

Voorstel NRKP - 2022/DGEC/002

Vastleggen van een minimale intervalperiode tussen de eerste raadpleging van de patiënt met de bariatrische chirurg en de eigenlijke bariatrische ingreep.



Algemene notificatie:

“Er werd door het comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de algemene raad van het RIZIV alsook door de regering geopteerd om een methode voor de integratie van de gezondheidszorgdoelstellingen in de keuzes van de ziekteverzekering te ontwikkelen, dit in combinatie met een dynamisch meerjarig budgettair kader en meer focus op appropriate care – de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment. De implementatie van indicatoren blijft één van de hefboomen om hiertoe te komen, met als doel efficiëntiewinsten te genereren door het terugdringen van inappropriate care. De aldus vrijgekomen middelen worden terug geïnvesteerd binnen de gezondheidszorg. Deze oefening behelst dus geenszins een besparingsoperatie. Indicatoren zijn niet absoluut, waarbij gemotiveerde uitzonderingen steeds mogelijk blijven. In die zin is een indicator een verantwoordingsdrempel.”

1

PROBLEEMSTELLING

- Uit de KCE-studie over de werkzaamheid, veiligheid en kosteneffectiviteit van bariatrische chirurgie (KCE-rapport 316, 2019) 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 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. (uittreksel pagina 8 KCE-rapport 329 As - 2020)
- Het voorstel 8 uit het KCE-rapport 329 As van 2020 stelt:
Een periode voorzien 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. Deze indicator kan samen met indicatoren m.b.t. de post-operatieve fase (bv. naleving van follow-up 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. (uittreksel pagina 28 KCE-rapport 329 As - 2020)
- De periode van minimaal 3 maanden tussen de eerste raadpleging is evenwel niet duidelijk omschreven. Er heerst onduidelijkheid over het type van raadpleging dat wordt beoogd (huisarts? psycholoog? diëtist? chirurg?...) waardoor monitoring en controle moeilijk ligt.
- Dit voorstel voorziet dan ook in het wettelijk vastleggen van een periode van minimaal 3 tot 4 maanden tussen de eerste raadpleging van de patiënt met de bariatrische chirurg en het tijdstip van de eigenlijke bariatrische ingreep. Dit maakt de monitoring uniform waarbij een eerste contact met een chirurg ruim voorafgaand aan een te plannen ingreep als essentieel wordt aanzien.



- **Cijfers**

- Een data-analyse werd verricht waarbij de correlatie werd nagegaan van de datum van de aanrekening van de effectieve bariatrische ingreep en het tijdstip van aanrekening van een voorafgaande raadpleging door een bariatrische chirurg.

Er werd hierbij rekening gehouden met de mogelijkheid dat de chirurg die de raadpleging houdt niet noodzakelijk de instrumenterende chirurg moet zijn, hetgeen in een aantal bariatrische centra het geval is.

De betrokken nomenclatuurcodes treft men aan in bijlage 1.

- De analyse focuste op een intervalperiode tussen de raadpleging en de ingreep gaande van minder dan 3 maanden, 3 tot 4 maanden, 5 tot 6 maanden en meer dan 6 maanden. Voor een aantal patiënten was er geen voorafgaandelijke raadpleging bij een bariatrisch chirurg terug te vinden.
- De analyse werd uitgevoerd per ziekenhuis, en per chirurg binnen elk ziekenhuis (*geanonimiseerde analyse in bijlage 2*)
- Een zeer grote variabiliteit werd hierbij vastgesteld.

<i>Intervalperiode</i>	<i>Gemiddelde range</i>
Geen pre-consultatie	4,3 %
Minder dan 3 maanden	31,7 0%
Van 3 tot 4 maanden	16,3 %
Van 5 tot 6 maanden	22,7 %
Meer dan 6 maanden	25 %

- **Literatuur/wetenschappelijke informatie**

- In Frankrijk stelt de 'Haute autorité de la santé' een preoperatieve fase met een minimumduur van zes maanden voor. (*bijlage 3*)
- In Zwitserland voorzien de richtlijnen van de 'Swiss Society for the Study of Morbid Obesity's afgevaardigd door het 'Office fédéral de la santé publique', een minimuminterval van drie maanden. (*bijlage 4*)

- **Contact met de wetenschappelijke en beroepsverenigingen/terreinanalyse**

- Aangezien de wetenschappelijke en beroepsverenigingen direct betrokken waren bij de opmaak van de KCE-rapporten die resulteerden in concrete aanbevelingen, kan men er logischerwijze vanuit gaan dat de voorgestelde indicator door hen werd ondersteund.
- Volgens BeSOMS (Belgian Society of Obesity and Metabolic Surgery) is een interval van meer dan 3 maanden iets te lang.

- **Andere**

- Het Auditrapport « Proof of Concept » - Bariatrische heelkunde - Zorgpad en gegevens van de ziekenhuisverblijven van de cel audit ziekenhuizen binnen DGEC verschaft aanvullende gegevens. (*bijlage 5*)



SITUERING

Gezondheidszorgdoelstellingen (GDOS)

- ☐ Preventieve zorg en chronische ziekten
- ☒ Toegankelijkheid
- ☒ Zorgtraject
- ☐ Mentale gezondheid
- ☐ Geïntegreerde zorg

Relatie Quintuple Aim (5AIM)

- ☒ Kwaliteit van de zorg, zoals ervaren door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood
- ☐ Gezondheid van de bevolking
- ☒ Kosteneffectiviteit, d.w.z. de verhouding tussen de ingezette middelen en de gerealiseerde waarden
- ☐ Rechtvaardigheid in de samenleving met speciale aandacht voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in brede zin (d.w.z. niet enkel financieel) en met inclusie van verschillende vormen van diversiteit
- ☐ Welzijn van de zorgprofessionals

Relatie regeerakkoord

- Dit voorstel schrijft zich in bij de doelstelling “accountability” in de zorg (verantwoorde en verantwoordelijke zorg) opgenomen in het regeerakkoord.

Betrokken zorgverstrekkers

Zorgverstrekker	Algemeen chirurgen – bevoegdheidscodes 140 en 149
Aantal zorgverstrekkers	1802 (1701 / 140 – 101 / 149)
% zorgverstrekkers dat de betrokken verstrekking aanrekent	22.75% (410 zorgverstrekkers)

Financieel aspect

- Het invoeren van een minimale pre-operatieve periode waarin een raadpleging door een bariatrisch chirurg moet gebeuren kan mogelijk een aantal patiënten doen afzien van een ingreep, hetgeen theoretisch tot een beperkt minder aantal ingrepen kan leiden, doch de efficiëntiewinst die hiermee gepaard gaat zal wellicht worden besteed aan extra uitgaven aan diëtisten, psychologen en andere zorgverleners (transversale zorg).
Tevens zullen de ingrepen mogelijk wat langer worden uitgesteld om een maximale goede voorbereiding te kennen voor de ingreep met oog op een beter welzijn van de patiënt.
De nomenclatuur voorziet nu al in een verplicht dieet van minstens een jaar voorafgaand aan de ingreep, zodat de patiënt over voldoende tijd beschikt om een raadpleging bij de chirurg in te plannen.
- Dit voorstel is dus niet gericht op mogelijke besparingen te realiseren, maar eerder om de kwaliteit van zorg te optimaliseren (= eerste principe 5AIM).

VOORSTEL VAN INDICATOR

Voorstel

“ Een periode van minimaal 3 volledige kalendermaanden tussen de eerste raadpleging van de patiënt met de bariatrische chirurg en het tijdstip van de eigenlijke bariatrische ingreep wordt voor alle patiënten wettelijk vastgelegd. De 3 volledige kalendermaanden beginnen te lopen vanaf de eerste dag van de kalendermaand die volgt op de dag van de raadpleging. Bij hoge medische nood kan hiervan gemotiveerd worden afgeweken.”

(ontwerp publicatie Belgisch staatsblad in bijlage 6)

Andere opmerkingen

- Bij de praktische uitwerking van deze indicator werd de vrees geopperd omtrent enige verwarring met de strikte periode van 3 maanden, door onduidelijke formulering. Het moet immers voor de patiënt en de zorgverlener duidelijk zijn welke periode men hiermee bedoelt zonder dat dit moet aanleiding geven tot ingewikkelde berekeningen. De indicator werd aangepast naar 3 volledige kalendermaanden tussen de raadpleging en de ingreep. In de praktijk komt de intervalperiode te liggen tussen 3 en 4 maanden afhankelijk van de dag van de raadpleging en het is voor zorgverlener en patiënt heel duidelijk. Het voorstel houdt hiermee tegelijk dan ook rekening met de opmerkingen van BeSOMS.

4

In samenwerking met

KCE en CEBAM *(bijlage 7)*

CONTACTPERSOON

- Organisatie: DGEC - RIZIV
- E-Mail: secr.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be

BIJLAGEN

1. Nomenclatuur
2. Data-analyse
3. Publicatie 'Haute autorité de la santé'
4. Richtlijnen van de 'Swiss Society for the Study of Morbid Obesity's'
5. Het Auditrapport « Proof of Concept » - Bariatrische heekunde – Audit ziekenhuizen DGEC
6. Ontwerp publicatie Belgisch staatsblad
7. Bevestiging onderschrijving indicator door CEBAM en KCE

REFERENTIES

1. [Bariatric surgery: an HTA report on the efficacy, safety and cost-effectiveness | KCE \(fgov.be\)](#)
2. [Bariatric surgery in Belgium: organisation and payment of care before and after surgery | KCE \(fgov.be\)](#)



Voorstel NRKP - 2022/DGEC/002

Vastleggen van een minimale intervalperiode tussen de eerste raadpleging van de patient met de bariatrische chirurg en de eigenlijke bariatrische ingreep.



⇒ **BIJLAGEN**

- 1. Nomenclatuur**
- 2. Data-analyse**
- 3. Publicatie 'Haute autorité de la santé'**
- 4. Richtlijnen van de 'Swiss Society for the Study of Morbid Obesity's'**
- 5. Auditrapport "Proof of concept" – Bariatrische heelkunde**
- 6. Ontwerp van publicatie in het Belgisch staatsblad**
- 7. Bevestiging onderschrijving indicator door CEBAM en KCE**

BIJLAGE 1: NOMENCLATUUR

HEELKUNDE OP HET ABDOMEN - Artikel 14d

241776 241780

Reducerende gastroplastie (Mason, Sleeve)

N 400 (= 480,24 € in 2022)

241813 241824

Reducerende gastroplastie door plaatsen van een aanpasbare maagring ("gastric banding")

N 400 (= 504,25 € in 2022)

241835 241846

Reducerende gastroplastie met bileopancreatische of gastro-jejunale diversie (Scopinaro, gastric bypass, duodenal switch)

N 650 (= 975,48 € in 2022)

Deze verstrekkingen zijn slechts aanrekenbaar op de volgende voorwaarden :

1° op het moment van de chirurgische indicatiestelling BMI ≥ 40 ofwel BMI ≥ 35 in combinatie met minstens één van volgende criteria :

- a) met geneesmiddelen behandelde diabetes;*
- b) therapieresistente hypertensie gedefinieerd als een bloeddruk $>140/90$ mmHg, ondanks behandeling gedurende minstens 1 jaar met een gelijktijdige inname van 3 antihypertensiva;*
- c) slaapapneusyndroom geobjectiveerd door middel van polysomnografisch onderzoek uitgevoerd in een centrum met een overeenkomst zoals bedoeld in artikel 22, 6° en 23, § 3, van de wet voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14 juli 1994, betreffende de diagnose en behandeling van het obstructief slaapapneusyndroom;*
- d) heringreep na complicatie of onvoldoende resultaat van een vorige bariatrische ingreep;*

2° vanaf 18 jaar;

3° minstens gedurende 1 jaar een gedocumenteerde dieetbehandeling hebben gevolgd zonder blijvend succes;

4° na het uitvoeren van een multidisciplinair bariatrisch overleg waar naast de geneesheer-specialist in de chirurgie tevens tenminste een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde en een geneesheer-specialist in de psychiatrie of een klinisch psycholoog aan hebben deelgenomen. Het verslag van dit overleg met de gezamenlijke indicatiestelling tot chirurgische ingreep wordt ondertekend door de drie deelnemers van de vermelde disciplines. Het verslag van het overleg bevindt zich samen met de gegevens over de dieettherapie in het medisch dossier;

5° de behandelend geneesheer maakt in een persoonlijke brief een standaardformulier ter notificatie over aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling. De modaliteiten van dit notificatieformulier worden vastgesteld door het Verzekeringscomité.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen betreffende de behandeling van obesitas is enkel verschuldigd als de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling in het bezit is van een geldige notificatie;

6° per ziekenhuis wordt tevens een register bijgehouden van alle bariatrische ingrepen.

De modaliteiten van deze registratie worden vastgesteld door het Verzekeringscomité.

BIJLAGE 2: DATA-ANALYSE

Voor de bariatrische heelkunde werd gebruik gemaakt van zowel documenten SHA als Doc P. Alle ingrepen in 2019 werden opgenomen in de analyse met uitzondering van heringrepen, zij het binnen 2019 of bij patiënten voor wie al een ingreep werd terugvonden in 2018, maar dit zijn alles samen maar een paar tientallen gevallen.

Voor de betrokken patiënten zijn in Doc P alle raadplegingen vanaf 1 januari 2018 door bevoegdheidscodes 140, 149, en ook 014 opgezocht. Er zijn dus altijd minstens 12 maanden beschikbaar voorafgaand aan de ingreep, en voor sommige patiënten bijna 24.

De bevoegdheidscode 014 komt overigens maar bij een handvol consultaties voor, en zijn vooral mee opgenomen omwille van één chirurg die begin 2019 nog bariatrische heelkunde attesteerde met 014.

Verschillende criteria werden uitgetest om te bepalen of een door de patiënt geraadpleegde chirurg al dan niet gelinkt is aan de (plaats van verstrekking van) de bariatrische ingreep. Van strikter naar ruimer zijn de opties die werden uitgevoerd:

Verstrekker ingreep = enkel raadplegingen door dezelfde arts als de ingreep worden meegenomen in de analyse, dit is hoe dan ook te strikt maar ter informatie meegegeven in de resultaten

Bariatrisch chirurg in zelfde ZH = alle raadplegingen van de artsen met prestaties bariatrische chirurgie in hetzelfde ziekenhuis worden meegenomen

Bariatrisch chirurg met link ZH = alle raadplegingen van artsen met prestaties bariatrische chirurgie worden meegenomen voor zover zij bariatrische ingrepen óf consultaties met de betrokken patiënten aanrekenden in het ziekenhuis van de ingreep

Chirurg met link ZH = alle raadplegingen van chirurgen worden meegenomen voor zover zij bariatrische ingrepen óf consultaties met de betrokken patiënten aanrekenden in het ziekenhuis van de ingreep, inclusief zij die zelf geen enkele prestatie bariatrische heelkunde hebben in welk ziekenhuis dan ook

De criteria leveren geen enorme verschillen op, op enkele uitzonderingen na. Met name in instelling X lijkt de raadpleging vaak te gebeuren door het diensthoofd dat zelf geen bariatrische ingrepen uitvoert, bij hen verandert er dus veel bij versoepeling naar versie 4 van de criteria.

Het percentage gevallen waarvoor we geen enkele raadpleging terugvonden lijkt quasi overal onder controle, met als belangrijkste uitzondering instelling Y. Zelfs als men elke link met het ziekenhuis laat vallen blijven daar 26 patiënten zonder raadpleging van welke chirurg dan ook, wellicht is er daar toch iets dat aan deze analyse ontsnapt.

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de versie 3 van de criteria (bariatrisch chirurg met link ZH), hetgeen het beste beeld weergeeft van de intervalperiode in het betrokken ziekenhuis.

* Doc P = statistische tabellen betreffende de verstrekkingen verleend door zorgverleners in de ambulante en de ziekenhuissector

* Document SHA = statistische tabellen per anoniem verblijf in een ziekenhuis (Séjours Hospitaliers Anonymes)

* Bevoegdheidscode 140 = arts-specialist in de heelkunde

* Bevoegdheidscode 149 = arts-specialist in de heelkunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde

* Bevoegdheidscode 014 = arts-specialist in opleiding in de heelkunde

ZH/HOP	> 6 m		4-6 m		3-4 m		< 3 m		0			
<u>71xxxxxx</u>	3	33,3%	3	33,3%	1	11,1%	2	22,2%		0,0%	100,0%	9
<u>71xxxxxx</u>	32	47,8%	20	29,9%	7	10,4%	7	10,4%	1	1,5%	100,0%	67
<u>71xxxxxx</u>	16	20,3%	17	21,5%	20	25,3%	23	29,1%	3	3,8%	100,0%	79
<u>71xxxxxx</u>	62	12,1%	78	15,3%	73	14,3%	259	50,7%	39	7,6%	100,0%	511
<u>71xxxxxx</u>	209	49,4%	149	35,2%	38	9,0%	22	5,2%	5	1,2%	100,0%	423
<u>71xxxxxx</u>	8	8,3%	6	6,3%	12	12,5%	41	42,7%	29	30,2%	100,0%	96
<u>71xxxxxx</u>	4	30,8%	3	23,1%	2	15,4%	2	15,4%	2	15,4%	100,0%	13
<u>71xxxxxx</u>	19	24,7%	23	29,9%	14	18,2%	19	24,7%	2	2,6%	100,0%	77
<u>71xxxxxx</u>	71	45,2%	56	35,7%	12	7,6%	18	11,5%		0,0%	100,0%	157
<u>71xxxxxx</u>	62	19,0%	78	23,9%	47	14,4%	131	40,2%	8	2,5%	100,0%	326
<u>71xxxxxx</u>	11	9,7%	19	16,8%	30	26,5%	44	38,9%	9	8,0%	100,0%	113
<u>71xxxxxx</u>	5	16,7%	6	20,0%	6	20,0%	12	40,0%	1	3,3%	100,0%	30
<u>71xxxxxx</u>	7	70,0%	1	10,0%		0,0%	2	20,0%		0,0%	100,0%	10
<u>71xxxxxx</u>	23	32,4%	20	28,2%	14	19,7%	14	19,7%		0,0%	100,0%	71
<u>71xxxxxx</u>	42	55,3%	19	25,0%	5	6,6%	8	10,5%	2	2,6%	100,0%	76
<u>71xxxxxx</u>	127	15,8%	267	33,3%	255	31,8%	120	15,0%	33	4,1%	100,0%	802
<u>71xxxxxx</u>	32	30,2%	16	15,1%	17	16,0%	39	36,8%	2	1,9%	100,0%	106
<u>71xxxxxx</u>	18	14,3%	38	30,2%	37	29,4%	29	23,0%	4	3,2%	100,0%	126
<u>71xxxxxx</u>	66	47,5%	40	28,8%	20	14,4%	9	6,5%	4	2,9%	100,0%	139
<u>71xxxxxx</u>	25	15,1%	13	7,8%	21	12,7%	97	58,4%	10	6,0%	100,0%	166
<u>71xxxxxx</u>	31	36,5%	24	28,2%	9	10,6%	15	17,6%	6	7,1%	100,0%	85
<u>71xxxxxx</u>	57	42,5%	37	27,6%	15	11,2%	19	14,2%	6	4,5%	100,0%	134
<u>71xxxxxx</u>	61	31,1%	85	43,4%	32	16,3%	16	8,2%	2	1,0%	100,0%	196
<u>71xxxxxx</u>	4	11,1%	13	36,1%	11	30,6%	8	22,2%		0,0%	100,0%	36
<u>71xxxxxx</u>	16	15,0%	17	15,9%	17	15,9%	47	43,9%	10	9,3%	100,0%	107
<u>71xxxxxx</u>	38	36,5%	16	15,4%	17	16,3%	30	28,8%	3	2,9%	100,0%	104
<u>71xxxxxx</u>	8	33,3%	5	20,8%	5	20,8%	6	25,0%		0,0%	100,0%	24
<u>71xxxxxx</u>	47	14,3%	53	16,2%	52	15,9%	163	49,7%	13	4,0%	100,0%	328
<u>71xxxxxx</u>	16	25,0%	14	21,9%	6	9,4%	25	39,1%	3	4,7%	100,0%	64
<u>71xxxxxx</u>		0,0%		0,0%	1	100,0%		0,0%		0,0%	100,0%	1
<u>71xxxxxx</u>	21	21,4%	16	16,3%	24	24,5%	34	34,7%	3	3,1%	100,0%	98
<u>71xxxxxx</u>	36	24,0%	36	24,0%	29	19,3%	48	32,0%	1	0,7%	100,0%	150

