

# SÉNAT DE BELGIQUE

---

SESSION DE 2006-2007

---

30 AVRIL 2007

---

## Proposition de résolution relative au diabète

(Déposée par M. Wouter Beke et  
Mme Mia De Schamphelaere)

---

### DÉVELOPPEMENTS

---

En 2007, on dénombre quelque 246 millions de diabétiques dans le monde (1). C'est une des maladies non transmissibles les plus répandues. Le diabète est la quatrième ou la cinquième cause de mortalité dans les pays les plus industrialisés. De plus, il existe des preuves substantielles indiquant que le diabète revêt un caractère épidémique dans de nombreux pays en développement ou récemment industrialisés.

Bien que le traitement ait énormément progressé au cours des dernières décennies, les complications du diabète, telles que les maladies cardiovasculaires, les complications rénales et oculaires, les neuropathies dues au diabète ou les problèmes podologiques, entraînent toujours une espérance de vie diminuée, une invalidité accrue et des coûts sanitaires énormes pour à peu près chaque société. La problématique du diabète est incontestablement un des plus grands défis du XXI<sup>e</sup> siècle dans le domaine de la santé.

Le 20 décembre 2006, une étape décisive a été franchie dans la lutte mondiale et globale contre le diabète. Ce jour-là, l'Assemblée générale des Nations unies (ONU) a adopté une proposition de résolution prévoyant notamment qu'à partir de 2007, le 14 novembre devient la Journée mondiale du diabète, sous

---

(1) Le diabète est une maladie chronique incurable, qui se caractérise par une production insuffisante d'insuline par l'organisme ou par une insensibilité à l'effet de l'insuline. De ce fait, les cellules ne parviennent pas à absorber suffisamment le sucre contenu dans les aliments pour l'utiliser comme source d'énergie. Cela provoque une augmentation de la glycémie (hyperglycémie), souvent associée à des problèmes de cholestérol et de tension artérielle.

# BELGISCHE SENAAAT

---

ZITTING 2006-2007

---

30 APRIL 2007

---

## Voorstel van resolutie betreffende diabetes

(Ingediend door de heer Wouter Beke en  
mevrouw Mia De Schamphelaere)

---

### TOELICHTING

---

In 2007 hebben wereldwijd ongeveer 246 miljoen mensen diabetes (1). Het is één van de meest voorkomende niet-overdraagbare aandoeningen. Diabetes is de vierde of vijfde belangrijkste doodsoorzaak in de meeste geïndustrialiseerde landen en er is substantieel bewijs dat diabetes een epidemisch karakter aanneemt in vele ontwikkelingslanden en in recent geïndustrialiseerde landen.

Hoewel de behandeling er de jongste decennia enorm is op vooruitgegaan, zorgen diabetescomplicaties, zoals cardiovasculaire aandoeningen, nier- en oogcomplicaties, diabetes-neuropathie of voetproblemen nog steeds voor een verminderde levensverwachting, een verhoogde invaliditeit en enorme gezondheidskosten voor vrijwel elke samenleving. Diabetes is ongetwijfeld één van de meest uitdagende gezondheidsproblemen van de 21<sup>e</sup> eeuw.

Op 20 december 2006 is er echter een grote stap gezet in de wereldwijde en globale aanpak van diabetes. Op die dag heeft de algemene Vergadering van de Verenigde Naties (VN) een voorstel van resolutie aangenomen dat onder meer bepaalt dat vanaf 14 november 2007 Wereld Diabetes Dag als een

---

(1) Diabetes is een chronische, niet-geneesbare aandoening. Hierbij produceert het lichaam onvoldoende insuline of is het lichaam ongevoelig voor het effect van insuline. Hierdoor kan suiker vanuit de voeding onvoldoende opgenomen worden in de verschillende cellen om daar als energiebron te dienen. Daardoor ontstaat een verhoging van het bloedsuikergehalte (hyperglycemie). Samen met hyperglycemie zijn er vaak stoornissen in de bloedvetten (cholesterol) en de bloeddruk.

l'égide de l'ONU. Il s'agit de la première maladie non transmissible à laquelle l'ONU accordera annuellement une attention internationale. Jusqu'au 20 décembre 2006, seuls le VIH/SIDA, la malaria et la tuberculose notamment faisaient l'objet de journées de l'ONU. Les 192 États membres de l'ONU, dont la Belgique par conséquent, ont approuvé la résolution à l'unanimité.

Cette résolution de l'ONU qui était l'objectif ultime de la campagne « *Unis centre le diabète* » n'est bien entendu pas un épilogue final. Il s'agit d'une invitation pressante adressée à tous les gouvernements pour qu'ils prennent leurs responsabilités et élaborent un plan national relatif à la prévention, au traitement et aux soins dans le domaine du diabète. La *Vlaamse Diabetes Vereniging VZW (VDV)*, qui est membre de l'*International Diabetes Federation (IDF)* a soutenu la campagne visant l'adoption par l'ONU d'une résolution sur le diabète. La ratification formelle de cette résolution de l'ONU par la Belgique est cruciale pour la suite du processus.

Le diabète doit aussi être considéré comme une priorité en Belgique. La nécessité urgente d'une réflexion sur le traitement chronique des patients diabétiques (1) dont les besoins en soins de santé et les dépenses de santé vont croissant est le point qui requiert la plus grande attention à cet égard. Un grand défi à relever est celui de l'approche multifactorielle qui est requise pour prévenir les complications du diabète: la régulation de la glycémie, la prévention cardiovasculaire et, en particulier, l'attention pour les actions sur le mode de vie en vue d'augmenter l'activité physique et de permettre aux personnes concernées de mieux maîtriser leurs poids.

On ne peut pas dire que rien n'a été fait en Belgique pour les diabétiques. Diverses initiatives ont été prises tant au niveau fédéral qu'au niveau des Communautés.

