

I. Diabetes in België: stand van zaken

1. Inleiding

Diabetes is een ernstige en progressieve ziekte, gekenmerkt door een abnormale en permanente stijging van de glycemie. De glycemie wordt geregeld door insuline, een hormoon dat de pancreas afscheidt. Insuline vergemakkelijkt de suikeropname in de cellen.

Diabetes ontwikkelt zich, hetzij door:

- een vermindering of stopzetting van de productie van insuline door de pancreas (type 1-diabetes, insulineafhankelijke, of ook juveniele diabetes genoemd)
- insulineresistentie in de cellen (type 2-diabetes, ouderdomsdiabetes of vette diabetes genoemd)
- ten gevolge van een andere ziekte (infectie, genetische aandoening, pancreas- of endocriene ziekte, tumor, gebruik van geneesmiddelen, enz.)
- door hormonale wijzigingen (zwangerschapsdiabetes).

De complicaties bij diabetes zijn ernstig en multisysteemisch; ze kunnen gevolgen hebben op het vlak van:

- het cardiovasculaire systeem: atherosclerose, vernauwing van de aders in de onderste ledematen (verantwoordelijk voor gangreen en amputaties), infarcten, cerebrovasculaire accidenten
- de ogen: aantasting van het netvlies, cataract
- de nieren: geleidelijke verslechtering van de filtering door de nieren, wat leidt tot nierinsufficiëntie
- het zenuwstelsel: polyneuropathie (gekenmerkt door sensibele stoornissen), impotentie, maag-darmproblemen, orthostatische hypotensie, enz.
- infecties: toegenomen vatbaarheid voor infecties

2. Epidemiologische gegevens

Men schat dat België meer dan 450 000 diabetespatiënten telt, waarvan 80 tot 90% aan type 2-diabetes lijden. Bovendien zou 1 op de 2 diabetespatiënten niet als zodanig zijn gediagnosticeerd.

Type 2-diabetes is een groot probleem voor de volksgezondheid: in Europa zouden er 10 miljoen mensen aan diabetes lijden (ofwel 4% van de totale bevolking). De deskundigen voorspellen een wereldepidemie: over 25 jaar zouden er wereldwijd 300 miljoen diabetespatiënten kunnen zijn (bron: www.lasante.be).

Het risico om type 1-diabetes te ontwikkelen is gering (0,3%), want erfelijke genetische factoren beïnvloeden die vorm van diabetes.

Het risico om type 2-diabetes te krijgen, is veel hoger: het risico komt voor bij 5% van de algemene bevolking, met andere woorden bij 1 persoon op de 20. Het risico stijgt met de leeftijd: 20% van de personen ouder dan 65 lijden aan type 2-diabetes.

Het risico is gekoppeld aan genetische of erfelijke factoren, maar onze levensstijl heeft ook een invloed op het ontstaan van diabetes: een zittend leven, een slechte voedselhygiëne en een overgewicht bevorderen de ontwikkeling van diabetes.

Op dit ogenblik wordt een geheel van factoren, die verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling van cardiovasculaire aandoeningen, omschreven als het metabool syndroom. Wie aan dat syndroom lijdt, heeft een verhoogd risico op diabetes. Dat syndroom kenmerkt zich door het gezamenlijk optreden van de volgende factoren:

- abdominale obesitas
- metabole vetstoornissen
- arteriële hypertensie
- insulineresistentie, ook omschreven als verminderde glucosetolerantie (voorstadium van diabetes, of prediabetes).

In Europa lijdt ongeveer 15% van de volwassenen aan het metabool syndroom (Bron: portaalsite gezondheid "Passeport Santé": www.passeportsante.net).

Diabetes brengt vele en ernstige complicaties met zich mee:

- 85% van de diabetici vertonen verwickelingen aan de ogen (blindheid: 2%)
- 86% van de diabetici vertonen verwickelingen aan de nieren
- bij 5 tot 10% van de diabetici dreigt een amputatie door vasculaire of infectieuze complicaties in de onderste ledematen.

