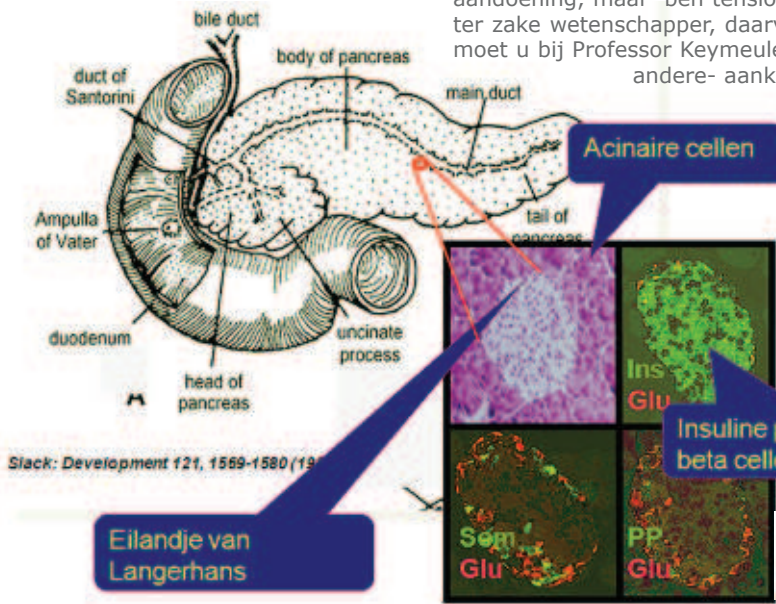




van 14



wetenschappelijke uiteenzetting ga ik niet overdoen, als diabeet ben ik wel op de hoogte van de gevolgen van de aandoening, maar ben tenslotte geen ter zake wetenschapper, daarvoor moet u bij Professor Keymeulen -en andere- aankloppen.

stamcellijn beschikt en die gepatenteerd heeft, dit is slechts een eerste stap, maar dat bedrijf boekt vooruitgang en wordt vanuit Californië financieel gesteund, Op 28 oktober 2009 heeft Novocell -www.novocell.com- een bedrag van 20 mio \$ ontvangen om dit project tot een fase I studie bij de mens te brengen. De ULB heeft in het kader van een Europees programma met Novocell een overeenkomst gemaakt, in die zin dat, als er in Europa een fase I studie komt, de ILB deze gaat coördineren.

### Transplantatie het enige middel?

Professor Keymeulen hoopt dat de aanwezigen tussen de regels hebben kunnen horen dat er nog veel verschillende etappen, de éne al moeilijker dan de andere, moeten worden afgelegd. Een vraag die regelmatig wordt gesteld, is: "Moeten we wel transplanteren? Is het niet beter om te proberen vanuit de pancreas een regeneratie van Bètacellen te bekomen?". Volgens Professor Keymeulen is dat een ultieme droom waar we nog zeer ver vandaan staan. Wel denken ze dat er bij type I diabetes, misschien toch voorlopercellen en zelfs enkele Bètacellen aanwezig zijn in de pancreas die misschien bestendig vernietigd worden. De hypothese dat humane Bètacellen in type I diabetes onmogelijk is, is misschien onjuist. Er zijn diermodellen, waarin men dat heeft kunnen bewijzen. Dr. Harry Heynbergh heeft in een proefdiermodel kunnen aantonen dat het inderdaad mogelijk is, om een regeneratie te bekomen indien men een bepaalde agressie van de pancreas uitvoert. Het is misschien niet onmogelijk, maar veel verder dan de stamceltherapie.

Professor Keymeulen is dat een ultieme droom waar we nog zeer ver vandaan staan. Wel denken ze dat er bij type I diabetes, misschien toch voorlopercellen en zelfs enkele Bètacellen aanwezig zijn in de pancreas die misschien bestendig vernietigd worden. De hypothese dat humane Bètacellen in type I diabetes onmogelijk is, is misschien onjuist. Er zijn diermodellen, waarin men dat heeft kunnen bewijzen. Dr. Harry Heynbergh heeft in een proefdiermodel kunnen aantonen dat het inderdaad mogelijk is, om een regeneratie te bekomen indien men een bepaalde agressie van de pancreas uitvoert. Het is misschien niet onmogelijk, maar veel verder dan de stamceltherapie.

**Tot zover het verslag van Professor Dr. Bart Keymeulen.**

[www.betacelltherapy.org](http://www.betacelltherapy.org)

Wij rekruteren continu artsen, studieverpleegkundigen en diabeteseducatoren voor dit en aanverwante programma's

Bart.Keymeulen@uzbrussel.be

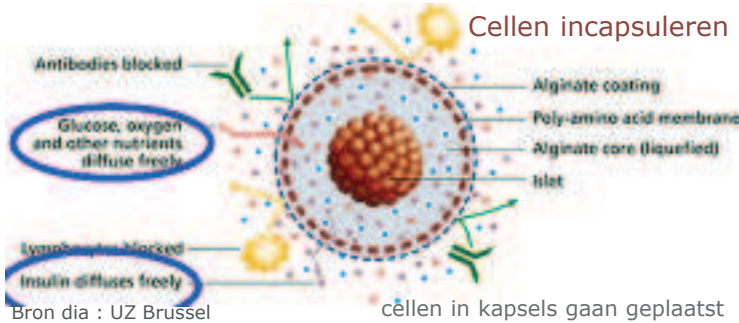
### Varkenscellen veilig.

We verkiezen cellen die dicht bij de geboorte worden gegenereerd omdat deze cellen ook nog een capaciteit hebben tot vermenigvuldiging, we weten ook dat varkensinsuline zeer

### De praktijk.

Inzake de transplantatie zijn de experimenten met proefdieren zeer beloftevol, dat maakt dat er begin 2010, vanwege een akkoord van de ethische commissie, humane

### Cellen incapsuleren



cellen in kapsels gaan geplaatst worden en vervolgens transplanteren bij type I diabetes patiënten die ook een klassieke intraportale transplantatie krijgen. We gaan een volledig klassieke transplantatie uitvoeren bij die mensen zodanig dat zij de klinische voordelen kunnen genieten en het gebruik van afweeronderdrukkende medicatie ethisch te verantwoorden is. Daarbuiten gaan we een kleine hoeveelheid kapsels, in het eerste stadium, onderhuids implanteren en kijken in hoeverre deze kapsels goed functioneren, mochten die implantaten niet werken, wat mogelijk is, dan zijn er al proefdiermodellen die kunnen worden aangewend. We kunnen dus niet spreken van zeer verre toekomstmuziek zegt Professor Keymeulen.

veilig kan gebuikt worden bij verschillende vormen van type I diabetes, zonder belangrijke nevenwerkingen. Wat de productiecapaciteit betreft beschikt men over voldoende gestandaardiseerde systemen om varkenscellen aan te maken. Er is echter een groot verschil tussen varkens en mensen, dus ook qua afstotingsverschijnselen, men noemt dit xenotransplantatie. Omdat we niet naïef zijn, zegt Professor Keymeulen in zijn uiteenzetting, denken we dat de klassieke immuunsuppressie, wanneer we varkenscellen gaan transplanteren bij de mensen, onvoldoende is.

### Kapsels implanteren.

Om hier soelaas te bieden, onderzoeken we of het nuttig is om deze cellen in zogenaamde "kapsels" te plaatsen, -zie dia inzet- we verkiezen deze techniek boven het additioneel toedienen van traditionele immunosuppressiva.

### Stamcellijn.

De humane embryonale stamcellen zouden het verst gevorderd zijn naar eerste studies bij mensen, er is al een Amerikaanse firma die over een

meer 16

reproduceren zonder schriftelijke toelating van de uitgever is verboden www.presscopyrights.be

van 15

**Het is in deze wereld niet mogelijk om zonder commerciële firma's dergelijke evenementen te organiseren, vaak schiet de pharma industrie de hoofdvogel af bij projecten en evenementen. Die industrie heeft in bepaalde takken van de geneeskunde -dossier Strattera geheimen- een kwalijke reputatie. Het 12e diabetes-symposium was zonder de steun van diverse firma's en instanties blijkbaar niet mogelijk.**

## Prijzen van Sponsors voor studieprojecten "Metingen suikergehalte door vingerprik" Lien Lievens

Novo Nordisk

Het onderzoeksopzet van de Bachelorproef van Lien Lievens bestond in de metingen van het suikergehalte in het bloed d.m.v. een vingerprik. Daarbij werd de aandacht gevestigd op veel voorkomende fouten zoals voortdurend stuwen, of verkeerd stuwen, of het verkeerd aanbrengen van de teststrips, of strips die gemanipuleerd zijn met de vingers.

### Theorie en praktijk.

Lien Lievens stelde een vragenlijst op met negen stellingen die aan de theorie en de praktijk werden getoetst. Die vragenlijst werd verdeeld onder 29 referentie verpleegkundigen diabetes, 80% reageerde.

### Resultaat.

Uit de resultaten blijkt dat de instructies qua gebruik er zijn, maar in de praktijk vaak niet worden toegepast.

Het resultaat is te gebruiken als zuiver cijfermateriaal, maar cijfers zeggen niets over hoe de patiënt zich voelt, vaak wordt de informatie over medicatie, stress en voeding vergeten.

### Educatieve aandachtspunten.



Koen Schoutkens -Novo Nordisk-, Lien Lievens en Marleen De Pover

In ziekenhuizen en bij thuiszorg gaat het om chronische en ook diabetes patiënten waardoor verpleegkundigen de neiging hebben om gerichte oplossingen te zoeken en de patiënten niet te helpen. Bij personen met diabetes is het belangrijk om de patiënten vragen te stellen, de patiënt moet het heft in eigen handen nemen, wat wil ik bereiken en welke doelen wil ik in mijn leven voorop stellen. Bepaalde stellingen binnen de bachelorproef waren voor verbetering vatbaar, zoals resultaten die slechts richtinggevend zijn.

### Eindproduct.

Uit de vragenlijst is gebleken dat er nood was om twee video's te maken, de eerste laat zien hoe een glycemieting verloopt, de tweede video is een schoolvoorbeeld hoe educatie kan betrokken worden binnen de glycemieting

## Educatieproces bij kinderen met diabetes type 1 "Het verhaal van Ben en zijn insulinepen" Anne-Lies Vuylsteke

Lifescan

reproduceren zonder schriftelijke toelating van de uitgever is verboden www.presscopyrights.be

Deze winnaar van de Lifescan prijs is 3<sup>o</sup> jaar Bachelor in de verpleegkunde -optie kinderverpleegkunde-, ze studeert verder tot Master. In het kader van deze proef ontwikkelde Anne-Lies een educatieve animatiefilm die de naam van "Ben en zijn insulinepen" meekreeg. Ook een stage van twee weken bij het kinderdiabetesteam van UZ Gent maakte deel uit van haar proefwerk. Daar volgde Anne-Lies in vijf lessen het volledige educatieproces van kinderen met diabetes type 1, inclusief de educatie in de school, bij de leerkrachten en de kinderen van de klas inzake diabetes bij kinderen.

### Film.

Buiten de theorie brengt Anne-Lies een animatiefilm voor kinderen van 10 tot 12 jaar die tot stand kon komen met de medewerking van enkele studenten van de Artevelde Hogeschool, waaronder deze van de afdeling media die de tekeningen tot bewegende beelden monteerden. Anne-Lies koos

voor het personage "Ben" om aan de hand daarvan kinderen informatie bij te brengen omtrent diabetes. Ook het gebruik van de insulinepen en de uitleg over kort en langwerkende insuline zijn in de diabetesfilm "Ben en zijn insulinepen" aan bod gekomen.

### Communicatie en follow-up.

Behalve de literatuurstudie, de stage en de film heeft Anne-Lies het ook over de grote waarde van de diabeteseducator als sleutelfiguur voor de communicatie, zowel met het kind

als diabetespatiënt, als met de ouders, waarvan de vertrouwensrelatie met de patiënt een onderdeel vormt. Ook het disciplinair team is een belangrijk onderdeel inzake de informatie-uitwisseling tussen de verschillende disciplines in het team en tenslotte de follow-up die, mede een verslag van de verschillende disciplines, zodanig moet zijn dat de controle en de regulatie tot een hoog niveau kan worden gebracht.