(1) Dans le cas du diabète de type 1, la plupart de cellules productrices d'insuline sont détruites. Il s'agit de la forme la plus fréquente chez les moins de 40 ans et la période de maladie est plus longue que dans le cas du diabète de type 2. Il s'agit également d'une forme plus grave de diabète, qui a un impact plus grand sur l'apparition de complications chroniques. Dans le cas du diabète de type 2, bien qu'il y ait encore une production d'insuline initialement, son effet au niveau des cellules est insuffisant. Ce type de diabète affecte principalement les adultes de plus de 40 ans. On a toutefois assisté ces dernières années à une augmentation spectaculaire du nombre de diabètes de type 2, même à un âge plus précoce, dont les principales causes sont l'augmentation du surpoids et le manque d'activité physique. 90 % du groupe total des diabétiques souffrent du diabète de type 2. Généralement, l'évolution du diabète de type 2 est lente de sorte que des glycémies légèrement plus élevées peuvent déjà être présentes pendant plusieurs années et avoir un effet délétère sans que l'on se rende compte de rien. D'après les estimations, la moitié environ des diabétiques de type 2 ignorent qu'ils ont cette maladie.

internationale VN-dag wordt beschouwd. Het is de eerste niet-overdraagbare aandoening waar de VN jaarlijks wereldwijd aandacht aan zal besteden. Tot vóór 20 december waren er met name enkel VN-dagen voor HIV/aids, malaria en TBC. Alle 192 lidstaten van de VN, dus ook België, keurden de resolutie mee goed.

Deze VN-resolutie, die het uiteindelijke doel was van de campagne, « *UNite for Diabetes* », is natuurlijk geen eindpunt. Het is een dringende uitnodiging aan alle regeringen om hun verantwoordelijkheid op te nemen en een nationaal beleidsplan te ontwikkelen voor de preventie, de behandeling en de zorg op het vlak van diabetes. De Vlaamse Diabetes Vereniging VZW (VDV) steunde, als lid van de *International Diabetes Federation (IDF)*, mee de campagne voor de VN-resolutie over diabetes. Cruciaal in het verdere verloop is de formele ratificatie door België van deze VN-resolutie.

Diabetes moet ook in België als een prioriteit beschouwd worden. Vooral de dringende nood aan reflectie over de chronische behandeling van diabetespatiënten (1) met toenemende gezondheidszorgbehoeften en -uitgaven verdient daarbij grote aandacht. Een grote uitdaging is de multifactoriële aanpak die vereist is om complicaties van diabetes te voorkomen: glycemieregeling, cardiovasculaire preventie en in het bijzonder aandacht voor levensstijlinterventies die de lichaamsbeweging doen toenemen en gewichtscntrole beogen.

Het is niet zo dat er in België nog niets werd verricht voor de diabetespatiënten. Zowel op federaal niveau als op het niveau van de gemeenschappen werden verschillende initiatieven ondernomen.

(1) Bij diabetes type 1 zijn de meeste insulineproducerende cellen vernietigd. Het is de meest frequente vorm onder de leeftijd van 40 jaar en is verantwoordelijk voor een langere ziekteduur dan bij type 2. Het is ook een ernstigere vorm van diabetes, hetgeen verder bijdraagt tot zijn impact op het ontstaan van chronische complicaties. Bij diabetes type 2 is de insulineproductie initieel nog wel aanwezig, maar de werking van insuline ter hoogte van de cellen is onvoldoende. In hoofdzaak treft het volwassenen, ouder dan 40 jaar. De jongste jaren is er echter een spectaculaire stijging van het aantal type 2-diabeten, ook op jongere leeftijd. Voornaamste oorzaak zijn toenemend overgewicht en onvoldoende lichaamsbeweging. 90 % van de totale groep diabeten lijdt aan type 2-diabetes. De ontwikkeling van type 2-diabetes verloopt meestal langzaam. Daardoor kunnen gedurende verscheidene jaren reeds licht verhoogde bloedsuikerwaarden aanwezig zijn en schade aanrichten, zonder dat men zich van enig kwaad bewust is. Men schat dat ongeveer de helft van de type 2-diabeten niet weten dat ze de ziekte hebben.

Ainsi la Belgique peut être fière, à juste titre, de son système de conventions « diabète », initialement destinées aux diabétiques (type 1)<sub>s</sub> (1) et qui permettent à ces derniers de s'adresser à des centres hospitaliers spécialisés pour leur suivi à vie et pour le traitement des complications. Ce système de conventions « diabète » existe en Belgique depuis 1987. Il s'agit d'une convention entre l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et différents centres de diabétologie, permettant à ces derniers, sous certaines conditions, de fournir aux diabétiques le matériel nécessaire pour contrôler eux-mêmes leur glycémie. Seuls les hôpitaux qui disposent d'une équipe de diabétologie, qui comprend au moins un médecin spécialiste en médecine interne, un praticien de l'art infirmier diabétologique et un diététicien peuvent conclure une convention de ce genre avec l'INAMI. Les spécialistes qui ne sont pas rattachés à un hôpital ne peuvent en principe pas conclure de convention, mais ils contournent généralement la difficulté en collaborant avec un service hospitalier reconnu. L'équipe de diabétologie d'un centre de ce type doit non seulement instruire les patients diabétiques visés par cette convention des aspects techniques de l'autocontrôle mais aussi les informer au sujet d'autres aspects du traitement du diabète et de la prévention des complications. Ce sont également ces équipes qui distribuent le matériel d'autocontrôle à ces patients (glucomètre, bandelettes, un piqueur et des lancettes). A l'heure actuelle, un quart seulement des patients diabétiques sont pris en charge de la sorte.

Les diabétiques de type 1 mais aussi une partie des diabétiques de type 2 sont traités intensivement à l'insuline et tous ces patients peuvent être pris en charge dans le cadre de la convention « diabète ». En effet, le diabète est une maladie évolutive : le pancréas s'épuise progressivement et, finalement, chaque diabétique a besoin tôt ou tard d'un traitement à l'insuline. Le système classique de convention avec les hôpitaux ne pourra pas faire face à l'afflux énorme de patients. Du point de vue politique, c'est un véritable défi pour notre système de soins de santé. Pour traiter cette maladie chronique, nous devons mettre en place la forme d'organisation la plus efficace possible, qui nécessite une collaboration à intervalles réguliers. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé souligne que les futures réformes devraient tenir compte des soins partagés de première ligne et du rôle central du médecin généraliste dans le diabète de type 2. La convention « diabète » actuelle encourage très clairement à aiguiller les diabétiques de type 2 en insulino-

(1) Dans le cas du diabète de type 1, la production d'insuline est insuffisante en raison d'un trouble au niveau des cellules productrices d'insuline (cellules bêta) du pancréas. Cette forme apparaît généralement à un âge plus précoce (avant 40 ans). Environ 10 % de l'ensemble des diabétiques souffrent de cette forme de diabète. Le diabète de type 1 se développe généralement sur une courte période. Les glycémies vont augmenter relativement vite et les symptômes apparaissent rapidement.

