

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

17 mai 2022

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**relative à l'amélioration
des soins intégrés dispensés
aux patients diabétiques**

(déposée par Mme Nathalie Muylle et consorts)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

17 mei 2022

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende de verbetering
van de geïntegreerde diabeteszorg**

(ingediend door mevrouw Nathalie Muylle c.s.)

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	: Parti Socialiste
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
CD&V	: Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
Vooruit	: Vooruit
Les Engagés	: Les Engagés
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	: Indépendant - Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de nummering van de publicaties:	
DOC 55 0000/000	Document de la 55 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 55 0000/000	Parlementair document van de 55 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigegekleurig papier)

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

1. Hausse de la prévalence du diabète

Le diabète est l'une des maladies chroniques non transmissibles les plus répandues dans le monde moderne. Ce sont pas moins de 463 millions d'adultes à travers le monde qui souffrent aujourd'hui du diabète. Le nombre de diabétiques a plus que triplé¹ au cours des deux dernières décennies, ce qui en fait l'un des défis sanitaires à la croissance la plus rapide du XXI^e siècle. Cette croissance va de pair avec l'épidémie d'obésité, qui entraîne un risque accru de diabète de type 2, mais aussi de maladies cardiovasculaires et de cancers.

Nous ne disposons malheureusement pas de chiffres précis en Belgique. Le nombre exact de diabétiques n'est pas connu car il n'existe pas d'enregistrement systématique. Selon Sciensano², un adulte sur dix en Belgique est diabétique et ce pourcentage passe à 27 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. En outre, 5 % de la population adulte présentent une glycémie élevée, qui les expose au risque de développer ultérieurement un diabète.

Dans le cas du diabète en général, l'organisme ne parvient plus à réguler la glycémie. Le diabète revêt cependant plusieurs formes. Il y a le diabète de type 1 et le diabète de type 2. Tous deux ont trait à l'insuline et à la glycémie, mais ils sont très différents. Le diabète de type 2 est de loin le plus courant. Dans le cas du diabète de type 2, l'organisme produit encore de l'insuline, mais il n'y répond pas bien. Ce phénomène est également appelé «résistance à l'insuline». En conséquence, l'organisme n'élimine pas suffisamment de glucose du sang et la glycémie augmente. Dans le cas du diabète de type 1, en revanche, l'organisme lui-même produit beaucoup trop peu d'insuline, parce que le système immunitaire détruit les cellules qui produisent l'insuline. Le diabète de type 1 n'est pas lié à l'obésité. Bien que neuf diabétiques sur dix souffrent de diabète de type 2, il convient d'également d'accorder une attention particulière aux personnes atteintes de diabète de type 1, qui représentent environ 5 % des diabétiques. Leur nombre avoisine 40 000 en Belgique, dont plus de 3 000 enfants et adolescents.

En Belgique, on recense environ un million de personnes souffrant d'une élévation anormale du taux de

¹ IDF-atlas 2019 (IDF, International Diabetes Federation).

² J. Van der Heyden, D. Nguyen, F. Renard, A. Scohy, "Belgisch gezondheidsonderzoek", nov. 2019, Sciensano.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Toenemende prevalentie van diabetes

Diabetes is een van de meest voorkomende chronische niet-overdraagbare ziekten van de moderne wereld. Wereldwijd leven vandaag 463 miljoen volwassenen met diabetes. Het aantal personen met diabetes is de afgelopen twintig jaar meer dan verdrievoudigd¹ waardoor het een van de snelst groeiende gezondheidsuitdagingen van de 21^e eeuw is. Deze groei gaat hand in hand met de obesitasepidemie die een verhoogd risico op diabetes type 2 met zich meebrengt, maar ook risico's inhoudt zoals onder meer hart- en vaatziekten en kankers.

In België beschikken we helaas niet over precieze cijfers. Het exacte aantal mensen dat lijdt aan diabetes is niet gekend omdat er geen systematische registratie bestaat. Volgens Sciensano² heeft een op tien volwassenen in België diabetes en dat percentage neemt nog toe tot 27 % bij mensen die 65 jaar of ouder zijn. Bovendien heeft 5 % van de volwassen bevolking een verhoogd bloedglucosegehalte wat een risico inhoudt om later diabetes te krijgen.

Bij diabetes in het algemeen kan het lichaam de bloedsuiker niet meer regelen. Diabetes komt echter in verschillende vormen voor. Zo bestaat er diabetes type 1 en diabetes type 2. Beiden hebben te maken met insuline en bloedsuiker maar zitten heel verschillend in elkaar. Diabetes type 2 komt verreweg het meeste voor. Bij diabetes type 2 maakt het lichaam wel nog insuline aan, alleen reageert het lichaam er niet goed op. Dit noemen we ook wel 'insulineresistentie'. Hierdoor haalt het lichaam onvoldoende glucose uit het bloed en gaat het bloedsuikergehalte omhoog. Bij diabetes type 1 daarentegen maakt het lichaam zelf veel te weinig insuline aan. Dat komt doordat het afweersysteem de cellen vernietigt die insuline aanmaken. Diabetes type 1 houdt geen verband met obesitas. Alhoewel negen op de tien diabetici lijdt aan type 2-diabetes, moet er ook specifieke aandacht gaan naar mensen met type 1-diabetes. Zij vertegenwoordigen ongeveer 5 % van de mensen met diabetes. Hun aantal ligt rond de 40 000 in België, waaronder meer dan 3 000 kinderen en tieners.

In ons land zijn er globaal genomen bijna 1 miljoen mensen met een te hoge bloedsuikerspiegel

¹ IDF-atlas 2019 (IDF, International Diabetes Federation).

² J. Van der Heyden, D. Nguyen, F. Renard, A. Scohy, "Belgisch gezondheidsonderzoek", nov. 2019, Sciensano.

sucres (hyperglycémie) (prédiabète et diabète)³, ce qui veut dire qu'elles bénéficient ou devraient bénéficier de la prévention et du traitement du diabète et de ses complications. Outre les souffrances pour les patients et leurs familles, la pathologie entraîne des coûts significatifs. Au total, les coûts de santé liés au diabète se sont élevés à 5,82 milliards d'euros pour le système de sécurité sociale belge en 2018⁴. En Belgique, on dénombre actuellement autant de patients souffrant du diabète que du prédiabète, dont 70 % développeront un diabète en moins de dix ans⁵.

Cette croissance rapide et continue du nombre de personnes souffrant du diabète ainsi que l'augmentation du nombre de complications liées à cette pathologie est directement à l'origine de l'initiative prise par plusieurs acteurs majeurs sur le front du diabète d'unir leurs forces en créant le *Belgian diabetes Forum* (BEDF – www.belgiandiabetesforum.be). En sensibilisant le public à cette maladie chronique, ce forum entend prioriser la lutte contre le diabète.

En collaboration avec le terrain, le BEDF s'est livré à une analyse approfondie destinée à mettre l'accent sur ce qui fonctionne correctement, ce qui manque et ce qui peut être amélioré dans le traitement du diabète. Sur la base de cette analyse, compilée en un livre blanc, le forum s'est fixé pour mission de formuler les principales améliorations nécessaires pour traiter le diabète et prévenir ses complications. Cette analyse a débouché sur neuf priorités portant notamment sur le renforcement des soins intégrés, une politique des données à l'épreuve de l'avenir et l'importance d'une détection précoce généralisée et d'un dépistage.⁶ La prévention, le dépistage et la détection précoce du diabète de type 2 peuvent potentiellement prévenir ou retarder les complications dévastatrices de la maladie. Les mesures de prévention du diabète de type 2 sont partiellement similaires à celles servant à la prévention de l'obésité et des maladies cardiovasculaires. Des initiatives internationales ont montré des résultats clairs. Il existe certes des initiatives belges concernant la sensibilisation, la prévention et la détection précoce du diabète de type 2, mais seulement à petite échelle.

