

# Diabetes niet langer in gezondheidsbeleid

'Goede diabeteszorg': we weten op papier wat het is en hoe het zou moeten. Toch valt er in de praktijk nog heel wat te verbeteren. "Niet alleen in organisatorisch opzicht," zo stelt dr. Henk Jan Aanstoot, voorzitter van de Nederlandse Diabetes Federatie: "ook financiële en politieke beperkingen staan een goede diabeteszorg soms nog in de weg. Gelukkig zijn in overleg met overheid en verzekeraars verbeterplannen in de maak."

**O**nlangs behandelde de rubriek 'De Dokter' van het Algemeen Dagblad, de volgende vraag van een brievenaar: *na een bloedprik bleek mijn bloedsuikerspiegel 7,4 mmol/l. Een jaar daarvoor was eenzelfde waarde gemeten. Mijn huisarts raadde me aan een dieet te volgen en daartoe contact op te nemen met een diëtiste, die me adviseerde af te vallen. Dat advies volgde ik op, maar tegelijkertijd heb ik contact gezocht met de Diabetesvereniging Nederland waar ik te horen kreeg dat bij een bloedsuikerspiegel hoger dan 10 mmol/l een behandeling noodzakelijk is.* De brievenaar concludeerde hieruit twee tegenstrijdige meningen, waarop de rubrieksdokter, dr. Jeroen Buijsen, het verschil tussen 'nuchtere' en 'niet-nuchtere' waarde uiteenzette. Volgens de criteria van de Wereld Gezondheidsorganisatie is er bij een overschrijding van de bloedsuikerspiegel van 6,1 mmol/l sprake van diabetes. De dokter besloot zijn antwoord met het vermoeden dat het bij de brievenaar wellicht gaat om een beginnende vorm van suikerziekte en dan is enkele kilo's gewichtsverlies vaak heel effectief, zonder dat behandeling met medicijnen nodig is. Het voorbeeld is illustratief voor de huidige huisartsenpraktijk, die steeds meer te maken krijgt met meer of minder ernstige vormen van diabetes mellitus ofwel suikerziekte zoals het in de volksmond

heet. Dr. Henk Jan Aanstoot over de snelle groei: "Betrouwbare gegevens over de omvang van de ziekte zijn niet beschikbaar, maar zeker is dat het aantal mensen met een te hoog bloedsuikergehalte snel stijgt. In Nederland wordt het aantal nieuwe gevallen per jaar geschat op 60.000." Ons land telt op dit moment minstens 400.000 mensen met diabetes. Er zijn twee hoofdvormen, type 1 en type 2, en met name de laatste vorm, waarbij naast erfelijke factoren vooral omgevingsfactoren een rol spelen, komt steeds vaker voor. Aanstoot hierover: "Toenemende vergrijzing en veranderende leef- en eetgewoontes zijn de belangrijkste verklaringen voor de snelle groei. Opvallend is ook dat het aantal kinderen en tieners met diabetes toeneemt." Mensen die lijden aan diabetes produceren zelf onvoldoende insuline om hun bloedglucose op peil te houden. De stagnerende insulineproductie wordt veroorzaakt door niet goed (meer) functionerende betacellen in de alvleesklier. "Dit kan een kwestie van slijtage zijn door ouderdom, maar onze Westerse eet- en leefgewoonten leiden waarschijnlijk tot vroegtijdige slijtage," weet Aanstoot, die als kinderarts, en gespecialiseerd in diabetes bij jeugdigen, werkzaam is in het IJsselland ziekenhuis in Capelle aan de IJssel.

**Dreigende escalatie**  
Diabetes mellitus is een progressieve chronische ziekte, waarvoor wel behandeling, maar nog geen genezing bestaat. Het is een langzaam voortschrijdende, en op den duur dodelijke, ziekte. Voor mensen met een beginnende vorm van suikerziekte is een dieet vaak voldoende om de bloedsuikerspiegel onder controle te krijgen en te houden. Is de ziekte verder gevorderd, dan is behandeling met orale geneesmiddelen of insuline noodzakelijk. Te hoge gemiddelde glucosewaarden veroorzaken op de langere termijn complicaties aan hart- en bloedvaten, ogen, nieren en voeten. Mensen gaan uiteindelijk dood aan die complicaties. "Het is een ernstige ziekte met grote sociale en economische gevolgen. Deze problematiek zou de komende jaren, door een sterke toename van het aantal mensen met diabetes, wel eens kunnen escaleren, als er geen verbetering komt in de diabeteszorg," zo voorspelt Aanstoot. De ernst van de ziekte wordt nogal eens gebagatelliseerd met argumenten als 'mijn oma had ook al diabetes en daar had ze niet zoveel last van' of 'je kunt je bloedsuikerspiegel toch eenvoudig zelf regelen'. "Ja dat is zo," beaamt Aanstoot, "maar alleen als er voldoende aandacht en middelen beschikbaar zijn. De belasting voor de patiënt en de vereiste discipline om de ziekte onder controle te houden worden erg onderschat." De diabeteszorg kan in Nederland nog in veel opzichten verbeteren. En Aanstoot somt op: "Er is onvoldoende aandacht voor de enorme toename, de diagnose-