Zo mag België terecht fier zijn op zijn systeem van « diabetesconventies », oorspronkelijk gericht op diabetespatiënten (type 1) (1) die voor hun levenslange opvolging en behandeling van complicaties terecht kunnen in gespecialiseerde ziekenhuiscentra. Dit systeem van diabetesconventies bestaat in België sinds 1987. Het gaat om een overeenkomst tussen het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en verschillende centra voor diabétologie. Die centra kunnen dan onder bepaalde voorwaarden materiaal voor glycemiezelfcontrole aan mensen met diabetes verschaffen. Enkel ziekenhuizen die beschikken over een diabetessteam, minstens bestaande uit een specialist in inwendige geneeskunde, een diabetesverpleegkundige en een diëtist kunnen dergelijke conventie met het RIZIV afsluiten. Specialisten die niet verbonden zijn aan een ziekenhuis kunnen in principe geen conventie aangaan, maar meestal lossen ze dit op door samen te werken met een erkende ziekenhuisdienst. Het diabetessteam van zo'n centrum moet aan de diabetespatiënten die opgenomen worden in deze conventie educatie verschaffen, niet alleen over de technische aspecten van de zelfcontrole, maar ook over andere aspecten van de behandeling van diabetes en het voorkomen van complicaties. Zij moeten aan deze patiënten ook materiaal voor zelfcontrole verstrekken (glucosemeter, meetstrips, een vingerpriktoestel en lancetten). Momenteel wordt ongeveer slechts 1/4 van de diabetespatiënten in een dergelijk systeem opgevangen.

Niet alleen type 1-diabetici, maar ook een deel van de type 2-patiënten wordt intensief met insuline behandeld en kan in de diabetesconventie terecht. Diabetes is namelijk een progressieve aandoening : de pancreas raakt geleidelijk uitgeput en uiteindelijk heeft iedereen vroeg of laat insulinebehandeling nodig. Het klassieke conventiesysteem met ziekenhuizen zal de enorme toestroom niet aankunnen. Beleidsmatig vormt dit een ware uitdaging voor ons gezondheidszorgsysteem. We moeten de efficiëntste organisatievorm voor deze chronische ziekte ontwikkelen, die regelmatig een samenwerking vergt tussen verschillende disciplines. Ook het Federaal Kenniscentrum benadrukt dat toekomstige hervormingen rekening zouden moeten houden met gedeelde zorg in de eerste lijn en de centrale rol van de huisarts bij type 2-diabetes. Binnen de huidige diabetesconventie is er een duidelijke stimulans om type 2-diabetici met insulinothérapie door te sturen naar een behandeling van de specialist in ziekenhuizen, om bijvoorbeeld de

(1) Bij type 1-diabetes wordt onvoldoende insuline aangemaakt door een stoornis ter hoogte van de insuline producerende cellen (betacellen) van de alvleesklier of pancreas. Deze vorm ontstaat meestal op jongere leeftijd (voor 40 jaar). In totaal lijden ongeveer 10 % van alle diabeten aan deze vorm. Type 1-diabetes ontwikkelt zich meestal over een korte periode. Bloedsuikerwaarden gaan relatief snel oplopen en men ontwikkelt snel klachten.

thérapie vers un traitement dispensé par un spécialiste en milieu hospitalier afin d'obtenir le remboursement des bandelettes pour tester la glycémie. Si le nombre de diabétiques augmente comme prévu dans des proportions épidémiques, ces services seront submergés et sollicités à l'excès, alors que leur attention devrait rester essentiellement focalisée sur les diabétiques de type 1, les soins de deuxième ligne, le traitement des complications du diabète et les diabétiques de type 2 qui ont besoin d'un schéma insulinaire complexe. Les diabétiques de type 2 ne présentant pas de complications graves et n'ayant pas besoin de schéma insulinaire complexe devraient avoir accès à l'appui nécessaire (éducation, matériel) dans le cadre des soins de première ligne, à condition que ce type de soins partagés réponde à certains critères d'organisation et de qualité (1).

On ne dispose pas en Belgique de données chiffrées complètes et précises sur le diabète. Depuis que le Registre belge du diabète a été créé, des données relatives à la fréquence et au profil clinicobiologique du diabète de type 1 sont collectées; un enregistrement représentatif des cas de diabète survenant chez les personnes de moins de 40 ans a pu être mis en place grâce à une large collaboration nationale. Le financement de cette initiative est toutefois très précaire car il est tributaire de décisions politiques souvent fluctuantes qui sont prises au niveau de la Communauté flamande et de la Communauté française. Pour les cas de diabète qui se déclarent chez des personnes de plus de 40 ans, aucun enregistrement systématique n'est réalisé du nombre de patients diabétiques. L'atlas que la FID (2) a récemment édité (troisième édition) comporte de nouvelles estimations chiffrées dans lesquelles la Belgique est également reprise. D'après ces chiffres, la prévalence (le nombre de personnes présentant une affection déterminée à un moment déterminé au sein d'une population) du diabète en 2007 dans la population adulte belge sera de 7,9% (598 800 personnes). Pour l'année 2025, les projections avancent un pourcentage de 9,7% (756 600). Ces chiffres englobent aussi bien les cas connus de diabète que les cas non connus (on part du principe qu'environ 50% des cas ne sont pas diagnostiqués). En outre, la prévalence des troubles de la tolérance au glucose est estimée à 6,4% (488 500) et on s'attend à ce qu'elle atteigne 7,3% (567 600) en 2025.

Toujours d'après ces chiffres, la prévalence en Europe devrait s'élever à 8,4% (53,2 millions) en 2007 et atteindre les 9,8% (64,1 millions de personnes) en 2025.

(1) Rapports KCE vol. 27B.

(2) Atlas du diabète, 3<sup>e</sup> édition, Fédération internationale du diabète, 2006.

terugbetaling te krijgen voor glucoseteststrips. Met de geschatte toename van het aantal diabetici tot epidemische proporties zullen deze diensten overspoeld worden en teveel gebruikt worden, terwijl hun grootste aandacht zou moeten blijven uitgaan naar type 1-diabetici, naar tweedelijnszorg en behandeling van complicaties van diabetes en naar type 2-diabetici die een complex insulineschema nodig hebben. Type 2-diabetici zonder ernstige complicaties en die geen complex insulineschema nodig hebben, zouden toegang moeten hebben tot de nodige ondersteuning (educatie, materiaal) binnen de eerstelijnszorg, op voorwaarde dat dit soort gedeelde zorg aan bepaalde organisatie- en kwaliteitscriteria beantwoordt (1).

