

De nationale diabetes agenda

Doelensessie 13 mei 2026: informatie vooraf

nationale
diabetes
agenda

Inhoud

- Toelichting op de nationale diabetes agenda
- Programma doelensessie 13 mei
- Feiten en cijfers bij de thema's van de bouwblokken:
 - Kerncijfers diabetes
 - Voorkomen
 - Genezen
 - Beter leven
 - Beter behandelen



Wat is de nationale diabetes agenda?

De nationale diabetes agenda zorgt voor verbinding en samenwerking tussen alle partijen die betrokken zijn in het diabetesveld. Iedereen mag meedoen. We vertegenwoordigen allemaal een ander onderwerp. In 2026 werken we samen aan de inhoud van de agenda. Aan het einde van het jaar lanceren we de nationale diabetes agenda met de doelen die we in de komende tien jaar met elkaar willen bereiken.

Door de krachten te bundelen realiseren we doorbraken die geen enkele partij alleen kan bereiken. Alleen samen kunnen we de negatieve invloed van diabetes verminderen. We zetten het maatschappelijk belang voorop, zo werken we gezamenlijk aan de ambitie: **de impact van diabetes op mens en maatschappij in Nederland verminderen.**

Waar staan we in het proces?



Programma doelensessie 13 mei

- 09:00 Inloop en registratie
- 09:30 Opening & terugblik kick-off
- 09:40 Doel en middel: wat is het verschil?
- 10:00 Aan de slag: doelen formuleren (open space)
- 10:30 *Pauze*
- 10:50 Aan de slag: doelen clusteren en probleemdefinities beschrijven
- 12:10 Plenaire terugkoppeling
- 12:30 Lunch!

Invulling van de doelensessie

Tijdens de kick-off op 19 maart zijn er onder vier bouwblokken (voorkomen, genezen, beter leven, beter behandelen) thema's opgehaald. Tijdens de doelensessie werken we samen aan het formuleren van concrete doelen binnen deze thema's. Het doel van de sessie is om per thema te komen tot heldere, gezamenlijke doelen en een eerste probleemdefinitie en contextschets.

De bijeenkomst is interactief en bestaat uit twee onderdelen:

- **Deel 1 | Individueel doelen formuleren:** je denkt zelfstandig na over doelen binnen de verschillende thema's en deelt deze. Je krijgt de gelegenheid om bij verschillende bouwblokken doelen te formuleren, maar je kan er ook voor kiezen om bij één bouwblok te blijven.
- **Deel 2 | Samenbrengen en aanscherpen:** in kleine groepen worden de opgehaalde doelen per thema samengebracht, geclusterd en vertaald naar één overkoepelend doel, met daarbij een eerste probleemdefinitie en contextschets.

Aan het einde van de doelensessie hebben we per thema een duidelijke richting die als basis dient voor het vervolg: het prioriteren van de doelen.



Vorbereitung Zielensessie

Verskil tussen doel en middel

Voor het formuleren van de doelen is het belangrijk om scherp onderscheid te maken tussen *doelen* en *middelen*. Wanneer middelen als doelen worden geformuleerd, raakt namelijk het oorspronkelijke doel uit zicht. Zo kan het beoogde effect verloren gaan. Door dit onderscheid helder te houden, blijven inspanningen gericht op wat we écht willen bereiken. Hieronder lees je het verschil tussen *doelen* en *middelen*.

Doel | Een toekomstige situatie, resultaat of effect wat iemand met actie wil bereiken. Het fungeert als richtpunt voor handelen en keuzes. Het gaat over verandering voor mensen met diabetes, mensen die er mogelijk mee te maken krijgen en voor wat diabetes betekent voor onze samenleving.

Het doel beschrijft wát we in 2036 hebben bereikt.

Middel | Een hulpmiddel, instrument of methode dat wordt aangewend om het doel te bereiken. Het is de 'weg' naar een resultaat. Het gaat om wat we doen om een resultaat te bereiken. Denk hierbij aan programma's, hulpmiddelen, acties of interventies.

