KCE REPORT 329As

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

OBESITASCHIRURGIE: ORGANISATIE EN FINANCIERING VAN ZORG VOOR EN NA DE OPERATIE





KCE REPORT 329As
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

OBESITASCHIRURGIE: ORGANISATIE EN FINANCIERING VAN ZORG VOOR EN NA DE OPERATIE

KOEN VAN DEN HEEDE, BELINDA TEN GEUZENDAM, DORIEN DOSSCHE, SABINE JANSSENS, PETER LOUWAGIE, KIRSTEN VANDERPLANKEN, PASCALE JONCKHEER

2020 www.kce.fgov.be

VOORWOORD

Het aantal chirurgische ingrepen voor obesitas of zwaarlijvigheid neemt de laatste tijd sterk toe. Volgens de laatst beschikbare cijfers had in 2017 reeds één op de 100 Belgen een dergelijke ingreep ondergaan, en werden in 7 jaar tijd 80% meer ingrepen geregistreerd. Het is dus ook niet te verwonderen dat het KCE op korte tijd reeds een tweede rapport wijdt aan dit onderwerp. Het eerste rapport, gepubliceerd in 2019, behandelde de effectiviteit, veiligheid en kosteneffectiviteit van deze ingrepen. Het huidige rapport bouwt daarop verder, en bestudeert zorgorganisatie en -financiering voor en na de ingreep.

Er bestaan immers grote verschillen in zorgpraktijk tussen de verschillende ziekenhuizen, zoals ook bleek uit de audit die recent uitgevoerd werd door het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het FAGG. En voor- en nazorg zijn minstens even belangrijk als de operatie zelf. Goede informatie vooraf is belangrijk, want al is het gewichtsverlies na een ingreep meestal snel zichtbaar, het werk voor de patiënt is dan verre van gedaan. De ingreep is niet noodzakelijk de oplossing voor alle problemen, zoals onderliggende psychologische aandoeningen, en kan ook neveneffecten zoals vitaminetekort veroorzaken, die tijdig opgespoord moeten worden. Daarnaast is obesitas een chronische ziekte, waarvoor een levenslange aanpassing van de levensstijl noodzakelijk is, ook na de ingreep. Dat zal vele mensen slechts lukken mits voldoende ondersteuning, en het vergt een doorgedreven multidisciplinaire benadering, zoals voor andere chronische aandoeningen. Al deze aspecten moeten op een structurele manier aan bod kunnen komen om de ingreep een maximale kans tot succes te geven.

Maar één ding mogen we niet uit het oog verliezen: het probleem van obesitas, dat volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) pandemische proporties aanneemt, kan niet opgelost worden door chirurgie alleen. Vandaag de dag kampt 49% van de Belgische bevolking met overgewicht. Bovendien lijdt één volwassene op zeven aan obesitas, en bij kinderen en adolescenten is dit bijna 6%. Misschien moeten we de toename in bariatrische chirurgie wel zien als een falen van het medische systeem en de maatschappij om deze wereldwijde toename in obesitas een halt toe te roepen. Bij obesitas worden individuele factoren zoals genetische aanleg, eetgedrag, en bewegingspatronen beïnvloed door maatschappelijke factoren zoals het overvloedig beschikbaar zijn van energierijk voedsel, en een veralgemeende sedentaire levensstijl. De WGO roept dan ook op om sterk in te zetten op preventie en vroegtijdig aanpakken van beginnende zwaarlijvigheid. Daarvoor is ondersteuning nodig op individueel vlak, maar eveneens maatregelen die de maatschappelijke context zodanig aanpassen dat gezonde keuzes en een gezonde levensstijl gemakkelijker haalbaar zijn voor iedereen.

Laat ons dat echter niet beletten om mensen in een vergevorderd stadium van deze aandoening zo goed mogelijk te helpen, en hen de nodige steun bieden om hun gezondheid op een duurzame manier te verbeteren. In dit rapport vindt u onze aanbevelingen hierover, die tot stand kwamen op basis van onze wetenschappelijke analyse en na uitgebreid overleg met alle betrokken stakeholders. Wij willen hierbij ook het Intermutualistisch Agentschap (IMA) van harte bedanken voor hun inbreng in de data-analyse, en ook de patiënten en zorgverleners die bijgedragen hebben tot een beter begrip van de actuele situatie.

Christophe JANSSENS

Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Marijke EYSSEN

Algemeen Directeur a.i.

KERN BOODSCHAPPEN

- Vandaag heeft 33,4% van de volwassenen in België overgewicht (BMI van 25 tot 29,9) en is 16% zwaarlijvig (BMI ≥30). **Dit aandeel neemt elk jaar toe**, net zoals in de meeste andere landen van de wereld.
- Als door de aanpassing van de eetgewoonten en meer lichaamsbeweging geen of onvoldoende gewicht wordt verloren, kan een **operatie voor gewichtsverlies**, metabole en bariatrische chirurgie genoemd, overwogen worden bij ernstige obesitas (BMI≥35-40) met comorbiditeiten of morbide obesitas (BMI≥40). Tussen 2007 en 2017 ondergingen in ons land 106 679 patiënten een bariatrische ingreep. Dit komt neer op **ongeveer 1% van de Belgische bevolking**.
- In België worden **vooral de Roux-en-Y gastric bypass (63%) en de sleeve gastrectomy (maagverkleining) (35%)** uitgevoerd. Het gebruik van het regelbare maagbandje (LAGB) neemt sterk af (nog maar in 1,3% van de gevallen).
- Het **hoofddoel van de huidige studie** is het formuleren van aanbevelingen m.b.t. de organisatie en financiering van de zorg voor patiënten die bariatrische chirurgie ondergaan. De focus ligt daarbij op de zorg vóór de operatie (pre-operatieve zorg) en zorg na ontslag uit het ziekenhuis, inclusief de langdurige nazorg (post-operatieve zorg).
- Om vandaag in aanmerking te komen voor terugbetaling, moet er vóór een bariatrische ingreep een multidisciplinair overleg plaatsvinden. **De samenstelling van het multidisciplinair team en de manier waarop dit team overlegt, functioneert en de patiënten voorbereidt op de operatie en het leven erna, verschilt echter sterk tussen de centra**.
  - Het KCE stelt voor om de huidige wettelijke criteria voor de terugbetaling van een bariatrische operatie te behouden, maar om er ook **bijkomende voorwaarden** aan toe te voegen, met een face-to-face **multidisciplinair overleg voor elke patiënt**. Daaraan moet ook **een diëtist** deelnemen, en de **huisarts** (vnl. i.v.m. voorgeschiedenis pogingen gewichtsverlies; socio-economische context; vermogen tot therapietrouw) van de patiënt moet worden geraadpleegd, zonder dat zijn (eventueel schriftelijk) advies bindend is.
  - Vóór de bariatrische ingreep zou de **patiënt** een **geïnformeerde toestemming** moeten geven. Dit proces moet de volgende concrete elementen bevatten: een *diepgaand gesprek* tussen zorgverleners en patiënt; het gebruik van *verschillende communicatie- en ondersteuningskanalen* om elke patiënt te informeren en voor te bereiden; een specifieke benadering voor *kwetsbare patiënten*; een *voorafgaande beoordeling* door het multidisciplinaire team van het vermogen van de patiënt om de informatie te begrijpen, zijn gedrag aan te passen en zich langdurig te laten opvolgen; *minimaal 3 maanden* tussen het eerste contact met het bariatrisch centrum en de eigenlijke bariatrische ingreep, behalve bij dringende medische redenen.
- Om na een bariatrische ingreep een **duurzaam gewichtsverlies** te bekomen en te behouden, moet de patiënt zijn levensstijl en voedingsgewoonten aanpassen en zich langdurig laten opvolgen. Veel patiënten zijn vandaag hiervan echter onvoldoende op de hoogte. Ze zien de ingreep te vaak als een snelle oplossing,

en velen komen niet naar de follow-up afspraken. Er blijken ook **grote verschillen** te bestaan in de manier waarop de Belgische centra voor bariatrische chirurgie hun patiënten **voorbereiden op de ingreep en hoe ze na de ingreep zorg aanbieden.**

- Om ongewenste variatie in de toekomst te beperken zou een nationaal **consensusdocument** moeten worden opgesteld door de beroepsorganisaties bariatrische chirurgie. Dit moet een opsomming van **de belangrijkste interventies voor de multidisciplinaire pre- en post-operatieve zorg bevatten.** Elk bariatrisch centrum kan, op basis van dit nationale standaard-zorgpad, zorgpaden uitrollen die aangepast zijn aan de lokale context. De multidisciplinaire nazorg wordt trapsgewijs verleend, en is aangepast aan de toestand van de patiënt en de mate waarin hij zelf zijn zorg kan beheren.
- De **nazorg** door het bariatrisch centrum zou **minstens 2 jaar** moeten duren voor elke patiënt, tenzij blijkt dat verdere opvolging en/of een intensievere en/of specifieke nazorg door het multidisciplinaire team nodig blijft, of opnieuw nodig wordt.

- **Bijna alle acute Belgische ziekenhuizen** voeren bariatrische ingrepen uit, maar niet allemaal even veel. Sommige hebben er jaarlijks maar 3, andere meer dan 800 (gemiddelde over 3 jaar). Wanneer het aantal operaties per centrum te laag is daalt de kans dat er voldoende multidisciplinaire expertise binnen het domein van bariatrie aanwezig is.
  - Om multidisciplinaire expertise te waarborgen zou bariatrische chirurgie moeten worden beperkt tot **centra en chirurgen die de minimale volumedrempels** bereiken. Voor een bariatrisch centrum bedraagt dit jaarlijks 100 bariatrische chirurgische ingrepen (per ziekenhuissite), en een centrum moet minstens twee chirurgen hebben, die jaarlijks elk minimaal 25 bariatrische ingrepen uitvoeren.
- In elk bariatrisch centrum zou een **coördinator** moeten worden aangesteld, die o.a. een aanspreekpunt is voor patiënten, het multidisciplinaire overleg en de informatiesessies organiseert, nagaat of de patiënten de follow-up afspraken nakomen,….
- Verschillende strategieën moeten gevolgd worden om de **betrokkenheid van de patiënt bij de nazorg te vergroten**. Naast het werken met een coördinator stellen we voor:
  - Een programma aan te bieden bestaande uit: educatie en coaching ter ondersteuning van gedragsaanpassingen zowel individueel als in groep, organisatie lotgenoten contacten, aanbieden van p*raktische hulpmiddelen* ter ondersteuning bij de follow-up en bij het volhouden van de nodige gedragsveranderingen (bv. dagboek over de dagelijkse voedselinname, app voor de smartphone) en het gebruik van *digitale communicatiemiddelen* (bv. video of telefonisch contact, ...) als aanvulling op de follow-up raadplegingen
  - Incentieven voor patiënten die de follow-up afspraken nakomen (bv. gratis vitamines)
  - *Ervaringsdeskundigen* betrekken bij de uitwerking van lokale zorgpaden.
- Het KCE stelt voor om de zorg omtrent voor bariatrische chirurgie te **financieren met conventies**. Het forfaitaire bedrag dekt de niet-medische raadplegingen met zorgverleners (waaronder een minimaal aantal

raadplegingen met een psycholoog en diëtist), het multidisciplinaire overleg, incentieven voor patiënten, ingeven van data voor het bariatrisch register en de diensten van de coördinator. Raadplegingen met diëtisten en psychologen worden in de literatuur aanbevolen maar momenteel in België niet terugbetaald via de ziekteverzekering.

- **Het doel is om met die conventies bariatrische chirurgie te beperken tot centra met een multidisciplinair team met gespecialiseerde expertise** in bariatrische chirurgie en obesitas. Dit team is verantwoordelijk voor de selectie en nazorg van patiënten. Deze nazorg wordt minstens 2 jaar voor alle, en tot 5 jaar voor sommige patiënten aangeboden, steeds in samenwerking met de eerstelijnszorg. Aan de eerste lijn bieden deze bariatrische centra opleidingen en praktische (elektronische) hulpmiddelen aan.
- **De chirurgische ingreep en de medische raadplegingen worden nog steeds vergoed per prestatie of via globaal prospectieve bedragen voor laagvariabele zorg**, maar enkel wanneer ze worden uitgevoerd in centra waarmee een conventie werd afgesloten EN door chirurgen met een specifieke expertise in bariatrische chirurgie (minstens twee per centrum).
- Voor **huisartsen** dient een nomenclatuurtarief uitgewerkt te worden, om hen te vergoeden voor de tijd die ze spenderen aan het multidisciplinair overleg.

- Vandaag zijn ziekenhuizen die bariatrische chirurgie uitvoeren, wettelijk verplicht om de gegevens voor het formulier voor de ziekenfondsen, ook in een register te bewaren. In zijn huidige vorm is dit **register echter ongeschikt voor onderzoeks- of beleidsdoeleinden**, want de gegevens moeten niet in een centraal register worden gedeeld en de gegevensverzameling is niet uniform. Bovendien toonde een recente audit aan dat 32% van de gecontroleerde ziekenhuizen dit register niet heeft.
  - Deze wettelijke verplichtingen zouden moeten worden gewijzigd, zodat elk centrum (dat voldoet aan de conventiecriteria) verplicht is deel te nemen aan een **nationaal, uniform register voor bariatrische chirurgie (met publieke financiering)**, naar het model van Zweden en Nederland. Het register wordt bijgehouden voor alle patiënten vanaf de eerste bespreking in het multidisciplinair overleg (dus de geopereerde en niet-geopereerde patiënten), tot 5 jaar na de operatie (minimaal 1 keer per jaar). De gegevensregistratie heeft tot doel om proces- en uitkomstindicatoren te ontwikkelen en te monitoren om zo het zorgaanbod te gaan evalueren en bijsturen. Op termijn moeten ze ook publiek bekend worden gemaakt.

SYNTHESE

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD **1**
KERN BOODSCHAPPEN **3**
SYNTHESE **6**
1 INLEIDING EN DOELSTELLING VAN DE STUDIE **8**
1.1 ACHTERGROND 8
1.1.1 Wat is obesitas? 8
1.1.2 Wereldwijde toename 8
1.1.3 Hoe behandelen? 8
1.2 DOELSTELLING VAN DE STUDIE 9
1.3 HOE GINGEN WE TE WERK? 9
2 BARIATRISCHE CHIRURGIE IN BELGIË: DE HUIDIGE SITUATIE **10**
2.1 INGREEP TERUGBETAALD ONDER BEPAALDE VOORWAARDEN 10
2.2 EÉN OP 100 BELGEN ONDERGING REEDS EEN BARIATRISCHE INGREEP 10
2.3 BARIATRISCHE CHIRURGIE IN BIJNA ALLE ACUTE ZIEKENHUIZEN UITGEVOERD, MAAR GROTE VARIABILITEIT 11
3 VERBETERVOORSTELLEN VOOR DE ORGANISATIE EN FINANCIERING VAN BARIATRISCHE ZORG IN BELGIË **12**
3.1 INLEIDING 12
3.2 TOEGANG VAN DE PATIËNT TOT BARIATRISCHE CHIRURGIE 12
3.2.1 Wettelijke voorwaarden voor terugbetaling vandaag onvoldoende 12
3.2.2 Verplicht voorafgaand face-to-face multidisciplinair overleg 12
3.3 HET CENTRUM VOOR BARIATRISCHE CHIRURGIE 14
3.3.1 Multidisciplinaire benadering: niet alleen vóór de ingreep, maar ook tijdens de nazorg 14
3.3.2 Een nationaal standaard zorgpad ontwikkelen 17

3.3.3 Minimaal aantal ingrepen 19
3.4 BETROKKENHEID VAN DE EERSTE LIJN 22
3.4.1 Aantal bariatrische patiënten per huisartsenpraktijk beperkt, maar stijgend 22
3.4.2 Huisartsen in België en het buitenland worden vaak niet of enkel beperkt betrokken 22
3.4.3 Eerste lijn kan een belangrijke rol spelen 23
3.4.4 Huidige belemmeringen om de eerste lijn te betrekken bij bariatrische chirurgie 23
3.4.5 Samenwerking tussen bariatrisch centrum en eerstelijnszorg versterken 23
3.5 BETROKKENHEID EN ENGAGEMENT VAN DE PATIËNT 25
3.5.1 Vóór de operatie: goede voorbereiding en geïnformeerde toestemming van de patiënt nodig 25
3.5.2 Na de operatie: hoge uitval 26
3.5.3 Hoe de motivatie van de patiënt na de ingreep verhogen? 27
3.6 FINANCIERING VAN DE BARIATRISCHE ZORG DOOR DE ZIEKTEVERZEKERING 29
3.6.1 Raadplegingen bij een psycholoog of diëtist niet terugbetaald 29
3.6.2 Betaling van een forfaitair bedrag, via een conventie 29
3.6.3 Huisarts 29
3.6.4 Reconstructieve chirurgie 30
3.7 REGISTER VOOR BARIATRISCHE CHIRURGIE 31
3.7.1 De huidige verplichting is grotendeels onvoldoende 31
3.7.2 Nood aan een verplicht, nationaal register 31
3.7.3 Nederland en Zweden als voorbeeld 32
■ **AANBEVELINGEN 34**
■ **REFERENTIES 41**

1 INLEIDING EN DOELSTELLING VAN DE STUDIE

1.1 Achtergrond

1.1.1 Wat is obesitas?

Obesitas of zwaarlijvigheid is een aandoening waarbij vet zich ophoopt in het lichaam tot op een punt waarop het de gezondheid kan schaden. Obesitas verhoogt het risico op allerlei ziekten, zoals diabetes, hart- en vaatziekten, artrose, sommige vormen van kanker, en ook op vroegtijdig overlijden. Het gaat bovendien gepaard met stigmatisering en heel wat psychisch lijden.