### Commercieel deel.

Het overhandigen van de certificaten door Koen Schoutkens -Novo Nordisk- beperkte zich tot het overhandigen van het document. Benedicte Grillet van Lifescan had zelf ook nog een speech voor haar eigen activiteiten en deze van Life Scan die elk jaar tot genoeg van de AHS een prijs uitreiken. "Dat stimuleert de studenten" zegt Marleen de Pover, organisator van en drijvende kracht achter het Symposium.



Benedicte Grillet van Life Scan - Anne-Lies Vuylsteke en Marleen De Pover

meer 17

**EXCLUSIEF**

9 &amp; 10 november 2009



12e Diabetessymposium  
Diabeteszorg volop in evolutie

**Aangezien hulpverleners en zorgdragers in toenemende mate hun werk als belastend ervaren en in nood geraken, wat zich uit in allerlei -stressklachten, was op dit**

**Gestalttherapie.**

In de jaren 40 van de vorige eeuw ontstond een psychotherapeutische stroming die een alternatief of aanvulling wil vormen voor andere grote stromingen als gedragstherapie, client-centred therapie, psychoanalyse en systeemtherapie. De kenmerken zijn o.m. volgende:

- Aandacht voor het -lichaams-gewaarszijn.
- Het belang van hier en nu, dus minder toekomst en verleden.
- Het belang van de ervaring boven of tenminste naast het rationele.
- De kans van het onmiddellijke experiment in plaats van het blijven 'praten over'.

**Baten/Kosten.**

Therapeut Mark Luyten begint zijn uiteenzetting met de baten die een zorgdrager kan hebben van Gestalttherapie en hij vernoemt hierbij de toename van zelfzekerheid, zelfvertrouwen, gevoeligheid en alertheid, bovendien is er sprake van persoonlijke groei en meer openheid en diepgang in relaties. Ook de problemen waarmee een zorgdrager kampt komen naar voren. Onderzoek heeft ondermeer uitgewezen :  
Therapeuten hebben meer dan een algemene populatie psychische problemen en onderkennen dit niet of niet tijdig, 25% van de Amerikaanse psychiaters voelt zich suïcidaal, 1 op 16 deed al een poging, 82% heeft ernstige relationele problemen - scheidingscijfer 51%-, lage emotionele investering in de eigen familie, afname van de intensiteit van de vriendschapsrelaties, twijfel over de juiste beroepskeuze, 46% ervaart zijn of haar beroepskeuze na 25 jaar als onbevredigend.  
Ook wordt door de zorgdrager zelf vaak de rol aangenomen van lastdrager, go-between en zondebok. De stressklachten kunnen mogelijk evolueren naar overspannenheid die vervolgens overgaat in een burnout. Een speciale vorm van werkgerelateerde stress is secundaire traumatisatie.

**Mark Luyten : zorg voor de zorgdrager.**

*symposium een van de sprekers Gestalttherapeut Mark Luyten die tijdens zijn lezing de oorzaken verduidelijkte en aangaf hoe deze klachten te compenseren met -voldoende- energiebronnen.*



Mark Luyten - Gestalttherapeut

**Stress.**

Stressklachten worden ingedeeld in 4 categorieën : Lichamelijke, emotionele, cognitieve en gedragsmatige klachten die allen hun invloed hebben op het welzijn van de persoon in kwestie.

**1. Lichamelijke stressklachten.**

Enkele van de meest voorkomende lichamelijke stressklachten zijn : Spierspanningen, spierpijn, onregelmatig afweersysteem, beklemmend gevoel op de borst, slikproblemen, duizeligheid, zweten, maagzuur, verstoorde eetlust, impotentie enz.

**2. Emotionele stressklachten.**

Ook emotioneel kan stress gevolgen hebben, deze uiten zich in : Prikkelbaarheid, seksuele desinteresse, angststoornissen, verhoogde gevoeligheid, gevoel van boosheid, agressie, minder plezier in het werk, vermoeidheid, snelle emotionaliteit, snelle interpretatie van een situatie als bedreigend, depressie enz.

**3. Cognitieve stressklachten.**

Deze vorm van klachten heeft vooral te maken met iemands bewustzijn en uiten zich veelal in : Geheugenstoornissen, op rigide wijze beslissingen nemen en ze steeds maar uitstellen, veel piekeren, verstrooidheid, fouten maken enz.

**4. Gedragsmatige stressklachten.**

Hier gaat het om klachten die te maken hebben met het gedrag van de persoon en manifesteren zich in : Overmatig eten, roken, veel koffie drinken, agressief gedrag, sociale isolatie, conflicten, risico's nemen die leiden tot ongevallen enz.

**Hinder.**

Het is vooral afhankelijk van de persoon in welke mate die hinder ondervindt van al deze klachten. Veel is afhankelijk van de aard van de

stresser, de frequentie en duur van de stresssituatie, de stressgevoeligheid, de stresscoping efficiëntie, de gevolgen van stress op het functioneren en de -onmogelijkheid tot reactie en anticipatie.

**Burnout.**

De definitie voor een burnout is, volgens Cristina Maslach, een vooraanstaand Amerikaans psychotherapeut : Een syndroom van emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke competentie. Het fenomeen burnout wordt, volgens actuele inzichten, gelinkt aan lastige patiënten, confrontatie met lijden van anderen, werkdruk, tijdsdruk, rolconflicten, gebrek aan collegiale ondersteuning enz. Ervaring leert dat in 95% van de gevallen de betrokkene zich handhaaft als de werkcondities en de attitude veranderen.

**Secundaire Traumatisatie.**

Bij dit euvel werd vastgesteld dat 50% de non-profit sector verlaat en 25% een carrièreshift maakt binnen de non-profit sector, slechts 25% kan zich handhaven in de oorspronkelijke job.

**Zelfzorg.**

Waar het voor verzorgers vooral op aan komt is dat zij een optimale zelfzorg aan de dag leggen op zowel fysiek, emotioneel, psychologisch als professioneel vlak en bovendien dienen zij te streven naar evenwicht. Fysieke zelfzorg bestaat ondermeer in voldoende te eten, te slapen, lichamelijke oefeningen te doen, vrij te nemen bij ziekte enz. Psychologische zelfzorg houdt ondermeer in : Tijd vrijmaken voor



van 17

zelfreflectie, schrijven in een dagboek, literatuur lezen die niets te

maken heeft met het werk, af en toe neen zeggen tegen extra verantwoordelijkheden enz. Emotionele zelfzorg heeft te maken met goede sociale contacten - vriendenkring-, van jezelf houden, situaties opzoeken waarbij gelachen kan worden, jezelf toestaan te huilen enz. De professionele zelfzorg heeft dan weer alles te maken met de

instelling op de werkvloer zoals pauzeren gedurende de werkdag, praten met collega's, grenzen stellen tav cliënten en collega's enz.

### Voorkomen is .....

De beste manier om al deze klachten te voorkomen, of alleszins proberen te vermijden, is dat de opleidingsinstituten en scholen realistische verwachtingen scheppen bij hun leerlingen en dat de werkgevers ondermeer een actief en

werknemersvriendelijk personeelsbeleid voeren maar ook de appreciatie speelt een belangrijke rol evenals job variatie en job rotatie. In de privé-sfeer is dan weer de relationele ondersteuning van groot belang.

**Wie meer informatie wil omtrent de Gestalttherapie kan terecht op Wikipedia. Voor meer info omtrent de sessies van Mark Luyten vindt u alles terug op <http://www.markluyten.be>**

vervolg van

14

## de praktijk

[http://www.morsum-magnificat.be/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2573&Itemid=2](http://www.morsum-magnificat.be/index.php?option=com_content&task=view&id=2573&Itemid=2)

## Diabeten en de houding van sociaal werkers bij OCMW's.

**H**et is een publiek geheim, dat de pensioenen in België bij de laagste zijn van Europa, ook het feit dat de levensstandaard daalt en de armoede stijgt, ook de kloof tussen arm en rijk wordt door de crisis groter. Wie een aanvulling op dat kleine pensioen wenst -RMI- moet bij het OCMW aankloppen. Het is bekend dat, spijtig genoeg, ook OCMW's politiek gemanipuleerd worden en in de toekomst zal dat niet beter worden, tegen 2012 moeten de Voorzitters van de OCMW ook Schepen zijn.

### Diabetesdove sociaal werkers.

In theorie wordt van de sociaal werkers bij de OCMW's verwacht dat zij zich niet alleen sociaal opstellen, maar ook de mensen die bij hun aankloppen, of worden toegewezen, op hun plichten wijzen maar ook over hun rechten informeren -art.17 RMI 26 mei 2002-. Tijdens het symposium werd in het kader van de vele diabetici die zich onder de armen bevinden, verwacht dat de OCMW's ook dááaraan de nodige aandacht besteden, maar in mijn geval stootte ik op diabetesdove sociaal werkers.

### Geschreven en gezegd.

Bij het OCMW van Ternat werd aan maatschappelijk wicht Line B. mondeling en schriftelijk gemeld dat ik diabetes patiënt ben, maar het blijkt dat het meiske het noch gelezen, noch gehoord had. Erger was het met Berlare, daar werd aan maatschappelijk werker Liesbeth W. op 24 september 2009 om 13:00u gemeld dat ik diabetes patiënt ben en ook uitgelegd hoe ik de aandoening heb opgelopen, maar ook hier "oren dicht".

### Voedselpakket.

Dat mensen te weinig geld hebben om zich fatsoenlijk te kunnen voeden, is schering en inslag, in oktober 2009 staan ik en mijn vrouw voor dat probleem. Op 15 oktober 2009 weigert het OCMW van Berlare een aanvraag voor dringende

financiële steun van 100 Euro, maar een voedselpakket staan ze wél toe. Op 16 oktober 2009 belt Marie-Jeanne van het OCMW van Berlare dat het pakket mocht worden opgehaald. Niettegenstaande dat pakket werd



Voedselpakket voor de diabeet, boordevol suikerhoudende producten, producent : OCMW Berlare!

opgehaald bij het naastliggend RVT Ter Meere waar zéker ook diabetes worden verzorgd en maaltijden nemen, puilde het voedselpakket uit van de gesuikerde producten, inclusief peperkoek met parelsuiker! De keuze was dus voor een diabeet met een hongerige maag niet moeilijk -sic-.

### Diabetesvereniging.

Als lid van de Vlaamse Diabetes Vereniging -154933- ben ik van oordeel dat zij de vereniging bij uitstek is die aan dergelijke wantoestanden een einde moet kunnen stellen. Op de website van Morsum Magnificat werd dan ook een open brief aan Stijn Deceukelier, Directeur van de Vlaamse Diabetes Vereniging, gericht. De VDV heeft blijkbaar contact gehad met Liesbeth W., maar de dame vond het nodig om tegenover de VDV te liegen dat ze zgz niet op de hoogte zou zijn geweest, pech voor Liesbeth, het bewijs daarvan is voorhanden. Tijdens het Diabetessymposium hebben wij "terloops" van Stijn vernomen dat de VDV reeds ter zake met twee OCMW's contact had, maar verder geen details. We wachten nog op meer concrete gegevens daarover, meer bepaald welke OCMW's door de VDV reeds werden geïnformeerd en waarom. We hopen dat de VDV ons daaromtrent informeert, misschien een ijdele hoop.

**Het is misschien interessant, ergo, een must voor de organisatoren van het symposium om bij een volgende gelegenheid wat méér aandacht te besteden aan het probleem van de diabeten onder de kansarmen.**

meer over andere onderwerpen op bladzijde 19



van 18

**EXCLUSIEF**

9 & 10 november 2009

**Artevelde Hogeschool ICC Ghent**

**12e Diabetessymposium  
Diabetezorg volop in evolutie**



# Het zorgtraject diabetes : van theorie naar praktijk

Dokter Frank Nobels  
Endocrinoloog  
OLV Ziekenhuis - Aalst.