Het middel beschrijft hóe we dat doel behalen.

Tijdens de doelensessie, zullen we de doelen formuleren op basis van de volgende uitgangspunten

- Alle doelen dragen aantoonbaar en direct bij aan de centrale ambitie: **de impact van diabetes op mens en maatschappij in Nederland verminderen.**
- Een doel heeft altijd een expliciete link met diabetes.
- Doelen dragen niet bij aan een verdere toename van gezondheidsverschillen in Nederland. Waar mogelijk dragen doelen juist bij aan het verkleinen van gezondheidsverschillen.
- Bij iedere doelstelling wordt stilgestaan bij de relevantie voor: type 1 diabetes, type 2 diabetes en andere vormen van diabetes (waaronder LADA, MODY, zwangerschap-gerelateerde diabetes, diabetes type 3c).
- In de agenda kiezen we bewust voor een constructieve, oplossingsgerichte en toekomstgerichte framing.
- Bij de doelen wordt systematisch verkend of en hoe kan worden aangehaakt bij bestaande programma's, initiatieven en bewegingen.

Feiten en cijfers

Leeswijzer

Op de volgende pagina's staan feiten en cijfers *over en met betrekking tot* diabetes. De informatie in dit document is niet uitputtend, deze feiten en cijfers vormen een gezamenlijk startpunt voor het formuleren van de doelen op woensdag 13 mei. Gedurende de bijeenkomst en daarna is er alle ruimte om deze gegevens aan te vullen.

Binnen elk bouwblok zijn de feiten en cijfers geordend naar thema en subthema.



Kerncijfers diabetes

Bouwblok overstijgend

- **1,2 miljoen Nederlanders** hebben diabetes, dus 1 op de 14. Het betreft iets meer mannen dan vrouwen.¹
- 9 op de 10 mensen met diabetes hebben **DM2**.¹
- 51.000 Nederlanders per jaar horen dat ze diabetes hebben. Dat zijn bijna 1.000 mensen per week, **140 per dag**.¹
- De **levensverwachting** van mensen ouder dan 45 jaar met DM1 is gemiddeld **dertien jaar lager** en voor DM2 gemiddeld **vier jaar lager** dan voor mensen zonder diabetes.¹

DM1

- 1 op de 10 mensen met diabetes hebben DM1, dus ruim 100.000 mensen.¹

Prediabetes

- Er zijn naar schatting tussen de **1,3 en 1,5 miljoen mensen met prediabetes**, een voorstadium van DM2, waarbij de bloedsuikerwaarden verhoogd zijn maar nog niet hoog genoeg voor een officiële diagnose. Zij hebben een 9 keer grotere kans om DM2 te krijgen. Het gaat hierbij specifiek om onderzoek naar mensen in Nederland tussen 40 en 75 jaar. Van de huidige 45-plussers krijgt naar verwachting 1 op de 3 in de toekomst DM2.¹

Diabetes onder jongeren

- Naar schatting zijn er 10.000 kinderen van 0 t/m 19 jaar met DM1. In dezelfde leeftijdsgroep zijn er naar schatting meer dan 1.000 kinderen (tieners) met DM2.¹
- In de leeftijdsgroep van 20 t/m 29 jaar zijn er naar schatting 12.600 jongeren met DM1, en 4.900 jongeren met DM2.¹
- Vanuit kinderdiabetescentra wordt een prevalentie van 1–2% DM2 gemeld onder kinderen met diabetes. Bij kinderen met ernstig overgewicht heeft >10% prediabetes.²

Andere vormen van diabetes

- Naast DM1 en DM2 zijn er ook andere vormen van diabetes, zoals zwangerschapsdiabetes, MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young), LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults) en secundaire diabetes.
- Het percentage zwangere vrouwen die zwangerschapsdiabetes krijgen is van 2015 tot 2019 gestegen van 5,1% naar 7,3% (van 1 op de 20 naar 1 op de 14 zwangere vrouwen). In absolute cijfers is dat een stijging van 8.600 naar 12.200 vrouwen met zwangerschapsdiabetes.¹

