



BELGIAN DIABETES FORUM



MEMORANDUM 2024-2029

6 Speerpunten om het welzijn van mensen met diabetes en hun omgeving te verbeteren én de impact van diabetes op het gezondheidszorgsysteem te beheersen.



| | |
|--|----|
| Voorwoord | 4 |
| Samenvatting: voorstellen in een notendop | 5 |
| I. Wat is diabetes? | 6 |
| II. Diabetes in België – 1 miljoen mensen en hun aantal neemt in sneltempo toe | 6 |
| III. Diabeteszorg op hoog niveau, beleid bijsturen waar nodig | 7 |
| IV. Beleidsprioriteiten van het Belgisch Diabetesforum | 7 |
| 1 Diabeteszorg is teamwerk | 8 |
| 2 Mensen met diabetes regisseur laten zijn van hun eigen zorg | 9 |
| 3 De schat aan data beter benutten voor een snellere diagnose en een betere opvolging | 10 |
| 4 Een goed mentaal welzijn als boost voor het leven met diabetes | 11 |
| 5 Maak diabetes zichtbaar bij de ruimere bevolking voor meer begrip en goede reflexen | 12 |
| 6 Complicaties voorkomen of sneller en beter aanpakken | 13 |

VOORWOORD

Diabetes als voorbeeld voor de aanpak van chronische aandoeningen

Diabetes is de meest voorkomende chronische, niet-overdraagbare ziekte van de moderne wereld en deze aandoening blijft steeds sneller toenemen. Naar schatting hebben 1 miljoen Belgen diabetes, maar van deze groep weet meer dan één op de drie (37%) niet dat ze ermee kampen.¹

Diabetes heeft een grote impact op het leven van mensen met diabetes en hun familie. Complicaties als gevolg van diabetes kunnen zeer ernstig zijn en omvatten onder andere hart- en vaatziekten, nierfalen, blindheid en amputaties. Diabetes heeft ook grote gezondheidseconomische gevolgen. In totaal bedroegen de diabetesgerelateerde gezondheidszorgkosten in 2018² 5,82 miljard euro. Die kosten worden vooral gegenereerd door de behandeling van de verwikkelingen die ontstaan door diabetes.

Het aantal mensen met diabetes blijft toenemen, alsook de complicaties die ermee gepaard gaan. Als we het tij willen doen keren, moeten er concrete acties ondernomen worden om deze chronische ziekte beter te voorkomen en te behandelen in ons land.

Samenwerking is van cruciaal belang om diabetes aan te pakken. Het Belgian Diabetes Forum (BEDF), dat werd opgericht in 2019, is een multistakeholderplatform waarbij alle betrokkenen uit de diabetesgemeenschap samenwerken om beleidsvoorstellen te formuleren.

De Belgische autoriteiten hebben de laatste jaren verschillende initiatieven opgezet, met 'bekwame helper' en de herlancering van 'het (op)starttraject' als voorbeelden. De diabeteszorg staat op een hoog niveau in ons land dankzij een gezondheidsbeleid dat geïntegreerde zorg nastreeft. De legislatuur '24-'29 biedt echter de opportuniteit om dit beleid verder te versterken en bij te sturen waar nodig. Een nog performanter diabetesbeleid met focus op vroegtijdige, gepersonaliseerde en uitkomstgerichte, kwaliteitsvolle zorg kan model staan voor verschillende andere chronische aandoeningen. Het voorliggend memorandum wil de gezamenlijke beleidssuggesties van de diabetesgemeenschap bundelen en beleidsmakers hiermee inspireren en gidsen voor de volgende jaren. Wij zijn alvast klaar om actief mee te werken!

Prof. Dr. Frank Nobels, Voorzitter Belgian Diabetes Forum

¹ Belgisch Gezondheidsonderzoek (BELHES) 2018

² De totale uitgaven van de sociale zekerheid aan gezondheidszorg bedragen 25,7 miljard euro in 2018. De uitgaven voor diabetes zijn dus goed voor meer dan een vijfde van dit totaal.