Het sterftecijfer ingevolge complicaties bij diabetes is hoog:

- 55% van de diabetici overlijden aan hartaandoeningen (infarctus)
- 8% van de diabetici overlijden aan een cerebrovasculair accident
- 6% van de diabetici overlijden aan een infectie.

Bron: www.lasante.be

3. Behandeling van diabetes

De behandeling van diabetes bestaat erin de glycemie binnen normale waarden te houden om zo complicaties te vermijden en de ermee verbonden cardiovasculaire risico's te behandelen (arteriële hypertensie, hypercholesterolemie, obesitas). Die doelstellingen zijn voornamelijk te bereiken dankzij maatregelen op het vlak van hygiëne en dieet (aangepaste voeding, verdeling van de maaltijden, lichaamsbeweging) en door een behandeling met geneesmiddelen.

De tenlasteneming van een diabetespatiënt is complex en vergt een multidisciplinaire aanpak: voorkomen van complicaties, ze opsporen en zo vroeg mogelijk behandelen.

a. Behandeling met geneesmiddelen

CONTROLE VAN DE GLYCEMIE

Er bestaan 2 belangrijke types geneesmiddelen: de orale hypoglycemiërende geneesmiddelen en de insuline, door een onderhuidse inspuiting toegediend.

- **Hypoglycemiërende geneesmiddelen**

Hypoglycemiërende geneesmiddelen, ook orale antidiabetica genoemd, werken hetzij door:

- de insulinesecretie te stimuleren
- de insulinewerking te bevorderen
- de insulineresistentie van de cellen te verminderen.

Die geneesmiddelen zijn bestemd voor de behandeling van type 2-diabetici. De verzekering voor geneeskundige verzorging betaalt hen alles terug (geen remgeld).

- **Insuline**

Insuline, en analoge producten, worden gebruikt voor de behandeling van alle diabetici. Ze is onontbeerlijk voor de behandeling van type 1-diabetes, maar ze is verder ook gebruikt voor de behandeling van type 2-diabetes waarbij de insulinesecretie ontoereikend is geworden.

De verzekering voor geneeskundige verzorging betaalt alle types insuline volledig terug (geen remgeld) op basis van een medisch voorschrift. Voor de terugbetaling van de analoge producten is de goedkeuring van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling nodig en moet de patiënt toetreden tot een revalidatieovereenkomst "zelfregulatie van diabetes" (zie verder).

In 2006 heeft de verzekering voor geneeskundige verzorging de aflevering van geneesmiddelen in openbare apotheken voor 436 520 diabetespatiënten op zich genomen. Dat cijfer gaat in stijgende lijn: in 2005 waren er maar 415 569 patiënten ten laste genomen. Van die patiënten krijgt 74% orale antidiabetica, 14% insuline of een analoog product en 12% een combinatie van orale antidiabetica en insuline. Op basis hiervan is het aantal patiënten dat aan type 2-diabetes lijdt geschat op ongeveer 86% (375 407 patiënten) van het totale aantal diabetespatiënten (bron: Farmanet).

In 2006 liepen de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor die geneesmiddelen op tot 96 928 151 EUR (55 986 391 EUR voor insuline, en 40 941 760 EUR voor orale antidiabetica). Op basis van de cijfers van de 1^e 2 kwartalen van 2007 zijn de uitgaven voor orale antidiabetica en insuline geraamd op meer dan 100 miljoen EUR voor het jaar 2007 (bron: Farmanet).

BEHANDELING VAN DE CARDIOVASCULAIRE RISICOFACTOREN

De behandeling van diabetespatiënten met geneesmiddelen is ook gericht op het voorkomen van cardiovasculaire complicaties, en dat met behulp van hypolipemiërende geneesmiddelen en geneesmiddelen tegen hoge bloeddruk.

