

# D E I N V O E R I N G V A N E E N D I A B E T E S P A S I N B E L G I Ë

## **Een opportuniteit voor een betere diabeteszorg**

J. WENS, F. NOBELS, R. BAETEN, L. FEYEN, P. SUNAERT, P. VAN ROYEN, P. VAN CROMBRUGGE

*Men voorspelt dat tussen dit en acht jaar het aantal diabetespatiënten in West-Europa met zo'n 20 % zal toenemen. Veroudering van de bevolking, toenemende prevalentie van overgewicht en gebrek aan lichaamsbeweging liggen onder meer aan de basis van dit groeiend gezondheidsprobleem. Diabetes, onderverdeeld in type 1 en 2, is een complexe en vaak sluimerende aandoening die een adequate medische follow-up vraagt. Bovendien vereist de zorg voor diabetici een aantal voorwaarden inzake organisatie van de zorgverlening. Een eerste concrete stap naar betere omkadering werd gezet met de recente invoering van de diabetespas. Dit boekje op naam van de patiënt vormt de spil van het vernieuwingsproject Diabetes dat huisartsen en andere zorgverleners moet stimuleren om de diabeteszorg globaal aan te pakken. Dit artikel belicht de mogelijkheden van dit nieuwe instrument.*

Op 1 maart 2003 lanceerde Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen, de diabetespas in België. De diabetespas is het resultaat van twee jaar overleg in de werkgroep Diabetes van het wetenschappelijk comité voor chronische ziekten (RIZIV) en vormt het scharnierpunt van het Diabeteszorgproject. Dit project komt tegemoet aan een oproep van het Ministerie van Sociale Zaken om projecten uit te werken die voldoen aan de definitie van zorgvernieuwing voor chronisch zieken. Ons huidig zorgmodel zou immers te weinig aandacht besteden aan de zorg voor die groep van patiënten. Deze zorgvernieuwingprojecten moeten een globaal antwoord geven op de concrete behoeften van chronische patiënten die momenteel onvoldoende worden ingevuld.

Naast de patiëntenverenigingen uit beide landsdelen (Vlaamse DiabetesVereniging en Association Belge du Diabète) waren ook de ziekenfondsen, de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH), de Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) en tal van andere beroepsgroepen in de werkgroep vertegenwoordigd. Het zorgvernieuwingproject diabetes bestaat uit een globaal pakket diabeteszorg. De voorgestelde maatregelen zijn

alle wetenschappelijk onderbouwd en kosteneffectief. Het project stimuleert het werken volgens de actuele diabetesrichtlijnen, erkent de coördinerende rol van de huisarts in de zorg voor type-2-diabetespatiënten, stimuleert een betere communicatie tussen de verschillende zorgverleners en zorgt voor een betere omkadering van de zorg voor mensen met diabetes type 2.

Met dit artikel willen we artsen stimuleren om dit nieuwe instrument te gebruiken, de mogelijkheden ervan te ontdekken en zo (nog) meer voldoening te vinden in het begeleiden van diabetespatiënten.

### **P r e v a l e n t i e e n i n c i d e n t i e**

Diabetes is een belangrijk en groeiend gezondheidsprobleem. Zes procent van de bevolking lijdt aan deze ziekte, de helft is niet eens gediagnosticeerd<sup>1,2</sup>. Men voorspelt dat in West-Europa tussen 2000 en 2010 het aantal diabetespatiënten zal stijgen van 20,2 naar 24,4 miljoen, een toename van ongeveer 20 %<sup>3</sup>. Voor België werd de prevalentie, het totaal aantal gekende patiënten, via de peilpraktijken berekend op 33 per 1 000 inwoners. Dit cijfer komt overeen met de berekende prevalentie in de CODE-2-studie over type-2-diabetes in Europa<sup>4</sup>. Via de gegevens van het peilnetwerk kon voor

**De diabetespas is een instrument dat de communicatie verbetert tussen alle zorgverleners onderling en tussen zorgverlener en patiënt.**

België tevens een jaarlijkse incidentie, het aantal nieuwe patiënten per jaar, worden berekend van 231 nieuwe patiënten per 100 000 inwoners. Dit komt neer op 23 492 nieuwe diabetespatiënten per jaar of zowat twee à drie patiënten per jaar, per huisartsenpraktijk<sup>5</sup>. Zowel type-1- als type-2-diabetes nemen toe. De oorzaken van de toename van type-1-diabetes, een auto-immune aandoening, zijn nog niet met zekerheid gekend. De oorzaken van de toename van type-2-diabetes, de meest frequente vorm van diabetes, zijn veroudering van de bevolking, toenemende prevalentie van overgewicht en gebrek aan lichaamsbeweging. Daar waar type-1-diabetes onmiddellijk symptomen induceert die leiden tot een snelle diagnose, is type-2-diabetes vaak een sluimerende aandoening waar-