SAMENVATTING MEMORANDUM

Voorstellen in een notendop

Volgens Sciensano heeft ongeveer één op tien volwassenen in België diabetes en dat aantal zal door de vergrijzing en andere invloeden nog verder toenemen. De zorg voor diabetespatiënten is tot op heden van hoge kwaliteit in ons land. Dit performante beleid moet worden verdergezet en bijgestuurd waar nodig, gezien de immense uitdagingen. Het BEDF schuift daarom een reeks concrete maatregelen naar voren die tot stand zijn gekomen door systematische input vanuit de diabetesgemeenschap.



1 Geïntegreerde zorg begint met goede informatie-uitwisseling binnen het multidisciplinaire zorgteam rond de persoon met diabetes. Dit moet een stuk beter en kan worden gerealiseerd door iedereen, niet alleen artsen, maar ook paramedici en administratieve medewerkers toegang te geven tot de voor hem/haar relevante informatie van de persoon met diabetes. Een **uniek platform voor data-uitwisseling** kan dit realiseren.



2 De persoon met diabetes moet ook meer instrumenten hebben om zijn of haar eigen zorg verder in handen te nemen. Een zogenaamd **patiëntendashboard** dat op een visuele manier gezondheidswaarden en doelstellingen weergeeft, kan een hefboom geven om hun zorg zelf te beheren.



3 Om de gezondheidsbehoeften beter te identificeren, de kwaliteit van de zorgen adequaat op te volgen en de impact van beleidswijzigingen goed te beoordelen is een **diabetesdatabeleid** nodig. Hierbij moet de schat aan data, die nu verspreid is over verschillende databanken, met elkaar gekoppeld worden en dient de diagnose diabetes betrouwbaarder ingebracht te worden. De 'Health Data Agency' kan hierin een draaispil zijn. Mensen met diabetes stellen onomwonden: **gebruik onze data!**



4 Luisteren naar de mensen met diabetes en **tijd nemen om te peilen naar hoe men zich voelt** is van cruciaal belang voor hun welzijn én intrinsieke motivatie. Zorg er daarom voor dat tijd voor het welzijn van de persoon met diabetes ingebed wordt in de raadplegingen.



5 **Diabetes moet zichtbaarder worden**, op de werkplek en in de opleiding van zorgverleners, en dit van jongs af aan. In de media kunnen rolmodellen tonen wat leven met diabetes betekent, maar ook hoe je ermee moet omgaan. Hierbij moeten ook bijzondere inspanningen gebeuren om moeilijk te bereiken doelgroepen aan te spreken.



6 Tot slot moet er veel sterker ingezet worden op de (vroegtijdige) **preventie van complicaties**. In het bijzonder voor de diabetesvoetzorg kunnen verschillende concrete stappen voor verbetering gezet worden, zoals de erkenning van het beroep voetpedicure, meer podologie in secundaire preventie of een betere tegemoetkoming voor schoeisel binnenshuis.

Door alle bovenstaande maatregelen te implementeren, kan het welzijn van mensen met diabetes en hun omgeving verbeteren. Tegelijk kan het ervoor zorgen dat de impact van diabetes op het gezondheidszorgsysteem beheersbaar blijft. Het BEDF meent dat deze maatregelen, als ze worden geïmplementeerd, meteen ook relevant zijn voor andere chronische aandoeningen.

I. Wat is diabetes?

Diabetes is een chronische ziekte die voorkomt wanneer de pancreas niet genoeg insuline aanmaakt of wanneer het lichaam niet naar behoren reageert op de aangemaakte insuline. Insuline is een hormoon dat de bloedsuikerspiegel regelt. Als de suikerspiegel niet behoorlijk wordt geregeld, is er risico op hyperglycemie (hoge suikerconcentratie in het bloed), wat mettertijd leidt tot ernstige stoornissen in meerdere organen, zoals hart en bloedvaten, ogen, nieren...

Er zijn verscheidene soorten diabetes, maar de twee meest voorkomende types zijn diabetes type 1 en diabetes type 2.

