

Profiel van leden met diabetes

Marijke Van Duynslaeger
Didier Willaert

Oktober 2023

www.solidaris.be



Inhoud

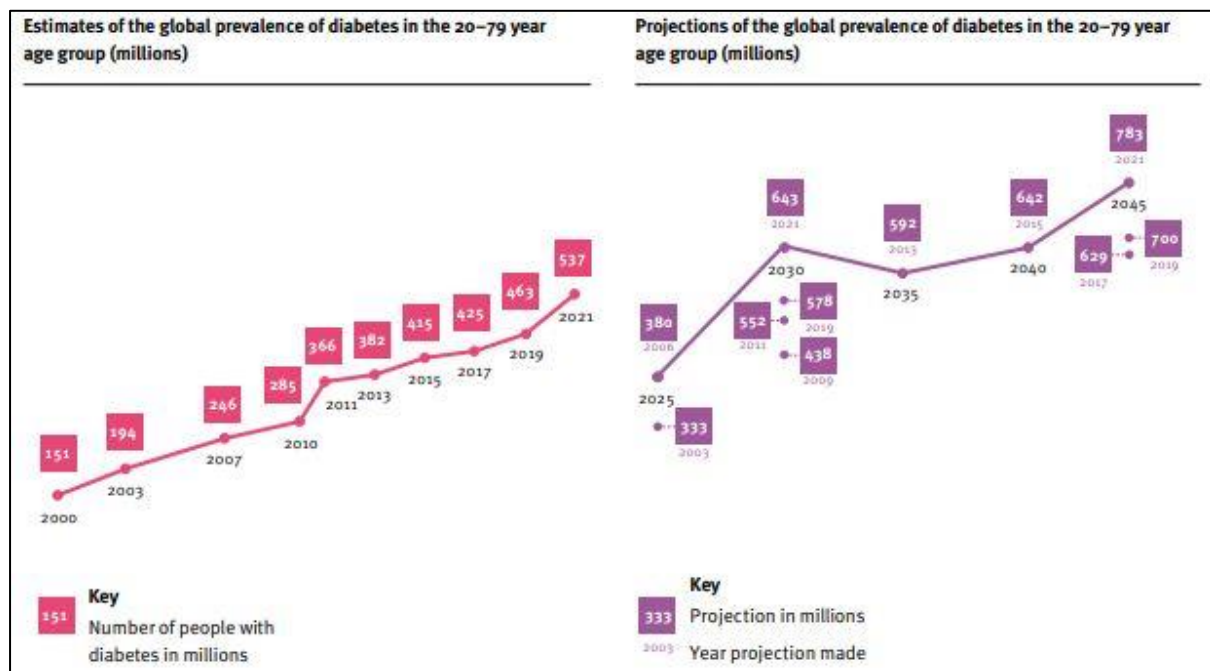
1	Inleiding	3
1.1	Een wereldwijde epidemie	3
1.2	Het belang van beweging	4
1.3	Onze actie: de Beweegwijzer	5
2	Studie	7
2.1	Context	7
2.2	Resultaten.....	8
2.2.1	Algemene prevalentie van diabetes bij onze leden	8
2.2.2	Prevalentie volgens leeftijd en geslacht bij onze leden	8
2.2.3	Prevalentie volgens voorkeurregeling	10
2.2.4	Prevalentie naar woonplaats van het lid	11
2.2.5	Prevalentie naar nationaliteit.....	12
2.2.6	Prevalentie bij personen in slechte gezondheid	13
2.2.7	Comorbiditeit	15
2.2.8	Contacten met zorgverleners	18
2.2.9	Ziekenhuisopnames	22
3	Samenvatting	23
4	Aanbevelingen.....	25

1 Inleiding

1.1 Een wereldwijde epidemie

Diabetes is één van de meest voorkomende en snelst toenemende chronische aandoeningen. Er bestaan verschillende types diabetes. De drie belangrijkste vormen zijn diabetes type 1, diabetes type 2 en zwangerschapsdiabetes. Daarnaast zijn er nog enkele zeldzame varianten. Diabetes type 2 komt het vaakst voor. Bij ongeveer 90% van de mensen met diabetes gaat het om diabetes type 2.

In 2000 werd het aantal mensen met diabetes wereldwijd geschat op 151 miljoen. Tussen 2000 en 2021 steeg dat aantal tot ongeveer 537 miljoen mensen in de leeftijdsgroep 20-79 jaar. In 2021 overleden er in de wereld ongeveer 6,7 miljoen patiënten aan de directe gevolgen van de ziekte¹. Schattingen voor 2045 lopen op tot 783 miljoen volwassenen, of 11% van de volwassen wereldbevolking (Figuur 1).



Figuur 1: Schatting en projectie van het wereldwijde aantal mensen met diabetes, in de leeftijdsgroep 20-79 jaar, in miljoen (Bron: IDF Diabetes Atlas).

Diabetes wordt steeds beter gediagnosticeerd en vaker behandeld, maar de enorme stijging is voor het grootste deel te wijten aan een toename van een aantal factoren die bijdragen tot het ontwikkelen van diabetes type 2. Het risico op diabetes type 2 stijgt met de leeftijd, en mensen worden steeds ouder. Er is echter ook een grote toename van beïnvloedbare risicofactoren zoals

¹ International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th edn. Brussels, Belgium: 2021. Available at: <https://www.diabetesatlas.org>

overgewicht, ongezonde voeding met te veel suikers en verzadigde vetten, roken, sedentair gedrag en te weinig lichaamsbeweging.

1.2 Het belang van beweging

Onderzoek toont het belang aan van het onderscheid tussen sedentair gedrag en te weinig lichaamsbeweging. Sedentair gedrag betekent dat iemand lange periodes onafgebroken stilzit, terwijl te weinig lichaamsbeweging of fysieke inactiviteit betekent dat de beweegnorm niet gehaald wordt². Een volwassene die de beweegnorm haalt door bijvoorbeeld 150 minuten per week te fietsen of te wandelen, kan dus toch een sedentaire levensstijl hebben omdat hij lange, onafgebroken periodes zittend doorbrengt op kantoor. Zowel een sedentaire levensstijl³ als fysieke inactiviteit⁴ verhogen elk afzonderlijk het risico op het ontwikkelen van diabetes type 2. Mensen met diabetes geven in de Gezondheidsenquête van 2018 vaker aan dat ze in hun vrije tijd geen sport beoefenen (Tabel 1).

Tabel 1: Percentage respondenten van Gezondheidsenquête 2018 met en zonder diabetes, dat aangeeft geen sport te doen, naar leeftijdsgroep

Fysieke activiteit in de vrije tijd: geen sport of matige lichaamsbeweging	Populatie met diabetes	Hele populatie
45-54 jaar	53%	27%
55-64 jaar	43%	27%
65-74 jaar	38%	29%
75 en ouder	71%	55%

Maar naast regelmatige lichaamsbeweging is het dus ook belangrijk om geen lange periodes onafgebroken stil te zitten. Een grote Nederlandse studie³ toonde voor het eerst aan dat hoe langer iemand per dag stilzit, hoe groter de kans is dat die persoon diabetes zal ontwikkelen: elk extra uur dat iemand per dag sedentair doorbrengt, verhoogt de kans op diabetes met 22%.

² VIGeZ, Van Acker R. & De Meester F. (2015). Langdurig zitten: dé uitdaging van de 21ste eeuw. Syntheserapport als actuele onderbouw voor de factsheet sedentair gedrag. Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie. Brussel.

³ van der Berg JD, Stehouwer CD, Bosma H, van der Velde JH, Willems PJ, Savelberg HH, Schram MT, Sep SJ, van der Kallen CJ, Henry RM, Dagnelie PC, Schaper NC, Koster A. Associations of total amount and patterns of sedentary behaviour with type 2 diabetes and the metabolic syndrome: The Maastricht Study. *Diabetologia*. 2016 Apr;59(4):709-18.

⁴ Rana JS, Li TY, Manson JE, Hu FB. Adiposity compared with physical inactivity and risk of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care*. 2007 Jan;30(1):53-8.

1.3 Onze actie: de Beweegwijzer

In Vlaanderen zijn er ongeveer 500.000 mensen met diabetes, waarbij het bij de meerderheid (90 tot 95%) gaat om diabetes type 2. Zoals hierboven al besproken, is dit type diabetes een ‘levensstijlziekte’ en treft ze voornamelijk volwassenen ouder dan 40 jaar.

Sport en bewegen kan ervoor zorgen dat patiënten minder afhankelijk worden van diabetesmedicatie en verkleint de kans op lichamelijke gevolgen (o.a. hart- en vaatziekten) van diabetes type 2. Daarom ontwikkelden Solidaris en partners de Beweegwijzer om het starten met bewegen en sporten aan te moedigen en gemakkelijker te maken. Patiënten weten vaak niet hoe eraan te beginnen en hebben nood aan sensibilisering rond dit onderwerp: ook matig bewegen kan immers al een grote gezondheidsimpact hebben.

We richten ons met de Beweegwijzer specifiek op mensen met **diabetes type 2 van 45 tot 65 jaar**, maar de toepassing zal door iedereen kunnen worden gebruikt, mensen van alle leeftijden, mét of zonder diabetes, zowel leden als niet-leden.

De Beweegwijzer zal voor verschillende toestellen ter beschikking zijn (mobiel, tablet, desktop). Via een dynamische vragenlijst krijgt de gebruiker een beweegadvies op maat en wordt hij verder geleid naar de juiste instanties, clubs, zorgverleners...