Hypolipemiërende geneesmiddelen zijn beter toegankelijk geworden dankzij een nieuwe reglementering die van kracht is sinds juli 2006, en daardoor is een meer doeltreffende en vroegtijdige primaire en secundaire preventie mogelijk.

b. Algemene tenlasteneming van de diabetespatiënt

De zorgbehoeften van een diabetespatiënt hangen af van de ernst van de diabetes, van het optreden van complicaties, van de stabiliteit van de glycemiecontrole. De tenlasteneming van de diabetespatiënt is complex, doordat naast gespecialiseerde geneeskundige verzorging ook zorg nodig is van diëtisten, verpleegkundigen, podologen, enz.

De globale multidisciplinaire tenlasteneming van de patiënt die lijdt aan zware diabetes is sinds 1987 geregeld via revalidatieovereenkomsten, die op voorstel van het College van geneesheren-directeurs worden gesloten tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en de ziekenhuiscentra die deskundigheid bezitten op het vlak van diabetes. Gelet op het belang voor de volksgezondheid en op de complexiteit van de ziekte, volgt het Comité voor advies inzake chronische zieken het probleem sinds 2001. De meeste diabetespatiënten worden opgevolgd door hun behandelend geneesheer en eventueel door een geneesheer-specialist in de endocrinologie-diabetologie.

De diabetespas moedigt de toegang tot de paramedische zorg (dieet, voetverzorging) aan (zie verder).

REVALIDATIEOVEREENKOMSTEN

• Type-revalidatieovereenkomst inzake diabeteszelfregulatie

Met deze overeenkomst, die in maart 1987 tot stand kwam, streeft men ernaar de autonomie van de patiënt te verhogen bij de zelfregulatie van zijn diabetes, in samenwerking met een team dat gespecialiseerd is in diabetologie en met zijn behandelend geneesheer.

De overeenkomst staat open voor volwassenen (ouder dan 18 jaar) ambulante diabetespatiënten die dagelijks minstens 3 insuline-inspuitingen krijgen. Ze moeten willen leren hoe zij onmiddellijk hun behandeling en de verschillende onderdelen ervan kunnen aanpassen, meer bepaald op basis van de glycemiemetingen die ze zelf uitvoeren, en dat ook daadwerkelijk doen. De patiënt is medeverantwoordelijk gemaakt: het betreft een overeenkomst tussen de patiënt en het zorgteam. De verzekering voor geneeskundige verzorging neemt de kosten op zich voor dit zelfregulatieprogramma, dat georganiseerd is door centra die beschikken over deskundigheid met betrekking tot die behandelingswijze.



Farmanet is een systeem voor de overdracht van gegevens over de voorschriften van farmaceutische verstrekkingen. Sinds 1996 verzamelt Farmanet statistische gegevens met betrekking tot geneesmiddelen die door de openbare apotheken zijn afgeleverd en die terugbetaalbaar zijn in de ambulante geneeskunde. Die gegevens zijn per voorschrijver verzameld. Het hoofddoel van Farmanet is de voorschrijver over zijn voorschrijfgedrag te informeren en hem in staat te stellen dat gedrag met dat van zijn collega's te vergelijken.

De statistieken van Farmanet zijn beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be.

Het multidisciplinaire team dat gespecialiseerd is in diabetologie bestaat uit geneesheren-specialisten in de endocrino-diabetologie, uit verpleegkundigen die zijn belast met de specifieke educatie van de diabetespatiënt en uit diëtisten. Een maatschappelijk werker of een sociaal verpleegkundige, een psycholoog en een podoloog kunnen het team verder aanvullen.

Het team stelt jaarlijks een individueel revalidatieprogramma op, met daarin de 4 onderdelen van de behandeling van diabetes (insulinetherapie, diabeteseducatie, voeding en lichaamsbeweging) en de medische onderzoeken om verwickelingen op te sporen. Het programma omvat de tussenkomst van het team en de levering van het materiaal voor de glycemiecontrole.