In België zijn er geen volledige en accurate cijfers over diabetes beschikbaar. Sinds het oprichten van het Belgisch Diabetes Register werden gegevens verzameld over het voorkomen en het klinisch biologisch beeld van type 1-diabetes; dankzij een brede nationale samenwerking gebeurt er een representatieve registratie van de gevallen van diabetes die ontstaan onder de leeftijd van 40 jaar; de financiering van dit initiatief is evenwel zeer broos vermits het afhankelijk is van vaak variërende politieke beslissingen in de Vlaamse en Franse Gemeenschap. Voor de gevallen die ontstaan boven de leeftijd van 40 jaar wordt er geen systematisch registratie doorgevoerd van het aantal diabetespatiënten. In de recentelijk uitgebrachte atlas (derde editie) van de IDF (2) werden cijfers bekendgemaakt over de nieuwe schattingen, die ook betrekking hebben op België. Volgens de cijfers in deze atlas bedraagt de prevalentie (het aantal personen met een bepaalde aandoening op een bepaald tijdstip in een populatie) van diabetes anno 2007 onder de volwassen Belgische bevolking 7,9% (598 800 mensen). De projecties voor 2025 geven 9,7% (756 600) aan. Deze cijfers omvatten zowel gekende als niet-gekende diabetes (men gaat uit van zo'n 50% niet-gediagnosticeerd). Bovendien wordt de prevalentie van gestoorde glucosetolerantie (GGT) geschat op 6,4% (488 500) en er wordt verwacht dat dit zal stijgen tot 7,3% (567 600) in 2025.

De prevalentie in Europa wordt volgens deze cijfers geschat op 8,4% (53,2 miljoen) in 2007, voor 2025 wordt geschat dat dit cijfer zal oplopen tot 9,8% of 64,1 miljoen mensen.

(1) KCE reports vol. 27B.

(2) Diabetes Atlas, 3rd edition, International Diabetes Federation, 2006.

En ce qui concerne la prévalence du diabète dans le monde (tous types confondus, chez les personnes de 20 à 79 ans), on a estimé en 2003 que le nombre total de personnes diabétiques au niveau mondial s'élèverait à 194 millions (5,1 %) et passerait à 333 millions d'ici 2025 (6,3 %). Or, il apparaît d'ores et déjà que ce nombre est sous-estimé. Les nouvelles projections avancent le chiffre de 246 millions de diabétiques (6 %) en 2007 et même de 380 millions (7,3 %) d'ici 2025.

Ces chiffres auront bien entendu un impact sur les dépenses de santé en matière de diabète. On estime qu'en 2007, les coûts spécifiquement liés au diabète (abstraction faite de tous les coûts non liés au diabète) atteindront de nouveaux sommets (1). Les ratios R=2 et R=3 comparent les dépenses relatives aux patients diabétiques à celles d'une personne non diabétique de sexe et d'âge équivalents. Ce ratio n'est pas très connu pour le moment, mais on peut considérer les ratios R=2 et R=3 comme des seuils maximum et minimum réalistes pour l'estimation des coûts. En 2007, la Belgique dépensera entre 1 407 445 (R=2) et 2 694 142 (R=3) de dollars américains pour le diabète, soit une dépense minimum de 2 350 dollars américains par personne.

Pour l'année 2025, les chiffres sont encore plus élevés puisqu'on prévoit que la Belgique dépensera entre 1 724 365 (R=2) et 3 316 871 (R=3) dollars américains pour couvrir les coûts du diabète.

Cet atlas de la Fédération internationale du diabète présente aussi les chiffres relatifs à la rentabilité de la prévention, à savoir la prévention des complications du diabète au sens large du terme. Il faut savoir en effet qu'en matière de diabète, les coûts sont dus pour l'essentiel au traitement des complications de la maladie.

Une stratégie globale de prévention consistant à informer le public et à promouvoir une alimentation saine et l'usage de médicaments préventifs est rentable en termes de coûts.

En Belgique, le système de suivi des personnes souffrant du diabète de type 1 (la convention diabète et le Registre belge du diabète-RBD) est performant et doit donc être conservé. Les données qui figurent dans ce registre permettent aussi de consacrer des études à la prévention, qui constitue évidemment la meilleure forme de traitement. En effet, ce registre permet aussi de déceler un risque élevé de diabète 1 chez les parents au premier degré et d'amener ceux-ci à faire de la prévention. Si la Belgique met cette stratégie en œuvre dans le cadre de sa politique, elle pourra jouer un rôle de pionnier au niveau mondial. Il convient en outre d'être particulièrement attentif à l'augmentation du

Over de prevalentie van diabetes (alle types, 20 tot 79 jaar) in de wereld werd in 2003 de schatting gemaakt dat het zou gaan om 194 miljoen diabetici (5,1 %) wereldwijd en er werd voorspeld dat we tegen 2025 333 miljoen zouden halen (6,3 %). Nu reeds blijkt dat die voorspelling onderschat is. De nieuwe schattingen spreken van 246 miljoen diabetici (6 %) in 2007 en niet minder dan 380 miljoen mensen of 7,3 % worden verwacht tegen 2025.

Deze cijfers zullen natuurlijk hun effect hebben op de gezondheidsuitgaven voor diabetes. In 2007 stijgt de kostenschatting van diabetesspecifieke kosten (alle kosten die niet aan diabetes verbonden zijn, worden eruit genomen) naar nieuwe hoogten (1). De ratio's R=2 en R=3 zijn de verhoudingen van uitgaven voor personen met diabetes ten overstaan van een naar leeftijd/ geslacht gematchte persoon zonder diabetes. Deze ratio is niet echt gekend voor de meeste momenteel, maar R=2 en R=3 kan men beschouwen als realistische onder- en bovengrenzen voor de kostenschatting. In US-dollar geeft België in 2007 tussen 1 407 445 (R=2) en 2 694 142 (R=3) uit aan diabetes. Per persoon levert dit een minimumuitgave van 2 350 US- dollar op.

Voor 2025 lopen deze schattingen verder op. Er zal dan in België tussen de 1 724 365 (R=2) en 3 316 871 (R=3) US-dollar worden uitgegeven aan de kosten voor diabetes.

Daarnaast geeft deze IDF-atlas ook de cijfers weer voor de kosteneffectiviteit van de preventie. Dit gaat over de preventie van diabetescomplicaties in de ruime zin. De grootste kost behelst namelijk het behandelen van de diabetescomplicaties.

Een globale, preventieve strategie, met publieksvoorlichting, gezonde voeding en preventieve geneesmiddelen, is kosteneffectief.