**Zoals Marleen De Pover bij de introductie reeds zei moet de lezing van Dr. Frank Nobels van het befaamde Onze Lieve Vrouwziekenhuis van Aalst, niet meer aangekondigd worden. Het Limburgse Prometheus citeert in haar teksten in het kader van het zorgtraject louter "Aalst" de waarheid is echter dat Dr. Nobels een pionier is in de diabetes materie en vele artsen onvoldoende op de diabetes kar willen springen, ergo, soms fout bezig zijn. Het is niet voor niets dat in de toekomst de diabeteseducator tegen de zienswijze van een arts zal kunnen ingaan.**

## De netwerken

### De nieuwe RIZIV initiatieven.

Dokter Sunaert, verbonden aan Huisartsengeneeskunde UGent, beet voor deze lezing de spits af door een korte historiek te geven van twee nieuwe initiatieven van het RIZIV. Er is een sterke toename van patiënten met een chronische aandoening en ons gezondheidssysteem is blijkbaar onvoldoende om de toename van chronische patiënten op te vangen. Onderzoeken wijzen uit dat er nog ruimte is voor kwaliteitsverbetering met doelmatig gebruik van de zorg. De verbetering van de zorg voor chronisch zieken is niet alleen een Belgische aangelegenheid, er worden inzake de verbetering van de chronische zorg ook initiatieven op Europees vlak genomen. Die initiatieven zijn meestal gebaseerd op het betrouwbare chronic-care model -CCM- van Wagner -<http://www.ihl.org/IHI/Topics/ChronicConditions/AllConditions/Changes/>-. Dat model bestaat uit zes pijlers; 1° Globaal beleid rond chronische problemen. 2° Integratie van initiatieven. 3° Ondersteuning selfmanagement support. 4° Delivery System Design gaat over de organisatie van de praktijk rond chronische zorgverlening. 5° Decision Support handelt over de beschikking van richtlijnen, mogelijkheid tot navorming en samenwerking tussen 1e en 2e lijn. 6° Clinical Information Systems gaat over het optimaal gebruik van informatietechnologie. Dr. Sunaert had het ook nog over de landen die nog niet beschikken over de initiatieven rond deze verschillende pijlers.

reproduceren zonder schriftelijke toelating van de uitgever is verboden [www.presscopyrights.be](http://www.presscopyrights.be)

### Regionaal multidisciplinair werk.

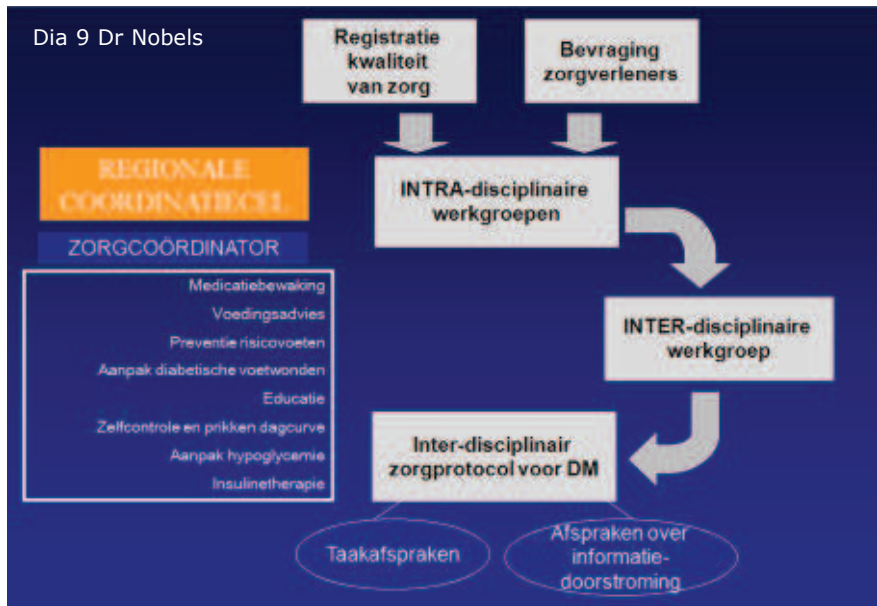
In opdracht van het RIZIV, met als voorbeeld het dubbelproject -DPA- Aalst / Leuven, heeft het multidisciplinair netwerk van het OLV Ziekenhuis van Aalst als model gediend, misschien moet Prometheus in Limburg haar lezers daarover toch

daarnaast ook in de 2e lijn als coach voor de zorgverleners van de 1e lijn.

### Stap 1 : Lokale stuurgroep.

De eerste stap die men in dit project genomen heeft, is het oprichten van een lokale stuurgroep waarin vertegenwoordigers van de

Dia 9 Dr Nobels



eens correct informeren. Aalst is, samen met de zorgverleners in de regio Aalst, Vakgroep Huisartsengeneeskunde Gent en UA Antwerpen, een model voor regionale ondersteuning van chronische zorgverlening gaan uitwerken. Uitgangspunten voor diabetesgroep Aalst waren de erkenning van de huisarts in de 1e lijn als coördinator voor de zorg van chronische patiënten, het belang van het "empowerment" van de patiënt, de rol van de patiënt in de zorg en de nood aan het uitbouwen van een echt team, ook in de 1e lijn,

huisartsen, van de 2e lijn en van de andere zorgverleners, deze groep kan gaan werken aan nieuwe initiatieven in de zorgverlening. Dit is in het kader van de zorgtrajecten een belangrijk item omdat men binnen deze structuren de zorgtrajecten veel concreter kan gaan uitwerken.

meer 20

van 19

Buiten een zorgcoördinator zijn er twee diabeteseducatoren

aangeworven die binnen de eerste lijn een educatieprogramma hebben ontwikkeld, verschillende zorgverleners zijn ook via werkgroepen bij dit project betrokken. Er zijn in België, ook in Wallonië, al 39 projecten aangemeld als pilootproject en door het RIZIV erkend om een lokaal multidisciplinair netwerk op te zetten, het is geen verplichting voor een regio maar het zal wel de implementatie voor zorgtrajecten versterken.

### Lokaal multidisciplinair netwerk : Concreet.

- Mogelijkheid tot indienen pilootprojecten -Website RIZIV al 39 projecten goedgekeurd-
- Op niveau van de huisartsenkring een samenwerking met geïntegreerde dienst voor thuisverzorging -GDT-
- Regio van minstens 75.000 inwoners.
- Budget voor aanwerven van zorgtrajectpromotor en werking lokale structuur.
- Vier-jaren plan met jaarlijkse rapportering van de activiteiten.

RIZIV Initiatief leunt zeer sterk aan bij de doelstellingen van Dr. Nobels van het OLV Ziekenhuis te Aalst -Oost Vlaanderen-.

## Kans op slagen?

Met het diabetesproject Aalst is er gebleken dat men het project tijd moet geven, dat is normaal met alles wat nieuw is. Dit zorgtraject zal maar zeer geleidelijk groeien, maar ook de inzet van de zorgverleners zal van belang zijn, zodra iedereen daarmee vertrouwd zal worden zal het vanzelf gaan. Om een project te doen slagen moet er ook medewerking gevraagd worden van de plaatselijke stakeholders, zoals de voorzitter van de plaatselijke huisartsenkring, de ziekenhuizen, diëtisten in de regio etc. Ook duidelijke afspraken van wie gaat wat doen in de regio, ook duidelijke informatie verstrekken is van belang, ondermeer via de ontwikkeling van een website, kwestie van de informatie bij te sturen. Er wordt door



Dr. Frank Nobels ziet het zorgtraject zeer optimistisch tegemoet. Niettegenstaande MM niet tot De Standaard behoort vernemen wij van Dr. Nobels een goed artikel te hebben gemaakt waarop geen reactie nodig was, zei de Aalsterse Endocrinoloog.

als dat van hen zou worden verwacht. Het RIZIV zorgt er voor dat patiënten, wanneer deze in een zorgtraject stappen, daar ook het voordeel van zullen hebben. Bij nieuwe projecten kan er ook weerstand komen, het is dus in dat geval belangrijk om te kijken waar men kan bijsturen, informatie daarover kan men aan het RIZIV overmaken. In Aalst hebben binnen de twee jaar 75% van de artsen aan het project deelgenomen. Na deze met 16 dia's geïllustreerde presentatie

Dr. Sunaert voorzichtig gewezen naar de huisartsen die, zoals later ook blijkt uit opmerkingen uit de zaal, niet altijd even constructief meewerken

gaf Dr. Sunaert, voor meer details over het zorgtraject, het woord aan Dr. Frank Nobels.

## Het zorgtraject zelf

KB 21 januari 2009 BS 6 februari 2009

**Dr. Nobels stelt dat, om een zorgtraject slaagkans te geven, de netwerken zoals door Dr. Sunaert uitgelegd, erg belangrijk zijn.**

### Niet alleen voor diabetes.

Zorgtrajecten zijn niet alleen opgezet voor diabetes maar ook voor andere chronische ziekten, het RIZIV is vast van plan om de komende jaren een aantal zorgtrajecten op te starten. Het RIZIV beseft dan ook dat patiënten in verschillende zorgtrajecten terecht zullen komen waardoor het in de toekomst mogelijk is dat kwetsbare ouderen, die in verschillende trajecten zitten, wellicht zullen gebundeld worden in een project C<sup>o</sup>-Morbiditeit. Voor een nieuwtje zit men bij Dr. Nobels altijd goed.

### Definitie.

Een zorgtraject dat opgenomen is in een KB, is eigenlijk een contract voor vier jaar dat jaarlijks wordt verlengd, er zijn in dat contract drie partners ; de huisarts -die de coördinator is-, de patiënt -die een erg belangrijke rol moet spelen-, de specialist -die als coach fungeert-. Binnen vier jaar gaat men het project bekijken en nagaan of het een goede piste was en of het wordt verder gezet. Er zijn voor de ondertekenaars, zoals dat met contracten gaat, een aantal verplichtingen. Dat fysisch contract moet echt door alle partijen ondertekend worden en naar het RIZIV gestuurd worden.

### Valse start..

Het zorgtraject wordt opgestart voor diabetes patiënten die op 1 of 2 injecties insuline gaan komen, of al zover zijn. In het begin geeft dat

enigszins een vervelende situatie, er is een overlapping met de diabetesconventie ivm het aantal injecties, de keuze voor de gekozen groep is om budgettaire redenen ingegeven. De doelgroep zijn de patiënten met type II diabetes, ook patiënten waarvan men de intentie heeft om op te starten, kunnen reeds in dat project opgenomen worden. Uit het diabetesproject Aalst is gebleken dat als de huisarts en de diabetoloog tot de conclusie zijn gekomen dat de patiënt dient over te schakelen op injecties, de eerste stappen onderneemt tot educatie, ondermeer zelfcontrole, zo'n start noemt men een "valse start".

meer 21



van 20

## Enkele voorwaarden, grote principes.

Aangezien de patiënt zich verregaand gaat verankeren aan de huisarts, is het nogal wies, dat er een medisch dossier is, als tweede voorwaarde wordt gesteld, dat de patiënt voldoende mobiel moet zijn om zich voor consultatie naar de huisarts te verplaatsen, patiënten in een RVT komen dus niet in aanmerking, dit is een keuze die, wellicht om budgettaire redenen, door de mutualiteiten gemaakt is. De reden daarvan kan zijn dat men in het begin de doelgroep niet te groot wil maken en dat misschien in de toekomst nog opnieuw zal bekeken worden. De voor het zorgtraject uitgesloten patiënten zijn :

- Niet mobiele patiënten.
- Patiënten met meer injecties.
- Type 1 patiënten.
- Zwangerschapdiabetes.

Mogelijk wordt dat voor deze groep in de toekomst ook herzien, zegt Dr. Nobels.