Om na te gaan of iemand obees is, wordt vaak de Body Mass Index (BMI) gebruikt. Daarbij wordt het gewicht in kilogram gedeeld door de lengte in vierkante meters (m²). BMI wordt uitgedrukt in kg per m².

$$\text{BMI} = \text{gewicht (kg)} / (\text{lengte (m)} \times \text{lengte (m)})$$

Bij volwassenen beschouwt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een BMI van 25 tot 29,9 als overgewicht, en een BMI van ≥30 als obesitas. Dit wordt verder opgedeeld in ernstige obesitas (BMI ≥35) en morbide obesitas (BMI ≥40).

1.1.2 Wereldwijde toename

Vandaag heeft 33,4% van de volwassenen in België overgewicht (BMI van 25 tot 29,9) en is 16% zwaarlijvig (BMI ≥30). Dit aandeel neemt elk jaar toe, net zoals in de meeste andere landen van de wereld.

1.1.3 Hoe behandelen?

Overgewicht en obesitas kunnen in het algemeen worden voorkomen en behandeld door gezond en/of minder calorierijk te eten en door lichaamsbeweging. Deze maatregelen vormen de basisaanpak: ze zijn relatief goedkoop en het risico op ongewenste effecten is klein. Als met deze aanpak niet het gewenste effect wordt bereikt, kan het gebruik van geneesmiddelen worden overwogen, als aanvulling. Geneesmiddelen voor gewichtsverlies worden in ons land niet terugbetaald, en hebben tot op heden slechts een beperkte rol gespeeld.

Indien deze conservatieve behandeling niet de gewenste resultaten oplevert, kan een operatie voor gewichtsverlies, metabole en bariatrische chirurgie[a] genoemd, overwogen worden. Dit wordt meestal enkel aanbevolen aan personen met morbide (BMI ≥40) of ernstige obesitas (BMI ≥35) dit laatste in combinatie met bepaalde andere aandoeningen (bv. diabetes).

Uit de recente KCE-studie over de werkzaamheid, veiligheid en kosteneffectiviteit van bariatrische chirurgie (KCE-rapport 316, 2019)[1] bleek dat chirurgie effectiever is dan de conservatieve behandeling bij morbide obesitas en ernstige obesitas, in combinatie met andere aandoeningen. Aan de andere kant lost de ingreep niet alle problemen op, en is er een risico op complicaties en nevenwerkingen. Voor een succesvol, langdurig effect moet de patiënt zijn[b] voedingsgewoonten en gedrag (bv. meer lichaamsbeweging) namelijk levenslang aanpassen, en moet hij zich langdurig medisch, nutritioneel en psychologisch laten opvolgen. Hierover moet hij dan ook goed worden geïnformeerd, en hij moet een goede begeleiding krijgen, zowel vóór als na de ingreep.

[a] In dit rapport wordt voor de vlotte leesbaarheid steeds de term bariatrische chirurgie gebruikt

[b] Voor de vlotte leesbaarheid wordt in dit rapport steeds de mannelijke vorm gebruikt.

Het is ook belangrijk dat bariatrische of obesitas chirurgie beter bekend wordt bij het grote publiek. Vele bariatrische patiënten voelen zich gestigmatiseerd door hun obesitas, de mislukte pogingen om gewicht te verliezen en de beslissing om zich te laten opereren. Bariatrische chirurgie wordt door de omgeving immers vaak als een gemakkelijkheidsoplossing gezien. Dit heeft een negatieve invloed op hun zelfbeeld en zelfvertrouwen.

1.2 Doelstelling van de studie

Het hoofddoel van de huidige studie is het formuleren van aanbevelingen m.b.t. de organisatie en financiering van de zorg voor patiënten die bariatrische chirurgie ondergaan. De focus ligt daarbij op de zorg vóór de operatie (pre-operatieve zorg) en zorg na ontslag uit het ziekenhuis, inclusief de langdurige nazorg (post-operatieve zorg). De organisatie en financiering van de ziekenhuisopname valt buiten het bereik van deze studie. Ook het bestuderen van preventie en conservatieve behandeling van obesitas viel buiten het bereik. Dit dient, gezien het belang ervan in de aanpak van de obesitasepidemie, verder te worden uitgewerkt via vervolgonderzoek

1.3 Hoe gingen we te werk?

Verschillende elementen hebben bijgedragen tot het formuleren van verbetervoorstellen.

We beschrijven eerst de **huidige situatie van bariatrische chirurgie in België**, op basis van een analyse van de grijze literatuur en de administratieve databanken (Hoofdstuk 2 van het wetenschappelijk rapport).

Aan de hand van een kwalitatief onderzoek met patiënten, artsen en andere zorgverleners gingen we na welke d**e goede praktijken en positieve punten zijn, en met welke belemmeringen en uitdagingen** patiënten en zorgverleners te maken krijgen (Hoofdstuk 3 van het wetenschappelijk rapport).

Vervolgens analyseerden we de literatuur over zorgpaden en richtlijnen, om een beeld te krijgen **over wat internationaal, binnen dit domein, als goede praktijk beschouwd wordt** (Hoofdstuk 4 van het wetenschappelijk rapport).

We evalueerden ook de **praktijken in een aantal landen** (Engeland, Frankrijk, Zweden en Nederland) en voerden een gericht literatuuronderzoek uit (over de **relatie volume-uitkomsten en therapietrouw bij de nazorg en de follow-up afspraken)** (Hoofdstuk 5 van het wetenschappelijk rapport).

Het wetenschappelijke bewijs om de organisatie en betaling van bariatrische chirurgie te ondersteunen is vrij beperkt. Uit onze analyse van buitenlandse voorbeelden blijkt dat ook andere landen hiermee worstelen. Op basis van al deze hoofdstukken en een analyse van Belgische beleidsmechanismen in andere domeinen van de gezondheidszorg (bv. conventies), formuleerden we eerste voorstellen om de organisatie en financiering van zorg binnen het domein bariatrische heelkunde te verbeteren. **Deze werden samen met de resultaten van de analyse van het beschikbare bewijs voorgelegd aan stakeholders en experten** (bariatrisch chirurgen en andere zorgverleners betrokken bij bariatrische chirurgie zoals diëtisten, psychologen, verpleegkundigen, endocrinologen, huisartsen) en aan vertegenwoordigers van de betrokken overheidsinstellingen en patiënten. De manier waarop we dit deden, wordt beschreven in Hoofdstuk 6 van het wetenschappelijke rapport).

Op basis van dit alles formuleerden we aanbevelingen voor een betere financiering en zorgorganisatie.

2 BARIATRISCHE CHIRURGIE IN BELGIË: DE HUIDIGE SITUATIE

2.1 Ingreep terugbetaald onder bepaalde voorwaarden

Sinds 2007 wordt bariatrische chirurgie in ons land terugbetaald. Hiervoor moet wel aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- Volwassenen (≥18 jaar) met een BMI ≥40 OF
- Volwassenen (≥18 jaar) met een BMI ≥35, met één van de volgende aandoeningen:
  - Diabetes behandeld met medicatie;
  - Therapieresistente hypertensie (d.w.z. >140/90 mmHg, ondanks behandeling van minstens 1 jaar, met gelijktijdig gebruik van minstens 3 antihypertensiva);
  - Obstructieve slaapapneu (OSAS);
  - Revisionele operatie na een complicatie of onvoldoende effect van een voorgaande bariatrische operatie.

Bovendien moet:

- de patiënt gedurende minstens 1 jaar een gedocumenteerd dieet hebben gevolgd, zonder blijvend succes;
- er een multidisciplinair overleg zijn gehouden met, naast de chirurg, minstens één internist en een klinisch psycholoog of een psychiater. Het rapport van dit overleg, met een gezamenlijke verklaring over de indicatie voor een operatie, moet worden ondertekend door minstens drie van deze specialisten. Dit rapport zit samen met het gedocumenteerde dieet in het medisch dossier van de patiënt.
- er een register worden bijgehouden door de ziekenhuizen waarin inhoud notificatieformulier adviserend arts ziekenfonds wordt opgenomen.

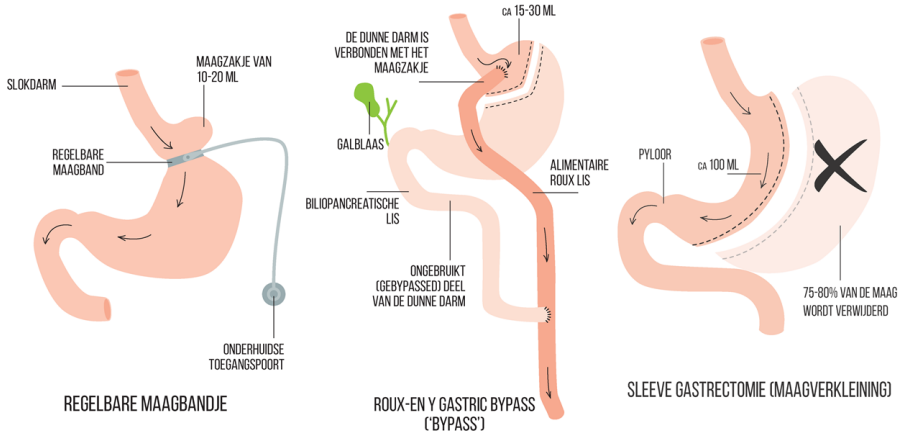
2.2 Eén op 100 Belgen onderging reeds een bariatrische ingreep

Tussen 2007 en 2017 ondergingen in ons land 106 679 patiënten een bariatrische ingreep. Dit komt neer op ongeveer 1% van de Belgische bevolking. Het aantal werkelijk uitgevoerde procedures ligt zelfs hoger, want verschillende centra behandelen ook een aanzienlijk aantal buitenlandse patiënten (o.a. uit Nederland, Frankrijk en Engeland). Ook worden bij deze cijfers de heringrepen niet meegeteld.

Bariatrische chirurgie nam de afgelopen jaren in ons land systematisch toe. In 2017 werden er ongeveer 13 000 (eerste) bariatrische ingrepen uitgevoerd. Dit komt overeen met een stijging van bijna 80% tegenover 7 jaar voordien. Er is een grote geografische variatie: in Wallonië worden meer bariatrische ingrepen uitgevoerd dan in Vlaanderen en Brussel.

In België worden vooral de Roux-en-Y gastric bypass (63%), (uit te spreken als ‘roo-en-wai’) en de sleeve gastrectomy (maagverkleining) (35%) uitgevoerd. Het gebruik van het regelbare maagbandje (LAGB) neemt echter af (nog maar in 1,3% van de gevallen), en de helft van deze ingrepen wordt in ons land door één enkele chirurg uitgevoerd (zie Figuur 1).

Figuur 1 – Bariatrische ingrepen: het regelbare maagbandje (LAGB), de Roux-en-Y gastric bypass en de maagverkleining



Deze ingrepen worden meer gedetailleerd beschreven in het eerste deel van deze studie, KCE-rapport 316 2019 .

2.3 Bariatrische chirurgie in bijna alle acute ziekenhuizen uitgevoerd, maar grote variabiliteit

Bijna alle acute Belgische ziekenhuizen voeren bariatrische ingrepen uit, maar niet allemaal even veel. Sommige hebben er[c] jaarlijks maar 3, andere meer dan 800 (gemiddelde over 3 jaar). 21 ziekenhuizen voeren meer dan de helft van alle ingrepen uit, met jaarlijks minstens 200 operaties. Ook is er variatie inzake type ingreep. In sommige ziekenhuizen voert men hoofdzakelijk één bepaalde ingreep uit (maagverkleiningen versus Roux-en-Y gastric bypasses) terwijl in andere ziekenhuizen beide ingrepen ongeveer evenveel worden uitgevoerd.

Er zijn 301 chirurgen die in 2014-2016 minstens één bariatrische ingreep uitvoerden. Bijna de helft van hen (131) voert 93% van al de ingrepen uit, met een gemiddelde van 25 of meer per jaar. Slechts 44 ziekenhuizen beschikken over minstens 2 chirurgen die elk dit aantal bereiken.

Zoals we in het volgende hoofdstuk zullen zien, bestaat er ook veel zorgvariabiliteit in de pre -en post-operatieve fase, inzake de duur van deze fasen, de verleende zorg, de betrokken zorgverleners, het aantal en de aanpak van de raadplegingen, de mate van samenwerking met de eerste lijn, enz.

[c] Primaire ingrepen, terugbetaald door de Belgische ziekteverzekering

3 VERBETERVOORSTELLEN VOOR DE ORGANISATIE EN FINANCIERING VAN BARIATRISCHE ZORG IN BELGIË

3.1 Inleiding

Op basis van de bevindingen uit de literatuurstudie, de analyse van buitenlandse voorbeelden, het kwalitatief onderzoek en de stakeholderbevraging formuleren we aanbevelingen, opgebouwd rond de volgende 6 pijlers:

- toegang tot bariatrische chirurgie (Sectie 3.2);
- centra voor bariatrische chirurgie (Sectie 3.3);
- betrokkenheid van de eerstelijnszorg (Sectie 3.4);
- geïnformeerde toestemming van de patiënt (Sectie 3.5);
- terugbetaling en financiering (Sectie 3.6);
- register voor bariatrische chirurgie (Sectie 3.7).

3.2 Toegang van de patiënt tot bariatrische chirurgie

3.2.1 Wettelijke voorwaarden voor terugbetaling vandaag onvoldoende

Momenteel moet een patiënt aan een aantal voorwaarden voldoen om in aanmerking te komen voor terugbetaalde bariatrische chirurgie (zie Sectie 2.1). De grote meerderheid van de geconsulteerde experten stemde er echter mee in om deze criteria strenger te maken. Ook verschillende internationale organisaties pleiten voor striktere voorwaarden. Dit is niet alleen nodig om na te gaan of de operatie al dan niet aangewezen is (bv. zijn er medische, psychologische of gedragsmatige contra-indicaties) maar het zou ook moeten helpen om patiënten beter voor te bereiden op de operatie en op het leven erna.

3.2.2 Verplicht voorafgaand face-to-face multidisciplinair overleg

3.2.2.1 Betrokkenheid van zorgverleners sterk verschillend

Om vandaag in aanmerking te komen voor terugbetaling, moet er vóór een bariatrische ingreep een multidisciplinair overleg plaatsvinden, waaraan naast de chirurg, minstens één internist en een klinisch psycholoog/psychiater deelnemen.

De manier waarop dit overleg plaatsvindt, verschilt sterk tussen de centra. In sommige vindt er voor elke patiënt een face-to-face **multidisciplinair overleg** plaats, terwijl dit in andere centra slechts voor een aantal patiënten gebeurt of enkel 'op papier' (i.e. de betrokken disciplines ondertekenen een formulier zonder echt overleg). Ook de betrokkenheid van de verschillende zorgverleners is verschillend:

- Zo heeft in sommige centra de **psycholoog** enkel een 'pro forma'-rol (ondertekening van het document), terwijl hij in andere centra meer een 'gate – keeper' is, waarbij bv. patiënten met psychosociale contra-indicaties van chirurgie uitgesloten worden. Soms wordt dit negatief advies echter door de chirurgen genegeerd. De psycholoog kan ook bepaalde psychologische en of gedragsproblemen voor de operatie aanpakken en een coachende en ondersteunende rol opnemen, om de patiënt maximaal voor te bereiden op het leven na de ingreep, maar dat is zeker niet altijd het geval.
- Alhoewel de internationale richtlijnen pleiten voor de betrokkenheid van **diëtisten,** en dit ook in de bestudeerde internationale voorbeelden een gangbare praktijk is, wordt dit in België niet wettelijk opgelegd (noch terugbetaald).
- Ook de betrokkenheid van **kinesitherapeuten** is variabel. In sommige centra bieden ze een programma aan om lichaamsbeweging te bevorderen, maar in de meeste is hun rol eerder beperkt.
- Verder betrekken de meeste bariatrische centra ook **huisartsen** niet actief bij dit overleg. Zo ontvangen ze vaak geen uitnodiging voor het multidisciplinair overleg en wordt hun advies over de bariatrische ingreep en de socio-economische en psychosociale context van hun patiënt meestal niet gevraagd. Dit wordt internationaal nochtans aanbevolen, maar zelden in de praktijk toegepast.