Une étude finlandaise sur la prévention du diabète (DPS) a montré que le diabète de type 2 peut être en grande partie évité grâce à des interventions au niveau du

(hyperglycémie) (prediabetes en diabetes)³, wat betekent dat zij gebruik kunnen maken van of aanspraak kunnen maken op preventie en behandeling van diabetes en de complicaties ervan. Naast het lijden van de patiënten en hun familie brengt de aandoening aanzienlijke kosten met zich mee. In totaal bedroegen in 2018 de diabetes gerelateerde gezondheidskosten voor het Belgisch sociaalzekerheidsstelsel 5,82 miljard euro⁴. In België zijn er momenteel evenveel mensen met diabetes als met prediabetes en 70 % van hen zal diabetes ontwikkelen over een periode van minstens tien jaar⁵.

Deze aanhoudende en snelle groei van het aantal mensen dat lijdt aan diabetes en de stijging van het aantal complicaties die ermee gepaard gaan, is de directe aanleiding geweest voor verschillende hoofdspelers actief op het diabetesfront om de handen in elkaar te slaan in het Belgisch Diabetes Forum (BEDF – www.belgiandiabetesforum.be). Door de bewustmaking rond deze chronische ziekte te versterken, beoogt men een prioriteit te maken van de aanpak ervan.

Het BEDF heeft samen met het werkveld een omstandige analyse uitgevoerd om de nadruk te leggen op wat er goed gaat, wat er ontbreekt en wat verbeterd kan worden bij de behandeling van diabetes. Op basis van die analyse, gebundeld in een witboek, heeft het forum als missie om de belangrijkste verbeteringen te formuleren die nodig zijn bij de behandeling van diabetes en de preventie van de complicaties. Dit resulteerde in negen prioriteiten die betrekking hebben op, onder meer, de versterking van de geïntegreerde zorg, een toekomstbestendig databeleid en het belang van een veralgemeende vroegdetectie en screening.⁶ De preventie, screening en vroegtijdige opsporing van type 2-diabetes kunnen de verwoestende complicaties van de ziekte mogelijk voorkomen of uitstellen. Maatregelen ter voorkoming van type 2-diabetes zijn over het algemeen vergelijkbaar met die ter voorkoming van zwaarlijvigheid en hart- en vaatziekten. Internationale initiatieven hebben duidelijke resultaten opgeleverd. Er bestaan Belgische initiatieven inzake sensibilisering, preventie en vroegtijdige opsporing van diabetes type 2, maar slechts op kleine schaal.

Een Finse Diabetes Preventie Studie (DPS) heeft aangetoond dat type 2-diabetes grotendeels te voorkomen is door leefstijlinterventies. Uit het onderzoek blijkt namelijk

³ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/diabete>

⁴ <http://belgiandiabetesforum.be/fr/elementor-283/>

⁵ Tabák, A. G. et al. (2012) "Prediabetes: A high-risk state for diabetes development", *The Lancet*, 379(9833), pp. 2279–2290; Buysschaert, M. and Sadikot, S. (2016) "Le diabète en Belgique et dans le monde: Quovadis?", *Louvain Medical*, 135(1), pp. 21–22.

⁶ <https://www.belgiandiabetesforum.be/wp-content/uploads/2020/11/BEDF-Livre-Blanc-final.pdf>

³ <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/diabetes>

⁴ <http://belgiandiabetesforum.be/nl/elementor-288/>

⁵ Tabák, A. G. et al. (2012) "Prediabetes: A high-risk state for diabetes development", *The Lancet*, 379(9833), pp. 2279–2290; Buysschaert, M. and Sadikot, S. (2016) "Le diabète en Belgique et dans le monde: Quovadis?", *Louvain Medical*, 135(1), pp. 21–22.

⁶ <http://belgiandiabetesforum.be/wp-content/uploads/2020/11/BEDF-Witboek-1.pdf>

style de vie. Il ressort en effet de l'étude que l'incidence du diabète dans le groupe d'intervention a baissé de 58 % par rapport au groupe témoin⁷.

2. Soins très bonne qualité dispensés aux patients diabétiques

La qualité très élevée des soins dispensés aux patients diabétiques dans notre pays est également reconnue à l'étranger, ce qui est assurément un motif de fierté. Il importe dès lors de maintenir les bonnes initiatives ainsi que de les corriger et de les affiner le cas échéant.

La Belgique a mis en place de nombreux et excellents systèmes de soins afin d'offrir des soins multidisciplinaires de haute qualité aux patients diabétiques. Grosso modo, l'organisation des soins dispensés aux patients atteints d'un diabète de type 2 prend la forme d'une pyramide comprenant trois systèmes qui prévoient une approche multidisciplinaire de la base vers le sommet, à savoir les prétrajets, les trajets de soins et la convention diabète.

Le "prétrajet" s'applique, à partir du diagnostic, à toutes les personnes atteintes d'un diabète de type 2 qui ne sont pas encore traitées à l'insuline ou au moyen d'autres injections. Le médecin généraliste est le premier point de contact à cet égard dans le traitement du diabète. Le patient a en outre droit à un accompagnement et à des avantages financiers supplémentaires. Le patient n'est pris en considération pour ce prétrajet que si le traitement consiste en des conseils relatifs au style de vie et/ou en une médication hypoglycémiante (comprimés). Le prétrajet vise ainsi à offrir des soins intégrés aux personnes ayant un début de diabète de type 2, principalement axé sur l'éducation et l'autonomisation. Une partie importante du soutien (l'éducation) est toutefois limitée à un sous-groupe de diabétiques (≤ 69 ans + IMC > 30 et/ou hypertension) et n'est pas appliqué correctement dans la pratique clinique courante, ce qui laisse de nombreux patients avec un diabète de type 2 naissant sans soutien adéquat au moment où celui-ci est particulièrement nécessaire alors que cette phase est précisément la plus importante afin de prévenir des complications ultérieures. Le passage du prétrajet au trajet de soin proprement dit doit également gagner en fluidité. Il ressort en outre des chiffres demandés que les patients diabétiques qui prennent une médication orale ne sont pas suffisamment pris en charge. Seulement

dat de l'incidentie van diabetes in de interventiegroep met 58 % is gedaald ten opzichte van de controlegroep⁷.

2. Diabeteszorg op een hoog niveau

De zorg voor mensen met diabetes is in ons land van hoge kwaliteit. Dit wordt ook erkend in het buitenland en we mogen hier dus gerust trots op zijn. Het is dan ook belangrijk om de goede initiatieven te behouden en waar nodig bij te sturen of te verfijnen.

België heeft heel wat uitstekende zorgsystemen opgezet om diabetici multidisciplinaire zorg van hoge kwaliteit te bieden. Grosso modo is de diabeteszorg voor type 2-diabetes opgebouwd als een piramide met drie systemen die voorzien in een multidisciplinaire aanpak van de basis naar de top: de voortrajecten, de zorgtrajecten en de diabetesconventie.