Momenteel hebben 113 centra een overeenkomst ondertekend.

Tabel 1 - Revalidatieovereenkomst inzake diabeteszelfregulatie		
Jaar	Uitgaven verzekering geneeskundige verzorging (in EUR)	Patiënten
2005	57 320 225	72 344
2006	63 288 209	75 748
2007	70 433 602	82 552

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging

Sinds 2001 evalueert men via het "Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes (IKED)" de kwaliteit van de multidisciplinaire tenlasteneming en de klinische voordelen. Alle centra die tot de overeenkomst zijn toegetreten, moeten aan dat project deelnemen, door gegevens te registreren die dienen als kwaliteits-"indicatoren". Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid beheert en analyseert de gegevensbank, elk centrum krijgt een jaarlijkse feedback en het RIZIV krijgt jaarlijks een algemene feedback. Ieder centrum kan zijn resultaten vergelijken met het geheel van de centra en de resultaten worden verwerkt binnen een multidisciplinaire kwaliteitscirkel, om zo de zorgkwaliteit te verbeteren.

Dat proces stimuleert de zorgkwaliteit op het niveau van ieder centrum.

Het totaalverslag dat aan het RIZIV wordt bezorgd, laat toe de werking van de zorg in het algemeen en de "diabetes"-overeenkomst in het bijzonder te evalueren, en om er de nodige verbeteringen in aan te brengen.

De tenlasteneming van diabetespatiënten via die overeenkomst geeft zeer bevredigende resultaten met betrekking tot de glycemiecontrole en de preventieve behandeling van verwickelingen: de waarden die men verkrijgt voor de glycemiecontrole, de controle van de bloeddrukwaarden, de controle van de lipemie en de behandeling van cardiovasculaire verwickelingen via primaire preventiemaatregelen (hypolipemiërende geneesmiddelen, enz.) bevinden zich op het niveau van het gemiddelde, soms enigszins boven het gemiddelde, van de resultaten in onze buurlanden.

- **Type-revalidatieovereenkomst inzake continue insuline-infusietherapie thuis door middel van een draagbare insulinepomp**

Sinds oktober 1989 neemt de verzekering voor geneeskundige verzorging door middel van een specifieke overeenkomst de kosten ten laste, die gekoppeld zijn aan het gebruik van een insulinepomp.

De overeenkomst dekt:

- de terbeschikkingstelling van al het nodige materiaal voor de behandeling en de glycemiezelfcontrole van de diabeticus
- de specialistische begeleiding, 24u/24.

Momenteel hebben 43 centra die overeenkomst ondertekend.

Tabel 2 - Type-revalidatieovereenkomst inzake continue insuline-infusietherapie thuis door middel van een draagbare insulinepomp

Jaar	Uitgaven verzekering geneeskundige verzorging (in EUR)	Patiënten
2005	3 047 271	990
2006	3 418 689	1 099
2007	3 983 801	1 267

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging

- **Type-revalidatieovereenkomst inzake glycemiezelfcontrole van diabetes mellitus bij kinderen en jongeren**

Sinds juli 1997 regelt een specifieke overeenkomst de tenlasteneming van kinderen en jongeren met diabetes door gespecialiseerde multidisciplinaire pediatrie teams.

Sinds juli 2007 is de overeenkomst uitgebreid tot de behandeling met een draagbare insulinepomp.