Kerncijfers diabetes

Bouwblok overstijgend

Meer kans op andere aandoeningen:

- **Oogaandoeningen** (DM1 33% en DM2 26%);
- **Hart- en vaatziekten** (DM1 33% en DM2 26%);
- **Aandoeningen aan niet- en urinewegen** (DM1 15% en DM2 16%);
- **Stofwisselingsaandoeningen** (DM1 25% en DM2 41%);
- **Spijverteringsaandoeningen** (DM1 25% en DM2 22%);
- **Chronische nierschade** (DM2 28%).¹

Gezondheidsverschillen

- Mensen met een **lage sociaaleconomische positie** (SEP), gemeten aan de hand van het besteedbaar inkomen, hebben **vaker DM2** (11,2%) dan mensen met een hoge SEP (4,3%). DM1 komt in alle sociaaleconomische groepen voor en is niet gerelateerd aan lage SEP.¹
- Gezondheidsverschillen tussen mensen met en zonder overgewicht zijn te zien vanaf de kinderleeftijd tot aan het overlijden.²

Zorgkosten

- In 2019 bedroegen de geraamde zorguitgaven voor alle typen diabetes **€ 1,3 miljard**.³
- De uitgaven die voortvloeien uit de behandeling van complicaties van diabetes zijn ten dele meegenomen. De berekende € 1,3 miljard is daarom de ondergrens voor de uitgaven aan diabetes.³
- Er is geen goed zicht op de exacte uitgaven voortvloeiend uit de complicaties, doordat deze vaak onder andere diagnoses geregistreerd zijn. De maatschappelijke kosten door bijvoorbeeld verlies van arbeidsparticipatie, zijn echter vele malen hoger.³
- In 2016 was de **economische last van diabetes** in Nederland maar liefst **€ 6,9 miljard**:
 - € 1,6 miljard in directe ziektekosten;
 - € 1,3 miljard in directe kosten door complicaties;
 - € 4,0 miljard door indirecte kosten, zoals productiviteitsverlies.⁴

Voorkomen | Vroege opsporing

Screening risicogroepen | In kaart brengen van mensen met hoge kans op ontwikkeling van DM2 en zwangerschapsdiabetes. Preventie efficiënter en effectiever in kunnen zetten.

- In Nederland hebben mensen met een Turkse (9,7%), Surinaams/Antilliaanse (11,3%), of Marokkaanse migratieachtergrond (11,7%) vaker diabetes dan mensen zonder migratieachtergrond (7,7%).¹
- Mensen met een lage sociaaleconomische positie (SEP), gemeten aan de hand van het besteedbaar inkomen, hebben vaker diabetes (11,2%) dan mensen met een hoge SEP (4,3%).¹
- Zwangerschapsdiabetes komt vaker voor op oudere leeftijd: In 2019 had 6,5% van de zwangere vrouwen tussen 30 en 34 jaar zwangerschapsdiabetes en 19,9% van de zwangere vrouwen tussen 40 en 44 jaar.¹
- De NHG-Standaard adviseert gerichte opsporing in risicogroepen via periodieke glucosebepaling bij personen >45 jaar met aanvullende risicofactoren.²
- De helft van de vrouwen met zwangerschapsdiabetes krijgt binnen 5 tot 10 jaar diabetes type 2.³

Vroege opsporing prediabetes | Tijdig opsporen van prediabetes om interventies in te kunnen zetten tégen ontwikkeling van DM2.