Diabetes type 1 wordt gekenmerkt door onvoldoende of afwezige insulineproductie door de pancreas. De oorzaak is een auto-immune vernietiging van de bètacellen die insuline produceren in de pancreas. Mensen met diabetes type 1 hebben van bij de diagnose al een behandeling met insuline nodig, doorgaans via multi-pele dagelijkse insuline-injecties of via het gebruik van een insulinepomp. Zij vertegenwoordigen ongeveer 5% van de mensen met diabetes. Hun aantal ligt rond de 40.000, waarvan meer dan 3.000 kinderen en tieners zijn.³

Diabetes type 2 is het meest voorkomende type diabetes, ongeveer 90%⁴ van de mensen met diabetes kampt hiermee. Het ontstaat door een verminderde efficiëntie van insuline om de glucose in de cellen te laten opnemen, gecombineerd met een verminderde insulineproductie in een latere fase. Diabetes type 2 wordt vaak in verband gebracht met overgewicht en obesitas, maar zeker niet alle mensen met dit type lijden aan overgewicht. Het kan ook te maken hebben met familiale aanleg en het risico op de aandoening neemt toe met de leeftijd. Diabetes type 2 komt vaker voor bij bepaalde etnische groepen.

Vrouwen met zwangerschapsdiabetes, een vorm van diabetes die tijdens de zwangerschap voorkomt, hebben een sterk verhoogd risico om in de jaren die volgen op de zwangerschap diabetes type 2 te krijgen. Het is belangrijk voor de moeder en het kind dat zwangerschapsdiabetes opgespoord en deskundig behandeld wordt.

Ongeveer 5% van de mensen met diabetes kampt met andere vormen van diabetes, zoals diabetes die uitgelokt wordt door pancreasonsteking of -operaties, door andere ziektes (bijv. mucoviscidose) of door het gebruik van bepaalde medicatie (bijv. cortisone).

De gevolgen van diabetes zijn ernstig. Er is een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (zoals hartfalen), voetwonden of -infecties, schade aan het netvlies met mogelijk blindheid tot gevolg, zenuwpijnen in de benen en nierfalen met geleidelijke vernietiging van de nieren. Deze complicaties kunnen de levensduur aanzienlijk verkorten en veroorzaken tevens directe (medische) en indirecte (economische) kosten.

II. Diabetes in België - 1 miljoen mensen en hun aantal neemt in sneltempo toe

Het exacte aantal mensen met diabetes in België is niet gekend, omdat er geen systematische registratie is van wie gediagnosticeerd wordt. Volgens Sciensano heeft ongeveer één op tien volwassenen in België diabetes en dat percentage neemt toe tot 27% bij mensen die 65 jaar of ouder zijn. Bovendien heeft 5% van de volwassen bevolking een licht verhoogd bloedglucosegehalte, zogenaamde prediabetes, hetgeen een risico inhoudt om later diabetes te krijgen. Door de vergrijzing van de bevolking zullen deze aantallen nog toenemen. In afwezigheid van de nodige data is het echter moeilijk om exacte voorspellingen te formuleren.

Boven op het leed voor patiënten en hun familie, brengt diabetes aanzienlijke kosten met zich mee. In totaal bedroegen de gezondheidszorgkosten die verband houden met diabetes 5,82 miljard euro ten laste van de Belgische sociale zekerheid in 2018. Studies tonen dat het merendeel van het budget gaat naar de behandeling van de complicaties die diabetes veroorzaakt, terwijl slechts 6% gaat naar geneesmiddelen om diabetes te behandelen.⁵

III. Diabeteszorg op hoog niveau, beleid bijsturen waar nodig

De zorg voor diabetespatiënten is van hoge kwaliteit in België. De trapsgewijze aanpak via conventies en zorgtrajecten voor de verschillende stadia van diabetes dient vaak als voorbeeld in het buitenland. Ook de erkenning met kwaliteitsnormen voor diabetesvoetklinieken wordt internationaal sterk gewaardeerd.