71xxxxxx	49	28,2%	28	16,1%	26	14,9%	64	36,8%	7	4,0%	100,0%	174
71xxxxxx	46	14,6%	36	11,4%	55	17,4%	174	55,1%	5	1,6%	100,0%	316
71xxxxxx	1	12,5%		0,0%	1	12,5%	6	75,0%		0,0%	100,0%	8
71xxxxxx	20	13,7%	25	17,1%	7	4,8%	88	60,3%	6	4,1%	100,0%	146
71xxxxxx	1	6,7%	4	26,7%	2	13,3%	7	46,7%	1	6,7%	100,0%	15
71xxxxxx	10	28,6%	4	11,4%	6	17,1%	13	37,1%	2	5,7%	100,0%	35
71xxxxxx	18	22,2%	19	23,5%	17	21,0%	25	30,9%	2	2,5%	100,0%	81
71xxxxxx	42	61,8%	11	16,2%	7	10,3%	6	8,8%	2	2,9%	100,0%	68
71xxxxxx	76	39,4%	44	22,8%	33	17,1%	33	17,1%	7	3,6%	100,0%	193
71xxxxxx	11	37,9%	13	44,8%	1	3,4%	4	13,8%		0,0%	100,0%	29
71xxxxxx	7	28,0%	8	32,0%	3	12,0%	7	28,0%		0,0%	100,0%	25
71xxxxxx	61	24,0%	87	34,3%	68	26,8%	31	12,2%	7	2,8%	100,0%	254
71xxxxxx	98	54,1%	56	30,9%	12	6,6%	8	4,4%	7	3,9%	100,0%	181
71xxxxxx	3	9,1%	6	18,2%	3	9,1%	21	63,6%		0,0%	100,0%	33
71xxxxxx	14	17,9%	19	24,4%	21	26,9%	23	29,5%	1	1,3%	100,0%	78
71xxxxxx	48	19,7%	37	15,2%	37	15,2%	114	46,7%	8	3,3%	100,0%	244
71xxxxxx	42	21,9%	54	28,1%	31	16,1%	53	27,6%	12	6,3%	100,0%	192
71xxxxxx	58	18,6%	37	11,9%	21	6,8%	182	58,5%	13	4,2%	100,0%	311
71xxxxxx	6	37,5%	2	12,5%		0,0%	7	43,8%	1	6,3%	100,0%	16
71xxxxxx	17	24,6%	12	17,4%	16	23,2%	23	33,3%	1	1,4%	100,0%	69
71xxxxxx	10	40,0%	11	44,0%	3	12,0%	1	4,0%		0,0%	100,0%	25
71xxxxxx	41	52,6%	21	26,9%	3	3,8%	12	15,4%	1	1,3%	100,0%	78
71xxxxxx	15	60,0%	6	24,0%	1	4,0%	3	12,0%		0,0%	100,0%	25
71xxxxxx	20	22,2%	16	17,8%	22	24,4%	26	28,9%	6	6,7%	100,0%	90
71xxxxxx	1	10,0%	2	20,0%	5	50,0%	2	20,0%		0,0%	100,0%	10
71xxxxxx	30	46,9%	25	39,1%	4	6,3%		0,0%	5	7,8%	100,0%	64
71xxxxxx	17	38,6%	9	20,5%	10	22,7%	8	18,2%		0,0%	100,0%	44
71xxxxxx	32	25,8%	40	32,3%	17	13,7%	30	24,2%	5	4,0%	100,0%	124
71xxxxxx	19	16,0%	22	18,5%	21	17,6%	53	44,5%	4	3,4%	100,0%	119
71xxxxxx	4	16,0%	5	20,0%	3	12,0%	10	40,0%	3	12,0%	100,0%	25
71xxxxxx	16	17,4%	17	18,5%	12	13,0%	38	41,3%	9	9,8%	100,0%	92
71xxxxxx	57	34,1%	44	26,3%	45	26,9%	19	11,4%	2	1,2%	100,0%	167
71xxxxxx	85	17,6%	99	20,5%	87	18,0%	197	40,9%	14	2,9%	100,0%	482
71xxxxxx	20	35,7%	14	25,0%	7	12,5%	14	25,0%	1	1,8%	100,0%	56
71xxxxxx	21	14,9%	16	11,3%	22	15,6%	78	55,3%	4	2,8%	100,0%	141

71xxxxxx	1	5,3%	5	26,3%	3	15,8%	9	47,4%	1	5,3%	100,0%	19
71xxxxxx	5	4,1%	7	5,8%	8	6,6%	95	78,5%	6	5,0%	100,0%	121
71xxxxxx	7	4,9%	1	0,7%	6	4,2%	118	83,1%	10	7,0%	100,0%	142
71xxxxxx	7	22,6%	9	29,0%	5	16,1%	10	32,3%		0,0%	100,0%	31
71xxxxxx	8	34,8%	8	34,8%	3	13,0%	4	17,4%		0,0%	100,0%	23
71xxxxxx	52	34,2%	48	31,6%	17	11,2%	30	19,7%	5	3,3%	100,0%	152
71xxxxxx	34	45,9%	32	43,2%	5	6,8%	2	2,7%	1	1,4%	100,0%	74
71xxxxxx	57	31,3%	51	28,0%	34	18,7%	40	22,0%		0,0%	100,0%	182
71xxxxxx	99	31,9%	73	23,5%	60	19,4%	71	22,9%	7	2,3%	100,0%	310
71xxxxxx	4	7,7%	12	23,1%	11	21,2%	24	46,2%	1	1,9%	100,0%	52
71xxxxxx	14	46,7%	8	26,7%	2	6,7%	6	20,0%		0,0%	100,0%	30
71xxxxxx	4	7,8%	9	17,6%	4	7,8%	30	58,8%	4	7,8%	100,0%	51
71xxxxxx	31	31,0%	34	34,0%	18	18,0%	16	16,0%	1	1,0%	100,0%	100
71xxxxxx	21	33,9%	18	29,0%	9	14,5%	11	17,7%	3	4,8%	100,0%	62
71xxxxxx	3	3,9%	3	3,9%	1	1,3%	2	2,6%	68	88,3%	100,0%	77
71xxxxxx	17	15,6%	19	17,4%	14	12,8%	56	51,4%	3	2,8%	100,0%	109
71xxxxxx	17	11,9%	20	14,0%	23	16,1%	82	57,3%	1	0,7%	100,0%	143
71xxxxxx	46	40,0%	30	26,1%	22	19,1%	16	13,9%	1	0,9%	100,0%	115
71xxxxxx	91	55,2%	48	29,1%	16	9,7%	10	6,1%		0,0%	100,0%	165
71xxxxxx	24	7,9%	30	9,9%	31	10,3%	201	66,6%	16	5,3%	100,0%	302
71xxxxxx	21	29,2%	17	23,6%	11	15,3%	21	29,2%	2	2,8%	100,0%	72
71xxxxxx	57	27,3%	32	15,3%	15	7,2%	86	41,1%	19	9,1%	100,0%	209
71xxxxxx	22	13,2%	21	12,6%	31	18,6%	83	49,7%	10	6,0%	100,0%	167
71xxxxxx	8	20,5%	7	17,9%	8	20,5%	16	41,0%		0,0%	100,0%	39
71xxxxxx	3	20,0%	4	26,7%	4	26,7%	3	20,0%	1	6,7%	100,0%	15
71xxxxxx	3	23,1%	3	23,1%	2	15,4%	4	30,8%	1	7,7%	100,0%	13
71xxxxxx	16	80,0%	4	20,0%		0,0%		0,0%		0,0%	100,0%	20
71xxxxxx	29	36,7%	21	26,6%	15	19,0%	12	15,2%	2	2,5%	100,0%	79
71xxxxxx	18	24,0%	18	24,0%	21	28,0%	15	20,0%	3	4,0%	100,0%	75
71xxxxxx	82	27,4%	90	30,1%	76	25,4%	39	13,0%	12	4,0%	100,0%	299
71xxxxxx	11	47,8%	9	39,1%	2	8,7%		0,0%	1	4,3%	100,0%	23
TOTAL	3.005	25,0%	2.728	22,7%	1.955	16,3%	3.801	31,7%	516	4,3%	100,0%	12.005



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte

Recommandations

Janvier 2009

L'argumentaire scientifique de ces recommandations est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en janvier 2009.

© Haute Autorité de Santé – 2009

Sommaire

Recommandations	4
1. Introduction	4
1.1 Thème et objectifs des recommandations	4
1.2 Professionnels concernés	5
1.3 Méthode de travail et gradation des recommandations	5
2. Stratégies de prise en charge des patients atteints d'obésité dans le cadre d'une intervention chirurgicale initiale	6
2.1 Les indications actuelles de la chirurgie bariatrique doivent-elles être revues ?	6
2.2 Quels doivent être les modalités et le contenu de l'évaluation et de la prise en charge préopératoires du patient ?	7
2.3 Quels critères doit-on prendre en compte pour le choix des techniques chirurgicales ?	13
2.4 Quels doivent être les modalités et le contenu du suivi et de la prise en charge postopératoires du patient ?	14
3. Stratégies de prise en charge des patients atteints d'obésité dans le cadre d'une réintervention chirurgicale	17
4. Enregistrement des interventions de chirurgie bariatrique dans un registre national	18
Limites des recommandations et perspectives	19
Méthode Recommandations pour la pratique clinique	21
Participants.....	23
Fiche descriptive	26

Recommandations

1. Introduction

1.1 Thème et objectifs des recommandations

► Thème des recommandations

Les recommandations sur les stratégies de prise en charge des patients adultes obèses dans le cadre d'une intervention de chirurgie bariatrique ont été élaborées à la demande du Collège de la Haute Autorité de Santé (dans le cadre de son axe de travail sur l'obésité), du ministère de la Santé (dans le cadre du programme national Nutrition Santé) et de la Société française et francophone de chirurgie de l'obésité (Soffco) (qui souhaitait des recommandations sur les réinterventions).

La chirurgie bariatrique s'est rapidement développée en France depuis une dizaine d'années, au sein de plus de 310 équipes chirurgicales. Elle a fait l'objet de nombreux travaux français ou internationaux d'évaluation ou de recommandations. Néanmoins, une enquête menée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) entre décembre 2002 et janvier 2003 a montré que les recommandations concernant les indications et l'évaluation préopératoire des patients étaient insuffisamment respectées et que le suivi postopératoire des patients était insuffisant (nombre de patients perdus de vue de 18% à 2 ans). De plus, les professionnels de santé et patients interrogés lors de la préparation de ces recommandations ont souligné :

- l'évolution des indications ;
- la nécessité de formaliser et standardiser les modalités et le contenu de l'évaluation pluridisciplinaire préopératoire ;
- l'insuffisance de l'information et de la préparation du patient ;
- l'insuffisance de suivi des patients ;
- l'absence de consensus concernant le choix des techniques chirurgicales ;
- l'absence de consensus concernant les indications des réinterventions.

► Objectifs des recommandations

Les objectifs de ces recommandations sont :

- améliorer l'efficacité à long terme de la chirurgie et réduire la survenue des complications par :
 - une meilleure sélection, information et préparation des patients,
 - le choix de la technique apportant le meilleur rapport bénéfice/risque chez les patients sélectionnés,
 - une meilleure formalisation de la constitution et du rôle de l'équipe pluridisciplinaire ;
- réduire la gravité des complications par leur détection et leur prise en charge précoces.

Dans ces objectifs, les recommandations répondent aux questions suivantes :

- **Stratégies de prise en charge des patients atteints d'obésité dans le cadre d'une intervention chirurgicale initiale**
 - Les indications actuelles de la chirurgie bariatrique doivent-elles être revues ?
 - Quels doivent être les modalités et le contenu de l'évaluation et de la prise en charge préopératoires du patient ?
 - Quels critères doit-on prendre en compte pour le choix des techniques chirurgicales ?

- Quels doivent être les modalités et le contenu du suivi et de la prise en charge postopératoires du patient ?
- Stratégies de prise en charge des patients atteints d'obésité dans le cadre d'une **réintervention chirurgicale**.

Ces recommandations concernent la prise en charge chirurgicale des patients obèses adultes. La chirurgie bariatrique des adolescents n'est pas abordée : la chirurgie est exceptionnelle et la prise en charge des adolescents doit être spécifique et différenciée de celle des adultes.

Sont étudiées les techniques suivantes :

- les techniques restrictives : gastroplastie verticale calibrée, gastroplastie par pose d'anneau ajustable périgastrique, gastrectomie longitudinale ;
- les techniques mixtes : *bypass* gastrique et dérivation biliopancréatique.

La technique du *mini gastric bypass* encore en cours de développement et la dérivation jéjuno-iléale qui n'est plus réalisée ne sont pas étudiées.

Les questions de l'environnement technique nécessaire et de l'organisation des centres de chirurgie bariatrique ne sont pas abordées.

1.2 Professionnels concernés

Ces recommandations s'adressent principalement à l'ensemble des professionnels qui peuvent participer à la prise en charge des patients obèses : chirurgiens, endocrinologues-diabétologues, nutritionnistes, diététiciens, psychologues et psychiatres, médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes et éducateurs médico-sportifs, gastro-entérologues, anesthésistes-réanimateurs, radiologues, gynécologues-obstétriciens.

1.3 Méthode de travail et gradation des recommandations

Ces recommandations ont été élaborées par la méthode des recommandations pour la pratique clinique (RPC), décrite par la HAS¹.

Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve comme des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision fondée sur des études bien menées (niveau de preuve 1) ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte (niveau de preuve 2) ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture.

¹ Cf. Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France. Anaes, 1999.

L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Dans le cadre de ces recommandations sur la chirurgie bariatrique, la littérature identifiée était très abondante mais de niveau de preuve intermédiaire ou le plus souvent faible ; en conséquence, les recommandations sont majoritairement de grade C ou fondées sur un accord professionnel.

2. Stratégies de prise en charge des patients atteints d'obésité dans le cadre d'une intervention chirurgicale initiale

2.1 Les indications actuelles de la chirurgie bariatrique doivent-elles être revues ?

► Quelles sont les indications de la chirurgie bariatrique ?

La prise en charge des patients candidats à une intervention de chirurgie bariatrique doit s'intégrer dans le cadre de la prise en charge médicale globale du patient obèse (accord professionnel).

La chirurgie bariatrique est indiquée par décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaires (accord professionnel), chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

- patients avec un IMC ≥ 40 kg/m² ou bien avec un IMC ≥ 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment maladies cardio-vasculaires dont HTA, syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique) (grade B) ;
- en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois (grade B) ;
- en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids (grade B) ;
- patients bien informés au préalable (accord professionnel), ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires (grade C) ;
- patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme (accord professionnel) ;
- risque opératoire acceptable (accord professionnel).

Une perte de poids avant la chirurgie n'est pas une contre-indication à la chirurgie bariatrique déjà planifiée, même si le patient a atteint un IMC inférieur au seuil requis (accord professionnel).

Des données préliminaires (études comparatives randomisées monocentriques, d'effectif faible et de suivi court) ont montré que la chirurgie bariatrique pourrait améliorer les comorbidités, en particulier le diabète de type 2, chez des sujets avec IMC entre 30 et 35 kg/m². Néanmoins, en l'absence de données établies sur une population plus large et à plus long terme, on ne peut recommander pour l'instant la chirurgie bariatrique chez des sujets diabétiques avec IMC entre 30 et 35 kg/m² (accord professionnel).

Les données actuelles, hétérogènes et de faible niveau de preuve, ne permettent pas d'établir le rapport bénéfice/risque de la chirurgie bariatrique au-delà de 60 ans. Après 60 ans, l'indication doit être posée au cas par cas en fonction de l'âge physiologique et des comorbidités associées (grade C).

► **Quelles sont les contre-indications de la chirurgie bariatrique ?**

Les contre-indications de la chirurgie bariatrique sont représentées par (accord professionnel) :

- les troubles cognitifs ou mentaux sévères ;
- les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire ;
- l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé ;
- la dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites ;
- l'absence de prise en charge médicale préalable identifiée ;
- les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme ;
- les contre-indications à l'anesthésie générale.

Certaines de ces contre-indications peuvent être temporaires. L'indication de la chirurgie doit pouvoir être réévaluée après la prise en charge et la correction de ces contre-indications (accord professionnel).

En cas d'obésité d'origine génétique ou de craniopharyngiome, l'indication doit être exceptionnelle et discutée au cas par cas par l'équipe pluridisciplinaire de chirurgie bariatrique et les praticiens habituellement en charge de ces pathologies (par exemple neurochirurgien) (grade C).

2.2 Quels doivent être les modalités et le contenu de l'évaluation et de la prise en charge préopératoires du patient ?

► **Modalités de la prise en charge préopératoire du patient**

La prise en charge des patients en vue d'une intervention de chirurgie bariatrique doit être réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires, en liaison avec le médecin traitant et éventuellement avec les associations de patients. Ces équipes sont constituées au minimum d'un chirurgien, d'un médecin spécialiste de l'obésité (nutritionniste, endocrinologue ou interniste), d'une diététicienne, d'un psychiatre ou d'un psychologue et d'un anesthésiste-réanimateur. Ces équipes peuvent prendre l'avis d'autres professionnels de santé autant que de besoin (hépato-gastro-entérologue, diabétologue, radiologue, cardiologue, pneumologue, rhumatologue, médecin rééducateur, chirurgien-dentiste, masseur-kinésithérapeute, etc.) (accord professionnel).

Un coordinateur doit être désigné au sein de l'équipe pluridisciplinaire (accord professionnel).

Si les membres de l'équipe pluridisciplinaire appartiennent à des établissements différents, les conditions de leur coopération doivent être précisées dans une charte (accord professionnel).

La prise en charge pluridisciplinaire préopératoire du patient doit s'inscrire dans le cadre d'un projet personnalisé. Elle comporte (figure 1) (accord professionnel) :

- une consultation initiale auprès d'un praticien (médecin ou chirurgien) expérimenté dans la prise en charge chirurgicale de l'obésité, membre de l'équipe pluridisciplinaire. Cette consultation permet d'orienter ou non vers une indication de chirurgie ;
- une information du patient ;

- une évaluation et une prise en charge du patient au plan somatique et psychologique, et un programme personnalisé d'éducation thérapeutique ;
- l'annonce au patient du résultat de la concertation pluridisciplinaire.

Cette prise en charge pluridisciplinaire préopératoire a pour objectifs d'améliorer l'efficacité et la tolérance de la chirurgie des patients opérés, d'aider les patients à prendre leur décision concernant la chirurgie et d'obtenir une meilleure compliance des patients au suivi postopératoire (accord professionnel).

Elle doit permettre de déterminer (accord professionnel):

- les attentes du patient, les risques et contraintes qu'il est capable d'accepter, sa motivation, sa capacité d'adhésion au suivi ;
- le rapport bénéfice/risque de la chirurgie bariatrique chez le patient, l'indication ou la contre-indication de la chirurgie, le type d'intervention ;
- les conditions de suivi du patient.

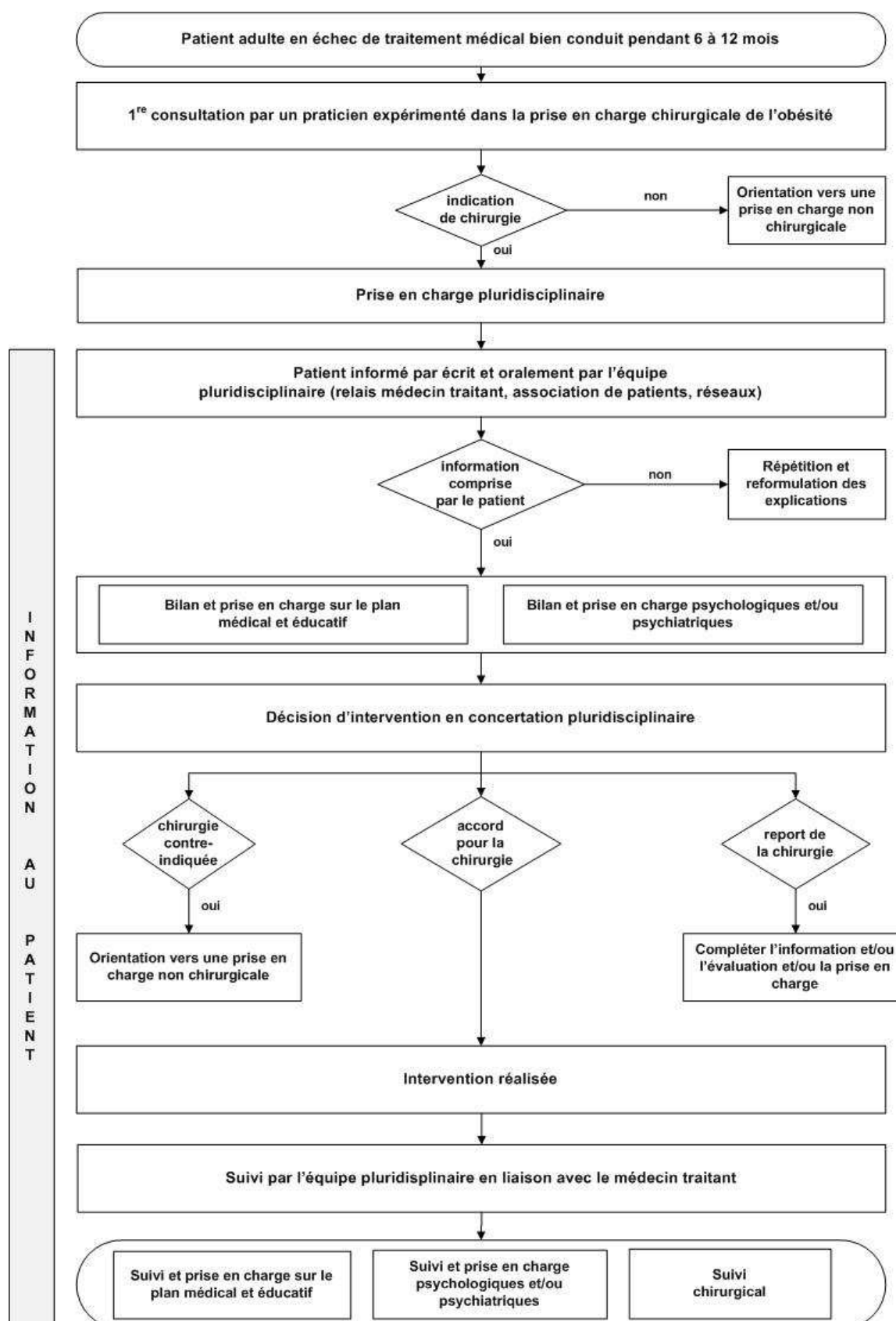
La décision d'intervention doit être prise à l'issue d'une discussion et d'une concertation de l'équipe pluridisciplinaire. Il est recommandé que la concertation ait lieu au cours d'une réunion physique. Néanmoins, en cas d'impossibilité d'une réunion physique (par exemple en cas d'éloignement géographique des intervenants, etc.), d'autres modalités de concertation sont possibles (échanges par téléphone, visioconférence, Internet, etc.). Il est également souhaitable de demander l'avis du médecin traitant du patient.