Diabetes is absoluut ondergediagnosticeerd

# stiefkindje

Minder  
complicaties  
bij tijdige  
diagnose

stelling is vaak veel te laat, er is voor grote groepen mensen met diabetes geen of onvoldoende vergoeding voor zelfcontrolemiddelen, er is te weinig aandacht, geld en tijd voor goede educatie en zelfcontrole, dé pijlers van behandeling van deze ziekte. Gelukkig komen op veel plaatsen prima projecten en initiatieven voor verbetering van de grond, maar de stap naar 'goede diabeteszorg' is helaas nog lang niet overal gezet."



Foto: Johan Heuthink, Usselland ziekenhuis

Zelfcontrole cruciaal  
De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), een in 1995 opgericht samenwerkingsverband en sinds medio 2000 onder voorzitterschap van Aanstoot, heeft zich 'goede diabeteszorg voor iedereen' tot doel gesteld. Binnen de NDF werken patiënten, artsen, verpleegkundigen en andere betrokkenen gezamenlijk aan de verbetering van diabeteszorg. Daarnaast participeren bedrijven en instellingen die actief zijn op het gebied van diabeteszorg. Behalve een algemeen platform voor alle betrokkenen, wil de NDF het aanspreekpunt zijn voor overheden en zorgverzekeraars. In die zin betreurt Aanstoot het bijvoorbeeld dat de NDF pas laat betrokken werd bij de Wijziging Regeling Hulpmiddelen die in het teken staat van een terugtrekkende overheid in het gezondheidsbeleid. "Wij staan zeker achter een deregulering van de zorg. Dat de individuele zorgverzekeraars de regierol krijgen toebedeeld, vinden we prima, maar wij zijn van mening dat zoiets moet gebeuren binnen de door het 'veld' aangegeven kaders van adviezen en richtlijnen." Aanstoot is het ook eens met het kritische commentaar van de Rekenkamer op het hulpmiddelenbeleid. In haar rapport 'Hulpmiddelen in de Gezondheidszorg' constateert de Rekenkamer dat de rol van veldpartijen zoals voor-schrijvers, patiënten en leveranciers, veel te onduidelijk is, en zij beveelt de minister van VWS aan om vooral de veldpartijen zelf gelegenheid te geven protocollen over verstrekking van hulpmiddelen nader in te vullen. Aanstoot: "De NDF heeft deze protocollen al opgesteld en beschreven in haar rapport 'Richtlijnen en Adviezen voor goede diabeteszorg' dat in april 2000 is uitbracht." Over zelf-

controle schrijft het rapport: *meting en continue registratie van het eigen bloedglucosegehalte, kortweg zelfcontrole genoemd, worden beschouwd als de hoeksteen van de zelfzorg en begeleiding van diabetespatiënten.* Aanstoot licht dit toe: "De bloedglucosespiegel van mensen met diabetes vertoont vaak een zeer grillig verloop. Om complicaties op langere termijn, en de daarmee samenhangende hoge kosten én leed, te voorkomen is een goede instelling van de bloedglucosespiegel cruciaal. Daarom vinden wij dat zelfcontrole behoort tot de kern van de behandeling, waarbij het behandelteam van patiënt, arts en verpleegkundige zelf de balans kan vinden tussen ziekte-last en sociale of psychische eisen die zelfcontrole stelt. Investering in materialen en educatie is absoluut kosteneffectief."

Van papier naar praktijk  
Behalve de hierboven genoemde richtlijn zelfcontrole heeft de NDF, met brede steun en inzet van betrokken organisaties, nog negen richtlijnen opgesteld en andere zullen nog volgen. Deze gemeenschappelijk geformuleerde streefdoelen en behandelingsstrategieën vormen, samen met de herziene NHG-standaard voor Diabeteszorg (1999), de basis voor een goede diabeteszorg. Aanstoot: "Met deze documenten is het fundament gelegd. Waar het nu om gaat is de implementatie. Ofwel 'van papieren richtlijnen naar dagelijkse praktijk', zoals we ons beleidsplan 2001-2006 hebben genoemd. Op die manier denken we ons hoofddoel 'goede diabeteszorg voor iedereen' te bereiken." Bij een complexe en multifactoriële ziekte als diabetes bieden richtlijnen in deze tijd van 'evidence based' geneeskunde houvast te midden

Dr. Henk Jan Aanstoot, voorzitter van de Nederlandse Diabetes Federatie: "Goede diabeteszorg is niet iets bijzonders, maar moet simpelweg beschikbaar zijn voor iedereen."