## Details.

Grote principes zijn, er verschuift eea, de conventie gaat vooral het diabetescentrum coördineren, hier gaat die coördinatie naar de 1e lijn, de huisarts gaat echt aan het stuur staan, deze wordt geholpen door de educator, waardoor in de 1e lijn educatie en zelfcontrolemateriaal kan gegeven worden, het centrum gaat eerder bijstand geven.

## Database.

Het RIZIV start geen initiatieven meer als er geen kwaliteitscontrole is, wat logisch is, daarbuiten moet er op het vlak van de computers in België nog een en ander gebeuren om dat automatisch uit de computer te doen rollen, dat is uiteraard de bedoeling, er moeten een aantal zaken zoals HbA1c en andere gegevens naar een centrale databank kunnen gestuurd worden, het is aan de wetenschappelijke afdeling van Volksgezondheid om die feedback te geven.

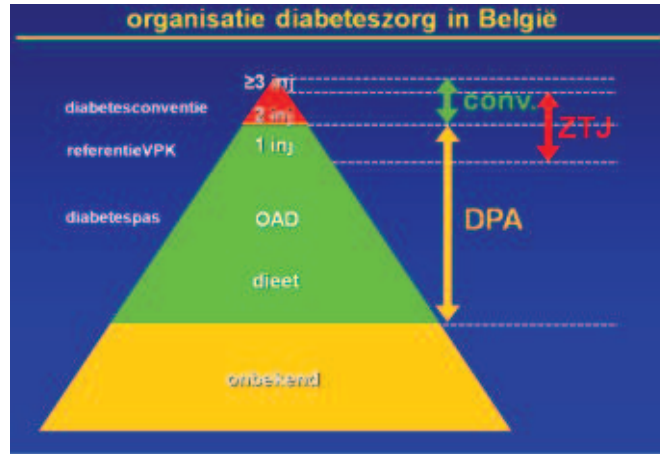
## Geen remgeld.

Er zijn een aantal stimuli, zoals dat de patiënt geen remgeld meer dient te betalen voor een consultatie bij de huisarts, zelfs om het even welke raadpleging, ook al heeft dat niets te maken met diabetes. De huisartsen krijgen voor het werk dat ze in dit kader doen, een

jaarlijkse kleine forfaitaire vergoeding.

## Sneller overstappen.

De bedoeling om dat remgeld kwijt te schelden ligt erin dat men mensen snel over de grens wil trekken om sneller op insuline over te stappen,



veel mensen met type II diabetes nemen immers die stap moeilijk. Door een deel van de zorgen naar de 1e lijn te schuiven, door zelfcontrolemateriaal in de 1e lijn ter beschikking te stellen en ook het remgeld af te schaffen, hoopt de overheid dat patiënten sneller zullen overstappen op insuline.

## Diabetespas.

Mensen die in een zorgtraject stappen hebben de facto recht op de prestaties die gelinkt zijn aan de diabetespas. Via die pas kan men gratis twee keer een half uur educatie bij de diëtist bekomen, en bij hoog risico op voetwonden, twee keer drie kwartier een podologisch consult. Podologen en diëtisten durven zich, omdat het specifieke nomenclaturen nummers zijn geworden, wel eens vergissen ; Zij denken dat ze nu toch in de zorgtrajecten kunnen worden ingeschakeld, maar dat is niet zo, enkel voor dit stukje.

## Patiëntenzorg.

De patiënt komt regelmatig bij de huisarts op bezoek, minstens twee keer per jaar, wellicht meer, de huisarts kijkt niet alleen naar de glycemie, maar ook naar andere factoren zoals het hart, zaken die op diabetesconventies gebeuren, worden nu door de huisarts gedaan. De educator gaat daarbij helpen, de huisarts schrijft het zelfcontrolemateriaal voor en gaat de patiënt minstens één keer per jaar verwijzen naar het diabetescentrum

dat deze informatie minstens jaarlijks moet krijgen. Daardoor zal het centrum veeleer advies geven dan therapieën te wijzigen. In het contract staat ook dat het centrum bereid is om tussentijdse steun te geven, overleg tussen het centrum, de huisarts en de educator moet via e-mail, telefonisch of op een andere manier mogelijk zijn, dat werd in de contracten opgenomen.

## Omscholen.

De educator wordt gestuurd door de huisarts, die het zelfcontrolemateriaal voorschrijft -niet de diabetoloog-, dat gebeurt bij voorkeur in de 1e lijn diabeteseducator, de Artevelde Hogeschool is doende om de diabeteseducatoren op te leiden, er is ook een overgangsfase voorzien zodat mensen, die

vroeger het diploma referentieverpleegkundige diabetes hebben behaald, zich in een verkorte opleiding kunnen omscholen tot diabetes verpleegkundige educator. In de toekomst moeten ook andere educatoren kunnen ingeschakeld worden, daarvoor zijn er KB's in de maak, dan kunnen ook diëtisten, podologen, kinesitherapeuten ingeschakeld worden in zorgtrajecten, voor wat de diëtisten betreft zal dat wellicht snel in orde komen.

## Educatie belangrijk.

De educatie mag eventueel in het zorgcentrum, maar eigenlijk is dat niet de geest van het zorgtraject, dit geeft aan dat er niet genoeg 1e lijns educatoren zijn, een probleem dat zich blijkbaar in Wallonië stelt, daar zouden er onvoldoende eerstelijns educatoren zijn. Als de educatie in de 2e lijn zou moeten gebeuren, dan moet de huisarts dat aanvragen.

Het RIZIV is duidelijk in de teksten, educatie is van meetaf een paar uren verplicht, ook al hebben de teams hun best gedaan om het HbA1c van een patiënt te verlagen, dat om medische redenen niet kan verlaagd, toch moet er nog educatie gegeven worden, ook dat zal misschien in de toekomst veranderen, de praktijk zal dat uitwijzen.

## Financieel plaatje.

Voor de patiënt is het gratis, bij het opstarten zijn er meer uren educatie nodig, daarom krijgen educatoren





van 21

dan maximum vijf uur en het volgende jaar maximum drie uren vergoed. De

vergoeding wordt per prestatie, per half uur vergoed, de patiënt betaalt niets. De bedoeling is dat de educator door het diabetescentrum wordt gecoached.

## Zelfcontrole materiaal.

De huisarts schrijft het zelfcontrole materiaal dat ressorteert onder het zorgtraject voor. De patiënt gaat eerst naar de educator die de meest geschikte glucosemeter voor de patiënt kiest en stelt ook het formulier op dat de terugbetaling van dat zelfcontrole materiaal regelt voor de volgende drie jaar, met dat formulier en het voorschrift van de huisarts gaat de patiënt naar de apotheker. De eerste keer gaat het om; een meettoestel -dat slechts elke 3 jaar wordt vervangen- vinger priktoestel, 150 teststrookjes, 100 lancetten, men heeft gekozen voor blokken van 6 maanden omdat de patiënt, indien nodig, een andere apotheker kan kiezen. Een project is lopende om dat via thuiszorg of de VDV te laten verlopen.

**... een groepje Waalse huisartsen heeft het voor mekaar gekregen om in Wallonië de diabeteseducatoren buiten spel te zetten en toch financieel volwaardig van het zorgtraject te kunnen genieten ...**

reproduceren zonder schriftelijke toelating van de uitgever is verboden [www.presscopyrights.be](http://www.presscopyrights.be)

## Het "zoenoffer" voor de Waalse achterdeur.

Men zou niet in België leven als er op nieuwe regels meteen geen zijweg wordt gecreëerd, dat is in het kader van het zorgtraject niet anders. Een aantal Waalse huisartsen wilden in het project van geen educatie weten, de artsen willen dat zelf doen. Om de zorgtrajecten er toch door te krijgen is er daaromtrent -weer- een toegeving gedaan aan de Walen -sic-, er is nu dus in feite een "zorgtraject buiten het zorgtraject". Omdat Wallonië over te weinig diabeteseducatoren beschikt zijn zij erin geslaagd om die parameter van het zorgtraject weg te laten, maar toch van het financieel voordeel te genieten. Het komt hier op neer dat de huisarts

de educatie en de zelfzorg buiten het zorgtraject, zelf gaat organiseren, attesteert daarbij dat hij de educatie zelf gaat geven, daarvoor dus geen educator inschakelt, de patiënt krijgt een jaarforfait aan materiaal dat beperkt blijft tot acht strookjes per maand -bij de apotheker af te nemen-, het -na een jaar- verder gratis verstrekken kan mits de HbA1c van de patiënt dan goed is, er is daarvoor een attest nodig dat de huisarts moet invullen. nvdv- Het komt ons over dat de huisartsen in Wallonië de verdiensten van educatoren in eigen zak willen hebben, ook in Vlaanderen zijn er te veel dokters -en ziekenhuizen-, die té commercieel zijn.

## Verwarring.

Niettegenstaande het project toch al een lange proefperiode achter de rug heeft, zijn er blijkbaar toch nog heel wat onduidelijkheden, ondermeer over de categorie 3a van type 2 diabetespatiënten die nu reeds twee injecties krijgen, de vraag is of deze opgenomen zijn in een conventie of in een zorgtraject. De conventie blijft voor de categorie 3a bestaan, tenminste tot 2012 wanneer de zorgtrajecten

ingewikkelder systeem willen, die stap niet zetten omdat ze dan hun voordelen uit het zorgtraject -kwietschelden remgeld- zouden verliezen.

## Taak diabetescentrum.

In het kader van de zorgtrajecten geeft men advies en stelt men een therapieplan op voor aanpassingen in behandelingen voor het opvolgen van de parameters en advies over educatie waarover, volgens Dr. Nobels nog wat meer zou moeten worden toegelicht, zoals het aansturen van de huisarts om patiënten wat meer naar de educator van de 1e lijn te sturen. Het centrum moet ook beschikbaar zijn voor tussentijds advies, waarbij het in de meeste centra ook zo georganiseerd is dat de huisarts ook de specialist contacteert als er problemen zijn en waarbij ook de educatoren van de 1e en de 2e lijn voor overleg worden ingeschakeld. Het is ook de bedoeling, dat er in een regio ook een netwerk komt waarbij alles via dat netwerk kan georganiseerd worden en diabeteseducatoren, die vaak voor verschillende organisaties werken, toch af en toe de violen kunnen stemmen, daarvoor is zo'n netwerk nuttig.



Een quasi volle zaal die voor de lezing van Dr. Nobels & Sunaert hadden gekozen, het werd dan ook de drukst bijgewoonde van dit symposium.

geëvalueerd worden, het gebeurt nog dat artsen geen zorgtraject willen opstarten, in dat geval worden de patiënten in de diabetesconventie gestopt. Maar wanneer iemand overstapt naar het zorgtraject, vervalt de diabetesconventie, de overheid gaat voor dezelfde patiënt geen twee verschillende trajecten betalen. Andersom is het zo dat wanneer de patiënt uit het zorgtraject naar een ingewikkelder systeem van de conventie overstapt, met meer injecties -cat 1 of 2-, dan blijft voor die patiënt wel zijn remgeld kwijtgescholden en blijft de huisarts en de endocrinoloog een forfait krijgen. Deze, volgens Dr. Nobels, verstandige beslissing van de overheid heeft men genomen om te vermijden dat patiënten die naar een

## Huisartsen.

De huisartsen moeten over drie dingen nadenken; is mijn patiënt een goede kandidaat, wil ik zelf aan het stuur staan en door wie wil ik dat de educatie wordt gegeven. Wanneer de patiënt een goede kandidaat is, kan deze de verdere procedure en modaliteiten van het hier eerder beschreven project toepassen. Als de huisarts zelf wil sturen, dan is de taak van de huisarts snel afgewerkt, de patiënt kan dan nog altijd via de diabetesconventie verder

meer 23

van 22

geholpen worden. Wanneer de huisarts vindt dat de kandidaat een goede patiënt is, dan kan het zorgtraject worden opgestart. Indien de huisarts niet verwijst naar een eerstelijns educator of indien de huisarts beslist dat het beter in een conventiecentrum gebeurt, zal de huisarts dat specifiek op zijn verwijzing moeten vermelden. Als de huisarts zegt dat de educatie in de 2e lijn gebeurt, is er geen cumul, men kan niet tegelijk genieten van een 1e en 2e lijnseducatie. Dit laatste is niet écht in de geest van het zorgtraject, zegt Frank Nobels, we hopen dat het zo weinig mogelijk wordt gebruikt.