Het zogenaamde "voortraject" is voor alle personen met diabetes type 2, vanaf de diagnose, die nog niet met insuline of andere injecties worden behandeld. Hierbij is de huisarts het eerste aanspreekpunt in de behandeling van diabetes. Daarnaast heeft men recht op extra begeleiding en financiële voordelen. Voor dit voortraject komt men enkel in aanmerking indien de behandeling bestaat uit leefstijladviezen en/of bloedsuikerverlagende medicatie (tabletten). Het voortraject tracht dus geïntegreerde zorg te verschaffen aan mensen met beginnende type 2-diabetes, vooral gericht op vorming en empowerment. Een belangrijk deel van de ondersteuning (de educatie) is echter beperkt tot een subgroep van diabetici (≤ 69 jaar + BMI > 30 en/of hoge bloeddruk). Het is niet behoorlijk ingebouwd in de routine van de klinische praktijk waardoor veel mensen met beginnende type 2-diabetes geen gepaste steun krijgen wanneer dat nodig is, terwijl die fase net de belangrijkste is om latere complicaties te voorkomen. Ook de overgang van het voortraject naar het zorgtraject moet in de toekomst op een meer flexibele wijze gebeuren. Uit de opgevraagde cijfers blijkt bovendien dat diabetespatiënten die orale medicatie nemen onvoldoende worden bereikt. Slechts 26 % onder hen worden opgevolgd in een zorgpad (voornamelijk voortraject, maar soms ook zorgtraject). Dit terwijl 91 % van de diabetespatiënten die insuline

⁷ Lindstrom, J. et al. (2003) "The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS)", *Diabetes Care*, 26(12), pp. 3230–3236. Available at: <http://care.diabetesjournals.org/content/26/12/3230.short>.

⁷ Lindstrom, J. et al. (2003) "The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS)", *Diabetes Care*, 26(12), pp. 3230–3236. Available at: <http://care.diabetesjournals.org/content/26/12/3230.short>.

26 % d'entre eux sont suivis dans un trajet de soins (principalement un prétrajet, mais parfois un trajet de soins également) tandis que 91 % des patients diabétiques qui utilisent de l'insuline sont effectivement suivis dans un trajet de soins⁸, ce qui est tout de même curieux.

Le système des trajets de soins du diabète associe des soins de première ligne et de deuxième ligne à l'intention des personnes atteintes de diabète de type 2 traitées par des médicaments injectables contre le diabète (incrétino-mimétique ou une à deux injections d'insuline par jour). Ces trajets peuvent également être entamés lorsque le traitement à l'aide de médicaments hypoglycémisants est insuffisant et qu'une injection est envisagée. Un contrôle de qualité⁹ indique qu'il s'agit d'un moyen efficace de soigner ces patients. Ce système attire lui aussi les regards au niveau international, car il s'agit d'un exemple unique de projet favorisant la répartition des soins entre la première ligne et les soins spécialisés. Cette collaboration est indispensable pour ces patients, pour qui des choix thérapeutiques complexes doivent être faits.

Enfin, le système de convention diabète permet un traitement intégré et flexible des cas complexes pour les patients atteints de diabète de type 1 et pour les personnes souffrant d'un diabète de type 2 avancé ou d'autres types de diabète nécessitant des soins complexes. Ce système s'adresse aux patients qui ont besoin d'un accompagnement spécialisé en raison d'un traitement insulinaire complexe. Le système de qualité IQED (Initiative pour la Promotion de la Qualité et l'Épidémiologie du Diabète sucré) évalue la qualité des soins fournis par les centres de convention et identifie les améliorations possibles. Ce monitoring¹⁰ indique que des soins de très haute qualité – parmi les meilleurs au monde – sont prodigués sur la base de la convention diabète.

gebruiken wel opgevolgd worden in een zorgpad⁸. Dit is toch wel merkwaardig.

Het systeem van diabetes zorgtrajecten combineert eerste- en tweedelijnszorg voor mensen met type 2-diabetes die worden behandeld met inspuittbare diabetesmedicatie (incrétinemimeticum of 1 tot 2 insuline-injecties/dag). Dit kan ook worden opgestart indien de behandeling met bloedsuikerverlagende medicatie onvoldoende is en een inspuiting wordt overwogen. Uit kwaliteitscontrole⁹ blijkt dat dit een doeltreffende manier is om deze mensen te verzorgen. Opnieuw gooit dit systeem internationaal hoge ogen omdat het een uniek voorbeeld is van een project dat gedeelde zorg bevordert tussen de eerste lijn en de specialistische zorg. Er is veel nood aan een dergelijke samenwerking bij deze patiënten waarbij ingewikkelde behandelingskeuzes moeten worden gemaakt.

Tot slot maakt het systeem van de diabetesconventies een flexibele geïntegreerde behandeling van complexe gevallen mogelijk voor mensen met type 1-diabetes en voor mensen met vergevorderde type 2-diabetes of andere types diabetes die complexe zorg vereisen. Het is bedoeld voor wie nood heeft aan specialistische begeleiding gelet op de complexe insulinebehandeling. Het IQED-kwaliteitssysteem (*Initiative for Quality Improvement and Epidemiology in Diabetes*) peilt naar de kwaliteit van de geleverde zorg door de conventiecentra en wijst mogelijke verbeteringen aan. Deze monitoring¹⁰ toont aan dat op basis van de diabetesconventie zorg van zeer hoge kwaliteit wordt verschaft die op internationaal niveau bij de beste behoort.

⁸ Question écrite n° 606 de Mme Nathalie Muylle du 7 avril 2021 relative aux 'Derniers chiffres concernant les trajets de soins.', Bulletin des Questions et Réponses, B052 du 18 mai 2021.

⁹ Geert Goderis 1, Viviane Van Casteren 2, Etienne Declercq 3, Nathalie Bossuyt 2, Carine Van Den Broeke 4, Katrien Vanthomme 2, Sarah Moreels 2, Frank Nobels 5, Chantal Mathieu 6, Frank Buntinx 7. Care trajectories are associated with quality improvement in the treatment of patients with uncontrolled type 2 diabetes: A registry based cohort study. *Prim Care Diabetes* 2015;9(5):354-61.

¹⁰ Lavens A, Nobels F, De Block C, Oriot P, Verhaegen A, Chao S, Casteels K, Mouraux T, Doggen K, Mathieu C; Belgian Group of Experts IQED and IQECAD. Effect of an Integrated, Multidisciplinary Nationwide Approach to Type 1 Diabetes Care on Metabolic Outcomes: An Observational Real-World Study. *Diabetes Technol Ther* 2021;23(8):565-576.

⁸ Schriftelijke vraag nr. 606 van mevrouw Nathalie Muylle van 7 april 2021 over "recente cijfers zorgtrajecten", Bulletin van Vragen en Antwoorden, B052 van 18 mei 2021.

⁹ Geert Goderis 1, Viviane Van Casteren 2, Etienne Declercq 3, Nathalie Bossuyt 2, Carine Van Den Broeke 4, Katrien Vanthomme 2, Sarah Moreels 2, Frank Nobels 5, Chantal Mathieu 6, Frank Buntinx 7. Care trajectories are associated with quality improvement in the treatment of patients with uncontrolled type 2 diabetes: A registry based cohort study. *Prim Care Diabetes* 2015;9(5):354-61.

¹⁰ Lavens A, Nobels F, De Block C, Oriot P, Verhaegen A, Chao S, Casteels K, Mouraux T, Doggen K, Mathieu C; Belgian Group of Experts IQED and IQECAD. Effect of an Integrated, Multidisciplinary Nationwide Approach to Type 1 Diabetes Care on Metabolic Outcomes: An Observational Real-World Study. *Diabetes Technol Ther* 2021;23(8):565-576.