## Zelfcontrole pijler onder goede diabeteszorg

van alle diagnostische en therapeutische mogelijkheden.” Aanstoot, als voorzitter van de NDF, ziet het als een uitdaging om het ambitieuze maar noodzakelijke NDF-beleidsplan tot uitvoering te brengen. “Waar het nu nog te vaak aan schort is een transparante structuur in de diabeteszorg en transparante financiering. Hoe transparanter de diabeteszorg hoe beter de kwaliteit van de zorg is te beoordelen. En dat is essentieel als je richtlijnen wilt implementeren.” Aanstoot vindt ook dat artsen en zorgverzekeraars moeten kunnen worden beoordeeld op hun handelen en daarbij bieden die richtlijnen prima meetinstrumenten. Later kunnen andere criteria bij de evaluatie worden betrokken zoals de ervaring van de patiënt.

Behalve kwaliteit staat ook vroege opsporing heel hoog op de agenda, met name van diabetes type 2. De kwaliteit van leven heeft veel baat bij vroegtijdige opsporing omdat tijdige behandeling de latere, ernstige complicaties, voorkomt. Aanstoot: “Diabetes is absoluut ondergediagnosticeerd. We weten inmiddels dat naast elke gestelde diagnose er nog iemand met diabetes rondloopt die nog onbekend is. De opsporing verloopt moeilijk omdat de ziekte zich de eerste 7 tot 10 jaar vrijwel zonder symptomen ontwikkelt. In de NHG-standaard is vastgelegd dat meer moet worden gestreefd naar identificatie van mensen met hoog risico zoals familiale belasting of na een infarct. En bij mensen uit hoogrisicogroepen beveelt de standaard aan elke drie jaar het bloedglucosegehalte te onderzoeken.” Ook hiervoor geldt dat we van papieren richtlijn naar de dagelijkse praktijk moeten.

Aanstoot vindt dat type 2 diabetes zoveel mogelijk in de eerste lijnszorg moet worden opgespoord en behandeld en dat huisartsen

## Zelf bloedglucose meten



De introductie van de bloedglucosesensor met de direct afleesbare teststrip betekende een ommekeer in de behandeling van diabetes. Door zelf regelmatig het bloedglucosegehalte te bepalen, kan een goed beeld worden verkregen van het bloedglucoseverloop onder de meest uiteenlopende omstandigheden. Dit patroon biedt een prima hulpmiddel om de juiste therapie te vinden en het glucosegehalte in het bloed zo goed mogelijk in te stellen. Met de zelfcontrole is inzicht in de kwaliteit van diabetesregulatie niet langer het alleenrecht van de behandelaar, maar wordt de patiënt zelf deel van het behandelteam. De bloedglucosesensoren voor zelfcontrole worden steeds kleiner, sneller en nauwkeuriger. Met de huidige meters is een minuscule druppeltje bloed voldoende om binnen 5 tot 20 seconden de actuele bloedglucosespiegel te kennen.

via bij- en nascholing op hoog niveau getraind moeten worden, een taak van onder meer de DiHAG, de Diabetes Huisartsen Adviesgroep (lid van de NDF). Ook de moderne hulpmiddelen op het gebied van ICT zijn hierbij essentieel. Aanstoot over nut en noodzaak van educatie: “Niet alleen voor de patiënt om te leren hoe hij of zij met de ziekte om kan gaan, maar ook voor de professional die tegenwoordig veel meer coach is dan puur medisch behandelaar.”

Naar eerstelijns

In 2003 zal een nieuw budgetteringssysteem voor ziekenhuizen worden ingevoerd volgens het model van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Hierbij zal de traditioneel aanbodgestuurde zorgverlening veel meer een vraaggestuurde worden. Dat moet resulteren in 'noodzakelijke zorg voor iedereen binnen redelijke termijn'. Hiermee zal de open-eind financiering veranderen in 'betaling voor daadwerkelijk geleverde zorg'. Hierdoor wordt de zorgverlening van ziekenhuizen transparanter en daarmee beter beoordeelbaar en bovendien kosteneffectiever omdat zorgverzekeraars scherp zullen gaan contracteren. Aanstoot vindt dit een goede ontwikkeling: “De financiering wordt transparanter, maar een probleem voor de diabeteszorg is dat er maar weinig patiënten zijn die alleen in die tweede -DBC-lijnszorg zitten. Voor een ziekte als diabetes zou feitelijk een transmurale Diabetes Diagnose Behandel Combinatie (DDBC) moeten ontstaan. Op die manier kun je alles rond diabetes binnen een aantal kaders zetten: richtlijnen over hoe goede diabeteszorg moet, kwaliteitsbeleid over wat daar van terecht komt en waar verbeteringen nodig zijn en een transparant financieringsbeleid om te zorgen waar het geld echt nodig is en goed besteed wordt.” De NDF is dan ook blij dat in overleg met Zorgverzekeraars Nederland en VWS gekeken wordt naar de mogelijkheden van zo'n DDBC. Aanstoot: “Zo'n streven sluit naadloos aan op ons beleidsplan: 'diabeteszorg voor iedereen en de patiënt centraal.’” ●

Marian van Opstal