Vermits in België een goed systeem bestaat (diabetesconventie en Belgisch Diabetes Register-BDR) om mensen op te volgen met type 1-diabetes, moet dit systeem behouden blijven. Het BDR creëert ook de mogelijkheid om preventie studies te ondernemen, het geen natuurlijk de beste vorm van behandeling is. Deze registratie maakt het immers ook mogelijk om eerste rang familieleden met hoog risico voor type 1-diabetes op te sporen en te rekruteren voor preventieve interventies. België kan op dit vlak een internationale voorlopersrol spelen wanneer het beleid deze strategie ondersteunt. Daarnaast moet bijzondere aandacht worden besteed aan het toenemend aantal type 2-

(1) Atlas du diabète, 3<sup>ème</sup> édition, Fédération internationale du diabète, 2006.

(1) Diabetes Atlas, 3rd edition, International Diabetes Federation, 2006.

nombre de personnes souffrant du diabète de type 2, ce qui grèvera considérablement les dépenses de soins de santé. Pour ce groupe de patients diabétiques, le médecin généraliste doit jouer un rôle central en tant que médecin traitant chargé de la coordination. C'est indispensable étant donné que l'approche développée à l'égard de ces patients revêt souvent un caractère pluridisciplinaire, comme on l'a déjà indiqué plus haut. Il est donc essentiel que le médecin généraliste joue un rôle d'orientation et de coordination. Le passeport du diabète peut être un instrument essentiel à cet égard.

Ce passeport a été instauré en mars 2003. Le patient diabétique peut l'obtenir gratuitement auprès de sa mutualité, sur ordonnance du médecin généraliste ou du médecin spécialiste. C'est une sorte de carnet de notes géré par le médecin (généraliste). Chacun des prestataires de soins peut y consigner les annotations utiles et a ainsi la possibilité de prendre directement connaissance de la médication utilisée, des résultats des examens, des objectifs poursuivis, etc. Le passeport du diabète permet en outre à son titulaire de bénéficier d'un remboursement substantiel pour un grand nombre de prestations (consultations de diététique et de podologie). Il s'agit d'un excellent moyen de communication entre prestataires de soins.

Si personne ne remet en cause l'utilité du passeport du diabète, il faut reconnaître que, dans la pratique, son application reste problématique. L'indemnisation s'est fait attendre. Ainsi, pour l'indemnité de départ de 15 euros, il a fallu patienter environ trois ans. À présent, c'est la deuxième partie de l'indemnité (45 euros) qui tarde à venir. Il faut y remédier. Il convient aussi de s'atteler à la numérisation du passeport du diabète.

L'important est que le passeport du diabète ne peut être un but en soi, mais qu'il doit être un moyen de communication au sein de l'équipe soignante ainsi qu'un moyen de responsabilisation du patient.

En ce qui concerne la prise en charge de première ligne, il importe de définir et de délimiter avec précision la tâche de chacun des intervenants. Des directives uniformes peuvent s'avérer utiles à cet égard. Le Centre fédéral d'expertise (KCE) le souligne d'ailleurs aussi dans ses recommandations (1). Il préconise le développement de protocoles de soins partagés au sein de l'équipe multidisciplinaire, comprenant entre autres la définition des rôles professionnels, la stratégie de communication et le contenu de la prise en charge clinique basé sur les données probantes les plus récentes.

(1) Rapports KCE vol. 27B.

diabetici, iets wat zwaar zal wegen op de uitgaven in de gezondheidszorg. Voor deze groep diabetici moet de huisarts een centrale rol spelen, hij is de coördinerende behandelende arts. Dit is vereist, omdat de aanpak bij deze patiënten, zoals hoger reeds vermeld, vaak multidisciplinair zal zijn. Een sturende, coördinerende rol van de huisarts is dus essentieel. De diabetespas kan hierbij een belangrijke rol spelen.

De diabetespas werd in maart 2003 geïntroduceerd. Een diabetespatiënt kan deze pas gratis verkrijgen bij het ziekenfonds, op voorschrift van de huisarts of specialist. Het is een soort notitieboekje dat beheerd wordt door de (huis)arts. Elke zorgverlener kan er de nodige aantekeningen in maken. Zo heeft elke zorgverlener meteen zicht op medicatiegebruik, onderzoeksresultaten, streefdoelen, enzovoort. De bezitter van de diabetespas kan bovendien genieten van belangrijke tussenkomsten voor tal van verstrekkingen (dieetconsultatie en podologie). Het is een zeer goed communicatiemiddel tussen zorgverleners.

Over het nut van de diabetespas bestaat consensus, maar de praktische toepassing blijft een probleem. De vergoeding heeft op zich laten wachten. Op de 15 euro opstartvergoeding heeft men ongeveer 3 jaar moeten wachten en ook het tweede deel van de vergoeding (45 euro) blijft ten achter. Hier moet werk van gemaakt worden. De digitalisering van de diabetespas moet ook worden nagestreefd.

Belangrijk is dat de diabetespas geen doel op zich mag zijn, maar een middel voor communicatie binnen het zorgteam en als middel voor de *empowerment* van de patiënt.

Binnen de eerste lijn moet een mooie afbakening en definiëring komen van de taak van elk van de zorgverleners. Uniforme richtlijnen kunnen hierbij een hulpmiddel zijn. Ook het Kenniscentrum formuleert dit in zijn aanbevelingen (1). Het KCE pleit voor de ontwikkeling van gedeelde zorgprotocollen binnen het multidisciplinaire team die onder meer de definitie van de professionele rollen, de communicatiestrategie en de inhoud van de klinische zorg, gebaseerd op de recentste evidentie, bevatten.

(1) KCE reports vol. 27B.

Ainsi, les éducateurs en diabétologie, par exemple, jouent un rôle important dans le traitement du diabète. Pour le moment, ils n'interviennent qu'en seconde ligne, principalement dans le cadre de la convention diabète, où ils contribuent à alléger le travail des spécialistes. Ils ont reçu une formation très spécialisée dans le traitement du diabète et disposent souvent de connaissances sensiblement plus pratiques que celles du médecin.