Met deze toepassing wensen we zo onder andere:

- awareness te creëren rond de impact van sporten bij de doelgroep
- een zaadje te planten om zin te doen krijgen om te sporten en verder te zoeken
- informatie en advies op maat verlenen met tips & tricks
- specifieke sporten aanbieden in het persoonlijke rapport
- de gebruiker centraal plaatsen en inzoomen op de eigen situatie
- de beleving opbouwen en de gebruiker meenemen in het verhaal

Vanuit een speciaal ontwikkelde Solidaris-website zullen gebruikers kunnen doorklikken naar de Beweegwijzer, waar de vragenlijst ingevuld kan worden. De vragenlijst is opgebouwd uit 3 grote blokken:

- medische achtergrond
- sportvoorkeuren en verleden
- drempels en motivatie

De vragenlijst wordt zodanig opgebouwd dat er één verhaal is, dat stapsgewijs verteld wordt met een rode draad. Zo gaat de gebruiker vlot door de vragen en voelt het niet aan als een standaardformulier. Er zijn interessante bindteksten en de vragen worden verrijkt met praktische informatie, tips of wist-je-datjes. Er is tevens veel aandacht voor het visuele aspect: duidelijk, aantrekkelijk en zeer gebruiksvriendelijk.

Na het doorlopen van de vragenlijst ontvangt de gebruiker een advies waarin een overzicht van sporten staat die de gebruiker op het lijf zijn geschreven. Er wordt ook verduidelijkt waarom deze sporten geselecteerd zijn. De gebruiker ontvangt daarnaast ook andere relevante informatie, zoals de voordelen van sporten voor mensen met diabetes type 2, tips om drempels te overwinnen, medische aandachtspunten en een overzicht van alle mogelijke sporten uit de databank van Sport Vlaanderen. De gebruiker kiest zelf hoe diep er op bepaalde sporten of onderwerpen wordt ingegaan.

Dit advies kan instant op het scherm gelezen worden, maar bovendien krijgt elke gebruiker de mogelijkheid om via een unieke link die per mail verzonden wordt, dit advies in rapportvorm te raadplegen, downloaden en delen met relevante zorgverleners, zoals de huisarts of de 'Bewegen Op Verwijzing - coach' (BOV-coach).

2 Studie

2.1 Context

Met deze studie willen we een het profiel nagaan van onze leden met diabetes, zodat we in de toekomst nog gericht initiatieven en acties kunnen ontwikkelen.

We selecteerden hiervoor alle leden van Solidaris die gedomicilieerd zijn in België en die tijdens het hele jaar 2014 of 2021 lid waren. Personen die overleden tijdens de bestudeerde jaren en leden met een internationale overeenkomst werden niet in rekening genomen, omdat een deel van de verstrekkingen dan niet in onze bestanden geregistreerd is.

Voor de identificatie van leden met diabetes volgden we dezelfde methodologie als in de IMA-atlas⁵: ofwel diabetesmedicatie gebruiken (ATC⁶-code A10, minstens 90 dagdosissen per jaar) ofwel naar diabetes verwijzende nomenclatuur (diabetesconventie, diabetesopvolging⁷, zorgtraject diabetes⁸) hebben. Vrouwen die bevielden tijdens het jaar werden niet meegenomen (op die manier wordt zwangerschapsdiabetes uitgesloten, omdat het om een heel specifieke en tijdelijke vorm van diabetes gaat). We deden dit voor de jaren 2014 en 2021.

⁵ <http://atlas.ima-aim.be/databanken>

⁶ Anatomical Therapeutic Chemical (ATC): classificatiesysteem van geneesmiddelen gebruikt door de Wereldgezondheidsorganisatie

⁷ Voorheen diabetespaspoort

⁸ Zie Bijlage 1 voor de gebruikte nomenclatuur

2.2 Resultaten

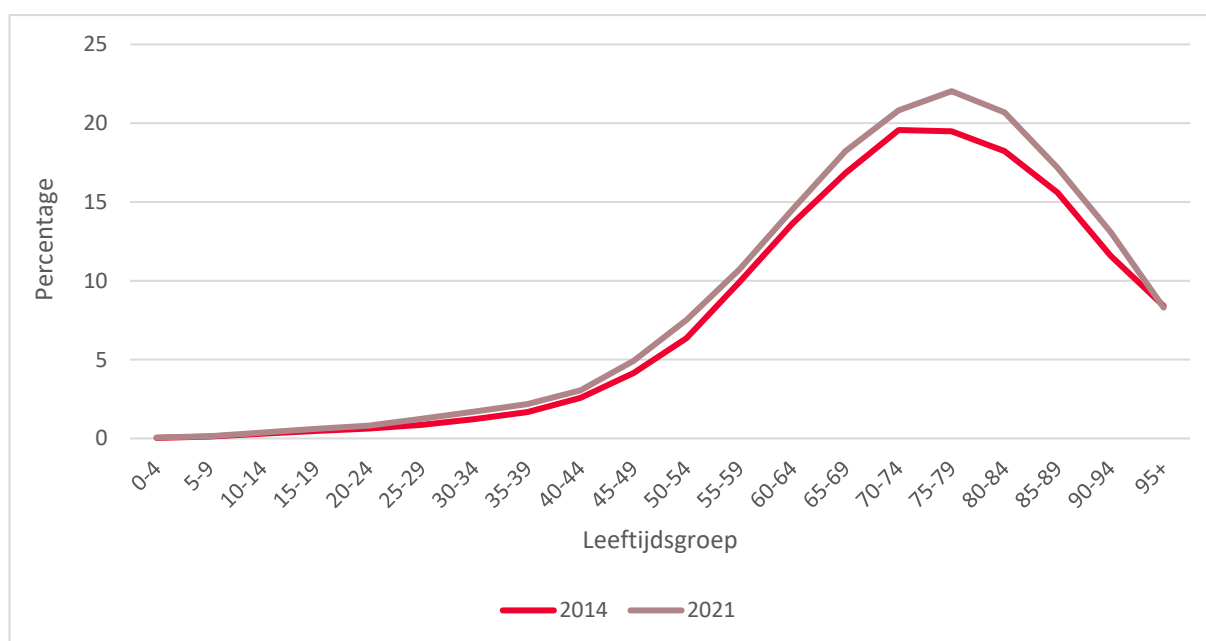
2.2.1 Algemene prevalentie van diabetes bij onze leden

In 2014 vinden we 172 034 leden terug met diabetes. Dat is 5,8% van het totaal aantal leden in dat jaar. In 2021 steeg het aantal leden met diabetes tot 208 441, of 6,7% van het totaal ledenaantal. Dit percentage komt overeen met dat in de IMA-atlas (6,8% bij de hele Belgische populatie in 2021)⁹.

2.2.2 Prevalentie volgens leeftijd en geslacht bij onze leden

Diabetes is een aandoening die toeneemt met de leeftijd. Vanaf de leeftijd van 45 jaar is er een sterke toename van het aantal diabetespatiënten. Bij 45- tot 49-jarigen zijn er ongeveer 5% leden die geïdentificeerd worden als diabetespatiënt, terwijl dit bij de 75- tot 79-jarigen al 22% bedraagt (zie Figuur 2). Vanaf 80 jaar dalen de percentages opnieuw.

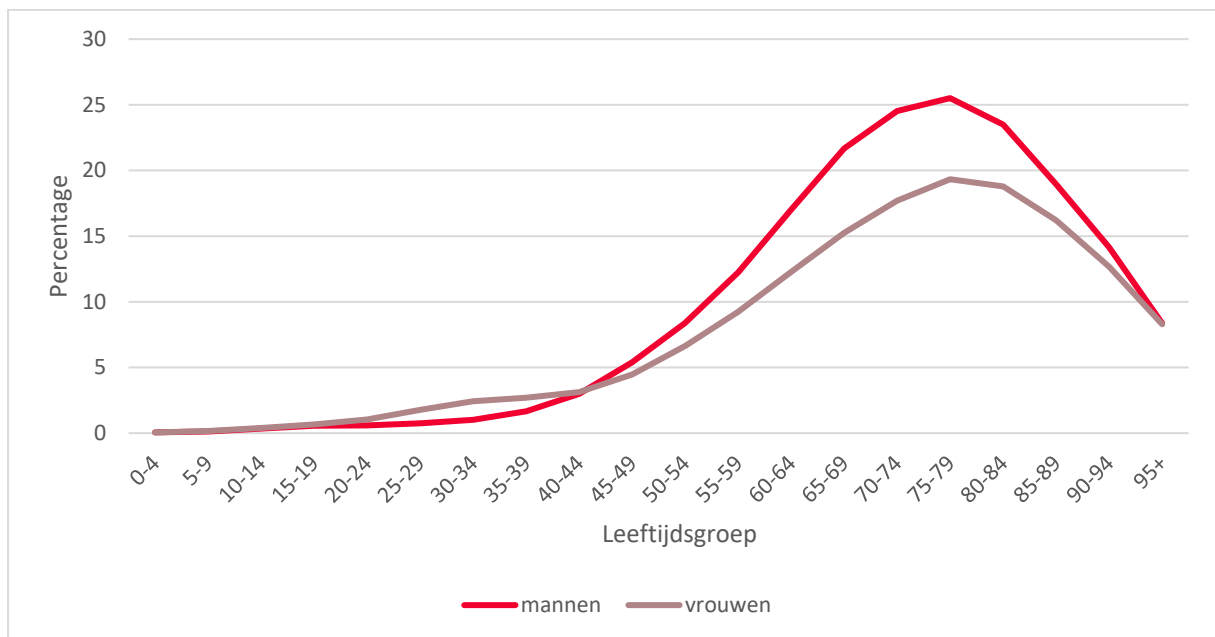
Figuur 2: Percentage leden met diabetes, naar leeftijdsgroep en prestatiejaar (cijfers Solidaris)



⁹ [Diabetes in België \(aim-ima.be\)](https://aim-ima.be/diabetes-in-belgie)

De kans om diabetes te ontwikkelen stijgt niet alleen met de leeftijd. Ook geslacht heeft hier een invloed op. Mannen hebben meer kans dan vrouwen om in hun leven diabetes te krijgen. In onze ledenpopulatie hebben 7,6% van de mannen diabetes, tegenover 6,1% van de vrouwen (gestandaardiseerd naar leeftijd). Dit verschil tussen mannen en vrouwen blijkt ook duidelijk uit Figuur 3. Vanaf 45 jaar, wanneer het aantal leden met diabetes fors toeneemt, is er een sterkere stijging bij de mannen dan bij de vrouwen. In de leeftijdsgroep van 75- tot 79-jarigen zijn er 25,5% mannen met diabetes, tegenover 19,3% vrouwen met diabetes.