De voorbije jaren zagen vele positieve initiatieven het daglicht. Er is kwaliteitsvol werk geleverd deze legislatuur in dossiers zoals de 'bekwame helper', de lancering van het '(op)starttraject' en de terugbetaling van glucosesensoren voor personen met type 2 diabetes die behandeld worden met intensieve insulinerapie.

Deze inspanningen moeten verdergezet en bijgestuurd worden, gezien de immense uitdagingen.

De centrale doelstelling is het verbeteren van de preventie en zorg van diabetes en de daaraan gerelateerde metabole ziekten, gezien ook zaken zoals gewicht, cholesterol en hypertensie van belang zijn in de aanpak van diabetes. Daarnaast beoogt het BEDF een hogere graad van welzijn voor mensen met diabetes. Dergelijke verbeteringen houden onder meer de ontwikkeling van een gerichtere aanpak in voor de verschillende groepen in de bevolking die getroffen zijn door diabetes: kinderen die lijden aan type 1 diabetes, adolescenten die risico lopen op het ontwikkelen van type 2 diabetes, ouderen die langer leven dan vroeger met diabetes, vrouwen die lijden aan zwangerschapsdiabetes en de gevolgen daarvan na de zwangerschap en personen van andere culturen en etnische afkomst.

Speciale aandacht dient te gaan naar de groeiende tweespalt tussen de internationale richtlijnen voor de aanpak van diabetes en de huidige Belgische regelgeving voor, onder andere, terugbetaling van bepaalde medicatie (SGLT2i, GLP1ra...), preventie en vroegdiagnose bij zowel type 1 (antistoffen detectie) als type 2. Een dringende aanpassing van het beleid is aangewezen om onze toppositie wat betreft de kwaliteit van diabeteszorg in Europa te verzekeren.

IV. Beleidsprioriteiten van het Belgisch Diabetesforum

De beleidsprioriteiten zijn tot stand gekomen door systematische input vanuit de diabetesgemeenschap. Het Belgisch Diabetesforum tracht vanuit het werkveld input en verbeterpunten te formuleren. In 2019 werd een eerste reeks interviews afgenomen met experts actief op het diabetesfront, wat resulteerde in een witboek. Hierop werden aanvullingen gedaan tijdens live fora (SpeakUp) in september 2022 en oktober 2023.

Naast de zes speerpunten hieronder, is het uiteraard ook cruciaal om sterker in te zetten op preventie en op de promotie van een gezonde levensstijl met meer beweging en gezondere voedingsgewoonten, alsook op de creatie van een gezondere voedingsomgeving. Al deze adviezen gelden eveneens voor vele andere (chronische) aandoeningen. Het BEDF meent dan ook dat diabetes, als meest voorkomende niet-overdraagbare chronische aandoening, een voorbeeldcase is voor het beleid in andere domeinen.



3 Belgisch Gezondheidsonderzoek (BELHES) 2018

4 IMA Atlas, 2018

5 Belgisch Gezondheidsonderzoek (BELHES) 2018



Diabeteszorg is teamwerk

De aanpak van diabetes vergt **samenwerking**, niet alleen binnen het multidisciplinaire zorgteam rond de persoon met diabetes, maar ook en vooral samen met de persoon met diabetes en zijn/haar directe omgeving.

De nodige tools moeten voorzien worden om de **communicatie tussen alle betrokkenen** beter te laten verlopen. Essentieel hierbij is dat de verschillende softwarepakketten 'met elkaar kunnen praten' zodat informatie makkelijk kan uitgewisseld worden, en dat alle betrokkenen, niet alleen de artsen, maar ook de verpleegkundigen, diëtisten, podologen en administratieve medewerkers toegang hebben tot relevante gegevens. De patiënt dient vanzelfsprekend eveneens toegang te hebben tot zijn of haar gegevens – dat komt verder in de tekst aan bod.