Dans tous les cas, les conclusions de cette concertation doivent être communiquées au patient, à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire et au médecin traitant ; elles doivent être transcrites dans le dossier du patient (accord professionnel).

Les conclusions de la concertation pluridisciplinaire doivent être formalisées et comporter (accord professionnel) :

- les coordonnées du patient ;
- les coordonnées du coordinateur et du médecin traitant ;
- les noms et spécialités des participants à la concertation ;
- les antécédents médico-chirurgicaux du patient, l'IMC maximal et actualisé, les traitements de l'obésité mis en œuvre auparavant, les risques anesthésiques ;
- la date de consultation initiale ;
- les modalités de l'information sur le bénéfice attendu, les risques de la chirurgie et le caractère impératif du suivi ;
- le résultat de l'évaluation et de la prise en charge préopératoires ;
- les stratégies proposées : stratégie chirurgicale (indication ou non de chirurgie, type d'intervention) et autres prises en charge (nutritionnelle, diététique ou psychologique, reconditionnement à l'activité physique, etc.) ;
- la conformité ou non de la stratégie proposée par rapport aux référentiels utilisés ;
- la date de la décision.

Figure 1. Parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique



► Information du patient

L'information du patient doit porter sur (accord professionnel) :

- les risques de l'obésité ;
- les différents moyens de prise en charge de l'obésité ;
- les différentes techniques chirurgicales :
 - leur principe (explicité au mieux à l'aide de schémas),
 - leurs bénéfices respectifs : estimations sur la perte de poids à court et long terme, absence de données à long terme disponibles pour certaines techniques, bénéfices pour la santé et les comorbidités,
 - leurs risques et inconvénients respectifs : mortalité périopératoire, effets indésirables, complications précoces et tardives, conséquences nutritionnelles, réinterventions, irréversibilité, signes cliniques qui doivent alerter ;
- les limites de la chirurgie (notamment en termes de perte de poids) ;
- les bénéfices et inconvénients de la chirurgie sur la vie quotidienne, les relations sociales et familiales ;
- les bénéfices et les inconvénients de la chirurgie en matière de grossesse et de contraception ;
- la nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie avant et après l'intervention ;
- la nécessité d'un suivi médical et chirurgical la vie durant, l'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications tardives ;
- la nécessité de suivre un programme d'éducation thérapeutique ;
- le soutien possible d'associations de patients ;
- la possibilité de recours à la chirurgie réparatrice et reconstructrice.

Cette information doit être dispensée par les membres de l'équipe pluridisciplinaire, relayés par le médecin traitant, les associations de patients et les réseaux quand ils existent. Elle doit être réalisée sous forme d'entretiens individuels, pouvant être complétés par des réunions collectives. La rencontre avec des patients déjà opérés est recommandée (accord professionnel).

Il est recommandé de fournir au patient une information écrite en plus d'une information orale. Il est nécessaire de s'assurer que le patient a bien compris cette information. L'information initiale doit être réitérée et complétée autant que de besoin avant et après l'intervention (accord professionnel).

► Évaluation et préparation

➤ Évaluation et prise en charge au plan médical et éducatif

Évaluation et prise en charge médicales

Avant chirurgie bariatrique, il est recommandé :

- de réaliser des mesures anthropométriques : IMC, tour de taille (grade B) ;
- de préciser le statut nutritionnel et vitaminique des patients : dosages d'albumine, hémoglobine, ferritine et coefficient de saturation en fer de la transferrine, calcémie, vitamine D, vitamine B1, B9, B12. Des dosages supplémentaires pourront être réalisés en cas de point d'appel clinique ou biologique (grade C). En cas de déficit, ceux-ci devront être corrigés avant l'intervention et des facteurs favorisant recherchés (accord professionnel) ;
- d'évaluer avec le patient le type de comportement alimentaire et l'existence d'un trouble du comportement alimentaire (historique, sévérité du trouble), l'association à des troubles mentaux (dépression, troubles psychotiques, addictions, etc.). Il est

- recommandé d'en tenir compte dans l'indication de la chirurgie mais aussi dans la prise en charge pluridisciplinaire pré et postopératoire (psychothérapie, médicaments, surveillance des complications mécaniques dans le cas de l'anneau, etc.) (grade C).
- d'évaluer et prendre en charge les comorbidités cardio-vasculaires ou métaboliques, notamment HTA, diabète de type 2, dyslipidémie (grade B) ;
 - d'évaluer le risque thrombo-embolique (grade C) ;
 - de rechercher et prendre en charge un syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) selon les recommandations en vigueur, un tabagisme ou d'autres pathologies respiratoires (grade C) ;
 - de réaliser une évaluation hépatique : celle-ci doit comporter au minimum un dosage des transaminases et de la gamma GT pour évoquer une stéatohépatite non alcoolique et déclencher si nécessaire une consultation d'hépatogastro-entérologie (accord professionnel) ;
 - de réaliser une évaluation gastro-intestinale :
 - avant toute intervention de chirurgie bariatrique, il est recommandé de réaliser une endoscopie œsogastroduodénale afin de dépister et traiter une infection à *Helicobacter pylori* (HP) et de rechercher une autre pathologie digestive associée (ex. : hernie hiatale importante, ulcère, gastrite, etc.) pouvant contre-indiquer certaines procédures ou nécessitant d'être prise en charge avant chirurgie (accord professionnel). Avant chirurgie excluant l'estomac, la réalisation de biopsies systématiques est recommandée à la recherche de lésions préneoplasiques, quelle qu'en soit l'étiologie (infection à HP ou autre) (accord professionnel). La constatation d'une infection à HP nécessite son traitement et le contrôle de son éradication avant chirurgie (accord professionnel),
 - la suspicion clinique ou paraclinique de troubles moteurs de l'œsophage peut faire discuter la réalisation d'une manométrie œsophagienne avant pose d'anneau gastrique (grade C) ;
 - d'évaluer l'état musculo-squelettique et articulaire (accord professionnel) ;
 - d'évaluer le coefficient masticatoire et l'état dentaire (accord professionnel).

Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique

Il est recommandé d'établir avec le patient un programme d'éducation thérapeutique, de le mettre en œuvre avec l'équipe pluridisciplinaire avant l'intervention et de le poursuivre durant la période postopératoire (accord professionnel).

Le programme est fondé sur (accord professionnel) :

- une analyse des besoins et des attentes du patient (élaboration du diagnostic éducatif) ;
- la définition d'un programme personnalisé comprenant les compétences les plus utiles à acquérir et les priorités d'apprentissage ;
- la planification et la mise en œuvre de séances d'éducation thérapeutique individuelles ou collectives (ou en alternance) ;
- l'évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme au minimum avant l'intervention chirurgicale.

Ce programme a pour objectif d'aider le patient à acquérir des compétences visant notamment à (accord professionnel) :

- modifier ses habitudes et son comportement alimentaire dès la période préopératoire dans la perspective de stabiliser le poids avant l'intervention, d'améliorer l'efficacité et la tolérance de la chirurgie ;
- planifier un programme d'activité physique.

Au plan diététique, le programme d'éducation thérapeutique doit être adapté à la technique chirurgicale et au patient. Les séances d'éducation thérapeutique devraient être dispensées par l'équipe pluridisciplinaire, au mieux par la diététicienne ou le médecin nutritionniste, avec la participation de patients opérés (intervention dans les séances d'éducation thérapeutique

en complémentarité avec la diététicienne). Les associations de patients peuvent également apporter un soutien individuel au patient (accord professionnel).

Le contenu des séances individuelles ou collectives doit porter notamment sur le choix des aliments, la réalisation d'un équilibre alimentaire sur le jour et la semaine, le choix et la mise en œuvre de techniques culinaires adaptées (ateliers cuisine), des conseils dont certains pourront être mis en pratique lors de repas pris en commun (accord professionnel).

Au plan de l'activité physique, le choix d'une activité adaptée et régulière après l'intervention doit être discuté individuellement avec chaque patient dès la période préopératoire. Le programme d'activité physique proposé doit être progressif et prendre en compte les conditions musculo-squelettiques et cardio-respiratoires du patient, son mode de vie et ses préférences (accord professionnel).

➤ **Évaluation et prise en charge au plan psychologique et psychiatrique**

L'évaluation et la prise en charge psychologique et psychiatrique du patient doivent s'inscrire dans le cadre du projet personnalisé du patient (accord professionnel).

L'évaluation psychologique et psychiatrique préopératoire doit concerner tous les patients candidats à la chirurgie bariatrique. Elle doit permettre (grade C) :

- d'identifier les contre-indications psychiatriques à la chirurgie (troubles mentaux sévères, comportements d'addiction, etc.) ;
- d'évaluer la motivation du patient, sa capacité à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires et à participer à un programme de suivi postopératoire à long terme ;
- d'évaluer les déterminants et conséquences psychologiques de l'obésité ;
- d'évaluer les connaissances du patient (en matière d'obésité et de chirurgie). Le patient doit avoir les ressources intellectuelles et les connaissances suffisantes pour fournir un consentement éclairé ;
- d'évaluer la qualité de vie ;
- de déterminer les facteurs de stress psychosociaux, la présence et la qualité du soutien sociofamilial ;
- de proposer des prises en charge adaptées avant chirurgie et d'orienter le suivi en postopératoire.

Cette évaluation doit être menée par un psychiatre ou un psychologue, membre de l'équipe pluridisciplinaire. Si une prise en charge psychothérapeutique avant l'intervention est nécessaire, elle peut être réalisée par un psychiatre ou un psychologue non membre de l'équipe pluridisciplinaire mais en concertation avec celle-ci (accord professionnel).

➤ **Conseils en matière de grossesse et contraception**

La chirurgie bariatrique est contre-indiquée chez les femmes enceintes (accord professionnel). Avant d'opérer, il est recommandé de rechercher systématiquement une grossesse chez les femmes en période d'activité génitale, en réalisant un dosage de β -HCG plasmatique dans les 48 heures avant l'intervention (accord professionnel).

Après chirurgie bariatrique :

- avant tout projet de grossesse, une évaluation diététique et nutritionnelle, clinique et biologique, doit être effectuée ou à défaut au tout début de la grossesse (grade C) ;
- en cas de grossesse, notamment après chirurgie malabsorptive, il est recommandé de faire une supplémentation en fer, folates, vitamine B12, vitamine D et calcium

(grade C). La supplémentation en folates, conformément aux recommandations internationales, devra être mise en place dès le désir de grossesse (grade A)² ;

- en cas de grossesse après pose d'anneau, il est recommandé de discuter le desserrage de l'anneau entre l'équipe pluridisciplinaire et l'obstétricien (grade C) ;
- pendant la grossesse et en *post-partum*, il est recommandé de programmer un suivi nutritionnel au sein de l'équipe pluridisciplinaire (accord professionnel).

Une contraception est recommandée dès que la chirurgie bariatrique est programmée puis généralement pendant 12 à 18 mois après l'intervention (grade C). Une étude de faible niveau de preuve (série de cas) suggère une diminution de l'efficacité de la contraception orale après dérivation biliopancréatique. En cas de chirurgie malabsorptive, une autre méthode de contraception (préservatif, stérilet, etc.) doit être discutée (grade C).

2.3 Quels critères doit-on prendre en compte pour le choix des techniques chirurgicales ?

Les techniques chirurgicales recommandées sont (accord professionnel) :

- l'anneau gastrique ajustable (AGA) ;
- la gastrectomie longitudinale (GL) ;
- le bypass gastrique (BPG) ;
- la dérivation biliopancréatique (DBP).

La gastroplastie verticale calibrée (GVC) tend à ne plus être pratiquée.

Le rapport bénéfice/risque des différentes techniques ne permet pas d'affirmer la supériorité d'une technique par rapport à une autre. La perte de poids attendue mais également la complexité de la technique, le risque de complications postopératoires, de retentissement nutritionnel et la mortalité augmentent avec les interventions suivantes : AGA, GVC, GL, BPG, DBP (grade B).

Le choix de la technique chirurgicale doit être fait conjointement par l'équipe pluridisciplinaire et le patient. Il doit prendre en compte un certain nombre de critères en plus du rapport bénéfice/risque de chaque intervention, tels que :

- l'expérience et l'environnement technique du chirurgien et de l'équipe pluridisciplinaire et notamment de l'équipe d'anesthésie (grade B) ;
- l'importance de l'obésité, l'IMC, l'âge (grade B) ;
- les antécédents médicaux et chirurgicaux (grade C) ;
- les pathologies digestives associées (grade C) ;
- la présence d'un diabète de type 2 (accord professionnel) ;
- les traitements en cours (AVK, etc.) (accord professionnel) ;
- les troubles du comportement alimentaire (accord professionnel).

La voie d'abord recommandée est la laparoscopie (grade B).

Chez les sujets à risque opératoire élevé, notamment ceux dont l'IMC est $\geq 60\text{kg/m}^2$, une stratégie en deux temps (procédure restrictive puis procédure malabsorptive) peut se discuter (grade C).

² En 2005, la HAS précisait : « Les femmes enceintes (et celles qui ont un projet de grossesse) doivent être informées que l'acide folique en complément nutritionnel, 28 jours avant la conception et jusqu'à 12 semaines de gestation, réduit le risque de malformation du tube neural (anencéphalie, spina bifida). La dose recommandée est de 400 microgrammes par jour (grade A). La supplémentation systématique en folates pendant la suite de la grossesse n'a pas démontré son intérêt (grade B) » (Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007).

Il est recommandé que la technique opératoire soit réalisée par un chirurgien justifiant d'une formation spécifique en chirurgie laparoscopique et en chirurgie bariatrique, travaillant au sein d'une équipe pluridisciplinaire ou d'un réseau d'établissements (accord professionnel). L'équipe pluridisciplinaire ou le réseau d'établissements doivent (accord professionnel) :

- avoir l'expertise de la prise en charge de l'obésité morbide ;
- être en mesure de proposer aux patients les différentes techniques de chirurgie bariatrique.

2.4 Quels doivent être les modalités et le contenu du suivi et de la prise en charge postopératoires du patient ?

► Modalités de suivi et de prise en charge postopératoires

Le suivi et la prise en charge du patient après chirurgie bariatrique doivent s'intégrer dans le cadre du programme personnalisé mis en place dès la phase préopératoire. Il est assuré par l'équipe pluridisciplinaire qui a posé l'indication opératoire, en liaison avec le médecin traitant (accord professionnel).

Ce suivi doit être assuré la vie durant, l'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications tardives (chirurgicales ou nutritionnelles dont certaines peuvent conduire à des atteintes neurologiques graves). Le patient doit être informé des conséquences potentiellement graves de l'absence de suivi (accord professionnel).

Les patients devraient être vus au moins 4 fois la première année, puis au minimum 1 ou 2 fois par an après. La fréquence des visites devrait être adaptée à la procédure et au patient (accord professionnel).

► Contenu du suivi et de la prise en charge postopératoires

➤ Suivi postopératoire précoce

Une prévention thrombo-embolique par lever précoce, bas de contention et héparine de bas poids moléculaire est recommandée (grade B). L'utilisation périopératoire de matériel de compression veineuse intermittente semble bénéfique (grade C).

En cas de comorbidités cardio-respiratoires, le suivi postopératoire immédiat doit pouvoir être réalisé en unité de surveillance continue (accord professionnel).

La gravité potentielle des complications après chirurgie bariatrique justifie un suivi chirurgical rapproché. Quelle que soit la technique, les principales complications à rechercher sont (études de niveau de preuve 3 et 4) :

- les perforations et les fuites digestives ;
- les complications hémorragiques ;
- les occlusions.

La suspicion d'une complication sur la présence de signes cliniques, notamment tachycardie, dyspnée, douleurs abdominales, confusion ou hyperthermie, en l'absence de signes péritonéaux – défense ou contracture – toujours tardifs, doit conduire à réintervenir précocement. La réalisation des examens paracliniques (TOGD, scanner, etc.) peut aider au diagnostic des complications, mais ne doit pas retarder l'éventuelle réintervention. Dans ce

cas, l'abord laparoscopique a l'intérêt de faire immédiatement le diagnostic et très souvent d'en permettre le traitement (accord professionnel).

L'importance et les modalités de réalimentation postopératoire doivent être expliquées au patient, le non-respect de ces modalités pouvant entraîner des complications chirurgicales graves (accord professionnel).

➤ Suivi à moyen et long terme

Suivi et prise en charge au plan médical et éducatif

Après chirurgie bariatrique, il est recommandé :

- d'évaluer la perte de poids et sa cinétique (grade B) ;
- de surveiller les comorbidités, notamment diabète de type 2, HTA, dyslipidémie, SAHOS, stéatohépatite non alcoolique, et d'adapter leur traitement (grade B) ;
- d'évaluer la qualité de vie du patient (grade C) ;
- de mener une enquête alimentaire et de réitérer les conseils diététiques (accord professionnel) ;
- de rechercher des signes cliniques de dénutrition ou de carence vitaminique, notamment des signes d'atteinte neurologique (grade C) ;
- de réaliser un bilan nutritionnel et vitaminique, orienté par la clinique (cinétique de la perte de poids, vomissements, etc.) et la technique. Celui-ci peut comporter un dosage d'albumine et de préalbumine, d'hémoglobine, de ferritine et coefficient de saturation en fer de la transferrine, de calcémie, de vitamine D, de PTH, de vitamine A, B1, B9, B12, de zinc ou de sélénium (grade C). Les dosages sont recommandés 3 et 6 mois après l'intervention, puis au moins annuellement (accord professionnel) ;
- d'adapter les posologies des traitements en cours : la chirurgie malabsorptive peut entraîner une malabsorption de divers médicaments et nécessite l'adaptation de leur posologie (par exemple les AVK, les hormones thyroïdiennes, les antiépileptiques, etc.) (accord professionnel).

En termes de supplémentation, il est recommandé de :

- recourir à une supplémentation systématique après chirurgie malabsorptive dont la durée ne peut être précisée (à vie par défaut) : multivitamines, calcium, vitamine D, fer et vitamine B12 (grade C). Après chirurgie restrictive, la supplémentation doit se discuter en fonction du bilan clinique et biologique (accord professionnel) ;
- renforcer la supplémentation en cas de situation particulière (B1 si vomissements ou complication chirurgicale avec nutrition parentérale ou amaigrissement rapide, B9 si grossesse, fer si femme réglée ou grossesse, etc.), en recourant si nécessaire aux formes parentérales (grade C) ;
- prévenir les patients des risques auxquels ils sont exposés en cas de carence, des risques encourus en l'absence de prise des suppléments et des signes d'alarme faisant suspecter une carence grave, par exemple : signes neurologiques (survenue de paresthésies, etc.), perte de poids très rapide, fatigue intense, troubles sensoriels (baisse d'acuité visuelle, etc.) (grade C).

L'hydratation et l'apport protidique par l'alimentation doivent être suffisants et réguliers (accord professionnel).