Toutefois, leur intervention en deuxième ligne vient souvent trop tard. Le médecin généraliste ne peut donc pas faire appel à eux. Ici aussi, il faut changer les choses. En effet, les éducateurs pourraient aussi avoir une action très utile en première ligne. La formation d'éducateur — qui peut être suivie à l'heure actuelle dans trois établissements (la « KHBO » à Bruges, la Haute École Érasme à Bruxelles et l'« *Arteveldehogeschool* » de Gand) — devrait être reconnue. Il y a certes un arrêté royal du 27 septembre 2006 qui reconnaît la diabétologie comme une qualification professionnelle particulière de l'infirmier, mais si la formation des éducateurs était elle aussi reconnue, cela pourrait avoir un impact bénéfique. En effet, les infirmiers qui disposent de la qualification en question n'ont pas toujours le temps de s'occuper de l'éducation et de la motivation du patient.

Une organisation efficace des soins de première ligne constitue un élément essentiel de la gestion de la problématique du diabète. À cet égard, le système doit venir se greffer sur la promotion de la qualité des soins chroniques. Un des principaux obstacles à une communication efficace en matière de soins aux patients diabétiques est l'informatisation insuffisante. La mise en œuvre d'un dispositif de surveillance de la qualité est aussi un élément sur lequel on pourrait travailler. Actuellement, la Belgique n'organise pas de contrôle de la qualité du traitement du diabète, sauf pour les diabétiques soignés en centre conventionné. Ces derniers bénéficient d'un système élaboré (IP-QED, Initiative pour la promotion de la qualité et épidémiologie du diabète sucré) qui permet de collecter chaque année plusieurs indicateurs, en collaboration avec l'Institut scientifique de santé publique. Un tel contrôle de qualité devrait être instauré pour toutes les initiatives en matière de diabète. Il va de soi que ces données doivent aussi servir à quelque chose et il faut donc y associer une politique de tests de performance et d'amélioration de la qualité (1).

Zo spelen bijvoorbeeld de diabeteseducatoren een belangrijke rol bij de behandeling van diabetes. De educatoren zijn momenteel uitsluitend in de tweede lijn actief, voornamelijk in het kader van de diabetesconventie waar zij het werk van de specialisten verlichten. Zij hebben een zeer gespecialiseerde opleiding in de behandeling van diabetes en hun kennis is vaak veel praktischer dan die van de artsen.

Hun optreden in de tweede lijn komt echter vaak te laat. De huisarts kan op hen dus geen beroep doen. Hierin zou ook verandering moeten komen, de educatoren kunnen ook in de eerste lijn een zeer nuttige rol vervullen. De opleiding tot educator — die momenteel op drie plaatsen (KHBO in Brugge, Erasmushogeschool in Brussel en de Arteveldehogeschool in Gent) — kan worden gevolgd, zou erkend moeten worden. Diabetologie is bij koninklijk besluit van 27 september 2006 wel erkend als een bijzondere beroepsbekwaamheid van de verpleegkundige, maar de erkenning van de opleiding van educatoren zou ook een meerwaarde kunnen bieden. Die verpleegkundigen hebben immers niet steeds de tijd om te zorgen voor de educatie en de motivatie van de patiënt.

Een belangrijk element in de aanpak van diabetes is een efficiënte organisatie van de eerste-lijnszorg. Het systeem moet daarbij geënt zijn op de bevordering van de kwaliteit van de chronische zorg. Een belangrijke hinderpaal voor efficiënte communicatie binnen de diabeteszorg vormt de gebrekkige informatisering. Ook de implementatie van kwaliteitsmonitoring is een element dat voor verbetering vatbaar is. Momenteel is er in België geen georganiseerde kwaliteitscontrole voor de behandeling van diabetes, tenzij voor mensen binnen de diabetesconventie. Voor deze laatste is er een uitgewerkt systeem (IKED-Initiatief voor kwaliteitsbevordering en epidemiologie bij diabetes) waar, in samenwerking met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, jaarlijks verschillende indicatoren worden verzameld. Voor alle initiatieven binnen diabetes zou dergelijke kwaliteitscontrole ingevoerd moeten worden. Met die gegevens moet natuurlijk ook iets gedaan worden, er hangt dus ook een benchmarking- en kwaliteitsbevorderend aspect aan vast (1).

(1) Chantal Mathieu, présidente de l'ASBL VDV.

(1) Chantal Mathieu, voorzitter VDV VZW.

Le patient joue bien sûr aussi lui-même un rôle très important dans la gestion du diabète. Soigner son diabète implique de modifier son mode de vie. Le patient devra faire preuve d'une certaine rigueur pour appliquer fidèlement sa thérapie, respecter le calendrier de ses consultations, adapter son mode de vie, tout en faisant suffisamment d'exercice physique et en surveillant son alimentation. L'autocontrôle est un des piliers du traitement moderne du diabète. La plupart des diabétiques qui se font eux-mêmes leurs injections d'insuline mesurent régulièrement leur glycémie. L'autocontrôle permet au malade de réagir à un malaise avec rapidité et efficacité. Les dosages permettent une meilleure compréhension de l'impact de l'exercice physique, de l'alimentation, du stress et d'autres aléas de la vie quotidienne. Le diabétique peut adapter ses doses d'insuline en fonction de ses dosages de glycémie. L'autocontrôle permet au malade d'acquiescer une meilleure maîtrise de sa glycémie.

Il est capital que les soins que les diabétiques s'autoadministrent restent financièrement accessibles et que ces patients soient encouragés dans cette autonomie. Ici aussi, les éducateurs en diabète ont un rôle clé à jouer. Ce sont eux qui inculquent la discipline au patient et qui le motivent et le responsabilisent, lui et son proche entourage (suivi intensif, rappels, éducation thérapeutique, éducation de groupe, etc.). C'est là une condition essentielle pour atteindre les résultats nécessaires.

Dans leur vie quotidienne, les diabétiques sont confrontés aux conséquences inconfortables de leur maladie. Ces discriminations doivent être supprimées à tout prix. Il convient de combattre toute forme de discrimination ayant pour effet d'exclure les diabétiques *a priori* ou de les reléguer au second plan.

