



Diabetes in België

In 2022 werden volgens de cijfers van het IMA ongeveer 810.000 Belgen behandeld voor diabetes, zo'n 7,1% van de volledige bevolking. Dat is bijna een derde meer dan in 2012. Bij Belgen met een lager inkomen wordt 11% behandeld voor diabetes. De ziekteverzekering biedt diabetespatiënten verschillende vormen van opvolging en ondersteuning. Het gebruik ervan stijgt, maar er is nog ruimte voor verbetering.

[Wereldwijd](#) stijgt het aantal personen met diabetes. Dit is deels het gevolg van de vergrijzing van de bevolking, maar wat betreft diabetes type 2 zeker ook van de toename van een aantal risicofactoren, zoals overgewicht, ongezonde voeding en te weinig beweging. Een bijkomende verklaring voor de stijgende cijfers kan zijn dat diabetes beter gedetecteerd en vaker behandeld wordt.

Hieronder verzamelen we een aantal kerncijfers uit de IMA Atlas. [In de Atlas](#) zelf vindt u meer gedetailleerde informatie terug, die verder kan uitgesplitst worden naar leeftijd, verzekeringsstatuut en woonplaats.

Methodologie en terminologie

In de IMA-data identificeren we diabetespatiënten aan de hand van medicatiegebruik (insuline, of injecteerbare of orale antidiabetica) en specifieke zorgverstrekkingen in het kader van de diabeteszorgsystemen. Het werkelijke aantal diabetespatiënten ligt wellicht hoger. Niet iedereen neemt immers medicatie of maakt gebruik van deze gestructureerde diabeteszorgsystemen. Volgens het [Belgisch Gezondheidsonderzoek](#) is een derde van de diabetespatiënten zich er niet van bewust dat ze de ziekte hebben.

Er zijn verschillende vormen van diabetes. De meest voorkomende is diabetes mellitus type 2 (ca. 90%), waarbij patiënten minder gevoelig zijn voor de werking van insuline. Deze vorm doet zich meestal op latere leeftijd voor en is vaak gelinkt aan overgewicht. Ook erfelijkheid speelt een belangrijke rol. Bij diabetes mellitus type 1 (minder dan 10%) produceert de alvleesklier na een auto-immuunproces geen insuline meer. Deze vorm manifesteert zich vaak al tijdens de jeugd. Vrouwen met zwangerschapsdiabetes zijn niet in deze cijfers opgenomen. Het gaat hier om een tijdelijke verminderde gevoeligheid voor insuline door het hormonale effect van de zwangerschap, die voorkomt bij ca. 12% van de zwangere vrouwen.

Leeftijd en geslacht

In België is het aandeel diabetespatiënten op tien jaar tijd gestegen van 5,6% van de bevolking in 2012 tot 7,1% in 2021. De prevalentie neemt toe met de leeftijd.

Bij 65-plussers wordt één op vijf behandeld voor diabetes. Onder de 45- tot 64-jarige Belgen is dit 8,9% en bij 25- tot 44-jarigen bedraagt het percentage in 2021 2,2%. De stijging doet zich voor in alle leeftijdscategorieën, al gaat ze iets sneller bij het oudere deel van de bevolking.

Vandaag worden meer mannen dan vrouwen behandeld voor diabetes. Het verschil is niet groot, maar het groeit sinds 2010.

Deze geslachtsverschillen variëren ook naar gelang de leeftijd van de persoon : onder de 45 jaar komt diabetes vaker voor bij vrouwen, boven die leeftijd veel vaker bij mannen.

Inkomen

De IMA-data bevatten geen directe informatie over het inkomen. We maken een onderscheid tussen een lage en een hogere inkomensgroep aan de hand van het recht op een verhoogde tegemoetkoming. Personen in gezinnen met een laag inkomen krijgen een verhoogde tegemoetkoming om hun toegang tot de gezondheidszorg te verbeteren.

In de onderstaande grafiek worden per leeftijdscategorie de prevalentie van diabetes weergegeven, met een onderscheid naar gelang het inkomen.

Bij Belgen met een laag inkomen komt diabetes bijna twee keer vaker voor dan bij Belgen met een hoger inkomen. Dit verschil is meer uitgesproken bij personen onder 65 jaar. Vergeleken met 10 jaar eerder zien we echter vooral een stijging bij personen met een hoger inkomen, van 4,6% in 2012 naar 6,1% in 2022. Bij de lagere inkomens zijn de cijfers stabiel (van 10,2% naar 11,1%).

Gebruik diabeteszorgsystemen

Een goede opvolging van diabetes is belangrijk. Als diabetes niet goed wordt behandeld, kan de ziekte ernstige complicaties veroorzaken, waaronder beschadiging van het hart, de bloedvaten, de nieren, de ogen en de zenuwen. Er bestaan een aantal zorgsystemen die de medische opvolging structureren, de toegang tot zorg en behandelmateriaal vergemakkelijken en waar diabetespatiënten leren hun gezondheidstoestand actief zelf te monitoren.