Le suivi éducatif établi en préopératoire doit être poursuivi afin de s'assurer de la mise en place et du maintien des compétences acquises par le patient au plan de la diététique et de l'activité physique, et de faire le bilan de la manière dont il s'adapte à sa situation (accord professionnel).

Après chirurgie malabsorptive, en prévention de la lithiase biliaire et en l'absence de cholécystectomie, la prescription d'acide ursodesoxycholique à la dose de 600 mg/j pendant 6 mois peut être proposée (hors AMM) (grade B).

Il est recommandé de donner au patient une carte ou un livret donnant des informations sur l'intervention réalisée et sur les suppléments prescrits (accord professionnel).

Suivi et prise en charge au plan psychologique et psychiatrique

Le suivi psychologique et psychiatrique du patient après chirurgie bariatrique est recommandé pour les patients qui présentaient des troubles du comportement alimentaire ou des pathologies psychiatriques en préopératoire. Pour les autres patients, ce suivi peut être proposé au patient au cas par cas (grade C).

Le suivi psychologique et psychiatrique postopératoire a pour objectifs (accord professionnel) :

- d'évaluer le retentissement psychologique, social et familial de l'intervention et de la perte de poids ;
- d'identifier d'éventuelles difficultés à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires et d'aider le patient à surmonter ces difficultés ;
- d'accompagner le patient dans les réaménagements psychiques liés à la chirurgie et à la perte de poids (modification de l'image du corps, etc.) et si besoin, proposer une prise en charge adaptée.

Il doit être assuré par un psychiatre ou un psychologue, membre ou non de l'équipe pluridisciplinaire. S'il n'en fait pas partie, il doit travailler en concertation avec le psychiatre ou le psychologue de l'équipe pluridisciplinaire (accord professionnel).

Suivi et prise en charge au plan chirurgical

Le suivi chirurgical est recommandé après tout type de chirurgie bariatrique pour dépister les complications qui peuvent survenir tardivement. Douleur, vomissements, dysphagie sont les signes d'alarme devant conduire le patient à consulter le chirurgien de l'équipe pluridisciplinaire (grade C).

Après pose d'un anneau gastrique ajustable, il est recommandé que son calibrage soit (accord professionnel) :

- adapté à la perte pondérale, à la tolérance et au comportement alimentaires du patient ;
- réalisé par un praticien expérimenté en chirurgie bariatrique ;
- contrôlé radiologiquement afin de vérifier son ajustement et de dépister des complications (dilatation de poche, dilatation œsophagienne, malposition de l'anneau, etc.).

Recours à la chirurgie réparatrice

Il est recommandé que les patients soient informés du recours possible à la chirurgie réparatrice. Celle-ci peut être réalisée au plus tôt 12 à 18 mois après chirurgie bariatrique, en l'absence de dénutrition (accord professionnel).

Il est recommandé que l'équipe de chirurgie réparatrice soit expérimentée dans la prise en charge de patients obèses. L'indication doit être discutée avec le patient, l'équipe de chirurgie réparatrice et l'équipe pluridisciplinaire de chirurgie bariatrique (accord professionnel).

3. Stratégies de prise en charge des patients atteints d'obésité dans le cadre d'une réintervention chirurgicale

Ces recommandations sont toutes fondées sur un accord professionnel.

La réalisation d'une seconde procédure de chirurgie bariatrique restrictive ou malabsorptive est indiquée en cas d'échec de la chirurgie bariatrique ou de dysfonctionnement du montage chirurgical. Dans ces cas, l'IMC à prendre en compte est l'IMC maximal documenté. Un IMC inférieur à 35 kg/m² ne contre-indique pas la réintervention. L'échec peut être défini par une perte de poids jugée insuffisante par le patient et l'équipe soignante à long terme en fonction du contexte somatique et psychologique.

La prise en charge des patients en vue d'une seconde procédure de chirurgie bariatrique doit être réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires comme il est recommandé lors d'une intervention initiale.

L'indication d'une seconde intervention de chirurgie bariatrique doit être posée après une évaluation et une prise en charge préopératoires comparables à celles réalisées avant une intervention initiale. Il est en particulier nécessaire d'identifier la cause de l'échec et de proposer une prise en charge adaptée. Les connaissances des patients doivent être réévaluées et une information complémentaire concernant les risques des réinterventions doit être délivrée au patient.

En cas d'échec ou de dysfonctionnement du montage chirurgical, la décision de réintervention doit être prise à l'issue d'une discussion et d'une concertation pluridisciplinaires. Les conclusions de cette concertation doivent :

- être communiquées au patient, à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire et au médecin traitant ;
- être transcrites dans le dossier du patient ;
- notamment préciser le type de l'intervention initiale, la cause de la réintervention, l'adhésion au suivi postopératoire, le type de procédure, etc.

Le choix de la technique chirurgicale doit être fait conjointement par l'équipe pluridisciplinaire et le patient. Il doit prendre en compte :

- le suivi du patient ;
- la courbe pondérale ;
- le type de l'intervention initiale ;
- la cause de la réintervention ;
- le rapport bénéfice/risque de chaque réintervention ;
- les antécédents médicaux et chirurgicaux ;
- les comorbidités ;
- l'état nutritionnel ;
- les troubles du comportement alimentaire ;
- les constatations peropératoires.

Il est recommandé que la réalisation d'une seconde procédure de chirurgie bariatrique restrictive ou malabsorptive soit réalisée par une équipe chirurgicale expérimentée dans la réalisation des deux types de procédures, le risque des réinterventions étant plus élevé que celui des interventions initiales.

4. Enregistrement des interventions de chirurgie bariatrique dans un registre national

Il est recommandé que toutes les interventions de chirurgie bariatrique réalisées en France soient enregistrées dans un registre national dont les objectifs sont :

- d'évaluer l'impact des recommandations sur la pratique et leur appropriation par les professionnels ;
- de connaître les données d'efficacité et de sécurité à court et long terme des équipes médico-chirurgicales françaises, en dehors des grands essais thérapeutiques ;
- de suivre l'évolution des techniques.

Dans ce cadre, la Soffco a mis en place en 2007 un registre national des interventions de chirurgie bariatrique dont le contenu a été validé par la HAS.

Ce registre concerne tous les types d'interventions et recueille des données sur les différentes étapes de la prise en charge des patients dans le cadre de la chirurgie :

- préopératoire : bilan de l'obésité, comorbidités et antécédents ;
- opératoire : type d'intervention, durée, suites ;
- postopératoire : efficacité (pourcentage de perte d'excès de poids, amélioration des comorbidités, qualité de vie (score BAROS)) et sécurité (analyse des complications spécifiques et générales, à court et long terme).

Limites des recommandations et perspectives

Limites des recommandations

Ces recommandations se sont attachées à définir la prise en charge des patients adultes candidats à une intervention de chirurgie bariatrique. Il serait nécessaire de réévaluer la place de la chirurgie bariatrique et les conditions de sa réalisation chez l'adolescent. En 2003, les données de la littérature étaient pauvres et l'Anaes n'avait pas recommandé la chirurgie bariatrique dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant. Depuis 2003, plusieurs équipes ont publié des résultats concernant la chirurgie bariatrique chez l'adolescent.

Il n'a pas été fait dans ce rapport sur la chirurgie bariatrique de l'adulte de recommandations sur :

- la prise en charge périopératoire des patients (notamment anesthésie, ventilation, antibioprophylaxie, prise en charge de la douleur postopératoire, réalimentation). Il serait souhaitable d'élaborer des recommandations sur la prise en charge périopératoire des patients obèses dans le cadre d'une chirurgie abdominale (y compris chirurgie bariatrique) ;
- la prise en charge diététique dans le cadre de la chirurgie bariatrique, notamment concernant la réalimentation postopératoire ;
- l'environnement technique nécessaire et l'organisation des centres de chirurgie bariatrique. Ces questions sont abordées dans le cadre du plan national nutrition Santé.

Autres développements

Prise en charge par l'Assurance maladie de certains actes ou produits de santé

Plusieurs actes ou produits de santé entrant dans le cadre de la prise en charge chirurgicale de l'obésité recommandée ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie. C'est par exemple le cas :

- de certains suppléments vitaminiques après l'intervention dont le coût est estimé entre 9 et 25 euros par mois ;
- des suppléments protidiques ;
- des consultations de psychologie et de diététique ;
- de certains actes de biologie (par exemple dosage de la vitamine B1) ;
- de certains actes de chirurgie réparatrice (comme par exemple la mammoplastie).

Il n'y a pas de valorisation des séances d'éducation thérapeutique.

Par ailleurs, en dehors des actes de changement, repositionnement ou ablation d'anneau, aucun acte spécifique de réintervention n'est décrit à la CCAM alors que les réinterventions sont jugées techniquement plus difficiles à réaliser que les interventions initiales et nécessitent de ce fait une plus grande expérience. Les principaux libellés de réinterventions sont les suivants :

- conversion d'un anneau en *sleeve gastrectomy* ;
- conversion d'un anneau en *bypass gastrique* ;
- conversion d'un anneau en dérivation biliopancréatique ;
- réintervention pour correction de chirurgie malabsorptive (raccourcissement ou allongement de l'anse commune) ;
- rétablissement de la continuité digestive normale après échec de chirurgie malabsorptive.

De même, certains actes de révision ne sont pas inscrits à la CCAM (révision de *sleeve gastrectomy*, de *bypass gastrique* ou de dérivation biliopancréatique).

Enfin, il est rappelé que la gastrectomie longitudinale est en cours d'inscription à la classification commune des actes médicaux. Pour mémoire, la HAS a rendu en février 2008

un avis favorable à son inscription à la liste des actes remboursables par l'Assurance maladie.

Renforcement de la formation des personnels médicaux et paramédicaux sur la prise en charge de l'obésité

Lors de l'élaboration de ces recommandations, l'accent a été mis par les membres du groupe de travail sur le manque de professionnels de santé, médicaux et paramédicaux (psychologues, diététiciens, masseurs-kinésithérapeutes, autres métiers de l'activité physique), disposant de compétences spécifiques pour prendre en charge les patients obèses.

Actualisation des recommandations et travaux complémentaires

Il serait souhaitable de réactualiser ces recommandations dans 5 ans au regard de l'évolution des techniques et des nouvelles données disponibles.

L'analyse de la littérature a souligné l'insuffisance des données (faible niveau de preuve, effectif faible, suivi insuffisant) concernant :

- le rapport bénéfice/risque de la chirurgie bariatrique en cas d'IMC entre 30 et 35 kg/m². Ces recommandations ont réservé la chirurgie bariatrique aux patients adultes avec un IMC ≥ 40 kg/m² ou ≥ 35 kg/m² avec comorbidités. Or, l'évaluation faite dans ce rapport a montré que de plus en plus d'équipes proposaient la chirurgie bariatrique chez des patients avec un IMC entre 30 et 35 kg/m² présentant des comorbidités sévères, notamment un diabète de type 2. Les données sont prometteuses mais encore insuffisantes pour recommander la chirurgie dans cette indication ;
- l'efficacité et la sécurité à plus long terme de la gastrectomie longitudinale (peu ou pas de résultats à 2 ans de suivi) ;
- les réinterventions : les données disponibles peu nombreuses et de suivi insuffisant ne permettent pas de définir une stratégie de réinterventions ;
- les apports nécessaires en nutriments et vitamines pour prévenir et traiter les carences ;
- l'impact de TCA préexistants sur les résultats de la chirurgie et l'évolution des TCA après chirurgie.

À partir des recommandations, la HAS est en cours d'élaboration de plusieurs documents sur la chirurgie de l'obésité :

- document d'information destiné au patient ;
- document d'information destiné aux médecins traitants ;
- critères de qualité en vue de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques professionnelles.

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

Rédaction de la première version des recommandations

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

Groupe de lecture

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs du comité de validation des recommandations de bonne pratique professionnelle au sein de la HAS.

Version finale des recommandations

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par le comité de validation des recommandations de bonne pratique professionnelle. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. Le comité rend son avis au Collège de la HAS.

Validation par le Collège de la HAS

Sur proposition du comité de validation des recommandations de bonne pratique professionnelle, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

Diffusion

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

Travail interne à la HAS

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

Gradation des recommandations

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS.

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par l'Anaes en 1999 : « Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Participants

Sociétés savantes et associations professionnelles

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques
- Association de recherche en soins infirmiers
- Association des diététiciens de langue française
- Association française d'études et de recherches sur l'obésité
- Collège national des généralistes enseignants
- Fédération de chirurgie viscérale et digestive
- Fédération d'hépto-gastro-entérologie et de nutrition clinique
- Fédération des spécialistes des maladies de l'appareil digestif
- Fédération française de psychiatrie
- Fédération française des psychologues et de psychologie
- Fédération nationale des associations médicales de nutrition
- Société de formation thérapeutique du généraliste
- Société française d'anesthésie-réanimation
- Société française de documentation et de recherche en médecine générale
- Société française de kinésithérapie
- Société française de médecine générale
- Société française de psychologie
- Société française et francophone de chirurgie de l'obésité
- Société française de nutrition

Associations d'usagers

Les associations d'usagers suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Allegro fortissimo
- Collectif national des associations d'obèses
- Pulpe club

Comité d'organisation

Mme Sylvie Benkemoun, psychologue
clinicienne, représentante d'association
d'usagers, Paris

Mme Marie Citrini, représentante d'association
d'usagers, Paris

Pr Gilles Fourtanier, chirurgien, Toulouse,

Mme Sophie Gougis, diététicienne, Paris

Pr Bertrand Millat, chirurgien, Montpellier

Dr Philippe Mognol, chirurgien, Paris

Dr Bertrand Napoléon, hépto-gastro-
entérologue, Lyon

Pr Monique Romon-Rousseaux, nutritionniste,
Lille

Mme Bernadette Wolf, psychologue,
Vandœuvre-lès-Nancy

Pr Jean-Marie Zimmermann, chirurgien,
Marseille

Groupe de travail

Mme Michèle Allain, représentante d'association d'usagers – cadre de santé, Clamart
Dr Salomon Benchetrit, chirurgien, Lyon
Mme Christine Briendo, infirmière, Nantes
Pr Jean-Marc Chevallier, chirurgien, Paris
Dr Cécile Ciangura, endocrinologue-nutritionniste, chargée de projet, Paris
Dr Hubert Claudez, hépato-gastro-entérologue, Draguignan
Mme Emmanuelle Di Valentin, diététicienne, Paris
Dr Guillaume Ducarme, gynécologue-obstétricien, Paris
Pr Anne Dutour-Meyer, endocrinologue-nutritionniste, Marseille
Pr Gilles Fourtanier, chirurgien, président du groupe de travail, Toulouse
Mme Viviane Gacquièr, représentante d'association d'usagers, Paris

Dr Marlène Galantier, nutritionniste, Ivry-Sur-Seine
Mme Anne-Sophie Joly, représentante d'association d'usagers, Paris
Dr Laurent Jouffroy, anesthésiste-réanimateur, Strasbourg
Dr Marc Longuet, psychiatre, Saint-Nazaire
Dr Éric Magne, chirurgien, Bordeaux
Mlle Marie-Claire Michel, psychologue, Paris
Pr François Mion, hépato-gastro-entérologue, Lyon
Pr Jean Mouiel, professeur de chirurgie, Nice
Dr David Nocca, chirurgien, chargé de projet, Montpellier
Pr François Pattou, chirurgien, Lille
M. Patrick Prévost, masseur-kinésithérapeute, Courbevoie
Dr Brigitte Rochereau, médecin généraliste-nutritionniste, Antony
Dr Philippe Topart, chirurgien, Angers

Groupe de lecture

Dr Yves Anduze-Acher, chirurgien digestif, Toulouse
Dr Corinne Bacchetta, nutritionniste, Champigny-sur-Marne
Pr Arnaud Basdevant, endocrinologue-nutritionniste, Paris
Dr Sylvain Beorchia, hépato-gastro-entérologue, Lyon
Dr Jean-Claude Bertrand, chirurgien viscéral, Saint-Laurent-du-Var
Dr Philippe Bohon, gastro-entérologue, Fourmie
Pr Jean-Luc Bouillot, chirurgien, Paris
Dr Benjamin Castel, chirurgien digestif, Colombes
Dr Jean-Marc Catheline, chirurgien digestif, Bobigny
Dr Véronique Chaillou-Péroua, médecin généraliste, Mérignac
Mme Fabienne Chaix, diététicienne, Marseille
Dr Gérard Champault, chirurgien digestif, Bondy
Mlle Céline Coelho, diététicienne, Paris
Mlle Doriane Cotel, diététicienne, Paris
Dr Jérôme Dargent, chirurgien général, Rillieux-la-Pape
Dr Wioletta De Charry, psychiatre, Poissy

Mme Hélène Degouet-Lebrun, représentante associative, Saint-Lô
Mme Virginie Delmotte, cadre de santé en rééducation, Berck-sur-Mer
Dr Julie Émeriaud, psychiatre, Angers
Pr Jean-Michel Fabre, chirurgien digestif, Montpellier
Dr Isabelle Gaubil-Kalajian, nutritionniste, Marseille
Mme Édith Gierkowski, infirmière, Nice
Dr Philippe Grandual, hépato-gastro-entérologue, Toulon
Mme Catherine Grangeard, psychanalyste-psychologue, Beynes
Pr Jean Gugenheim, chirurgien digestif, Nice
Dr Noël Hutten, chirurgien digestif et endocrinologue, Tours
Dr Daniel Krawczykowski, chirurgien, Châlons-en-Champagne
Dr Annie Lacuisse-Chabot, endocrinologue-nutritionniste, Paris
Pr Martine Laville, nutritionniste, Lyon
Pr Gilles Lebuffe, anesthésiste-réanimateur, Lille
Dr Gilles Lecocq, psychologue, Corneilles-en-Parisis
Dr Olivier Lehembre, psychiatre, Valenciennes

Dr Véronique Liagre-Duteil, médecin généraliste-nutritionniste, Rochefort
Pr Patrice Lointier, chirurgien digestif, Clermont-Ferrand
Dr Jean-François Lopez, chirurgien viscéral, La Rochelle
Mlle Audrey Malglaive, psychologue, Essy-lès-Nancy
M. Pascal Mériel, masseur-kinésithérapeute, Saint-Cloud
Pr Simon Msika, chirurgien digestif, Colombes
Dr Patrick Noël, chirurgien, Aubagne
Dr Claude Polliand, chirurgien digestif, Bondy
Dr Jean-Paul Pousset, chirurgien viscéral, Saint-Nazaire
Dr Philippe Raffaitin, chirurgien digestif, Saint-Nazaire
Dr Jocelyne Raison, médecin interne-nutritionniste, Fleury-Mérogis

Pr Patrick Ritz, nutritionniste, Toulouse
Mme Françoise Roux, psychologue, Ceyreste
Dr Frédéric Sanguignol, nutritionniste, Bondigoux (Villemur-sur-Tarn)
M. Renaud Savin, patient, Le Cannel
Mme Pascale Savin, diététicienne, Angers
Dr Maxime Sodji, chirurgien digestif, Limoges
Pr Pierre Verhaeghe, professeur de chirurgie générale, Amiens
Dr Hélène Verkindt, nutritionniste, La Madeleine
Mme Stéphanie Vidal, cadre de santé-diététicienne, Bordeaux
Dr Michel Vix, chirurgien digestif et endocrinologue, Strasbourg
Pr Olivier Ziegler, nutritionniste, Nancy

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus ainsi que les personnes dont les noms suivent, pour leur implication particulière dans ce projet :

Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste, assistée de Mme Sylvie Lascols, service documentation, HAS

Pr François Mion, hépato-gastro-entérologue, Lyon

Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Dr Pascal Potier, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Fiche descriptive

TITRE	Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Date de mise en ligne	Avril 2009
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	Améliorer l'efficacité à long terme de la chirurgie et réduire la survenue des complications par : - une meilleure sélection, information et préparation des patients ; - le choix de la technique apportant le meilleur rapport bénéfice/risque chez les patients sélectionnés ; - une meilleure formalisation de la constitution et du rôle de l'équipe pluridisciplinaire. Réduire la gravité des complications par leur détection et leur prise en charge précoce.
Professionnel(s) concerné(s)	Chirurgiens, endocrinologues-diabétologues, nutritionnistes, diététiciens, psychologues et psychiatres, médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes et éducateurs médico-sportifs, gastro-entérologues, anesthésistes-réanimateurs, radiologues, gynécologues-obstétriciens
Demandeur	Ministère de la Santé, Société française et francophone de chirurgie de l'obésité
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Valérie Lindecker-Cournil, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Patrice Dosquet) Secrétariat : Mme Laetitia Cavalière Recherche documentaire : Mme Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Mme Sylvie Lascols (chef du service de documentation : Mme Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail, groupe de lecture : cf. liste des participants. Les participants au comité d'organisation et au groupe de travail ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS
Recherche documentaire	De janvier 2002 à décembre 2008 (cf. stratégie de recherche documentaire dans l'argumentaire)
Auteurs de l'argumentaire	Dr Cécile Ciangura, endocrinologue-nutritionniste, Paris Dr David Nocca, chirurgien digestif, Montpellier Dr Valérie Lindecker-Cournil, HAS
Validation	Avis du comité de validation des recommandations en décembre 2008 Validation par le Collège de la HAS en janvier 2009
Autres formats	Synthèse des recommandations et argumentaire scientifique, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Rapport d'évaluation technologique « Gastrectomie longitudinale [Sleeve gastrectomy] pour obésité », HAS, février 2008