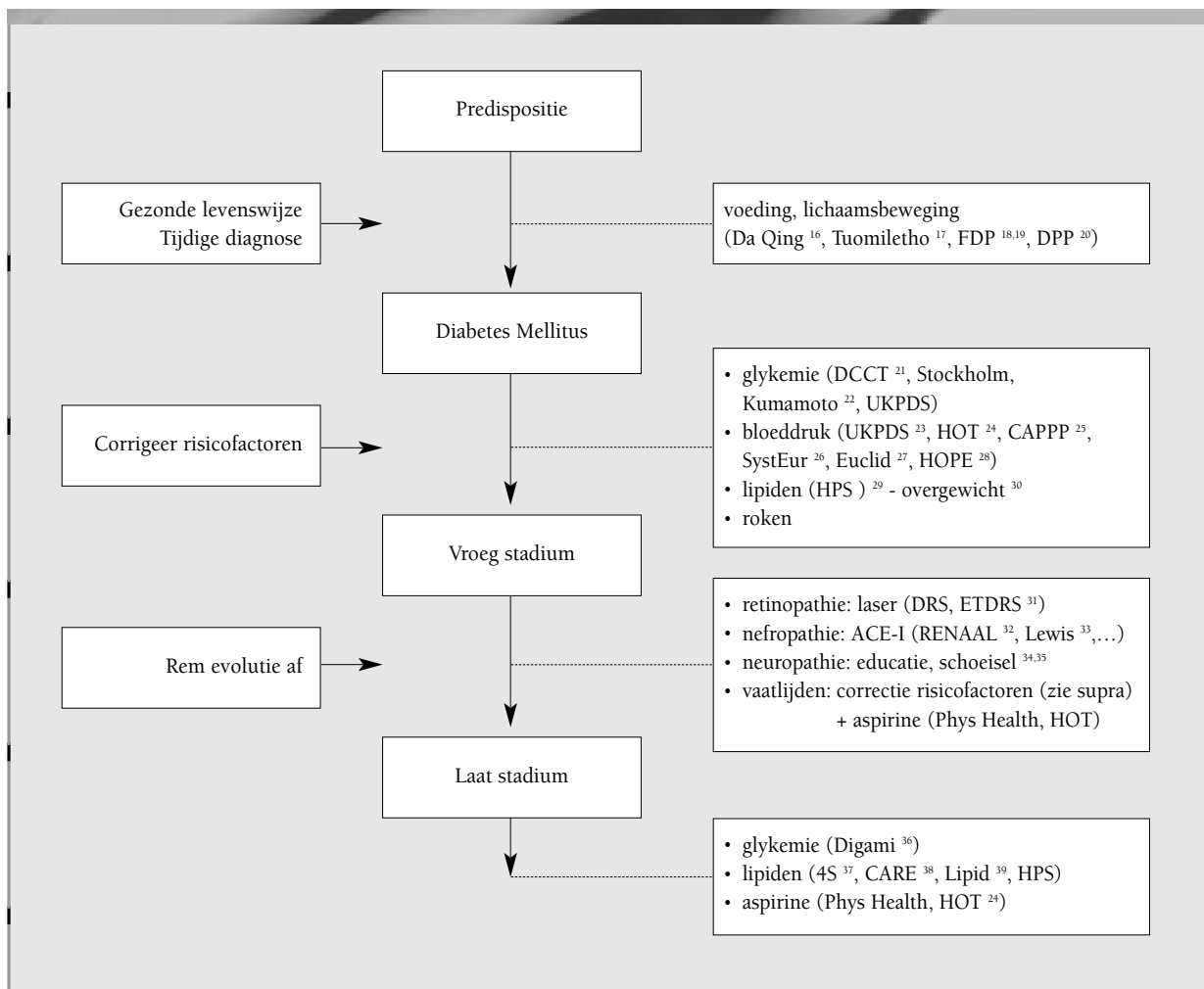
mee men jaren kan rondlopen voor ze wordt vastgesteld. Hierdoor stijgt het risico van het ontwikkelen van complicaties.

### **Nood aan een globale aanpak**

Diabetes is de directe oorzaak van een aantal belangrijke gezondheidsproblemen als nierinsufficiëntie, blindheid, ischemisch hartlijden, CVA, perifere vaataandoeningen, zenuwbeschadiging en amputaties van de onderste ledematen. Naast deze somatische problematiek lijden diabetici ook psychisch en sociaal onder hun aandoening. Zonder een adequate levenslange behandeling en follow-up veroorzaakt diabetes meestal op relatief korte termijn invaliderende complicaties en leidt tot een vroegtijdige dood. Een goede behandeling vraagt een globale aanpak, waarbij niet alleen de hyperglykemie wordt gecorrigeerd, maar ook aandacht wordt besteed aan detectie en correc-

tie van cardiovasculaire risicofactoren en het vroegtijdig ontdekken van diabetescomplicaties om met een aangepaste behandeling de evolutie naar klinisch belangrijke complicaties af te remmen. Het gunstig effect van deze globale aanpak is in verschillende studies bewezen (zie *schema*) en is kosteneffectief<sup>6-15</sup>. Nochtans heeft het slechts kans op slagen als men de patiënt motiveert, opvoedt en sterk bij de behandeling betreft.

