⁻³ CNI is een belangrijk gezondheidsprobleem omwille van de verminderde levenskwaliteit van de patiënten en de hoge kosten voor de gezondheidszorg. Bovendien is het een ziekte die vaak ondergediagnosticeerd en onderbehandeld is. Ongeveer 10% van de patiënten tussen 70 en 80 jaar en ongeveer 80% van de 80-plussers hebben een GFR van 45 ml/min of minder.⁴ Wil men terminaal nierfalen of nierdialyse of het hogere risico op ziekten van hart- en bloedvaten vermijden, dan is het belangrijk de ziekte te diagnosticeren in een stadium waarbij correcte behandeling de achteruitgang van de nierfunctie kan vertragen.⁵

Het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie, dat het licht zag in 2009, organiseert de aanpak, behandeling en opvolging van een patiënt met CNI. Het heeft als doel een optimale samenwerking tussen huisarts, specialist en andere zorgverleners te garanderen en om de kwaliteit van zorg te optimaliseren. De zorgtrajecten bieden enerzijds potentieel tot een betere zorgverlening, maar zijn anderzijds nog voor aanpassingen vatbaar.

VRAAGSTELLING

In deze masterproef werd nagegaan wat de subjectieve voor- en nadelen zijn voor patiënten bij het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie. Wat vinden zij van de vooropgestelde voordelen van het zorgtraject? Daarnaast werd een enquête afgenomen bij de huisartsen over de mogelijkheden en de moeilijkheden bij het implementeren van het zorgtraject.

METHODE

Om een antwoord te vinden op wat patiënten vinden van het zorgtraject gebruikten we semigestructureerde interviews van de patiënten met CNI. Het gaat om patiënten uit twee verschillende praktijken: een praktijk met twee huisartsen en

een haio en een solopraktijk met haio in. De groepspraktijk betreft een praktijk in de gemeente Ardoorie, met 1265 globale medische dossiers (GMD's) in 2011. De tweede bevond zich in Eeklo die 932 GMD's in 2011 telde.

De patiëntenpopulatie is evenwichtig verdeeld qua leeftijd, de patiënten komen voornamelijk uit de middenklasse. Via de laboratoria waarmee de praktijken samenwerkten, konden we de patiënten selecteren die voldeden aan de criteria om opgenomen te worden in het zorgtraject CNI: GFR kleiner dan 45 ml/min/1,73m² volgens de MDRD-formule en/of een proteïnurie van meer dan 1 g/24 uur tweemaal bepaald met tenminste drie maanden tussen en ouder zijn dan 18 jaar. Dialyse- en niertransplantatiepatiënten werden geëxcludeerd.

Via telefoon, op huisbezoek of op raadpleging werden patiënten gevraagd of ze bereid waren om deel te nemen aan het interview. Het interview peilde naar de kennis en de ervaring met CNI, de bereidheid tot deelname aan het zorgtraject, wat de eventuele voordelen voor de patiënt zouden zijn, de obstakels. De analyse van de interviews gebeurde aan de hand van de principes uit het kwalitatief onderzoek.

Om te peilen naar de mening van de betrokken huisartsen over het zorgtraject CNI gebruikten de onderzoekers een internetenquête. Op die manier gingen ze na wat de moeilijkheden, de haalbaarheid en de meerwaarde voor de patiëntenzorg waren voor de huisartsen bij de implementatie van het zorgtraject in hun praktijk. De internetenquête bevatte zowel open als gesloten vragen en werd online opgemaakt via www.enquetemaken.be. De enquête werd via e-mail verstuurd aan 466 praktijkopleiders en 314 huisartsen in opleiding. De adressen werden bekomen via het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO).

De internetenquête inventariseerde de profielgegevens van de deelnemer: geslacht, leeftijd, werkervaring in de huisartsgeneeskunde, aard van de praktijk en praktijkgebied. Daarnaast werd gepolst naar de kennis van de huisarts in verband met chronische nierinsufficiëntie en het bijbehorende zorgtraject. Tot slot werd dieper ingegaan op de specifieke aspecten van het zorgtraject, alsook de voor- en nadelen die de arts ervan ondervinden. Er was de mogelijkheid om vrij commentaar te leveren.