Directives pour le traitement chirurgical de l'obésité

Swiss Society for the Study of Morbid
Obesity and Metabolic Disorders
(SMOB)

En vigueur dès le 1.1.2021

(Rev. 13.8.2008, 8.1.2009, 18.6.2009, 24.8.2009, 7.9.2009, 25.8.2010, 5.11.2010, 20.12.2012, 15.1.2013, 1.1.2018)

Publiziert in: www.smob.ch



Table des matières

Inhalt

1	Introduction	4
2	Missions de la SMOB	7
3	Définitions pour l'annexe 1.1 de l'OPAS	8
4	Opérations bariatriques	10
4.1	Mécanismes d'action	10
4.1.1	Restriction	10
4.1.2	Malabsorption	10
4.1.3	Malabsorption des micronutriments	10
4.1.4	Malabsorption des macronutriments	10
4.1.5	Mécanismes entéro-humoraux	10
4.1.6	Microbiome	10
4.2	Opérations bariatriques	11
4.2.1	Interventions de base	11
4.2.2	Interventions complexes	11
4.2.3	Interventions en évaluation	11
4.2.4	Choix de la technique opératoire	12
5	Conditions préalables à une opération bariatrique ou métabolique	13
5.1	Indications ^{1,2,3,4}	13
5.1.1	Adultes	13
5.1.2	Enfants et adolescents de moins de 18 ans	13
5.2	Indications pour la chirurgie métabolique	16
5.3	Conditions	16
6	Contre-indications à une intervention bariatrique	17
7	Prise en charge des patients	18
7.1	Evaluation	18
7.2	Information/éducation des patients	18
7.3	Investigations préopératoires	18
7.3.1	Minimales	18
7.3.2	Optionnelles (en fonction du profil de risque)	19
7.4	Hospitalisation	19
7.5	Suivi à long terme	19
7.6	Fréquence des contrôles de suivi	20
7.6.1	Interventions restrictives	20
7.6.2	Bypass gastrique proximal	20
7.6.3	Interventions malabsorptives	20
8	Assurance de la qualité des critères médicaux	21
9	Exigences pour les centres bariatriques	22
9.1	Exigences générales pour tous les centres	22
9.2	Obligation de documentation	24
9.3	Composition du personnel de l'équipe bariatrique	24
9.4	Catégories de compétences des centres bariatriques	24
9.4.1	Centres de chirurgie bariatrique primaires	25
9.4.2	Centres de chirurgie bariatrique de référence	25
10	Procédure de reconnaissance des centres bariatriques	27
10.1	Institutions et personnes affectées	27
10.2	Nouvelle reconnaissance	27
10.3	Changement d'équipe bariatrique	28



10.4	Changement de catégorie de centre	28
10.5	Ré-évaluation	28
10.6	Visites	28
10.7	Coûts	28
10.8	Possibilités pour les centres non reconnus.....	29
11	Publication de la liste des centres reconnus	29
12	Autres	29
12.1	Demande d'extension des indications de la chirurgie bariatrique.....	29
13	Annexes	30
13.1	Évaluation psychiatrique	30
13.1.1	But et objectifs de l'évaluation d'un point de vue médical	30
13.1.2	Objectif et buts de l'évaluation du point de vue du patient	30
13.1.3	Conditions préalables à l'accomplissement des tâches énoncées aux points 1 et 2 ci-dessus	30
13.1.4	Conduite de l'évaluation	30
13.1.5	Instruments psychométriques.....	31
13.1.6	Contre-indications psychiatriques à une opération bariatrique.....	31
13.2	Enquêtes de suivi.....	32
13.2.1	Calendrier et contenu des examens de suivi	32
13.2.2	Micronutriments (symptômes de carence, interactions).....	32
13.3	CHOP-Codes	32
13.4	Classification ASA (American Society of Anesthesiologists).....	32
13.5	Edmonton Obesity Staging System (EOSS).....	33
13.6	Obesity Surgery-Michigan Risk Score (OS-MRS).....	34
14	Littérature	35
15	Abréviations.....	37

Pour des raisons de simplicité et de bonne lisibilité, seule la forme masculine est utilisée dans la plupart des cas. Dans tous les cas, le genre féminin est également concerné.



1 Introduction

L'obésité est une maladie chronique et plurifactorielle. La prédisposition polygénique à l'obésité, qui s'est développée au cours des millénaires, assurait une survie à l'humanité dans des conditions de famine. C'est l'apparition, au cours du deuxième millénaire, de facteurs externes qui a modifié profondément l'histoire de notre espèce. Ainsi, l'obésité s'est développée comme une pandémie généralisée et a été reconnue comme une maladie.

L'obésité est un développement disproportionné du tissu graisseux. La distribution et les influences métaboliques de ce tissu graisseux, de même que le développement et la gravité des comorbidités potentiellement mortelles qu'il entraîne, sont déterminées par des facteurs génétique et épigénétique. L'obésité n'est ainsi pas une entité nosologique homogène, mais un phénotype particulier représentant de nombreuses prédispositions génétiques différentes. S'y ajoutent les facteurs adipogènes externes (par exemple réduction de l'exercice et suroffre alimentaire) et les facteurs épigénétiques. Les facteurs externes sont d'une manière générale plus uniformes que les facteurs génétiques.

En tant que maladie chronique avec des causes génétiques, l'obésité, dans l'état actuel des connaissances médicales, ne peut être éradiquée complètement. Elle peut par contre être prévenue et/ou traitée. Les initiatives des organisations de santé, qu'elles soient étatiques ou privées, sont basées sur une prévention précoce du surpoids et de l'obésité. La prévention mise en place agit sur plusieurs plans, dans le but de modifier les facteurs exogènes avec des conséquences économiques importantes. Nos efforts pour le traitement des patients obèses ne sont en aucune manière en opposition avec la prévention et ne la remplacent pas.

Le fardeau de la maladie de base et des comorbidités (Tab 1) qu'elle induit affecte grandement le corps, l'esprit et l'âme, tout particulièrement quand aucun traitement ne réussit. La forme et les coûts des traitements de l'obésité posent de nombreuses questions éthiques à la société, au patient, à ceux qui les soutiennent par solidarité et à tous les acteurs professionnels concernés.

La plupart des programmes de traitement conservateur connus jusqu'ici ne parviennent pas à réduire la masse graisseuse de manière adéquate ou durable. Souvent, l'arrêt du traitement est suivi d'une accumulation excessive de tissu adipeux (rebound) et peut interférer avec les efforts ultérieurs de réduction de la graisse (cicatrice métabolique).

Les efforts chirurgicaux pour modifier l'anatomie et la fonction du tube digestif pour le traitement de l'obésité ont débuté au milieu du XX^{ème} siècle. Ces interventions entraînaient au début une morbidité et une mortalité significatives, tant en raison du trauma des parties molles et de la paroi abdominale que de leurs conséquences métaboliques. C'est l'avènement de la chirurgie minimalement invasive dans la dernière décennie du XX^{ème} siècle qui a fait de la chirurgie bariatrique le traitement le plus efficace, le plus ciblé et le plus économique, tant de l'obésité elle-même que de ses conséquences métaboliques, comme le diabète de type II et la dyslipidémie. La chirurgie bariatrique et métabolique doit actuellement être considérée comme le traitement de référence de l'obésité sévère.



Le traitement chirurgical complet de l'obésité n'inclut pas seulement les procédés de chirurgie viscérale et endocrine, mais aussi les procédés de chirurgie reconstructive qui seront nécessaires ultérieurement.

Le succès à long terme n'est possible qu'au prix d'une prise en charge diététique, physiothérapique, psychologique et sociale. Réalisée isolément, la chirurgie ne permet d'obtenir que des résultats sub-optimaux.

Métaboliques	Cardio-respiratoires	Gastro-intestinales
Résistance à l'insuline	Hypertension artérielle	Stéatose hépatique
Diabète mellitus II	Cardiomyopathie hyperten-	Stéatohépatite
Dyslipidémies	Maladie coronarienne	Cholecystolithiase
Hyperhomocystéinémie	Hypoventilation nocturne	Hernie hiatale
Hyperuricémie	Syndrome d'apnées du	Maladie de reflux G-O
Hypovitaminose D	Asthma bronchiale	
Gynéco-obstétricales	Oncologiques	Dermatologiques
Ovaires polykystiques	Cancer du sein	Acanthosis nigricans
Hyperandrogénisme (F)	Cancer utérin	Dermatites de macération
Anovulation, Infertilité	Cancer de la prostate	Impétigo inguinal
Abortus précoce	Cancer colo-rectal	Neurologiques
Macrosomie foetale	Cholangiocarcinome	Pseudotumor cerebri
Dystocie	Lymphome	Méralgie paresthétique
Gestose EPH		AVC
Musculo-squelettiques	Psycho-sociales	Uro./Andrologiques
Maladie de Perthes	Sociophobies	Incontinence urinaire (F)
Epiphysiolyse fémorale	Troubles somatoformes	Hypogonadisme (M)
Arthrose	Troubles affectifs	Angiologiques
Syndrome du canal étroit	Troubles anxieux - paniques	Varices des MI
Insertionnites	Addictions	Lymphoedème
	Chirurgicales	
	Risque infections plaies op.	

Tab. 1. Maladies secondaires et risques associés à l'obésité

La bariatrie est une discipline multidisciplinaire visant au diagnostic et au traitement individualisé de la maladie chronique qu'est l'obésité, dans une prise en charge en réseau¹.

Le "Groupe suisse d'étude de l'obésité morbide", fondé en 1996, aujourd'hui "Société suisse pour l'étude de l'obésité morbide et des troubles métaboliques" [SMOB], s'est fixé pour objectif de faire connaître l'obésité en tant que maladie au grand public et aux experts médicaux, ainsi que de transposer les expériences croissantes dans le monde entier sous la forme de lignes directrices et de pouvoir ainsi publier des recommandations pour optimiser la qualité du diagnostic et du traitement.

Depuis le 1.1.2011, les directives du SMOB constituent le document de référence pour l'obligation de l'assurance maladie obligatoire (LAMAL) de fournir des prestations en matière d'indication, de performance, d'assurance qualité et de suivi, ainsi que pour les exigences des chirurgiens et des centres de chirurgie bariatrique. Il y est fait référence au chiffre 1.1. de l'annexe 1 de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (ordonnance sur les prestations de soins, OPAS ; RS 832.112.31). Elles ont été élaborées et mises en œuvre par le SMOB à la demande de la Commission fédérale des prestations générales et des questions de principe (CFPP) et du DFI pour cette réglementation de l'obligation de fournir des prestations. Les lignes directrices, qui ont depuis été actualisées à plusieurs reprises, servent également de document



d'orientation pour les organes cantonaux et l'accord intercantonal sur la médecine hautement spécialisée.

La littérature internationale a confirmé à plusieurs reprises l'hypothèse selon laquelle la durée du séjour hospitalier, les coûts de traitement et le risque de complications et de décès sont significativement plus élevés dans les cliniques ayant des activités bariatriques qui ne sont pas liées à des lignes directrices et à des groupes de spécialistes que dans les centres bariatriques reconnus professionnellement qui ont subi un processus de reconnaissance et qui lient leurs processus à des lignes directrices..²

Afin de garantir une procédure de reconnaissance uniforme avec des exigences définies pour les centres bariatriques et les chirurgiens bariatriques, le SMOB a publié des directives administratives supplémentaires en 2013. En plus de décrire le processus de reconnaissance, ils définissent également les exigences de qualité pour la reconnaissance en tant que centre bariatrique.

La base de l'élaboration de ces directives est constituée par les directives nationales et internationales établies, de plus en plus fondées sur des preuves, et les "directives cliniques" (voir le chapitre Littérature).



2 Missions de la SMOB

- La SMOB établit et met à jour une liste des centres de chirurgie bariatrique en Suisse qui sont reconnus selon les directives de la SMOB. Pour cela, il est essentiel de disposer de lignes directrices méthodologiques précises, fondées sur l'état actuel des connaissances internationales.
- Le SMOB contrôle la conformité des centres agréés, conformément aux contrats négociés entre les prestataires et les payeurs.
- En collaboration avec Adjumed (AQC), le SMOB organise l'enregistrement statistiquement correct des activités de chirurgie bariatrique en Suisse.
- Le SMOB évalue les demandes de reconnaissance des centres bariatriques et vérifie le respect de la qualité de la prestation de services. Cette évaluation et les contrôles permanents sont basés sur des dossiers, des visites des centres et des contacts avec les responsables des centres.



DIRECTIVES MEDICALES

3 Définitions pour l'annexe 1.1 de l'OPAS

La version actuelle de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31) peut être consultée à l'adresse suivante <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html> (Chapitre 1.1).

https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html

Suchen

Der Bundesrat

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Der Bundesrat
Das Portal der Schweizer Regierung

Kontakt Erweiterte Suche DE FR IT RM EN

Search

Bundesrat Bundespräsidium Departemente Bundeskanzlei Bundesrecht Dokumentation

Startseite > Bundesrecht > Systematische Rechtsammlung > Landesrecht > 8 Gesundheit – Arbeit – Soziale Sicherheit > 83 Sozialversicherung > 832.112.31 Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

< Systematische Rechtsammlung

Landesrecht

1 Staat – Volk – Behörden

2 Privatrecht – Zivilrechtspflege – Vollstreckung

832.112.31 [alles einblenden](#) | [Artikelübersicht](#) | [alles ausblenden](#)

Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung¹

(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

vom 29. September 1995 (Stand am 1. Januar 2019)

Zusätzliche Informationen

Dieser Text ist in Kraft.

Abkürzung KLV

Beschluss 29. September 1995

Inkrafttreten 1. Januar 1996

L'annexe 1 de l'ordonnance sur les prestations de soins, actuellement en vigueur, peut être consultée à l'adresse suivante <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/anhang1klv.html>



Les définitions suivantes de la SMOB se réfèrent à des termes des versions antérieures de l'annexe 1.1 de l'OPAS qui n'étaient pas clairs et qui ont donc été interprétés de manière controversée par les assureurs-maladie et les tribunaux cantonaux des assurances. Elles ont été publiées par le SMOB en 2005 et ont pour but de clarifier, d'un point de vue médical, les discussions futures sur l'obligation de verser des prestations.

- Surpoids/obésité¹

Surpoids :	BMI 25.0-29.9 kg/m ²
Obésité de grade I (obésité modérée) :	BMI 30.0-34.9 kg/m ²
Obésité de grade II (obésité sévère) :	BMI 35.0-39.9 kg/m ²
Obésité de grade III (obésité morbide) :	BMI $\geq$ 40 kg/m ² .

- Périmètre abdominal¹

Risque élevé de syndrome métabolique:
femmes > 88 cm
hommes >102 cm

- Thérapie conservatrice adéquate^{1,2}

- conseils diététiques par un diététicien diplômé ou un médecin nutritionniste formé et/ou
- thérapie comportementale, y inclus psychothérapie, et/ou
- régime hypocalorique et/ou
- programme d'exercice physique, y inclus physiothérapie, et/ou
- traitements médicamenteux
- une thérapie adéquate peut être également suivie sans avoir recours aux prestations de l'assurance-maladie, ou sans le soutien d'un professionnel qualifié (médecin ou spécialiste de la nutrition ou de l'exercice physique) (p.ex. traitement aux frais du patient).

- Une expertise suffisante en matière de nutrition et de réduction du poids:

- Connaissance de base des macronutriments (protéines, glucides, lipides) et des micronutriments importants (vitamines, oligo-éléments).
- Connaissances de base sur une alimentation équilibrée (par exemple, composition d'un repas équilibré) et un comportement alimentaire sain (par exemple, structure adéquate des repas quotidiens).
- Connaissance des facteurs importants pour une réduction durable du poids.
- L'examen et l'évaluation des connaissances sont effectués par des nutritionnistes et diététiciens "BSc in Nutrition and Dietetics" ou nutritionniste certifié HF.



4 Opérations bariatriques

4.1 Mécanismes d'action

4.1.1 Restriction

(procédés qui limitent l'ingestion des aliments)

- Anneau gastrique ajustable (adjustable gastric banding, AGB)
- Gastrectomie en manchette (sleeve gastrectomy)
- Bypass gastrique proximal (Roux-en-Y gastric bypass, RYGBP; anse alimentaire ≤ 150 cm)

4.1.2 Malabsorption

(procédés qui limitent l'absorption des aliments)

4.1.3 Malabsorption des micronutriments

- Bypass gastrique proximal (Roux-en-Y gastric bypass, RYGBP; anse alimentaire ≤ 150 cm)

4.1.4 Malabsorption des macronutriments

- Diversion bilio-pancréatique (bilio-pancreatic diversion, BPD)
- Diversion bilio-pancréatique avec "duodenal switch" (BPD-DS)
- Bypass gastrique distal (common channel ≤ 100 cm)

4.1.5 Mécanismes entéro-humoraux

(procédés qui influencent durablement le réseau entéro-humoral en modifiant la sécrétion de peptides gastro-intestinaux)

- Gastrectomie en manchette (sleeve gastrectomy)
- Bypass gastrique proximal (Roux-en-Y gastric bypass, RYGBP; anse alimentaire ≤ 150 cm)
- Diversion bilio-pancréatique (bilio-pancreatic diversion, BPD)
- Diversion bilio-pancréatique avec "duodenal switch" (BPD-DS)
- Bypass gastrique distal (common channel ≤ 100 cm)

4.1.6 Microbiome

(Les interventions qui affectent le microbiome intestinal à long terme et donc les facteurs épigénétiques et l'expression des peptides gastro-intestinaux.)

- Bypass gastrique proximal (Roux-en-Y gastric bypass, RYGBP; anse alimentaire ≤ 150 cm)
- Diversion bilio-pancréatique (bilio-pancreatic diversion, BPD)
- Diversion bilio-pancréatique avec "duodenal switch" (BPD-DS)
- Bypass gastrique distal (common channel ≤ 100 cm)



4.2 Opérations bariatriques

Les procédures de base peuvent être réalisées dans les centres bariatriques primaires. Lorsque cela est techniquement possible, la technique laparoscopique doit être préférée à la technique ouverte.

Les interventions complexes et les réinterventions, ainsi que les interventions en évaluation, ne peuvent être réalisées que dans des centres bariatriques de référence. Lorsque cela est techniquement possible, la technique laparoscopique doit être préférée à la technique ouverte.

4.2.1 Interventions de base

(Definition: Interventions primaires établies)

- Anneau gastrique ajustable (adjustable gastric banding, AGB)
- Gastrectomie en manchette (sleeve gastrectomy)
- Bypass gastrique proximal (Roux-en-Y gastric bypass, RYGBP; anse alimentaire ≤ 150 cm)

4.2.2 Interventions complexes

- Diversion bilio-pancréatique (bilio-pancreatic diversion, BPD)
- Diversion bilio-pancréatique avec "duodenal switch" (BPD-DS)
- Interventions en 2 temps (première intervention gastrectomie en manchette suivie de switch duodénal ou bypass gastrique proximal)
- Ré-opérations (changement de procédé ou conversion d'une technique vers une autre)
- Re-opérations après chirurgie antireflux
- Réinterventions (révision) (Restauration de l'anatomie, interventions sur la poche gastrique, définitions exactes cf. liste des codes CHOP sur: www.smob.ch)
- Interventions pour le diabète de type 2 et BMI ≥ 30 et < 35 kg/m²

4.2.3 Interventions en évaluation

Les interventions en évaluation ne peuvent être réalisées que dans le cadre d'une étude prospective acceptée par la commission d'éthique locale (conformément à „l'ordonnance sur les essais cliniques, ordonnance 1 sur la recherche sur l'être humain" du 1.1.2013).