- Naar schatting hebben 1,4 miljoen mensen prediabetes. Zij lopen een groot risico om diabetes type 2 te krijgen. Het gaat hierbij specifiek om mensen in Nederland tussen 40 en 75 jaar.¹
- Mensen met prediabetes hebben 9 keer meer kans op diabetes type 2 dan mensen zonder prediabetes. 1 op de 6 mensen met prediabetes krijgt binnen 8 jaar problemen met hart en vaten.¹
- IDF en WHO benadrukken het belang van vroege opsporing omdat DM2 bij tijdige interventie kan worden uitgesteld of voorkomen.^{4,5}
- In de Maastricht Studie ontwikkelde 14% van de mensen met prediabetes diabetes type 2 binnen een mediane follow-up van 8,2 jaar. Bij mensen met een gezond glucosemetabolisme ontwikkelde in dezelfde periode 2% diabetes type 2.⁶

Voorkomen | Prediabetes omdraaien

Leefstijlbevordering | Gericht aanpakken van beïnvloedbare risicofactoren voor DM2 en zwangerschapsdiabetes. Denk hierbij ook aan gedragsverandering.

- Een ongezonde leefstijl (overgewicht, ongezonde voeding, weinig beweging, roken) vergroot de kans op DM2.¹
- Onderzoek toont aan dat leefstijlinterventies het risico op DM2 met 50–60% kunnen verlagen bij mensen met prediabetes (o.a. DPP, DPS).²
- Diabetes type 2 kan voorkómen en/of uitgesteld worden door een gezonde leefstijl.³
- In Nederland is de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) opgenomen in het basispakket.³
- Prediabetes is nog om te keren door leefstijlaanpassing.⁴
- Het percentage van mensen wat voldoet aan de beweegrichtlijn:
 - 44% van de volwassenen voldoet aan de bewegingsrichtlijn voor volwassenen;
 - 55% van de 4-11 jarigen voldoet aan de bewegingsrichtlijn voor kinderen;
 - 28% van de 12-17 jarigen voldoet aan de bewegingsrichtlijn voor kinderen.⁵
- Zwangerschapsdiabetes komt vaker voor op oudere leeftijd: In 2019 had 6,5% van de zwangere vrouwen tussen 30 en 34 jaar zwangerschapsdiabetes en 19,9% van de zwangere vrouwen tussen 40 en 44 jaar.⁶
- De helft van de vrouwen met zwangerschapsdiabetes krijgt binnen 5 tot 10 jaar diabetes type 2.⁶

Voorkomen | Bewustwording

Risicobesef | Bewustwording van risicofactoren en persoonlijke kans op DM2 en zwangerschapsdiabetes.

- Mensen met prediabetes hebben 9 keer meer kans op DM2 dan mensen zonder prediabetes. 1 op de 6 mensen met prediabetes krijgt binnen 8 jaar problemen met hart en vaten.¹
- Van de mensen die de Diabetes Risicotest invulden, bleek 33% een hoog risico op DM2 te hebben.²
- Van de mensen van 45 jaar en ouder krijgt naar verwachting 1 op de 3 diabetes type 2.¹
- In Nederland hebben mensen met een Turkse (9,7%), Surinaams/Antilliaanse (11,3%), of Marokkaanse migratieachtergrond (11,7%) vaker diabetes dan mensen zonder migratieachtergrond (7,7%).¹
- Ongeveer 5 op de 100 zwangere vrouwen krijgen zwangerschapsdiabetes.³
- IDF en WHO benoemen bewustwording als kernvoorwaarde voor preventiebeleid.^{4,5}

Symptoomherkenning | Vroegtijdig herkennen van signalen van (pre)diabetes

- Ongeveer 400.000 mensen in Nederland hebben DM2 zonder het te weten. Van elke drie volwassenen met DM2 is één persoon zich niet bewust van zijn of haar aandoening.⁶
- De symptomen van diabetes zijn in het begin niet altijd duidelijk. Denk hierbij bijvoorbeeld aan veel dorst en plassen, vermoeid zijn, of gewicht verliezen zonder reden.⁷
- Gemiddeld lopen mensen 10 jaar rond met verhoogde bloedsuikerwaarden voordat DM2 wordt vastgesteld.²

Voorkomen | Preventie

Leefstijl en omgeving (I/II) | Gaat over factoren die een bewezen directe invloed op het risico van het ontwikkelen van DM2 en zwangerschapsdiabetes hebben.