Figuur 3: Percentage leden met diabetes, naar geslacht (cijfers Solidaris, 2021)



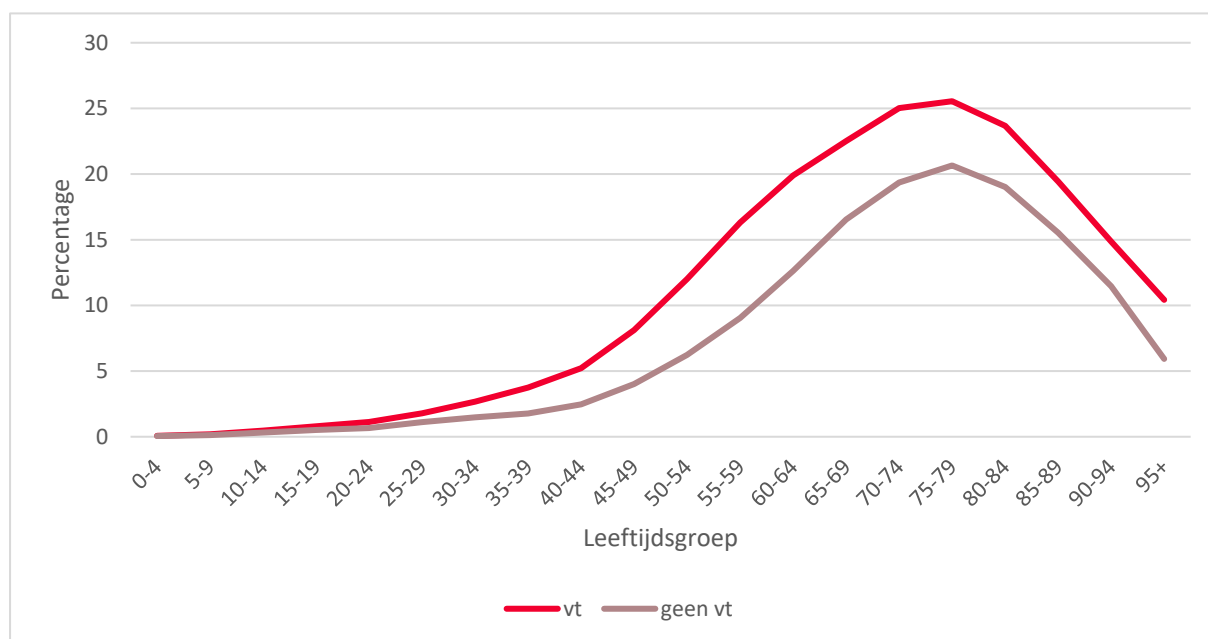
2.2.3 Prevalentie volgens voorkeurregeling

Mensen met een hoger sociaaleconomische status (SES) leven langer. In 2020 was het verschil in levensverwachting bij de geboorte tussen de hoogste en laagste sociaaleconomische groep 9,3 jaar voor mannen en 6,3 jaar voor vrouwen¹⁰. Deze kloof in de levensverwachting bij de geboorte is toegenomen sinds 2011¹¹. Personen met een hogere SES leven niet alleen langer, ze leven ook langer in een goede gezondheid¹². Ook deze kloof in gezonde levensverwachting is toegenomen.

Deze ongelijkheid in gezondheid blijkt ook uit de gezondheidsenquête van Sciensano¹³. Mensen met een lagere sociaaleconomische status rapporteren meer chronische aandoeningen, zoals diabetes. Van de respondenten uit de laagste sociaaleconomische klasse zegt 9,7% aan diabetes te lijden, tegenover 2,8% uit de hoogste sociaaleconomische klasse.

Ook bij onze leden zien we een significant verschil tussen leden met verhoogde tegemoetkoming (VT) en leden zonder VT. 9,2% van onze leden met VT wordt geïdentificeerd als diabetespatiënt, tegenover 6% van onze leden zonder VT. We vinden dit verschil over alle leeftijden heen (Figuur 4).

Figuur 4: Percentage leden met diabetes, naar recht op verhoogde tegemoetkoming (VT), en leeftijdsgroep (cijfers Solidaris, 2021)



¹⁰ Bourguignon M, Damiens J, Doignon Y, Eggerickx T, Fontaine S, Lusyne P, et al. Variations spatiales et sociodémographiques de mortalité de 2020-2021 en Belgique. L'effet de la pandémie Covid-19, Document de travail 27. Louvain-la-Neuve: Centre de recherche en démographie; 2021.

¹¹ Van Aerden, K. (ed.), Dal, L., Damiens, J., De Moortel, D., Eggerickx, T., Gourbin, C., Haegedoorn, P., Huegaerts, K., Majérus, P., Masquelier, B., Sanderson, J-P., Van Cleemput, O., Vandeschrick, C., Vanroelen, C., Vanthomme, K., Willaert, D. & Gadeyne, S. CAUSINEQ. Causes of health and mortality inequalities in Belgium: multiple dimensions, multiple causes. Final Report. Brussels : Belgian Science Policy Office 2019 - 106 p. (BRAIN-be - Belgian Research Action through Interdisciplinary Networks)

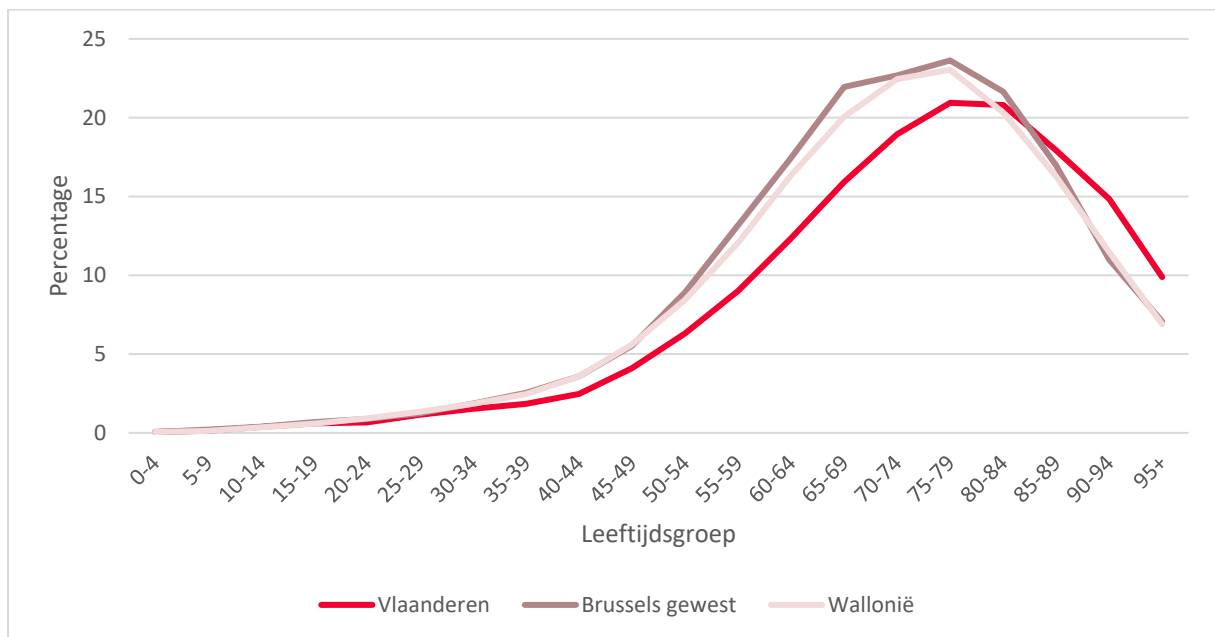
¹² Ongelijkheden in levensverwachting en levenskwaliteit - Naar een gezond België (gezondbelgie.be)

¹³ Sciensano (2018). Gezondheidsenquête: volledige rapporten gezondheidsenquête België 2018.

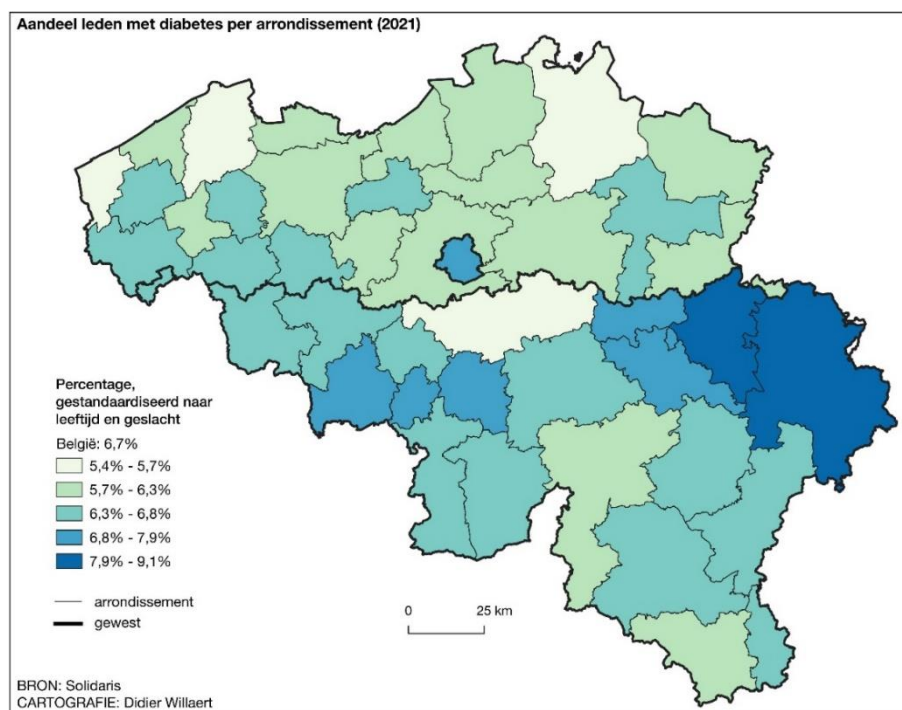
2.2.4 Prevalentie naar woonplaats van het lid

Significant meer leden die geïdentificeerd worden als diabetespatiënt, wonen in Brussel en Wallonië, ondanks de hogere gemiddelde leeftijd van de bevolking in het Vlaamse Gewest (Figuren 5 en 6). Na correctie voor leeftijd, wordt 6,1% van onze leden in het Vlaamse gewest geïdentificeerd als diabetespatiënt, tegenover 7,6% en 7,3% in het Brusselse Gewest en Wallonië.