- Bypass gastrique distal (Common Channel ≤ 100 cm)
- Plicature gastrique (Gastric Plication/Greater Curvature Plication)
- Electrostimulation gastrique (IGS/Implantable Gastric Stimulation)
- Blocage vagal (VBLOC/Vagal Block for Obesity Control)
- Interposition iléale (Ileal Transposition)
- Bypass gastrique en Omega (Mini-Gastric Bypass)
- Bypass duodéno-jéjunal avec/sans gastrectomie en manchette (Duodeno-Jejunal Bypass w/wo Sleeve Gastrectomy)
- Procédures interventionnelles endoscopiques
- Tout autre procédé ne figurant pas dans les listes des points 4.2.1 et 4.2.2



4.2.4 Choix de la technique opératoire

A l'heure actuelle, trop peu de données basées sur l'évidence sont disponibles pour décider formellement quel procédé est adéquat pour chaque patient particulier. Dès lors, le choix définitif du procédé incombera au chirurgien, après consultation de son équipe multidisciplinaire. Les facteurs qui peuvent influencer cette décision sont : le BMI, l'âge, le genre, la répartition de la masse grasseuse, la présence d'un diabète, d'une dyslipidémie, d'un Binge eating disorder, d'une hernie hiatale, d'une maladie de reflux, d'une immaturité psycho-affective, et/ou les attentes ou préférences du patient. L'indication opératoire sera donc pesée très soigneusement car elle est essentielle pour la qualité du résultat.



5 Conditions préalables à une opération bariatrique ou métabolique

5.1 Indications ^{1,2,3,4}

5.1.1 Adultes

- Body-Mass-Index (BMI) ≥ 35 kg/m².
- Connaissance suffisante de la nutrition et de la réduction du poids et tentatives infructueuses de mise en œuvre.
- Bonne compréhension des changements postopératoires nécessaires dans le mode de vie et le comportement alimentaire
- Consentement écrit à l'engagement d'un suivi à vie dans le réseau bariatrique d'un centre accrédité.

5.1.2 Enfants et adolescents de moins de 18 ans

(avec la collaboration de SGP/akj)

Pour les enfants et les adolescents de moins de 18 ans, qui sont juridiquement des mineurs, des conditions particulières d'application de la chirurgie bariatrique s'appliquent en plus des directives SMOB pour les adultes, qui sont expliquées ci-dessous.

Les critères pédiatriques d'évaluation des indications de la chirurgie bariatrique sont nécessairement remplis au plus tôt à l'adolescence, c'est pourquoi seuls les adolescents sont mentionnés dans ce qui suit.

5.1.2.1 Critères médicaux pour l'évaluation des indications de la chirurgie bariatrique

Les critères médicaux suivants sont requis pour que la chirurgie bariatrique soit envisagée chez les adolescents mineurs :

- *BMI ≥ 35 kg/m² plus au moins une comorbidité grave^{3,6}:*
 - Par exemple, diabète de type 2, syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) modéré-sévère avec un indice d'apnée-hypopnée >15 , pseudotumeur cérébrale, maladie cardiovasculaire, morbidité psychosociale grave.
- *BMI ≥ 40 kg/m² plus au moins un autre comorbidité^{3,6,7}:*
 - Par exemple, hypertension artérielle, résistance à l'insuline, glycémie élevée à jeun ou tolérance pathologique au glucose, dyslipidémie, stéatose hépatique non alcoolique, SAOS avec indice d'apnée-hypopnée de 5 à 15.



5.1.2.2 Exigences de base du patient adolescent

Les conditions de base suivantes doivent être remplies par l'adolescent mineur pour que la chirurgie bariatrique soit envisagée ^{1,3,4}:

- La croissance et la maturité physique sont presque terminées: Stade pubertaire selon Tanner ≥ 4 (seins, organes génitaux), âge osseux ≥ 14 ans pour les filles et ≥ 15.5 ans pour les garçons.
- Les possibilités de thérapie conservatrice ont été épuisées sans succès ; en particulier, l'adolescent a également participé à un programme de thérapie multiprofessionnelle¹, reconnu par la Société suisse de pédiatrie (SSP), ou à un programme équivalent pendant la totalité de la thérapie conservatrice d'au moins 2 ans. En plus de la définition des directives générales SMOB (voir section 2), le traitement est considéré comme un échec si, au cours de la thérapie précédant l'évaluation de l'indication bariatrique, une stagnation persistante du poids ou même une nouvelle augmentation du poids survient au-dessus d'un IMC de 35.
- Dans des situations exceptionnelles, la chirurgie bariatrique peut être pratiquée avant la fin du traitement conservateur de 2 ans si des raisons médicales ne justifient pas le report de la procédure chirurgicale. La condition préalable est le consensus de l'équipe de traitement multidisciplinaire, des parents ou tuteurs ainsi que du comité d'éthique interne de l'hôpital pour enfants et/ou de l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte.
- L'adolescent accepte une évaluation préopératoire de son état psychologique et de sa capacité de jugement par un psychologue ou un psychiatre spécialisé dans l'enfance et l'adolescence..
- La capacité de jugement de l'adolescent en matière de chirurgie bariatrique est donnée, afin qu'il puisse donner son consentement après avoir été pleinement informé sur l'opération bariatrique. En outre, le souhait d'une chirurgie bariatrique est le souhait exprimé par le patient, sans pression ni influence reconnaissable d'un tiers.
- Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique, ou le patient reçoit un traitement psychothérapeutique et le trouble psychiatrique est dans un état stable.
- Il existe des relations sociales et de soins stables.
- La grossesse a été exclue et l'adolescente a donné son consentement écrit pour prendre les mesures appropriées afin d'éviter une grossesse en cas d'activité sexuelle pendant 1 à 2 ans après la chirurgie bariatrique.
- L'adolescent et sa famille font preuve d'une volonté d'adhérer aux principes d'une alimentation saine et de comportements d'activité physique.
- Reconnaissance et consentement de l'adolescent à la nécessité d'examens de suivi de base à vie. En particulier, l'adolescent et ses parents ou tuteurs légaux consentent par écrit à un suivi postopératoire d'au moins 10 ans par une équipe pluridisciplinaire composée de représentants de la médecine adulte et de la pédiatrie (jusqu'à 18 ans au moins) avec la documentation scientifique nécessaire d'un ensemble minimal de données défini par la SMOB et la SGP/akj aux fins de l'enregistrement des résultats.
- Chez les patients adolescents présentant une obésité syndromique (syndrome de Prader-Willi-Labhart, syndrome de Bardet-Biedl, etc.) et un retard mental clarifié par un spécialiste, la chirurgie bariatrique peut être envisagée à titre exceptionnel si une forte augmentation de poids soutenue et une comorbidité sévère justifient cette intervention. La condi-



tion préalable est le consensus de l'équipe de traitement multidisciplinaire, des parents ou tuteurs et du comité d'éthique interne de l'hôpital pour enfants et/ou de l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte. En outre, il faut garantir une prise en charge stable à long terme du patient souffrant d'un retard mental.

5.1.2.3 Contre-indications

Les contre-indications de la chirurgie bariatrique sont fondamentalement les mêmes que celles énumérées pour les adultes dans la section 5. Les contre-indications supplémentaires pour les adolescents sont explicites si les conditions préalables énumérées ci-dessus ne sont pas remplies.

5.1.2.4 Exigences pour le centre spécialisé

Les interventions bariatriques chez les adolescents mineurs nécessitent des conditions préalables particulières de la part des institutions spécialisées concernées^{3,6,7}:

- Les interventions bariatriques chez les adolescents ne peuvent être effectuées que dans un centre bariatrique de référence reconnu par la SMOB qui travaille en collaboration avec un centre de l'obésité pédiatrique de référence³ certifié et reconnu par la SSP.
- L'évaluation préopératoire des indications ainsi que les soins péri- et postopératoires sont assurés par une équipe multidisciplinaire comprenant des représentants du centre de référence bariatrique ainsi que du centre de référence de l'obésité pédiatrique. Cette équipe multidisciplinaire couvre les domaines de la somatique, de la nutrition, de l'activité physique, du bien-être psychologique et des aspects sociaux, y compris la formation professionnelle. La composition de l'équipe multidisciplinaire (voir chapitre 9.3) est complétée par des spécialistes du Centre de référence de l'obésité pédiatrique, en particulier des spécialistes de la médecine pédiatrique et de l'adolescence. En outre, un spécialiste du département de psychiatrie/psychologie du Centre de référence de l'obésité pédiatrique spécialisé dans l'obésité chez les enfants et les adolescents ou d'une institution ou d'un cabinet externe doit être consulté.
- L'évaluation de l'indication à une intervention bariatrique est effectuée par les institutions, respectivement personnes suivantes
 - Spécialistes du centre de référence bariatrique,
 - Spécialistes du centre de référence de l'obésité pédiatrique,
 - Psychiatre ou psychologue ayant une expérience en psychiatrie ou en psychologie de l'enfant et de l'adolescent. L'évaluation psychiatrique comprend également une évaluation de la capacité de jugement du patient à l'égard de l'intervention bariatrique.
- La décision quant à l'indication à une intervention bariatrique est prise de manière multidisciplinaire. Une décision positive en faveur d'une intervention est établie lorsque les trois spécialistes mentionnés précédemment sont en faveur de l'opération. Il est recommandé, de façon à optimiser la transmission de l'information, que cette décision soit consignée par écrit dans un rapport de l'équipe multidisciplinaire de l'institution.
- Le suivi à long terme ainsi que la récolte des données quant à l'évolution sont coordonnés. Le centre bariatrique de référence et le centre de l'obésité pédi-



trique de référence se sont entendus en ce qui concerne ces points. Les données en ce qui concerne l'évolution sont à disposition pour une évaluation au niveau national.

- Le suivi post-opératoire est assuré pendant au minimum 10 ans par le centre bariatrique de référence. Chez les adolescents de moins de 16 ans, le centre de l'obésité pédiatrique de référence est impliqué dans le suivi au minimum jusqu'à l'âge de 18 ans.

5.1.2.5 Prise en charge pré- et post-opératoire

- Les examens pré- et post-opératoires s'effectuent selon les directives communes de la SMOB et de la SSP/akj.
- L'évaluation pré-opératoire s'effectue dans le cadre de consultations interdisciplinaire par les spécialistes des équipes multidisciplinaires mentionnés précédemment (voir 4.1.2.4). L'évaluation des adolescents mineurs comprend l'implication des parents ou des représentants légaux. Il est accordé suffisamment de temps au patient ainsi qu'à ses parents/représentants légaux pour prendre une décision éclairée.
- Une fois la décision en faveur d'une intervention bariatrique prise, la préparation pré-opératoire de l'adolescent et de ses parents ou représentants légaux s'effectue de manière soigneuse. Elle comprend entre autres la planification optimale du suivi post-opératoire et les nécessaires modifications de l'hygiène et du style de vie.

5.2 Indications pour la chirurgie métabolique

- Chez les patients présentant un diabète sucré de type 2 (DT2) difficile à contrôler (T2DM) et un BMI 30-35 kg/m²:
 - HbA1c <8% ne peut être atteint sur une période d'au moins 12 mois malgré une thérapie optimale par un endocrinologue et un nutritionniste "BSc in Nutrition and Dietetics" ou un nutritionniste certifié HF.
 - l'indication est posée sur une base interdisciplinaire (y compris l'endocrinologue).

5.3 Conditions

- L'opération est réalisée dans un centre bariatrique reconnu par la SMOB qui dispose d'une équipe multidisciplinaire ayant l'expérience nécessaire (chirurgien bariatrique, spécialiste en médecine interne/endocrinologie, psychiatre/psychosomaticien, nutritionniste, physiothérapeute/thérapeute du mouvement) ainsi que d'une procédure d'évaluation et d'une prise en charge des patients standardisées incluant une assurance qualité (AQC).
- La thérapie chirurgicale ne doit pas être considérée comme un traitement de première intention.
- Chez les patients âgés de plus de 65 ans, les risques chirurgicaux et l'espérance de vie restante doivent être pesés en raison des comorbidités. Ils ne doivent être opérés que dans des centres de référence bariatriques.



6 Contre-indications à une intervention bariatrique

- Manque de connaissances nutritionnelles correctes sur le plan professionnel et de leur mise en œuvre pour la réduction du poids.
- Grossesse en cours
- Coronaropathie instable (angine de poitrine ; état après un infarctus du myocarde < 6 mois), exclusion uniquement après évaluation cardiologique et/ou anesthésique.
- Insuffisance rénale sévère (créatinine 300 mol/l, GFR < 30ml/min) sans traitement de substitution rénale.
- Cirrhose hépatique Child B/C.
- Maladie de Crohn ; ces patients ne peuvent être admis qu'après accord du gastroentérologue traitant
- Embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde au cours des 6 derniers mois.
- Patients atteints de cancer (non contrôlé ou en rémission depuis moins de 2 ans suivant le diagnostic/traitement), inclusion possible après consultation oncologique
- Maladie mentale grave non imputable à l'obésité et nécessitant un traitement, ayant entraîné des décompensations récurrentes au cours des deux dernières années et sur la base d'une déclaration écrite du psychiatre traitant.
- Abus chronique de substance persistant (en particulier alcool, cannabis, opiacés) à moins d'une abstinence attestés d'au moins 6 mois et d'un suivi spécialisé.
- Compliance insuffisante (rendez-vous oubliés de manière répétée, incapacité à coopérer), absence de capacité de discernement, incapacité à saisir les enjeux du traitement
- Manque de compréhension des exigences et des conditions des thérapies post-opératoires (suivi, substitution) et des changements nécessaires dans le mode de vie et les habitudes alimentaires, confirmés par le spécialiste ou le nutritionniste FH



7 Prise en charge des patients

7.1 Evaluation

L'indication d'un traitement chirurgical est posée après une évaluation standardisée et multidisciplinaire dans le cadre d'une consultation interdisciplinaire, ou lors d'un "Obesity Board" (clarifications préopératoires, indications/contre-indications). L'équipe centrale bariatrique comprend les spécialistes pertinents décrits au chapitre 9.3.

7.2 Information/éducation des patients

- Remise au patient d'une documentation écrite concernant le type d'intervention, les complications éventuelles, les modifications du comportement alimentaire postopératoire et l'organisation des contrôles de suivi.
- Consentement éclairé écrit du patient en connaissance des avantages et des inconvénients ainsi que des risques et de l'évolution à long terme de l'intervention chirurgicale.
- L'opération n'est planifiée qu'à l'issue de l'évaluation multidisciplinaire et d'une décision positive de l'équipe bariatrique multidisciplinaire.
- Respect d'une période de préparation structurée d'au moins 3 mois entre le premier contact avec le centre ou le membre du centre et l'opération. En cas de manque de connaissances nutritionnelles, de "compliance" douteuse (fiabilité à respecter le comportement recommandé après l'opération) ou d'"adhésion" incertaine (respect des rendez-vous de suivi), ce temps de préparation est plus long pour améliorer ou éliminer les problèmes susmentionnés.
- Si un patient change de centre traitant pendant la phase de préparation, le nouveau centre est tenu de demander les rapports du centre initial et de connaître les raisons d'un refus de pratiquer la chirurgie bariatrique ou d'une prolongation de la période de préparation.
- Engagement du patient à un suivi régulier et à vie au sein de l'équipe bariatrique multidisciplinaire d'un centre reconnu avec déclaration écrite de consentement.

7.3 Investigations préopératoires

cf. également le chapitre 13.1 Évaluation psychiatrique

7.3.1 Minimales

- Examens de routine comme avant d'autres interventions abdominales "majeures" (antécédents médicaux, état, laboratoire, échographie) et aperçu des micronutriments
- Evaluation de l'état actuel de santé générale et nutritionnelle (comorbidités)
- Conseil nutritionnel : révision et amélioration des connaissances nutritionnelles, des habitudes alimentaires, du type d'alimentation, information sur les changements de comportement alimentaire en postopératoire, si nécessaire, thérapie nutritionnelle préopératoire pour optimiser les maladies concomitantes et/ou l'état nutritionnel.
- Consultation psychiatrique/psychosomatique



- Oeso-gastro-duodénoscopie avec recherche de l'*Helicobacter pylori* (et éradication en cas d'infection).
- Optimisation du traitement des maladies associées pour réduire le risque opératoire.

7.3.2 Optionnelles (en fonction du profil de risque)

- Risque anesthésique : ECG, test d'effort, RX thorax, fonctions pulmonaires, oxymétrie nocturne.
- Clarification radiologique de la fonction motrice de l'œsophage.
- pH-, impédance- et/ou manométrie oesophagienne
- Investigations du sommeil (syndrome d'apnée nocturne et syndrome d'hypoventilation alvéolaire liée à l'obésité).
- Echocardiographie, Coronarographie.
- Evaluation de la composition corporelle (impédance-métrie, DEXA), ostéodensitométrie (DEXA), balance énergétique (calorimétrie indirecte, SenseWear Armband)
- Investigations complexes de laboratoire (leptine, ghreline, GLP-1, PYY, GIP, etc.)

7.4 Hospitalisation

- Antibiotrophylaxie à doses adaptées.
- Prophylaxie de l'ulcère de stress
- Prophylaxie thromboembolique (dosage adapté au poids et au risque)
- Mobilisation précoce, physiothérapie
- Conseils diététiques : structuration de l'alimentation, changements attendus à long terme
- Prescription à la sortie : IPP, év. thromboprophylaxie à domicile, év. substitution déficits en micronutriments
- Premier rendez-vous de suivi

7.5 Suivi à long terme

- Engagement du patient à un suivi régulier et à vie au sein de l'équipe bariatrique multidisciplinaire d'un centre reconnu avec consentement éclairé écrit.
- Contrôles et consultations réguliers avec un nutritionniste FH intégré à l'équipe bariatrique, afin de vérifier le comportement alimentaire et la mise en œuvre des recommandations de thérapie nutritionnelle et d'adapter les interventions de thérapie nutritionnelle. Le nombre de consultations nécessaires dépend de l'évolution postopératoire, mais est d'au moins 4 consultations la première année et d'au moins 1 consultation par an de la deuxième à la cinquième année postopératoire.
- Des contrôles et des consultations régulières auprès de spécialistes afin d'identifier les complications et les malformations et d'optimiser les comorbidités associées à l'obésité



- Prévention des carences, tant dans la phase de perte de poids rapide que dans la phase de stabilisation (protéines, vitamines, minéraux, etc.).
- Adaptation de la thérapie des comorbidités liées ou associées au poids (hypertension, diabète sucré).
- Médicaments : Multivitamine (y compris minéraux et oligo-éléments) à long terme pour l'anneau gastrique, l'estomac tubulaire et le bypass gastrique proximal, à vie pour la chirurgie malabsorptive.
- Après des interventions ayant une composante malabsorptive, le traitement par anti-dépresseurs, antipsychotiques et anticonvulsivants peuvent devoir être adaptés à l'aide de mesures de concentration sérique.
- Tests de laboratoire réguliers (annuels) selon le chapitre 13.2: Hématologie (numération sanguine), coagulation (INR), chimie (électrolytes, valeurs hépatiques, fonction rénale, albumine, gluc, HbA1c), statut Fe (Fe, ferritine), statut lipidique, hormones (fT3, PTH), statut vitaminique.
- En cas de carences avérées en nutriments, vitamines ou oligo-éléments, il convient de vérifier le succès de la thérapie.

7.6 Fréquence des contrôles de suivi

7.6.1 Interventions restrictives

- Remplissage de l'anneau pour l'anneau gastrique pour adapter l'effet restrictif par un membre de l'équipe d'obésité en fonction de la perte de poids individuelle du patient, de l'adaptation à l'effet restrictif et en fonction du type d'anneau implanté.
- Anneau gastrique et estomac tubulaire : examens de suivi après 1, 3, 6, 9 et 12 mois, puis annuellement ou selon les besoins.

7.6.2 Bypass gastrique proximal

- Visites de suivi après 1, 3, 6, 9, 12, 18 et 24 mois, puis chaque année ou selon les besoins.

7.6.3 Interventions malabsorptives

- Déviation bilio-pancréatique avec/sans échangeur duodénal et dérivation gastrique distale : suivi après 1,3,6,9,12,18 et 24 mois, puis tous les six mois ou selon les besoins.



8 Assurance de la qualité des critères médicaux

- L'assurance qualité relève de la responsabilité des centres qui fournissent les services.
- Obligation pour les centres de traitement de l'obésité reconnus par la SMOB de procéder à l'évaluation, au traitement et au suivi conformément aux directives de la SMOB.
- Respect des exigences pour la reconnaissance de la SMOB mentionnées au chapitre 9.
- Obligation d'enregistrement prospectif des données des patients par les centres prestataires de services en utilisant le jeu de données de l'AQC (Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie - Groupe de travail pour l'assurance qualité en chirurgie).
- Engagement de l'équipe traitante à assurer un suivi le plus complet possible en créant les structures nécessaires, à vie pour tous les malades.
- Taux de suivi documenté par les membres de l'équipe interdisciplinaire de 75 % sur une période minimale de 5 ans, avec un minimum de 10 ans pour les patients adolescents de moins de 18 ans.



