

Nieuwe benadering van diabetes	1
Diabetesprofiel.....	3
Socio-economische uitdaging van diabetes	4

Nieuwe benadering van diabetes

Dr. Dan Duray

Het Medisch Weekblad, 25 februari 1999, nummer 65, pg. 13

Gezondheidseconomie is in de mode. Met reden voor wat diabetes betreft, des te meer indien er complicaties optreden. Een vroegtijdige diagnose en behandeling zijn ongetwijfeld de investering van vandaag voor de gezondheid van morgen. Een ontmoeting met Prof. Gr. Martin Buysschaert (UCL) (Conferentie 'Diabetes en gezondheidszorg' - UCL - 30 januari 1999).

De definitie van diabetes zal het jaar 2000 niet halen. Maar de redenen om de normen aan te passen, berusten op onze betere inzichten in de fysiopathologie van diabetes. Bij nuchtere glycemiewaarden van 110 tot 120 mg/dl, zal men spreken over een stoornis in de glucidenhomeostase (IFG), terwijl diabetes gedefinieerd wordt vanaf 126 mg/dl. Inderdaad, de macroangiopathie manifesteert zich reeds vanaf de glycemiewaarden die kenmerkend zijn voor IFG (Impaired Fasting Glycemia). Micro-angiopathieën daarentegen manifesteren zich zodra de drempel van 200 mg/dl overschreden wordt: dit is de reden waarom men deze referentiewaarden moest aanpassen, waarbij de conversie van eenheden in mol/dl naar mg/dl aanleiding gaf tot preciezere waarden.

Vanuit een bekommernis tot internationale harmonisatie, wensten de Amerikanen de Romeinse cijfers - vreemd aan hun cultuur - te vervangen door Arabische cijfers. Anderzijds stemden termen als insulinedependente diabetes en NIDD niet langer overeen met de etiologie die nu preciezer gedetailleerd is.

Dit zet ons ertoe aan om een meer genuanceerde therapie in te stellen in functie van een diabetes type 1 waarbij de volledige vernietiging van de β -cellen leidt tot een absoluut tekort aan insuline, terwijl in het geval van diabetes type 2, de gestoorde insulinesecretie geassocieerd kan zijn met een insulineresistentie.

"De trossen losgooien"

Met betrekking tot de behandeling van de diabeticus, beveelt Prof. M. Buysschaert (Endocrinologie, UCL) een optimale glycemiecontrole aan om de gezondheid te verbeteren. Inderdaad, zoals een studie uitgevoerd in zijn dienst diabetologie het reeds in 1993 aantoonde, is een HbA1c-spiegel $> 7,5\%$ geassocieerd met het optreden van complicaties bij diabetes type 1. Deze vaststelling werd bevestigd door een latere Amerikaanse studie. Naar analogie, stelde de DCCT (Diabete Control and Complications Trial) een tabel op die de optimale HbA1c definieert op 7.1 %. Het naleven van deze glycemiewaarden leidde tot een reductie met 60% van de globale complicaties van de diabeticus. Spijtig genoeg wordt deze waarde, in de Belgische praktijk absoluut niet bereikt. Zowel in Frankrijk als in België bedragen de gemiddelde waarden voor HbA1c: 8.63%.

UKPDS

Ook in geval van diabetes type 2 leidt de glycemiecontrole tot een betere preventie van de complicaties. UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) volgde een groep diabetici waarbij men een conventionele behandeling (sulfamide + insuline) (n= 1138) of een intensievere behandeling (n=2729) instelde; deze studie toonde aan dat de HbA1c spiegels 7.9% bedroegen in de eerste groep tegenover 7.0% in de tweede groep, wat gepaard ging met een reductie van de globale complicaties met 12%. Dit alles bevestigt niet alleen het medisch, maar ook het financieel belang van een goede glycemiecontrole zowel bij diabetes type 1 als type 2. Uit het tweede luik van de UKPDS studie blijkt dat de aandacht voor

hypertensie eveneens een goede gezondheidspolitiek is, want een minimaal verschil in de bloeddrukwaarden blijkt garant te staan voor een reductie van de mortaliteit met 32%. Voor alle complicaties samen, bedroeg de reductie nog 24%.

Klachten tegen X

Tenslotte zou het opsporen van het syndroom X moeten leiden tot de preventie van geassocieerde risicofactoren bij een groot aantal patiënten. Inderdaad, bij deze patiënten waar de heup/lenden verhouding groter is dan 1, zal de insulineresistentie gepaard gaan met een hypertriglyceridemie, alsook met een neiging tot hypertensie. Tenslotte is het deze preventiepolitiek in zijn globaliteit die lonend zou moeten zijn op middellange termijn.

Diabetesprofiel

Jean Hermesse, een vertegenwoordiger van de Christelijke Mutualiteiten, werd uitgenodigd om een uiteenzetting te geven over het economisch aspect van diabetes; hij toonde met statistische bewijskracht de heterogeniteit van de praktijken en de kosten voor de gezondheidszorg over het ganse land.