Figuur 5: Percentage leden met diabetes, naar woonplaats (regio), en leeftijdsgroep (cijfers Solidaris, 2021)



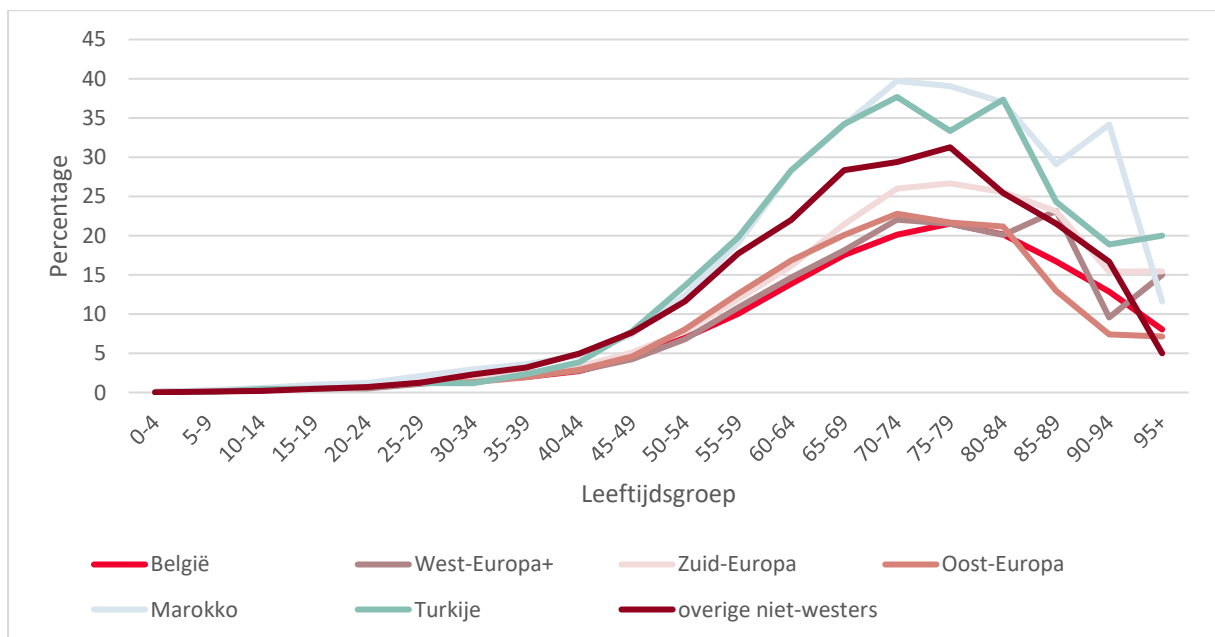
Figuur 6: Percentage leden met diabetes naar woonplaats (arrondissement), cijfers Solidaris, 2021



2.2.5 Prevalentie naar nationaliteit

Het risico op de ontwikkeling van diabetes verschilt naargelang de afkomst. Zo toont Nederlands onderzoek aan dat mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst vaker diabetes type 2 ontwikkelen, zelfs als er rekening wordt gehouden met demografische en levensstijlvariabelen¹⁴. Deze resultaten wijzen op een genetische kwetsbaarheid. We vinden hetzelfde resultaat bij onze leden terug: leden van Turkse en Marokkaanse afkomst¹⁵ worden vaker geïdentificeerd als diabetespatiënt (Figuur 7).

Figuur 7: Percentage leden met diabetes naar nationaliteit (van afkomst) en leeftijdsgroep (cijfers Solidaris, 2021)



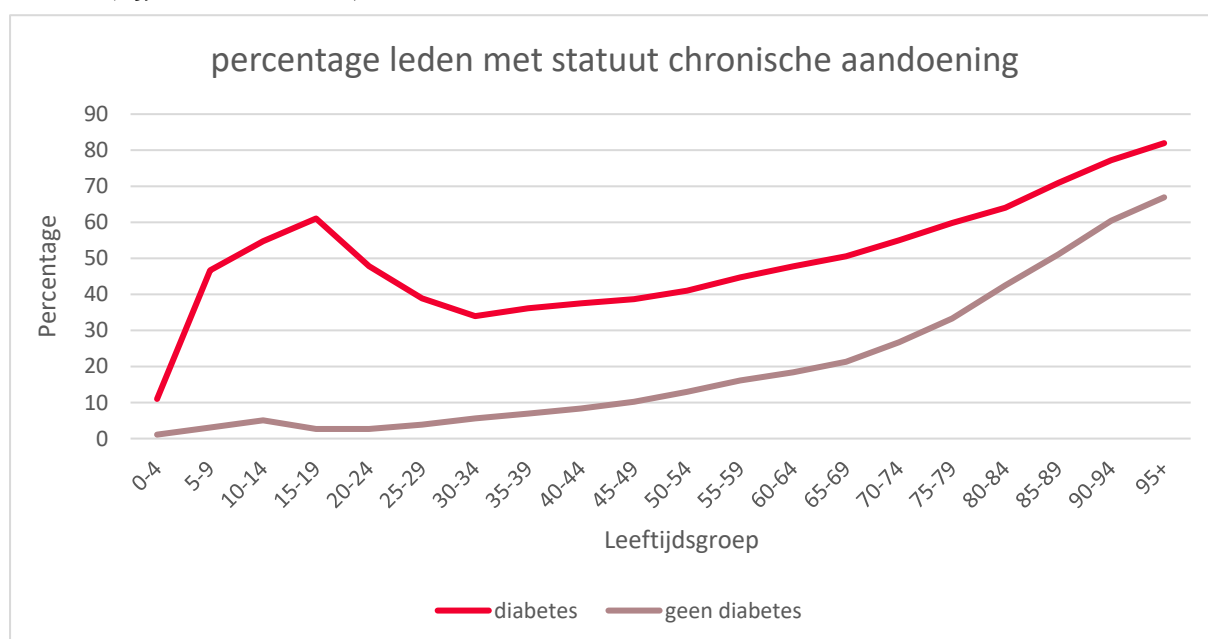
¹⁴ Joanne K. Ujcic-Voortman and others, Diabetes prevalence and risk factors among ethnic minorities, *European Journal of Public Health*, Volume 19, Issue 5, October 2009, Pages 511-515.

¹⁵ Bij de ledenpopulatie van Solidaris wordt de oudst gekende nationaliteit sinds 2001 geselecteerd. Voor leden die in de periode 2001-2021 als kind (van een titularis) werden geregistreerd, is dat de oudst gekende nationaliteit van de titularis; op die manier wordt een deel van de migranten van de tweede generatie geïdentificeerd.

2.2.6 Prevalentie bij personen in slechte gezondheid

Diabetes is een aandoening met een hoge ziektelast¹⁶. Mensen overlijden niet alleen sneller als ze aan diabetes lijden, maar ze leven ook lange tijd met de ziekte en de gevolgen ervan. Dat zien we ook bij onze leden. Zo hebben leden die geïdentificeerd worden als diabetespatiënt vaker recht op het statuut ‘chronische aandoening’ (Figuur 8). Dat betekent dat zij gedurende lange tijd hoge gezondheidskosten hebben. Over alle leeftijden heen hebben 17,2% van onze leden die geïdentificeerd worden als diabetespatiënt recht op het statuut ‘chronische aandoening’, terwijl dit maar 4,5% is bij de leden die niet als diabetespatiënt geïdentificeerd worden.

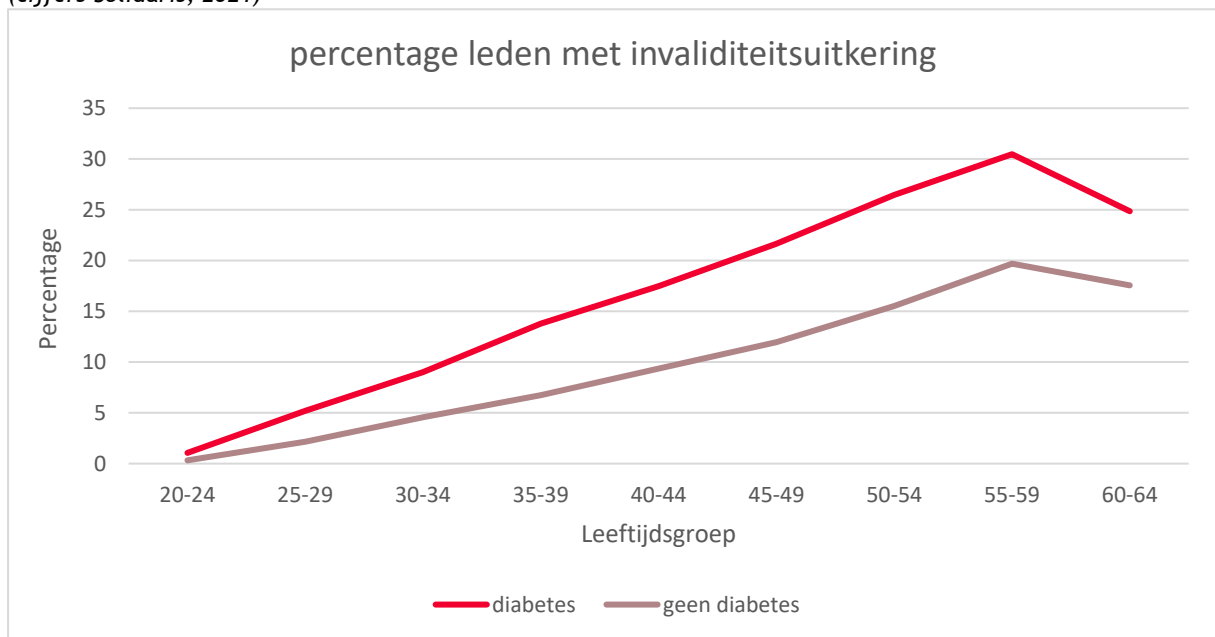
Figuur 8: Percentage leden met statuut chronische aandoening, naar leeftijdsgroep, leden mét of zonder diabetes (cijfers Solidaris, 2021)



¹⁶ Belgische nationale ziektelaststudie | sciensano.be

Leden die als diabetespatiënt geïdentificeerd worden hebben ook vaker recht op een invaliditeitsuitkering (Figuur 9). Binnen de beroepsactieve populatie (20-64 jaar) hebben 8,5% van de leden die als diabetespatiënt geïdentificeerd worden recht op een invaliditeitsuitkering, terwijl dit bij de leden zonder diabetes maar 4,7% is.