3. Renforcer la prise en charge intégrée des patients diabétiques dans le “prétrajet” – Suivi d’un patient diabétique de type 2

Le traitement du diabète est complexe et associe de nombreuses disciplines. Aucun prestataire de soins de santé n’est en mesure de proposer la totalité des soins. Il est donc nécessaire de privilégier une approche multidisciplinaire ou intégrée pour que les différents prestataires de soins de santé travaillent ensemble de manière structurée. Ces soins intégrés fonctionnent efficacement dans le cadre de la convention diabète et des trajets de soins mentionnés plus haut.

Le prétrajet a été créé en 2016 pour veiller à ce que les patients diabétiques de type 2 puissent d’emblée être informés en détail de leur affection et bénéficier d’un accompagnement dans la transformation nécessaire de leur mode de vie (régime, exercice physique, arrêt du tabac). La pratique indique que cette information et cet accompagnement précoces sont quasiment inexistantes. Les patients ne bénéficient d’une éducation et d’un accompagnement approfondi que beaucoup plus tard dans l’évolution de leur maladie, lorsqu’ils entrent dans un trajet de soins ou concluent une convention diabète.

Les chiffres indiquent également que le prétrajet n’est pas encore un succès. Le budget a été calculé sur la base de 300 000 patients. Or, d’après les derniers chiffres (fin 2019), seuls 35 000 patients ont entamé ce prétrajet. Cela s’explique, selon les acteurs de terrain, par le fait que ce système de soins est mal connu et qu’il effraie les patients par sa complexité. Il convient également, d’une part, d’améliorer la coopération et de conclure des accords contraignants entre les acteurs de première ligne concernés et, d’autre part, d’assurer un suivi plus intensif de la prise en charge des patients dans le cadre de ce prétrajet.

Le prétrajet a remplacé le passeport du diabète, qui a été abandonné. Ce passeport jouait pourtant un rôle important dans l’autonomisation des personnes diabétiques et dans la communication entre les membres de l’équipe de soins de première ligne. Il assurait également une certaine visibilité en indiquant immédiatement et clairement si le patient se trouvait déjà dans un trajet de soins.

En 2016, l’éducation dispensée dans le cadre du prétrajet a été limitée aux patients âgés de 69 ans au maximum et ayant un IMC supérieur à 30 et/ou souffrant d’hypertension. Ces restrictions avaient été dictées par la crainte d’un dérapage budgétaire éventuel. Cette approche ne repose toutefois sur aucun fondement scientifique et elle ne correspond pas non plus aux besoins rencontrés dans le secteur des soins de première ligne,

3. Geïntegreerde diabeteszorg versterken in het ‘voortraject’ – Opvolging van een patiënt met diabetes type 2

Diabeteszorg is complex en bestrijkt veel disciplines. Geen enkele zorgverlener kan alle aspecten van de zorg verschaffen. Een multidisciplinaire of geïntegreerde aanpak is dan ook nodig om de verschillende zorgverleners op een gestructureerde wijze te laten samenwerken. Deze geïntegreerde zorg werkt goed binnen de bovengenoemde diabetesconventie en zorgtrajecten.

Het voortraject werd in 2016 gecreëerd omdat het essentieel is dat patiënten bij het begin van type 2-diabetes een grondige educatie krijgen over de aandoening en begeleiding krijgen bij de noodzakelijke aanpassingen van hun levensstijl (voeding, beweging, rookstop). De praktijk leert dat dit nauwelijks gebeurt en dat mensen pas veel later in de evolutie van hun ziekte, bij intrede in een zorgtraject of in de diabetesconventie, gedegen educatie en coaching krijgen.

Ook de cijfers tonen aan dat het voortraject vooralsnog geen succes is. Het budget werd berekend op 300 000 patiënten en volgens de laatste cijfers (eind 2019) werd het slechts bij 35 000 patiënten opgestart. De analyse op het terrein is dat dit zorgsysteem niet goed gekend is en de complexiteit ervan afschrikt. Er is bovendien ook nood aan betere samenwerking en bindende afspraken tussen de betrokken eerstelijnsactoren enerzijds en een meer intensieve opvolging van de begeleiding van de patiënt in het kader van dit voortraject anderzijds.

Het voortraject kwam in de plaats van de diabetespas. Die pas werd uit roulatie genomen. De pas was nochtans belangrijk voor de *empowerment* van diabetici en de communicatie tussen de verschillende eerstelijnssteamleden. De pas gaf ook visibiliteit doordat de pas meteen duidelijk maakte of men al in een behandeltraject zat.

De educatie binnen het voortraject werd in 2016 beperkt tot de patiënten van 69 jaar of jonger met een BMI boven de 30 en/of hypertensie. Deze beperkingen werden opgelegd uit vrees voor een mogelijke budgettaire ontsporing. Er is echter geen enkele wetenschappelijke reden om dit zo aan te pakken en dit komt ook niet overeen met de noden in de eerste lijn waar ook veel oudere patiënten begeleid moeten worden of patiënten

dont de nombreux patients plus âgés ou présentant une obésité moins prononcée (un IMC de 30 est très élevé) devraient également bénéficier d'un accompagnement.

L'organisation de l'éducation est également devenue très complexe. Différents prestataires de soins de santé peuvent y être associés (ce qui est positif pour l'éducation en groupe), mais il n'y a aucune coordination et toutes les catégories de professionnels ne peuvent pas dispenser le même type d'éducation. Les éducateurs en diabétologie, les diététiciens et les pharmaciens peuvent dispenser une éducation individuelle ou en groupe. Les infirmiers à domicile sont seulement autorisés à dispenser une éducation individuelle et uniquement au domicile du patient et les kinésithérapeutes peuvent uniquement dispenser une éducation en groupe. Cela complique la tâche des médecins généralistes référents. Il serait beaucoup plus simple, par analogie avec le trajet de soins du diabète, de confier l'éducation individuelle et la coordination de l'éducation en groupe à un éducateur en diabétologie (infirmier ou diététicien). Pour garantir la qualité, il faudrait veiller à ce que ces acteurs de première ligne bénéficient d'un coaching et d'une formation organisés par des éducateurs expérimentés membres d'une équipe de la convention diabète (comme cela se fait déjà dans le cadre du trajet de soins du diabète).

L'éducation, qui, à ce stade du diabète, vise principalement l'adaptation du mode de vie, n'est pas suffisamment coordonnée avec d'autres initiatives.

Les patients peuvent par ailleurs bénéficier chaque année du remboursement de deux consultations diététiques séparées (reliquat des prestations accordées dans le cadre du passeport du diabète). Il serait plus simple d'intégrer ces consultations dans l'éducation susmentionnée.

Les patients peuvent également obtenir chaque année le remboursement de deux consultations podologiques séparées. Il est logique de ne pas inclure ces consultations dans l'éducation, car il s'agit d'une problématique spécifique (soins des pieds, dépistage des problèmes de pieds, éducation sur l'auto-soin des pieds). Ces prestations podologiques ne sont remboursées que si les patients présentent un risque élevé de problèmes aux pieds. Il n'est pas toujours évident pour le médecin généraliste d'identifier les patients de ce groupe à risque. Il serait plus simple, mais aussi plus efficace pour la prévention des problèmes de pieds, de prévoir deux consultations podologiques pour toutes les personnes diabétiques. Les patients présentant un risque accru de pied diabétique devraient avoir un accès plus

met minder uitgesproken overgewicht (een BMI van 30 is erg hoog).

