

De Sint-Vincent-verklaring: voor een betere aanpak van diabetes

*Dr. Paul Van Crombrugge, internist-endocrinoloog en coördinator Sint-Vincentwerkgroep Vlaanderen
Dr. Frank Nobels, internist-endocrinoloog - Afdeling Endocrinologie en Metabole Ziekten – O. L.Vrouw Ziekenhuis te Aalst
Patient Care, november 1996, jaargang 19, nummer 10 - pg. 67-75*

Diabetes mellitus is één van de belangrijkste gezondheidsproblemen in onze maatschappij. De frequentie neemt over de hele wereld sterk toe en de ziekte bereikt bijna epidemische proporties. In Europa schat men de frequentie op 4% tot 5%. Ongeveer 90% van de diabetici heeft niet-insuline-dependente diabetes mellitus (NIDDM of type 2 diabetes), die vooral vanaf de leeftijd van 30 à 40 jaar optreedt. Insuline-dependente diabetes mellitus (IDDM of type 1 diabetes) is ongeveer 10 keer minder frequent dan NIDDM. Type 1 begint meestal tijdens de jeugd, met een piekincidentie rond de puberteit.

Complicaties van diabetes: een tijdbom

Diabetes mellitus kan belangrijke complicaties teweegbrengen (zie tabel 1). Personen met diabetes hebben bijvoorbeeld een twee- tot viermaal hogere mortaliteit door cardiovasculaire aandoeningen dan niet-diabetici. Ze hebben viermaal meer kans op perifere-vaatlijden in de onderste ledematen en twee- tot zesmaal meer kans op CVA. Diabetische retinopathie is de frequentste oorzaak van nieuwe gevallen van blindheid in de leeftijdsgroep van 25 tot 75 jaar.

Een derde van de IDDM- en een vijfde van de NIDDM-patiënten ontwikkelen een of andere vorm van nefropathie. Het wekt dan ook geen verbazing dat twee derde van de nieuwe gevallen van term in ale nierinsufficiëntie veroorzaakt wordt door diabetes.

Na 25 jaar diabetes is bij ongeveer de helft van de patiënten het perifere zenuwstelsel aangetast. Door de verminderde sensibiliteit en door de vaak slechte perifere circulatie kunnen ernstige voetulcera ontstaan. De amputatiefrequentie ligt in de leeftijdsgroep van 45 tot 65 jaar ongeveer 15 keer hoger bij diabetici dan bij personen zonder diabetes.

Neuropathie kan onder meer impotentie, gastroparese en orthostatische hypotensie veroorzaken. De chronische diabetescomplicaties beïnvloeden de levensverwachting in ongunstige zin: bij een diagnose tussen 40 en 59 jaar daalt deze met 5 tot 10 Jaar.

Het spreekt vanzelf dat diabetes, naast al het menselijk leed, ook een grote financiële belasting meebrengt voor de maatschappij. Volgens sommige bronnen zou 7-15%, van het budget van volksgezondheid besteed worden aan diabetes en complicaties van diabetes. Dat is overigens veel meer dan door de incidentie van diabetes kan worden verklaard.

Therapeutische mogelijkheden onvoldoende benut

Nochtans beschikken we over de therapeutische mogelijkheden om iets aan dit sombere beeld te doen. De Amerikaanse *Diabetes Control and Complications Trial (DCCT)* en een aantal eerder uitgevoerde Europese studies hebben aangetoond dat het risico op diabetescomplicaties aanzienlijk verminderd kan worden door een intensieve controle van de glucosespiegels bij IDDM, en zeer waarschijnlijk ook bij NIDDM. Bovendien kan men door vroege detectie van de complicaties hun progressie sterk afremmen. Lasertherapie bij retinopathie, antihypertensieve behandeling bij nefropathie en het dragen van gepast schoeisel bij neuropathie verbeteren in grote mate de prognose.

Waarom blijft diabetes dan voor zoveel problemen zorgen? De symptomen van NIDDM zijn vaak gering en ontstaan zeer geleidelijk. Veel patiënten lopen jaren met de ziekte rond zonder zich ervan bewust te zijn. Bij steekproeven in de bevolking blijkt dat bij bijna 50% van de NIDDMpatiënten de diagnose niet gesteld is. Men schat dat er in België ongeveer 200.000 bekende type 2 diabetici zijn, waarvan 30.000 met insuline behandeld worden en 100.000 met orale antidiabetica; bij de anderen werden alleen dieetmaatregelen voorgeschreven. Daarnaast zouden er nog eens ongeveer 200.000 diabetici zijn bij wie de ziekte nog niet is

gediagnostiseerd.