- Veel ziekten, zoals diabetes, kanker en hartziekten, ontstaan door roken, overmatig alcohol drinken, ongezond eten, overgewicht en te weinig bewegen. Op dit moment heeft 50% van de volwassen Nederlanders overgewicht.¹
- Overgewicht draagt bij aan de ontwikkeling van DM2. Preventie van DM2 richt zich vooral op leefstijlfactoren, omdat het kan worden voorkomen en/of uitgesteld worden door een gezonde leefstijl. Initiatieven zijn voornamelijk op hoogrisicogroepen toegespitst, zoals mensen met prediabetes, met een hoog risico op hart-en vaatziekten en met overgewicht. DM1 lijkt (nog) niet te kunnen worden voorkomen.²
- Preventiestrategieën in Nederland zijn o.a. vastgelegd in:
 - Nationaal Preventieakkoord;³
 - Gezond en Actief Leven Akkoord.⁴
- Overgewicht en ernstig overgewicht zijn een risicofactor voor metabole aandoeningen, waaronder DM1.
 - Overgewicht: Body Mass Index (BMI) ≥ 25 kg/m²;
 - Ernstig overgewicht of obesitas: BMI ≥ 30 kg/m².⁵
- Verder hebben kinderen met ernstig overgewicht vaker insuline-resistentie en op langere termijn ontwikkelen zij vaker DM2.⁵

Voorkomen | Preventie

Leefstijl en omgeving (II/II) | Gaat over factoren die een bewezen directe invloed op het risico van het ontwikkelen van DM2 en zwangerschapsdiabetes hebben.

- Naast de verdeling van het vetweefsel en de mate van overgewicht draagt ook de duur van het overgewicht bij aan het ontwikkelen van onder andere hart- en vaatziekten, DM2 en vroegtijdige sterfte.^{1,2,3}
- 79% van de producten in de supermarkt staat niet in de Schijf van Vijf.⁴
- Een ongezond voedingspatroon is een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van overgewicht, obesitas en voedingsgerelateerde chronische ziekten, waaronder DM2. Gezonde voeding kan deze aandoeningen helpen voorkomen. Ondanks kleine verbeteringen in het Nederlandse voedingspatroon in de periode 2012–2016, is de voeding gemiddeld nog onvoldoende gezond, wat bijdraagt aan het aanhoudende risico op overgewicht en DM2.⁴
- Een hogere blootstelling aan fastfoodoutlets in de woonomgeving is een risicofactor voor diabetes.⁵
- WHO noemt leefstijlinterventies de beste manier om DM2 te voorkomen of te vertragen.⁶
- De toename in overgewicht, obesitas en voeding gerelateerde chronische ziekten over de afgelopen decennia wordt grotendeels veroorzaakt door veranderingen in onze voedselconsumptie en vermindering van lichamelijke activiteit.⁷

Genezen | Genezing DM1

Innovatie & onderzoek | Nieuwe wetenschappelijke inzichten / technologische ontwikkelingen voor een effectieve(re) genezing.

- 1 op de 10 mensen met diabetes heeft DM1. Naar schatting zijn er 10.000 kinderen van 0 t/m 19 jaar met DM1. In de leeftijdsgroep van 20 t/m 29 jaar zijn er naar schatting 12.600 jongeren met DM1.¹
- Er is nog geen genezing voor DM1; onderzoek richt zich voornamelijk op:
 - Immunotherapie;
 - Stamceltherapie;
 - Bètacelvervanging.^{2,3}

Toegang tot therapieën | Betaalbaarheid, toegankelijkheid en beschikbaarheid van (nieuwe) genezingstherapieën.