3.2.2.2 Betrokkenheid van de diëtist en advies van de huisarts

Uit het kwalitatief onderzoek bleek dat in sommige centra de huidige wettelijke criteria niet strikt worden nageleefd en ook wat worden 'opengerekt': sommige patiënten krijgen de raad om gewicht bij te komen, zodat ze aan de BMI-criteria voldoen. De huidige criteria moeten daarom niet enkel strikter worden opgevolgd, maar worden ook best uitgebreid. Zo vond het overgrote merendeel van de experten dat bij de beslissing voor bariatrische chirurgie voor elke patiënt **een face-to-face multidisciplinair overleg** (eventueel via een videoconferentie) verplicht zou moeten worden. Het merendeel van de experten steunde ook (een wettelijke verplichting tot) deelname van een **diëtist** en de **huisarts** aan dit overleg.

Bijna niemand had een probleem met betrekken van de huisarts op zich, want deze kent over het algemeen immers goed de medische, psychologische en socio-economische context van de patiënt, de geschiedenis van zijn obesitas en de eerdere pogingen om gewicht te verliezen. Toch vonden de experten dat er hiervoor teveel praktische belemmeringen waren, zoals gebrek aan tijd en soms ook motivatie van huisartsen, en patiënten die geen huisarts hebben. Ze stelden daarom voor om enkel het uitnodigen van de huisarts verplicht te maken, en om hen de keuze te laten om eraan deel te nemen, eventueel via videoconferentie of op basis van een schriftelijk verslag. De experten pleitten er ook voor om het advies van de huisarts niet bindend te maken, en om voor het overleg een vergoeding te voorzien, zoals voor het multidisciplinair oncologisch overleg.

Voorstel 1

Het KCE stelt voor om de huidige **wettelijke criteria** voor de terugbetaling van een bariatrische operatie te **behouden**, en om er **bijkomende voorwaarden** aan toe te voegen:

- Het **multidisciplinair overleg,** waarin wordt beslist over een bariatrische operatie, **wordt face-to-face** (eventueel via videoconferentie) gevoerd voor **elke patiënt**.
- Naast een bariatrisch chirurg, een internist/endocrinoloog/gastro-enteroloog, psycholoog/psychiater moet hieraan ook een **diëtist** van het bariatrisch centrum deelnemen.
- **Daarnaast moet de huisarts van de patiënt worden geraadpleegd (bij voorkeur de GMD-houdend huisarts),** over de voorgeschiedenis van de patiënt (bv. pogingen gewichtsverlies), zijn socio-economische situatie en zijn vermogen om de nazorg na te komen, **zonder dat zijn (eventueel schriftelijk) advies bindend is.**

Tijdens het besluitvormingsproces wordt de patiënt beschouwd als een **actieve partner** (niet noodzakelijk aanwezig tijdens het overleg).

Het KCE beveelt aan om het multidisciplinaire overleg, waarin het advies van elk teamlid en de huisarts besproken wordt, te **vergoeden**, evenals de pre-operatieve raadpleging(en) met diëtisten en psychologen (zie Sectie 3.6).

3.3 Het centrum voor bariatrische chirurgie

3.3.1 Multidisciplinaire benadering: niet alleen vóór de ingreep, maar ook tijdens de nazorg

3.3.1.1 Multidisciplinaire teams nu heel heterogeen samengesteld

De multidisciplinaire teams in de Belgische bariatrische centra zijn zeer heterogeen samengesteld. Sommige ziekenhuizen hebben zeer grote teams met bariatrisch chirurgen, endocrinologen, diëtisten, psychologen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen, allemaal met een specifieke expertise inzake bariatrische chirurgie. In andere ziekenhuizen zijn de teams veel kleiner of is er zelfs geen specifiek multidisciplinair team voor bariatrische patiënten.

De buitenlandse voorbeelden tonen aan dat het multidisciplinaire kernteam zou moeten bestaan uit minstens 2 bariatrisch chirurgen (om de zorgcontinuïteit te verzekeren), een endocrinoloog/internist/gastro-enteroloog, diëtist en psycholoog. Daarnaast moet dit kernteam beroep kunnen doen op andere disciplines (bv. kinesitherapeut met specifieke expertise in obesitas/bariatrie, andere medische disciplines) of kan het worden uitgebreid (bv. met een verpleegkundige gespecialiseerd in bariatrische zorg).

3.3.1.2 Coördinator noodzakelijk

De patiënten gaven aan dat ze ook behoefte hebben aan een vast aanspreekpunt, liefst een door hen gekende zorgverlener. Ook bijna alle experten stonden achter het idee van een **coördinator**. Deze kan het multidisciplinair overleg organiseren, huisartsen contacteren, aanspreekpunt voor de patiënt zijn, informatiesessies organiseren, de aanwezigheid van patiënten op follow-up afspraken opvolgen en het register voor bariatrische chirurgie beheren (zie Sectie 3.7). Sommige van deze taken vereisen een klinische achtergrond, terwijl andere meer administratief van aard zijn. Deze laatste taken kunnen door de coördinator worden gedelegeerd aan administratieve medewerkers.

3.3.1.3 Momenteel heel uiteenlopende nazorg

Uit de interviews met patiënten en zorgverleners en een recente audit (Audit Ziekenhuizen: Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en gezondheidsproducten – FAGG, de FOD Volksgezondheid en het RIZIV) blijkt dat niet enkel de pre-operatieve zorg, maar ook de **nazorg vandaag heel variabel is** tussen de Belgische bariatrische centra. In sommige centra bestaat deze zorg enkel uit een medische opvolging door de bariatrische chirurg. En wanneer diëtisten of psychologen worden betrokken, richten deze zich vooral op de ‘technische aspecten’ van het dieet, in plaats van praktische tips en advies te geven en de patiënten te coachen om veranderingen in levensstijl te verkrijgen en te behouden. Patiënten geven aan dat ze hier nood aan hebben. Sommige centra blijken zelfs geen duidelijk georganiseerde nazorg aan te bieden.

Ook de duur van de nazorg en het aantal follow-up raadplegingen verschilt heel erg tussen de centra, en het is onduidelijk wanneer de nazorg moet worden overgedragen naar de huisarts.

Zoals reeds vermeld is het essentieel dat er aan de patiënt na de bariatrische ingreep een systematische en multidisciplinaire nazorg wordt verleend, met follow-up consultaties. Deze nazorg zou niet enkel de medische (vroegtijdig opsporen en behandelen van mogelijke bijwerkingen en complicaties, comorbiditeiten, medicatiebeheer, laboratoriumtesten), nutritionele en psychologische aspecten van de zorg (bv. therapie, indien nodig) mogen inhouden. Ook opleiding, coaching, gedragstherapie en –ondersteuning moet worden voorzien, zodat de patiënten hun levensstijl en voedingsgewoonten duurzaam kunnen aanpassen.

Volgens de richtlijnen, zorgpaden en de grote meerderheid van de experten **moet het multidisciplinaire team voor deze nazorg instaan**.

3.3.1.4 Minstens 2 jaar gespecialiseerde opvolging

Volgens de bestudeerde praktijkrichtlijnen en zorgpaden en de experten moet een bariatrisch centrum de patiënt gedurende **minstens twee jaar** na de ingreep opvolgen. In Engeland en Zweden volgen de bariatrische centra de patiënt gedurende twee jaar op, en dragen ze vervolgens de nazorg over aan de eerste lijn. Twee jaar moet echter worden beschouwd als een absoluut minimum, want vele problemen, zoals gewichtstoename en middelenmisbruik, doen zich vaak pas nadien voor. Daarom staan de Nederlandse bariatrische centra **gedurende 5 jaar in voor de gespecialiseerde nazorg**, in samenwerking met de eerste lijn.

In België kan, in een eerste fase, als minimumvoorwaarde een gespecialiseerde opvolging gedurende **minstens 2 jaar** worden overwogen voor alle patiënten. Het aantal follow-up raadplegingen moet worden afgestemd op de behoeften van de patiënt, maar tijdens het **eerste jaar moeten er minstens 4 raadplegingen** plaatsvinden, en **één of twee in het tweede jaar**. Na die twee jaar kan op basis van een assessment bepaald worden of de patiënt nog verder gespecialiseerde zorg nodig heeft (bv. jaarlijkse consultatie tot 5 jaar na de operatie, eventueel met bijkomende sessies bij psycholoog en/of diëtist, individueel of in groep) en of de nazorg aan de huisarts (bij voorkeur GMD-houdende huisarts) kan worden overgedragen. Ook in deze laatste situatie is het belangrijk dat bij specifieke problemen een snelle terug verwijzing naar het bariatrisch centrum plaatsvindt (bv. psychosociale problemen, behoefte aan extra voedingsondersteuning en -advies, complicaties, gewichtstoename). De huisarts moet dan ook over de nodige expertise (bv. navorming i.v.m. bariatrische chirurgie) en voldoende hulpmiddelen (bv. checklist met alarmsignalen) beschikken om deze problemen snel te detecteren.

Na de opstartfase van de conventie moet geëvalueerd worden of de minimum duur van twee jaar (voor alle patiënten) moet worden aangepast. Daarbij moet rekening worden gehouden met de internationale evoluties en de aanbevelingen hierover.

3.3.1.5 Samenwerking met centra voor conservatieve behandeling

In sommige landen werken de bariatrische centra verplicht samen met gespecialiseerde obesitascentra of met de eerste lijn. De intensiteit en het verplichte karakter van de samenwerking verschillen echter. In Engeland komen patiënten alleen in aanmerking voor bariatrische chirurgie na een gespecialiseerde conservatieve behandeling in een obesitascentrum en een doorverwijzing vanuit deze centra. Dit kan er echter, samen met een beperkt budget voor bariatrische chirurgie, mee de oorzaak van zijn dat bariatrische chirurgie er wordt onderbenut. Ook in Frankrijk waren er pogingen, in het kader van een nationaal obesitasplan, om de multidisciplinaire aanpak van obesitas te versterken door 'Centres Spécialisés de l'Obésité' (CSO) op te richten. Deze centra bieden een conservatieve behandeling van obesitas aan en werken vaak intensief samen met bariatrische centra. Dit gebeurde echter met wisselend succes, ook door onvoldoende duurzame financiering. In Nederland is de huisarts verantwoordelijk voor de conservatieve behandeling en verwijst hij door naar een bariatrisch centrum, zelf-verwijzers kent men er nagenoeg niet.

Ook in ons land zouden de bariatrische centra samenwerkingsovereenkomsten moeten afsluiten met o.a. de eerstelijnszorg en gespecialiseerde obesitascentra die een conservatieve behandeling aanbieden.

3.3.1.6 Reconstructieve chirurgie

Zowel op basis van de literatuur als op basis van de interviews met patiënten blijkt het hebben van huidoverschot na aanzienlijk gewichtsverlies een grote fysieke (bv. oncomfortabel, huidirritatie en infectie), psychosociale (bv. verlaagd zelfbeeld, sociaal isolement, depressieve gevoelens) maar ook financiële (beperkte terugbetaling van de reconstructieve chirurgie voor de huidcorrectie) impact te hebben. Patiënten geven aan dat ze hierover vóór de operatie onvoldoende werden geïnformeerd. De beperkte terugbetaling van reconstructieve heelkunde is een tekortkoming in het systeem die door veel patiënten en zorgverleners genoemd wordt. Het uitwerken van aangepaste terugbetalingsregels voor reconstructieve chirurgie na een bariatrische ingreep viel echter buiten het bereik van de huidige studie.

Voorstel 2

Het KCE stelt voor dat een **multidisciplinair kernteam** van een bariatrisch centrum minstens bestaat uit twee chirurgen, een internist, gastro-enteroloog of endocrinoloog, een diëtist en een psycholoog of psychiater.

Alle betrokken zorgverleners hebben een bewezen expertise (bv. navorming, kennisuitwisseling met zorgverleners uit andere centra, aantal consultaties met bariatrische patiënten) op het gebied van bariatrische chirurgie. Het multidisciplinaire team kan, indien de patiënt dit nodig heeft, **andere disciplines** binnen het ziekenhuis of het netwerk raadplegen of inschakelen:

- een kinesitherapeut met ervaring met obesitas/bariatrische chirurgie;
- artsen gespecialiseerd in psychiatrische en mentale aandoeningen indien geen psychiater tot het kernteam behoort (bv. eetstoornissen, middelenmisbruik en -verslavingen), gynaecologie, gastro-enterologie, cardiologie, pneumologie, enz.

De patiënt wordt beschouwd als een partner van het multidisciplinaire team, wat inhoudt dat hij, en eventueel zijn familie, actief betrokken wordt.

Het multidisciplinaire team heeft samenwerkingsovereenkomsten afgesloten (bv. inzake zorgpad, verwijzingspatronen, multidisciplinair overleg) met:

- de eerstelijnszorg;
- gespecialiseerde obesitascentra (binnen of buiten het eigen ziekenhuis; binnen het locoregionale ziekenhuisnetwerk) die een conservatieve behandeling aanbieden;
- een centrum (binnen of buiten het eigen ziekenhuis of binnen het locoregionale ziekenhuisnetwerk) waar plastische en reconstructieve chirurgie wordt uitgevoerd (bv. wegnemen van overtollige huid).

Voorstel 3

Het KCE stelt voor dat er in elk bariatrisch centrum een coördinator wordt aangesteld. Hij is lid van het kernteam (diëtist of psycholoog) of een extra teamlid (verpleegkundige gespecialiseerd in bariatrische zorg). Hij is een aanspreekpunt voor patiënten, organiseert het multidisciplinaire overleg en de informatiesessies, gaat na of patiënten naar de op follow-up afspraken komen, en is verantwoordelijk voor het register voor bariatrische chirurgie. Een deel van deze taken kan worden gedelegeerd aan administratieve medewerkers.

Het KCE beveelt aan dat de professionele organisaties die betrokken zijn bij bariatrische chirurgie (bv. BASO - Belgian Association for the Study of Obesity, BESOMS – the Belgian Section of Obesity and Metabolic Surgery, BBAHS - Belgian Bariatric Allied Health Society) samen hiervoor een functiebeschrijving opstellen.

Deze coördinator kan worden gefinancierd via een forfaitair bedrag, als onderdeel van een conventie (zie Sectie 3.6). Dit bedrag kan variëren tussen ziekenhuizen, afhankelijk van het aantal ingrepen en van de door hen behaalde aanwezigheidspercentages van patiënten op de follow-up raadplegingen (indicator op basis van bariatrisch register).

Voorstel 4

De nazorg door het bariatrisch centrum duurt minstens 2 jaar voor alle patiënten. Tenzij uit een assessment blijkt dat verdere opvolging (bv. jaarlijkse consultatie) en/of een intensievere en/of specifieke nazorg door het multidisciplinaire team van het bariatrisch centrum nodig blijft of opnieuw nodig wordt. **Een deel van de patiënten** zal dan ook gedurende een periode van ongeveer **5 jaar intensiever door het bariatrisch centrum opgevolgd blijven worden.**

In een later stadium kan deze minimumduur voor de nazorg, na evaluatie, nog worden aangepast.

3.3.2 Een nationaal standaard zorgpad ontwikkelen

3.3.2.1 Consensus over minimale belangrijke zorgvereisten pre- en post-operatief nodig

Zoals reeds gezegd, is de pre-en post-operatieve zorg bij bariatrische chirurgie in ons land zeer variabel. Uit het huidige onderzoek bleek dat er behoefte is aan een zorgpad, waarin de minimale, belangrijke interventies worden vastgelegd.

De huidige richtlijnen en zorgpaden zijn grotendeels op consensus gebaseerd, omdat voor de meeste interventies betrouwbaar bewijs ontbreekt. De experten waren het er volledig mee eens dat ook voor België een consensus over de meest belangrijke interventies vereist is. Het bereiken van deze consensus is een opdracht voor de Belgische beroepsorganisaties voor bariatrische chirurgie (BASO, BESOMS, BBAHS,…) in samenwerking andere beroepsverenigingen (bv. wetenschappelijke en beroepsverenigingen huisartsen, internisten, kinesitherapeuten, diëtisten, psychologen, verpleegkundigen) en patiëntenverenigingen. Hun proces kan voortbouwen op Hoofdstuk 4 van het wetenschappelijk rapport, dat de bestaande richtlijnen en zorgpaden samenvat.