De organisatie van de educatie werd daarnaast ook erg ingewikkeld gemaakt. Er kunnen verschillende zorgverleners bij betrokken worden (wat goed is voor groepseducatie), maar er is geen coördinatie en er zijn verschillen in inzetbaarheid. Diabeteseducatoren, diëtisten en apothekers kunnen de educatieverstrekkingen individueel of in groep geven, thuisverpleegkundigen alleen individueel en alleen aan huis bij de patiënt en kinesitherapeuten alleen in groep. De verwijzende huisartsen weten niet hoe hieraan te beginnen. Het zou veel eenvoudiger zijn om, naar analogie met het zorgtraject diabetes, de educatie primair door een diabeteseducator (hetzij verpleegkundige, hetzij diëtist) te laten geven in geval van individuele educatie of dit door hen te laten coördineren in geval van groepseducatie. Voor de kwaliteit zou het ook goed zijn dat deze eerstelijnsactoren coaching en opleiding krijgen van de ervaren educatoren van de diabetesconventieteams (zoals al gebeurt in het zorgtraject diabetes).

De educatie, die in dit stadium van diabetes vooral gericht is op leefstijlaanpassing sluit onvoldoende aan op andere initiatieven.

Er kunnen ook nog twee aparte dieetconsultaties per jaar terugbetaald worden (een overblijfsel van de verstrekkingen van de diabetespas). Het zou eenvoudiger zijn om die ook in de bovengenoemde educatie te integreren.

Daarnaast kunnen nog twee aparte podologische consultaties per jaar terugbetaald worden. Het is zinvol om deze apart te houden, want het gaat om een specifieke problematiek (de screening naar voetproblemen, de educatie rond voetzelfzorg, het geven van voetzorg). Die podologische verstrekkingen worden enkel terugbetaald als patiënten behoren tot een voetriscogroep. Hoe die risicogroep te bepalen is voor de huisarts, is niet steeds duidelijk. Het zou eenvoudiger zijn, maar ook beter voor de preventie van voetproblemen, om de twee podologische consultaties te voorzien voor alle personen met diabetes. De patiënten met een verhoogd diabetesvoetriscico moeten frequentere toegang krijgen tot podologische zorg, zeker als ze al een voorgeschiedenis hebben van diabetesvoetwonden gezien de erg

fréquent aux soins podologiques, surtout s'ils ont déjà des antécédents de plaies du pied diabétique, compte tenu du risque très élevé de récurrence. Les directives internationales¹¹ recommandent au moins six consultations podologiques par an pour ces patients à haut risque.

La notoriété, surtout, est problématique. La plupart des médecins généralistes ignorent la réglementation relative au prétrajet ou ne savent pas par où commencer. En effet, ce système de soins a souffert d'un manque de communication, bien que l'INAMI ait débloqué un budget transversal de près de dix millions d'euros à cet effet. À l'origine, il ne portait même pas de nom (on parlait de la nomenclature 102852). Ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'il a été baptisé "Modèle de soins Suivi d'un patient diabétique de type 2". Ce libellé prête toutefois à confusion car le trajet de soins diabète et les catégories B et C de la convention diabète constituent également des modèles de soins de suivi de patients diabétiques de type 2. C'est la raison pour laquelle les acteurs de terrain ont préféré parler de prétrajet.

Moyennant quelques modifications ciblées et la communication qui s'impose, ce prétrajet pourrait toutefois être fructueux et l'éducation indispensable en début de maladie pourrait être dispensée de manière économiquement efficace. Le prétrajet pourrait ainsi s'ajouter logiquement au trajet de soins diabète et à la convention diabète.

4. Détection précoce du diabète

Sachant qu'un patient diabétique sur trois s'ignore, la détection précoce d'une maladie aussi largement répandue que le diabète est fortement indiquée. Plus vite le patient sera identifié comme patient à risque, plus vite il pourra être guidé vers les soins adéquats. Des conseils diététiques et d'autres concernant le mode de vie, comme une augmentation de l'activité physique, dispensés d'emblée peuvent ainsi influencer considérablement le déclenchement et l'évolution de la pathologie.

À l'heure actuelle, c'est surtout le généraliste qui intégrera le patient dans les soins pour patients diabétiques. Nous souhaitons que les choses demeurent en l'état. Mais si l'on veut donner aux patients l'accès à ces soins le plus tôt et le plus efficacement possible, il faut miser activement sur la détection précoce. Les autres prestataires de soins méritent une place également. Plusieurs projets-pilotes donnent un aperçu des

grote kans op recidive. Internationale richtlijnen¹¹ raden minstens zes podologieconsulten per jaar aan voor dergelijke hoogrisicopatiënten.

Er is vooral ook een groot probleem van bekendheid. De meeste huisartsen kennen de regelgeving van het voortraject niet of weten niet hoe ze eraan moeten beginnen. Er gebeurde immers amper communicatie rond dit zorgsysteem, hoewel hiervoor een transversaal RIZIV-budget van bijna tien miljoen euro beschikbaar is. Initieel was er zelfs geen naam (men sprak van nomenclatuur 102852). Pas na een tijd kwam de naam "Zorgmodel Opvolging van een patiënt met diabetes type 2". Dit is echter een verwarrende naam want het zorgtraject diabetes en de categorieën B en C van de diabetesconventie zijn ook zorgmodellen voor opvolging van patiënten met diabetes type 2. Daarom is men op het terrein de namen voortraject of pre-traject gaan hanteren.

Mits enkele gerichte aanpassingen en de nodige communicatie zou dit voortraject wel succesvol kunnen zijn en zou de broodnodige educatie in het begin van de aandoening kunnen gegeven worden op een kosteneffectieve manier. Het pre-traject zou op deze manier logisch aansluiten op het zorgtraject diabetes en de diabetesconventie.

4. Vroegdetectie van diabetes

Wetende dat een op drie diabetespatiënten niet weet dat hij diabetes heeft, is vroegdetectie van een wijdverspreide aandoening als diabetes sterk aangewezen. Hoe sneller een patiënt als risicopatiënt geïdentificeerd wordt, hoe sneller hij naar de juiste zorg kan worden toegeleid. Zo kunnen bij aanvang dieetmaatregelen en andere levensstijladviezen zoals meer bewegen een grote impact hebben op het ontstaan en de evolutie van de aandoening.

Op dit moment is het vooral de huisarts die een patiënt in de diabeteszorg zal opnemen. Dit wensen we zo te behouden. Maar om zo vroeg en efficiënt mogelijk mensen de toegang tot die zorg aan te bieden, dienen we actief in te zetten op vroegdetectie. Ook andere zorgverstrekkers moeten we hier een plaats geven. Een aantal pilootprojecten toont de mogelijkheden en meerwaarde aan. We verwijzen hier naar CareTest in

¹¹ Bus S, van Netten J, Lavery L, Monteiro-Soares M, Rasmussen A, Jubiz Y, Price P (International Working Group on the Diabetic Foot). IWGDF guidance on the prevention of foot ulcers in at-risk patients with diabetes. Diabetes Metab Res Rev 2016;32 Suppl 1:16-24.

¹¹ Bus S, van Netten J, Lavery L, Monteiro-Soares M, Rasmussen A, Jubiz Y, Price P (International Working Group on the Diabetic Foot). IWGDF guidance on the prevention of foot ulcers in at-risk patients with diabetes. Diabetes Metab Res Rev 2016;32 Suppl 1:16-24.

possibilités et plus-values. Citons CareTest à Bruxelles et Chronilux et PACT, deux projets menés dans le cadre du programme Integreo de l'INAMI.¹²

5. Simplification administrative de la convention diabète

Dans le cadre de la simplification administrative, les attestations de remboursement pour la médication hypoglycémiante et la médication cardiovasculaire ont été supprimées du trajet de soins diabète et de la convention diabète. Lors de l'introduction de nouvelles catégories de médicaments (inhibiteurs de DPP4, inhibiteurs du SGLT2 et agonistes du GLP1), cette simplification était encore prévue dans le trajet de soins diabète, mais plus toujours dans la convention. Il n'est pas logique de compliquer l'administration pour les personnes diabétiques nécessitant des soins plus complexes.