## Hospitalisatie.

Nieuw is dat patiënten die reeds in een zorgtraject zitten, bij opname in een ziekenhuis voor om het even wat, er tijdens die opname bijkomende educatie wordt gegeven. Patiënten die wegens hartproblemen worden opgenomen en daarbij als diabeet problemen krijgen, kunnen beroep doen op een educator die daarvoor vergoeding kan krijgen, dat is een primeur, ook voor de endocrinoloog is daarvoor een vergoeding voorzien, ook dat is nieuw. Het gebeurt ook dat een zorgtraject wordt opgestart in een ziekenhuis waar de patiënt is opgenomen, ook de eerste educatie wordt daar al gegeven. In dat geval neemt het ziekenhuis contact op met de huisarts, het pakket voor zelfcontrole wordt dan ook door het ziekenhuis aan de patiënt meegegeven.

## Besluit.

Wanneer we alles op een rij zet, is er even administratie om er in te stappen, maar eens het loopt kan het functioneren, een belangrijke voorwaarde is dat men in een regio rond de tafel gaat zitten en het te organiseren, een zorgtraject zonder dat de regio daarvoor klaar is, zonder de spelers of de samenwerking ervan te kennen, of de communicatie op punt is gesteld, gaat niet kunnen werken. Meer informatie op [www.zorgtraject.be](http://www.zorgtraject.be)

## Vragen

**Vraag 1:** Wie gaat dat allemaal controleren?

**Dr. Nobels :** Ik denk dat er niet veel controles zullen gebeuren, het RIZIV gaat de databanken die ze hebben van patiënten die naar de huisarts, of naar de specialist gaan, om de zoveel tijd checken of dat ook gebeurt, frequente controle is niet haalbaar. Als jullie zaken vaststellen, probeer dat te centraliseren en aan het RIZIV te

melden, dit systeem gaat kinderziekten hebben maar is een enorme stap en dito vernieuwing.

**Vraag 2 :** Wat doet men met patiënten die geen sis-kaart hebben?

**Vraag 3 :** Kunnen educatoren die in een forfaitair systeem in een wijkgezondheidscentrum werken, ook vergoeding krijgen voor hun prestaties?

**Dr. Nobels :** Ik ben daar geen expert in maar ik denk dat men een sis-kaart nodig heeft om vergoeding te kunnen krijgen en zonder sis-kaart niet in een zorgtraject of diabetesconventie terecht kan. Voor wijkcentra zijn er, indien deze erkend zijn, geen problemen.

**Dr. Sunaert :** Een concreet antwoord kan ik daar niet op geven, maar wijkgezondheidscentra ontvangen een forfait voor de geneeskundige zorg, de vraag zal aan het RIZIV moeten gesteld worden of die specifieke zorg ook in het forfait vervat zit.

**Vraag 4 :** Deze week had ik een gehospitaliseerde patiënt die vertoeft in "X", waarvan ik van oordeel ben dat deze niet meer in staat is om zichzelf te verzorgen, de huisarts komt twee keer per maand bij haar op bezoek, maar de patiënt was zelf niet van plan om naar de arts te stappen.

**Dr. Nobels :** Tenzij die patiënt toch bereid is om naar de huisarts te gaan, kunnen dergelijke mensen niet in een zorgtraject, dat is misschien dom, maar zo is het.

**Vraag 5:** Zijn dat misschien andere nomenclaturen?

**Dr. Nobels :** Inderdaad een huisbezoek bij de huisarts zijn andere nummers, dat gaat het RIZIV controleren.

**Dr. Sunaert :** Ik vind dat dit terecht een probleem zal zijn voor bepaalde patiënten, indien een te groot aantal patiënten daardoor uit de zorgtrajecten dreigt te vallen, moet dat ook aan het RIZIV gemeld worden. Misschien is dit een gevolg van het feit dat de mensen die het zorgtraject hebben ontwikkeld, dat gedaan hebben uit theoretisch oogpunt, het is aan ons om dit nu in de praktijk te brengen.

**nvdr-** Ook in deze reactie wordt weer verwezen naar de kinderziekten. Was het proefproject van het OLV Ziekenhuis van Aalst dan te onvolledig?

**Vraag 5:** Indien de educatie in het ziekenhuis wordt opgestart, worden de gependeerde uren van het ziekenhuis in mindering gebracht?

**Dr. Nobels :** Voor zover mij bekend worden die in mindering gebracht. In het verslag aan de huisarts moeten wij het aantal uren vermelden.

**Vraag 6:** Het contract met de huisarts is voor vier jaar, het contract voor het materiaal voor drie jaar, vanwaar dat verschil?

**Dr. Nobels :** Dat heeft te maken met de glucosemeters, deze moeten om

de drie jaar vervangen worden, een andere verklaring heb ik daarvoor niet, dat zijn trouwens allemaal zaken die het RIZIV bedisselt heeft.

**Vraag 7:** In een wijkgezondheidscentrum zijn er meerdere huisartsen, wanneer een contract wordt afgesloten voor vier jaar, maar een huisarts in het centrum gaat een andere job uitvoeren, vervalt dan het zorgtraject? De vraag is in feite of het zorgcentrum is dat het contract afsluit of de huisarts?

**Dr. Nobels :** In groepspraktijken waar verschillende huisartsen actief zijn wordt de groepspraktijk als rechtgevend persoon die de contracten ondertekend, erkend maar Dr. Nobels denkt niet dat dit kan geassocieerd worden met een zorggezondheidscentrum die zich in een specifiek systeem bevinden, een onderhandeling met het RIZIV zal nodig zijn om daarover uitsluitel te bekomen.

**Vraag 8:** Wat ingeval patiënten van huisarts wisselen, bvb bij een overlijden?

**Dr. Sunaert :** Hier zal waarschijnlijk het systeem worden toegepast van het GMD waarvoor jaarlijks een

**.... het gaat hier om een communautaire zijsprong uit de onderhandelingen waarbij Waalse drukkingsgroepen bij het RIZIV erin slaagden om een soort alternatief zorgproject te bekomen ....**

vernieuwing kan worden aangevraagd voor de patiënt die bij verhuizing of om andere reden, een andere arts kiest, dat is vooral belangrijk voor de forfait die men ontvangt.

**Dr. Nobels :** Voor de opstart moet de patiënt op consultatie gaan, wij hadden als 2e lijn liever gehad de contracten te kunnen opsturen, patiënten die twee maanden eerder werden gezien, moeten vlug opnieuw gezien worden om een contract te kunnen opsturen, het was logischer geweest het contract over te maken en de patiënt de komende maanden te zien, nee, zegt Nobels we moeten eerst de patiënt zien.

meer 24

van 23

**Vraag 9:** Is het feit dat de huisarts, zonder het inschakelen

van de educator, een project kan opstarten dan ten nadele van de educator, die geen forfait krijgt?

**Dr. Nobels :** -nvdr-Nobels gaat hier de vraag uit de weg, het gaat hier om een communautaire zijsprong bij de onderhandelingen waarbij Waalse drukingsgroepen bij het RIZIV erin slaagden om een soort alternatief zorgproject te bekomen, niet de educatoren in Vlaanderen, maar in Wallonië worden daardoor uiteraard financieel benadeeld, maar dat wilde Dr. Nobels wijselijk niet zeggen.

**Vraag 10:** Hebben diabeteseducatoren die in ziekenhuizen werken, een RIZIV nummer nodig?

**Dr. Nobels :** Ze hebben geen RIZIV nummer nodig, het RIZIV was daar lang onduidelijk over maar veel centra hebben het toch aangevraagd, er is daarom onduidelijkheid ontstaan, maar voor de toekomst is het niet nodig, behalve een halftime werkende 1e lijn, maar in een ziekenhuis is het niet nodig.

**Vraag 11:** Heb ik als diëtiste in het kader van het zorgtraject van de huisarts een voorschrift nodig voor een consultatie?

**Dr. Nobels :** Ja, het is dezelfde manier van werken als bij de diabetespas, men moet wel wachten tot wanneer het contract in orde is.

**Vraag 12:** Kan een patiënt die in een rusthuis terecht komt, in het traject blijven?

**Dr. Nobels :** Ja, het RIZIV houdt het simpel, eens erin blijft het zo, de patiënt moet wel de voorwaarden blijven vervullen, dus bij de eigen huisarts op consultatie gaan, maar dat gaat het RIZIV wellicht niet controleren.

**Vraag 13:** Iemand verbonden aan het Wit-Gele kruis van Limburg waar reeds verschillende zorgtrajecten zijn opgestart, maar eigenlijk niemand

weet hoe het allemaal juist in mekaar steekt zodat alle hoop voor het Genks project op de zorgpromotor wordt gelegd, als dat zó is ziet Carine O. het zitten, zegt ze.

**Dr. Sunaert :** Dat is ook de bedoeling, mensen in de zaal die willen weten of er in hun regio al een netwerk is opgestart, kunnen dat nagaan op de website van het RIZIV, daar kan men de 39 netwerken die nu reeds erkend zijn, vinden. Men kan daar ook zien dat er in Vlaanderen en Wallonië qua regio's heel wat op komst is. De regio's kunnen pas zorgtraject promotoren aannemen vanaf het moment dat ze erkend zijn, er lopen thans in dat kader procedures voor aanwerving van dergelijke mensen, dat is óók iets nieuws. Huisartsen en zorgverleners in de 1e lijn hebben dat in het verleden nooit moeten doen, zij zijn dus zelf ook zoekende, maar vanuit de vereniging van de huisartsen worden zij wel gesteund om te zoeken. Hun rol is vooral de mensen in de regio's samen te brengen en daar werkgroepen op te richten om tot een soort protocol te komen hoe in de regio met die zorgtrajecten om te gaan. -nvdr- Het Wit-Gele Kruis van Genk kan dus aan de slag, misschien wordt Genk óók op dit vlak pilootstad?

**Vraag 14:** Morsum Magnificat vraagt of het zorgtraject wel kan slagen als er niet voldoende medewerking is van de huisartsen?

**Dr. Nobels :** Dr. Nobels herhaalt nogmaals dat alles wat nieuw is, tijd vraagt en refereert naar het zorgtraject in zijn regio waarbij een respons van 70% werd genoteerd. Eén derde ziet het niet zitten geeft Dr Nobels toe, maar het "gros" gaan we meekrijgen, maar de medewerking

van de huisartsen is belangrijk voor de eerstelijns. Het is trouwens de eerste keer dat men in België zo'n verregaande stap zet, sommige haken en ogen zijn nog niet perfect,

maar we hebben een stap in de goede richting gezet, dit zal wel een hoop zaken in beweging doen brengen.

## RIZIV en Aalst.

Op de website van het RIZIV [www.zorgtraject.be](http://www.zorgtraject.be) kan rond het zorgtraject alle technische informatie worden gevonden. Dr. Nobels geeft toe dat die website wat moeilijk is, maar het RIZIV legt alles in alle openheid uit. De website van de thuishaven van Dr. Nobels geeft dan weer een hoop andere meer praktische ervaring, ook enkele links naar andere sites kan u daar vinden. <http://www.olvz.be>  
olv\_web\_includes\_tab.jsp?page=607

## Ons besluit.

Niet alleen wij, maar ook anderen, hebben twijfels omtrent het slagen van het project, de Limburgse medewerkster Carine Ogiers van het Wit-Gele kruis heeft in haar vraagstelling al duidelijk gemaakt dat mensen op de werkvloer niet juist weten hoe het allemaal werkt. Wellicht zullen we de eerste evaluatie van het RIZIV binnen vier jaar niet moeten afwachten om te weten of Dr. Nobels in zijn opzet geslaagd is.