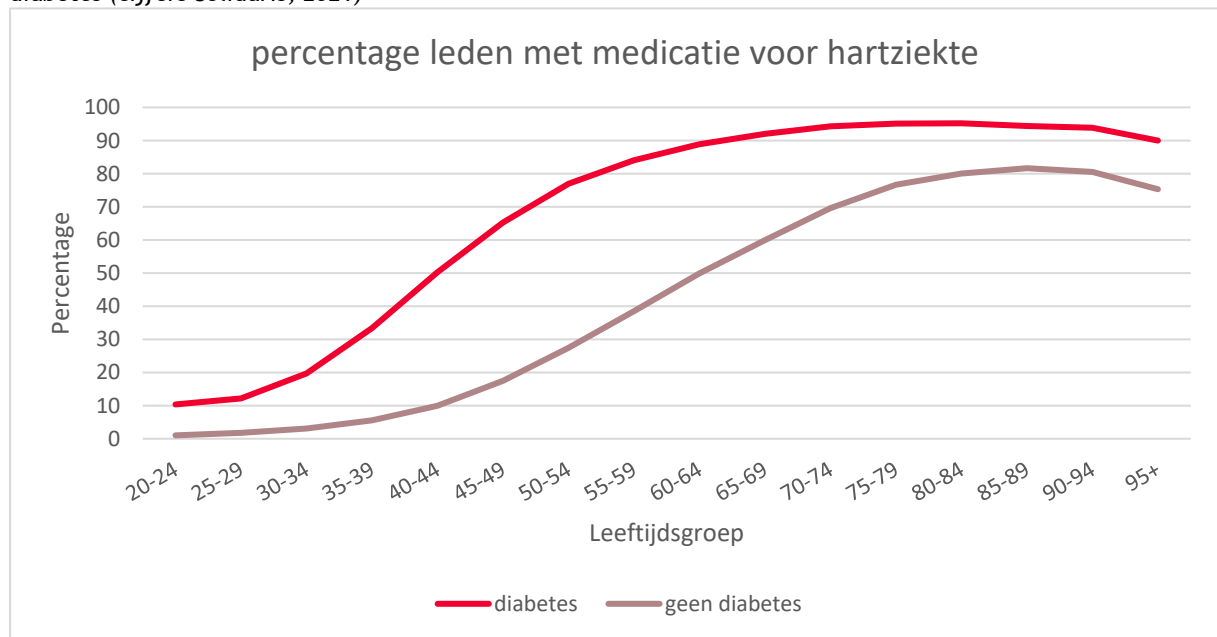
Figuur 9: Percentage leden met invaliditeitsuitkering, naar leeftijdsgroep, leden mét of zonder diabetes (cijfers Solidaris, 2021)



2.2.7 Comorbiditeit

Een groot deel van de mensen met diabetes heeft op het moment van hun diagnose al ten minste één andere chronische aandoening. Bij 30% van hen gaat het zelfs om drie of meer comorbiditeiten. Bij mensen naast diabetes aan nog een andere chronische aandoening lijden, gaat het het vaakst om hart- en vaatziekten¹⁷. Ook bij onze leden is dit zo: leden met diabetes nemen vaker medicatie voor hart- en vaatziekten dan leden zonder diabetes (Figuur 10).

Figuur 10: Percentage leden met medicatie voor hartziekte, naar leeftijdsgroep, leden mét of zonder diabetes (cijfers Solidaris, 2021)



Diabetes is naast hart- en vaatziekten ook geassocieerd met andere chronische aandoeningen: luchtwegaandoeningen, schildklieraandoeningen, aandoeningen van de nier- en urinewegen, kanker en zelfs psychische aandoeningen zoals depressie¹⁸.

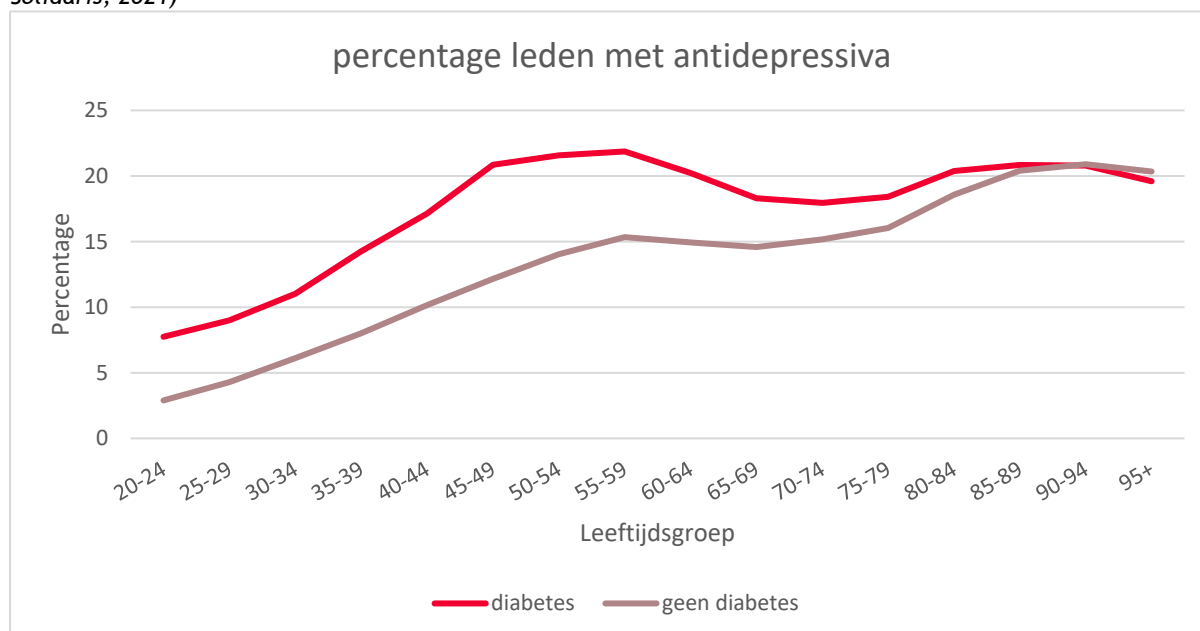
¹⁷ Pearson-Stuttard J, Holloway S, Polya R, Sloan R, Zhang L, Gregg EW, Harrison K, Elvidge J, Jonsson P, Porter T. Variations in comorbidity burden in people with type 2 diabetes over disease duration: A population-based analysis of real world evidence. EClinicalMedicine. 2022 Aug 1;52:101584.

¹⁸ van Gennip ACE, Schram MT, Köhler S, Kroon AA, Koster A, Eussen SJPM, de Galan BE, van Sloten TT, Stehouwer CDA. Association of type 2 diabetes according to the number of risk factors within the recommended range with incidence of major depression and clinically relevant depressive symptoms: a prospective analysis. Lancet Healthy Longev. 2023 Feb;4(2):e63-e71.

Depressie komt dubbel zo vaak voor bij mensen met diabetes dan in de rest van de populatie¹⁹. Er is geen éénduidige verklaring voor. De associatie tussen diabetes en depressie wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een samenspel van verschillende onderliggende mechanismen. Eén ervan is dat het leven met een chronische aandoening een psychologische tol eist. Een andere verklaring is dat diabetes en depressie een aantal omgevings- en levensstijlfactoren delen, zoals socio-economische deprivatie, roken, slechte eetgewoonten en weinig lichaamsbeweging. Daarnaast zou er mogelijk bij diabetes en depressie eenzelfde onderliggend biologisch mechanisme aan het werk zijn.

Ook bij onze leden zien we dat leden die als diabetespatiënt geïdentificeerd worden veel vaker antidepressiva nemen dan leden zonder diabetes. Onder de 30 jaar nemen leden met diabetes twee keer zo vaak antidepressiva als leden zonder diabetes. Het verschil neemt af met de leeftijd, maar blijft aanwezig tot de leeftijd van 80 jaar (Figuur 11).