Dergelijke complexe zorgverlening stelt een aantal eisen inzake organisatie. Belangrijke aspecten zijn enerzijds het werken volgens bepaalde richtlijnen waarbij iedere zorgverlener dezelfde doelen nastreeft (protocollaire opzet van de zorg) en anderzijds een gestructureerde samenwerking tussen de verschillende zorgverleners die bij de zorg betrokken zijn. Een multidisciplinair team moet worden samengesteld om de patiënt te begeleiden. Dit leidt tot een geïntegreerde diabeteszorg.



Schema: Evidence-based globale aanpak van diabetes.

### **Valkuilen van de 'traditionele' diabeteszorg**

Tal van factoren bemoeilijken de invoering van een geïntegreerde diabeteszorg in Vlaanderen. Recent legden onderzoekers van de universiteiten van Gent en Antwerpen in opdracht van het Vlaams Ministerie van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid de belangrijkste knelpunten bloot die een geïntegreerde diabeteszorg in de weg staan<sup>40</sup>. Men kan de knelpunten rangschikken volgens drie zorgniveaus: het microniveau (niveau van de individuele zorgverlener en zijn patiënt), het mesoniveau (niveau van de regionale organisaties en de interdisciplinaire platformen) en het macroniveau (niveau van de overheid, ziekenfondsen, beroepsgroepen en academici) (*kader*).

### **Belangrijkste knelpunten**

Dat het huidige zorgverleningsmodel vooral gericht is op 'acute complaint management' en niet op 'chronic disease management', is een belangrijk knelpunt. Dit acuut zorgmodel werkt goed voor ziektebeelden met een kortdurend verloop, maar is verre van ideaal voor het begeleiden van chronisch zieken. Andere knelpunten zijn de gebrekkige samenwerking en communicatie tussen de verschillende zorgverleners waardoor de patiënt niet steeds het meest gewenste zorgtraject volgt, de aanzienlijke financiële barrières voor medicatie en essentiële zorgen zoals voedingsadvies, preventieve zowel als curatieve voetzorg en een gebrek aan educatie in de eerste lijn, waardoor nogal wat patiënten het risico lopen om deze elementaire zorg te missen.

### **Knelpunten voor een geïntegreerde diabeteszorg in België**

#### **Microniveau** (HET NIVEAU VAN DE INDIVIDUELE ZORGVERLENERS EN DE PATIËNT)

- Ontbreken van inschrijving van patiënten in een huisartsenpraktijk. Dit brengt de continuïteit van het zorgproces en op lange termijn ook de kwaliteit van het zorgproces in het gedrang.
- Geen traditie van werken met richtlijnen en taakafspraken.
- Onvoldoende samenwerking tussen de verschillende zorgverleners. Dit gaat gepaard met gebrekkige informatieoverdracht, onvoldoende bereidheid om volgens een gezamenlijke zorgvisie te werken, ondoeltreffende terugverwijzing enzovoort.

#### **Mesoniveau** (HET NIVEAU VAN REGIONALE INTERDISCIPLINAIRE OVERLEGORGANEN, IN HET BIJZONDER DE LOKALE SAMENWERKINGSINITIATIEVEN VOOR DE THUISZORG)

- Deze overlegorganen zijn onvoldoende bekend bij de individuele zorgverleners.
- Het ontbreekt deze structuren aan voldoende financiële middelen om een belangrijke coördinerende taak op te nemen.

#### **Macroniveau** (HET NIVEAU VAN DE OVERHEID)

- Er is bevoegdheidsversnippering bij de Belgische overheid wat de gezondheidszorg betreft. De preventieve gezondheidszorg valt onder de verantwoordelijkheid van de regionale gemeenschappen, de curatieve zorg onder de bevoegdheid van de federale overheid. Chronische aandoeningen zoals diabetes, waarbij preventie en curatie nauw verstrengd zijn, vallen vaak tussen wal en schip.
- Het betalingssysteem per prestatie met remgeld voor de patiënt bemoeilijkt de opvolging van chronische aandoeningen. Dit betalingssysteem remt bij zorgverleners niet-prestatiegebonden preventieve activiteiten af. Anderzijds verhoogt het remgeld bij de patiënt de drempel voor deelname aan preventieve onderzoeken die geen onmiddellijk resultaat opleveren, maar slechts op lange termijn vruchten afwerpen.
- Onvoldoende ondersteuning van het sociale vangnet. Een chronische (diabetes)patiënt moet elke sociale tegemoetkoming zelf aanvragen, wat vaak niet of erg laatijdig gebeurt door gebrek aan informatie.
- Het huidige gezondheidsbeleid is vooral gericht op 'acute complaint management' en niet op 'chronic disease management'.