EVER©

## Zoet zwanger

Wereldwijde diabetesepidemie in aantocht, vroegtijdige opsporing van groot belang



**Omdat onderzoek heeft uitgewezen dat tegen 2025 één op tien Belgen zal lijden aan diabetes is er dringend nood aan initiatieven die diabetes preventief helpen aanpakken met extra aandacht voor hoogrisicogroepen. Met dit gegeven opende Sabine Verstraete, projectcoördinator van "Zoet Zwanger", haar uiteenzetting en zij noemde daarbij vrouwen met zwangerschapsdiabetes een unieke doelgroep.**

## Zoet zwanger.

Zwangerschapsdiabetes heeft alles te maken met de zwangerschap en uit zich door een verminderde glucosetolerantie die voor het eerst verschijnt of wordt vastgesteld tijdens de zwangerschap. Bij 90% van de gevallen zijn de glycemiewaarden na de bevalling

weer normaal echter, zowat de helft van de vrouwen die zwangerschapsdiabetes hadden, ontwikkelt binnen 5 à 10 jaar na de bevalling blijvende type 2 diabetes.

meer 25

van 24

## Te voorkomen.

Dit is volgens een subanalyse van het Diabetes Prevention Program -2008- te voorkomen door aan deze hoogrisicogroep intensieve leefstijladviezen te geven. Deze adviezen zijn ondermeer : Gezonde en gevarieerde voeding, verlies van 5 tot 10% lichaamsgewicht, regelmatige beweging en alle andere raadgevingen die iedereen die gezond wil leven ondertussen kent. Ook wordt aanbevolen dat deze vrouwen, na de bevalling, worden opgevolgd en best jaarlijks worden gescreend zeker in geval van overgewicht of als er andere risicofactoren meespelen. Het grote probleem dat zich stelt is dat weinig vrouwen deze follow up krijgen waardoor belangrijke kansen voor preventie worden gemist.

## Hoe voorkomen.

De Vlaamse Diabetes Vereniging lanceert daarom, in samenwerking met de Vlaamse overheid, het preventieproject "Zoet Zwanger" dat vrouwen met zwangerschapsdiabetes en hun zorgverleners meer bewust wil maken van het sterk verhoogde diabetesrisico maar vooral van het nut van een gezonde levensstijl en een jaarlijkse bloedglucosescreening bij de huisarts. Behalve een uitgebreide informatiecampagne biedt het project ook een vrijwillige registratie van vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben gehad wat hen moet helpen na de bevalling de nodige stappen te zetten om diabetes te voorkomen en vroegtijdig op te sporen. Het doel van de registratie is om de vrouwen jaarlijks een herinnering te sturen om langs te gaan bij de huisarts voor een

nuchtere glycemiecontrole zodat eventueel beginnende diabetes vroegtijdig kan worden opgespoord en om het belang van een gezonde levensstijl nogmaals te benadrukken.

## Registratie.

De registratie verloopt in eerste instantie via de arts die de diagnose stelt -vaak is dat de gynaecoloog, in mindere mate de huisarts-. Na registratie volgt een bevestiging naar de vrouw, gynaecoloog en huisarts en 3 maanden na de bevalling volgt een herinneringsbrief met de belangrijkste aandachtspunten ter preventie en/of vroegtijdige opsporing van diabetes. Jaarlijks volgt dan een uitnodiging om langs te gaan bij de huisarts voor een nuchtere bloedglucosecontrole.

## Besluit.

Het is duidelijk dat zwangerschapsdiabetes

niet eindigt na de bevalling en dat postpartum opvolging van groot belang is gezien het uitzonderlijke risico op type 2 diabetes. Zoet Zwanger wil vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben gehad helpen stappen te zetten om diabetes te voorkomen en vroegtijdig op te sporen en hierbij is de steun van alle betrokken zorgverleners van essentieel belang. Het project loopt tot 2012 en wordt uitgevoerd in samenwerking met de VVOG -Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie- en Domus Medica -Vereniging voor huisartsen-.

JVDS©

**meer informatie op**  
[www.zoetzwanger.be](http://www.zoetzwanger.be)

**Op 1 januari 2010**  
**wijzigen de**  
**abonnements-**  
**voorwaarden van**  
**Morsum Magnificat**

## Vlaamse Diabetes Vereniging

**In een één uur durende lezing heeft Directeur Stijn Deceukelier de werking, de infolijn en de activiteiten van de Vlaamse Diabetes Vereniging uiteen gezet, we brengen ook daarover een verslag.**



foto EVER

## Verontrustend cijfermateriaal.

Al meteen worden de aanwezigen geconfronteerd met onheilspellend -Duits- cijfermateriaal dat in verband staat met diabetes, het spreekt boekdelen zegt Stijn Deceukelier de

Directeur van de VDV. Enkele gegevens : elke 12 minuten heeft iemand een beroerte, elke 19 minuten een hartinfarct, elke 19 minuten een amputatie en elk uur een nieuw geval van nierdialyse, dit 365 dagen en 24 uur per dag. Een optelsommetje geeft

## Voorstelling van de VDV infolijn

Stijn Deceukelier - Directeur VDV.

hallucinante cijfers van wat er in Duitsland aan de gang is. Diabetesverpleging betekent spijtig genoeg nog wat meer want 85% van mensen met diabetes ontwikkelt een zekere vorm van retinopathie, 2% evolueert naar blindheid, 56% heeft een of andere vorm van nierschade, nog steeds 5 à 10% loopt een ernstig risico voor amputatie en eigenlijk is dat cijfer vele malen kleiner dan normale gewone vasculaire neuroplastische beschadiging in de ledematen. De doodsoorzaak bij diabetes ligt voor 55% bij een infarct, of een andere vasculaire complicatie, 8% omwille van een trombose en nog een 6% omwille van een of andere complicatie, dit cijfermateriaal toont aan hoe ingrijpend deze cijfers zijn in het leven van diabeten.

## Levensduur.

Diabeten hebben vanwege hun aandoening nog steeds een verminderde levensverwachting, op een leeftijd van 45 jaar zien we toch dat er een verschil is van 9 tot 11 jaar voor wie met diabetes door het leven gaat, op 65 is dat nog altijd een verschil van 4 tot 6 jaar, diabetici zitten in de perceptie van quality of life een stuk lager dan de normale bevolking maar anderzijds in de middengroep in vergelijking met andere aandoeningen. Eigenaardig is dat diabetici die overstappen naar insuline, denken dat ze er slechter mee zijn, wat niet klopt.

## Discriminatie.

Het gevoel van discriminatie bij diabetici valt mee, 90% van de diabetici hebben er geen

meer 26

van 25 problemen om te zeggen dat ze diabeet zijn, zeker niet in hun omgeving maar nog steeds 1 op 5 heeft nog problemen om dat in zijn werkomgeving te zeggen, ook op school zijn er nog problemen, 30% zegt op één of andere manier gediscrimineerd te zijn, dat gaat over dieet, promotie, slechts 6% van die groep zegt ontslagen te zijn geweest door diabetes.

## Diabetes in België.

Van 18 tot 24 oktober 2009 hield de IDF -Internationale Diabetes Federatie- in Montreal haar Internationaal diabetescongres, daar werden ondermeer nieuwe cijfers van diabetespatiënten in België bekend gemaakt, enkele cijfers ;

- 8% Van de volwassen bevolking heeft diabetes.
- 610.000 Belgen hebben diabetes.
- 6,5% bevinden zich in een risicogroep.
- tegen 2030 zullen 750.000 Belgen diabetespatiënt zijn.

Interessant om te weten is dat we 10 jaar vooruit lopen op de cijfers die tien jaar geleden werden geraamd, dat betekent dat de aandoening sneller uitbreiding neemt dan de wetenschap had verwacht en dat is onheilspellend en een pandemie die op iedereen afkomt.

## Rol van de VDV.

De Vlaamse Diabetes Vereniging is een vereniging met een werking van 67 jaar, maar de cijfers rond diabetes worden die periode steeds erger. Van meetaf was de VDV een vereniging van mensen met diabetes én professionele zorgverleners, samen in dezelfde vereniging, een vereniging met momenteel een 600-tal vrijwilligers die een stukje van hun vrije tijd willen opofferen en die ook heel sterk aan netwerk doen, zij vertegenwoordigen dan ook 8 à 10% van de diabetespatiënten in Vlaanderen wat

Internationaal bekeken goed is, ze zijn statistisch gezien, goed vertegenwoordigd maar de VDV bekijkt dat anders en vindt niet dat de 90% overblijvendens goed geïnformeerd zijn en hen niet nodig zouden hebben, er is daar zeker nog werk aan de winkel. Wie meer over de VDV wil weten kan een kijkje nemen op de website

## Doelstellingen.

De beste manier om diabetes te behandelen is het te voorkomen en zo vroeg mogelijk de diagnose doen stellen, dus preventie. Cijfers tonen aan dat mensen nog altijd 5 - 7 jaar rondlopen vooraleer de

**Gratis diabetes  
Infolijn  
0800 96 333**

[www.diabetes-vdv.be](http://www.diabetes-vdv.be)

diagnose, eerder toevallig, wordt gesteld.

-nvdr- Verder poogt de VDV bij de bevoegde minister Laurette Onkelinx te beletten dat zij de schaar in de budgetten zet, maar dát en het erkennen van de diabeteseducatoren lukt de VDV, ondanks gesprekken, vooralsnog niet.

De VDV geeft ook toe dat zij nog sociale hinderpalen moet overwinnen maar Stijn Deceukelier geeft daarover wijselijk geen details.

## Een gezicht.

Een andere doelstelling is de beeldvorming. De VDV wil diabetici een gezicht geven. Men heeft het in de volksmond vaak over "suiker" en wanneer er insuline bij te pas komt, wordt dat vertaald in "die heeft het zwaar zitten", in de pers wordt er geschreven "diabeet ramt voertuigen". We kunnen het in drie categorieën omschrijven, de mensen die op zoek zijn naar informatie, de volgende stap is het gegeven inpassen in het leven en als derde stap kunnen we de diabeten helpen hun leven te verbeteren, de VDV heeft daarvoor haar gids

voor diabeten, er is ook het tijdschrift, folders en website met 154.000 bezoekers in 2009 en 6 pagina's per bezoeker die op de site komt.

## Infolijn.

In 1996 is de VDV gestart met een infolijn, dit werd gefinancierd met geld dat via de leden is binnengekomen, echter de kosten worden sedert 2000 volledig door henzelf gedragen. Ondertussen hebben ze drie medewerkers met een paramedische opleiding, ze zijn ook alle drie diabeteseducator, elke dag tussen 09 en 17.00 uur kan de infolijn gratis gebeld worden, testen om tijdens de avonden of tijdens het weekend mensen te laten bellen, had geen goed resultaat, maar het mailverkeer stijgt dan wel. Iedereen die vragen heeft over diabetes kan bij de infolijn terecht, diabeten, hun familie, kinderen, ziekenhuizen, OCMW's maar ook educatoren die soms telefoneren over een rijbewijskwestie. De telefoontoegang is zeer goed voor mensen die minder toegang hebben tot informatie, de infolijn is duidelijk en op maat gesneden informatie. De infolijn rapporteert ook aan de basis en de infolijnwerkers werken ook redactioneel, de informatie proberen zij ook te verwerken in het VDV tijdschrift. De infolijn rapporteert ook naar de basis, o.a. met de diabeteswereld, dat helpt ook een stukje om het beleid bij te sturen.

## Enkele cijfers;

2008:

- 4.700 Contacten.
- 5.300 Vragen.

Gemiddeld 20 oproepen per dag, 75% gaat om telefonische vragen, de rest hoofdzakelijk via e-mail.

- 33% Van de vragen handelen over tussenkomsten en het recht op één of andere terugbetaling.
- 21% Van de vragen gaan over het rijbewijs.
- 53% Van de bellers zijn zelf diabeet, waarvan 62% met type 2.
- 61% Van de bellers is 50+.