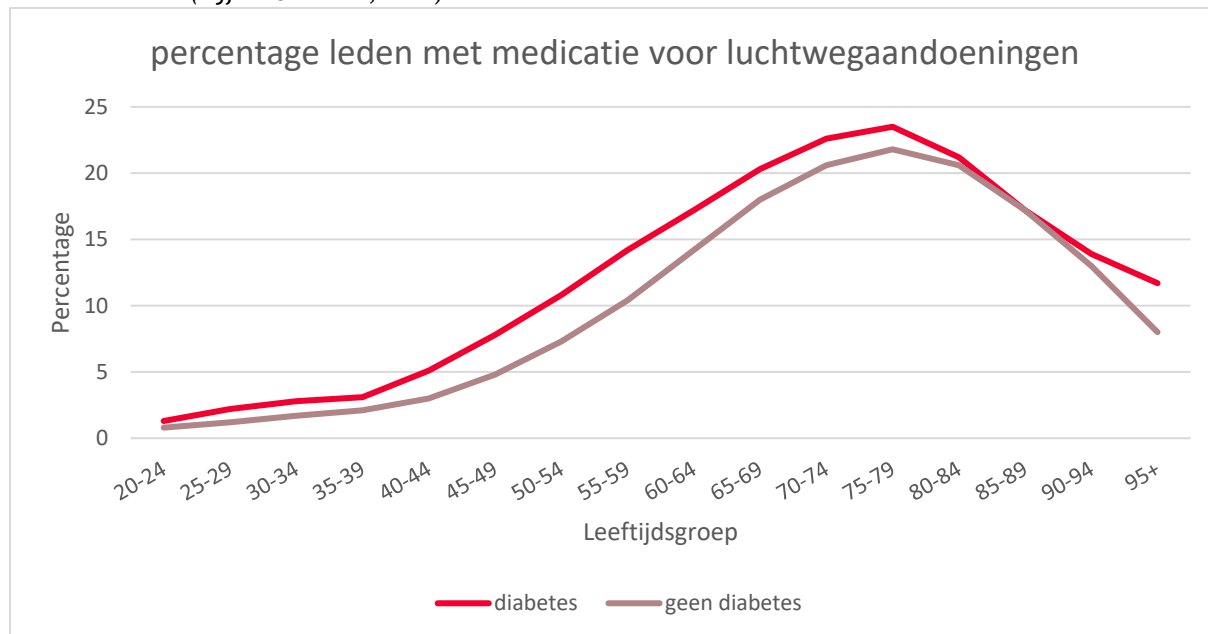
Figuur 11: Percentage leden met antidepressiva, naar leeftijdsgroep, bij leden met of zonder diabetes (cijfers Solidaris, 2021)



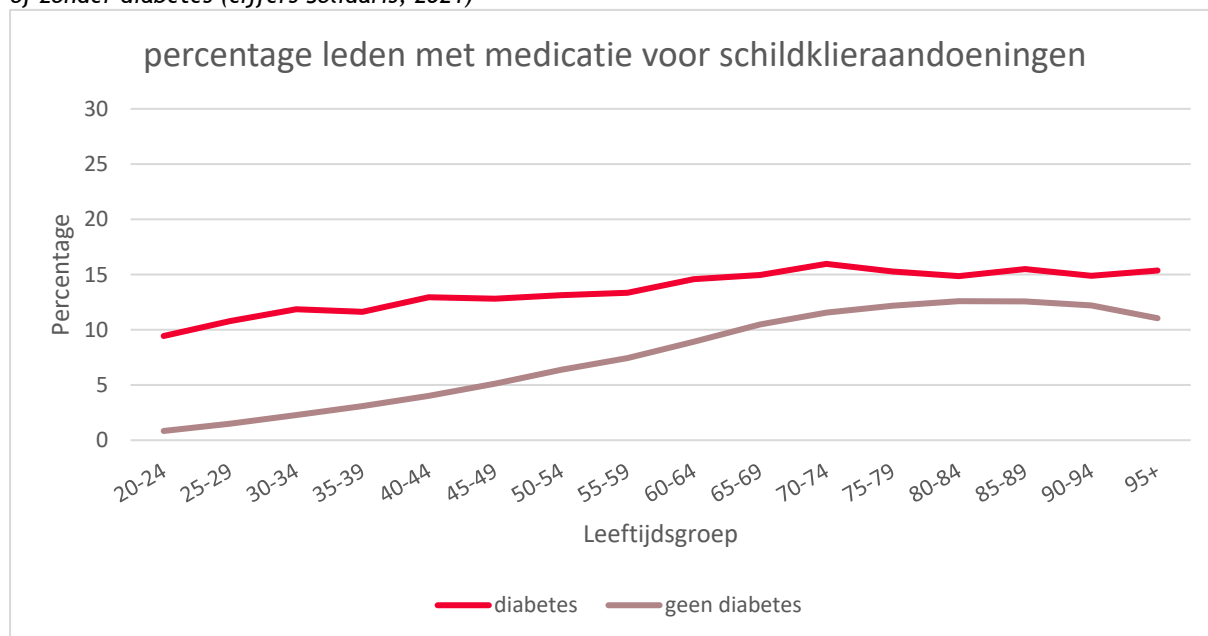
¹⁹ Moulton CD, Pickup JC, Ismail K. The link between depression and diabetes: the search for shared mechanisms. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015 Jun;3(6):461-471.

Naast medicatie voor hart- en vaatziekten en antidepressiva, nemen onze leden met diabetes ook vaker medicatie voor luchtwegaandoeningen (Figuren 12 en 13).

Figuur 12: Percentage leden met medicatie voor luchtwegaandoeningen, naar leeftijdsgroep, leden met of zonder diabetes (cijfers Solidaris, 2021)



Figuur 13: Percentage leden met medicatie voor schildklieraandoeningen, naar leeftijdsgroep, bij leden met of zonder diabetes (cijfers Solidaris, 2021)

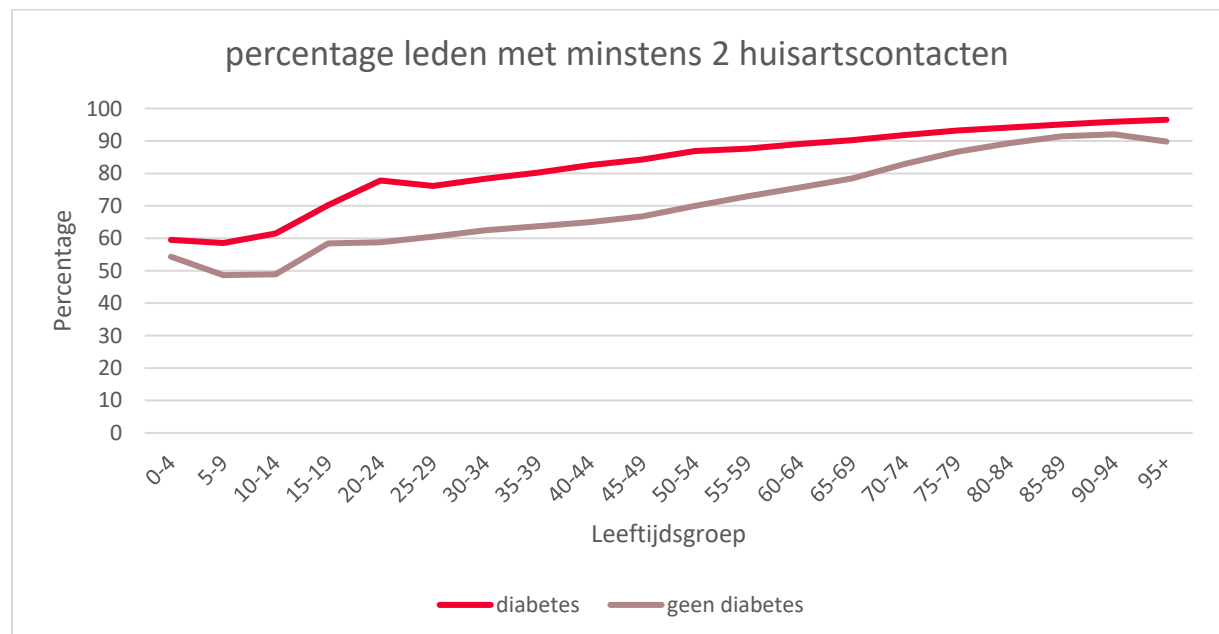


2.2.8 Contacten met zorgverleners

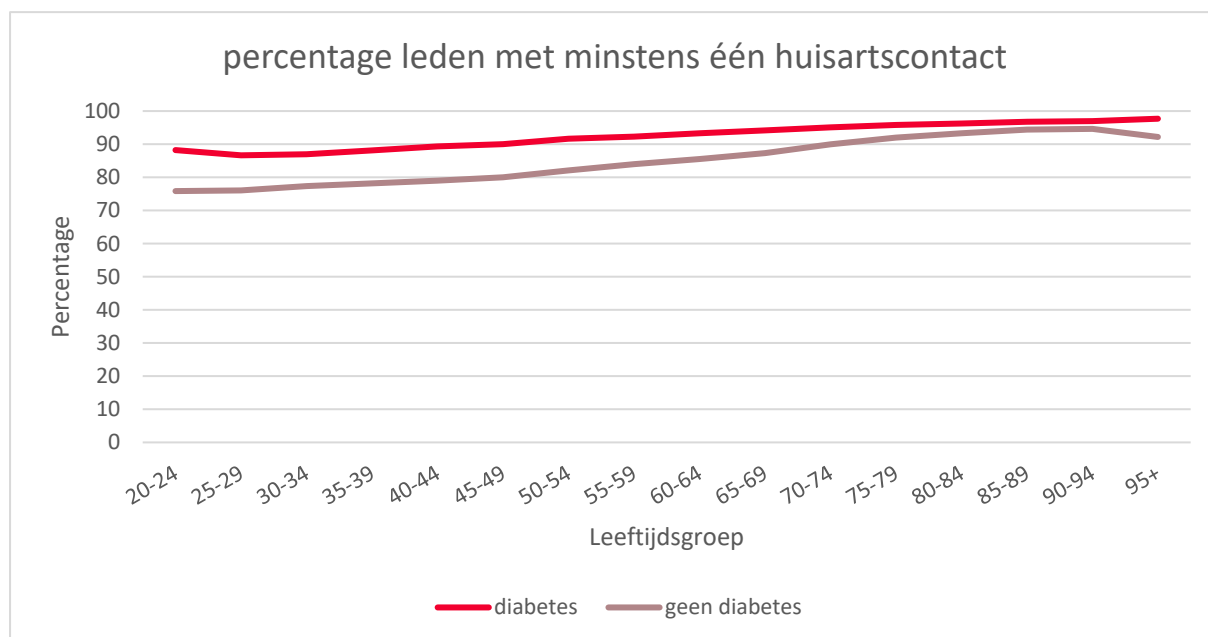
Het lijkt vanzelfsprekend dat mensen met een chronische aandoening zoals diabetes goed opgevolgd worden door verschillende zorgverstrekkers. In de eerste plaats zou dat de huisarts moeten zijn. Voor mensen met diabetes type 2 die met insuline behandeld worden, en in een zorgtraject stappen is het zelfs een voorwaarde. Zij krijgen extra begeleiding en een hogere terugbetaling van raadplegingen, maar moeten dan wel twee keer per jaar contact hebben met hun huisarts.