3.3.2.2 Zorg op maat

De richtlijnen stellen een trapsgewijze aanpak voor. Dit betekent dat de frequentie en intensiteit van de nazorg moet afhangen van het type operatie, de gezondheidstoestand en de behoeften van de patiënt, maar wel een minimaal aantal interventies moet omvatten. In de richtlijnen en zorgpaden bestaat er reeds consensus dat het multidisciplinaire team het eerste jaar na de ingreep minstens 4 follow-up raadplegingen moet voorzien, met het eerste contact 2-4 weken na de ingreep. In functie van de noden kan de frequentie en intensiteit opgehoogd worden.

Voorstel 5

Het KCE stelt voor dat de beroepsorganisaties voor bariatrische chirurgie (BASO, BESOMS, BBAHS) een **nationaal consensusdocument** opstellen, in samenwerking met andere beroepsverenigingen, met daarin een opsomming van de belangrijkste interventies voor de multidisciplinaire pre- en post-operatieve zorg. Dit consensusdocument kan de literatuurstudie (na een update) in het kader van deze studie (Hoofdstuk 4 van het wetenschappelijk rapport) nemen als startpunt.

De frequentie en intensiteit van de raadplegingen moeten worden aangepast aan het type operatie en de behoeften/comorbiditeiten van de patiënt, maar ze moeten minstens het volgende omvatten:

Pre-operatief:

- Assessment:
  - Medisch:
    - gewicht, lengte (BMI);
    - historiek inzake aanpak gewichtsverlies, aanpassingen levensstijl en de daarvoor geraadpleegde zorgverleners;
    - comorbiditeiten;
    - medische redenen om patiënten uit te sluiten voor een operatie;
    - verslavingsproblematiek zoals alcohol en drugs;
    - medicatiegebruik;
    - nagaan of de patiënt de aanbevolen kankerscreenings heeft gehad
    - klinische labotesten: volledig bloedbeeld, stollingsstoornissen, albumine /prealbumine, bepaalde mineralen en vitamines, PTH, glucose, lever- en niertesten, en zwangerschapstesten voor alle vrouwen op vruchtbare leeftijd
    - een aantal medisch-technische onderzoeken, indien geïndiceerd

- Nutritioneel: bv. identificatie eetstoornissen, tekorten macro- en micronutriënten, capaciteit om te kauwen, enz.
- Psychologisch: bv. ernstige geestelijke gezondheidsproblemen, kwetsbaarheid, enz.

- Bijkomende consultaties met medisch specialisten, afhankelijk van patiëntenkenmerken en comorbiditeiten.

Het programma van het multidisciplinaire team, om de patiënt voor te bereiden op de operatie, bestaat minstens uit de volgende componenten:

- Informatie aan de patiënt en diepgaande discussie tussen de chirurg/het multidisciplinaire team en de patiënt (en zijn naasten, indien aangewezen) over chirurgische opties, risico's en voordelen, nood aan aanpassingen levensstijl, de noodzaak van het bijwonen van de follow-up raadplegingen en de financiële implicaties voor de patiënt; geïnformeerde toestemming gedocumenteerd in het patiëntendossier.
- Verschillende vormen van educatie (bv. individueel onderhoud tussen patiënt en zorgverlener, groepsessies met andere bariatrische patiënten, brochures, enz.) met specifieke ondersteuning voor patiënten met cognitieve moeilijkheden.
- Nutritioneel en dieetadvies op maat van de patiënt, en de patiënt ondersteunen bij het verbeteren van eet- en voedingsgewoonten.
- Aanzetten tot regelmatige lichaamsbeweging, aangepast aan de cardiovasculaire- en musculoskeletale toestand van de patiënt, zijn levensstijl en voorkeuren.
- Rookstopbegeleiding (minstens 6 weken vóór de operatie stoppen met roken) en onthouding van alcohol bij verslavingsproblematiek (minstens één jaar voor de operatie stoppen met alcohol)
- Ondersteuning door psycholoog/psychiater gespecialiseerd in bariatrische chirurgie en obesitas: behandeling van reeds bestaande problemen en/of vergroten van de motivatie en versterken van het vermogen van de patiënt om de noodzakelijke veranderingen na de operatie (nutritioneel, gedrag, psychologisch) te kunnen doorvoeren.
- Aanpak van comorbiditeiten om het risico van de chirurgische ingreep te beperken: diabetes, hypothyroïdie, hyperlipidemie, obstructieve slaapapneu, diepe veneuze trombose.

- Gynaecologisch advies: bv. fertiliteit (kan stijgen na ingreep), zwangerschap (te vermijden tot 12-18 maanden na de ingreep) en contraceptie.

Post-operatief: De multidisciplinaire nazorg omvat minstens 4 raadplegingen tijdens het eerste jaar na de ingreep, twee in het tweede jaar, en een jaarlijkse raadpleging vanaf het derde jaar. De frequentie en intensiteit van deze raadplegingen moeten worden aangepast aan het type operatie en de behoeften/comorbiditeiten van de patiënt, maar ze moeten minstens het volgende omvatten:

- Assessment:
  - Medisch, bv.:
    - gewicht, lengte (BMI),
    - comorbiditeiten,
    - complicaties,
    - kwaliteit van leven
    - gebruik van geneesmiddelen
    - laboratoriumtesten: volledig bloedbeeld, albumine/prealbumine, bepaalde mineralen en vitamines, PTH, glucose, lever- en niertesten),
    - meten van botdensitometrie (DEXA)
  - Voedingsgewoonten: bv. dieet, inname van vitamines en mineralen, therapietrouw gedragsveranderingen, impact op dagelijkse leven en welzijn
  - Lichaamsbeweging en dagelijkse activiteiten
  - Psychologisch: bv. screening op problemen met zelfbeeld, depressie, verslavingsproblematiek, motivatieproblemen,…

De multidisciplinaire nazorg wordt trapsgewijs verleend, en is aangepast aan de toestand van de patiënt en de mate waarin hij in staat is zelf zijn zorg te beheren. Indien nodig, kunnen de volgende bijkomende interventies worden uitgevoerd:

- Opleiding/coaching/gedragstherapie, bv. de patiënt ondersteuning bieden bij het aanpassen van de voedingsgewoonten.
- Specifieke ondersteuning voor meer lichaamsbeweging en –oefeningen (bv. groepssessies met ondersteuning van kinesitherapeut)
- Voedingsadvies: bv. eiwitinname, inname vitamine- en mineraalsupplementen (minimaal vitamine B1, B9, D, calcium, ijzer, zink, koper en selenium)
- Psychologische ondersteuning: bv. werken aan het zelfbeeld, post-operatieve alcohol-/drugsverslaving, depressie, risico op zelfdoding, motivatie
- Opvolging geneesmiddelenbeleid: bv. medicatie aangepast aan gevolgen ingreep (bv. malabsorptie)

Gynaecologische opvolging: preconceptie advies en advies tijdens zwangerschap over voedingssupplementen en specifieke dieetvereisten, nutritionele opvolging en vitamine- en mineralensupplementen

3.3.3 Minimaal aantal ingrepen

3.3.3.1 Verband tussen aantal ingrepen (volume) en uitkomsten

Zoals we hebben gezien (Sectie 2.3) is het jaarlijkse aantal bariatrische ingrepen in de Belgische ziekenhuizen en door chirurgen zeer variabel, terwijl de meerderheid van de studies aantoont dat er een verband is tussen de ervaring van een centrum en de chirurg, en de uitkomsten voor de patiënt (sterfte, complicaties,…). Met andere woorden, hoe meer ingrepen een centrum en een chirurg uitvoeren, hoe minder kans op sterfte of complicaties tijdens of na de operatie. De literatuur[2,3] toont aan dat een kritisch aantal patiënten per jaar vereist is, wat bevestigd wordt door nagenoeg alle geconsulteerde experten. Volumedrempels zijn gestoeld op twee belangrijke argumenten: 'oefening baart kunst' en de noodzaak van een 'toegewijd multidisciplinair team'. Een meta-analyse toonde aan dat een drempelwaarde van ≥100 ingrepen per ziekenhuis en ≥25 ingrepen per chirurg[d] significant geassocieerd was met betere uitkomsten.[2] Deze meta-analyse groepeerde de resultaten van studies uit een periode waarin complicaties nog frequenter voorkwamen. Daarom hebben we ook gekeken naar meer recentere primaire studies. Deze studies gebruikten verschillende drempelwaarden (vaak hoger dan deze uit de meta-analyse) Ook in de meerderheid van deze studies (drempelwaarden op ziekenhuisniveau: 7 van de 10 studies; drempelwaarden per chirurg: 5 van de 5 studies) werd een volume-outcome relatie vastgesteld. [4-14]

[d] <25 ingrepen per chirurg (laag-volume); ≥50 ingrepen per chirurg (hoog-volume)

3.3.3.2 *Volumedrempels om de zeer kleine centra uit te sluiten en multidisciplinaire teams op te zetten*

In het buitenland zijn er voorbeelden van verplichte en vrijwillige volumedrempels. **Nederland** hanteert de hoogste minima: elk van de 18 bariatrische centra moet minimaal 200 ingrepen per jaar uitvoeren. Bovendien moet elk centrum minstens twee chirurgen hebben, die jaarlijks elk minstens 30 bariatrische ingrepen (Roux-en-Y bypass en/of gastric sleeve) uitvoeren. Deze drempelwaarde werd gefaseerd ingevoerd. Tijdens de eerste drie jaar werd een minimum van 100 ingrepen per centrum gevraagd. **Engeland** legde ook volumedrempels vast: 100 ingrepen per centrum en 50 per chirurg. Toch is in de praktijk enige flexibiliteit toegestaan, om te voorkomen dat het toch al lage aantal bariatrische ingrepen (i.e. In Engeland werd onderzorg vastgesteld) niet verder daalt. In **Zweden** en **Frankrijk** zijn er geen verplichte minima. Wel wil men er het aantal ingrepen per centrum verhogen. Een recente Franse studie stelt namelijk vast dat centra met meer dan 200 interventies per jaar betere uitkomsten behalen.[5]

Ondanks de hogervermelde studies en de buitenlandse voorbeelden, blijft het vastleggen van een exacte volumedrempel enigszins een arbitraire oefening maar het staat vast dat een multidisciplinair team niet voldoende expertise kan opbouwen als het een te klein aantal patiënten heeft.

Daarom beveelt het KCE een **minimaal jaarlijks aantal van 100 ingrepen per ziekenhuis en 25 per chirurg** aan. Hierover was grote overeenstemming tussen de experten. Terwijl ziekenhuizen een minimaal aantal ingrepen per site moeten bereiken, kan een chirurg het vereiste volume behalen door op verschillende sites ingrepen uit te voeren.

Ook moet worden bepaald op welke manier het volume wordt berekend. Naast primaire ingrepen worden immers ook re-interventies uitgevoerd. Aangezien re-interventies meer tijdrovend zijn, kan dit het totale volume verlagen, want er is dan minder tijd voor primaire interventies. Het aantal revisies is hoog (naar schatting 5-20%)[1] Er zijn zelfs centra die meer re-interventies dan primaire ingrepen uitvoeren, omdat ze als referentiecentrum fungeren (bv. centra die complexe re-interventies uitvoeren die niet kunnen worden uitgevoerd door het ziekenhuis waar de primaire interventie plaatsvond). Het opvolgen van re-interventies (gelinkt aan centrum waar primaire ingreep werd uitgevoerd) als kwaliteitsindicator is aangewezen. Om te beletten dat de volume-criteria te vaag zijn lijkt het aangewezen om enkel step-up re-interventies (bv. van sleeve naar bypass of van maagbandje naar sleeve) in aanmerking te nemen voor het volume-criterium.

3.3.3.3 *Overgangsperiode is aangewezen*

Een overgangsperiode van bv. max. 3 jaar is alleszins aangewezen. In die tijd kan een **chirurg**, die vandaag het vereiste volume niet behaalt, zich aansluiten bij een ervaren team met minstens twee chirurgen, die reeds het vereiste volume behalen. Op die manier kan hij ervaring opdoen en de drempel bereiken.

Ziekenhuizen van hetzelfde locoregionale netwerk (zie Tekstvak 1) kunnen afspreken in welk ziekenhuis (en site) zij een bariatrisch centrum met voldoende volume zullen vestigen. Hierbij moet ook rekening worden gehouden met andere criteria (toegankelijkheid, aanwezigheid van een multidisciplinair team met de nodige expertise, overeenkomsten met de eerstelijnszorg). Het groot aantal ingrepen in combinatie met het belang van gespecialiseerde follow-up gedurende 2 (tot 5) jaar duidt erop dat ‘bariatrische centra’ bij uitstek een locoregionale zorgopdracht is. Dit betekent dat een locoregionaal netwerk dit op één (of meerdere) van zijn ziekenhuissites zou kunnen aanbieden, als op elke site aan de minimumcriteria wordt voldaan (bv. volume, multidisciplinair team). In elk geval is een opvolging van de zorgkwaliteit, door middel van kwaliteitsindicatoren op basis van een register nodig (zie Sectie 3.7) en kan mede op basis daarvan, in de toekomst, een bijsturing van de drempelwaarden nodig blijken.

Tekstvak 1 – Locoregionale en supraregionale netwerken

In 2015 startte de minister van Volksgezondheid een hervorming van het ziekenhuislandschap om de taakverdeling tussen ziekenhuizen te verbeteren (bv. concentratie van complexe zorg of dure technologieën in een beperkter aantal ziekenhuizen) en het aanbod van de algemene ziekenhuisdiensten te rationaliseren. In het begin van 2019 werd een wet gestemd die ziekenhuizen ertoe verplicht om vanaf 2020 deel uit te maken van een locoregionaal ziekenhuisnetwerk. Deze netwerken (max. 25 voor het volledige Belgische grondgebied) moeten afspraken maken over de vestiging van algemene ziekenhuisdiensten, zoals kraamafdelingen, pediatrische diensten, spoedafdelingen, enz. Bovendien bepaalt de wet dat voor bepaalde diensten (bv. complexe kankers, complexe oncologische chirurgie) de locoregionale ziekenhuisnetwerken afspraken moeten maken met referentieziekenhuizen binnen of buiten het netwerk. Dit zijn de zogenaamde supraregionale samenwerkingen.

Voorstel 6

Om voldoende multidisciplinaire expertise te voorzien bij de indicatiestelling, bij de voorbereiding van de patiënt op de ingreep en bij de bariatrische ingreep zelf, en om een langdurige, veilige nazorg te garanderen, stelt het KCE voor om bariatrische chirurgie te beperken tot centra en chirurgen die de minimale volumedrempels halen:

- **de bariatrische centra moeten jaarlijks minimaal 100 door de ziekteverzekering vergoede bariatrische chirurgische ingrepen, met bijhorend zorgtraject, uitvoeren;**
- **elk bariatrisch centrum moet minstens twee chirurgen hebben, die jaarlijks elk minimaal 25 door de ziekteverzekering vergoede bariatrische ingrepen uitvoeren;**

De volumedrempels moeten per ziekenhuissite worden bereikt. De volumedrempels per chirurg worden berekend op basis van het aantal uitgevoerde operaties, eventueel op verschillende ziekenhuislocaties. Zowel primaire interventies als re-interventies (behalve het verwijderen van maagbandjes) worden meegeteld voor de volumedrempel.

In het kader van de locoregionale ziekenhuisnetwerken moeten afspraken worden gemaakt over welke ziekenhuissite(s) bariatrische ingrepen zal/zullen uitvoeren. Hierbij moet ook rekening worden gehouden met de beschikbaarheid van de multidisciplinaire expertise (bv. psychologen, diëtisten) en bereikbaarheid voor de patiënten.

Tijdens de opstartfase (max. jaar 3) moet de mogelijkheid worden geboden om caseloads van ziekenhuissites samen te voegen, om de volumedrempels te bereiken.

3.4 Betrokkenheid van de eerste lijn

3.4.1 Aantal bariatrische patiënten per huisartsenpraktijk beperkt, maar stijgend

Het aantal bariatrische patiënten per huisarts varieert in België, maar ligt momenteel gemiddeld relatief laag. Volgens het Intermutualistisch Agentschap zijn er vandaag gemiddeld 6 bariatrische patiënten per solopraktijk, 20 per groepspraktijk en ongeveer 24 per wijkgezondheidscentrum.

Zoals reeds gezegd (Sectie 2.1) neemt het aantal bariatrische ingrepen toe, dus kan worden verwacht dat ook de huisarts meer bariatrische patiënten zal gaan zien.