Idealiter zou één gegevensplatform, in de vorm van een digitaal dashboard, ontwikkeld moeten worden. Dat platform zou dan gevoed worden vanuit de verschillende softwarepakketten en is toegankelijk voor elke zorgverlener rond de persoon met diabetes, zowel voor de eerste lijn als voor de andere zorgniveaus. Dat zorgt ervoor dat de informatie gestroomlijnd wordt en dat elke zorgverlener, met respect voor de privacy van de patiënt, toegang krijgt tot de voor hem/haar relevante gegevens.



Mensen met diabetes regisseur laten zijn van hun eigen zorg

Voorkom dat de zorg 'boven het hoofd' van de persoon met diabetes georganiseerd wordt. De persoon met diabetes dient centraal te staan in het team en betrokken te worden bij alle beslissingen en communicatie.

Een hulpmiddel hierbij is personen met diabetes **toegang geven tot hun eigen gezondheidsdata**, maar dan wel in een **voor hen begrijpelijk formaat**. Alle Belgische burgers hebben recht op inzage in hun medisch dossier. Verschillende softwarepakketten bieden wel de mogelijkheid om in te loggen, maar dan komt men terecht bij resultaten van laboratoria of van andere onderzoeken en bij verslagen van artsen. Interpretatie van deze gegevens vergt uitgebreide medische scholing. De huidige voorstelling van gegevens aan de mensen met diabetes (en aan patiënten in het algemeen) kan beschouwd worden als pseudo-openheid. De personen met diabetes begrijpen de gegevens namelijk niet voldoende en worden er bijgevolg niet door gemotiveerd. Meer zelfs: velen worden er angstig van.

Deze situatie zou verbeterd kunnen worden door **toegankelijke en visueel begrijpelijke dashboards** te voorzien. Parameters zoals HbA1c (als maat voor de glucoseregeling), cholesterol, bloeddruk en gewicht kunnen op een visuele manier voorgesteld worden, bijvoorbeeld door gebruik te maken van kleurcodes (groen, oranje, rood) om goede of problematische waarden aan te geven.

Om te weten of zo'n visueel patiëntendashboard zinvol is voor de mensen met diabetes, werd een bevraging uitgevoerd bij hen door het BEDF. Meer dan 60% van de ondervraagden geeft daarin aan ongerust te zijn over hun gezondheid ten gevolge van onduidelijkheden in hun huidig medisch dossier. Het antwoord is bijgevolg zeer duidelijk: 90% van de ondervraagde patiënten geeft aan het visueel dashboard met kleurcodes te willen gebruiken. De enquête toont bovendien aan dat zo'n dashboard ervoor zorgt dat de persoon met diabetes zich minder onzeker voelt, omdat de gemeten waarden correcter geïnterpreteerd kunnen worden.

De conclusie is dat er een grote vraag is van personen met diabetes om op een verstaanbare en motiverende manier toegang te krijgen tot hun data. De creatie van een specifiek digitaal dashboard voor de persoon met diabetes, dat gevoed zou kunnen worden met data van het gegevensplatform voor hulpverleners (zie boven) zou hierbij een grote meerwaarde kunnen betekenen. Dergelijke dashboards zouden ook bij andere chronische aandoeningen toegepast kunnen worden.





De schat aan data beter benutten voor een snellere diagnose en een betere opvolging

Om een chronische aandoening zoals diabetes efficiënt aan te pakken en er een adequaat gezondheidsbeleid rond te voeren, is de beschikbaarheid van betrouwbare data op alle niveaus, van de artspraktijk tot de overheid, noodzakelijk. Dit is momenteel een grote lacune in België. Het gebrek aan betrouwbare data verhindert ons om precieze tendensen en gezondheidsbehoeften te identificeren, om de kwaliteit van de zorgen adequaat op te volgen, om de impact van beleidswijzigingen te beoordelen... Gelukkig beschikken we wel over een schat aan elektronische data. Het probleem is dat ze verspreid zitten over verschillende databanken die niet aan elkaar gekoppeld zijn.

