

# Dieetrichtlijn voor chronische nierinsufficiëntie stadium 3 en 4 bij volwassenen



© sevincram / Adobe Stock



Verbeyst L.<sup>1</sup>, Wuyts M.<sup>1</sup>, Vigniole M.<sup>2</sup>, Vanhauwaert E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Expertisecentrum Health Innovation, UC Leuven-Limburg

<sup>2</sup> Cliniques Universitaires St Luc, Bruxelles

## 1. Inleiding

Voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie (CNI) stadium 3 en 4 (predialyse) is een multidisciplinaire aanpak nodig. Zowel eerstelijns- als tweedelijnsdiëtisten hebben hierin een belangrijke rol. Het takenpakket van de diëtist bestaat onder andere uit het geven van dieetadvies op voorschrift van de huisarts/nefroloog; het opvolgen en ondersteunen van zelfmanagement van de patiënt; het opvolgen van het gewicht en het geven van advies voor het bereiken en/of behouden van een gezond gewicht. De dieetbehandeling heeft als doel om de achteruitgang van de nierfunctie tegen te gaan, complicaties te behandelen, en het cardiovasculair risico van de patiënt onder controle te houden (1).

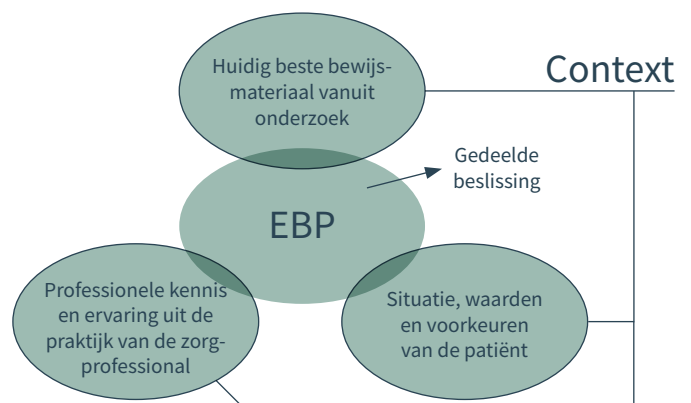
Binnen de eerstelijnszorg zouden diëtisten meer ingeschakeld moeten worden in de begeleiding van patiënten met CNI stadium 3 en 4. Uit de bevraging van Vansant et al. (2016) blijkt dat zowel huisartsen als diëtisten vinden dat huisartsen CNI-patiënten (binnen het zorgtraject) onvoldoende doorverwijzen naar een diëtist. 76% van de huisartsen verwijst CNI-patiënten soms of nooit door naar een diëtist (2).

Om (eerstelijns)diëtisten te ondersteunen bij de begeleiding van patiënten met CNI, ontwikkelde UCLL een dieetrichtlijn voor volwassenen met CNI stadium 3 en 4. Deze richtlijn is een verdie-

pende voedingsrichtlijn bij de reeds bestaande multidisciplinaire richtlijn rond CNI van de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerstelijns (WOREL) uit 2016.

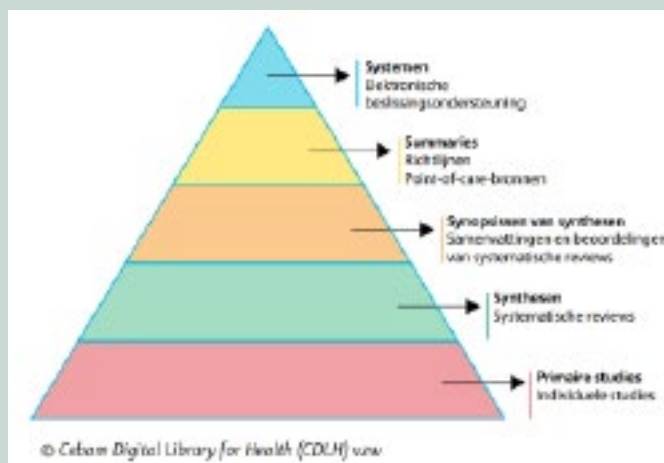
## 2. Gebruik van de richtlijn in de praktijk

Als diëtist is het belangrijk om evidence-based te werken. Evidence-based practice of handelen (EBP) brengt individuele professionele kennis en praktijkexpertise samen met het beste bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. Binnen EBP wordt er ook rekening gehouden met concrete situaties, waarden en voorkeuren van patiënten en met beschikbare middelen. Op die manier komen de diëtist en patiënt tot een gedeelde besluitvorming of 'shared decision making'. Daarnaast kunnen contextuele factoren (bv. kosten, beschikbaarheid van middelen) een invloed hebben op het gebruik van een richtlijn (zie figuur 1).