### Sluimerende ziekte

Zelfs al mochten alle voornoemde knelpunten opgelost zijn, dan nog zou de diabeteszorg niet probleemloos verlopen. Bij het begin van de ziekte, vaak in een preklinisch stadium, voelt de persoon zich absoluut nog geen 'patiënt'. Voordat de klinische tekenen of complicaties zichtbaar worden, zijn er geen klachten noch voelbare beperkingen. Motiveren tot gedragsverandering, zoals wijzigen van voedingsgewoonten, rookstop en meer lichaamsbeweging, is in dit preklinische stadium van de ziekte helemaal niet zo vanzelfsprekend. Het integreren van deze adviezen in het persoonlijke leven is bijzonder moeilijk, zeker wanneer de patiënt controle wil houden over zijn eigen leven<sup>41</sup>.

In een later stadium van de ziekte worden diabetespatiënten vaak behandeld met verschillende farmaca (tegen hyperglykemie, hyperlipidemie, hypertensie) en zullen bij het optreden van comorbiditeit verschillende zorgverleners bij de zorg betrokken worden.

**Diabeteszorg is echte huisartsenzorg: chronische low-tech begeleiding binnen het biopsychisch-medisch model met aandacht voor preventie, curatie en samenwerking.**

### Weerstand

Het optimaal volgen van het voorgestelde zorgtraject roept bij patiënten heel wat weerstanden op. De patiënt blijvend motiveren, met naar zijn/haar mening vaak 'onpopulaire' maatregelen (verandering van levensgewoonten, therapietrouw aan medicatieschema en stiptheid in follow-up schema van bloedanalyses en technische onderzoeken), vraagt van de huisarts dan ook tijd en communicatieve vaardigheden. Het risico bestaat dat de patiënt uiteindelijk 'afhaakt' en zijn/haar zorg beperkt tot het oplossen van acute problemen zonder aandacht te schenken aan de problemen op langere termijn.

Naast het spanningsveld tussen arts en diabetespatiënt kunnen ook spanningen optreden tussen de verschillende zorgverleners. Door een gebrekkige communicatie, zowel bij verwijzing van de patiënt als bij terugverwijzing, ervaart de patiënt in al deze talrijke – wellicht steeds goed bedoelde – boodschappen echter wel eens tegenstrijdige informatie. Op die wijze krijgt de patiënt de indruk dat er geen zorgcontinuïteit is binnen het 'team'.

## Zorgvernieuwing voor diabetespatiënten

### Huisarts centraal

Het zorgvernieuwingproject heeft met voornoemde knelpunten rekening gehouden en formuleert een antwoord op een aantal ervan. Het project bevestigt de rol van de

huisarts als coördinator van de zorg voor type-2-diabetespatiënten. Vele huisartsen nemen deze verantwoordelijkheid momenteel al op. Patiënten zullen via de diabetespas aangemoedigd worden om voor hun zorg de huisarts te raadplegen. De basisbehandeling van de diabetespatiënt vraagt immers geen hoogtechnologische interventies, maar is eerder 'low-tech'. Een nauwkeurige anamnese met gericht advies, een periodieke opvolging van gewicht, bloeddruk, pulsaties en voetonderzoek met monofilament en enkele biochemische parameters als glykemie, HbA1c, totaalcholesterol, HDL en triglyceriden, creatininemie en microalbuminurie, maken de follow-up van diabetes bijna compleet. Op basis van deze

gegevens kan de glykemieregeling gestuurd worden en kunnen de cardiovasculaire risicofactoren aangepakt en chronische diabetescomplicaties in een vroeg stadium gedetecteerd en behandeld worden. Naast de technisch-medische benadering vormen informatie en educatie van de patiënt en zijn familie een belangrijk onderdeel van de

behandeling. Is dit juist niet de specialiteit van de huisarts? Een chronische, low-tech begeleiding binnen het biopsychisch-medisch model met aandacht voor preventie, curatie en samenwerking. Kortom, in de diabeteszorg heeft de huisarts een belangrijke plaats.

### Betere omkadering

Het zorgvernieuwingproject laat een betere omkadering toe van de zorg in de eerste lijn. Tot nu toe kon de huisarts zijn/haar patiënt in de eerste lijn weinig bieden inzake dieetadvies en voetzorg. De patiënt moest zelf instaan voor deze essentiële zorgaspecten. Daar komt nu verandering in. Type-2-diabetespatiënten met diabetespas genieten terugbetaling voor voedingsadvies bij de diëtist(e), weliswaar jaarlijks beperkt tot twee consulten van 30 minuten. Patiënten met verhoogde kans op voetcomplicaties (zie tabel 1, zie volgende blz.) genieten nu ook terugbetaling van podologisch advies, eveneens beperkt tot twee consulten per jaar. Deze opportuniteiten voor een betere diabeteszorg in de eerste lijn zijn volledig nieuw. In de bestaande 'conventies' voor patiënten met diabetes type 1 (of type 2 behandeld met minstens twee insuline-injecties per dag) bestonden deze mogelijkheden wel reeds langer in het ziekenhuis. Dat de overgrote meerderheid van alle diabetespatiënten geen aanspraak kon maken op terugbetaling van een dieetadvies in de eerste lijn, leidde bij tal van huisartsen terecht tot grote frustratie.