De recente oprichting van het 'Health Data Agency', dat als doel heeft om secundair gebruik van data te faciliteren, kan een grote rol spelen in de **implementatie van een databeleid rond diabetes**. Het Intermutualistisch Agentschap (IMA) heeft op basis van voorgeschreven diabetesmedicatie al een rijke set aan diabetesdata. Deze is echter onvolledig omdat niet alle mensen met diabetes medicatie nemen of omdat sommige diabetesmedicatie ook wordt gebruikt voor andere aandoeningen. Een initiatief zoals de Diabetesbarometer, zet huisartsen ertoe aan de diagnose 'diabetes' correct te coderen in het EMD en laat toe de diabeteszorg in eigen praktijk te benchmarken tegenover de (ruimere) regio.

Er dient vanzelfsprekend niet alleen een databeleid rond diabetes ontwikkeld te worden, maar rond alle chronische aandoeningen. **Diabetes kan echter functioneren als piloot**, aangezien het Belgische diabetesterrein reeds veel ervaring heeft opgedaan wat betreft de verzameling van data en de verwerking ervan door deel te nemen aan verschillende initiatieven zoals IKED, IKED-voet, Diabetes Projecten Aalst en Leuven, de evaluatie van de zorgtrajecten, het Belgisch Diabetes Register, de IMA-amputatiestudie, enzovoort.

In deze projecten werd en wordt actief samengewerkt met Sciensano, de mutualiteiten (IMA) en het RIZIV. Het Belgisch diabetesterrein staat dus klaar om deel te nemen aan de uitbouw van een databeleid rond diabetes, dat kan dienen als aanzet voor een databeleid voor chronische aandoeningen in het algemeen.

Bij dit alles is het noodzakelijk dat de **absolute bescherming van de verzamelde persoonsgegevens** gegarandeerd wordt om elk commercieel of lucratief gebruik te vermijden, evenals elk gebruik dat zou kunnen leiden tot vormen van discriminatie ten aanzien van mensen met aandoeningen gerelateerd aan de bloedsuikerspiegel, vooral op het vlak van werkgelegenheid of verzekeringen. De veiligheidsmaatregelen hierrond moeten echter op een efficiënte manier in het databeleid ingebouwd worden zodat een continue gegevensmonitoring mogelijk wordt. Bij alle uitgevoerde bevragingen bleken personen met diabetes bereid te zijn hun data, mits anonimiteit, open te stellen voor gebruik om de preventie, behandeling en organisatie van zorg rond diabetes te optimaliseren. Kortom, mensen met diabetes vragen duidelijk om hun gezondheidsdata te gebruiken!



Een goed mentaal welzijn als boost voor het leven met diabetes

Ondanks de vooruitgang in de behandeling en de technologie blijft leven met diabetes een dagelijkse opdracht. **Psychosociale ondersteuning voor een beter mentaal welzijn** van de persoon met diabetes verdient daarom meer aandacht. De mensen met diabetes benadrukken het belang van het stellen van de vraag 'Hoe gaat het met je?' op frequente basis en lanceren een duidelijke en luide oproep om dat prioriteit te geven.



In deze context blijkt **tijd** een cruciaal element te zijn, de tijd om te luisteren of de tijd om de juiste vragen te stellen tijdens raadplegingen. De diabeteseducatoren en de diabetesverpleegkundigen, met name in het kader van de conventies, zijn voor veel personen met diabetes het eerste, meest vertrouwde aanspreekpunt om positieve of moeilijke ervaringen mee te delen. Het is bijgevolg noodzakelijk om deze zorgprofessionals de tijd te geven om die luisterfunctie te vervullen, naast het 'cijfertjesdeel' van hun opdracht. Voor wie nog extra psychologische rugsteun nodig heeft, moet de toegang tot een psycholoog beter, zowel qua bereikbaarheid als qua kostprijs. Het is aangewezen om een aanbod van mentale gezondheidszorg te integreren in de reeds bestaande diabeteszorgstructuren.

De mensen met diabetes vragen daarnaast om meer ondersteuning en begeleiding, wat voor hen deels verwezenlijkt kan worden door **ervaringen uit te wisselen met medepatiënten** in psychologische sessies.