- Technologische ontwikkelingen (CGM, closed-loop) verbeteren kwaliteit van leven, maar zijn geen genezing.⁴
- Diabetesvereniging Nederland signaleert verschillen in toegang tot hulpmiddelen en innovatieve therapieën.⁵
- De WHO positioneert toegang tot preventie, diagnose en behandeling van niet-verdraagbare ziekten expliciet als essentieel onderdeel van universele gezondheidsdekking (Universal Health Coverage).⁶

Beter leven | Meedoen in de maatschappij

Werk (of school) | Blijven leven, leren en werken zoals je dat wilt, met passende ondersteuning.

- De kans op betaald werk neemt met 2,4% af als mensen DM2 hebben in een stadium waarvoor medicatie nodig is. Voor mensen met DM2 in een stadium waarvoor medicatie nodig is, bedraagt de arbeidsparticipatie 52%, terwijl deze zonder deze aandoening op 54% zou liggen. Het brutomaandloon van mensen met DM2 in een stadium waarvoor medicatie nodig is, daalt gemiddeld met 3,6 procent, ofwel € 134.¹
- Gemiddeld scoren kinderen met diabetes op school wat slechter dan hun leeftijdsgenoten, maar met name bij complexere vakken als een vreemde taal en rekenen/wiskunde is het verschil veel groter. Ook lijkt het dat hoe jonger diabetes is ontstaan, hoe meer invloed dat heeft.²
- Als je voor je 15e diabetes krijgt, verdien je later bijna 10% minder dan je leeftijdsgenootjes met dezelfde opleiding en achtergrond. Dit effect voor meisjes is nog groter dan voor jongens.²

Meedoen in het dagelijks leven | Mensen met diabetes kunnen volwaardig deelnemen aan sociale en maatschappelijke activiteiten (breder dan werk/school)

- Mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen lukt het minder goed om gezond te leven dan mensen die geen of lichte beperkingen hebben. Ook hebben zij meer moeite met het omgaan met de gevolgen van hun aandoeningen op hoe zij zich voelen en op hun sociale contacten.³

Beter leven | Psychosociale impact

Mentale veerkracht | Focus op vergroten van mentale veerkracht en verminderen van mentale belasting. Denk hierbij bijv aan: diabetes distress, burn-out, omgaan met omgeving.

- Er zijn verschillende factoren, zoals ontstekings- en hormonale factoren, die een bijdrage leveren aan het ontstaan van stemmingsstoornissen bij overgewicht. Verder is er steeds meer bewijs dat een toename van visceraal vet kan leiden tot angststoornissen.¹
- Onderzoek laat zien dat 1 op de 4 volwassenen met DM1 en DM2 klinisch relevante psychische klachten ervaart en gebaat kan zijn met psychologische hulp. Het gaat hierbij vooral om klachten van diabetespecifieke 'distress', angst en depressie. Depressie komt tweemaal vaker voor bij mensen met diabetes vergeleken met de algemene bevolking en is geassocieerd met hogere HbA1c-waarden, meer kans op diabetescomplicaties en een verhoogd risico op vroegtijdig overlijden.²

Beter leven | Stigma & sociale omgeving

Beeldvorming | Begrip, positief en correct beeld rondom (mensen met) diabetes vergroten, waarbij stigma wordt weggenomen.

- Discriminatie en stigmatisering van mensen met overgewicht speelt een rol bij het ontstaan van psychische aandoeningen.¹
- Kinderen met overgewicht hebben vaker dan hun leeftijdgenoten met een gezond gewicht te maken met stigmatisering, uitsluiting en pesten.¹
- Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 1 op de 5 mensen met een chronische aandoening veel onbegrip ervaart in het dagelijks leven.²
- Mensen met diabetes krijgen te maken met verkeerde aannames en opmerkingen over gezonder eten en eigen schuld in het hebben van diabetes.²

Beter leven | Eigen regie

Zelfmanagement | Focus op het zelfmanagement van mensen met diabetes vergroten, o.a. door de (juiste) inzet van hulpmiddelen.