Minstens jaarlijks nazicht van de voeten:

- opsporen van neuropathie met een 10 g-monofilament;
- nagaan van orthopedische misvormingen:
  - licht = prominente metatarsaalkoppen met minimale eelten en nog soepele afrolling bij het gaan, hamertenen of beperkte hallux valgus < 20 °;
  - zwaar = ernstiger orthopedische afwijkingen;
- voelen van de vaatpulsaties.

risicogroep	0	1	2a	2b	3 (één van de volgende)
neuropathie	neen	ja	ja	ja	
orthopedische misvorming	neen	neen	licht	zwaar	Charcot
vaatlijden	neen	neen	neen	neen	ja
vroeger voetwonde of amputatie	neen	neen	neen	neen	ja
<b>risico</b>	<b>laag</b>	<b>matig</b>	<b>hoog</b>	<b>zeer hoog</b>	<b>extreem hoog</b>

Zeer hoog risico vanaf 2b en 3:

- voetverzorging door een gegradueerde podoloog tweemaal per jaar terugbetaald.
- doorverwijzing naar een diabetesvoetraadpleging noodzakelijk!

Tabel 1: risicobepaling van diabetische voet (naar de diabetespas, zie [www.diabetespas.be](http://www.diabetespas.be)).

## De diabetespas

Een belangrijk aspect van het zorgvernieuwingsproject is de invoering van de diabetespas. Alle type-2-diabetespatiënten kunnen via het ziekenfonds een diabetespas aanvragen. Het is een klein boekje op naam van de patiënt en heeft drie doelstellingen: (1) de patiënt informeren, (2) de huisarts ondersteunen en (3) de communicatie bevorderen. De inhoudstafel wordt weergegeven in tabel 2. Het is dus eerst en vooral een educatief middel voor de patiënt. De diabetespas geeft correcte en verstaanbare informatie, beschrijft het natuurlijke verloop en de maatregelen die kunnen worden genomen om de complicaties door diabetes zoveel mogelijk te voorkomen.

De diabetespas is bovendien een houvast voor de huisarts. Er is plaats voor een medicatieschema en het bevat tevens een duidelijk schema van onderzoeken die best periodiek worden gepland. De huisarts kan erin aankruisen wat reeds werd uitgevoerd en wat verder moet worden besproken (tabel 3). Zo kunnen persoonlijke doelstellingen met de patiënt worden doorgenomen en geëxpliciteerd. Door in de pas deze individuele en bijgevolg haalbare doelstellingen te noteren, blijven ze steeds duidelijk, niet alleen voor de patiënt maar ook voor alle bij de diabetesproblematiek betrokken zorgverleners (tabel 4, zie blz. 144). De meest optimale afkapwaarden voor deze doelstellingen staan echter nog steeds ter discussie. De grootte van het effect is nog niet onomstotelijk bewezen.

Toch werd geopteerd om in de diabetespas concrete cijfers te vermelden. De meeste wetenschappelijke organisaties zoals de 'American Diabetes Association' (ADA), 'International Diabetes Federation' (IDF) en 'European Association for the Study of Diabetes' (EASD) geven slechts één afkapwaarde en geen 'schaal'. De experts binnen de werkgroep verkozen echter te werken met verschillende afkapwaarden. Zo wordt benadrukt dat er aanzienlijke winst kan worden geboekt, ook al is het ideaal nog niet bereikt.

Deze pas is ten slotte een communicatiemiddel tussen de patiënt en alle zorgverleners die bij het zorgproces betrokken zijn. Zo kunnen alle betrokken disciplines rond de patiënt een beter 'team' vormen. De afgesproken behandelingsdoelstellingen zijn visueel beschikbaar zodat veel verwarring kan worden voorkomen.

### Voor- en nadelen

Het doelmatig gebruik van deze diabetespas betekent voor de patiënt zeker belangrijke voordelen. Als middel tot 'patient empowerment' zorgt de diabetespas ervoor dat de patiënt beter op de hoogte is van al de noodzakelijke maatregelen en onderzoeken die voorgesteld worden om zijn/haar ziekte te beheersen en zodoende ernstige complicaties zo lang mogelijk uit te stellen. Het noteren van persoonlijke en haalbare doelstellingen maakt het voor de patiënt ook een stuk duidelijker in welke richting zijn/haar zorgverleners hem/haar precies willen loodsen.

Deze pas is een werkdocument waarin u samen met uw zorgverleners belangrijke informatie over uw diabetes kunt noteren. Gebruik hiervoor de volgende pagina's:

- 1 Uw persoonlijke gegevens.
- 3 De gegevens van uw zorgverleners.
- 6 Uw belangrijkste gezondheidsproblemen (in te vullen met hulp van uw huisarts).
- 8-11 Geneesmiddelen tabellen (in te vullen met hulp van uw huisarts en apotheker).
- 12-17 Opvolgformulieren. Spreek met uw huisarts uw behandelingsdoelen af (naar welk gewicht, welke bloedsuiker, welke bloeddruk enzovoort, u gaat streven). Noteer deze in de eerste kolom. Noteer de resultaten van uw opvolging en onderzoeken in de volgende kolommen. Dit geeft een goed overzicht en voorkomt dat onderzoeken worden vergeten of nodeloos herhaald.
- 19 Informatie voor uw arts om te bepalen hoe groot uw risico is om voetletsels door diabetes te krijgen.
- 20-23 Notitiepagina's waarin u en uw zorgverleners belangrijke opmerkingen kunnen noteren.
- 24-30 Informatie.