Figuur 1: Pijlers van evidence-based handelen (3)

De kennispiramide (zie figuur 2) vormt een handig hulpmiddel om snel en efficiënt wetenschappelijk bewijsmateriaal op te zoeken. Hoe hoger in de piramide, hoe meer de informatie gebundeld is. Begin je zoekopdracht dus steeds bovenaan in de piramide, en daal pas af wanneer je geen kwaliteitsvolle evidentie terugvindt. Aangezien systemen (nog) niet beschikbaar zijn binnen de diëtetiek, ga je steeds eerst op zoek naar evidence-based richtlijnen en point-of-care bronnen. Deze vatten de beschikbare beste evidentie over een onderwerp zo volledig mogelijk samen, en zijn toepasbaar in de praktijk. Het is belangrijk om steeds de kwaliteit van de gevonden bron te beoordelen.



Figuur 2: Kennispiramide (3)

De nieuwe dieetrichtlijn vat het huidige beste bewijsmateriaal voor de dieetbehandeling van volwassenen met CNI stadium 3 en 4 vanuit onderzoek samen. Het is zeker niet de bedoeling dat deze adviezen blindelings worden overgenomen tijdens de praktijkvoering. Ook de andere twee pijlers van EBP dienen mee in rekening gebracht te worden. De dieetrichtlijn is bijgevolg richtinggevend en geeft weer wat voor de gemiddelde patiënt met CNI stadium 3 of 4 wetenschappelijk gezien het beste voedingsadvies is. De patiënt is een gelijkwaardige partner bij het nemen van beslissingen. Het is belangrijk dat de diëtist de patiënt educatie geeft over het belang en de opties van het dieet. Mogelijk maken de

diëtist en de patiënt samen een verantwoorde en beredeneerde andere beste keuze.

Graden van aanbeveling (GRADES) bieden een hulp bij het in de praktijk brengen van aanbevelingen uit richtlijnen. Aan iedere kernboodschap in de dieetrichtlijn werd een GRADE toegekend. Een GRADE bestaat uit een cijfer en een letter. Het cijfer weerspiegelt de sterkte van de aanbeveling, door een afweging te maken tussen de voor- en nadelen van de aanbeveling. De methodologische kwaliteit van de aanbeveling wordt weergegeven aan de hand van een letter. Wanneer er onvoldoende bewijs beschikbaar is voor een

Tabel 1: Graden van aanbeveling (4)

| Graden van aanbeveling | Voordelen versus nadelen en risico's                      | Methodologische kwaliteit van studies                   | Implicaties  |   |
|------------------------|---|---|--|---|
| <b>1A</b>              | Sterke aanbeveling, hoge graad van evidentie              | Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's. | RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies. | Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden.                        |
| <b>1B</b>              | Sterke aanbeveling, matige graad van evidentie            | Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's. | RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies.             | Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden.                        |
| <b>1C</b>              | Sterke aanbeveling, lage of zeer lage graad van evidentie | Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's. | Observationele studies of casestudies.   | Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere evidentie beschikbaar komt.                                   |
| <b>2A</b>              | Zwakke aanbeveling, hoge graad van evidentie              | Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's.          | RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies. | Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden. |
| <b>2B</b>              | Zwakke aanbeveling, matige graad van evidentie            | Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's.          | RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies.             | Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden. |
| <b>2C</b>              | Zwakke aanbeveling, lage of zeer lage graad van evidentie | Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's.          | RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies.             | Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn.  |

aanbeveling, en deze slechts op consensus gebaseerd is, wordt deze bestempeld als GPP (good practice point). Het is belangrijk dat de richtlijngebruiker alert is voor aanbevelingen met een lage kwaliteit, en zijn eigen expertise en de voorkeuren van de patiënt meeneemt in de praktijkvoering. Tabel 1 geeft een overzicht van de GRADES met bijhorende implicaties voor de praktijk (4).

### 3. Totstandkoming van de richtlijn

De richtlijn werd ontwikkeld volgens de ADAPTE-procedure (5). Er werd gezocht naar richtlijnen met aanbevelingen voor de niet-medicamenteuze behandeling van CNI stadium 3 en 4 via diverse nationale en internationale richtlijndatabanken. De kwaliteit van de relevante richtlijnen werd gescreend aan de hand van de AGREE II-screeningstool. Dit leidde tot een selectie van 8 richtlijnen. De kernboodschappen uit deze richtlijnen werden beoordeeld en aangepast aan de Belgische context. Een multidisciplinaire groep van professionals (eerste- en tweedelijnsdiëtisten, huisarts, nefroloog, verpleegkundige) evalueerde de richtlijn tijdens twee expertrondes.