- Mentale klachten bemoeilijken de dagelijkse zelfzorg bij diabetes.¹
- Mensen met DM2 die continue (real-time) glucosemonitoring gebruiken, hebben een betere glucoseregulatie dan mensen die vier keer per dag hun bloedglucosespiegel meten. Dit geldt ook voor mensen die geen insuline gebruiken.²
- Er zijn verschillende apps en websites speciaal ontwikkeld voor mensen met diabetes. Deze apps kunnen bijvoorbeeld helpen bij het bijhouden van bloedglucosewaarden, bloeddruk, Hb1Ac en insuline. Mensen kunnen daarnaast vaak invoeren wat ze hebben gegeten. Sommige apps bieden de mogelijkheid om een bloedglucosemeter te koppelen. Op de website van de Digitale Zorggids is een overzicht te vinden van verschillende apps en websites.²
- Het gebruik van flash-glucose monitoring (FGM), ten opzichte van vingerprikken, zorgt ervoor dat mensen beter hun glucose en insuline kunnen reguleren. Dit zorgt voor verbeteringen in HbA1c en de kwaliteit van leven van mensen met DM1.²

Beter behandelen | Diagnose

Juiste diagnose | Vaststellen van het juiste type diabetes met aandacht voor alle verschillende typen.

- Sommige mensen die de diagnose DM2 krijgen, hebben eigenlijk LADA. Er zijn verschillende schattingen om hoeveel personen dit gaat, variërend tussen de 6 en 15 op de 100.^{1,2}
- In het begin kan LADA lijken op DM2. Dit komt omdat LADA heel langzaam begint. Dan kunnen mensen vaak nog een tijd zonder insuline. Ook krijgen mensen met LADA door de hogere leeftijd waarop de klachten beginnen, vaak onterecht van hun dokter te horen dat ze DM2 hebben.²
- Bij 80% van de mensen die MODY hebben, is eerst DM1, DM2 of zwangerschapdiabetes vastgesteld, terwijl dat niet klopt.^{3,4}

Vroegdiagnostiek | Tijdige herkenning en diagnostiek van diabetes maakt het mogelijk om snel passende behandeling / begeleiding te starten.

- Ongeveer 400.000 mensen in Nederland hebben DM2 zonder het te weten.⁵
- Concrete voordelen van een vroege diagnose van DM1:
 - Voorkomen van diabetische ketoacidose (DKA) en de daardoor veroorzaakte schade. DKA is een ernstige en levensbedreigende complicatie, geassocieerd met neurocognitieve schade en als langetermijneffect een minder goede glucoseregeling. DKA ontstaat vaak ten tijde van de diagnose bij 15-50% van de patiënten;
 - Voorkomen van acute opname na diagnose en voorkomen van negatieve psychologische impact door ernstige ziekte met (IC-opname);
 - Betere glucoseregeling;
 - Behoud van deze residuele insulinesecretie door middel van interventies.⁶

Beter behandelen | Zorg op maat

Mensgerichte zorg | Persoonsgerichte zorg, rekening houdend met de persoonlijke context en voorkeuren van de patiënt, in samenspraak met de patiënt, holistische benadering (*zachte kant*).

- In 2023 gaf 65% van de mensen met een chronische ziekte aan dat zij met hun zorgverlener(s) hebben besproken wat voor hen persoonlijk het belangrijkste is op het gebied van gezondheid en welzijn. Dit is een aanzienlijke stijging ten opzichte van 48% in 2019.¹
- Tussen 2019 en 2023 steeg het aantal mensen dat aangeeft dat er aandacht was voor hen als persoon en niet alleen voor hun ziekte of aandoening, van 73% naar 80%.¹

Kwaliteit van zorg | Passende zorg, om consistentie en hoogwaardige zorg te kunnen leveren. Beschikbaarheid en betaalbaarheid van innovatie (*harde kant*).