6. Les données sur le diabète sont indispensables pour les soins intégrés

Il est nécessaire de mettre en place une politique des données pour le diabète (ainsi que pour d'autres maladies chroniques). La politique des données est le fondement d'une politique des soins de santé fondée sur des preuves (*evidence based health policy*). À l'heure actuelle, nous ne savons même pas combien de personnes sont diabétiques dans notre pays. Bien que nous possédions énormément de données, des diagnostics exacts (données basées sur la nomenclature) nous font souvent défaut. Les données sont généralement réparties dans différentes bases de données sans être intégrées et ne sont pas ou pas assez utilisées pour identifier l'évolution et les besoins de santé, et encore moins pour évaluer l'impact des changements de politique. La collecte et l'utilisation de données épidémiologiques sont toutefois nécessaires pour soutenir le travail politique, pour mieux gérer les budgets consacrés au diabète et aux soins et pour évaluer les mesures existantes et nouvelles.

Nous pouvons nous inspirer d'exemples à l'étranger, tels que le "NHS Scotland Diabetes Register" en Écosse et le "Nationella Diabetesregistret" en Suède, pour savoir comment collecter et utiliser les données sur le diabète comme instrument de gestion. Dans le contexte belge, l'approche la plus réaliste consiste sans doute à partir des bases de données existantes, comme celles de l'AIM¹³ et de Sciensano, et à en extraire le plus d'informations possible. Les diabétologues belges ont beaucoup d'expérience dans le domaine de la collecte

Brussel en Chronilux en PACT, twee projecten binnen het RIZIV-programme Integreo.¹²

5. Administratieve vereenvoudiging diabetesconventie

In het kader van de administratieve vereenvoudiging werden in het zorgtraject diabetes en in de diabetesconventie de terugbetalingsattesten voor glucoseverlagende- en cardiovasculaire medicatie geschrapt. Bij de introductie van nieuwe klassen medicamenten (DPP4 inhibitoren, SGLT2 inhibitoren, GLP1 agonisten) werd die vereenvoudiging nog voorzien in het zorgtraject, maar niet meer altijd in de diabetesconventie. Het is niet logisch dat voor de mensen met meer complexe diabeteszorg de administratie wordt bemoeilijkt.

6. Diabetesdata zijn broodnodig voor geïntegreerde zorg

Er is nood aan een databeleid voor diabetes (en voor andere chronische aandoeningen). Een databeleid is het fundament van een *evidence based health policy*. We weten vandaag zelfs niet hoeveel mensen in ons land diabetes hebben. Hoewel we heel wat gegevens hebben, missen we vaak exacte diagnoses (data op basis van nomenclatuur). De data zijn vaak verspreid over verschillende databanken zonder integratie en worden niet of onvoldoende gebruikt om de evolutie en de gezondheidsbehoeften te identificeren en nog minder om de impact van beleidswijzigingen te evalueren. Het verzamelen en gebruiken van epidemiologische gegevens is nochtans nodig om het beleidswerk te ondersteunen, de budgetten voor diabetes en zorg beter te beheren en om de bestaande en nieuwe maatregelen te beoordelen.

Buitenlandse voorbeelden zoals het Schotse "NHS Scotland Diabetes Register" en het Zweedse "Nationella Diabetesregistret" zijn inspirerende voorbeelden van hoe diabetesdata moeten worden verzameld en gebruikt als beleidsinstrument. Voor de Belgische context is het wellicht het meest realistisch om te vertrekken van de bestaande databanken zoals die van het IMA¹³ en Sciensano en daar zoveel mogelijk info uit te halen. De Belgische diabetesexperts hebben veel ervaring met dataverzameling en -verwerking rond diabetes door

¹² <https://www.integreo.be/fr>

¹³ AIM: Agence InterMutualiste

¹² <https://www.integreo.be/nl>

¹³ IMA: Intermutualistisch Agentschap.

et du traitement des données concernant le diabète, et ce, grâce à leur participation à des initiatives telles que IQED¹⁴, IQED-foot, le Registre belge du Diabète et l'étude d'AIM sur l'amputation, en collaboration notamment avec Sciensano et les mutualités (AIM). Le terrain est donc propice à la création d'une cellule scientifique de données sur le diabète chargée de centraliser et d'interpréter les données existantes.

L'accès aux données existantes constitue une première étape, mais nous devons être plus ambitieux et réfléchir à une future politique en matière de données qui permette au secteur des soins de santé de générer automatiquement des données. Ces données ne seront alors pas seulement utilisées au niveau macro pour la prise de décisions politiques, mais également au niveau méso pour rationaliser la gestion au niveau régional, et au niveau micro pour améliorer les soins individuels des diabétiques. À propos de ce dernier point, nous songeons à un tableau de bord qui serait mis à la disposition du patient et qui lui permettrait de suivre les paramètres de ses soins dans un format visuellement attractif et compréhensible. Nous songeons également à l'optimisation des Dossiers médicaux électroniques (DME) pour le signalement des problèmes et l'organisation des soins.

Il va de soi qu'il conviendra toujours de garantir la protection absolue des données personnelles recueillies pour éviter toute utilisation commerciale ou lucrative de ces données. Il conviendra également d'éviter toute utilisation de ces données pouvant aboutir à des formes de discrimination, surtout en matière d'emploi et d'assurances, au préjudice de personnes atteintes de maladies liées au taux de glycémie.

Les efforts déployés pour mettre en place une politique avancée en matière de données dans le domaine des soins diabétiques ne seront pas isolés. Les résultats obtenus dans le cadre de ce projet pilote pourront servir à élaborer une politique en matière de données pour d'autres maladies chroniques.

hun participatie aan initiatieven als IKED¹⁴, IKED-voet, Belgisch Diabetes Register en IMA-amputatiestudie in samenwerking met onder andere Sciensano en de mutualiteiten (IMA). Het terrein staat dus klaar voor de creatie van een wetenschappelijke diabetesdatacel die de bestaande data ontsluit en interpreteert.

Het ontsluiten van de bestaande data is een eerste stap, maar we moeten ambitieuzer zijn en nadenken over een toekomstig databeleid waarbij data automatisch gegenereerd worden vanuit de zorg. Deze data worden dan niet alleen gebruikt op het macroniveau voor beleidsbeslissingen maar ook op het mesoniveau om de aanpak in een regio te stroomlijnen en op het microniveau om de individuele zorg van de persoon met diabetes te verbeteren. Bij dit laatste denken we aan een dashboard voor de patiënt waarin die op een visueel aantrekkelijke en verstaanbare manier de parameters van zijn zorg kan opvolgen. We denken ook aan het optimaliseren van Elektronische Medische Dossiers (EMD's) om problemen te "vlaggen" en zorg te organiseren.

Bij dit alles moet vanzelfsprekend de absolute bescherming van de verzamelde persoonsgegevens gegarandeerd worden om elk commercieel of lucratief gebruik van deze gegevens te vermijden. Ook elk gebruik van die data dat zou kunnen leiden tot vormen van discriminatie, vooral op het vlak van werkgelegenheid en verzekeringen, van mensen met aandoeningen gerelateerd aan de bloedsuikerspiegel moet worden vermeden.