Leden met diabetes gaan vaker naar de huisarts dan leden zonder diabetes (Figuur 14), en de grote meerderheid heeft minstens twee contacten met zijn huisarts per jaar. Toch zijn er ook leden die geïdentificeerd worden als diabetespatiënt, die in 2021 geen enkel contact hadden met een huisarts: bij de jongere patiënten gaat het om ongeveer 10%, bij de ouderen tot 5% (Figuur 15).

Figuur 14: Percentage leden met minstens twee huisartscontacten in 2021, leden mét en zonder diabetes (cijfers Solidaris, 2021)

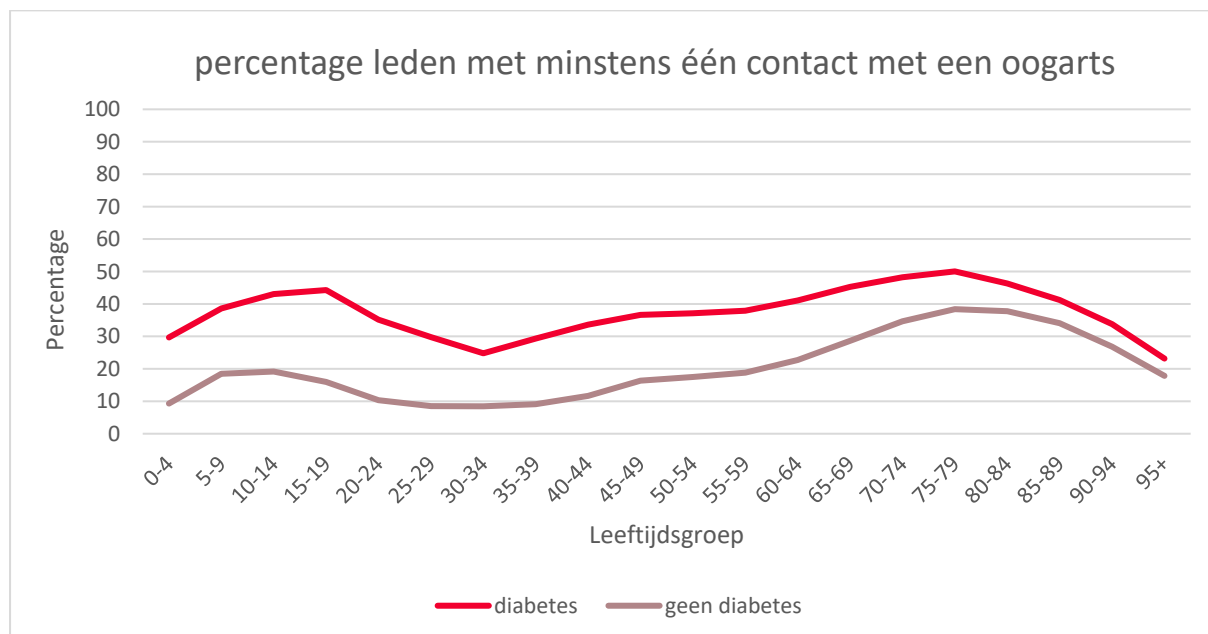


Figuur 15: Percentage leden met minstens één huisartscontact in 2021, leden mét en zonder diabetes (cijfers Solidaris, 2021)



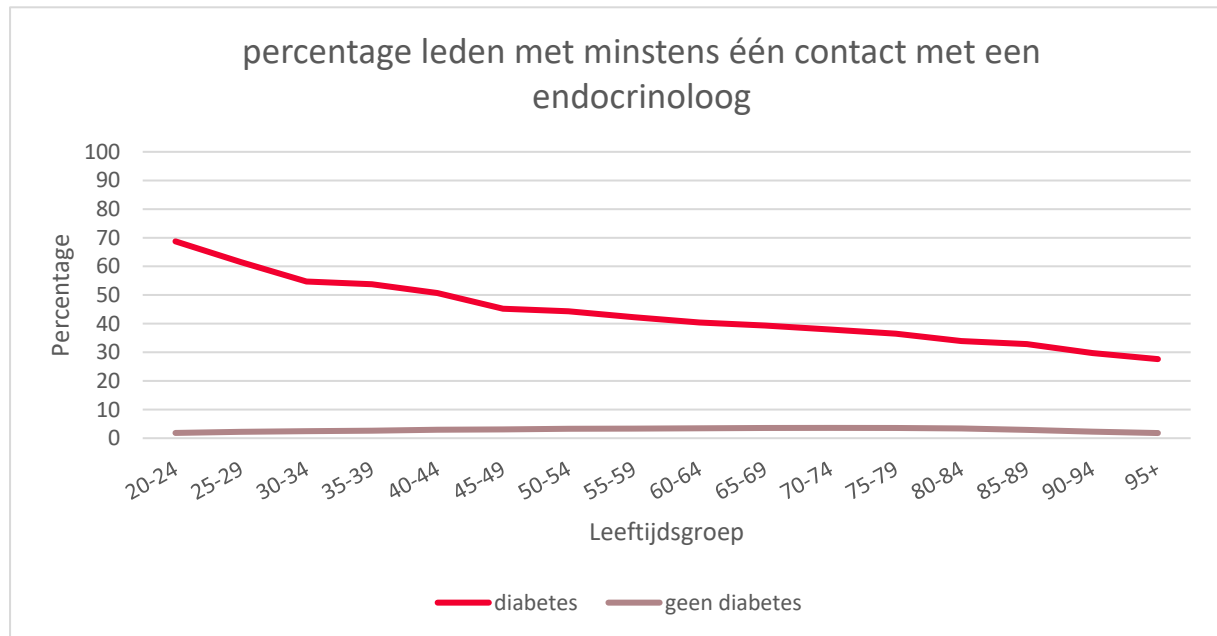
De Diabetes Liga raadt mensen met diabetes aan om jaarlijks langs te gaan bij de oogarts. Uit onze cijfers blijkt dat veel mensen met diabetes dit echter niet doen. Ongeveer 40% van onze leden met diabetes heeft jaarlijks contact met de oogarts (Figuur 16).

Figuur 16: Percentage leden met minstens één contact met een oogarts in 2021, leden mét en zonder diabetes (cijfers Solidaris, 2021)



Leden die als diabetespatiënt geïdentificeerd worden, worden niet systematisch opgevolgd door een endocrinoloog. Jongere patiënten hebben vaker minstens één keer contact met een endocrinoloog, oudere patiënten veel minder (Figuur 17).

Figuur 17: Percentage leden met minstens één contact met een oogarts in 2021, leden mét en zonder diabetes (cijfers Solidaris, 2021)

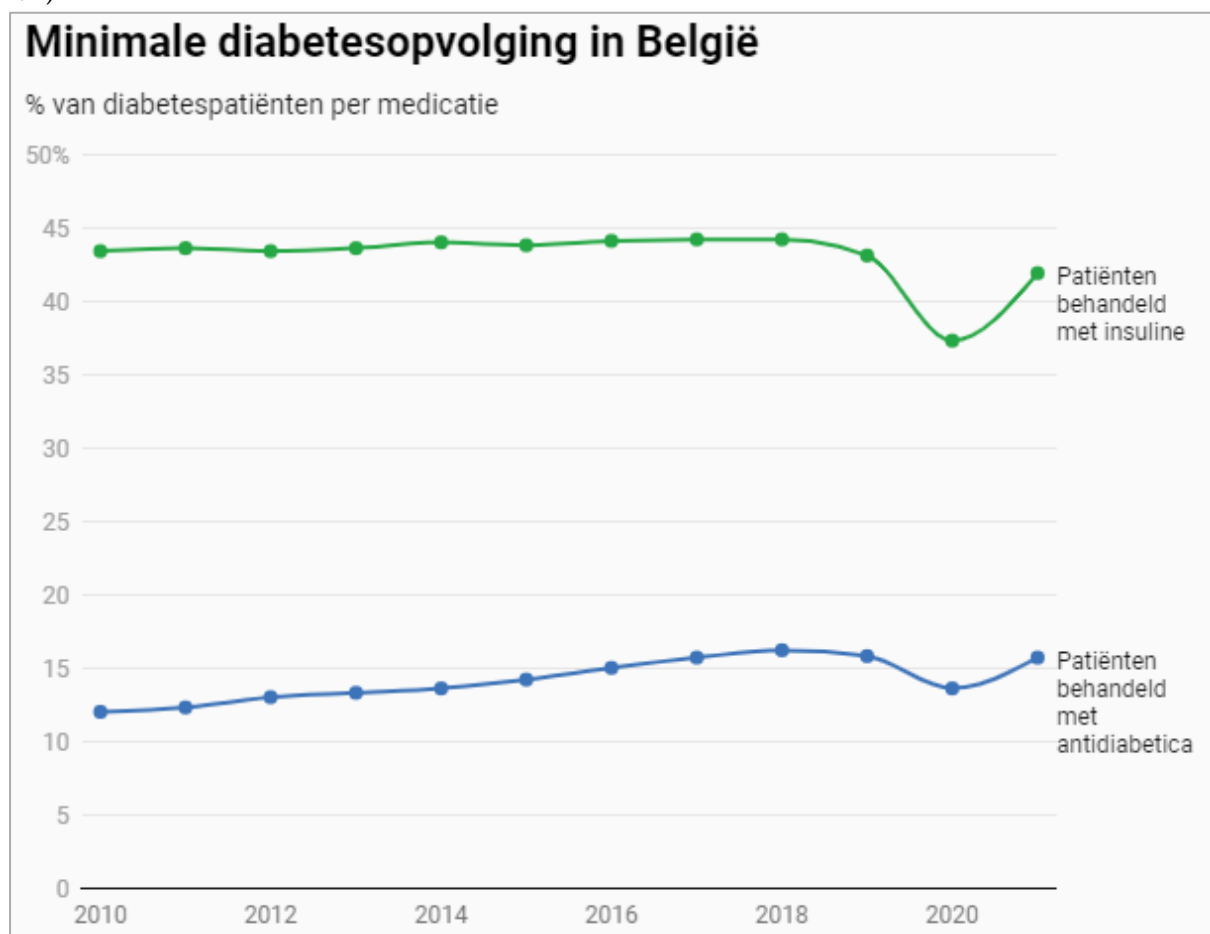


Dat de opvolging van diabetespatiënten beter kan, blijkt ook uit cijfers van het IMA. Zij beschikken over gegevens van alle ziekenfondsen en gaan na in welke mate de diabetespatiënten in België opgevolgd worden. Bepaalde onderzoeken worden beschouwd als de minimumcriteria voor een goede opvolging van diabetes.