Over de dertig districten die de Christelijke Mutualiteiten dekken, varieert de mortaliteit (sterftcijfer) volgens de beschouwde regio: de gemiddelde waarde ligt 15% hoger in de regio van Charleroi, en daarentegen 10% lager in Brugge. Het is een feit dat de graad van opleiding en het inkomen de perceptie van de gezondheidstoestand - zoals bekend - beïnvloeden en bepalen.

Concentratie van de kosten

In 1996 werd de balans van de Christelijke Mutualiteiten onder de loep genomen door statistici. Alhoewel de cijfers in verband met de geneesmiddelen nog niet beschikbaar waren, stemde het geheel van de RIZIV-terugbetalingen overeen met 442 miljard, En, voor wat het remgeld betreft (ter herinnering, exclusief geneesmiddelen), bedroeg dit cijfer 74 miljard. Door rekening te houden met andere vormen van bijdragen (kleine risico's van de zelfstandigen) tenslotte, werd niet minder dan 150 miljard terugbetaald door alle zetels van de Christelijke Mutualiteit.

Op het vlak van de geneesmiddelen, stemde het remgeld overeen met 20 miljard, niet minder. Van alle volkeren van de EOCD, zijn de Belgen de "dappersten" in hun zware bijdrage tot het remgeld. Het nationale geneesmiddelenverbruik overschrijdt evenwel de consumptie per inwoner in andere landen. Voor wat diabetes betreft, moest Dhr. Hermesse vaststellen dat deze patiënten 2.5% uitmaken van onze Belgische populatie en dat zij instaan voor 11 % van de totale uitgaven van de gezondheidszorg in België.

Cijfers en letters

Als men deze gegevens vergelijkt met het budget voor de verzorging van patiënten met chronische pathologieën, vindt men eveneens hoge kosten terug: als men de sociale franchise analyseert, met andere woorden de bedragen van het remgeld die terugbetaald worden op het ogenblik dat het remgeld ten laste van de patiënt 15000 BEF bedraagt, stellen de statistici van de Christelijke Mutualiteiten een ongelijke consumptie vast. Zo toonden zij bijvoorbeeld aan dat de jaarlijkse som 263 miljoen bedraagt voor 27.464 families. Zo kreeg 5% van de families die hun bijdrage betalen aan de Christelijke mutualiteiten, elk 9577 BEF terug van het systeem. Daarenboven kwam de vraag voor een bijdrage van families met een vrij hoog inkomen maar een beperkt budget. Alhoewel deze statistische analyses nog grondig moeten bestudeerd worden, stelde Jean Hermesse verschillende mogelijke denkpistes voor. Voor zover men verschillende therapeutische strategieën vaststelt, zouden deze praktijken moeten onderworpen worden aan een cost-benefit evaluatie. Deze analyse zou eveneens rekening moeten houden met de resultaten van de behandeling op lange termijn door de voordelen te evalueren op het vlak van de arbeidscapaciteit, de reductie van de mortaliteit en de hospitalisatiekosten. Daarenboven, laat alles vermoeden dat men rekening moet houden met de socio-economische kenmerken om deze analyse te vervolledigen.

Socio-economische uitdaging van diabetes

Het belang van diabetes type 2 en de verwachtingen voor de komende jaren op het vlak van de diabetespopulatie (verdubbeling in 2010), sporen aan tot evaluatie van de oorzaken van deze epidemie, alsook tot preventiemiddelen die kunnen ingeschakeld worden. Het is op basis van deze economische overwegingen dat Dr. B. Hepp, algemeen medisch directeur van het RIZIV, het debat opende. Bij de evaluatie van de levenskwaliteit van de patiënt, benadrukte hij eveneens dat de sociale integratie van de patiënt bijdraagt tot een verbetering van de evolutie maar eveneens van de kostprijs van diabetes. En zo zou bijdragen tot een beter verantwoordelijkheidsbesef voor zijn follow-up, alsook tot een beter naleven van de opgelegde hygiënische regels die de algemene preventie van deze risicofactoren bevorderen. Daarenboven, als de patiënt zijn integratie vervolledigt door een professionele activiteit te verwerven, draagt hij eveneens bij tot het in evenwicht brengen van een budgetbalans die dan positief wordt. Zo zetten verschillende verenigingen voor diabetespatiënten (Association des Diabétiques Belges, Vlaamse Diabetes Vereniging) zich in om de integratie van diabetes in de maatschappij en de toegang tot het arbeidsmidden alsook tot de gezondheidszorg te valoriseren. De consensus "Diabetes en sociale discriminatie" is het eerste element van een strategie waarvan de economie zeker de hoeksteen vormt. Breder gesteld, bevestigt de socio-economische inzet van de behandeling van diabetes, voor zover daar behoefte aan is, dat de uitdaging voor de komende jaren moet bestaan uit een optimalisatie van de aanpak van diabetes om uit te monden in een reductie van het optreden van complicaties alsook in een reductie van de kosten om deze complicaties te behandelen.