Bij deze groep van 'miskende' diabetespatiënten wordt de diagnose dikwijls pas gesteld naar aanleiding van de ontdekking van complicaties. Visusvermindering of voetaandoeningen zijn vaak de klachten waarmee de patiënten op de raadpleging verschijnen. Studies hebben aangetoond dat op het ogenblik van de diagnose de meeste type 2 diabetici al meer dan 5 jaar een hyperglykemie hebben.

Bovendien worden nieuwe type 2 diabetici dikwijls niet adequaat behandeld. Al te vaak wordt alleen maar de raad gegeven voedingsmiddelen die veel suiker bevatten te mijden. Andere cardiovasculaire risicofactoren worden niet bekeken, en de patiënten worden niet onderzocht op diabetescomplicaties; er wordt ook niet voor adequate follow-up gezorgd.

In onze moderne westerse geneeskunde valt er op het vlak van de behandeling van diabetes nog veel te verbeteren... !

De Sint-Vincent-verklaring

De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) en de International Diabetes Federation (IDF) wilden iets ondernemen om in de aanpak van diabetes verbetering te brengen. In 1989 werd in het Italiaanse stadje San Vincenze een grote bijeenkomst georganiseerd; vertegenwoordigers van de regeringen en van nationale diabetesverenigingen uit 32 Europese landen (waaronder België) werden uitgenodigd om samen met experts op het gebied van diabetes na te denken over de situatie van de diabetespatiënt in Europa.

Aan de hand van de discussies werd een intentieverklaring opgesteld, de zogenaamde 'Sint-Vincent-verklaring', waarin het doel werd vooropgesteld de levensverwachting en -kwaliteit van diabetici te verbeteren. Het is de eerste keer dat in Europa een intentieverklaring over een medisch probleem op een dergelijke schaal naar buiten wordt gebracht. De doelstellingen die werden vooropgesteld zijn zeer concreet:

- betere en vroegere opsporing van diabetes;
- meer plaats en aandacht voor diabetes in de diverse opleidingen die voorbereiden op een medisch beroep;
- specifieke aanpak bij kinderen en zwangeren met diabetes;
- bevorderen van zelfzorg bij diabetici;
- betere integratie van diabetici in de maatschappij door, onder meer, het wegnemen van sociale hindernissen;
- vermindering van de complicaties, zoals blindheid, nierfalen, en beenamputatie (zie tabel 2).

Deze verklaring bevat medische, sociale en economische onderdelen. Ze richt zich naar talrijke doelgroepen: naar politici (die de budgetten verdelen en het beleid bepalen), naar de organisaties die bezig zijn met de volksgezondheid (waaronder de ziekenfondsen), naar wetenschapsmensen, naar de farmaceutische industrie, naar hulpverleners (artsen, verpleegkundigen, diëtisten, maatschappelijk werkers, psychologen, enzovoort), naar diabetici en hun familie, en uiteindelijk ook naar de gehele bevolking.

Onder impuls van de Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV) en de Association Belge du Diabete (ABD) werd er een stuurgroep opgericht om de doelstellingen van de Sint-Vincentverklaring in België te realiseren. Deze stuurgroep krijgt officiële steun van de Vlaamse, de Waalse en de federale overheid. In verschillende werkgroepen werd door artsen, verpleegkundigen, diëtisten en diabetici zelf nagedacht over de vele problemen rond diabetes in de Belgische situatie. De aanbevelingen van deze werkgroepen werden gebundeld in een brochure en moeten als leidraad fungeren voor het uitwerken van de beleidslijnen die de doelstellingen van de Sint-Vincentverklaring in België in de komende jaren kunnen verwezenlijken (zie tabel 3).

Enkele van de aanbevelingen

We halen maar een greep uit de vele aanbevelingen die de werkgroepen rond de Sint-Vincent-verklaring hebben geformuleerd.

- ◆ **Vroege diagnose van diabetes.**

De beleidsverantwoordelijken voor de volksgezondheid moeten acties ondernemen om de vroege diagnose van type 2 diabetes mogelijk te maken. Een campagne moet op touw worden gezet om de bevolking te sensibiliseren en er moet meer aandacht komen voor gezondheidsvoorlichting in het onderwijs.