RESULTATEN

Patiëntenbevraging

Kenmerken van de patiëntenpopulatie

Zeventig patiënten uit twee verschillende praktijken voldeden aan de criteria. Bij de start van de interviews waren achttien patiënten bereid en in staat om deel te nemen aan het vraaggesprek (respons ratio 25,7%). Een aantal patiënten waren ondertussen overleden, kregen dialyse of weigerden deelname. In sommige gevallen bleek een interview onmogelijk wegens dementie, CVA, spraakmoeilijkheden of leeftijdsgebonden communicatieproblematiek.

Slechts een van de geïnterviewde patiënten had een leeftijd van minder dan 70 jaar, vier waren tussen 70-79 jaar, tien tussen 80-89 jaar en drie patiënten waren ouder dan 90 jaar. De verhouding man/vrouw was ongeveer evenredig verdeeld. De duur van de interviews varieerde tussen de 15 en 45 minuten.

Wat weten patiënten over verminderde nierfunctie?

Elf patiënten verklaarden geen kennis te hebben over hun verminderde nierfunctie. Zes patiënten schreven hun CNI toe aan externe factoren, zoals diabetes, leeftijd en hypertensie. Enkele patiënten relateerden plasklachten met nierinsufficiëntie.

Elf van de achttien patiënten voelden zich niet ziek door hun nierinsufficiëntie. Vier patiënten spraken over plasproblemen.

'Ik kan veel slechter wateren dan vroeger, ik heb nog dikke voeten gehad, dat is omdat ik water ophoud. Elke twee uur moet ik plassen, ook s 'nachts, ik ben ook veel moe.'

Vier van de achttien patiënten ervoeren dat hun slechte nierfunctie een impact had op hun levensstijl. Al deze patiënten associeerden vermoeidheid met de slechte nierfunctie.

'Ik heb meer last van mijn suiker dan van mijn nieren, ik ben wel veel rapper moe.'

Wat weten patiënten over nierdialyse?

Zeventien patiënten kenden de prognose van CNI en hadden reeds gehoord over dialyse. Ze hadden kennissen die dialyse kregen of hadden er onrechtstreeks over gehoord. Twee patiënten kenden dialyse via de televisie.

'Over dialyse weet ik alleen dat je niet meer vrij bent. Dialyse, dat is alleen als de nieren niet meer werken.'

Ongeveer de helft van de patiënten (7/18) die wisten wat dialyse inhoudt, hadden hier duidelijk schrik voor. De overige patiënten maakten zich geen zorgen over de gevolgen van hun nierinsufficiëntie.

'Dialyse daar ben ik niet bang voor, ik ben 82 jaar en ik heb een pacemaker. Ik zou erover moeten nadenken of ik het zou doen, buitengewone dingen moeten ze voor mij niet meer doen, ik heb toch geen leven meer.'

Wat weten patiënten over het zorgtraject?

Er waren slechts drie van de achttien geïnterviewde patiënten die vóór het interview reeds over het zorgtraject CNI hadden gehoord. Het zorgtraject was dus niet erg bekend bij patiënten met nierinsufficiëntie.

Welke voor- en nadelen zien patiënten in het zorgtraject?

Vijftien van de achttien patiënten hadden een mening over de terugbetaling. Slechts drie van hen vonden deze terugbetaling

KERNPUNTEN

In 2009 werd een zorgtraject CNI door de overheid geïnstalleerd met als doel de zorg voor de patiënten te verbeteren. De implementatie van dit zorgtraject stuit helaas op heel wat obstakels.

Patiënten voelen zich niet ziek en weten bijgevolg ook weinig over de ziekte. Een inschrijving in een zorgtraject is dan ook niet meteen een prioriteit voor deze patiënten.

Een dergelijke zorgplanning vraagt ook een 'inzet van de patiënt', een voorwaarde die om logistieke redenen maar moeizaam wordt vervuld (o.a. vervoer naar huisarts, ziekenhuis,...).