- Onder volwassenen met een chronische aandoening geldt: vrouwen en personen die minder opgeleid, minder gezondheidsgeletterd of minder actief waren, ervaren minder persoonsgerichte, gecoördineerde zorg.²
- In 2022 waren er naar schatting 48.200 nieuwe diagnoses met DM2 en 2.700 mensen met DM1 bij wie de aandoening voor de eerste keer door hun huisarts werd geregistreerd.³
- 6,1% van de diabetespatiënten wordt direct doorverwezen naar een UMC. Daarnaast wordt 40,8% van de diabetespatiënten verwezen naar een AZ en 53,1% naar een STZ.⁴
- Diabetes behoort tot de top 10 ziekten met de hoogste zorgkosten in Nederland.⁵
- De kosten aan diabetesmiddelen kwamen uit op €479 miljoen in 2025, 22% meer dan in 2024. Vooral de GLP-1-agonisten zorgden voor deze toename (+€ 67 miljoen).⁶

Beter behandelen | Zorg op maat

Remissie DM2 | Diabetes zodanig behandelen dat het in remissie komt.

- We spreken van DM2 in remissie indien er ≥ 3 maanden sprake is van een nuchtere glucosewaarde < 7 mmol/L én HbA1c < 48 mmol/mol zonder gebruik van medicatie.¹
- Door gewichtsverlies of bij een maagverkleining is het mogelijk dat mensen met DM2 zonder medicijnen langere tijd een normale bloedsuiker hebben.²

Beter behandelen | Complicaties

Het voor zijn van complicaties | Het voor zijn van complicaties door effectieve behandeling.

- Minstens de helft van alle mensen met diabetes krijgt lichamelijke problemen. Het gaat bijvoorbeeld om problemen met je hart, nieren, ogen of voeten.¹
- Veel mensen met diabetes krijgen vaak al binnen 10 jaar na de diagnose complicaties van diabetes.²
- SGLT2-remmers hebben de behandeling van DM2 ingrijpend veranderd door een effectieve glucoseverlagende werking te combineren met cardiovasculaire en renale bescherming. Ziekenhuisopnames vanwege hartfalen worden verminderd, nierfunctie behouden en cardiovasculaire sterfte verlaagd.³
- Bij personen met DM2 en al eerder gediagnosticeerde hart- en vaatziekten, leidt toevoeging van een GLP1-receptoragonist aan de standaardzorg gedurende 5 jaar tot een afname in:
 - Totale sterfte (13 minder per 1000 personen);
 - Sterfte door hart- en vaatziekten (9 minder per 1000 personen);
 - Niet-fatale hartinfarcten (8 minder per 1000 personen);
 - Niet-fatale beroertes (16 minder per 1000 personen).⁴

Beter behandelen | Complicaties

Behandeling van complicaties | Bij complicaties bij diabetes zoals hart- en vaatziekten, nierfalen en oogschade zijn verschillende disciplines betrokken.

Mensen met diabetes hebben een grotere kans op een andere aandoening.¹

Ziektebeeld	DM1	DM2
Hart- en vaatziekten	33%	46%
Oogaandoeningen	33% 18% van de mensen met DM1 heeft retinopathie	26%
Stofwisselingsaandoeningen	25%	41%
Spijverteringsaandoeningen	19%	22%
Aandoeningen aan nieren en urinewegen	15%	16%
Chronische nierschade, waarbij de nierfunctie geleidelijk en blijvend achteruit gaat	-	36%
Dementie	Ongeveer 2x meer kans op dementie	Ongeveer 2x meer kans op dementie. Vooral wanneer je op middelbare leeftijd (60 jaar en jonger) DM2 krijgt, vergroot dit de kans op dementie.

Praktische informatie doelensessie

Datum Woensdag 13 mei 2026
Tijd 09:00 – 13:00 uur (inclusief lunch)
Locatie: Kanaal30, Kanaalweg 30,
3526 KM Utrecht

*Meer informatie over route
en bereikbaarheid:*

Route en
bereikbaarheid



regionale nationale diabetes agenda