DIRECTIVES ADMINISTRATIVES

9 Exigences pour les centres bariatriques

Selon „l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins" (OPAS), le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a décrété qu'à partir du 1er janvier 2011, l'indication et la réalisation des interventions chirurgicales bariatriques doivent être effectuées dans des centres bariatriques qualifiés, conformément aux directives du SMOB

9.1 Exigences générales pour tous les centres

- Comme il n'existe pas d'algorithmes de traitement généralement valables en chirurgie bariatrique, les présentes directives ne peuvent servir que d'aide aux centres responsables pour l'élaboration d'un plan de traitement uniforme (voir chapitre 7).
- Les centres accrédités doivent disposer d'une équipe multidisciplinaire avec une communication interdisciplinaire, qui comprend non seulement la réalisation de la chirurgie bariatrique, mais aussi les mesures d'évaluation correspondantes pour l'indication de l'intervention chirurgicale et le suivi à long terme des patients (paramètres métaboliques, malnutrition, prise en charge psychologique, diagnostics radiologiques, etc.).
- L'équipe bariatrique multidisciplinaire est composée de:
 - Chirurgien compétent en chirurgie bariatrique,
 - Médecin compétent en matière d'obésité (spécialiste en médecine interne/endocrinologie)
 - Psychiatres, psychosomaticiens ou psychologues ayant une expérience en matière de bariatrie.
 - Diététicien FH avec expérience en bariatrie.
- D'autres spécialistes intéressés par la bariatrie sont utiles :
- Anesthésiste, gastro-entérologue, cardiologue, pneumologue, radiologue, gynécologue et obstétricien, pédiatre et médecin pour adolescents, chirurgien plasticien, physiothérapeute et thérapeute du mouvement, assistant social.
- L'équipe pluridisciplinaire peut être composée à la fois de spécialistes internes à l'hôpital et de spécialistes externes en cabinet privé. Ces derniers sont situés dans la région du centre certifié afin d'être facilement accessibles pour les patients.
- L'équipe bariatrique multidisciplinaire se réunit régulièrement pour discuter de cas spécifiques et pour échanger des informations et des opinions sur les questions de structure et de personnel relatives à la prestation de services. La fréquence des réunions dépend des activités du centre, mais devrait être d'au moins une fois par trimestre. Les réunions font l'objet d'un procès-verbal écrit, les décisions et résolutions étant explicitement consignées.
- L'équipe bariatrique multidisciplinaire est chargée de:
 - l'évaluation du patient
 - l'indication opératoire
 - la préparation à l'opération



- le suivi postopératoire à long terme (paramètres métabolique et nutritionnel, détection et traitement des carences, soutien psychologique et social, diagnostics par imagerie)
- L'équipe bariatrique multidisciplinaire est tenue de suivre un parcours d'évaluation, de préparation et de suivi uniforme et consensuel pour chaque patient, conformément aux directives médicales du SMOB. Des variations mineures dans le bilan diagnostique préopératoire sont possibles. De même, le suivi postopératoire est adapté au type d'intervention réalisée, mais doit être le même pour chaque patient opéré.
- L'équipe bariatrique multidisciplinaire s'engage à suivre tous les patients bariatriques tout au long de leur vie.
- Le centre bariatrique accrédité dispose de salles et d'équipements adaptés au traitement des patients obèses (tables d'opération adaptées, lits, chaises, toilettes).
- Le centre bariatrique reconnu organise un service d'urgence bariatrique 24h/24 avec accessibilité d'un chirurgien bariatrique (au moins 50 opérations réalisées de manière indépendante), y compris l'accessibilité permanente d'un bloc opératoire. Le service d'urgence peut également être organisé sur une base inter-centres.
- Le centre bariatrique reconnu garantit un service interne au centre ou à la clinique pour le diagnostic par imagerie avec un équipement approprié, même pour les patients gravement obèses. Le service de radiologie doit être disponible 24 heures sur 24.
- Le centre accrédité est tenu de conserver une documentation interne sur les cas cliniques, qui contient au moins:
 - Nom, prénom, sexe, année de naissance
 - Données anthropométriques préopératoires (poids, taille)
 - Comorbidités préopératoires
 - Date et nature de l'intervention
 - Accès (-scopie ou laparotomie)
 - Nom de l'opérateur responsable
 - Complications précoces et leur traitement
 - Durée opératoire et du séjour postopératoire
 - Données de suivi (A vie) mit:
 - Poids (minimum 1x par an)
 - Complications
 - Traitements des complications
 - Chez les patients atteints de DT2 et présentant un IMC de 30-35 kg/m², les paramètres suivants doivent également être évalués:
 - HbA1c, glucose à jeun
 - Médicaments (oraux, sous-cutanés et insuline)
 - Rémission et rémission partielle (critères ADA)
- Documentation sur les pertes de suivi avec indication de la raison (départ, décès et cause du décès, institution continuant à s'occuper du patient)
- Le centre accrédité s'engage à un taux de suivi documenté par les membres de l'équipe multidisciplinaire de 75% sur 5 ans, ou d'au moins 10 ans pour les patients adolescents < 18 ans.



- Dans les centres bariatriques reconnus, seuls les chirurgiens mentionnés dans la liste des centres respectifs sont autorisés à pratiquer la chirurgie bariatrique de manière indépendante.

9.2 Obligation de documentation

- Le centre bariatrique accrédité documente prospectivement l'activité de son centre chirurgical en ligne dans l'ensemble de données AQC-SMOB. Pour chaque année civile, les données de tous les cas de traitement sont disponibles dans la base de données de l'AQC au plus tard le 1er mars de l'année suivante (le consentement de chaque patient doit être obtenu).
- Le centre bariatrique agréé autorise le détenteur de la base de données AQC à mettre à disposition de la SMOB les dossiers SMOB de son centre.

9.3 Composition du personnel de l'équipe bariatrique

- Le centre bariatrique reconnu signale sans délai au secrétariat du SMOB tout changement de personnel au sein de son équipe bariatrique et toute modification de la composition de l'équipe, en précisant la qualification bariatrique.
- Sur la base des directives du SMOB, le conseil d'administration du SMOB se réserve le droit d'évaluer les nouveaux membres de l'équipe. Des preuves appropriées peuvent être demandées.
- Le conseil d'administration de la SMOB se réserve le droit d'adapter la classification des centres en fonction du niveau d'expérience des nouveaux membres. Cette réévaluation n'est pas soumise à une redevance pour le centre agréé.
- En cas de réorganisation plus fondamentale des équipes bariatriques, le conseil d'administration de la SMOB peut demander une réévaluation fondamentale du centre. Une réévaluation complète est soumise à des frais.

9.4 Catégories de compétences des centres bariatriques

- Il existe deux types de centres bariatriques reconnus, avec des profils d'exigences différents:
 - centres de chirurgie bariatrique primaires
 - centres de chirurgie bariatrique de référence
- Les demandes de désignation de centres déjà en activité, ainsi que les nouveaux centres commençant la chirurgie bariatrique, doivent être soumises au conseil d'administration de la SMOB.
- L'examen de ces demandes et des critères appropriés pour la classification des centres bariatriques sera effectué par le conseil d'administration de la SMOB.



9.4.1 Centres de chirurgie bariatrique primaires

- Respect de toutes les exigences générales.
- En l'absence d'un service d'urgence ouvert 24 heures sur 24, il faut au moins un service d'urgence (chirurgien, anesthésiste, radiologie, bloc opératoire, etc.) ouvert 24 heures sur 24 au sein de l'hôpital
- Interventions admises: Seulement des interventions de base (Chapitre 4.2.1)
- Interventions uniquement chez des patients avec BMI ≤ 50 kg/m²
- ASA 1-3
- Pas d'intervention chez les enfants/adolescents (< 18 ans)
- Pas d'intervention chez les patients > 65 ans
- Pas d'intervention de révision, à l'exception des ablations d'anneau.
- Exigences pour le chef de centre:
 - au moins 2 ans d'expérience en chirurgie bariatrique.
 - Au moins 50 chirurgies bariatriques réalisées de manière indépendante
- Recrutement minimal annuel : 25 interventions, ou une moyenne de 25 cas calculée sur 2 ans.
- Une collaboration avec un centre de chirurgie bariatrique de référence dans le cadre d'un réseau est impérative; le nom du(des) centre(s) choisi(s) pour ce partenariat doit être annoncé.
- En cas de complication précoce, et en vue de déterminer la stratégie thérapeutique, un contact doit obligatoirement être pris avec le (l'un des) centre de référence avant toute réintervention. En cas de complication nécessitant un transfert, celui-ci doit avoir lieu dans un centre de référence disposant d'une unité de soins intensifs

9.4.2 Centres de chirurgie bariatrique de référence

- Respect de toutes les exigences générales.
- Un centre de référence bariatrique dispose d'un service d'urgence ouvert 24 heures sur 24.
- Le centre de référence dispose d'une installation de soins intensifs reconnue par la Société suisse de médecine intensive.
- Interventions autorisées : Toutes les interventions énumérées dans les chapitres 4.2.1 - 4.2.3.
- Réalisation d'interventions à risque (BMI ≥ 50 kg/m²) et ASA >3.
- Réalisation d'opérations chirurgicales sur des patients souffrant de diabète de type 2 difficile à contrôler et BMI 30-35 kg/m²
- Effectuer des procédures spéciales (procédures de reprise et de révision complexes)
- Réalisation d'interventions chez les enfants/adolescents (< 18 ans), après consultation d'un pédiatre expérimenté, membre d'un centre de référence accrédité par la SSP.



- Réalisation d'interventions chez les patients > 65 ans.
- Exigences pour le chef de centre:
 - Au moins 5 ans d'expérience en chirurgie bariatrique
 - Au moins 300 procédures bariatriques réalisées de manière indépendante, y compris les assistances en tant qu'enseignant (teaching) (dont au moins un tiers étaient des dérivations gastriques standard proximales et/ou des procédures complexes)
- Recrutement minimal annuel : 50 interventions, ou une moyenne de 50 cas calculée sur 2 ans.
- Une collaboration avec un ou plusieurs centres de chirurgie bariatrique primaires dans le cadre d'un réseau est souhaitable.



10 Procédure de reconnaissance des centres bariatriques

La SMOB s'engage à utiliser la documentation mise à disposition de la SMOB dans le cadre de la procédure de reconnaissance exclusivement pour l'évaluation.

10.1 Institutions et personnes affectées

- Toute clinique suisse publique ou privée peut demander à la SMOB d'être reconnue comme centre bariatrique, à condition que :
 - les exigences structurelles selon les directives de la SMOB soient satisfaites,
 - une équipe bariatrique multidisciplinaire réalise l'évaluation préopératoire, l'intervention chirurgicale et, à long terme, le suivi postopératoire conformément aux directives médicales du SMOB.
- Au sein du centre reconnu, tout chirurgien bariatrique peut également demander une reconnaissance ad personam, à condition d'avoir réalisé de manière indépendante au moins 50 opérations bariatriques. La demande doit être soumise au conseil d'administration de la SMOB par le directeur du centre.

10.2 Nouvelle reconnaissance

- Les demandes de reconnaissance en tant que centre primaire ou de référence doivent être soumises au secrétariat de la SMOB.
- Les documents suivants doivent être joints:
 - Questionnaire de reconnaissance entièrement rempli (Download www.smob.ch)
 - Expérience personnelle antérieure des chirurgiens bariatriques (avec preuve d'opération).
 - Expérience préalable et formation continue des membres de l'équipe dans le domaine de la bariatrie
- Les candidatures seront examinées par le conseil d'administration de la SMOB lors de l'une de ses réunions (4 à 6 réunions par an), à condition que le dossier complet ait été soumis au moins 6 semaines avant la prochaine réunion..
- Le conseil d'administration de la SMOB vérifie la conformité des données déclarées avec les directives médicales de la SMOB en vigueur. Une attention particulière est accordée au respect des exigences en matière de structure et de personnel, ainsi qu'à l'expérience bariatrique de l'équipe et aux exigences qualitatives de la prestation de services.
- Si tous les critères sont remplis, le conseil d'administration du SMOB organise la visite du centre candidat et détermine la classification provisoire en tant que centre bariatrique primaire ou de référence.
- S'il est jugé que les critères requis ne sont pas remplis, la demande sera rejetée, avec indication des raisons pertinentes pour la décision. Le conseil d'administration du SMOB peut joindre des propositions d'amélioration.



10.3 Changement d'équipe bariatrique

Si l'équipe multidisciplinaire complète se déplace d'un centre déjà reconnu vers un autre centre qui ne l'est pas encore, le Bureau du SMOB peut reconnaître ce nouveau centre dans le cadre d'une procédure abrégée, pour autant que les conditions structurelles soient garanties conformément aux directives.

10.4 Changement de catégorie de centre

- Une demande de changement de catégorie de centre doit être soumise par écrit par le directeur du centre au secrétariat de la SMOB, en indiquant les raisons du changement et en joignant un questionnaire de reconnaissance actualisé.
- La demande sera examinée lors de l'une des réunions du conseil d'administration (4 à 6 réunions par an), à condition que le dossier complet ait été soumis au moins 6 semaines avant la prochaine réunion.

10.5 Ré-évaluation

- Le conseil d'administration de la SMOB évalue chaque année (mars) si les conditions de poursuite de la comptabilisation sont toujours remplies.
- À cette fin, les nombres de cas sont notamment vérifiés dans la base de données de l'AQC.

10.6 Visites

- Le conseil d'administration de la SMOB organise une visite du centre candidat dans les 6 mois suivant la dernière réunion du conseil d'administration.
- Cette visite est menée par un membre du conseil d'administration, qui doit être originaire d'une autre région du pays. Un autre expert désigné par le conseil d'administration accompagne la visite.
- La date de la visite est convenue avec le directeur médical responsable du centre et doit être annoncée au moins 2 mois à l'avance.
- Les visites sont effectuées conformément au règlement des visites établi par le SMOB. Sont examinés, entre autres, les points suivants:
 - Composition de l'équipe bariatrique
 - Organisation des urgences
 - Infrastructure
 - Parcours d'évaluation, de préparation et de suivi
 - Documentation interne des cas cliniques et du suivi
 - Documentation AQC

10.7 Coûts

Les frais facturés par la SMOB pour l'évaluation d'une demande de reconnaissance/reconnaissance couvrent les coûts de maintenance de la base de données du SMOB ainsi que les coûts de l'examen du dossier et des visites d'experts sur place.



10.8 Possibilités pour les centres non reconnus

- Les centres non reconnus ont la possibilité de demander au service du médecin-conseil de l'organisme de financement concerné l'approbation des coûts dans chaque cas individuel. Le médecin-conseil contacté a le droit de demander la preuve que la prestation de services prévue sera effectuée conformément aux exigences des directives médicales du SMOB.
- Les centres qui ne sont pas reconnus par le SMOB peuvent faire appel à la Commission de recours du SMOB. Cette commission est composée de trois membres de la SMOB qui sont élus lors de l'assemblée générale annuelle de la SMOB et qui sont indépendants du Conseil. La Commission de recours examine les arguments du Centre et la mesure dans laquelle la décision de la Commission du SMOB est justifiée. Elle informe par écrit le Centre et le conseil d'administration du SMOB de ses conclusions. Si la Commission d'appel est d'avis que le recours est ou pourrait être justifié, le Conseil d'administration, avec un membre délégué de la Commission d'appel, doit réexaminer la demande du Centre lors de sa prochaine réunion.

11 Publication de la liste des centres reconnus

- Une liste des centres d'obésité agréés par la SMOB pour le traitement chirurgical de l'obésité et répondant à toutes les exigences est publiée sur le site web du SMOB (www.smob.ch).
- Cette liste est mise à jour deux fois par an. Le site de l'OFSP renvoie par un lien au site du SMOB.

12 Autres

12.1 Demande d'extension des indications de la chirurgie bariatrique

Dans le cadre de l'évolution des connaissances médicales, le conseil d'administration de la SMOB peut demander à la Commission fédérale des prestations et des principes (CFPP) la prise en charge des coûts pour d'autres indications, pour autant que l'efficacité, l'adéquation et l'économicité aient été prouvées.



13 Annexes

13.1 Évaluation psychiatrique

13.1.1 But et objectifs de l'évaluation d'un point de vue médical

- Identification des troubles psychologiques importants et des facteurs de risque psychosociaux.
- Identification des stratégies d'adaptation.
- Appréciation de l'influence des styles de dépassement sur la genèse de l'obésité morbide (fonction des troubles du comportement alimentaire).
- Estimation de l'influence de ces styles d'adaptation sur le résultat à long terme.
- Diminution du risque de drop out post opératoire par l'estimation précise de la compliance, de l'adhérence et du style de gestion des conflits des patients.

13.1.2 Objectif et buts de l'évaluation du point de vue du patient

- Sensibilisation aux relations intimes entre : 1) stress et comportement alimentaire et 2) stress et exercice physique.
- Sensibilisation aux effets physiques et psychologiques de la chirurgie bariatrique.
- Ouverture d'un espace pour la décision "libre" de se faire opérer.
- Préparation à un consentement informé avec le but de pouvoir le reconsidérer (y réfléchir).
- Proposition, si nécessaire, d'un accompagnement psychothérapique avant et après l'opération.
- Estimation des besoins de prise en charge pour les troubles psychiatriques (dépression, risque de suicide, gestion des conflits, troubles du comportement alimentaire mêlés de honte)

13.1.3 Conditions préalables à l'accomplissement des tâches énoncées aux points 1 et 2 ci-dessus

Les compétences nécessaires à la reconnaissance et au diagnostic des maladies psychiques, incluant les troubles alimentaires, de même que leurs échelles de gravité, leur histoire naturelle sans traitement et leurs thérapies basées sur l'évidence sont un préalable nécessaire à cette évaluation.

13.1.4 Conduite de l'évaluation

L'évaluation préopératoire est réalisée par un entretien psychologique combiné à l'analyse de questionnaires standardisés remplis par les patients. L'entretien clinique a pour but de dépister une pathologie psychique actuelle (symptômes de dépression, de troubles anxieux ou psychotiques, abus de substance et troubles du comportement alimentaire). Il permet également d'évoquer la possibilité d'abus et/ou d'autres vécus traumatisants. Il embrasse les traitements psychiatriques antérieurs, les facteurs de stress psycho-sociaux, les sources de conflits et les attentes du patient à propos de son opération bariatrique.



De plus, au cas où ni l'interniste/endocrinologue ni le chirurgien ne l'ont déjà fait, on ajoutera une évaluation précise du comportement alimentaire. Seront spécifiquement recherchés les comportements suivants : Binge Eating, Night Eating syndrome, comportements compensatoires (abus de laxatifs, sport excessif), grignotages (consommation permanente de petites portions du matin au soir), alimentation émotionnelle et dépistage des troubles de l'image corporelle (perception interne de l'image donnée à l'extérieur). L'entretien doit éclaircir la question d'abus sexuels éventuels, estimer les conséquences de la perte de poids pour l'entourage privé et professionnel, et évaluer les ressources cognitives et mentales du patient. En cas de nécessité, un Structured Clinical Interview for Axis I Disorders (SCID-I) peut être conduit pour dépister des troubles psychiques que l'entretien aurait fait suspecter.

13.1.5 Instruments psychométriques

L'utilisation de questionnaires remis aux patients permet parfois de réduire le temps de l'entretien tout en ouvrant des pistes à investiguer qui n'étaient pas envisagées dans le cadre initial de l'entretien.

La SMOB recommande l'usage des instruments suivants ci-dessous.

Pour le screening des symptômes psychopathologiques, la Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R); pour estimer la qualité de vie la Short Form Survey (SF-36); pour estimer le niveau d'anxiété et de dépression la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); pour évaluer le degré d'hostilité le State-Trait Anger Inventory (STAXI); pour définir les troubles du comportement alimentaires le Questionnaire Alimentaire (Fragebogen zum Essverhalten (FEV)); pour évaluer le comportement alimentaire et les problèmes liés au surpoids l'IEG; pour les troubles de l'image corporelle le questionnaire idoine (Fragebogen zum Körperbild (FKB-20)); pour percevoir les traits de personnalité le NEO Personality Inventory Revised (NEO-PI-R) et, enfin, pour délimiter l'influence des émotions sur l'alimentation le SEK-27.

13.1.6 Contre-indications psychiatriques à une opération bariatrique

Une condition psychiatrique significative peut poser une contre-indication relative à un geste bariatrique. Citons notamment:

- Un abus de substance actif (alcool, médicaments, drogues)
- Trouble psychotique actif (psychose aiguë, schizophrénie paranoïde décompensée)
- Troubles affectifs majeurs non contrôlés par le traitement (Major Depression)
- Troubles sévères de la personnalité (états borderline)
- Troubles alimentaires majeurs non compensés (Bulimia nervosa, binge eating disorder)
- Retard mental sévère et troubles apparentés

Il peut se révéler utile chez ces patients de leur proposer une psychothérapie préopératoire, et donc de différer l'intervention.

13.2 Enquêtes de suivi

13.2.1 Calendrier et contenu des examens de suivi

Les recommandations correspondantes peuvent être consultées sur le site web du SMOB.

13.2.2 Micronutriments (symptômes de carence, interactions)

Les recommandations correspondantes peuvent être consultées sur le site web du SMOB.