C'est avant tout dans le domaine de l'emploi et des assurances qu'il faut prendre les mesures nécessaires. Il doit être clair que le diabète ne constitue pas le moins du monde un quelconque obstacle empêchant le diabétique de fournir un travail d'excellente qualité, mais la bienveillance de l'employeur est et reste un facteur d'incertitude. De même, dans le domaine des assurances, des décisions injustes sont parfois prises. Ainsi, dans le cas des assurances voyage, les « états pathologiques connus avant le départ » sont souvent exclus, ce qui veut dire que les complications engendrées par le diabète ne sont donc que rarement indemnisées et que des discussions sont possibles quant à la question de savoir si un accident ou une maladie résulte ou non du diabète, les couvertures éventuelles sont souvent très limitées, et des surprimes et assurances complémentaires sont souvent exigées. De même, les compagnies d'assurance-vie réclament souvent des surprimes qui ne sont pas toujours justifiées objectivement. Pour les patients diabétiques, la souscription d'une assurance hospitalisation n'est pas une mince affaire. Les assureurs sont récalcitrants parce qu'ils ne disposent pas de statistiques suffisantes

In de aanpak van diabetes speelt de patiënt zelf natuurlijk ook een heel grote rol. Diabetes aanpakken vereist een verandering van levensstijl. De patiënt zal de discipline moeten opbrengen om trouw te zijn aan zijn therapie, de raadplegingen op te volgen, zijn levensstijl aan te passen waarbij hij voldoende zal moeten bewegen en op zijn voeding zal moeten letten. Zelfcontrole is één van de pijlers van de moderne diabetesbehandeling. De meeste diabetici die insuline spuiten, meten regelmatig hun bloedsuikergehalte. Zelfcontrole laat toe om snel en juist te reageren wanneer men zich niet goed voelt. De metingen leveren inzicht in de effecten van lichaamsbeweging, voeding, stress en andere wisselvalligheden van het dagelijkse leven. Aan de hand van de cijfers kan men de insulinedosissen aanpassen. Door zelfcontrole kan men een betere bloedsuikerregeling verkrijgen.

Het is zeer belangrijk dat zelfzorgmaterialen financieel toegankelijk blijven en dat de patiënt ondersteund wordt in deze zelfzorg. Ook hier hebben de diabeteseducatoren weer een belangrijke rol te vervullen. Zij zorgen voor de discipline en motivatie bij de patiënt, zij ontwikkelen het nodige « *empowerment* » van de patiënt en zijn naaste omgeving (intensieve opvolging, herinneringen, patiënteneducatie, groepseducatie, ...), wat een belangrijke voorwaarde is om de nodige resultaten te bereiken.

Diabetici worden in het dagelijkse leven geconfronteerd met vervelende gevolgen van hun ziekte. Deze discriminaties moeten absoluut weggewerkt worden. Elke vorm van discriminatie waar mensen met diabetes *a priori* worden uitgesloten of achtergesteld, moet bestreden worden.

Voorop het gebied van tewerkstelling en verzekering moeten de nodige maatregelen genomen worden. Het moet duidelijk zijn dat diabetes geen enkele belemmering hoeft te zijn voor iemand om uitstekend werk te leveren, maar de welwillendheid van een werkgever is en blijft een onzekere factor. Ook op het gebied van verzekeringen worden soms onrechtvaardige beslissingen genomen. Zo worden bij reisverzekeringen « pathologische toestanden gekend voor het vertrek » vaak uitgesloten, verwikkelingen door diabetes worden dus vaak niet vergoed, er is discussie mogelijk of een ongeval/ziekte al dan niet het gevolg is van diabetes, eventuele dekkingen zijn vaak erg beperkt, dus bijpremies en aanvullende verzekeringen zijn dikwijls vereist. Ook bij levensverzekeringen worden vaak bijpremies gevraagd die niet steeds objectief verantwoord zijn. Voor mensen met diabetes blijft het afsluiten van een hospitalisatieverzekering een moeilijke zaak. De verzekeraars staan er weigerachtig tegenover omdat ze over weinig cijfermateriaal beschikken omtrent de medische kosten door diabetes. Bovendien gaat het om een verzekering met een zeer lange looptijd, zodat de vrees bestaat dat mogelijke



sur les frais médicaux induits par le diabète. De plus, il s'agit d'une assurance de très longue échéance, si bien qu'il est à craindre que les frais ultérieurs éventuels, en cas d'apparition de certaines affections, n'augmentent substantiellement. Certaines compagnies acceptent malgré tout les diabétiques mais ne remboursent les frais d'hospitalisation liés au diabète qu'après un délai d'attente, ou seulement pendant les premières années suivant le diagnostic, ou n'interviennent parfois que lorsqu'il est question d'une aggravation de l'affection (1).

\*  
\* \*

toekomstige kosten bij sommige aandoeningen sterk kunnen oplopen. Sommige maatschappijen accepteren diabetici toch, maar betalen ziekenhuiskosten ten gevolge van diabetes pas terug na een bepaalde wachttijd, of enkel gedurende de eerste jaren na de diagnose, of soms komt men enkel tussen als er sprake is van een verergering van de aandoening (1).

Wouter BEKE.  
Mia DE SCHAMPHELAERE.

\*  
\* \*

## PROPOSITION DE RÉOLUTION

Le Sénat,

A. demande au gouvernement fédéral :

1. de ratifier formellement la résolution des Nations unies;

2. de développer un système efficace d'enregistrement du nombre de diabétiques. Des chiffres exacts sont nécessaires pour pouvoir s'attaquer à la problématique du diabète de manière structurelle et efficace. Il est indispensable de connaître les chiffres exacts et les indicateurs en matière d'incidence, de prévalence, d'implications, de mortalité, de coûts, etc. afin de lutter contre le diabète au niveau structurel et avec efficacité. Le registre belge du diabète détecte depuis plus de 15 ans les cas de diabète chez les moins de 40 ans et chez leurs parents du premier degré à risque; cette activité doit être soutenue de manière structurelle, car elle constitue un puissant instrument de diagnostic, de prévention et de traitement du diabète de type 1. L'expérience du RBD sera utile en vue de l'organisation d'un enregistrement des cas diagnostiqués après l'âge de 40 ans.

3. de poursuivre le développement du système du passeport du diabète, en tant qu'instrument de responsabilisation du patient et moyen de communication entre les prestataires de soins, ainsi que sa numérisation, et de prévoir un soutien financier. Le passeport du diabète est le moyen de communication par excellence entre les divers acteurs des soins pluridisciplinaires en matière de diabète. L'on se référera également à la recommandation du KCE.

4. de continuer à promouvoir des soins de première ligne organisés de manière efficace. Les carences de l'informatisation constituent un des principaux obstacles au développement d'une communication efficace en matière de soins aux patients diabétiques. La mise en œuvre d'un dispositif de surveillance de qualité est aussi un élément sur lequel on pourrait travailler. En Belgique, un contrôle de qualité organisé pour le traitement du diabète n'est prévu que dans le cadre de la convention diabète. Nous avons donc besoin d'un système analogue à l'IPQED (Initiative pour la promotion de la qualité et épidémiologie du diabète sucré), mais qui soit également accessible aux patients non visés par la convention. L'on pourra ainsi mettre au point des méthodes et des solutions plus efficaces, notamment par le biais de tests de performances, en vue d'améliorer la qualité. L'on se référera également à la recommandation du KCE.