Tabel 2: inhoudstafel en gebruiksaanwijzing van de diabetespas (uit de diabetespas, zie [www.diabetespas.be](http://www.diabetespas.be)).

Jaar: 20..	Datum:	.. / .. / .....	.. / .. / .....	.. / .. / .....	.. / .. / .....	.. / .. / .....	.. / .. / .....
Streefdoel	In elk kwartaal	naargelang nodig frequenter of minder frequent					
	gewicht						
	roken						
	lichaamsbeweging						
	bloeddruk						
	nuchtere bloedsuiker						
	HbA1c (nl. .... tot ..... )						
	controle medicatie-inname						
	Jaarlijks	naargelang nodig frequenter of minder frequent					
	advies diëtist (*)						
	evaluatie voetrisko						
	advies podoloog (*)						
	cholesterol						
	HDL-cholesterol						
	triglyceriden						
	serumcreatinine						
	microalbuminurie						
	elektrocardiogram						
	oogspiegeling						
	nazicht glucometer						

(\*) terugbetaling: voedingsadvies tweemaal 30 min./jaar; tenzij u ervoor in een ander reglementair of conventioneel kader een tegemoetkoming geniet; voetzorg door podoloog tweemaal per jaar bij hoog risico.

Tabel 3: opvolgformulier uit de diabetespas (zie [www.diabetespas.be](http://www.diabetespas.be)).

	prima	goed	matig	zwak
<b>vermagering bij overgewicht</b> (% daling van gewicht)	> 10	5-10	2-5	< 2
<b>lichaamsbeweging</b>	dagelijks	3x/wk	1-2x/wk	nooit
<b>nuchtere bloedsuiker</b> (mg/dl)	80-110	110-140	140-180	> 180
<b>HbA1c</b> (%)	< 7	7-8	8-9	> 9
<b>roken</b>	neen	verminderd		ja
<b>bloeddruk</b> (mm Hg)	< 130/80	< 140/90	< 150/95	> 150/95
<b>cholesterol</b> (mg/dl)	< 180	180-220	220-250	> 250
<b>triglyceriden</b> (mg/dl)	< 150	150-180	180-200	> 200

Tabel 4: individuele behandelingsdoelen (uit de diabetespas, zie [www.diabetespas.be](http://www.diabetespas.be)).

Dankzij een betere communicatie zowel onderling als met de patiënt kunnen de zorgverleners zich bovendien beter als team profileren. Het gebruik van een gestructureerd schema vermijdt dat zaken over het hoofd worden gezien en verhoogt de kans dat het zorgproces helemaal wordt afgewerkt. De terugbetaling van dieetadvies en het voetzorgadvies bij een verhoogd risico van diabetische voet, verbeteren de toegankelijkheid tot deze noodzakelijke aspecten in de diabeteszorg. Hierdoor kunnen nieuwe complicaties worden vermeden.

De diabetespas is weliswaar geen vrijgeleide voor een zorgeloze diabeteszorg. Het kan verloren geraken en vraagt toch weer een plaatsje binnen alle andere administratieve vereisten.

#### Betere opvolging

Voor de huisarts zijn er ontegensprekelijk aanzienlijke voordelen verbonden aan de invoering van de diabetespas. Naast de erkenning die hij/zij hiermee verdient als coördinator van de diabeteszorg, laat de pas een betere systematiek toe voor het uitvoeren van deze coördinerende taak. Het aangeboden schema voor gestructureerde zorg is immers volledig. Doorloopt de huisarts alle items, dan biedt hij/zij ook een correcte diabeteszorg aan: niet meer, maar zeker ook niet minder. De betere omkadering in de eerste lijn dankzij de terugbetaling van het dieetadvies en podologisch advies bij een verhoogd risico van diabetische voet, vergemakkelijkt wellicht de taak van de huisarts om de patiënt te overhalen gebruik te maken van deze diensten.

Voor de huisarts is bovendien bij gebruik van deze pas een financiële vergoeding voorzien. Die vergoeding moet de nadelen van de bijkomende administratie helpen compenseren. Het gebruik van de diabetespas betekent inderdaad extra tijdsinvestering en administratieve belasting voor de huisarts, bovenop het beheer van het eigen (Globaal) Medisch Dossier.

#### Slaagkansen verhogen

Het succes van deze diabetespas hangt af van enkele factoren. Anders dan in andere landen waar soortgelijke experimenten met een diabetespas hebben gelopen, werden in het Belgisch project stimuli ingebouwd die de slaagkansen van het project moeten verhogen<sup>42</sup>. Zo wordt de diabetespas verstrekt door de ziekenfondsen die in hun respectieve ledenbladen voldoende promotie zullen maken voor dit instrument. Zij kunnen zich op die manier profileren naar hun leden diabetici.