3.4.2 Huisartsen in België en het buitenland worden vaak niet of enkel beperkt betrokken

Vandaag betrekken, zoals hierboven vermeld, weinig centra de huisartsen vóór en na de ingreep (zie Sectie 3.2).

Na de ingreep is er meestal een schriftelijke communicatie tussen het bariatrisch centrum en de huisarts. De chirurgen meldden dat ze informatiesessies organiseren voor huisartsen uit de regio en schriftelijke instructies aan de huisarts geven voor de opvolging van de patiënt, maar zonder succes: de huisartsen (er)kennen volgens hen de behoeften van de patiënt (bv. vitaminesupplementen), of de mogelijke alarmsignalen van bariatrie-gerelateerde complicaties onvoldoende, niet, of te laat. Het kan een verkeerd advies of een te late verwijzing naar gespecialiseerde zorg als gevolg hebben.

Anderzijds gaven de huisartsen aan dat ze te weinig worden geïnformeerd over nazorg. Zelfs voor problemen die meestal door hen kunnen worden aangepakt, zoals bloedonderzoek om te controleren op voedings- en stofwisselingsproblemen zouden er geen duidelijke richtlijnen zijn. Bovendien raadplegen de patiënten meestal de huisarts niet bij de beslissing tot chirurgie of voor de follow-up van bariatrische chirurgie, maar om andere redenen, zoals geen vaste huisarts, geen vertrouwen in de expertise van de huisarts i.v.m. bariatrie.

Niet alleen in België, maar ook in geen enkel van de 4 bestudeerde landen worden huisartsen routinematig betrokken bij bariatrische chirurgie.

In **Nederland** biedt de huisarts vóór de operatie vooral een conservatieve behandeling aan en als dit niet helpt, verwijst hij de patiënt door naar een bariatrisch chirurgisch centrum. Het bariatrisch centrum bereidt de patiënt voor op de operatie en staat in voor de zorg na de post-operatieve fase (in totaal gedurende 5 jaar). Na 5 jaar wordt de huisarts verantwoordelijk voor de follow-up: hij heeft tenminste eenmaal per jaar contact met de patiënt om de noodzakelijke veranderingen in levensstijl te ondersteunen, de inname van de vitaminesupplementen te controleren, laboratoriumtesten uit te voeren, enz.

In **Engeland**, spelen de huisartsen een centrale rol bij de behandeling van obesitas, maar ze kunnen patiënten niet rechtstreeks doorverwijzen voor bariatrische chirurgie. Ze moeten ze eerst naar een gespecialiseerd centrum voor een conservatieve behandeling sturen. Voor de follow-up wordt gedeelde zorg aanbevolen door NICE, maar in de praktijk gebeurt dit niet echt. Gedurende de eerste twee jaar staan de gespecialiseerde centra in voor de follow-up, en is de rol van huisartsen beperkt tot het herkennen van complicaties. Soms staan ze ook in voor de laboratoriumtesten. Na twee jaar vraagt het centrum aan de huisarts om jaarlijks bloedonderzoek uit te voeren en indien nodig, terug te verwijzen.

In **Frankrijk** is de betrokkenheid van huisartsen bij bariatrische chirurgie in het algemeen, beperkt.

In **Zweden** wordt de langdurige follow-up na één tot twee jaar overgedragen aan de huisarts, maar in sommige eerstelijnscentra wordt deze verzekerd door een verpleegkundig specialist, onder de verantwoordelijkheid van de huisarts.

3.4.3 Eerste lijn kan een belangrijke rol spelen

Nochtans blijkt uit de expert-opinie (literatuur en bevraagde experten) dat huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners ((huisartsen, diëtisten, psychologen, kinesitherapeuten) een belangrijke rol kunnen spelen bij de behandeling van obesitas en bij bariatrische chirurgie.

Zo kan de huisarts zwaarlijvige patiënten doorverwijzen naar een bariatrisch centrum of hen informeren over de voordelen en risico's van de ingreep. De experten stonden ook positief tegenover het betrekken van de huisarts bij het multidisciplinair overleg aangezien hij de voorgeschiedenis van de patiënt (bv. pogingen gewichtsverlies), zijn socio-economische context en zijn vermogen om de levensstijl aan te passen kent, zonder dat zijn advies bindend is (zie Sectie 3.2.3.2)

De experten vonden dat ook na de ingreep de huisarts en de eerste lijn een rol te vervullen heeft. De huisarts is immers vaak het eerste aanspreekpunt bij problemen. Huisartsen kunnen na de periode van gespecialiseerde follow-up (2 tot 5 jaar), de coördinatie van de opvolging overnemen. Dit omvat o.a. medische (bv. labotesten), psychosociale, nutritionele en de motivationele aspecten van de zorg.

3.4.4 Huidige belemmeringen om de eerste lijn te betrekken bij bariatrische chirurgie

In de praktijk is het echter niet eenvoudig om de eerste lijn bij bariatrische chirurgie te betrekken. Deze zorgverleners beschikken vaak over onvoldoende kennis en tijd, en de communicatie verloopt soms moeizaam.

3.4.4.1 Beperkte kennis

De eerste lijn beschikt vaak over onvoldoende gespecialiseerde kennis en expertise over o.a. de voordelen (bv. gewichtsverlies, verbetering van de gezondheid), en de nadelen (bv. complicaties, post-operatieve mortaliteit, psychologische gevolgen) van bariatrische chirurgie, de symptomen van mogelijke complicaties, de impact op bv. anticonceptie, zwangerschap, medicatiegebruik, en de nazorg.

Dit gebrek aan gespecialiseerde expertise wordt door de Belgische huisartsen zelf erkend en ook aangehaald door andere zorgverleners, patiënten, experten en de literatuur. Daarom wordt het opleiden van huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners over obesitas en bariatrische chirurgie sterk aanbevolen.

3.4.4.2 Onvoldoende tijd en middelen

De Belgische huisartsen kunnen vandaag onvoldoende tijd besteden aan het multidisciplinair overleg en aan opleidingen over bariatrische chirurgie en obesitas. Ze pleiten er dan ook voor om hiervoor vergoed te worden.

3.4.4.3 Beperkte communicatie tussen bariatrische centra en eerste lijn

De centra en eerstelijnszorgverleners werken niet altijd optimaal samen. Volgens de patiënten is de communicatie tussen het centrum en de huisarts vaak beperkt en traag. De huisartsen zeggen dan weer dat ze onvoldoende geïnformeerd en uitgenodigd worden door de centra.

3.4.5 Samenwerking tussen bariatrisch centrum en eerstelijnszorg versterken

Van de modellen uit de literatuur voor langdurige zorg na bariatrische chirurgie geven de experten de voorkeur aan een **gedeeld zorgmodel**. In dit model wordt de zorg van de patiënt gedeeld tussen het multidisciplinaire team van het centrum en de huisarts (of beter het multidisciplinaire eerstelijnsteam), volgens een model van chronische zorg. Daarbij wordt ieders rol, en wat bij elke raadpleging moet worden bereikt, duidelijk bepaald.

Voor dit model zijn er robuuste **communicatiesystemen** nodig. De patiëntgegevens kunnen worden gedeeld met behulp van het elektronische patiëntendossier (EPD). Dit kan gefaciliteerd worden wanneer de patiënt een huisarts heeft via een globaal medisch dossier (GMD). Deze vereiste bestaat voor patiënten met diabetes, en blijkt volgens de experten effectief te zijn voor de betrokkenheid van patiënt en huisarts. Bovendien kan dit nuttig zijn voor de patiënten zonder huisarts, die nu rechtstreeks naar een bariatrisch centrum gaan.

De eerste lijn moet een aantal **praktische (elektronische) hulpmiddelen** ter beschikking krijgen, zoals een checklist om na te gaan of een patiënt geschikt is voor een bariatrische ingreep, of om de patiënt in de follow-up fase te beoordelen. Ook snelle hulpmiddelen om o.a. complicaties te detecteren die doorverwijzing vereisen, zouden nuttig zijn. Daarnaast krijgen huisartsen en de andere zorgverleners binnen de eerste lijn best een **passende opleiding** aangeboden over obesitas en bariatrische chirurgie. De hulpmiddelen en opleidingen kunnen mee worden ontwikkeld en aangeboden door de bariatrische centra en de wetenschappelijke beroepsverenigingen.

Bariatrische centra maken ook best **formele afspraken** met eerstelijnsstructuren (bv. met zorgraden eerstelijnszones in Vlaanderen). Een aantal auteurs stelt ook voor om **lokale uitwisselingsplatforms** te ontwikkelen. Deze moeten de contacten tussen de eerste en tweede lijn uit dezelfde regio, en de ontwikkeling van lokale zorgpaden voor beoordeling en doorverwijzing vergemakkelijken (bv. gerichte doorverwijzing naar eerstelijnszorgverleners met affiniteit met en expertise over obesitas/bariatrie).

Voorstel 7

Het KCE stelt voor om de eerste lijn structureel in te schakelen bij de zorg voor en na bariatrische chirurgie.

Dit houdt het volgende in:

- Formele afspraken tussen het bariatrisch centrum en de structuren binnen de eerste lijn, bv. tussen het locoregionaal netwerk en de zorgraden eerstelijnszones (in Vlaanderen). Deze afspraken gaan o.a. over het door- en terugverwijzen (bv. naar eerstelijnszorgverleners met specifieke expertise over bariatrie/obesitas, checklist met alarmsignalen), het organiseren van navorming, enz.
- **Alle patiënten binnen een bariatrisch chirurgisch zorgpad hebben een huisarts (bij voorkeur met een globaal medisch dossier - GMD);**
- **De huisarts is de zorgcoördinator binnen de eerste lijn**. Dit vereist dat hij wordt betrokken vanaf de pre-operatieve fase (bij het multidisciplinair overleg en de besluitvorming) en dat er een systeem voor een vlotte communicatie tussen de eerste en tweede lijn is.
- **Huisartsen en andere zorgverleners binnen de eerste lijn krijgen best een passende opleiding aangeboden (in het basiscurriculum en de voortgezette opleidingen) over obesitas en bariatrische chirurgie** (inclusief accreditatie).
- Een aantal **praktische (elektronische) hulpmiddelen** moeten aan de eerste lijn worden verstrekt. Ze kunnen ondersteuning geven bij klinische besluitvorming (bv. snelle checklist voor het beoordelen van de geschiktheid van de patiënt voor chirurgie; correcte informatie tijdens de pre-operatieve fase; post-operatieve problemen die een snelle verwijzing naar de tweede lijn vereisen (lijst van alarmsignalen, ‘red flags’) en kunnen helpen om de evolutie en deelname van patiënten aan het zorgpad op te volgen (bv. automatische herinneringen en beslissingstools in het EPD, een app om bv. therapietrouw te bevorderen, enz.).
- **De bariatrische centra en de beroepsverenigingen binnen het domein van bariatrie spelen een belangrijke rol** in het opzetten en aanbieden van deze opleidingen en inhoudelijke ondersteuning bij de ontwikkeling van praktische elektronische hulpmiddelen voor de eerste lijn.

3.5 Betrokkenheid en engagement van de patiënt

3.5.1 Vóór de operatie: goede voorbereiding en geïnformeerde toestemming van de patiënt nodig

Zoals eerder aangegeven, moet de patiënt na een bariatrische ingreep zijn levensstijl aanpassen en zich langdurig laten opvolgen, zodat de ingreep ook op lange termijn succesvol is. Volgens de literatuur, de Belgische artsen en andere zorgverleners zijn de patiënten echter vandaag onvoldoende op de hoogte van de levenslange impact van bariatrische chirurgie. De chirurgen merkten op dat de patiënten niet altijd beseffen dat de ingreep geen gemakkelijke, wonderbaarlijke oplossing is. Vaak raadplegen patiënten internetfora of 'dokter Google'. Hierdoor riskeren ze foute en soms gevaarlijke uitleg te krijgen, die onrealistische verwachtingen doet ontstaan. Uit ons kwalitatieve onderzoek bleek ook dat zelfs wanneer een patiënt aan de wettelijke criteria voldoet, dit helemaal niet betekent dat hij na de ingreep naar de follow-up afspraken zal komen en zijn levensstijl en voedingsgewoonten zal aanpassen.

De literatuur, net als het gereputeerde Britse NICE (National Institute for Health and Care Excellence) benadrukt het belang van een **geïnformeerde toestemming**. Het betekent dat er een proces moet worden gevolgd, bestaande uit een aantal stappen: het beoordelen informeren en voorbereiden van de patiënt op de operatie en het leven nadien en het voorzien van een minimale pre-operatieve periode.

3.5.1.1 De patiënt informeren en voorbereiden op de operatie en het leven erna

Vooraleer een patiënt wordt geopereerd, zou, naast zijn medische toestand en het uitsluiten van contra-indicaties (medisch/psychologisch), ook **zijn motivatie en zijn begrip** van de noodzaak om zijn levensstijl en voedingsgewoonten duurzaam aan te passen, **grondig moeten worden beoordeeld**. Dit houdt in dat er vóór de ingreep een **diepgaand gesprek** zou moeten plaatsvinden tussen het multidisciplinaire team en de patiënt, eventueel met betrokkenheid van zijn naasten. Daarbij moeten grondig de mogelijke opties, de risico's en voordelen van de ingreep en de nodige aanpassingen aan de levensstijl (gedragsveranderingen en therapietrouw) worden besproken. Om de patiënt te informeren kunnen verschillende communicatiemethodes worden gebruikt, zoals het geven van schriftelijke informatie (brochures), informatiesessies in groep georganiseerd door het multidisciplinaire team, groepsbijeenkomsten met andere patiënten, gevalideerde online forums en websites. Ook de huisarts kan helpen bij het geven van uitleg. Vervolgens moet er **verplicht worden nagegaan** of de patiënt de verkregen informatie voldoende heeft begrepen, door hem alles zelf **te laten verwoorden** en of hij in staat zal zijn om zijn nazorg actief in handen te nemen. Indien een patiënt toch niet klaar blijkt te zijn om deze noodzakelijke aanpassingen door te voeren, kan dit als **uitsluitingscriterium** gebruikt worden (tenzij dit door een grondige voorbereiding verholpen kan worden). Wanneer er tot een operatie wordt beslist, kan er ook worden overwogen om de patiënt een engagementsverklaring te laten ondertekenen, waarin hij zich engageert om na de ingreep naar de follow-up raadplegingen te komen. Dit alles moet worden gedocumenteerd in het patiëntendossier.

3.5.1.2 *Pre-operatieve periode moet voldoende lang zijn*

In België is de duur van de pre-operatieve fase in het algemeen ook kort. Vaak ligt er minder dan 4 maanden tussen het eerste contact in het bariatrische centrum en de ingreep. Bij minder dan 5% van de patiënten duurt deze periode langer dan 6 maanden.

De patiënten meldden dat, eens ze hebben beslist om zich te laten opereren, ze meestal willen dat dit dan ook zo snel mogelijk gebeurt. De meesten hebben dan immers al een lange weg afgelegd, met verschillende mislukte pogingen om af te vallen. Sommigen stelden achteraf echter vast dat een langere en zorgvuldiger voorbereiding beter had geweest, zodat ze langer hadden kunnen nadenken over de impact op hun leven na de ingreep. De literatuur, die een voldoende lange pre-operatieve fase aanbeveelt, is beperkt, en de Belgische experten waren er niet allemaal van overtuigd dat dit nodig is. Ze vonden dat deze duurtijd moet worden bepaald op basis van de kenmerken van de patiënt (leeftijd, comorbiditeit, dieetgeschiedenis, ...) en dat de inhoud van het pre-operatieve zorgaanbod primeert boven de duurtijd.

Toch lijkt het onwaarschijnlijk dat de nodige bedenktijd en de noodzakelijke inhoudelijke voorbereiding (bv. medische, psychologische en nutritionele screening; informeren en coaching patiënten) kan georganiseerd worden op minder dan 3 maanden. Een behandeling van comorbiditeiten of bijkomende consultaties met een diëtist of psycholoog vergt uiteraard nog meer tijd.

Dit eerste contact kan een raadpleging zijn bij een chirurg, internist of coördinator van het centrum, maar ook de deelname aan een multidisciplinaire informatiesessie in groep. Deze deelname dient dan bij de eerste raadpleging te worden gedocumenteerd in het patiëntendossier. De duurtijd tussen het eerste contact en de operatie kan ook als indicator (bariatrisch register) worden opgevolgd. Bij een systematisch zeer korte duurtijd kan dan een inhoudelijke audit van het pre-operatief traject worden georganiseerd, om na te gaan of de patiënten voldoende worden voorbereid.