Huisartsen uiten analoge bezwaren en voordelen: CNI wordt erkend als potentieel bedreigende aandoening maar is te weinig 'aanwezig' om door te wegen en een zorgtraject te organiseren.

De administratieve en logistieke belasting blijkt voor huisartsen te groot. Bovendien twijfelen ze aan de inclusiecriteria die toch wel een grote groep ouderen treffen.

een voordeel, de overige vonden de terugbetaling geen reden om in te stappen. Het voordeel van de verhoogde terugbetaling woog over het algemeen niet op tegen de kosten en moeite om vervoer tot bij de huisarts/specialist te regelen.

Negen patiënten vonden het krijgen van een bloeddrukmeter een voordeel. De andere helft zag hiervan het voordeel niet in. Vier van hen hadden reeds een meter, bij drie werd de bloeddruk door de (thuis)verpleging opgemeten en drie patiënten vonden de meting van de huisarts voldoende.

'Een bloeddrukmeter krijgen is goed, maar aan de andere kant is men dan geneigd om alles zelf te doen en men zou hele dagen de bloeddruk meten...'

Slechts drie patiënten zagen het inschakelen van een diëtist als een voordeel. Bij vijf patiënten werd het eten reeds klaar-gemaakt of aan huis gebracht. Enkele patiënten volgden reeds een diabetesdieet. Vijf patiënten waren niet geïnteresseerd. Vier patiënten hadden geen mening.

'Mijn eten krijg ik van het OCMW.'

Zeven patiënten vonden de inschakeling van een specialist een voordeel. Sommige patiënten hadden echter twijfels bij de praktische haalbaarheid ('als het echt moet', 'niet dat geloop', 'als ik niet te vaak van hier naar daar moet'). Zeven patiënten beschouwden dit niet als noodzakelijk; vier van hen waren tevreden met de behandeling van de huisarts. Vier patiënten hadden hierover geen mening.

'Ik ga niet meer naar de specialist ook niet meer voor mijn suikerziekte, dat is omslachtig door de verplaatsing. Door mijn leeftijd begin ik veel te ontzien... Het lijkt me wel een voordeel, er is dan toch een correcte opvolging.'

Zijn patiënten bereid in het zorgtraject in te stappen?

Ongeveer de helft van de patiënten was bereid om in te stappen in het zorgtraject, nu of op termijn. De andere helft weigerde instap. De voornaamste redenen tot weigering waren vervoersproblemen en afhankelijkheid van anderen voor transport, leeftijd en extra belasting voor de patiënt.

'Ik ben wel geïnteresseerd, maar er zijn twee problemen: naar het ziekenhuis gaan en zelf naar de huisarts gaan. Nu word ik door iemand van ziekenzorg gevoerd als ik naar de

uroloog moet, maar ik haal niet graag iemand uit zijn werk om mij te moeten voeren. Ik vind het niet nodig om in te stappen. De dokter komt zelf al en ik heb geen pijn, ik kan normaal mijn urine maken.'

Zeven patiënten vonden dit zorgtraject toegankelijk: dit was hun eigen mening of ze volgden de mening van hun huisarts. Negen patiënten hadden hun twijfels bij de toegankelijkheid, met als voornaamste redenen vervoersproblemen en de oudere leeftijd (waardoor het nut van het traject door hen in vraag gesteld wordt).

Voor tien patiënten was de instap in het zorgtraject een duidelijke extra belasting, waarbij vervoersproblemen en de reeds bestaande zorg de hoofdredenen van de extra belasting waren. Drie patiënten vonden dit geen extra belasting, één patiënt zag dit nu nog niet als belasting (kon zich zelf nog verplaatsen) en vier patiënten hadden hierover geen eigen mening.

Artsenbevraging

Kenmerken van de artsenpopulatie

In totaal namen 105 artsen deel aan deze enquête, dit was een responsgraad van 13,4%. Het ging om 44% mannen.

Wat weten huisartsen over CNI?