In juni 2020 werd de richtlijn gevalideerd door CEBAM (Belgisch centrum voor Evidence-Based Medicine). Dit betekent dat de richtlijn voldoet aan de door CEBAM gehanteerde criteria voor een goede richtlijn voor (para)medisch klinisch handelen en dat deze wordt aanbevolen

voor toepassing door de betrokken hulpverleners en wordt opgenomen op de website van Ebpracticenet, het Belgische platform dat EBP richtlijnen bundelt.

De richtlijn is in het Nederlands en Frans als point-of-care informatie beschikbaar op de website van Ebpracticenet ([www.ebpracticenet.be](http://www.ebpracticenet.be)). De volledige versie is te raadplegen via <http://voeding.ucll.be>. De richtlijn zal worden herzien over 5 jaar, of wanneer er nieuwe evidentie verschijnt.



**Tabel 2: Belangrijkste kernboodschappen voor dieetadvies en een gezonde levensstijl**

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Belang dieetbehandeling</b>    | De dieetbehandeling dient aangepast te worden aan de noden, voedingstoestand en comorbiditeiten van de patiënt (GPP) (6).   |
| <b>Screening</b>                  | Bij patiënten met CNI stadium 3 en 4 kan er overwogen worden om regelmatig een voedingsscreening uit te voeren (minstens tweemaaljaarlijks), om (een risico op) eiwit-energie ondervoeding op te sporen (GPP) (6).  |
| <b>Lichaamssamenstelling</b>      | Bij patiënten met CNI stadium 3 en 4 kan er overwogen worden om de lichaamssamenstelling in te schatten in combinatie met lichaamsgewicht/BMI tijdens de eerste consultatie, en de voedingstoestand regelmatig op te volgen (GPP) (6).  |
| <b>Inschatting voedingsinname</b> | Een 3-daagse voedingsregistratie is de voorkeursmethode voor inschatting van de voedingsinname (GRADE 2C) (6).  |
| <b>Gewicht</b>                    | Patiënten met chronische nierinsufficiëntie moeten aangemoedigd worden om een gezond gewicht te bekomen/behouden (BMI 18,5 tot en met 24,9 kg/m <sup>2</sup> ) (GRADE 1B) (1, 7).   |
| <b>Energie</b>                    | Bij chronische nierinsufficiëntie wordt een adequate energie-inname (30-35 kcal/kg/dag) aangera- den (GRADE 2B) (1, 8).   |
| <b>Eiwitten</b>                   | Er wordt een eiwitinname van 0,8 g/kg/dag aanbevolen (GRADE 2B) (1, 9).   |
| <b>Cardiovasculaire preventie</b> | Een gezonde voeding is aanbevolen ter preventie van cardiovasculaire aandoeningen, zoals ook geldt voor de algemene bevolking (GPP) (1).  |
| <b>Micronutriënten</b>            | De diëtist moedigt de patiënt aan om een dieet te volgen dat de dagelijkse aanbevelingen voor vitamines en mineralen bevat (GPP) (6).   |
| <b>Natrium</b>                    | Er wordt een zoutinname van maximum 5 gram zout (= 2000 mg natrium) per dag aangeraden (GRADE 1C) (1, 9).   |
| <b>Fosfaat</b>                    | Een fosfaatbeperking in het dieet wordt aangeraden indien het serumfosfaat te hoog is (GRADE 1B) (6). Het is aanbevolen om rekening te houden met de biologische beschikbaarheid van de fosfaatbron (dierlijk, plantaardig, additieven) bij het geven van voedingsadvies (GPP) (6, 10). |
| <b>Kalium</b>                     | Er wordt aangeraden om de inname van kalium via de voeding aan te passen om het serumkalium binnen normale waarden te houden (GPP) (6).   |
| <b>Fysieke activiteit</b>         | Patiënten met chronische nierinsufficiëntie moeten aangemoedigd worden om te bewegen (GRADE 1B) (1, 7).   |
| <b>Niet roken</b>                 | Patiënten met chronische nierinsufficiëntie moeten aangemoedigd worden om niet te roken (GRADE 1B) (1).   |
| <b>Zelfmanagement</b>             | De diëtist ondersteunt het zelfmanagement van de patiënt (GPP) (1).   |



© Pixel-Shot / Adobe Stock

#### 4. Belangrijkste kernboodschappen

De dieetrichtlijn bevat aanbevelingen over voeding en levensstijl. Tabel 2 geeft de belangrijkste kernboodschappen uit de dieetrichtlijn weer. In de volledige dieetrichtlijn worden deze kernboodschappen toegelicht.