Daarbovenop is het ook belangrijk om de psychologische ondersteuning voor de **hulpverleners** zelf niet te vergeten: hoe ga ik om met de personen met diabetes die mij toevertrouwd worden, en hoe zorg ik ervoor dat ik zelf 'overeind blijf' in deze veeleisende job? Kortom, een vorming van hulpverleners kan hier de juiste handvaten aanreiken.



Maak diabetes zichtbaar bij de ruimere bevolking voor meer begrip en goede reflexen

Diabetes is, ondanks de hoge prevalentie, onvoldoende gekend bij de bevolking. Die onwetendheid zorgt voor onbegrip en onvermogen om juist te handelen in geval van nood.

In de eerste plaats moet er sterk ingezet worden op **sensibilisering bij jongeren en studenten**. Het is belangrijk om iedereen van jongs af aan te informeren over diabetes, bijvoorbeeld via informatiesessies in scholen, sportclubs en jeugdbewegingen. Er moet echter ook nog meer bewustwording komen over diabetes en de gevolgen ervan in (medische) opleidingen in hogescholen en universiteiten.

Ook het brede publiek moet beter op de hoogte gebracht worden van wat diabetes is en hoe het te herkennen en/of voorkomen. Daarbij is een belangrijke rol weggelegd voor de **media** volgens de diabetesgemeenschap, bijvoorbeeld door getuigenissen van bekende personen te verspreiden of door iemand met diabetes te integreren in populaire programma's zoals Thuis of Familie. Op die manier zijn sensoren, insulinepompen en dergelijke meer aanwezig op het beeldscherm van de doorsnee burger, wat ervoor zorgt dat de bevolking hier beter mee vertrouwd raakt.

Men dient wel altijd goed het onderscheid te maken **tussen diabetes type 1 en type 2**. Dit door te onderstrepen dat

diabetes type 1 een aandoening is die je op dit moment niet kan vermijden en dat er in de ontwikkeling van diabetes type 2 naast de levensstijl nog vele andere factoren zijn die meespelen. Het stigma rond diabetes type 2 moet van de baan.

Een cruciaal aandachtspunt is het bereiken van **specifieke risicogroepen**. Er is duidelijk nood aan rolmodellen met een andere etniciteit en/of sociale achtergrond om diabetes type 2 bespreekbaar te maken bij een aantal bevolkingsgroepen die vandaag nog onvoldoende bereikt worden, zoals de Turkse en Marokkaanse gemeenschap. Cultuursensitieve opvolging is nodig.

Net zoals voor bij een hartstilstand, moeten **de juiste reflexen** voor noodsituaties bij diabetes ingang vinden bij de ruimere bevolking. Geef de bevolking daarom eenvoudige informatie over hoe personen met diabetes kunnen geholpen worden in noodsituaties. Bijvoorbeeld: een suikerhoudende frisdrank kan onmiddellijk helpen bij hypoglycemie, maar het is ook belangrijk om uit te leggen wat een hypoglycemie is en hoe het te herkennen.



Complicaties voorkomen of sneller en beter aanpakken

Diabetes brengt vaak complicaties met zich mee. Alle complicaties verdienen veel aandacht, maar we vragen graag extra aandacht voor de sterk onderschatte complicatie **diabetesvoet**. Voetproblemen komen uiterst frequent voor bij diabetes. Het zogenaamd diabetesvoetsyndroom wordt veroorzaakt door schade aan de zenuwen en bloedvaten van de onderste ledematen ten gevolge van diabetes. 20 tot 30% van de mensen met diabetes ontwikkelen tijdens hun leven een diabetesvoet en naar schatting zouden er per jaar 40.000 nieuwe gevallen bijkomen in België.

Een diabetesvoet is enorm belastend voor de persoon met diabetes, maar ook voor diens familie. Enkele gevolgen zijn de beperkte mobiliteit, het frequente ziekenhuiscontact, het niet meer kunnen besturen van een wagen, de angst voor amputatie... De aandoening wordt vaak chronisch met langdurige wonden of snel recidief na genezing. Het risico dat dit uitmondt in een mineure (delen van de voet) of majeure (onder- of bovenbeen) amputatie is erg groot.