Voor de patiënt wordt er tweemaal per jaar een vergoeding voorzien voor 30 minuten dieetadvies. Tot voor kort ontbrak dit volledig in de eerstelijnsgezondheidszorg. Bij hoog risico van diabetische voet is er eveneens tweemaal per jaar terugbetaling van podologisch advies. Dit is helemaal nieuw in de eerstelijns geneeskunde.

De vergoeding die de huisarts krijgt voor het werken met de diabetespas, werd voor heel België gebudgetteerd op 1,55 miljoen euro op jaarbasis. De Technisch Geneeskundige Raad zal zich buigen over de toewijzingsprincipes ervan.

**B e s l u i t**

**Met de invoering van de diabetespas wordt een belangrijke eerste stap gezet naar de implementatie van een geïntegreerde diabeteszorg. De diabetespas die dienst doet als hulpmiddel voor 'patient empowerment', is tegelijkertijd een communicatiemiddel zowel tussen betrokken zorgverleners onderling als met hun patiënt. Het zorgteam rond de patiënt wordt zo duidelijker afgebakend. De taak van de huisarts in de zorgcoördinatie wordt erkend en gehonoreerd, waardoor we hopen een betere diabeteszorg te kunnen realiseren.**

**AUTEURS**

J. Wens is als huisarts verbonden aan de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen en aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen en tevens coördinator van het Diabetesproject Vlaanderen;

F. Nobels werkt als endocrinoloog-diabetoloog op de afdeling Endocrinologie van het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis te Aalst en is coördinator van de professionele sectie van de Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV);

R. Baeten is als huisarts verbonden aan de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen;

L. Feyen en P. Snaert zijn als huisarts verbonden aan de Vakgroep huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent;

P. Van Royen is huisarts en tevens hoofddocent verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen;

P. Van Crombrugge werkt als endocrinoloog-diabetoloog op de afdeling Endocrinologie van het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis van Aalst.

**L i t e r a t u u r**

- Hortolanus-Beck D, Lefebvre PJ, Jeanjean MF. Le diabète dans la province belge du Luxembourg : fréquence, importance de l'épreuve de surcharge glucosée orale et d'une glycémie à jeûn discrètement accrue. *Diabete Metab* 1990;16:311-7.
- Mooy JM, Grootenhuis PA, de Vries H, Valkenburg HA, et al. Prevalence and determinants of glucose intolerance in a Dutch caucasian population. The Hoorn Study. *Diabetes Care* 1995;18:1270-3.
- Jiwa F. Diabetes 1994-2010: Global Estimates and Projections. *Statistical Bulletin* 1997;Jan-Mar:78(1):2-8. zie ook: [www.idi.org.au/global.htm](http://www.idi.org.au/global.htm).
- Code-2<sup>TM</sup> Study. Cost of diabetes in Europe - Type 2 Study. 1998.
- Wens J, Van Casteren V, Vermeire E, Van Royen P, Pas L, Denekens J. Diagnosis and treatment of type 2 diabetes in three Belgian regions. Registration via a network of Sentinel general practices. *Eur J Epidemiol* 2001;17:743-50.
- UK Prospective Diabetes Study Group. UKPDS 33. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet* 1998;352:837-53.
- UK Prospective Diabetes Study Group. UKPDS 34. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes. *Lancet* 1998;352:854-65.
- Gaede P, Vedel P, Parving HH, Pedersen O. Intensified multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: the Steno type 2 randomised study. *Lancet* 1999;353:617-22.
- Javitt JC. Cost savings associated with detection and treatment of diabetic eye disease. *Pharmacoeconomics* 1995;8:S33-9.
- The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Lifetime benefits and costs of intensive therapy as practiced in the diabetes control and complications trial. *JAMA* 1996;276:1409-15.
- Rodby RA, Firth LM, Lewis EJ. An economic analysis of captopril in the treatment of diabetic nephropathy. The Collaborative Study Group. *Diabetes Care* 1996;19:1051-61.
- Eastman RC, Javitt JC, Herman WH, Dasbach EJ, et al. Model of complications of NIDDM II. Analysis of the health benefits and cost-effectiveness of treating NIDDM with the goal of normoglycemia. *Diabetes Care* 1997;20:735-44.
- UK Prospective Diabetes Study Group. UKPDS 40. Cost effectiveness analysis of improved blood pressure control in hypertensive patients with type 2 diabetes. *BMJ* 1998;317:720-6.
- Jonsson B, Cook JR, Pedersen TR. The cost-effectiveness of lipid lowering in patients with diabetes: results from the 4S trial. *Diabetologia* 1999;42:1293-301.
- Grover SA, Coupal L, Zowall H, Dorais M. Cost-effectiveness of treating hyperlipidemia in the presence of diabetes : who should be treated ? *Circulation* 2000;102:722-7.
- Pan XR, Li GW, Hu YH, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997;20:537-44.
- Tuomilehto J, Eriksson JG, Valle TT, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343-50.
- Uusitupa M, Louheranta A, Lindstrom J, et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (FDP). *Br J Nutr* 2000;83:S137-42.
- Eriksson J, Lindstrom J, Valle T, et al. Prevention of type 2 diabetes in subjects with impaired glucose tolerance; The Diabetes Prevention Study in Finland (FDP). *Diabetologia* 1999;42:793-801.
- Knowler WC, Barrett-Conner E, Fowler S, et al. Diabetes Prevention Program Research Group (DPP). Reduction in the incidence of type 2 with lifestyle intervention or Metformine. *N Engl J Med* 2002;346:393-403.
- The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Lifetime benefits and costs of intensive therapy as practiced in the diabetes control and complications trial. *JAMA* 1996;276:1409-15.
- Ohkubo Y, Kishikawa H, Araki E, et al. Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetic microvascular complications in Japanese patients with non-insuline-dependent diabetes mellitus: a randomized prospective 6-year study. *Diabetes Res Clin Pract* 1995;28:103-17.
- UKPDS 39. Efficacy of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes. *BMJ* 1998;317:713-20.
- Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, et al. Effects of intensive blood-pressure and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet* 1998;351:1755-62.