3.5.2 *Na de operatie: hoge uitval*

Volgens de literatuur komt **3% tot 89% van de patiënten**[15-18] na de ingreep niet naar de follow-up raadplegingen, en uit de recente audit (FAGG-RIZIV-FOD VVVL) blijkt het probleem zich in België al voor te doen vanaf de tweede raadpleging. De patiënten en zorgverleners bevestigden dit. De grootte van de uitval varieert naargelang de patiëntenkenmerken (bv. leeftijd, geslacht, socio-economische achtergrond), het type operatie en de aard, frequentie en duur van de nazorg. De Belgische artsen en andere zorgverleners gaven de volgende redenen op voor de hoge uitval bij follow-up raadplegingen:

- De Belgische patiënten hebben een **grote keuzevrijheid**. De meesten worden niet doorverwezen, maar gaan rechtstreeks naar het centrum van hun keuze. Wanneer ze vinden dat het eerste centrum te veeleisend is (bv. raadplegingen bij een diëtist of psycholoog, vooraf betalen van de follow-up raadplegingen) of als de contra-indicaties voor de ingreep te streng zijn (bv. eetstoornissen), zijn ze vrij om naar een ander centrum te gaan. Dit fenomeen wordt ook wel 'medisch shoppen' genoemd. Deze patiënten engageren zich niet echt in een follow-up programma, ze gaan enkel naar follow-up raadplegingen als er zich problemen voordoen. Ze beseffen niet of onvoldoende dat nazorg in de eerste plaats dient om problemen te voorkomen.
- **Een aanzienlijk gewichtsverlies** in de eerste maand na de ingreep leidt ertoe dat veel patiënten **het belang van nazorg onderschatten**. Na een paar gemiste afspraken is de drempel om een follow-afspraak te maken groter, vooral als er zich problemen zoals gewichtstoename voordoen, want dan schamen patiënten zich vaak.
- De bariatrische zorg duurt lang en is **vaak niet het enige traject dat deze patiënten doorlopen**. Velen worden ook behandeld voor slaap- en cardiologische problemen, diabetes, enz. Daardoor hebben ze niet altijd de energie en middelen voor de bariatrische nazorg.
- De nadruk van de nazorg ligt op de **medische aspecten**, terwijl er ook een duidelijke behoefte is aan psychosociale en nutritionele opvolging. Als er uitleg over gedragsveranderingen wordt gegeven, is deze vaak '**technisch'** (bv. wat ze wel of niet kunnen eten), terwijl patiënten

behoefte hebben aan praktisch advies over hoe ze deze veranderingen in hun dagelijks leven kunnen inpassen.

- De **raadplegingen met psychologen en diëtisten worden niet vergoed**, wat een belangrijke belemmering kan zijn.
- De patiënten worden **onvoldoende geprikkeld** om naar follow-up afspraken te komen. Tijdens de pre-operatieve fase zijn er wel wettelijke verplichtingen (bv. raadplegen van een psycholoog) maar dit is niet langer het geval na de ingreep. De bariatrische centra contacteren de patiënten ook zelden als deze niet opdagen op een afspraak. In Zweden en Nederland wordt de naleving van de follow-up afspraken er voor elk centrum ingevoerd in het register voor bariatrische chirurgie, en worden deze resultaten openbaar gemaakt. Dit zet centra ertoe aan om coördinatoren in te schakelen, die actief contact opnemen met de patiënten. In deze landen is de uitval kleiner.

3.5.3 Hoe de motivatie van de patiënt na de ingreep verhogen?

De artsen en andere zorgverleners vinden dat de motivatie van de patiënt om zijn levens- en eetgewoonten aan te passen, of eerder het gebrek eraan, een groot probleem is. Uit ons onderzoek kwamen de volgende voorstellen om de therapietrouw te ondersteunen naar voor:

- Een **trapsgewijze zorg** waarbij de intensiteit van de nazorg (bv het aantal raadplegingen met de diëtist of psycholoog) wordt aangepast aan de behoeften van de patiënt.
- Naast de brochures met informatie vóór de ingreep, kan ook **educatieve ondersteuning** worden gegeven: vooral groepssessies door het bariatrische centrum **met reeds geopereerde patiënten** worden door de literatuur vermeld. Zo kunnen patiënten (en hun gezinsleden) ervaringen uitwisselen, onder de begeleiding van professionals. De Belgische zorgverleners en patiënten beamen dat deze sessies zeer motiverend zijn en dat ze ondersteuning bieden. In Nederland vereisen de meeste centra zelfs dat de patiënten voor hun operatie minstens 6 educatie/coaching/ sessies volgen. Andere voorbeelden van educatieve ondersteuning zijn lokale groepen voor patiëntenondersteuning, of een officieel online forum dat wordt beheerd en gemodereerd door specialisten in bariatrische chirurgie.
- De literatuur beveelt ook de toegang tot **consultaties gericht op coaching en gedragsverandering,** zodat lichaamsbeweging of gezond eten (bv. kookboek, kookworkshops) kunnen worden geïntegreerd in het dagelijks leven.
- **Praktische hulpmiddelen** om de patiënt te ondersteunen kunnen nuttig zijn, bv. waarmee de zorgverlener klinische parameters (gewicht, glucose, cardiovasculaire status) op afstand kan opvolgen, een dagboek voor de patiënt waarin hij zijn dagelijkse voedselinname of lichaamsbeweging kan noteren, of zelfs een smartphone-app met informatie voor patiënten (zoals dieetadvies), afspraakherinneringen, en waarmee ze het team kunnen contacteren.
- Als aanvulling op **de follow-up raadplegingen kunnen digitale communicatiemiddelen** (bv. video of telefonisch contact, ...) worden gebruikt,.
- De **terugbetaling** van **vitamines** en bepaalde bloedanalyses (bv. Verhoogde tegemoetkoming Vit B12 bepaling), indien ze follow-up afspraken nakomen.
- Het is aangewezen om, bij de uittekening van een lokaal zorgpad, naast professioneel deskkundigheid ook ervaringsdeskundigheid van patiënten te betrekken.

Voorstel 8

Het KCE benadrukt het belang van een **geïnformeerde toestemming** vóór de bariatrische ingreep. Het proces, waarbij deze geïnformeerde toestemming verkregen wordt, omvat de volgende concrete elementen:

- Een **diepgaand gesprek** tussen de zorgverleners, de patiënt (en eventueel familieleden), gedocumenteerd in het patiëntendossier.
- Een **specifieke benadering** (individueel in plaats van in groep, betrekken van een lid van het sociale of familienetwerk van de patiënt, enz.) voor **kwetsbare patiënten** (bv. laag socio-economisch niveau; beperkte cognitieve vaardigheden).

  Het gebruik van **verschillende communicatie- en ondersteuningskanalen** (bv. schriftelijke informatie, groepsbijeenkomsten met andere patiënten, lokale groepen om de patiënt te ondersteunen, online forums en websites) om elke patiënt te informeren en voor te bereiden op de noodzakelijke verandering van levensstijl op lange termijn.
- Als voorwaarde voor een bariatrische ingreep: een voorafgaande **beoordeling door het multidisciplinaire team** van het vermogen en de motivatie van de patiënt om de informatie te begrijpen, zijn gedrag aan te passen en zich langdurig te laten opvolgen.
- Een engagementsverklaring van de patiënt waarin hij er zich toe verbindt om naar de follow-up raadplegingen te komen.
- Een **periode van minimaal 3 maanden** tussen de eerste raadpleging en de eigenlijke bariatrische ingreep, behalve bij dringende medische redenen. Het KCE stelt voor om de duur van deze periode op te volgen als een indicator in het bariatrisch register(zie Sectie 3.7). Deze indicator kan samen met indicatoren m.b.t. de post-operatieve fase (bv. naleving van follow-afspraken) worden gebruikt om de zorgkwaliteit te controleren. Naast de duur van de pre-operatieve fase, is het ook cruciaal om de verschillende inhoudelijke stappen te bepalen voor een "goed" pre-operatief zorgpad, en deze aan te passen aan de kenmerken van de patiënt en het type ingreep.

Voorstel 9

Het KCE stelt voor dat inspanningen ondernomen worden om de betrokkenheid van de patiënt te vergroten:

- Een **trapsgewijze aanpak**, waarbij de intensiteit van de follow-up (bv. aantal consulten met de diëtist of psycholoog) wordt aangepast aan de behoeften van de patiënt.
- De patiënt een programma aanbieden dat inzet op educatie en **coaching voor gedragsaanpassing. Dit programma houdt ook in dat er contacten met andere patiënten die bariatrische chirurgie ondergingen, worden georganiseerd.**

  Binnen de conventie (zie verder) een budget voorzien worden voor gratis vitamines voor patiënten die de follow-up afspraken nakomen. Ook een verhoogde terugbetaling van bepaalde labotesten dient bestudeerd te worden.
- **Praktische hulpmiddelen** die de patiënt ondersteunen bij de follow-up en bij het volhouden van de nodige gedragsveranderingen (bv. dagboek over de dagelijkse voedselinname, app voor de smartphone).
- Patiënten **toegang geven tot digitale communicatiemiddelen** (bv. contact via de telefoon of videoconferentie ...) als aanvulling op de follow-up raadplegingen
- Aanstellen van een **coördinator** in elk centrum. Deze coördinator moet de aanwezigheid op follow-up afspraken opvolgen en de patiënt actief benaderen indien hij frequent niet komt opdagen;
- Bij de concrete uitwerking van een zorgpad voor een bariatrisch centrum (op basis van een nationaal standaard zorgpad) is het aangewezen om niet enkel een beroep te doen op de kennis en expertise van zorgverleners, maar ook op die van **ervaringsdeskundigen** (patiënten). Een dergelijk co-designtraject is complex (vergt bv. de opleiding van de deelnemers en de selectie van geschikte profielen van ervaringsdeskundigen), maar het zal zeker bijdragen tot een betere begeleiding en groter engagement van de patiënten.

3.6 Financiering van de bariatrische zorg door de ziekteverzekering

3.6.1 Raadplegingen bij een psycholoog of diëtist niet terugbetaald

Momenteel wordt slechts een deel van bariatrische chirurgie terugbetaald, namelijk de medische zorg (chirurgie, ziekenhuisopname, raadplegingen van artsen, thuisverpleging, een aantal kinesitherapiesessies, enz.). Raadplegingen bij psychologen en diëtisten worden in deze context momenteel niet terugbetaald, alhoewel een screening door een psycholoog (of psychiater) in de pre-operatieve fase wettelijk verplicht is. In de 4 bestudeerde landen ontvangen de centra een forfaitaire vergoeding, waarmee ze de diëtisten en psychologen op een flexibele manier kunnen inzetten. De experten vonden dat ook raadplegingen bij psychologen en diëtisten moeten worden vergoed.

3.6.2 Betaling van een forfaitair bedrag, via een conventie

Voor de vergoeding van de diensten van het multidisciplinair team (behalve die van de artsen en kinesitherapeuten, die een betaling per prestatie ontvangen of vergoed worden via globaal prospectieve bedragen voor laagvariabele zorg) waren de experten voorstander van de betaling van een forfaitair bedrag aan het centrum, via het conventiesysteem (zie Tekstvak 3). Op die manier wordt bariatrische chirurgie beperkt tot centra die voldoen aan de modaliteiten van de conventie: multidisciplinaire teams, overeenkomsten met de eerste lijn, verplichte deelname aan het nationale bariatrische register, enz. (zie Sectie 3.7)).

Tekstvak 2 – Conventies

Conventies zijn een financieringsmiddel dat wordt gebruikt in het Belgische gezondheidszorgsysteem. Daarbij wordt de vergoeding van verschillende zorgdiensten voor één specifieke aandoening/probleem meestal gebundeld in één forfaitair bedrag. Een conventie wordt afgesloten tussen het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en zorginstellingen, die moeten voldoen aan bepaalde modaliteiten. Ze worden opgesteld, afgesloten en beheerd door het College van artsen-directeurs van het RIZIV, waarin de artsen-directeurs van alle ziekenfondsen zetelen.

Aanvankelijk werden enkel conventies afgesloten met gespecialiseerde revalidatie- en multidisciplinaire zorgcentra, bv. voor musculoskeletale en neurologische aandoeningen en handicaps, of voor respiratoire revalidatie. De afgelopen decennia werden echter ook conventies afgesloten voor een grote verscheidenheid aan andere (vaak chronische, complexe) aandoeningen, buiten het domein van de revalidatie.

Conventies kunnen standaard zijn (d.w.z. dezelfde modaliteiten en vergoedingen voor alle zorgcentra binnen de conventie), specifiek (d.w.z. de modaliteiten en vergoedingen verschillen tussen de zorgcentra) of hybride. De inhoud van de conventies kan variëren, maar ze bevatten allemaal voorwaarden m.b.t. het multidisciplinaire team, de patiënten, de financiële middelen, de duur, het beheer en ook steeds meer duidelijke evaluatiecriteria. In sommige conventies wordt een stuurgroep aangesteld om de praktische modaliteiten uit te werken en op te volgen.

3.6.3 Huisarts

Het gebrek aan vergoeding voor de tijd die huisartsen dienen te spenderen aan multidisciplinair overleg werd in onze studie aangeduid als een belangrijke belemmering. Daarom wordt voorgesteld een financiële tegemoetkoming uit te werken voor huisartsen voor de deelname aan het multidisciplinaire overleg.

3.6.4 *Reconstructieve chirurgie*

Volgens de patiënten is huidoverschot na de ingreep een belangrijk probleem, omwille van esthetische redenen en fysiek ongemak. Veel patiënten klagen dat ze hierover vooraf onvoldoende werden geïnformeerd, en evenmin over de mogelijke financiële gevolgen, want de chirurgie om hieraan te verhelpen ('reconstructieve chirurgie') wordt niet of maar gedeeltelijk terugbetaald. Zorgverleners dienen patiënten tijdens de preoperatieve voorbereiding patiënten correct te informeren over de financiële implicaties van potentiële reconstructieve heelkunde. Aanbevelingen over de vergoeding van deze chirurgie viel echter buiten het bereik van de huidige studie. Hierover wordt best een afzonderlijke studie uitgevoerd.

Voorstel 10

Het KCE stelt voor om conventies te gebruiken om de zorg rond bariatrische chirurgie te financieren.

Het forfaitaire bedrag dekt de niet-medische raadplegingen met zorgverleners (waaronder psychologen en diëtisten), multidisciplinair overleg, vitaminesupplementen, het ingeven van data voor het bariatrisch register en de coördinator.

Het doel is om bariatrische chirurgie te beperken tot centra met een multidisciplinair team met gespecialiseerde expertise in bariatrische chirurgie en obesitas. Dit team is verantwoordelijk voor de selectie en nazorg (minstens 2 jaar voor alle, en tot 5 jaar voor sommige patiënten, steeds in samenwerking met de eerstelijnszorg) van patiënten.

Een conventie kan alleen worden afgesloten met een ziekenhuis, als dit aan de volgende voorwaarden voldoet:

- Behalen van de volumedrempels (minstens 100 ingrepen per jaar per ziekenhuissite, en minstens 2 chirurgen die elk minstens 25 ingrepen per jaar uitvoeren)
- Beschikbaarheid van een multidisciplinair team;
- Voor elke patiënt:
  - wordt er een multidisciplinair bariatrisch overleg georganiseerd;
  - wordt er een plan opgesteld voor de pre- en post-operatieve fase;
  - is er een huisarts geraadpleegd, bij voorkeur de houder van het GMD. Deze huisarts wordt uitgenodigd voor het multidisciplinaire overleg (eventueel via videoconferentie).
  - is er een registratie in het verplichte nationale register voor bariatrische chirurgie.
- Een coördinator voor de organisatie van het multidisciplinair overleg, het opvolgen van de follow-up afspraken, en het zorgen voor een vlotte overgang van de nazorg van het bariatrisch centrum naar de eerste lijn
- De capaciteit om patiënten gedurende minstens 2 jaar (en 5 jaar voor een subgroep van patiënten) op te volgen, in samenwerking met de eerste lijn
- Lokale zorgpaden gebaseerd op de belangrijkste interventies van het nationale zorgpad zijn beschikbaar
- Functionele samenwerkingsovereenkomsten met eerstelijnsstructuren en centra voor de conservatieve behandeling van obesitas
- het ontwikkelen en aanbieden van opleidingen en praktische (elektronische) hulpmiddelen inzake bariatrische chirurgie voor de eerste lijn (zie ook Voorstel 7).

Een stuurgroep met vertegenwoordigers van overheidsinstanties, ziekenfondsen, zorgverleners (via de wetenschappelijke en beroepsorganisaties), patiënten, ziekenhuis- en eerstelijnsorganisaties ondersteunt en volgt de conventie op. Deze zal worden geëvalueerd op basis van de kwaliteitsindicatoren die door de stuurgroep worden voorgesteld.