Tabel 3 - Type-revalidatieovereenkomst inzake glycemiezelfcontrole van diabetes mellitus bij kinderen en jongeren

Jaar	Uitgaven verzekering geneeskundige verzorging (in EUR)	Patiënten
2005	2 651 344	1 619
2006	2 716 818	1 659
2007	2 952 860	1 692

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging

- **Diabetische voetkliniek van de 3^e lijn**

Sinds juli 2005 bestaat er, dankzij een toevoegingsclausule bij de overeenkomst betreffende de glycemiezelfcontrole bij diabetespatiënten, een multidisciplinaire tenlasteneming van de podologische complicaties van de diabeticus (diabetische voet, neurogene artropathie). Een chirurg, een podoloog en een orthopedische schoenmaker versterken het multidisciplinaire basisteam. De rechthebbenden zijn diabetespatiënten, gevolgd in het kader van de basisovereenkomst en met ernstige voetwonden.

In 2005 hebben 22 centra het avenant "Diabetische voetkliniek" ondertekend. De verzekering voor geneeskundige verzorging heeft in 2006 160 821 EUR voor die verzorging uitgegeven.

Het systeem van de kwaliteitspromotie IKED evalueert ook de voetklinieken.

DIABETESPAS

De diabetespas, die in maart 2003 is ingevoerd, is een instrument voor de patiënten en de eerstelijnszorgverleners. Het doel ervan is het verantwoordelijkheidsgevoel bij de diabetespatiënt stimuleren en de communicatie tussen de zorgverleners verbeteren.

De pas geeft recht op de terugbetaling van een consultatie van 60 minuten per jaar bij een diëtist en 2 consultaties bij de podoloog voor diabetespatiënten die risico lopen op voetcomplicaties.

In maart 2006 beschikten 132 127 patiënten over een diabetespas.

In 2005 heeft de verzekering voor geneeskundige verzorging 859 846 EUR uitgegeven voor raadplegingen bij diëtisten en 205 270 EUR voor raadplegingen bij podologen die in het kader van de diabetespas waren voorgeschreven.

THUISVERPLEGING

De erkenning van de specifieke rol van de verpleegkundigen bij de tenlasteneming van diabetespatiënten heeft zich vertaald in de erkenning van een functie van referentieverpleegkundige inzake diabetologie (313 in 2007).

De nomenclatuur van de verpleegkundigen bevat forfaitaire honoraria voor:

- de samenstelling van een specifiek verpleegdossier en het overleg met de behandelend geneesheer
- de individuele educatie tot zelfzorg door een referentieverpleegkundige
- de individuele educatie met betrekking tot het begrip van de pathologie en de behandeling ervan
- de follow-up na de educatie tot zelfzorg
- de begeleiding als de patiënt niet overstapt naar zelfzorg.

Referentieverpleegkundigen inzake wondzorg mogen specifieke wonden verzorgen. In 2007 telt het RIZIV 209 verpleegkundigen zowel referentieverpleegkundigen inzake diabetologie als inzake wondzorg; ze beschikken over een specifieke verstrekking voor die verzorging.

COMITÉ VOOR ADVIES INZAKE DE ZORGVERLENING TEN AANZIEN VAN DE CHRONISCHE ZIEKTEN EN SPECIFIEKE AANDOENINGEN

Het comité volgt regelmatig de problematiek van de zorg voor de diabetespatiënt en formuleert adviezen. In juni 2001 heeft het een reeks aanbevelingen geformuleerd met het oog op een totale tenlasteneming van de behoeften van de diabetespatiënten (project tot vernieuwing van de diabeteszorg).

Het comité volgt de evolutie van de problematiek, evalueert regelmatig de werking van wat georganiseerd is en formuleert de volgende voorstellen tot verbetering:

- Bijkomende middelen zijn nodig om de verzorging van diabetische voeten te verbeteren.
- De werking van de diabetespas moet eveneens worden verbeterd en ondersteund.

c. Betrokkenheid van de patiënten

De overeenkomsten en de diabetespas zorgen voor betrokkenheid van de patiënt en geven hem een grotere verantwoordelijkheid. De patiënt verbindt zich tot het volgen van het verzorgingsschema dat het verzorgingsteam samen met hem heeft opgesteld.