- 25 Hansson L, Lindholm LH, Niskanen L, Lanke J, et al. Effect of angiotensin-converting-enzyme inhibition compared with conventional therapy on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the Captopril Prevention Project (CAPPP) randomised trial. *Lancet* 1999;353(9153): 611-6.
- 26 Tuomilehto J, Rastenyte D, Birkenhager WH, et al. Effects of calcium-channel blockade in older patients with diabetes and systolic hypertension. Systolic hypertension in Europe trial investigators (SystEur). *N Engl J Med* 1999;340:677-84.
- 27 Chaturvedi N, Sjolie AK, Stephenson JM, Abrahamian H, et al. Effect of lisinopril on progression of retinopathy in normotensive people with type 1 diabetes. The EUCLID Study Group. EURODIAB controlled trial of Lisinopril in insulin-dependent diabetes mellitus. *Lancet* 1998;351(9095): 28-31.
- 28 Yusuf S, Sleight P, Pogue J, et al. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators (HOPE). *N Engl J Med* 2000;342:145-53.
- 29 MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial (HPS). *Lancet* 2002;360(9326):7-22.
- 30 Lean ME, Powrie JK, Anderson AS, et al. Obesity weight loss and prognosis in type 2 diabetes. *Diabet Med* 1990;7:228-33.
- 31 Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group (ETDRS). Early photocoagulation for diabetic retinopathy (report number 9). *Ophthalmology* 1991;98:7666-785.
- 32 Brenner B, Cooper ME, de Zeeuw D. Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med* 2001;345:861-9.
- 33 Lewis J, Hunsicker L, Clarke WR, et al. Renoprotective effect of the angiotensin-receptor antagonist irbersatan in patients with nephropathy due to type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2001;345:851-60.
- 34 Spencer S. Pressure relieving interventions for preventing and treating diabetic foot ulcers. The Cochrane Database of systematic Reviews, Cochrane Library number CD003202. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
- 35 Mason J, O'Keeffe C, McIntosh A, Hutchinson A, Booth A, Young RJ. A systematic review of foot ulcer in patients with type 2 diabetes mellitus I: prevention. *Diabet Med* 1999;16:801-12.
- 36 Malmberg K. Prospective randomised study of intensive insulin treatment on long term survival after acute myocardial infarction in patients with diabetes mellitus. DIGAMI (Diabetes Mellitus, Insulin Glucose Infusion in Acute Myocardial Infarction) Study Group. *BMJ* 1997;314 (7093):1512-5.
- 37 Pyorala K, Pederson TR, Kjekhus J, et al. Cholesterol lowering with simvastatin improves prognosis of diabetic patients with coronary heart disease. A subgroup analysis of the Scandinavian Symvastatin Survival Study (4S). *Diabetes Care* 1997;20:614-20.
- 38 Goldberg RB, Mellies MJ, Sacks FM, et al. Cardiovascular events and their reduction with pravastatin in diabetic and glucoseintolerant myocardial infarction survivors with average cholesterol levels: subgroup analyses in the cholesterol and recurrent events (CARE) trial. *Circulation* 1998;98: 2513-9.
- 39 The Long-term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med* 1998;339:1349-57.
- 40 Experiment met het functioneren van een diabetesdeskundige binnen de lokale samenwerkingsinitiatieven voor de thuiszorg [onderzoeksrapport]. Antwerpen/Gent: UA/RUG, 1999.
- 41 Vermeire E, Van Royen P, Coenen S, Wens J, Denekens J. The adherence of type 2 diabetes patients to their therapeutic regimens: patients' perspective – a qualitative study [submitted].
- 42 Dijkstra R, Braspenning J, Grol R. Empowering patients: how to implement a diabetes passport in hospital care? *Pat Educ Counseling* 2002;47: 173-7.