In Vlaanderen werd ondertussen met steun van de Vlaamse regering en in samenwerking met de Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV), de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen (WVVH) en het Vlaams Huisartsen Instituut (VHI) een project gestart voor deskundigheidsbevordering van huisartsen op het vlak van diabetes. Vroegdetectie en een snelle instelling van een efficiënte behandeling behoren tot de belangrijkste doelstellingen.

◆ **Een Belgische consensus over de aanpak van diabetes.**

De medische hulpverleners moeten een Belgische consensus tekst opstellen met betrekking tot de behandeling van diabetes type 1 en type 2, inclusief het screenen op en het vroegtijdig behandelen van de complicaties. Deze consensus moet duidelijke richtlijnen bevatten over welk echelon het best is uitgerust voor wat voor soort van verzorging en follow-up. Wat de huisarts met voldoende kennis van zaken kan doen, moet door hem worden uitgevoerd. Wanneer zich zeldzame problemen voordoen of wanneer specifieke, gespecialiseerde onderzoeken nodig zijn of therapieën moeten worden ingesteld, dient de patiënt naar de diabetoloog te worden verwezen. Eenzelfde regeling geldt voor de behandeling van diabetescomplicaties.

◆ **Een centrale plaats voor diabeteseducatie.**

Vele diabetescentra zien al lang de noodzaak in van een goede diabeteseducatie. Dat besef moet zo snel mogelijk ook doordringen bij de vele andere hulpverleners en bij de overheid. De overheid en sommige ziekenhuisdirecties realiseren zich op dit moment nog onvoldoende dat de tijd en het geld die in educatie geïnvesteerd worden even belangrijk zijn als de tijd en het geld die bijvoorbeeld aan geneesmiddelen of aan de klassieke verzorging van patiënten besteed worden. Educatie moet als een medische prestatie erkend worden en moet financieel beloond worden.

Goede educatie vereist bijzondere expertise. Men moet niet alleen in staat zijn om de patiënt (en zijn omgeving) kennis en vaardigheden bij te brengen, maar men moet hen er ook kunnen toe bewegen om hun gedrag effectief aan te passen. Dat laatste is natuurlijk veel moeilijker: iedereen weet dat roken ongezond is, maar dat wil nog niet zeggen dat daarom op grote schaal wordt gestopt met roken.

Diabeteseducatie, en patiënteneducatie in het algemeen, moet een belangrijkere plaats krijgen in de basisopleiding van artsen, verpleegkundigen en diëtisten. Er moet ook een wettelijk erkende paramedische opleiding tot 'diabeteseducator' in het leven worden geroepen.

◆ **Kinderen, adolescenten en zwangere vrouwen.**

Kinderen en adolescenten met diabetes moeten speciale aandacht krijgen. Een andere bijzondere groep vormen zwangere vrouwen met diabetes. Beide groepen dienen behandeld en begeleid te worden in een dienst waar een ervaren interdisciplinair team werkzaam is. Deze centra dienen samen te werken met de behandelende huisarts, kinderarts of gynaecoloog.

◆ **Glucosemeting door de patiënt.**

Diabeteseducatie is even waardevol bij de oudere type 2 patiënt als bij de jonge diabetespatiënt. Type 2 diabetici moeten daarom ook kunnen beschikken over de mogelijkheden om zelf hun glucosespiegels te controleren: het materiaal voor de glucosemeting wordt nu slechts terugbetaald aan een beperkte groep type 1 diabetici. Nochtans kunnen de door de patiënt zelf verrichte controles ook bij type 2 diabetes de veiligheid van de behandeling vergroten, de regeling van de diabetes verbeteren, en de zelfredzaamheid van de patiënt bevorderen.

◆ **Voetverzorging.**

Preventieve voetverzorging en multidisciplinaire aanpak van voetulcera bij diabetespatiënten kunnen de amputatiefrequentie met meer dan 50% reduceren. Op verschillende plaatsen in België werden multidisciplinaire centra voor de diabetische voet opgericht. In deze centra werkt een diabetoloog samen met

chirurgen, verpleegkundigen, pedicurenpodologen en orthopedische schoenmakers om de moeilijke problematiek deskundig te behandelen en (verdere) complicaties te voorkomen. Erkenning en financiële waardering van deze werking moeten een prioriteit zijn.