Van de artsen achtte 55% hun kennis over chronische nierinsufficiëntie voldoende groot. De artsen wensten voornamelijk hun kennis van de opvolging, de medicatie en het zorgtraject CNI te verbeteren. In mindere mate werden de aandoening en het op te volgen dieet vernoemd. 71% van de artsen bevestigde echter dat zij reeds voldoende informatie over dit onderwerp hadden verkregen. De info werd via opleiding (51%), brochures (49%) en LOK-vergaderingen (33%) bekomen.

Wat weten huisartsen over hun aantal CNI-patiënten?

Bevraagd over het aantal patiënten met CNI, valt op dat meer dan 20% van de huisartsen geen cijfer kon of durfde geven. De patiënt nam niet het initiatief voor inclusie in het zorgtraject CNI. De huisartsen stelden aan 53% van deze patiënten het zorgtraject voor, 47% werd door de nefroloog aangeraden hierin in te stappen.

Beschouwen huisartsen het zorgtraject als een meerwaarde?

Ongeveer 50% van de artsen beschouwde het zorgtraject als een meerwaarde voor de patiënten met CNI. Ze beschouwden de betere en nauwkeurigere opvolging van deze patiënten door het zorgtraject duidelijk als het grootste voordeel (figuur 1).

'Ik vind het zeker een meerwaarde. De patiënt heeft meer inzicht in de ziekte, er is een veel betere opvolging zowel door de huisarts als door de specialist en het is financieel voordeliger voor de patiënt.'

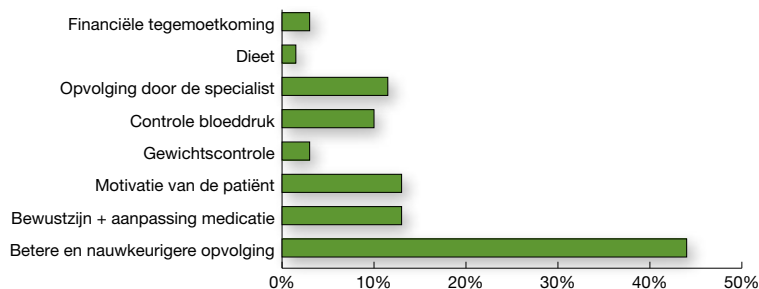
'Weinig voordelen. Veel patiënten zijn weinig geïnteresseerd (mede omwille van de leeftijd) om zelf veel energie in het traject te steken.'

'Ja, ook een weerslag op de niet-geïnccludeerde patiënten. Door meer kennis over CNI is er ook een grotere alertheid voor lichte interacties, lichte nierinsufficiëntie en iatrogene daling van de GFR.'

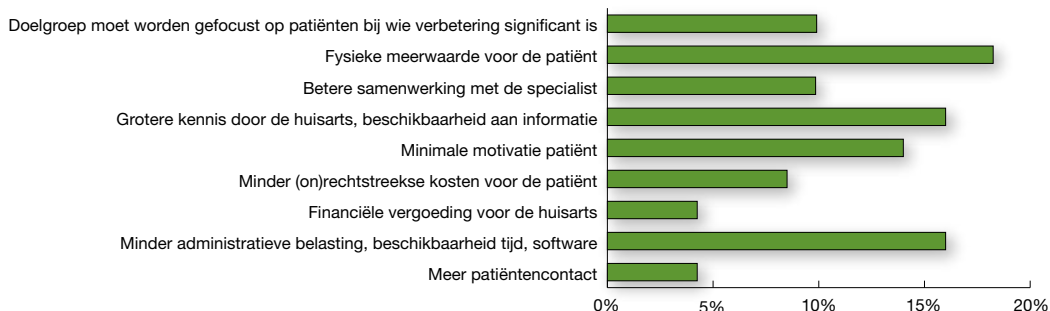
'De patiënt begrijpt de ernst van de diagnose, is meer betrokken bij de evolutie en begrijpt ook de financiële voordelen ervan.'

48% van de artsen bemerkte een grotere tevredenheid bij geïnccludeerde patiënten, 62% van de artsen vond het zorgtraject ook duidelijk nuttig. Bij de artsen die het zorgtraject niet promootten, werden echter duidelijke redenen opgelijst: 63% promootte het niet omwille van de administratieve belasting, 28% wegens tijdgebrek en 9% ondervond een financi-

Figuur 1: Mening van de huisarts over de meerwaarde van het zorgtraject voor de patiënten.