Het KCE beveelt aan om de raadpleging bij diëtisten en psychologen op te nemen in de forfaitaire som van de conventie. Hiervoor moet een berekening worden gemaakt op basis van de caseload per centrum en

het aantal raadplegingen voor elke discipline (inclusief inschattingen van de variabele intensiteit van contacten). Het uitgangspunt voor deze berekening is het nationale zorgpad. Het moet het volgende voorzien:

- Bij de diëtist: vóór de ingreep minstens één individuele raadpleging, tijdens het eerste jaar na de ingreep minstens 4 raadplegingen, in het tweede jaar na de ingreep minstens 2 raadplegingen;
- Bij de psycholoog: vóór de ingreep minstens één individuele raadpleging (verlengde duur) en na de ingreep minstens 1 raadpleging per jaar;
- Dit aantal raadplegingen moet worden verhoogd voor patiënten die een meer intensieve voorbereiding op de ingreep en/of bij de nazorg nodig hebben. Bovendien moeten er informatiesessies in groep worden voorzien.

De chirurgische ingrepen en de medische raadplegingen worden nog steeds vergoed per prestatie of via globaal prospectieve bedragen voor laagvariabele zorg. Toch worden bariatrische operaties alleen vergoed wanneer ze worden uitgevoerd

- in centra waarmee een conventie voor bariatrische chirurgie werd afgesloten EN
- door chirurgen met een specifieke expertise in bariatrische chirurgie (minstens twee per centrum)

De forfaitaire vergoeding geeft centra de flexibiliteit om hun budget te besteden in functie van de lokale situatie en de behoeften van de patiënten. Dit biedt bv. ook ruimte om andere disciplines in te schakelen (bv. kinesitherapeuten die ingeschakeld worden tijdens een informatiesessie).

Het is dan ook belangrijk om de resultaten (bv. complicaties, gewichtsverlies, kwaliteit van leven) te volgen via kwaliteitsindicatoren op basis van het register voor bariatrische chirurgie (zie Sectie 3.7). Hiervoor dienen kwaliteitsindicatoren te worden vastgelegd.

Aan patiënten die hun follow-up afspraken regelmatig bijwonen, kunnen multivitaminen gratis worden verstrekt, als financiële stimulans.

Voor huisartsen dient een nomenclatuurtarief uitgewerkt te worden om hen te vergoeden voor de tijd die ze spenderen aan multidisciplinair overleg.

De vergoeding van reconstructieve en plastische chirurgie na de bariatrische ingreep moet verder worden geëvalueerd.

3.7 Register voor bariatrische chirurgie

3.7.1 De huidige verplichting is grotendeels onvoldoende

Vandaag zijn ziekenhuizen die bariatrische chirurgie uitvoeren, verplicht om de gegevens die ze invullen op het formulier voor de ziekenfondsen, ook in een register te bewaren. In zijn huidige vorm is dit register echter ongeschikt voor onderzoek of beleidsdoeleinden, want er is geen verplichting om de gegevens in een centraal register te delen. Bovendien toonde een audit aan dat 32% van de gecontroleerde ziekenhuizen dit register niet heeft.

De administratieve gegevens (bv. factuurgegevens van het IMA en de ontslaggegevens van de Belgische ziekenhuizen- MZG) leveren weliswaar bruikbare informatie op (bv. over de geografische variatie) maar laten niet toe om de zorgkwaliteit op lange termijn op te volgen (bv. gewichtsverlies, comorbiditeiten, complicaties, bijwerkingen). Deze gegevensbronnen kunnen dus enkel worden gebruikt ter aanvulling en controle (bv. worden alle interventies geregistreerd) van een register.

3.7.2 Nood aan een verplicht, nationaal register

Alle bevraagde bariatrische chirurgen beschouwden een centraal en verplicht register voor bariatrische chirurgie als een belangrijk onderdeel van de hervorming van de bariatrische zorg in België. Het register kan worden gebruikt voor feedback en benchmarking, en moet worden gefinancierd door de overheid. De bariatrische centra moeten instaan in voor de gegevensinvoer, maar ook gegevens over de eerstelijnszorg kunnen (eventueel in een tweede fase) worden geregistreerd.

3.7.3 Nederland en Zweden als voorbeeld

Ook in het buitenland ondersteunen registers het beleid rond de zorgorganisatie voor bariatrische chirurgie. Sommige registers zijn vrijwillig en worden niet gefinancierd (bv. Frankrijk: initiatief van de beroepsorganisatie van bariatrische chirurgen; het internationale register van de internationale federatie van bariatrisch chirurgen - IFSO[e]). Andere zijn verplicht, met centrale financiering, feedback en openbare rapportage, en worden gebruikt om de zorgkwaliteit op te volgen (bv. Zweden en Nederland). Deze laatsten kunnen als voorbeeld dienen.

Succesfactoren zijn:

- Een centraal, uniform register, met financiële ondersteuning voor bariatrische centra (bv. data-input);
- Een centrale capaciteit voor audit, analyse en feedback;
- Verplicht karakter en voorwaarde voor vergoeding;
- Bestuursstructuur met vertegenwoordigers van de overheid, ziekenfondsen, patiënten en zorgverleners (o.a.bariatrische chirurgen);
- Eenvoudige gegevensinvoer (bv. batch-extracties uit het elektronische patiëntendossier) en een auditsysteem dat de kwaliteit en de volledigheid van de coderingen controleert;
- Kwaliteitsindicatoren om het zorgaanbod te evalueren en bij te sturen waar nodig.

Voorstel 11

Het KCE stelt voor om de huidige wettelijke verplichtingen m.b.t. een verplicht bariatrisch register te wijzigen, zodat elk centrum (dat voldoet aan de criteria voor bariatrische chirurgie van de conventie) **verplicht is deel te nemen aan een nationaal, uniform register voor bariatrische chirurgie, naar het model van Zweden en Nederland.**

De bestuursstructuur van het register bestaat uit zorgverleners (bv. beroepsorganisaties), overheidsinstanties, patiënten en vertegenwoordigers van ziekenfondsen. Het RIZIV moet een onafhankelijke organisatie (bv. Sciensano) financieren om het register te implementeren, beheren en controleren.

De financiering van het register wordt gebruikt voor:

- Het opzetten en onderhouden van de noodzakelijke ICT-infrastructuur
- Een structurele ondersteuning op overheidsniveau voor de verwerking van de gegevens, audit en feedback, en de evaluatie van de bariatrische centra (bv. bewaken van de modaliteiten van de conventie);
- Het personeel dat zich bezighoudt met de codering en gegevensinvoer (gegevens kunnen in batch uit het elektronische patiëntendossier worden geüpload).

De inhoud van het register stemt overeen met de huidige internationale initiatieven (d.w.z. Zweden en Nederland) en maakt het mogelijk proces- en uitkomstindicatoren op te volgen. De bestuursstructuur moet erop toezien dat de registratievereisten in evenwicht zijn met de toepassingen (bv. geen variabelen systematisch registreren die niet worden gebruikt voor grootschalige evaluatie, onderzoek of kwaliteitsindicatoren).

[e] The International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders

De bestuursstructuur bepaalt de aard van de gegevens, maar deze bevatten minstens informatie over:

- De patiëntkenmerken (bv. unieke patiëntidentificatie [rijksregisternummer]; geboortedatum, geslacht)
- De resultaten van screening en beoordeling (bv. lengte, gewicht, comorbiditeiten)
- de bariatrische ingreep (bv. datum, type, ziekenhuis)
- de nazorg (bv. comorbiditeiten, complicaties, gewicht, door de patiënt gerapporteerde uitkomsten of PROMS)[f].

Het register wordt bijgehouden voor alle patiënten vanaf het eerste multidisciplinaire overleg (dus de geopereerde en niet-geopereerde patiënten), tot 5 jaar na de operatie (minimaal 1 keer per jaar).

De resultaten (proces- en uitkomstindicatoren) worden gebruikt om het zorgaanbod te evalueren (bv om de conventie te herzien op het gebied van bv. inhoud, toewijzing en voortzetting met centra). Op termijn moeten de resultaten van deze indicatoren ook publiek bekend worden gemaakt (publieke rapportering, naar Zweeds model).

De registratie gebeurt vooral door de bariatrische centra, bij voorkeur tot 5 jaar na de operatie, zoals in Nederland en Zweden. De invoering ervan kan wel gefaseerd gebeuren, met in een eerste fase enkel een registratie voor een periode van minstens 2 jaar, met vervolgens een uitbreiding naar minstens 5 jaar.

[f] Op basis van uniforme instrumenten

AANBEVELINGEN[g]

Aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en het RIZIV, na advies van de bevoegde instanties:

- **Om de multidisciplinaire voorbereiding op de operatie te waarborgen, is het nodig om de huidige wettelijke criteria voor de terugbetaling van een bariatrische operatie te behouden, maar om er ook bijkomende voorwaarden aan toe te voegen:**
  - **Het multidisciplinair overleg tussen zorgverleners, waarin wordt beslist over een bariatrische operatie, dient face-to-face (eventueel via videoconferentie) gevoerd te worden voor elke patiënt;**
  - **Naast een bariatrisch chirurg, een internist/endocrinoloog/gastro-enteroloog en een psycholoog/psychiater moet ook een diëtist van het bariatrisch centrum een advies uitbrengen.**
  - **Elke patiënt moet een huisarts (bij voorkeur GMD-houdend huisarts) raadplegen voor de operatie. Deze huisarts wordt geraadpleegd over de voorgeschiedenis van de patiënt (bv. pogingen tot gewichtsverlies), zijn socio-economische situatie en zijn vermogen om de nazorg na te komen, zonder dat zijn (eventueel schriftelijk) advies bindend is.**

  Het advies van elk van deze disciplines wordt afgewogen bij de beslissing, en gedocumenteerd in het patiëntendossier.
- **De deelname aan het multidisciplinair overleg, waarin het advies van elk teamlid en de huisarts besproken wordt, moet worden vergoed: voor de zorgverleners verbonden aan het bariatrisch centrum, via de conventie (cf. infra), voor de huisartsen, via een nieuw uit te werken nomenclatuurtarief.**

Aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, na advies van de bevoegde instanties:

- **Om de huidige versnippering van bariatrische chirurgie te verminderen, en om een begeleiding door een multidisciplinair team met expertise in bariatrische chirurgie te waarborgen, is het nodig om deze zorgopdracht via het systeem van conventies te beperken tot ziekenhuizen die aan bepaalde criteria voldoen:**

[g] Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

- **Volume-vereisten:**
  - **Elk bariatrisch centrum voert jaarlijks minimaal 100 door de ziekteverzekering vergoede bariatrische ingrepen met bijhorend zorgpad uit. De minimale volumes dienen te worden behaald per ziekenhuissite.**
  - **Elk bariatrisch centrum moet minstens twee chirurgen hebben die jaarlijks elk minimaal 25 door de ziekteverzekering vergoede bariatrische ingrepen uitvoeren. Het volume per chirurg kan eventueel behaald worden in meerdere ziekenhuizen of ziekenhuissites.**
  - **De volumes worden bepaald op basis van primaire ingrepen en step-up re-interventies. Het aantal re-interventies is een indicator (voor het centrum dat de primaire ingreep uitvoerde) die gemonitord wordt met behulp van het nationaal bariatrisch register (cf. infra).**
- **Multidisciplinair team:**
  - **Elk bariatrisch centrum moet (op de ziekenhuissite) over een multidisciplinair kernteam beschikken dat minstens bestaat uit twee chirurgen die elk minstens 25 bariatrische ingrepen per jaar uitvoeren, een internist, een gastro-enteroloog of een endocrinoloog, een diëtist en een psycholoog of psychiater die elk een bewezen expertise (bv. navorming, kennisuitwisseling met zorgverleners uit andere centra, minimum aantal raadplegingen met bariatrische patiënten) op het gebied van bariatrische chirurgie hebben.**
  - **Het multidisciplinaire kernteam moet beroep kunnen doen op andere disciplines binnen het ziekenhuis of het netwerk, zoals een kinesitherapeut met ervaring met obesitas/bariatrische chirurgie, artsen gespecialiseerd in psychiatrische en mentale aandoeningen indien geen psychiater deel uitmaakt van het kernteam (bv. eetstoornissen, middelenmisbruik en -verslavingen), in gynaecologie, cardiologie, pneumologie, enz.**
  - **Elk bariatrisch centrum moet over een coördinator beschikken (bv. diëtist of psycholoog, verpleegkundige gespecialiseerd in bariatrische zorg) die het multidisciplinaire overleg organiseert, het aanspreekpunt voor patiënten is, informatiesessies organiseert, de aanwezigheid van patiënten op follow-up afspraken opvolgt en verantwoordelijk is voor het register voor bariatrische chirurgie. Een deel van deze taken kan worden gedelegeerd aan administratieve medewerkers.**

- **Duurtijd en aantal raadplegingen pre- en postoperatief:**
  - **Vóór de ingreep is er minstens één raadpleging bij de diëtist en de psycholoog. Een minimumduur van 3 maanden tussen het eerste contact met een bariatrisch centrum en de ingreep wordt gehanteerd (tenzij hoge medische nood);**
  - **Patiënten worden na de ingreep minstens twee jaar opgevolgd. Daarbij worden, naast medische follow-up, voor alle patiënten de volgende standaardraadplegingen ingepland: minstens 4 bij de diëtist tijdens het eerste jaar en minstens 2 in het tweede jaar. Bij de psycholoog is er minstens één raadpleging per jaar gedurende minstens twee jaar.**
  - **De duurtijd en het aantal raadplegingen moet verhoogd kunnen worden voor patiënten die een meer intensieve voorbereiding en nazorg nodig hebben. Op het einde van jaar twee zal een assessment uitgevoerd worden, om na te gaan of de nazorg kan worden overgedragen aan de huisarts of dat deze moet worden voortgezet door het bariatrisch centrum (bv. jaarlijkse raadplegingen, eventueel aangevuld met extra begeleiding).**
- **Data nationaal register:**
  - **Doorgeven van data aan een verplicht nationaal uniform bariatrisch register (cfr. infra) voor elke geopereerde en niet-geopereerde patiënt, vanaf het eerste contact. Voor de geopereerde patiënten dienen initieel data tot minstens 2 jaar na de operatie verzameld te worden. Dit kan nadien uitgebreid worden tot 5 jaar of langer na de ingreep.**
- **Samenwerkingsovereenkomsten:**
  - **Afsluiten van samenwerkingsovereenkomsten (bv. inzake zorgpad, verwijzingspatronen, multidisciplinair overleg) met de eerstelijnszorg (bv. In Vlaanderen op niveau van locoregionaal netwerk en zorgraden eerstelijnszones), met gespecialiseerde obesitascentra die een conservatieve obesitasbehandeling aanbieden en met een centrum waar bariatrische patiënten (bv. wegnemen huidoverschot) een plastische- en reconstructieve ingreep kunnen ondergaan.**

- **De conventie bestaat uit een forfaitaire vergoeding per centrum.**
  - **Dit forfait dient voor de financiering van het multidisciplinaire team, het multidisciplinair overleg en de data-input in het bariatrisch register. Het forfait dekt ook informatiesessies evenals incentieven voor patiënten die follow-up afspraken nakomen (bv. vitamine supplementen, labotesten).**
  - **Het forfait dient bepaald te worden op basis van een inschatting van het aantal raadplegingen per discipline:**
    - **Standaardraadplegingen voor alle patiënten;**
    - **Bijkomende raadplegingen voor een subgroep van patiënten in functie van de noden.**
  - **De hoogte van het forfait kan afhangen van het aantal ingrepen maar ook van prestatie-indicatoren (bv. aanwezigheidspercentages bij de follow-up afspraken).**
  - **De vergoeding van de prestaties van de artsen (bv. ingreep, raadplegingen) en de kinesitherapeuten blijft ongewijzigd (per prestatie en de globale prospectieve bedragen voor laagvariabele zorg).**
- **Een stuurgroep met vertegenwoordigers van overheidsinstanties, ziekenfondsen, zorgverleners (via de wetenschappelijke en beroepsorganisaties), patiënten, ziekenhuis- en eerstelijnsorganisaties, moet worden aangesteld om de conventie vorm te geven, te ondersteunen en op te volgen. De conventie zal binnen een periode van 3 jaar geëvalueerd moeten worden op basis van de kwaliteitsindicatoren (bariatrisch register, cf. infra) die door de stuurgroep worden bepaald op voorstel van de betrokken beroepsorganisaties (cf. infra).**
- **Een overgangsperiode (max. 3 jaar) dient te worden voorzien, zodat ziekenhuizen en/of ziekenhuissites die niet aan deze conventie-voorwaarden voldoen, hierover afspraken kunnen maken in het kader van de locoregionale ziekenhuisnetwerken. Ziekenhuizen dienen hierbij naast de bovenstaande criteria ook andere criteria af te wegen (bv. bereikbaarheid).**
- **Een evaluatie van de terugbetaling van reconstructieve chirurgie na een bariatrische ingreep moet uitgevoerd worden.**