Zo zou bij elke diabetespatiënt jaarlijks de gemiddelde bloedsuikerwaarde opgevolgd moeten worden door middel van een HbA1c-test. Ook moet er jaarlijks een controle zijn van het cholesterolniveau en controle op mogelijke nierschade, en zou elke diabetespatiënt ook een jaarlijkse screening bij de oogarts moeten ondergaan. Verder zou de arts jaarlijks het gewicht en de bloeddruk van de diabetespatiënt moeten nagaan en de voeten moeten onderzoeken op zenuwschade. Deze laatste criteria kunnen echter niet opgevolgd worden in de IMA-data.

In 2021 was er een minimale opvolging volgens de bovenstaande criteria bij 42,1% van alle met insuline behandelde patiënten. Bij diabetespatiënten die enkel met antidiabetica (en niet met insuline) behandeld worden, laat 15,8% deze onderzoeken uitvoeren. Dit aandeel kende de voorbije 10 jaar een stijging, maar blijft laag.

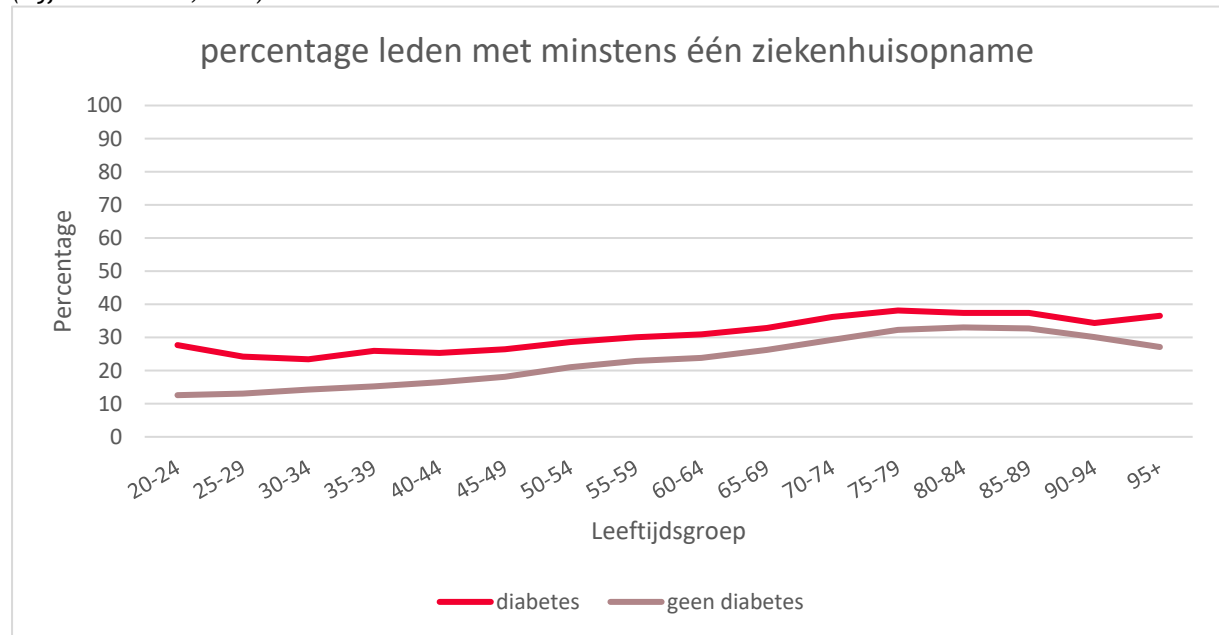
Figuur 18: Percentage Belgische diabetespatiënten die opgevolgd worden volgens de minimumcriteria (cijfers IMA)



2.2.9 Ziekenhuisopnames

Leden die als diabetespatiënt geïdentificeerd worden, worden vaker in het (dag-)ziekenhuis opgenomen dan leden zonder diabetes (Figuur 19). Gecorrigeerd voor leeftijd, werden in 2021 8,6% van de leden met diabetes minstens één keer in het ziekenhuis opgenomen, tegenover 6,2% van de leden zonder diabetes.

Figuur 19: Percentage leden met minstens één ziekenhuisopname in 2021, leden mét en zonder diabetes (cijfers Solidaris, 2021)



3 Samenvatting

Het aantal diabetespatiënten stijgt wereldwijd al jaren. Ook bij de leden van Solidaris: in 2014 werd 5,8% als diabetespatiënt geïdentificeerd, omdat ze diabetesmedicatie namen ofwel een terugbetaling ontvingen gebaseerd op naar diabetes verwijzende nomenclatuur. Dit aantal steeg in 2021 al tot 6,7%. Het aantal leden met diabetes neemt sterk toe met de leeftijd: bij 45- tot 49-jarigen zijn er ongeveer 5% leden met diabetes, terwijl dit bij de 75- tot 79-jarigen al 22% bedraagt. Ook het geslacht speelt een rol: in onze ledenpopulatie hebben 7,6% van de mannen diabetes, tegenover 6,1% van de vrouwen.

Behalve leeftijd en geslacht spelen er nog andere factoren een rol in de kans op het ontwikkelen van diabetes. Zo wordt na correctie voor leeftijd, 6,1% van onze leden in het Vlaamse gewest als diabetespatiënt geïdentificeerd, tegenover 7,6% en 7,3% in het Brusselse Gewest en Wallonië. Deze regionale verschillen zijn verweven met andere factoren, zoals een verschillende genetische kwetsbaarheid naargelang nationaliteit: onze leden van Turkse en Marokkaanse afkomst worden vaker als diabetespatiënt geïdentificeerd.

Naast factoren zoals leeftijd, geslacht en afkomst, waar mensen geen invloed op hebben, spelen ook beïnvloedbare factoren een rol. De kans om een chronische aandoening zoals diabetes te ontwikkelen, is groter bij mensen uit een lagere sociaaleconomische klasse. Ook bij onze leden zien we een significant verschil tussen leden met verhoogde tegemoetkoming (VT) en leden zonder VT. 9,2% van de leden met VT wordt als diabetespatiënt geïdentificeerd, tegenover 6% van onze leden zonder VT.

Leden die als diabetespatiënt geïdentificeerd worden hebben gedurende lange tijd hoge gezondheidskosten: ze hebben vaker recht op het statuut 'chronische aandoening'. Over alle leeftijden heen hebben 17,2% van onze leden die als diabetespatiënt geïdentificeerd worden recht op het statuut 'chronische aandoening', terwijl dit maar 4,5% is bij de leden zonder diabetes. Naast hogere gezondheidskosten beschikken onze leden met diabetes ook vaker over minder inkomen: binnen de beroepsactieve populatie (20-64 jaar) hebben 8,5% van de leden die als diabetespatiënt geïdentificeerd worden recht op een invaliditeitsuitkering, terwijl dit bij de leden die niet als diabetespatiënt geïdentificeerd worden maar 4,7% is.

De meer kwetsbare gezondheid van mensen met diabetes blijkt ook uit de medicatie die ze nemen, hun contacten met zorgverleners en opnames in het ziekenhuis. Onze leden met diabetes nemen naast hun diabetesmedicatie ook vaker medicatie voor hart- en vaatziekten, luchtweg- en schildklieraandoeningen, maar ook voor depressie. Onder de 30 jaar nemen leden met diabetes twee keer zo vaak antidepressiva als leden zonder diabetes.

De opvolging van leden met diabetes kan beter. Hoewel leden met diabetes vaker naar de huisarts gaan dan leden zonder diabetes, en de meerderheid minstens twee contacten met zijn huisarts heeft per jaar, zijn er toch ook leden met diabetes, die in 2021 geen enkel contact hadden met een

huisarts: bij de jongere patiënten gaat het om ongeveer 10%, bij de ouderen tot 5%. Verder heeft slechts 40% van de leden met diabetes jaarlijks contact met een oogarts.

4 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van deze studie, formuleert Solidaris de volgende aanbevelingen:

- Een nog striktere opvolging van diabetespatiënten binnen een zorgtraject waarbij de jaarlijkse opvolging bij een oogarts verplicht zou moeten worden gemaakt.
- Patiënten zonder contacten met huisarts, maar met bevestigde diabetes zouden proactief moeten gecontacteerd en opgevolgd worden.
- Er zou binnen de zorg van diabetes ook meer geïntegreerd moeten kunnen gewerkt worden in verband met multiple chronische aandoeningen, eventueel kan voorzien worden in een multidisciplinair overleg met 'cardioloog, nefroloog, pneumoloog waar nodig.
- Meer aandacht voor de combinatie van diabetes en werk waarbij aangepaste werkomstandigheden wenselijk zijn, overleg met arbeidsartsen en tussen arbeidsartsen en huisarts/specialist, aandacht voor specifieke re-integratie van diabetespatiënten met mogelijkheden voor aangepast werkritme of andere, meer aangepaste jobinvulling.
- Strategieën uitwerken om ziekenhuisopnames bij diabetespatiënten terug te dringen.
- Nood aan meer investeringen in preventie en vroegdetectie.