OVEREENKOMST MET DE PATIËNTENVERENIGINGEN

Het Verzekeringscomité en de patiëntenverenigingen - de "Association belge du diabète" (ABD) en de Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV) - hebben een overeenkomst gesloten met de patiëntenverenigingen. Het doel ervan is gebruik maken van de structuur, de ervaring en de bijzondere expertise van die verenigingen bij het verstrekken van informatie aan de patiënten en het organiseren van opleidingsprogramma's voor de eerstelijnszorg, in het kader van het zorgtraject "diabeteszorg".

4. Problemen bij de tenlasteneming: nieuwe uitdagingen

Gelet op de toenemende prevalentie van type 2-diabetes en van de risicofactoren ervan, is het nodig om de zorgverleners van de 1^e lijn meer te betrekken bij de opsporing van en de zorg voor de diabetespatiënt.

Een multidisciplinaire tenlasteneming is noodzakelijk: de multidisciplinariteit en het overleg tussen de verschillende actoren organiseren en ondersteunen op het niveau van de eerstelijnszorg.

Het is ook noodzakelijk om de opleiding van de zorgverleners beter af te stemmen op de pathologie en de tenlasteneming van de diabetespatiënten. Zij moeten in hun werk worden ondersteund, meer bepaald met behulp van informaticamiddelen.

De maatregelen die zijn genomen om dit probleem van volksgezondheid binnen de perken te houden, vertegenwoordigen een grote uitgave in de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Het is dus noodzakelijk ze te evalueren, om de doeltreffendheid en de doelmatigheid ervan te garanderen. Een evaluatie van de procedures en resultaten vereist de registratie van pertinente gegevens en de ontwikkeling van instrumenten, zodat die registratie op een snelle en een voor de zorgverleners gemakkelijke manier, ja zelfs automatisch, kan gebeuren...

Oplossingen worden momenteel uitgewerkt of bestudeerd op het niveau van het Verzekeringscomité, de Nationale commissie geneesheren - ziekenfondsen (NCGZ), de Nationale raad voor kwaliteitspromotie (NRKP) en de directie Onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitspromotie (RDQ) van de Dienst voor geneeskundige verzorging: project "Zorgtraject", experimentele overeenkomsten met de huisartsen, de apothekers, enz.

a. Zorgtraject

Het project voorziet:

- de waardering en de ondersteuning van de samenwerking (communicatie, overleg en teamwerk) tussen de huisarts en de geneesheer-specialist, en tussen de eerstelijnszorgverleners, met name door maatregelen voor administratieve vereenvoudiging. De huisarts is de coördinator van de zorgen, de geneesheer-specialist is een coach en referent.
- de opvolging en de behandeling op basis van aanbevelingen voor goede praktijkvoering
- de toekenning van voordelen aan de patiënt (vermindering remgeld, gratis strookjes voor de glycemietingen in het kader van de zelfcontrole, enz.)
- aangepaste informaticamiddelen, met name voor het beheer en de beveiligde communicatie van medische gegevens
- een gestructureerde en ondersteunde locoregionale samenwerking, om een betere toegang te geven tot de nodige zorgen (zoals educatie met betrekking tot de zelfregulatie van de ziekte of het materiaal voor zelfcontrole) en om opleiding en evaluatie tussen gelijken te organiseren op basis van medische gegevens
- een globale evaluatie van de resultaten van de nieuwe aanpak, door onder meer de medische gegevens, gecommuniceerd door alle deelnemende huisartsen, te gebruiken.

Met de ondersteuning en follow-up van de NCGZ zou het project uiterlijk op 1 januari 2009 operationeel moeten zijn.

b. Experimentele overeenkomsten

PROJECTEN AALST EN LEUVEN

Het Verzekeringscomité heeft een experimentele overeenkomst "Door huisartsen gecoördineerde type 2-diabeteszorg" gesloten met de Katholieke Universiteit Leuven, de Universiteit van Gent en de Universiteit van Antwerpen, en dat voor 4 jaar.