De inspanningen van een doorgedreven databeleid in de diabeteszorg staan niet op zich, maar kunnen als pilootproject vruchten afwerpen voor een databeleid rond andere chronische aandoeningen.

Nathalie MUYLLE (CD&V)
Els VAN HOOF (CD&V)
Leen DIERICK (CD&V)
Koen GEENS (CD&V)
Franky DEMON (CD&V)
Jef VAN den BERGH (CD&V)

¹⁴ IQED: Initiative pour la Promotion de la Qualité et l'Épidémiologie du Diabète sucré.

¹⁴ IKED: Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant que le nombre de diabétiques a plus que triplé au cours de ces deux dernières décennies, ce qui en fait l'un des défis sanitaires à la croissance la plus rapide du XXI^e siècle;

B. considérant que l'on évalue à un million le nombre de personnes vivant avec le prédiabète et le diabète en Belgique et que ce nombre continuera de croître;

C. considérant que Sciensano estime qu'un adulte sur dix en Belgique est diabétique et que ce pourcentage passe à 27 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus;

D. vu le nombre élevé de patients diabétiques non diagnostiqués;

E. considérant que le diabète nuit gravement à la santé et peut notamment causer des dommages au cœur et aux vaisseaux sanguins, aux nerfs, aux yeux et au système nerveux;

F. vu les coûts élevés que représente le diabète pour le système de sécurité sociale belge, à savoir 5,82 milliards d'euros en 2018;

G. considérant que les soins de qualité dispensés aux patients diabétiques sont organisés dans notre pays de façon intégrée dans la convention diabète, le trajet de soins diabète et le "prétrajet" de soins diabète;

H. vu le succès limité que connaît le prétrajet de soins diabète ("modèle de soins Suivi d'un patient diabétique de type 2"), qui est pourtant indispensable pour informer et accompagner les personnes ayant un début de diabète de type 2;

I. considérant que le remboursement des séances d'éducation diététique dans le cadre du prétrajet est limité aux patients âgés de 15 à 69 ans présentant un risque cardiovasculaire élevé en raison d'un IMC supérieur à 30 et/ou de l'hypertension;

J. considérant que l'organisation de l'éducation dans le cadre du prétrajet est vécue comme particulièrement compliquée;

K. vu l'existence de deux consultations de diététique distinctes qui peuvent être remboursées annuellement;

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. gelet op het feit dat het aantal personen met diabetes de afgelopen twintig jaar meer dan verdrievoudigd is waardoor het een van de snelst groeiende gezondheidsuitdagingen van de 21^e eeuw is;

B. overwegende dat er in ons land naar schatting 1 miljoen mensen met prediabetes en diabetes leven en dat dit aantal verder zal toenemen;

C. overwegende dat Sciensano schat dat een op tien volwassenen in België diabetes heeft en dat dit percentage nog toeneemt tot 27 % bij mensen die 65 jaar of ouder zijn;

D. gelet op het hoog aantal niet gediagnosticeerde diabetespatiënten;

E. overwegende dat diabetes enorm schadelijk is voor de gezondheid en kan leiden tot, onder andere, een beschadiging van het hart en de bloedvaten, de nieren, de ogen en het zenuwstelsel;

F. gelet op de hoge diabetesgerelateerde gezondheidskosten voor het Belgische socialezekerheidsstelsel die in 2018 nog 5,82 miljard euro bedroegen;

G. gelet op de kwalitatieve diabeteszorg die in ons land geïntegreerd georganiseerd is in de diabetesconventie, het diabetestraject en het zogenaamde diabetesvoortraject;

H. gelet op het geringe succes van het diabetesvoortraject ("Zorgmodel Opvolging van een patiënt met diabetes type 2") dat nochtans noodzakelijk is om mensen met beginnende diabetes type 2 voor te lichten en te begeleiden;

I. gelet op de beperking van de terugbetaling van educatieverstrekkingen binnen het voortraject tot patiënten tussen de 15 en 69 jaar met een verhoogd cardiovasculair risico door een BMI hoger dan 30 en/of hypertensie;

J. overwegende dat de organisatie van educatieverstrekkingen in het kader van het voortraject als bijzonder ingewikkeld wordt ervaren;

K. gelet op het bestaan van twee aparte diëtconsultaties die jaarlijks terugbetaald kunnen worden;

L. vu l'existence de deux consultations de podologie distinctes dont le remboursement annuel est limité à quelques groupes à risque;

M. vu l'existence de projets pilotes relatifs à la détection précoce dans le cadre du programme Integreo de l'INAMI et le rôle important que les pharmaciens peuvent jouer dans la détection précoce du diabète;

N. considérant que la simplification administrative par la suppression des attestations de remboursement pour les médicaments hypoglycémisants et cardiovasculaires est prévue dans le prétraject, mais pas pour l'ensemble des médicaments dans la convention diabète;

O. vu l'importance d'une politique des données volontariste en vue de renforcer les soins intégrés dispensés aux patients diabétiques et d'indiquer aux décideurs politiques le chemin à suivre pour mener une politique de lutte contre le diabète;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL, EN CONCERTATION AVEC LES ENTITÉS FÉDÉRÉES:

1. d'améliorer le fonctionnement du "prétraject diabète" en:

a) évaluant s'il est souhaitable de modifier la dénomination du prétraject, intitulé "Suivi d'un patient diabétique de type 2", pour accroître la visibilité et la notoriété de ce prétraject;

b) remboursant les prestations d'éducation dispensées dans le cadre de ce modèle de soins à tous les patients diabétiques de type 2 qui ne peuvent pas bénéficier d'un traject de soins ou de la convention diabète;

c) simplifiant l'organisation des prestations d'éducation en les confiant d'abord à un éducateur en diabétologie (infirmier ou diététicien) en cas de prestations d'éducation individuelles, et de charger cet éducateur en diabétologie de la coordination en cas d'éducation de groupe; l'éducation de groupe pourra être assurée, entièrement ou partiellement, par d'autres prestataires qualifiés (pharmaciens, kinésithérapeutes, psychologues, etc.) qui s'appuieront sur leur expertise spécifique tout en étant attentifs à tous les piliers du traitement du diabète (informations sur la maladie, la médication, l'alimentation, l'exercice, l'arrêt du tabac) au travers d'un traject individualisé;

d) permettant aux éducateurs expérimentés des équipes de la convention diabète de former les éducateurs de première ligne (comme c'est déjà le cas dans le traject de soins pour le diabète);

L. gelet op het bestaan van twee aparte podologische consultaties waarvan de jaarlijkse terugbetaling beperkt wordt tot enkele risicogroepen;

M. gelet op het bestaan van pilootprojecten inzake vroegdetectie binnen het RIZIV-programma Integreo en de belangrijke rol die de apothekers kunnen spelen in de vroegdetectie van diabetes;

N. gelet op het feit dat de administratieve vereenvoudiging door middel van schrapping van de terugbetalingsattesten voor glucoseverlagende en cardiovasculaire medicatie voorzien wordt in het zorgtraject, maar niet voor alle medicatie in de diabetesconventie;

O. gelet op het belang van een doorgedreven databeleid om de geïntegreerde diabeteszorg verder te versterken en beleidsmakers een duidelijk kompas te geven voor het diabetesbeleid;

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING OM IN OVERLEG MET DE DEELSTATEN:

1. het zogenaamd diabetesvoortraject beter te laten functioneren door:

a) te evalueren of een aanpassing van de titel van het voortraject, met name "Opvolging van een patiënt met diabetes type 2", wenselijk is om de zichtbaarheid en bekendheid van dit voortraject te vergroten;

b) de educatie binnen dit zorgmodel terug te betalen voor alle mensen met type 2-diabetes die niet in aanmerking komen voor een zorgtraject of de diabetesconventie;

c) de organisatie van de educatie te vereenvoudigen door de educatie primair door een diabeteseducator (hetzij verpleegkundige, hetzij diëtist) te laten geven in geval van individuele educatie en deze diabeteseducator te laten coördineren in geval van groepseducatie; de groepseducatie kan geheel of gedeeltelijk door andere gekwalificeerde actoren (apothekers, kinesitherapeuten, psychologen, ...) worden gegeven vanuit hun specifieke expertise met aandacht voor alle pijlers van de diabetesbehandeling (info over de ziekte, medicatie, voeding, beweging, rookstop) via een geïndividualiseerd traject;

d) de ervaren educatoren van de diabetesconventie-teams opleiding te laten geven aan de eerstelijnseducatoren (zoals dit reeds gebeurt in het zorgtraject diabetes);

e) intégrant les consultations diététiques distinctes existantes dans l'éducation (tout en maintenant la durée prévue pour celles-ci);

f) prévoyant des soins podologiques de base pour toutes les personnes suivant le prétrajet, le trajet de soins et la convention diabète, plus fréquemment pour les personnes présentant un risque podologique accru;

g) prévoyant un avertissement automatique (pop-up) dans le dossier médical électronique de tout patient pouvant prétendre à un prétrajet mais non encore inscrit;

h) évaluant dans quelle mesure des accords de coopération locaux et contraignants peuvent être mis en place entre les professionnels des soins de santé habilités à dispenser des prestations d'éducation et de quelle manière il serait possible, dans le cadre du prétrajet, d'investir davantage dans un suivi plus intensif du patient par le médecin généraliste;

2. de permettre la détection précoce du diabète par d'autres prestataires de soins en vue d'un renvoi plus rapide du patient vers le médecin (généraliste) et ainsi de permettre un diagnostic et un démarrage plus rapides du traitement en:

a) évaluant les initiatives en matière de détection précoce dans le cadre du programme Integreo de l'INAMI, en vue de faire participer d'autres prestataires de soins à la détection précoce du diabète;

b) examinant comment les initiatives prises par l'INAMI dans le cadre de son programme Integreo peuvent être intégrées aux soins ordinaires, pour permettre aux pharmaciens de détecter le diabète en pharmacie à un stade précoce;

3. de diminuer les charges administratives dans le cadre de la convention diabète, par la suppression des attestations de remboursement pour les médicaments hypoglycémisants et cardiovasculaires dans le cadre de la convention diabète;

4. de mener une politique volontariste en matière de données relatives aux patients diabétiques, qui servirait de référence pour la politique de données relatives aux affections chroniques, en:

a) cartographiant les banques de données existantes contenant des données sur les diabétiques en Belgique et en extrayant le plus d'informations possible des données disponibles;

e) de bestaande aparte dieetconsultaties te integreren in de educatie (met behoud van de hiervoor voorziene duurtijd);

f) de basispodologische zorg te voorzien voor alle personen in het voortraject, het zorgtraject en de diabetesconventie en dit aan een hogere frequentie voor personen met een hoger voetrisico;

g) in een automatische melding (pop-up) te voorzien in het elektronisch medisch dossier indien een patiënt die in aanmerking komt voor het voortraject hiervoor nog niet is ingeschreven;

h) te evalueren in welke mate er lokale en bindende samenwerkingsafspraken kunnen worden opgezet tussen de betrokken zorgbeoefenaars die educatieverstrekingen kunnen geven en hoe er binnen het voortraject meer kan worden ingezet op een intensievere opvolging van de patiënt door de huisarts;

2. de vroegdetectie van diabetes door andere zorgverstrekkers mogelijk te maken met als doel sneller door te verwijzen naar de (huis)arts en zo een snellere diagnose en opstart van de behandeling mogelijk te maken door:

a) het evalueren van de initiatieven inzake vroegdetectie binnen het RIZIV-programma Integreo, met oog op het inschakelen van andere zorgverstrekkers in de vroegdetectie van diabetes;

b) te onderzoeken hoe de initiatieven binnen het RIZIV-programma Integreo geïntegreerd kunnen worden in de reguliere zorg, om apothekers de mogelijkheid te geven tot vroegdetectie van diabetes in de apotheek;

3. de administratieve lasten in de diabetesconventie te verminderen door de schrapping van de terugbetalingsattesten voor glucoseverlagende en cardiovasculaire medicatie in de diabetesconventie;

4. werk te maken van een doorgedreven databeleid voor diabeteszorg als voorbeeld voor het databeleid voor chronische aandoeningen door:

a) bestaande databanken met gegevens over personen met diabetes in België in kaart te brengen en zo veel mogelijk informatie uit de beschikbare data te halen;

b) intégrant les banques de données existantes gérées par les autorités sanitaires et les organismes assureurs en chargeant les acteurs intermédiaires des soins des santé, en particulier les organismes assureurs, de coopérer activement au processus de collecte des données et au regroupement proactif des banques de données existantes;

c) développant un modèle et une plateforme durables pour l'utilisation de données relatives à la santé et au diabète en Belgique, permettant au patient de donner son consentement éclairé pour la création automatique de données relatives à la santé;

d) utilisant également cette collecte automatique de données en vue de l'autonomisation du patient, par exemple au travers d'un tableau de bord du patient, et de l'optimisation des soins, par exemple via la détection ("*flagging*") des problèmes;

e) utilisant l'expertise en matière de données relatives au diabète pour lancer un projet pilote concernant les données sur le diabète, ce qui peut impulser une politique de données plus générale sur les maladies chroniques;

f) examinant comment la gestion des patients pourrait être améliorée sur la base du dossier médical global (DMG), afin de pouvoir identifier les patients à risque encore plus tôt, ce qui permettrait une meilleure prévention ainsi qu'un diagnostic et un renvoi au prétrajet plus rapides.

18 mars 2022

b) bestaande databanken beheerd door gezondheidsinstanties en verzekeringsinstellingen te integreren door de intermediaire zorgactoren, in het bijzonder verzekeringsinstellingen, de verantwoordelijkheid te geven om actief mee te werken aan het proces van gegevensverzameling en het proactief koppelen van bestaande databases;

c) een duurzaam model en platform voor het gebruik van gezondheids- en diabetesgegevens te ontwikkelen in België waarbij de patiënt geïnformeerde toestemming kan geven voor automatische datacreatie vanuit de zorg;

d) deze automatische dataverzameling ook voor "*patient empowerment*" (bijvoorbeeld dashboard van de patiënt) en voor optimalisatie van de zorg (bijvoorbeeld "*flagging*" van problemen) te gebruiken;

e) de expertise rond data in de diabeteswereld te gebruiken om een pilootproject rond data voor diabetes op te zetten wat een aanzet kan zijn tot een meer algemeen databeleid rond chronische aandoeningen;

f) te evalueren hoe er op basis van het Globaal Medisch Dossier (GMD) aan populatiemanagement gedaan kan worden om nog vroeger risicopatiënten te kunnen identificeren met oog op een betere preventie, een snellere diagnose en een vroegere doorverwijzing naar het voortraject.

18 maart 2022

Nathalie MUYLLE (CD&V)
Els VAN HOOF (CD&V)
Leen DIERICK (CD&V)
Koen GEENS (CD&V)
Franky DEMON (CD&V)
Jef VAN den BERGH (CD&V)