#### 5. Implementatieproject

Ondanks de (gedeeltelijke) terugbetaling van consultaties bij een diëtist binnen het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie, ligt de diëtetische behandeling van CNI nog te weinig in de eerste lijn. Dit kan deels verklaard worden door een stoeve doorverwijzing van huisarts naar diëtist (2).

Om het gebruik van de dieetrichtlijn te bevorderen bij eerstelijnsdiëtisten, is de dieetrichtlijn mee opgenomen in een project van de overheid om Belgische richtlijnen voor de behandeling van volwassenen met CNI stadium 3 en 4 te implementeren. Binnen dit project worden groepsreflectiesessies georganiseerd waar diëtisten de inhoud van de richtlijn leren kennen en oprispen, reflecteren over hun eigen handelen rond CNI, gezamenlijk successen en knelpunten bij de implementatie van de aanbevelingen in kaart brengen en een individueel verbeter- en actieplan opstellen om hun eigen praktijkvoering rond CNI te verbeteren. Ook voor wie nog geen/weinig CNI patiënten begeleidt, kan dit een start zijn om hiermee aan de slag te gaan. De groepsreflectiesessies vinden plaats verspreid over heel België (of online, afhankelijk van de coronamaatregelen). De samenwerking met de huisarts krijgt een belangrijke rol in dit project.

#### Oproep groepsreflectiesessies!

*Ben jij werkzaam als diëtist(e) in de eerstelijnszorg en wil je je versterken in/starten met de begeleiding van patiënten met CNI*

*stadium 3 en 4? Dan ben jij een ideale kandidaat om deel te nemen aan de groepsreflectiesessies. De sessies gaan door in het voorjaar van 2021. Meer informatie verschijnt binnenkort op <http://voeding.ucll.be> en via de kanalen van de VBVD en Les Diététicien-ne-s (de Waalse beroepsvereniging van diëtisten, UPDLF), of kan je verkrijgen bij de medewerkers van dit project ([laura.verbeyst@ucll.be](mailto:laura.verbeyst@ucll.be)).*

**De volledige richtlijn is te raadplegen in het Nederlands en Frans via [voeding.ucll.be](http://voeding.ucll.be).**

**De point-of-care richtlijn is te raadplegen in het Nederlands en Frans via [www.ebpnet.be](http://www.ebpnet.be).**

**Binnenkort zal er een e-learning over de dieetrichtlijn verschijnen.**

#### Referenties

1. Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn. (2016). Multidisciplinaire richtlijn Chronisch nierlijden (CNI).
2. Vansant, T., Dessers, N., Lemmens, K., Geens, S., Bollen, K., Cloosen, G., Vanhauwaert, E., Claes, K., Van Pottelbergh G. (2016) Verwijzing van CNI-patiënten naar de diëtist. Welk drempels ervaren diëtisten en patiënten? Huisarts Nu, 1, 32-37.
3. Vanhauwaert, E., Verbeyst, L., Peters, S., & Matthys, C. (2019). Evidence-based handelen diëtetik. *Nutrinews*, 3, 6-13.
4. Van Royen, P. (2008). Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. *Huisarts Nu*, 37(9), 505-9.
5. The ADAPTE Collaboration. (2009). The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. Available from: <http://www.g-i-n.net>.
6. Academy of Nutrition and dietetics. (2019). Clinical practice guideline for nutrition in chronic kidney disease: 2019 update (National Kidney Foundation).
7. Federatie Medisch Specialisten (FMS). (2018). Chronische nierschade (CNS).
8. Malaysian Health Technology Assessment Section (MaHTAS). (2018). Management of Chronic Kidney Disease in Adults (Second edition).
9. Nederlandse federatie voor Nefrologie (NfN). (2014). Richtlijnen Voeding bij chronische nierinsufficiëntie; inclusief richtlijn Vitaminesuppletie.
10. Levin, A., Stevens, P. E., Bilous, R. W., Coresh, J., De Francisco, A. L., De Jong, P. E., ... & Levey, A. S. (2013). Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 1-150.