- Het opstarttraject (de opvolger van het voortraject en het diabetespaspoort) is voorzien voor vormen van diabetes type 2, waarbij de patiënt (nog) geen medicatie neemt of enkel orale antidiabetica (geen insuline of GLP1-agonisten).
- Het zorgtraject is bedoeld voor personen met diabetes type 2 voor wie een behandeling met orale antidiabetica niet volstaat, die behandeld worden met GLP1-receptoranalogen of met 1 à 2 insuline-injecties per dag. Voorafgaand aan het zorgtraject kan een programma 'educatie en zelfzorg' opgestart worden, indien de patiënt niet meer dan 1 insuline-injectie per dag krijgt.
- De diabetesconventie is bedoeld voor personen met diabetes type 2 die 3 of meer insuline-injecties per dag krijgen, personen met diabetes type 1 en [bepaalde specifieke vormen van diabetes](#).

Bij het opstarttraject en het zorgtraject wordt de klinische zorg en de screening naar complicaties gecoördineerd door de huisarts, bij de diabetesconventie doet het gespecialiseerd centrum dit.

In de onderstaande grafiek wordt een onderscheid gemaakt tussen patiënten die behandeld worden met insuline en patiënten die behandeld worden met antidiabetica (zonder insuline).

Vergeleken met tien jaar eerder is er een stijging van het percentage patiënten dat gebruik maakt van deze zorgprogramma's. Bij patiënten die behandeld worden met insuline is deze stijging weliswaar klein, van 88% in 2012 tot 90% in 2022. Bij patiënten die behandeld worden met antidiabetica bedroeg het aandeel 30% in 2022, tegenover 14% in 2012.

Dit blijft een eerder laag cijfer, terwijl het belangrijk is dat deze groep ook goed opgevolgd wordt, omwille van de eerder vermelde langetermijngevolgen.

Minimale opvolging

Bepaalde onderzoeken worden beschouwd als de minimumcriteria voor een goede opvolging van diabetes. In onze data worden deze criteria gedefinieerd met de opvolging van HbA1c (een maat voor de gemiddelde bloedsuikerwaarde), een jaarlijkse controle van het cholesterolniveau, een jaarlijkse screening bij de oogarts en een controle op mogelijke nierschade. Daarnaast zal de arts ook de bloeddruk en het gewicht meten, en de voeten onderzoeken op zenuwschade. Deze prestaties worden echter niet geregistreerd in de data.

In de onderstaande grafiek wordt weergegeven welk aandeel van de diabetespatiënten, afhankelijk van de behandeling die ze volgen, al deze controles heeft ondergaan in een periode van 15 maanden.

In 2022 was er een minimale opvolging bij 42,6% van alle met insuline behandelde patiënten. Uit de [IKED-Audit 2018](#) blijkt dat de cijfers bij patiënten die opgevolgd worden via de diabetesconventie nagenoeg dubbel zo hoog te liggen. Bij diabetespatiënten die enkel met antidiabetica (en niet met insuline) behandeld worden, laat 16,3% deze onderzoeken uitvoeren. Dit aandeel kende de voorbije 10 jaar een stijging, maar blijft laag. In 2020 was er een duidelijke daling bij beide groepen, al herstelden de cijfers zich het jaar nadien grotendeels. Door de coronacrisis heeft de niet-dringende gezondheidszorg een tijdlang stilgelegen. Nochtans kunnen deze onderzoeken eventuele complicaties ten gevolge van diabetes in een vroeg stadium opsporen.

Definities

Diabetes : personen die medicatie innemen voor diabetes (insuline of antidiabetica, ATC-code A10) of gebruik maken van specifieke zorgverstrekkingen voor diabetes, in het kader van diabetesconventie, diabetesopvolging of het zorgtraject. Zwangerschapsdiabetes wordt niet in deze cijfers opgenomen.

Laag inkomen : personen en gezinsleden ten laste die genieten van de verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering.

Hoger inkomen : personen en gezinsleden ten laste die niet genieten van de verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering.

Minimale opvolging : medische controles die beschouwd worden als de minima voor een goede opvolging van diabetes, zoals voorgesteld door het KCE. Hierbij dienen in een periode van 15 maanden de volgende onderzoeken afgenomen te worden.

- **2 x HbA1c-test** : een bloedtest die de hoeveelheid geglyceerde hemoglobine meet. Deze kan gebruikt worden om de gemiddelde glucosewaarde in het bloed over een periode van 2 à 3

maanden te meten.

- **1 x micro-albuminetest** : een urinetest die de nierfunctie meet door te controleren op de aanwezigheid van het eiwit albumine. Bij een normale werking van de nieren komt dit nauwelijks voor in de urine. De aanwezigheid kan wijzen op beginnende nierschade.
- **1 x serum-creatininetest** : Een bloed- of urinetest die de nierfunctie meet door te controleren op creatinine, een afvalproduct van de afbraak van spieren. Dit wordt normaal gezien uitgefilterd door nieren en hogere concentraties in het bloed (of lagere concentraties in de urine) kunnen wijzen op een verminderde werking.
- **1 x bloedlipidentest** : een bloedtest die de aanwezigheid controleert van vetstoffen in bloed (o.a. cholesterol).
- **1 x contact met oogarts** : de oogarts meet de gezichtsscherpte, onderzoekt de lens, meet de oogdruk en onderzoekt het netvlies. Bij beginnende letsels volgt een verder onderzoek. Daarnaast zal de arts ook bloeddruk en het gewicht meten, en de voeten onderzoeken op zenuwschade. Deze prestaties worden echter niet geregistreerd in de data.

Nazicht

Eveline Dirinck (UZA), Patrick Lauwers (UZA), Frank Nobels (OLV Aalst, KULeuven)