Figuur 2: Voorwaarden om als huisarts het zorgtraject in de praktijk te gebruiken.



eel onevenwicht met betrekking tot de implementatie van het zorgtraject.

Welke verbeterpunten halen huisartsen aan?

De huisartsen werden ook gevraagd naar mogelijke verbeterpunten. De administratieve last werd als belangrijk punt ervaren. Hierbij verwezen ze voornamelijk naar de grote hoeveelheid documenten die ze moesten invullen. Ze vroegen ondersteuning via het elektronisch medisch dossier (EMD). Tevens wensten ze een integratie van CNI en het zorgtraject in hun dossiersysteem en pleitten ze voor één EMD met een gemeenschappelijke toegang voor de huisarts, de nefroloog en de betrokken paramedici.

De artsen wensten ook duidelijke informatie en communicatie met betrekking tot het toepassen van het zorgtraject, zowel voor zichzelf als voor hun patiënten. Ze vroegen ook om een duidelijke richtlijn over de primaire en secundaire preventie van chronische nierinsufficiëntie.

Bepaalde artsen vonden dat de inclusiecriteria voor het zorgtraject te streng zijn, omdat hierdoor vooral de oudere patiënten met multipathologie in aanmerking komen. Deze patiënten staan vaak weigerachtig tegenover bepaalde voorwaarden van het zorgtraject.

De drie betrokken partijen (huisarts, nefroloog én patiënt) dienden ook gemotiveerd te zijn om goede resultaten te bereiken. Het zorgtraject moet tot slot een fysieke meerwaarde zijn voor de patiënt. Enkele artsen wensten de doelgroep te focussen. In *figuur 2* wordt samengevat welke voorwaarden volgens huisartsen vervuld moeten zijn om het zorgtraject te implementeren.

BESPREKING

Beperkingen en sterktes van de studie

De resultaten van dit onderzoek kunnen niet veralgemeend worden omwille van het kleine aantal patiënten in de studie. De sterkte van de studie ligt erin dat dit het eerste onderzoek is, voor zover geweten, naar de implementatie van het zorgtraject bij patiënten met CNI.

De beperkte kennis over CNI correleert met de resultaten uit een onderzoek in Noord-Carolina, waar de perceptie van nierinsufficiëntie werd nagegaan bij 201 patiënten via een studie met focusgroepen. Uit deze studie blijkt dat patiënten wel enige kennis hebben rond nierinsufficiëntie en nierfalen maar dat veel patiënten de risicofactoren voor CNI niet kennen. De personen die hierover wel enige kennis hebben, weten dit meestal via familieleden of vrienden die lijden aan terminaal nierfalen. Een gebrek aan beschikbare en aangepaste educatie rond nierinsufficiëntie draagt bij tot de beperkte notie hieromtrent.⁶

Zeer hoge leeftijden belemmeren zorgtraject

Uit het profiel van de geïnterviewde patiënten blijkt dat vooral de (zeer) hoge leeftijdsklassen vertegenwoordigd zijn. Hierdoor en door de gerelateerde gezondheidstoestand van de patiënten rijzen er een aantal moeilijkheden omtrent de vooropgestelde voorwaarden van het zorgtraject.

Veel van de patiënten waren niet in staat tot ambulante follow-up omwille van leeftijdsgebonden vervoersproblemen. Ze

vonden de jaarlijkse controle bij de nefroloog en de zesmaandelijke raadpleging bij de huisarts hierdoor belastend. Deze informatie stemt overeen met resultaten van het MESsAGE-onderzoek.⁷ Hieruit bleek dat de immobiliteitsgraad en de noodzaak van assistentie buitenhuis toenamen met de leeftijd. Van de personen tussen de 60-69 jaar diende reeds 7,7% een beroep te doen op assistentie. Dit cijfer liep op tot bijna 50% in de groep van de 80-plussers.