Gezien dat 90% van de type 2 diabetes zich op iets latere leeftijd manifesteert is dat een normaal cijfer. 67% Is minder dan vijf jaar diabetes.

1/3e Is lid van de vereniging, vanuit de regio Antwerpen en Oost-Vlaanderen wordt het meest naar de Infolijn gebeld, de reden daarvan kent men niet.

**...vandaag heeft de VDV nog samen gezeten over hoe ze de OCMW's gaat benaderen om te kijken dat zij op zijn minst aandacht hebben voor zoiets ....**

## Meldingen.

Elke aangebrachte zaak of klacht wordt onderzocht, zo is er recent een melding binnengekomen over een OCMW dat voedselpakketten aflevert die niet afgestemd zijn op mensen met diabetes, dat was voor de VDV een onbekend iets, als zoiets gemeld wordt, gaan men effectief acties ondernemen, vandaag heeft de VDV nog samen gezeten over hoe ze de OCMW's gaat benaderen om te kijken dat zij op zijn minst aandacht hebben voor zoiets.

-nvdr- de melding gebeurde op 16 oktober 2009, Morsum Magnificat publiceerde op die dag een "open brief" aan de VDV, maar tot vandaag -16/11- heeft de VDV nog steeds niet gereageerd, intenties wél, acties -nog- niet.

## Over Aspartaan

Er is in de pers negatieve berichtgeving geweest over Aspartaan, een zoetstof die ondermeer in Cola Light wordt gebruikt, elk jaar verschijnt er in de krant dat het kankerverwekkend is. Intussen weet men dat het inderdaad, wanneer je

meer 27

van 26

daarvan  
een  
groot  
aantal

hoeveelheden drinkt -de gebruiker ziek wordt en plat ligt van een indigestie-, kankerverwekkend is. VDV heeft daarover een dossier klaar en op het moment dat ze die discussie gaan voeren, zullen ze daarover op hun website kunnen anticiperen.

## Rijbewijs.

Al tien jaar geleden heeft de VDV geijverd en promotie gevoerd voor een nieuw rijbewijs, bij elke voordracht is steeds opnieuw gezegd "dit is een goede regeling". De reactie via de infolijn was niet bepaald positief, als gevolg daarvan heeft de VDV gezocht naar het waarom van die klachten. Diabeten vonden het niet eerlijk dat zij elke drie jaar, met de daaraan verbonden kosten zoals pasfoto's en een halve dag verlof, hun rijbewijs dienden te vernieuwen. De VDV heeft ter zake alle Vlaamse gemeenten aangeschreven om een bedrag in hun budget te voorzien zodat de betrokkenen niets moeten betalen. Zekregen van de gemeenten een positieve respons, dat gaf animo om bij Staatssecretaris Schouppe aan te kloppen om dat als een algemene maatregel uit te vaardigen en die kosten af te schaffen. Sinds 1 november 2009 is het vernieuwen van een rijbewijs wegens een chronische aandoening dan ook gratis geworden.

## Diabetesbeurs.

Elke drie jaar organiseert de VDV een diabetesbeurs, de eerste in 2001, het aantal bezoekers is ondertussen van 7.000 naar 14.000 verdubbeld, enerzijds is dat plezant, maar anderzijds onheilspellend, als 14.000 mensen op zoek gaan naar informatie op een diabetesbeurs is het wellicht niet al te goed gesteld met de informatie-verspreiding, een beurs is een "Mix" met veel voordrachten en informatie. De volgende editie is in mei 2011 op de Heizel te Brussel.

## Lokale afdelingen.

De VDV geeft ook infosessies op het lokale vlak, meer bepaald in de plaatselijke afdelingen. De informatie die daar wordt gegeven kan gaan over voetzorg tot eetfestijnen, bij de lokale afdeling kan ook, na voorafgaande bestelling, zelfcontrolemateriaal, zoals strips en naalden, worden afgehaald tegen verminderd tarief.

## De educatoren.

Bijna 20 jaar geleden is de VDV gestart met de opleiding voor diabetes-educatoren, er was nood aan specifieke begeleiding van mensen met

**... niettegenstaande Vlaamse investeringen door preventie, de Federale Overheid kbespaar op het budget gezondheid, heeft de VDV Laurette Onkelinx nog niet tot veel kunnen doen bewegen, zo zijn de diabeteseducatoren nog steeds niet erkend ...**

diabetes, de VDV is toen op zoek gegaan naar scholen en de Artevelde Hogeschool heeft dan de opleiding overgenomen, dat was een verbetering in die zin, dat dergelijke opleidingen beter door opleidingsinstellingen, die daarvoor de knowhow hebben, kunnen gegeven worden. De VDV geeft nog wel een navormingcursus, maar dat gebeurt ook voor diëtisten.

## Gebied.

Omdat zij als VDV een stukje gids willen zijn, hebben ze, verspreid in Vlaanderen, 26 afdelingen en 125 contactpunten. Dat resulteert in een reeks activiteiten van ca 2,5 per week, samenkomsten om ervaring of kennis uit te



zicht op een deel de diabetesbeurs

wisselen. Ook een gezinsdag die gericht is op kinderen wordt jaarlijks georganiseerd, dat verloopt sportief voor de kinderen en informatief voor de ouders, kinderen zijn er niet zoveel aanwezig omdat Vlaanderen hooguit 2.000 kinderen met diabetes telt, ook de kans dat er zich bij de kinderen in de scholen diabetespatiënten bevinden is vrij klein.

*-nvdr- Toch schrijft het wetenschappelijk tijdschrift The Lancet op 25 oktober 2009 dat er een toename van de kinderen is met diabetes type 1.* De VDV gaat ook op zoek naar samenwerking, o.a. de mutualiteiten, er loopt ondermeer nog een groot project met de Christelijke Mutualiteiten "blijf diabetes een stap voor", ook in de preventiecampagne van de Mexicaanse Griep proberen we diabetici te stimuleren zich te laten vaccineren.

## Risicotest.

Op de website van de VDV kan je jezelf ook testen, daarbij zijn er drie mogelijkheden;

**Je scoort goed** en dan krijg je de algemene boodschap wat belangrijk is in de behandeling van diabetes.

**Je scoort minder goed** en dan moet je iets wat nadrukkelijker op je levenswijze gaan letten.

**Je krijgt een duidelijke waarschuwing** dat je een sterk verhoogd risico hebt en moet je misschien eens langsgaan bij je huisarts voor een nuchtere prik.

## Registratie bij "zoet zwanger".

In dit project is de VDV vragende partij om zich te laten registreren, dat initiatief is een maand geleden gestart en tot enkele dagen vóór het symposium mochten ze al 70 registraties noteren.

## Belangen.

De VDV doet ook aan belangenbehartiging daarom zijn zij soms ook te vinden bij de overheid, ze geven advies via het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie, ze zijn ook lid van het comité chronisch zieken bij het RIZIV -van de akkoordraad, het orgaan dat ondermeer de diabetesconventie in de 2e lijn controleert-. Een aantal jaren geleden mochten zij van het Federaal kenniscentrum een studie over diabetes type 2 coördineren, daarbuiten werken ze continu met een aantal instanties, zoals Assuralia, maar deze contacten zitten een beetje in het slop omdat de verzekeringsmaatschappijen -zeg maar de banken nvdr- niet erg happig zijn om zich voor diabeten open te stellen, ook met het BIVV werken zij samen rond het rijbewijs. Men werkt momenteel ook aan contracten met het centrum voor gelijkheid van kansen -CGKR-, dit om in het geval

meer 28



van 27

er een klacht komt rond discriminatie, te kunnen samenwerken. Ook

met Test-Aankoop zijn er contacten over allerlei enquêtes.

## Politiek.

Vervolgens worden de namen genoemd van personen waar de VDV zo vaak mogelijk probeert langs te gaan, in Vlaanderen gaat het over Jo Vandeurzen en Federaal over Laurette Onkelinx. Als het om preventie gaat moeten diabeten aankloppen bij de Vlaamse Overheid, gaat het over gezondheidszorg, dan moet je bij de Federale Overheid aankloppen.

*nvdv- Niettegenstaande Vlaamse investeringen voor preventie en de Federale Overheid bespaart op het budget gezondheid, heeft de VDV Laurette Onkelinx nog niet tot veel kunnen doen bewegen, zo zijn de diabeteseducatoren nog steeds niet erkend. Het is dus verstandig dat de VDV bij de politiek gaat lobbyen, zonder politiek gaat het in dit land toch niet -sic-.*

Anderzijds zijn er van de 27 Europese lidstaten, tot vandaag, 13 die een nationaal diabetesplan hebben, België heeft 610.000 diabetespatiënten en heeft geen nationaal gecoördineerd diabetesplan. België is dus ook niet bij



Marc Claeys - Directeur COMPahs, volgde deze lezing integraal.

die 13 landen waar dat wel het geval is. Als we naar Vlaanderen kijken, zei Jo Vandeurzen recent tegen de vereniging, dat er geen sprake van was dat diabetes een aparte doelstelling wordt. Men heeft blijkbaar, niettegenstaande een VN resolutie uit 2006, nog altijd niet begrepen dat diabetes de gezondheidsbudgetten wel eens zouden kunnen doen ontsporen, omdat er ter zake nog werk aan de winkel is, doet VDV dat nu via het RIZIV.

## Diabetespas.

In het verleden heeft de VDV ook de diabetespas ontworpen, ze geven toe dat het gebruik in de praktijk niet zo goed loopt, het kan beter, maar het was toen een revolutionair iets, dat een diabetespatiënt over een boekje beschikte waarin afspraken genoteerd werden, een breuk met de dichtgekleefde omslagen die door dokters en specialisten werden meegegeven. Hieruit is naar voren gekomen dat het voorziene budget voor gratis dietadvies, elk jaar werd opgebruikt, dat er in deze tijden budget over is, klinkt in deze tijden gek, maar het feit is er en dat is heel jammer, klinkt het.

## Naaldcontainers.

Enigszins parallel aan de rijbewijzen, wil de VDV ook wat doen aan de naaldcontainertjes, daar rond is in de Belgische wet blijkbaar alweer onduidelijkheid-sic-, moeten deze onder medisch- of gevaarlijk afval gecatalogeerd worden? Officieel is het een gele container die op het containerpark moet worden afgeleverd, de VDV vindt dat maar weinig discreet of anoniem en zoekt nu een oplossing die ook gratis is maar die discreter kan gebeuren.

EVER©

## Diabetes bij geriatrische patiënt



Prof. Dr. M. Petrovic  
Geriatr UGent

Bij geriatrische patiënten, is het belangrijk de symptomen van hypoglycemie te verlichten. Ultrascherpe controles gaan een risico vormen voor nachtelijke hypoglycemie, verwardheid en valpartijen en daarbij verminderde levenskwaliteit. Wanneer

men gaat naar de levenskwaliteit en comfort van de patiënt, dan kan men best de scherpe controles van glycemie en HbA1c achterwege laten.

Op die manier bespaart men de patiënt onnodige periodes van hypoglycemie die op hogere leeftijd oorzaak kunnen zijn van acute verwardheid.

Het opstarten van insuline moet ook goed afgewogen

worden en alleen bij die patiënten waarvan we een langere levensverwachting verwachten of hebben.

Belangrijk is om daarbij geen fouten te maken, in de literatuur vindt men geen echte strikte richtlijnen over de behandeling van diabetes type 2 op oudere leeftijd, iedere patiënt moet individueel benaderd worden en er moet goed gekeken worden naar de

comorbiditeit die de persoon heeft, wat is de levensverwachting, welke zijn de andere geneesmiddelen die de persoon al heeft, wat is de cognitieve toestand en dies meer.

Het komt hier op neer dat een strikte glycemiecontrole op oudere leeftijd relatief weinig zin heeft omdat die weinig bijdraagt tot regressie van reeds bestaande complicaties, wat de patiënt al opgelopen heeft gaan we niet kunnen veranderen en is, niettegenstaande de scherpe controle, niet omkeerbaar.