Dat onderzoeksproject wil voor een controleregio 2 verschillende, door huisartsen gecoördineerde modellen van zorgverlening voor rechthebbenden met type 2-diabetes vergelijken.

Het in Aalst (Diabeteshuis) ontwikkelde project overweegt de mogelijkheid om via een samenwerking van alle betrokken zorgverleners binnen bestaande organisatiestructuren (team verenigd in het Diabeteshuis) tot een merkelijke verbetering van de diabetesbehandeling te komen: het gaat om gemeenschappelijke verzorging, gedeeld en gecoördineerd door de huisarts die er zijn patiënten naar verwijst.



Een zorgtraject is een tenlasteneming van een chronische ziekte op basis van een contractuele verbintenis tussen de patiënt, de huisarts (centrale rol, beheerder van het globaal medisch dossier van de patiënt) en de geneesheer-specialist, gesloten voor een periode van 3 jaar en aan de verzekeringsinstelling van de patiënt meegeedeeld.

In het in Leuven ontwikkelde project richt het onderzoek zich op de bijkomende gecoördineerde ondersteuning van de huisarts die in een praktijkkamer of in een groepspraktijk werkt. Een multidisciplinair en in diabetologie gespecialiseerd team staat ter beschikking van de huisarts en een gemeenschappelijk diabetesdossier dient als communicatie-instrument tussen de verschillende zorgverleners. Dat dossier bevat ook “herinneringen” aan de huisarts. Een team van deskundigen staat ook ter beschikking van de huisarts om hem te ondersteunen en te begeleiden op wetenschappelijk en medisch vlak. De huisarts doet een beroep op die adviserende en raadgevende diensten om hem te helpen bij de tenlasteneming van zijn diabetespatiënten.

MULTIDISCIPLINAIRE STRUCTUUR VOOR DE ZORGCÖÖRDINATIE

Een ontwerpovereenkomst heeft tot doel de eerstelijnszorgverleners te verenigen in een multidisciplinaire coördinatiestructuur, die belast is met de transversale organisatie van de coördinatie, de communicatie, het overleg, de coaching, de gegevensregistratie, enz.

Die multidisciplinaire structuur zou ook de lokale initiatieven moeten ondersteunen. Een van die lokale initiatieven is een door de Algemene Pharmaceutische Bond voorgesteld project, in het kader van een multidisciplinaire benadering, waarin de apotheker een rol speelt in overleg met de behandelend geneesheer. Het beoogt de volgende aspecten:

- onder de aandacht brengen en opsporen van de pathologie
- begeleiden van de patiënt (informatie, toezicht op de behandeling, follow-up van de patiënt, primaire en secundaire preventie, enz.).

Experimenten zijn momenteel aan de gang in Aalst, Gent, Leuven en Brussel. Die experimenten zouden tot andere plaatsen kunnen uitbreiden.

5. Conclusie

Sinds meer dan 20 jaar zet het RIZIV met goede resultaten belangrijke middelen in voor de optimale, algemene tenlasteneming van de sterkst getroffen diabetespatiënten. Tal van diensten werken aan structuren, middelen, enz. vanuit een “evidence based medical practice”-aanpak.

Om op een efficiënte manier het hoofd te bieden aan de type 2-diabetesepidemie zal de contractuele samenwerking van de verschillende zorgverleners, vooral die van de 1^e lijn, bij de tenlasteneming van de diabetespatiënten moeten worden georganiseerd en ondersteund.

De kostprijs voor de optimale tenlasteneming van de diabetespatiënten is hoog: men moet er dus absoluut zeker van zijn dat de ingezette middelen doelmatig en doelgericht zijn.

Het is noodzakelijk de informatisering van de gezondheidswerkers te ondersteunen en systemen te ontwikkelen voor de registratie van pertinente gegevens, zodat de NCGZ de zorgkwaliteit in het oog kan houden en de resultaten kan evalueren.