Aan de wetenschappelijke en beroepsorganisaties binnen het domein van bariatrische chirurgie (BESOMS, BASO, BBAHS, eetexpert.be, enz.), in samenwerking met organisaties binnen de eerste lijn en met andere beroepsverenigingen:

- **Een functieomschrijving dient te worden uitgewerkt voor de rol van de coördinator. Hierbij dient een duidelijk onderscheid gemaakt te worden tussen taken die de coördinator zelf dient op te nemen, en taken die hij kan delegeren aan een administratieve ondersteunende functie.**
- **Een nationaal consensusdocument ('nationaal model zorgpad') dient te worden opgesteld met daarin een opsomming van de belangrijkste interventies voor de multidisciplinaire zorg (medische, psychologische, motivationele, dieet- en nutritionele aspecten, aanpassing levensstijl) voor en na de operatie. Dit nationaal zorgpad is gebaseerd op een een model van gedeelde zorg met een trapsgewijze aanpak. Dit betekent dat bij het opstellen van het zorgpad een transmurale visie wordt gehanteerd, waarbij de eerste en tweede lijn in continue interactie met alkaar staan. De duurtijd en intensiteit van de voorbereiding op de operatie en de nazorg worden aangepast aan de behoeften van de patiënt. Dit consensusdocument kan de literatuurstudie uit Hoofdstuk 4 van het wetenschappelijk rapport gebruiken als startpunt.**
- **Een voorstel van (kwaliteits-)indicatoren dient te worden uitgewerkt. Zij moeten worden gemeten en opgevolgd via een bariatrisch register. Deze kwaliteitsindicatoren bouwen verder op de indicatoren in het Nederlandse en Zweedse bariatrisch register (bv. duurtijd tussen het eerste contact bariatrisch centrum en de operatie, % gewichtsverlies, % dat follow-up afspraken bijwoont, kwaliteit van leven, complicaties).**

Aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, het RIZIV, Sciensano, na overleg met de wetenschappelijke- en beroepsverenigingen en andere relevante partners en instellingen:

- **Een nationaal, uniform en verplicht register voor bariatrische chirurgie dient te worden ontwikkeld en te worden ingevoerd, naar het model van het register in Zweden en Nederland.**
- **Een bestuursstructuur van het register (betrokken beroepsorganisaties, cfr. supra stuurgroep conventie). Het RIZIV moet een onafhankelijke organisatie (Sciensano) financieren om het register te implementeren, beheren en controleren.**
- **Een financiering dient te worden voorzien voor:**

- **Personeel in de bariatrische centra voor de gegevensinvoer (via conventie);**
- **Het opzetten en onderhouden van de noodzakelijke ICT-infrastructuur**
- **Structurele ondersteuning op overheidsniveau voor audit en feedback, en de evaluatie van de conventie en de bariatrische centra.**

- **De inhoud van het bariatrisch register wordt vastgelegd door de bestuurstructuur, na advies van de betrokken beroepsorganisaties (cf. supra). Er wordt op toegezien dat de registratievereisten in balans zijn met de toepassingen (bv. kwaliteitsindicatoren) en het register bevat minstens:**
  - **De patiëntkenmerken (bv. unieke patiëntidentificatie [rijksregisternummer]; geboortedatum, geslacht)**
  - **De resultaten van screening en beoordeling (bv. lengte, gewicht, comorbiditeiten)**
  - **De bariatrische ingreep (bv. datum, type, ziekenhuis)**
  - **De nazorg (bv. comorbiditeiten, complicaties, gewicht, door de patiënt gerapporteerde uitkomsten) .**
- **Het register wordt bijgehouden voor alle patiënten vanaf de beslissing over bariatrische chirurgie (multidisciplinair overleg) tot minimaal 2 jaar in de opstartfase. Dit wordt nadien uitgebreid naar 5 jaar of langer na de operatie (minimaal 1 keer per jaar).**

Aan de zorgverleners verbonden aan een bariatrisch centrum:

- **Patiënten die in aanmerking komen voor bariatrische chirurgie, moeten hierop grondig worden voorbereid, zodat de kansen op duurzaam gewichtsverlies stijgen en de risico's op negatieve gevolgen (medisch/psychosociaal) verkleinen. Het bariatrisch centrum zorgt ervoor dat de patiënt op verschillende manieren (bv. schriftelijk, informatiesessies individueel of in groep, contacten met lotgenoten, gevalideerde websites) wordt geïnformeerd over de operatie, de mogelijke gevolgen (met inbegrip van de financiële impact) en over de noodzakelijke levensstijlaanpassingen. Het centrum gaat na of de patiënten deze informatie begrepen hebben, alvorens ze een geïnformeerd toestemmingsformulier ondertekenen. Specifieke aandacht voor kwetsbare groepen (bv. socio-economische deprivatie of cognitieve beperkingen) is aangewezen.**
- **Bij de vertaalslag van het nationale zorgpad naar een lokaal zorgpad wordt niet alleen een beroep gedaan op professionele kennis en expertise, maar ook systematisch op**

ervaringsdeskundigheid (patiënten). Voor dit proces is een vorming en ondersteuning van zowel zorgprofessionals als ervaringsdeskundigen vereist.

Aan de universiteiten/hogescholen, de bariatrische centra en de wetenschappelijke- en beroepsverenigingen binnen het domein van de bariatrie, in samenwerking met de wetenschappelijke- en beroepsverenigingen van de eerstelijnszorg:

- **Het opleidingsaanbod voor huisartsen inzake obesitas en bariatrische chirurgie dient verder te worden uitgewerkt (zowel in basiscurricula als voortgezette opleidingen), net als voor andere eerstelijnszorgverleners, betrokken bij de zorg voor bariatrische patiënten.**
- **Praktische hulpmiddelen dienen te worden ontwikkeld voor huisartsen. Deze kunnen ondersteuning bieden bij de klinische besluitvorming (bv. snelle checklist voor het beoordelen van de geschiktheid van de patiënt voor chirurgie, begeleiding bij de verschillende stappen van de nazorg, consensuslijst met post-operatieve problemen die een (snelle) verwijzing naar de tweede lijn vereisen (lijst van alarmsignalen, 'red flags')).**

REFERENTIES

1. Louwagie P, Neyt M, Dossche D, Camberlin C, Ten Geuzendam B, Van den Heede K, et al. Bariatric surgery: an HTA report on the efficacy, safety and cost-effectiveness. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019. KCE Reports (316)
2. Markar SR, Penna M, Karthikesalingam A, Hashemi M. The impact of hospital and surgeon volume on clinical outcome following bariatric surgery. Obesity Surgery. 2012;22(7):1126-34.
3. Zevin B, Aggarwal R, Grantcharov TP. Volume-outcome association in bariatric surgery: a systematic review. Annals of Surgery. 2012;256(1):60-71.
4. Asano EF, Rasera I, Jr., Shiraga EC. Cross-sectional study of variables associated with length of stay and ICU need in open Roux-En-Y gastric bypass surgery for morbid obese patients: an exploratory analysis based on the Public Health System administrative database (Datasus) in Brazil. Obesity Surgery. 2012;22(12):1810-7.
5. Brunaud L, Polazzi S, Lifante JC, Pascal L, Nocca D, Duclos A. Health Care Institutions Volume Is Significantly Associated with Postoperative Outcomes in Bariatric Surgery. Obes Surg. 2018;28(4):923-31.
6. Chiu CC, Wang JJ, Tsai TC, Chu CC, Shi HY. The relationship between volume and outcome after bariatric surgery: a nationwide study in Taiwan. Obesity Surgery. 2012;22(7):1008-15.
7. Celio AC, Kasten KR, Brinkley J, Chung AY, Burruss MB, Pories WJ, et al. Effect of Surgeon Volume on Sleeve Gastrectomy Outcomes. Obesity Surgery. 2016;26(11):2700-4.
8. Doumouras AG, Saleh F, Anvari S, Gmora S, Anvari M, Hong D. A Longitudinal Analysis of Short-Term Costs and Outcomes in a Regionalized Center of Excellence Bariatric Care System. Obesity Surgery. 2017;27(11):2811-7.

9. Doumouras AG, Saleh F, Anvari S, Gmora S, Anvari M, Hong D. The effect of health system factors on outcomes and costs after bariatric surgery in a universal healthcare system: a national cohort study of bariatric surgery in Canada. Surgical Endoscopy. 2017;31(11):4816-23.

10. Gould JC, Kent KC, Wan Y, Rajamanickam V, Leverson G, Campos GM. Perioperative safety and volume: outcomes relationships in bariatric surgery: a study of 32,000 patients. Journal of the American College of Surgeons. 2011;213(6):771-7.

11. Pradarelli JC, Varban OA, Ghaferi AA, Weiner M, Carlin AM, Dimick JB. Hospital variation in perioperative complications for laparoscopic sleeve gastrectomy in Michigan. Surgery. 2016;159(4):1113-20.

12. Stenberg E, Szabo E, Agren G, Naslund E, Boman L, Bylund A, et al. Early complications after laparoscopic gastric bypass surgery: results from the Scandinavian Obesity Surgery Registry. Annals of Surgery. 2014;260(6):1040-7.

13. Torrente JE, Cooney RN, Rogers AM, Hollenbeak CS. Importance of hospital versus surgeon volume in predicting outcomes for gastric bypass procedures. Surgery for Obesity & Related Diseases. 2013;9(2):247-52.

14. Varban OA, Reames BN, Finks JF, Thumma JR, Dimick JB. Hospital volume and outcomes for laparoscopic gastric bypass and adjustable gastric banding in the modern era. Surgery for Obesity & Related Diseases. 2015;11(2):343-9.

15. Moroshko I, Brennan L, O'Brien P. Predictors of attrition in bariatric aftercare: a systematic review of the literature. Obesity Surgery. 2012;22(10):1640-7.

16. Bellows CF, Gauthier JM, Webber LS. Bariatric Aftercare and Outcomes in the Medicaid Population Following Sleeve Gastrectomy. Jsls-Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 2014;18(4):7.

17. Jurgensen JA, Reidt W, Kellogg T, Mundi M, Shah M, Clavell MLC. Impact of Patient Attrition from Bariatric Surgery Practice on Clinical Outcomes. Obesity Surgery. 2019;29(2):579-84.

18. Hood MM, Corsica J, Bradley L, Wilson R, Chirinos DA, Vivo A. Managing severe obesity: understanding and improving treatment adherence in bariatric surgery. Journal of Behavioral Medicine. 2016;39(6):1092-103.

COLOFON

Titel:	Obesitaschirurgie: Organisatie en Financiering van zorg voor en na de operatie – Synthese
Auteurs:	Koen Van den Heede (KCE), Belinda Ten Geuzendam (IMA), Dorien Dossche (KCE), Sabine Janssens (BSM Management), Peter Louwagie (Voormalig KCE), Kirsten Vanderplanken (Voormalig Tempera), Pascale Jonckheer (KCE)
Project facilitator:	Nathalie Swartenbroeckx (KCE)
Redactie synthese:	Gudrun Briat (KCE), Karin Rondia (KCE)
Reviewers:	Jef Adriaenssens (KCE), Jens Detollenaere (KCE)
Externe experten en stakeholders:	Filip Ameye (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) – Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)), Marie Barea Fernandez (Erasme ULB; Belgian Bariatric Allied Health Society (BBAHS)), Lise Boddaert (AZ Herentals), Els Boekaerts (Jessa ziekenhuis Hasselt; Obesitas centrum), Wim Bouckaert (Jessa ziekenhuis Hasselt; Obesitas centrum), Charline Bronchain (Maison Médicale de Ransart), Sabine Buntinx (Union Générale des Infirmiers de Belgique (UGIB) – Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB)), Dany Burnon (Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell (CHIREC)), Marie Capacchi (Médecin généraliste – huisarts), Fadi Charara (CHU Tivoli), Laurence Claes (KU Leuven; Eetexpert), Véronique de Brouckère (CHU Tivoli), Paul De Cort (Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde (ACHG), KU Leuven; Eetexpert), Paul De Munck (GBO – Cartel), Hilde De Nutte (Zorgnet – Icuro), Ri De Ridder (Dokters van de Wereld), Nick De Swaef (RIZIV – INAMI; FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique; Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten FAGG) – Agence fédérale des medicaments et des produits de santé (FAMPS)), Nele De Wert (AZ Nikolaas), Ann De Zitter (AXXON – Beroepsvereniging voor kinesitherapeuten), Didier Deltour (la fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA)), Bart Demyttenaere (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (NVSM) – Union Nationale des Mutualités Socialistes, Solidaris (UNMS)), Mieke Devadder (UZ Leuven), Bruno Dillemans (AZ Sint-Jan), Vera Eenkhoorn (Sint Jozefkliniek Bornem), Valérie Fabri (NVSM – UNMS ; Solidaris), Marc Geboers (Zorgnet – Icuro), Jean-Marc Gillardin (Sint-Lucas Brugge), Vinciane Goessens (CHU de Liège), Alexandre Haumann (CHU de Liège), Leo Hendrickx (Ziekenhuis Netwerk Antwerpen (ZNA)), Isabelle Heyens (UZ Gent), Jacques Himpens (CHIREC; Delta Ziekenhuis Oudergem), Yves Hoebeke (Grand Hôpital de Charleroi (GHDC)), Lucien Hoekx (RIZIV – INAMI), Pierre Hourlay (Jessa Ziekenhuis Hasselt), Rozemarijn Jeannin (Eetexpert), Laurent Kohnen (CHU de Liège), Nikos Kotzampassakis (Centre Hospitalier Regional de la Citadelle, Liège), Thierry Lafullarde (Sint Dimpna ziekenhuis Geel; Belgian Section of Obesity and Metabolic Surgery (BeSOMS)), Catherine Laminne (GHDC), Matthias Lannoo (UZ Leuven), Jean-Marc Legrand (CHR Huy; BeSOMS), Barbara Lembo (Belgian Bariatric Allied Health Society (BBAHS)), Pascal Meeus (INAMI – RIZIVg), Nicole Mertens (Union Professionnelle des Psychologues Cliniciens Francophones & Germanophones (UPPCF)), Benoît Navez (St Luc Bruxelles; BeSOMS), Thomas Organ (Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)), Jeannin Rozemarijn (Eetexpert), Jean-

	Pierre Saey (CHR Mons; BESOMS), Jean-Paul Thissen (Cliniques universitaires St. Luc; Université Catholique de Louvain (UCL)), Ilse Ulens (Eetexpert), Jody Valk (ZNA), Bart Van der Schueren (UZ Leuven, Belgian Association for the Study of Obesity (BASO)), Luc Van Gaal (Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA)), Chris Van Hul (ML – OZ), France Van Lippevelde (Clinique St. Luc Bouge (SLBO)), Etienne Van Vyve (Clinique St. Jean Bruxelles), An Vandeputte (Eetexpert), Wout Vanderborght (UZ Leuven), Yves Vannieuwenhove (UZ Gent), Johan Vanoverloop (Intermut, IMA – AIM), An Verrijken (UZA), Annemie Vlaeyen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Ilse Weeghmans (Vlaams Patiëntenplatform vzw)
Externe validatoren:	Ellen Coeckelberghs (KU Leuven), Virginie Hainaut (Hôpitaux Iris-Sud (HIS°– Iris Zuid ziekenhuizen (IZZ)), Simon Nienhuijs (Catharina ziekenhuis, Nederland)
Acknowledgements:	Wij bedanken graag Luc Hourlay voor zijn ondersteuning tijdens de patiëntenrecrutering.
Gemelde belangen:	‘‘Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie ‘Bariatrisch traject’. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict’’
Layout:	Joyce Grijseels, Ine Verhulst
Coverfoto rechts:	Uit het tijdschrift ‘*Nederlands Tijdschrift voor Voeding & Diëtetiek*’ (illustrator Ana-Maria Marin)
Disclaimer:	• **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.** • **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.** • **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur).** • **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**
Publicatiedatum:	29 juni 2020
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Bariatric surgery; Health Services Research; Organizational Policy
NLM classificatie:	WI 980
Taal:	Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2020/10.273/04

ISSN: 2466-6432

Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties.

Hoe refereren naar dit document? Van den Heede K, Ten Geuzendam B, Dossche D, Sabine Janssens S, Louwagie P, Vanderplanken K, Jonckheer P. Obesitaschirurgie: Organisatie en Financiering van zorg voor en na de operatie – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. KCE Reports 329As. D/2020/10.273/04.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.