Wat ook belangrijk is dat bij de patiënten die een zeer lange geschiedenis type diabetes 1 hebben die zij vanaf de jeugd ontwikkeld hebben maar toch een ouderdom bereikt hebben, dat die personen gestoorde secretie van glucagon en adrenaline hebben en vooral in het geval van hypoglycemie is dat natuurlijke antwoord van het lichaam ook

gestoord, dusdanig dat betreffende personen in hypoglycemie zeer diep kunnen gaan en op die manier zelfs kunnen overlijden, dit is nog een extra argument waarmee men rekening moet houden wanneer men al dan niet insuline wenst op te starten.

Professor Petrovic hoopt met voldoende argumenten te hebben aangetoond dat een soepelere glycemiecontrole bij oudere patiënten met type 1 en ook type 2 geboden moet worden. Dat wil uiteraard niet zeggen dat men een aantal niet farmacologische maatregelen, zoals ondermeer in de de maaltijden, achterwege moet laten, de niet farmacologische maatregelen winnen des te meer aan belang besluit de Professor .

EVER©

meer 29



**EXCLUSIEF****Getuigenis van een jonge sporter**

9 &amp; 10 november 2009

12e Diabetessymposium  
Diabetezorg volop in evolutie

Marijn van Zundert -links- tijdens het interview met Marleen De Pover, coördinator van het 12e diabetessymposium.

## Jong, diabeet en sporter.

Marijn van Zundert is Nederlander, 14 jaar en is in de eerste plaats sporter met veel ambitie én diabeet wat voor sporters nog steeds een grote uitdaging is, we volgen even het interview;

**MDP** : Sporten en zwemmen is speciaal jouw hobby en uitdaging, wil u ons even vertellen wat zwemmen voor u betekent?

**MVZ** : Ik heb ondanks mijn diabetes twee jaar geleden voor het zwemmen gekozen, toen hebben we besloten dat de school op de eerste plaats komt en daarna zwemmen. Ik oefen 7 keer per week in het water, en 3 keer buiten het water, zwemmen betekent in mijn leven heel veel.

**MDP** : Op 9 jarige leeftijd kreeg u de diagnose dat u diabetes had, hoe heeft dat uw leven veranderd, hoe is de ondersteuning van de diabetesverpleegkundigen verlopen?

**MVZ** : Op het moment dat de dokters vertelden dat ik diabetes had heeft mij dat, omdat ik niet goed wist wat dat was, niet zo veel gedaan, ik realiseerde mij niet echt wat de behandeling zou zijn.

Ik had toen een leeftijd dat ik zelf kon gaan spuiten en het feit dat ik dat zelf deed, gaf mij dat een zekere verantwoordelijkheid. Ik ben ook bezig met wat ik eet of ga eten, dat komt mij ook van pas, want leeftijdgenoten bij het zwemmen, weten niet altijd hoe belangrijk dat is.

**MDP** : Ik hoor ook van anderen dat men door vroege verantwoordelijkheid te nemen, bewuster wordt van het omgaan met voeding en beweging, zijn er bepaalde zaken waarvan u zegt "daar heb ik het toch

worden van dingen, wanneer ik op een wedstrijd, door de diabetes, eens slecht zit dan stel ik mij de vraag "waarom heb ik diabetes".

**MDP** : U bent ook Ambassadeur van de Bas van de Goor foundation [www.bvdgf.org](http://www.bvdgf.org), wat in België minder goed bekend is, kan u als Ambassadeur daarover iets vertellen?

**MVZ** : Bas van de Goor is een volleyballer die via een Nederlands team goud op de Olympische spelen heeft gewonnen, Bas heeft op latere leeftijd diabetes type 1 gekregen, waarna hij de Bas van de Goor foundation heeft opgericht. De foundation heeft als doel om kinderen met diabetes te stimuleren om te gaan sporten, dat doen ze met sportkampen of door trainingen te geven. Als ambassadeur help ik ze wel eens bij de trainingen en bij sportkampen, om aan de kinderen<sup>2</sup> te laten zien dat bewegen en sporten goed voor ze is, kinderen met diabetes die gaan sporten hebben vaak veel minder insuline nodig.

**MDP** : We weten ook dat u een insulinepomp gebruikt, hoe zijn uw ervaringen daarmee, hoe lang heeft u die pomp al en loopt dat goed?

**MVZ** : Ik weet niet precies hoe lang, maar ik denk dat het sinds 2007 is, in feite zag ik er een beetje tegenop om die pomp te gaan gebruiken, maar ik heb dan toch beslist ze te gebruiken, ik heb ook een sensorpomp die meteen de waarden opneemt, ondermeer gegevens over mijn voeding en inspanning kunnen worden verwerkt.

**MDP** : U bekijkt dat samen met uw coach regelmatig?

**MVZ** : Met de dokter.

**MDP** : Zo kunt u inspelen om gemakkelijker te kunnen sporten?

**MVZ** : Ja inderdaad.

wel heel moeilijk mee"?

**MVZ** : Ik heb eigenlijk altijd alles gedaan om de zaak langs de positieve kant te bekijken, ik kan dan ook verantwoordelijkheid opnemen en bewust

**MDP** : Heeft U voor de aanwezige mensen aangaande het gebruik van de insulinepomp, soms tips die ook kunnen doorgegeven worden, in de zin van "in het begin had u een zekere weerstand van het kastje, slangetje, pleister ...", aanwezigen in de zaal moeten mensen soms ook motiveren en over de drempel helpen.

**MVZ** : Allereerst zou ik zeggen als kinderen<sup>2</sup> of wanneer de dokter zegt dat je diabetes hebt, gelijk met de pomp te starten, toen ik de pomp niet gebruikte had ik een HbA1c van zeg maar 8, nu is dat minimum 6,5, alleen al wanneer je naar die waarde kijkt, is het door het gebruik van de insulinepomp al veel beter, heb je later minder last van andere bijwerkingen zoals hart en vaatziekten. Als kinderen<sup>2</sup> al spuiten en naar de pomp moeten overschakelen, zou ik zeggen "probeer het even" je kan altijd nog overstappen op spuiten als het niet bevalt.

**MDP** : U bent de pomp nu gewoon, voelt zich door het gebruik ervan beter geregeld, hoe doet u dat bij het sporten, bij het zwemmen, hoe doet u dat?

**MVZ** : Het lukt heel goed, de pomp kan er heel makkelijk worden afgeklikt en de pleister blijft goed op mijn buik zitten, daar heb ik helemaal geen last van, het probleem is wanneer ik bij een training drie uur zonder pomp ben en ik dan vaststel dat ik op het einde van de training te hoog zit, daarom moet je uitkijken hoe lang je zonder pomp blijft.

**MDP** : Ik hoor sporters dat ze bij het begin zouden willen starten met 250, want een hypo kan toch fataal zijn.

**MVZ** : Persoonlijk zeg ik; rond de 150 bij het zwemmen dat iets meer dan een uur duurt, en dan zit ik niet te laag.

**MDP** : Wat als u nu toch te laag komt?

**MVZ** : Tijdens het zwemmen kan ik eigenlijk niets nakijken, maar tijdens de trainingen kom ik soms uit het water om dat wel te doen en ga dan vervolgens verder zwemmen.

**MDP** : U traint heel veel, elke dag en de behandeling van uw lichaam is daarop ingesteld, soms gebeurt het, dat u om een of andere reden niet kan oefenen, bijvoorbeeld bij





van 29

verkoudheid of griep, daarbij kan ik mij voorstellen, dat u dit

onmiddellijk zult vaststellen aan uw waarden, wat onderneemt u op dat moment?

**MVZ** : Ik heb bij vakantie drie weken verplichte rust, ik stel dan vast dat mijn waarden heel erg gaan schommelen, meer hoogten waardoor ik meer insuline nodig heb, voor een deel komt dat vanwege het wegvallen van een deel structuur. Een ander gedeelte komt doordat ik minder beweeg waardoor het lichaam meer insuline nodig heeft.

**MDP** : Bij kinderen zijn er soms momenten dat er meer mag gegeten

worden, of mogen snoepen, kunt u ons daar iets over vertellen?

**MVZ** : Ikzelf snoep eigenlijk niet zo heel veel, ik heb per dag 7 of 8 eetmomenten en daarop staat precies wat ik moet eten, op dat lijstje staan er weinig ongezonde dingen, veel boterhammen en weinig verzadigde vetten.

**MDP** : U doet het ook omdat u sterk gemotiveerd bent door het sporten en sporten, het hoeft daarom geen competitie te zijn, en bewegen is goed voor

iedere

diabeet.

**MVZ** : Je mag af en toe wel eens wat lekkers eten, want dat doe ik ook.

**MDP** : U heeft, zoals ik op uw website lees, nog heel veel dromen, wat is voor u in de komende jaren dé uitdaging?

**MVZ** : Ik zwem nu in Antwerpen bij Brabo, waar ze een jeugdselectie



Marijn van Zundert, 14 jaar en diabetes 1, de toekomstige Europese zwemkampioen?



Medtronic, sponsor van Marijn van Zundert

hebben, voor het Europese niveau, voor Europese kampioenschappen, dat wil ik de komende twee jaar doen, ik ga ook proberen om geselecteerd te worden voor Londen en wil uiteindelijk Europees kampioen worden.

<sup>2</sup> We vinden het enigszins vreemd, dat een jongen van 14 jaar het regelmatig over kinderen heeft, is hij dat zelf ook niet? Misschien een over het paard getild?

EVER©

9 & 10 november 2009

**Artevelde hogeschool ICC ghent**

12e Diabetessymposium  
Diabeteszorg volop in evolutie

## De kat van de pers.

Ook dit jaar stuurde -behalve deze redactie- de politiek geïnspireerde pers haar kat, een dergelijk symposium met zoveel sprekers en voor de klassieke pers een niet alledaags onderwerp, is voor hen ook niet weggelegd. Als er geen pers is, daagt ook de politiek niet op, nogal wiesde, de ene wast de hand van de andere. Wij hebben doordat wij op goedkoop openbaar vervoer zijn aangewezen, ons NMBS ticket pas na 9 uur kunnen nemen zodat we pas tegen de middag in Gent Sint Pieters arriveerden.

## Organisatie.

Behalve enkele details, die ter plaatse uit te vlooiën waren, zoals wie geeft wat in welke zaal, kan ik met mijn kritische pen, verder geen opmerkingen maken, de organisator en drijvende kracht achter het gebeuren heeft het ook dit keer op locatie -ICC ghent- weer goed gedaan en blijft ondanks de drukte, toch

altijd en tegen iedereen vriendelijk.

## Succes.

De kwinkslag van Marleen waarbij ze bij de aanvang van de lezing van Frank Nobels zei te hebben opgevangen dat sommigen naar het evenement waren gekomen voor de lezing van de Aalsterse Endocrinoloog Frank Nobels, is wellicht écht juist, de lezing van Frank Nobels én de vragen aan het



Marleen De Pover.

## noot van de redactie

expertenpanel - Prof. Rottiers, diëtiste Van Sompel, R. Caron- werd druk bijgewoond. Niettegenstaande wij aan dat item 16 bladzijden spendeerden, hebben we nog niet alle sprekers aan bod kunnen laten komen, maar het artikel nóg langer maken was niet meer mogelijk. Voor de toekomst zal de organisatie het wellicht ook zonder deze redactie moeten stellen, baten en kosten zijn verre van in evenwicht.

## VDV.

We zijn bij het afsluiten van dit artikel en zijn nog altijd niet in bezit van een reactie van de Directeur van de VDV omtrent het voorval van 16 oktober 2009 bij het OCMW van Berlare, dat valt ons ronduit gezegd tegen. Aangezien Morsum Magnificat geen publiciteit brengt, doen we dat nu ook niet, uitgezonderd de vermelding van de sponsor van het project van Marijn van Zundert, alhoewel die getuigenis toch al ver in de richting van publiciteit gaat. We geven toe, dat de organisatie zich qua promoten van de commerciële firma's niet op glad ijs heeft bevenen, ook daarop was Marleen niet te betrapen.

© Erik Verbeeck