Er moet meer ingezet worden op **preventie bij risicopersonen en op een tijdige, deskundige behandeling van diabetesvoetproblemen**. Dat vraagt om een goed uitgebouwde preventieve en curatieve zorg. De eerste stappen naar een hoogkwalitatieve diabetesvoetzorg in België werden meer dan 30 jaar geleden gezet met de erkenning van multidisciplinaire diabetesvoetklinieken, die aan hoge kwaliteitsstandaarden moeten voldoen. België en Duitsland zijn de enige landen waar dergelijke kwaliteitsstandaarden voor diabetesvoetklinieken gelden.

De laatste jaren zijn er echter niet veel nieuwe stappen meer gezet in de verbetering van de diabetesvoetzorg. Meerdere onvervulde noden en knelpunten dringen zich op, zowel in de ambulante zorg als tijdens de hospitalisatie. Enkele van die knelpunten:

Een erkenning van het beroep zorgpedicure is aan de orde. In tegenstelling tot de podologen, die het meest gespecialiseerd zijn, richten de voetverzorgers zich op de niet-cosmetische voetverzorging. Hun taken moeten bijgevolg duidelijk afgelijnd worden van de taken van de **podologen en samenwerking tussen die twee groepen dient bovendien gestimuleerd te worden**. Er ligt daarvoor een voorstel voor Koninklijk Besluit klaar, maar dat blijft voorlopig in de schuif liggen.

Er is nood aan **meer podologie in secundaire preventie, in het bijzonder bij mensen die al een voetwonde hebben gehad of lijden aan de ziekte van Charcot**. Momenteel worden er slechts twee consultaties per jaar terugbetaald, maar de nood aan verzorging en educatie bij deze patiënten is veel groter. Er zijn zes tot twaalf contacten per jaar nodig wanneer iemand kampt met hoogrisico voetproblemen.

Mensen met voetvervormingen door neuropathie en/of door mineure amputaties, die aangepast schoeisel moeten dragen, hebben nood aan **schoeisel voor binnenshuis**. Ze krijgen aangepast schoeisel voor buitenshuis voorgeschreven, maar dat wordt binnen uiteraard niet vaak gedragen. Patiënten zetten doorgaans echter de meeste stappen binnenshuis, maar deze geven zonder goede bescherming door een aangepaste binnenshuisschoen, nieuwe wonden.



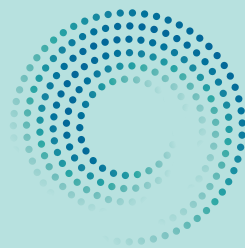
Aangepast schoeisel voor binnenshuis dat licht is, van zacht materiaal, een binnenshuis 'look' heeft en makkelijk aan te trekken is, maar dezelfde drukverdelende capaciteit heeft als buitenshuisschoeisel, zou een grote hulp kunnen bieden.

In-shoe drukmetingen moeten vergoed worden in secundaire preventie, in het bijzonder bij mensen die kampen met een voetulcus of met de ziekte van Charcot. Als men schoeisel aanpast op basis van deze metingen kan men de kans op een nieuwe voetwonde met 50% verminderen.

Mensen met voetulcera hebben hoge kosten, bijvoorbeeld voor het wondzorgmateriaal, het vervoer van en naar de voetkliniek, podologie, een extra paar schoenen... Het is uitermate belangrijk dat die **kosten beperkt worden**.

Tot slot: de diabetesvoetconventie voorziet reeds in de financiering van consultaties door een multidisciplinair team, maar die aanpak moet nog verder doorgetrokken worden tijdens de hospitalisatie. **Patiënten moeten door hetzelfde team van zorgverleners behandeld worden**. Dat moet financieel gestimuleerd worden om overbodige amputaties te vermijden, ligdagen te besparen en de kosten te beperken.





BELGIAN DIABETES FORUM

CONTACT

info@belgiandiabetesforum.be
www.belgiandiabetesforum.be