◆ **Wegwerken van discriminatie.**

Behalve enkele beroepen (bijvoorbeeld werk op grote hoogte), waarbij er een groot risico kan bestaan voor de patiënt zelf of voor zijn omgeving, moet elk beroep, zowel in de overheids- als in de prive-sector, toegankelijk zijn onder dezelfde voorwaarden als voor de niet-diabeticus. De huidige wetgeving voor het verkrijgen van een rijbewijs is discriminerend voor diabetici en moet worden aangepast.

Op grond van de huidige gegevens is een sterke verhoging van de premie voor een levensverzekering of een schuldsaldoverzekering bij een persoon met een goed geregelde diabetes niet meer verdedigbaar. De wetgever moet discriminatie op deze terreinen onmogelijk maken.

◆ **Financiering en een voorkomingsbeleid.**

De overheid moet meer geld uittrekken voor de verzorging van diabetes (vroegtijdige diagnose en behandeling van diabetes en diabetescomplicaties, educatie van diabetici, opleiding van diabeteseducatoren, enzovoort). Wat meer wordt uitgegeven zal zonder twijfel op middellange termijn kunnen worden terugverdiend, wanneer de kosten voor de behandeling van de complicaties van diabetes zullen verminderen.

Tabel 1 : Diabetescomplicaties

macrovasculair	⇒ acuut myocardinfarct: mortaliteit stijgt met een factor 2 tot 4; komt bij mannen > 45 jaar 5-maal meer voor; komt bij vrouwen > 45 jaar 12-maal meer voor ⇒ cerebrovasculair accident komt 6-maal meer voor ⇒ perifeer vaatlijden komt 4-maal meer voor
Rethinopathie	⇒ belangrijkste oorzaak van blindheid bij volwassenen (23-maal meer dan bij niet-diabetici)
Nefropathie	⇒ 1/3 van IDDM-patiënten en 1/5 van de NIDDM-patiënten ontwikkelen nefropathie; diabetische nefropathie is de belangrijkste oorzaak van terminale nierinsufficiëntie
Neuropathie	⇒ aanwezig bij 50% van de patiënten na 25 jaar diabetes
Voetulcera	⇒ ulcera komen 50 keer meer voor ⇒ het risico op majeure amputaties is 15 keer hoger bij diabetes (na 65 jaar zelfs 25 keer hoger) ⇒ diabetes is de belangrijkste oorzaak van amputaties (frequenter dan traumata)

Tabel 2 Sint-Vincent-verklaring: vermindering van diabetescomplicaties. De doelstellingen zijn

- vermindering van blindheid met meer dan 30%
- vermindering van terminale nierinsufficiëntie met meer dan 30%
- vermindering van amputaties van ledematen met meer dan 50%
- vermindering van coronaire morbiditeit en mortaliteit
- verbeteren van zwangerschapsresultaten tot op het niveau van niet-diabetici

Tabel 3 Werkgroepen Sint-Vincentverklaring België

- diabetes en kind
- diabeteseducatie
- rechten en plichten van de diabeticus
- sociale aspecten
- oogcomplicaties
- zwangerschap en diabetes
- kwaliteitsbewaking van de diabeteszorg
- kwaliteit van de behandelingsmaterialen
- epidemiologie en economische aspecten
- diabetesvoeding

- niercomplicaties
- voetcomplicaties
- cardiovasculaire complicaties
- medische en paramedische opleiding met betrekking tot diabetes
- wetenschappelijk onderzoek
- sensibilisatie van de bevolking

Referenties

- *International Diabetes Federation (IDF) Bulletin. The NIDDM Epidemic: global estimates and projections: a look into the crystal ball. 1995;40: 8-16.*
- *American Diabetes Association (ADA): Diabetes 1996 vital statistics.*
- *Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) research group: the effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of longterm complications in insulindependent diabetes mellitus. N Engl J Med: 1993; 329: 977-86.*
- *Harris M.I. Undiagnosed NIDDM: clinical and public health issues. Diabetes Care 1993; 16: 642-652.*
- *De St-Vincent verklaring in België: document samengesteld door werkgroep St-Vincent Verklaring België, Vlaamse Diabetes Vereniging, Association Belge du Diabete. Jongeren en Diabetes (te verkrijgen op secretariaat van VDV).*