Ook een aantal voordelen werden door de patiënten niet als dusdanig gezien. Dieet en zelfmeting van de bloeddruk waren bijvoorbeeld vaak moeilijk haalbaar.

Bij patiënten met een verminderde nierfunctie is behandeling van een te hoge bloeddruk nochtans belangrijk om progressie van nierschade tegen te gaan én om het additionele cardiovasculaire risico ten gevolge van de chronische nierschade te verminderen.⁸⁻⁹ Zelfs binnen normotensieve waarden gaat een lagere bloeddruk gepaard met een minder snelle achteruitgang van de nierfunctie dan een hogere.⁶ Uit een Cochrane review van 2006 blijkt dat zelfmeting van de bloeddruk door de patiënt een matige reductie van de diastolische bloeddruk kan realiseren.¹⁰ Er kan echter nog niet worden geconcludeerd of zelfmeting van de bloeddruk steeds te therapietrouw verbetert.

BESLUIT

Het zorgtraject CNI biedt zowel voor de arts als de patiënt heel wat voordelen. Er rijzen echter ook een aantal vragen over o.a. de inclusiecriteria van het zorgtraject. Patiënten die voldoen aan de criteria, zijn voornamelijk ouderen met typische geriatrische problemen, zoals verminderd functioneren en beperkte mobiliteit, waardoor het zorgtraject voor hen minder goed toepasbaar is.

Is er nood aan nieuwe criteria waardoor vooral patiënten met een sterk verhoogde kans op evolutie naar terminaal nierfalen geïncludeerd zouden worden in plaats van de zeer grote groep ouderen die vaak weinig gemotiveerd zijn en problemen ondervinden met de voorwaarden voor het traject? Ook is er nood aan longitudinale studies om een antwoord te vinden op de vraag of de patiënten in het zorgtraject effectief een meer geoptimaliseerde zorg ontvangen en een stabilisatie van hun nierfunctie verkrijgen.

Literatuur

- 1 Stevens LA, Coresh J, Green T, Levey SA. Assessing kidney function: measured and estimates glomerular filtration rate. *N Engl J Med* 2006;354:2473-83.
- 2 Van Heden L, Maes S, Van Pottelbergh G, Bortholomeeusens S, Degryse J. Chronische nierinsufficiëntie in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Een onderschat probleem? *Huisarts Nu* 2008;37:1-6.
- 3 Chronic kidney disease. NICE clinical guideline 73. London: National Institute for health and Clinical Excellence; 2008.
- 4 Van Pottelbergh G, Claes K, Demoulin N, Jadoul M, Degryse J. Betere criteria voor inclusie in het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie. Een kritische noot bij het zorgtraject. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2012;68:210.
- 5 De Grauw WJC, Kaasjager HAH, Bilo HJG, et al. Landelijke Transmurale Afspraak Chronische Nierschade. *Huisarts Wet* 2009;52:586-97.
- 6 Jennette CE, Vupputuri S, Hogan SL, et al. Community perspectives on kidney disease and health promotion from at-risk populations in rural North Carolina, USA. *Rural Remote Health* 2010;1388:1-10.
- 7 Christiaens J, Daems A, Dury S, De Donder L, Lambert L, Lannoy P, Nijs G, Verté D, Vleugels I. Mobiliteit en senioren: ouder worden en een duurzaam transportsysteem MESsAGE. Wetenschap voor een Duur-

- zame Ontwikkeling. Federaal wetenschapsbeleid 2009. www.belspo.be/belspo/SSD/science/Reports/MESsAGE%20Samenvatting.pdf (laatst geraadpleegd 1 april 2012)
- 8 Whelton PK, He J, Pemeger TV, Klag MJ. Kidney damage in 'benign' essential hypertension. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 1997;6:177-83.
 - 9 Peterson JC, Adler S, Burkart JM, Greene T, Hebert LA, Hunsicker LG et al. Blood pressure control, proteinuria, and the progression of renal disease. The Modification of Diet in Renal Disease Study. *Ann Intern Med* 1995;123:754-62.
 - 10 Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;Issue 4:Cd005182.