5. d'accorder à la problématique du diabète l'attention qu'elle mérite dans la formation médicale, y compris dans la formation complémentaire en médecine générale. Les médecins généralistes seront de

## VOORSTEL VAN RESOLUTIE

De Senaat,

A. vraagt de federale regering om :

1. de VN-resolutie formeel te ratificeren;

2. een sluitend systeem van registratie van het aantal diabetici te ontwikkelen; Om de diabetesproblematiek structureel en op een efficiënte manier aan te pakken, hebben we juiste cijfers nodig. De juiste cijfers en indicatoren van incidentie, prevalentie, implicaties, sterfte, kosten enzovoort zijn noodzakelijk om diabetes structureel en op een efficiënte manier te bestrijden. Het Belgisch Diabetes Register detecteert sinds meer dan 15 jaar de gevallen onder de leeftijd van 40 jaar en hun risicodragende eerstegransverwanten; die activiteit dient structureel ondersteund te worden omdat het een krachtig instrument is voor de diagnostiek, de preventie en de behandeling van type 1-diabetes. De ervaring van het BDR zal nuttig zijn voor het organiseren van een registratie van de gevallen met diagnose na de leeftijd van 40 jaar.

3. het systeem van de diabetespas, als « *empowerment* »-instrument voor de patiënt en communicatiemiddel tussen de zorgverleners, verder te ontwikkelen, alsook de digitalisering ervan, en het financieel te ondersteunen. Het is het communicatiemiddel bij uitstek tussen de verschillende zorgverleners van de multidisciplinaire zorg voor diabetes. Zie ook de aanbeveling van KCE.

4. verder werk te maken van een efficiënt georganiseerde eerstelijnszorg. Een belangrijke hinderpaal voor efficiënte communicatie binnen de diabeteszorg vormt de gebrekkige informatisering. Ook de implementatie van kwaliteitsmonitoring is een element dat voor verbetering vatbaar is. In België bestaat enkel een georganiseerde kwaliteitscontrole voor de behandeling van diabetes binnen de diabetesconventie. We hebben dus een gelijkaardig systeem nodig als IKED (*Initiatief voor kwaliteitsbevorderingen epidemiologie bij diabetes*), maar dan ook voor de patiënten buiten de conventie. Zo kan men dan onder andere via *benchmarking* betere methodes en oplossingen ontwikkelen en komt men tot kwaliteitsbevordering. Zie ook de aanbeveling van KCE.

5. de nodige aandacht voor de diabetesproblematiek te besteden in de geneeskundeopleiding, ook in de aanvullende huisartsenopleiding. Huisartsen zullen steeds vaker geconfronteerd worden met patiënten

plus en plus souvent confrontés à des patients nécessitant la mise en œuvre d'un traitement à l'insuline. Il faut veiller à ce qu'ils y soient préparés par le biais de la formation.

6. de stimuler une gestion pluridisciplinaire de la problématique du diabète, ce qui nécessite un bon modèle de concertation entre les divers prestataires de soins. Des directives uniformes délimitant et définissant les différentes tâches et responsabilités peuvent contribuer à la réalisation de cet objectif. L'on se référera également à la recommandation du KCE.

7. de suivre avec l'attention requise les discriminations auxquelles les personnes diabétiques sont confrontées dans la vie de tous les jours, en particulier dans le secteur des assurances. Il faut veiller à garantir l'accès aux assurances pour les patients diabétiques et à prévoir des possibilités de recours transparentes en cas de refus.

8. de garantir l'accès au matériel de soins autonomes. Les soins autonomes sont la première clé d'accès au traitement et il convient donc de les soutenir. Cela signifie que ces dispositifs de soins doivent être mis à la disposition des patients par des canaux en nombre suffisant et qu'ils doivent aussi rester accessibles financièrement.

B. Demande au gouvernement fédéral de collaborer avec les gouvernements de communauté pour :

1. reconnaître la formation d'éducateur en diabétologie. Les éducateurs en diabétologie jouent un rôle important dans la responsabilisation du patient et de son entourage et ils possèdent des connaissances axées sur la pratique qui peuvent être utilisées dans les soins de première et de deuxième ligne.

2. promouvoir le développement d'un plan de prévention du diabète clairement défini, en concertation avec tous les acteurs concernés, à l'instar de ce qui se fait dans d'autres États membres de l'Union européenne (1).

11 avril 2007.

bij wie de insulinebehandeling moet opgestart worden. We moeten er via de opleiding voor zorgen dat ze daarop voorbereid zijn.

6. de multidisciplinaire aanpak van de diabetesproblematiek te stimuleren. Dit vergt een goed overlegmodel tussen de verschillende zorgverleners. Uniforme richtlijnen die de verschillende taken en verantwoordelijkheden omlijnen en definiëren kunnen hierbij helpen. Zie ook de aanbeveling van KCE.

7. de discriminaties waarmee mensen met diabetes in het dagelijks leven geconfronteerd worden, met de nodige aandacht op te volgen. Vooral in de verzekeringssector vergt dit de nodige aandacht. Er moet toegezien worden op de toegankelijkheid van de verzekeringen voor diabetespatiënten en op de mogelijkheid van transparante beroepsmogelijkheden bij een eventuele weigering.

8. de toegankelijkheid tot zelfzorgmaterialen te verzekeren. Zelfzorg is de eerste sleutel tot behandeling en moet dus ook ondersteund worden. Dit betekent dat die materialen via voldoende kanalen ter beschikking gesteld moeten worden en ook financieel toegankelijk moeten blijven.

B. Vraagt de federale regering samen te werken met de gemeenschapsregeringen om :

1. de opleiding tot diabeteseducator te erkennen. Deze educatoren vervullen een belangrijke rol bij de *empowerment* van de patiënt en zijn omgeving en hebben een praktijkgerichte kennis die gebruikt kan worden in eerste- en tweedelijnszorg.

2. werk te maken van het ontwikkelen van een duidelijk omschreven diabetespreventieplan in overleg met alle betrokken actoren, zoals dit in andere lidstaten van de Europese Unie het geval is (1).

11 april 2007.

Wouter BEKE.  
Mia DE SCHAMPHELAERE.

(1) Déclaration du Parlement européen sur le diabète, approuvée à la majorité en 2006.

(1) Verklaring Europees Parlement over diabetes, met meerderheid aanvaard in 2006.