13.3 CHOP-Codes

La liste actuelle valide et détaillée des codes CHOP ainsi que des codes AQC utilisés par Adjumed se trouve sur le site www.smob.ch.

Les codes utilisés par Swiss-DRG et l'Office fédéral de la statistique ne reflètent pas de manière adéquate la réalité et la diversité des interventions de chirurgie bariatrique. Le SMOB utilise des codes étendus pour l'enregistrement dans la base de données AQC

13.4 Classification ASA (American Society of Anesthesiologists)

ASA 1 Patient en bonne santé.

ASA 2 Patient avec maladie systémique modérée sans influence sur sa qualité de vie

ASA 3 Patient avec maladie systémique sévère influant sur sa qualité de vie

ASA 4 Patient avec maladie systémique grave menaçant sa vie

ASA 5 Patient moribond, qui ne survivra pas sans intervention.

La classification ASA bien connue décrit le risque de morbidité et de mortalité



13.5 Edmonton Obesity Staging System (EOSS)

L'Edmonton Obesity Staging System permet l'évaluation individualisée de la gravité d'une obésité et décrit par là la complexité des patients bariatriques ; il ne permet par contre aucune conclusion ni sur le risque opératoire concret d'un patient particulier, ni sur la complexité d'une intervention chirurgicale bariatrique.

Stade	Description	Traitement
0	Aucun facteur de risque associé à l'obésité (TA, lipides, glucose normaux), absence de symptômes physiques ou de limitation fonctionnelle et/ou de la qualité de vie (QoL)	Identification des facteurs de risque, conseils de prévention d'une prise de poids supplémentaire par modifications du style de vie, incluant alimentation saine et activité physique
1	Facteurs de risque subcliniques présents (HTA limite, intolérance au glucose, élévation des enzymes hépatiques), symptômes physiques modérés (dyspnée, douleurs, fatigabilité), symptômes psychiques légers, limitation fonctionnelle et/ou de la QoL modérée)	Recherche d'autres facteurs de risque non liés à l'obésité, interventions intensives pour modifier le style de vie, incluant régimes et programmes d'activité physique, pour prévenir toute prise de poids supplémentaire. Surveillance des facteurs de risque et de l'état de santé.
2	Maladies associées à l'obésité établies (HTA, diabète de type II, syndrome d'apnées du sommeil, arthrose, ovaires polykystiques, état anxieux etc.), limitation fonctionnelle et/ou de la QoL sévère.	Début du traitement de l'obésité avec introduction des techniques comportementales, des médicaments et de la chirurgie bariatrique. Surveillance et traitements serrés des comorbidités actives.
3	Atteinte terminale d'organes (infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, complications diabétiques, arthrose invalidante, pathologie psychiatrique significative, atteinte majeure de la mobilité et/ou de la qualité de vie	Traitement intensif de l'obésité au moyen des techniques comportementales, des médicaments et d'interventions de chirurgie bariatrique. Traitement agressif des comorbidités actives.
4	Invalidité sévère ou terminale due aux comorbidités de l'obésité, psychopathologie invalidante, limitation fonctionnelle et/ou de la QoL majeure	Management agressif comme au stade 3 associé à des mesures palliatives (traitements antalgiques, thérapies occupationnelles et soutien psychosocial).

Tab. 7: Edmonton Obesity Staging System et recommandations thérapeutiques.



13.6 Obesity Surgery-Michigan Risk Score (OS-MRS)

L'échelle OS-MRS prédit le risque de complications post-opératoire à 30 jours. Ni le BMI ni le caseload n'atteignent ici le seuil de significativité.

Les facteurs suivants prédisent la survenue d'une complication :

Type d'intervention (Reference LAGB)	Odds Ratio
BPD-DS	9.68
LRYGB	3.58
ORYGB	3.51
SG	2.46
Facteurs liés au patient	
Antécédents de thrombose veineuse	1.90
Limitation de la mobilité	1.61
Maladie coronarienne	1.53
Age > 50 ans	1.38
Affection pulmonaire (COPD)	1.37
Sexe masculin	1.26
Tabagisme	1.20

Tab. 8: Facteurs de risque significatif selon OS-MRS 2011.

L'analyse de régression pour prédire la probabilité d'une complication (=Odds) est :

$$\text{Odds} = \text{EXP} \left([-5.12] + 2.2702 \times [\text{BPD-DS}] + 1.2759 \times [\text{LRYGB}] + 1.2556 \times [\text{ORYGB}] + 0.8988 \times [\text{SG}] + 0 \times [\text{LAGB}] + 0.6410 \times [\text{Thrombose}] + 0.4784 \times [\text{Mobilität}] + 0.4260 \times [\text{Koron.HK}] + 0.3225 \times [\text{Alter}>50] + 0.3150 \times [\text{COPD}] + 0.2321 \times [\text{Mann}] + 0.1797 \times [\text{Raucher}] \right)$$

EXP Äquivalent von e^x , e = basaler natürlicher Logarithmus (2.718)
 [] oui = 1, non = 0

Finks, Jonathan F., Kole, Kerry L., Yenumula, Panduranga R., English, Wayne J., Krause, Kevin R., Carlin, Arthur M., Genaw, Jeffrey A., Banerjee, Mousumi, Birkmeyer, John D., Birkmeyer, Nancy J. :Predicting risk for serious complications with bariatric surgery. *Annals of Surgery*, 2011 (254): 633



14 Littérature

1. Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse II, 2006, www.asemo.ch
2. Glättli A: Operative Adipositasbehandlung – Neue Fassung der Krankenpflegeleistungs-Verordnung (KLV). SAeZ 2005, 86: 1450-1451
3. Fried M et al. Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery. Obes Surg 2014; 24 :42-55
4. SAGES guidelines committee: SAGES guideline for clinical application of laparoscopic bariatric surgery. Surg Endosc 2008, 22: 2281-2300
5. AACE/TOS/ASMBS medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. Surg Obes Relat Dis 2008, 4: S109-S184
6. Michalsky M et al. ASMBS pediatric committee best practice guidelines. Surg Obes Relat Dis 2012. 8 :1-7.
7. Beamish AJ et al. Bariatric surgery in adolescents. What do we know so far? Scand J Surg 2015 ; 104 : 24-32
8. <http://www.akj-ch.ch/fachpersonen/angebote.html>; www.akj-ch.ch/fachpersonen.html
9. Jaques, J., Micronutrition for the Weight Loss Surgery Patient., Edgemont PA; Matrix Medical Communications, 2006
10. Allis L., Blankenship J., Buffington C., Furtado M., Parrott J. AMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient; Surg Obes Relat Dis; 2008: 4(5): S73-S108
11. Mechanick J., Kushner R., Sugerman H, Gonzalez-Campoy M., Cholazo-Clavell M., Guven S., Spitz A., Apovian C., Livingston E., Brolin R, Sarwer D., Anderson W., Dixon J. AACE/TOS/ASMBS Bariatric Surgery Guidelines Endocr Pract; 2008; 14 (Suppl 1)
12. Heber D., Greenway FL., Kaplan LM., Livingston E., Salvador J., Still C., Endocrine Society Endocrine and nutritional management of the post-bariatric surgery patient: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline J Clin Endocrinol Metab; 2010: 95(11); 4823-43
13. Torres AJ., Rubio MA. The Endocrine Society's Clinical Practice Guide on endocrine and nutritional management of the post-bariatric surgery patient: Commentary from a European Perspective Eur J Endocrinol; 2011: 165(2) 171-6
14. Sharma A.M., Kushner R.F.; Int J Obes, 2009
15. Padwal, Raj S., Pajewski; Nicholas M., Allison, David B., Sharma, A.M.
16. Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity, Canadian Medical Association Journal, 2011, 10.1503/cmaj.110387
17. Bariatric surgery for morbid obesity: Health implications for patients, health professionals and third-party payers. 2004 ASBS Consensus Conference Statement. Surg Obes Relat Dis 2005, 1: 371-381
18. Interdisciplinary European Guidelines for Surgery for Severe (morbid) Obesity. IFSO-EC expert panel. Obes Surg 2007, 17: 260-270



19. Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery. IFSO-EC expert panel. *Obes Surg* 2014, 24: 42-55
20. ASMBS pediatric committee best practice guidelines. *Surg Obes Relat Dis* 2012, 8: 1-7.
21. Indications for Surgery for Obesity and Weight-Related Diseases: Position Statements from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). *Obes Surg* 2016; 26: 1659-1696
22. Eric J. Leroux, John M. Morton, Homero Rivas
Increasing Access to Specialty Surgical Care. Application of a New Resource Allocation Model to Bariatric Surgery
Ann Surg 2014 (260): 274-278
23. John M. Morton, Trit Garg, Ninh Nguyen
Does Hospital Accreditation Impact Bariatric Surgery Safety?
Ann Surg 2014 (260): 504-509



15 Abréviations

AQC	Groupe de travail pour l'assurance qualité en chirurgie
OFSP (BAG en allemand)	Office Fédéral de la Santé Publique
BMI	Body Mass Index
CFPP (ELGK en allemand)	Commission Fédérale des Prestations générales et des principes
CDCS (GDK en allemand)	Conférence des Directeurs cantonaux de la Santé
MHS (HSM en allemand)	Médecine Hautement Spécialisée
LAMal (KVG en allemand)	Loi sur l'Assurance Maladie
OPAS (KLV)	Ordonnance sur les Prestations de L'assurance de soins
T2DM	Diabète sucré de type 2



Redesign van de
gezondheidszorgadministraties

Redesign des administrations
de soins de santé

Auditrapport « Proof of Concept »

Bariatrische heelkunde

Zorgpad en gegevens van de ziekenhuisverblijven

Initiator: Dienst Audit Ziekenhuizen

Projectnummer: A19-01-CHIRBAR

Versie van: 12-02-2020

Contactpersoon Audit Ziekenhuizen: Nick De Swaef



Synthese

De laatste jaren is er een aanzienlijke toename van obesitas in onze samenleving, geassocieerd met verschillende comorbiditeiten. We zien in België belangrijke praktijkvariaties op het niveau van het zorgpad en de praktische organisatie van bariatrische heelkunde.

De dienst « Audit Ziekenhuizen », een dienst onder een federale co-governance structuur (FAGG, FOD VVVL en RIZIV), heeft dit onderwerp geanalyseerd in het kader van de « Proof of Concept ». De audit bariatrische heelkunde heeft als algemeen objectief het verbeteren van de kwaliteit en de doelmatigheid van het gezondheidszorg aan de burger, en het optimaliseren van het gebruik van de middelen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Het auditteam analyseerde gegevens van 97 Belgische ziekenhuizen waar in 2016 ziekenhuisverblijven waren voor bariatrische heelkunde (aanrekening van 1 van de 3 nomenclatuurcodes ('241780', '241824' of '241846'), en/of verblijven ingedeeld bij de APR-DRG (All Patient Refined - Diagnosis Related Groups) 403 (Procedures for obesity), en/of verblijven met een hoofddiagnose uit categorie E66 (Overweight and obesity) en ingedeeld bij een chirurgische APR-DRG). De algemene resultaten worden weergegeven in verschillende figuren. Voor bepaalde kenmerken kunnen de ziekenhuizen zich positioneren aan de hand van een identificatiesleutel.

Het auditteam selecteerde 19 Belgische ziekenhuizen. In deze ziekenhuizen observeerden we het zorgpad van de obese patiënt. Daarnaast hebben we aan de hand van dossieranalyse de toepassing van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (NGV) en de ICD-10-BE coderingsrichtlijnen geaudit. Het betreft 12 willekeurig geselecteerde bariatrische ziekenhuisverblijven per ziekenhuis (ontslagdatum in 2016) waarvoor naast de medische gegevens van de minimale ziekenhuisgegevens (MG-MZG) ook de verpleegkundige gegevens van de minimale ziekenhuisgegevens (VG-MZG) gecodeerd zijn.

Betreffende het zorgpad bariatrische heelkunde zien we verschillen in de organisatie van pre- en postoperatieve multidisciplinaire begeleiding van de obese patiënt in het ziekenhuis, de bijkomend uitgevoerde onderzoeken, de pre- en postoperatief systematisch gerealiseerde raadplegingen, het gebruik van een patiënt-gecontroleerde analgesie-pomp en de techniek van de bariatrische ingreep. De analyse van de bariatrische ziekenhuisverblijven toont, onder andere, de gemiddelde score die het ziekenhuis behaald heeft voor 9 kenmerken met betrekking tot de NGV en de ICD-10-BE coderingsrichtlijnen. De documentatie van de dieettherapie (minstens gedurende 1 jaar, zonder blijvend succes) in het medisch dossier en de uitvoering van een multidisciplinair bariatrisch overleg met bijbehorend ondertekend en gedateerd verslag zijn noodzakelijk te verbeteren punten voor de ziekenhuizen.

Follow-up van patiënten 2 jaar na een bariatrische ingreep is zeldzaam volgens de multidisciplinaire bariatrische teams. De belemmeringen hiervoor op middellange en lange termijn zijn van financiële of



organisatorische aard, of houden verband met het gebrek aan therapietrouw van de patiënt. De begeleiding van de obese patiënt met betrekking tot bariatrische heekunde kan deel uitmaken van een gecoördineerd zorgprogramma met pre- en postoperatieve multidisciplinaire begeleiding. Bijgevolg is het belangrijk om de vaardigheden te verenigen en de nodige middelen te mobiliseren om een uitgebreid zorgpad te ontwikkelen.



Inhoudstafel

1	Inleiding.....	8
2	Algemene doelstellingen	9
3	Specifieke doelstellingen	10
4	Methodologie.....	11
4.1	Preoperatief	12
4.1.1	Federale gekoppelde gegevens.....	12
4.1.2	Vragenlijsten en voorbereiding van het auditbezoek ter plaatse.....	13
4.2	Observatie.....	15
4.2.1	Audit van het zorgpad.....	15
4.2.2	Verpleegkundige items	15
4.2.3	Audit van de 12 bariatrische ziekenhuisverblijven	15
4.3	Follow-up	16
4.3.1	Verslag van het auditbezoek.....	16
4.3.2	Algemeen rapport	16
5	Resultaten	17
5.1	Algemene resultaten.....	17
5.1.1	Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens aangerekende nomenclatuurcode.....	17
5.1.2	Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht	21
5.1.3	Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven per categorie van gecodeerde Body Mass Index	23
5.1.4	Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven per leeftijdscategorie	27
5.1.5	Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens de ligduur	29
5.1.6	Interactie tussen variabelen	31
5.1.7	Percentage van verblijven met PCA-pomp, per ziekenhuis.....	39
5.2	Specifieke resultaten van de audits ter plaatse	40
5.2.1	Zorgpad	40
5.2.2	De geaudite bariatrische ziekenhuisverblijven	48
5.2.3	Het elektronisch patiëntendossier (EPD) volgens bepaalde 'Belgian Meaningful Use Criteria' (BMUC)	60
5.2.4	De verpleegkundige items	63



6	Synthese van de suggesties van de ter plaatse geaudite ziekenhuizen	69
6.1	Suggesties in verband met vergoedingscriteria voor bariatrische heelkunde	69
6.2	Suggesties in verband met de financiering van het zorgpad	70
6.3	Suggesties met betrekking tot de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.....	70
6.4	Andere algemene opmerkingen	71
7	Andere observaties van het auditteam	72
7.1	Heringrepen	72
7.2	Aangerekende nomenclatuurcodes en effectief uitgevoerde ingrepen.....	73
8	Discussie.....	74
8.1	Algemene resultaten : zorgpad en geaudite ziekenhuisverblijven.....	74
8.1.1	Preoperatieve begeleiding.....	75
8.1.2	Informatie aan de patiënt	76
8.1.3	Gedocumenteerde dieetbehandeling (kenmerk 18)	76
8.1.4	Multidisciplinair bariatrisch overleg (kenmerk 19).....	77
8.1.5	Technieken van ingrepen.....	77
8.1.6	Postoperatieve begeleiding	78
8.1.7	Register van bariatrische ingrepen (kenmerk 29).....	79
8.1.8	Geverifieerde opnamediagnose (GOD) (kenmerk 07)	80
8.1.9	BMI (medisch dossier) (kenmerk 08)	80
8.1.10	ICD-10-BE code BMI (kenmerk 09).....	81
8.1.11	Operatief protocol in overeenstemming met de nomenclatuurcode (kenmerk 23).....	82
8.1.12	ICD-10-BE procedure code (ICD-10-PC) (kenmerk 24).....	83
8.1.13	Ontslagverslag (kenmerk 27)	83
8.2	EPD en verpleegkundige items	84
8.2.1	BMUC-criteria.....	84
8.2.2	Verpleegkundige items	85
9	Conclusie	86
10	Bijlagen.....	89
11	Bibliografie	113



Lijst van de figuren

<i>Figuur 1: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens aangerekende nomenclatuurcode</i>	<i>17</i>
<i>Figuur 2: Incomplete lijst van andere aangerekende nomenclatuurcodes.....</i>	<i>19</i>
<i>Figuur 3: Verdeling van de aangerekende ingrepen, weergegeven per ziekenhuis</i>	<i>20</i>
<i>Figuur 4: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht</i>	<i>21</i>
<i>Figuur 5: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht, weergegeven per ziekenhuis.....</i>	<i>22</i>
<i>Figuur 6: Aantal en percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven per categorie van gecodeerde BMI</i>	<i>23</i>
<i>Figuur 7: Aantal en percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven per categorie van gecodeerde BMI, weergegeven per ziekenhuis.....</i>	<i>25</i>
<i>Figuur 8: Percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven zonder ICD-10-BE codering van BMI, weergegeven per ziekenhuis</i>	<i>26</i>
<i>Figuur 9: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven per leeftijdscategorie</i>	<i>27</i>
<i>Figuur 10: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens leeftijd, weergegeven per ziekenhuis.....</i>	<i>28</i>
<i>Figuur 11: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens de ligduur</i>	<i>29</i>
<i>Figuur 12: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens de ligduur, weergegeven per ziekenhuis</i>	<i>30</i>
<i>Figuur 13: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het type ingreep, per gecodeerde BMI-categorie.....</i>	<i>31</i>
<i>Figuur 14: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het type ingreep, per leeftijdscategorie</i>	<i>32</i>
<i>Figuur 15: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het geslacht, per type ingreep</i>	<i>33</i>
<i>Figuur 16: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het geslacht, per categorie van gecodeerde BMI.</i>	<i>34</i>
<i>Figuur 17: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht, per leeftijdscategorie</i>	<i>35</i>
<i>Figuur 18: Aantal bariatrische ziekenhuisverblijven per leeftijdscategorie en per gecodeerde BMI-categorie</i>	<i>36</i>
<i>Figuur 19: Aantal bariatrische ziekenhuisverblijven volgens ligduur en type ingreep</i>	<i>37</i>
<i>Figuur 20: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens ligduur en bariatrische ingreep, weergegeven per ziekenhuis.....</i>	<i>38</i>
<i>Figuur 21: Percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven met PCA-pomp, weergegeven per ziekenhuis.....</i>	<i>39</i>



<i>Figuur 22: Kenmerk 07 Geverifieerde opnamediagnose (categorie E66)</i>	48
<i>Figuur 23: kenmerk 08 BMI (medisch dossier)</i>	49
<i>Figuur 24: kenmerk 09 ICD-10-BE CODE BMI</i>	50
<i>Figuur 25: kenmerk 18 Gedocumenteerde dieetbehandeling.</i>	51
<i>Figuur 26: kenmerk 19 Multidisciplinair bariatrisch overleg.</i>	52
<i>Figuur 27: kenmerk 20 Echografie van het abdomen.</i>	53
<i>Figuur 28: kenmerk 21 Oesofagogastroduodenoscopie.</i>	54
<i>Figuur 29: kenmerk 23 Operatief protocol in overeenstemming met de nomenclatuur</i>	55
<i>Figuur 30: kenmerk 24 ICD-10-BE procedure code</i>	56
<i>Figuur 31: kenmerk 26 PCA-pomp.</i>	57
<i>Figuur 32: kenmerk 27 Ontslagverslag.</i>	58
<i>Figuur 33: Kenmerk 29 Register van alle bariatrische ingrepen</i>	59
<i>Figuur 34: Unieke patiëntidentificatie en –beschrijving, vergelijking tussen het onderzoek van de FOD VVVL en de actuele geaudite situatie</i>	61
<i>Figuur 35: E-voorschrift, vergelijking tussen het onderzoek van de FOD VVVL en de actuele geaudite situatie</i>	62
<i>Figuur 36: Geautomatiseerde communicatie met HUB's en interactie met e-Health, vergelijking tussen het onderzoek van de FOD VVVL en de actuele geaudite situatie</i>	63
<i>Figuur 37: Verdeling van de bariatrische verblijven met heringrepen.</i>	72
<i>Figuur 38: Laagste score, gemiddelde score en hoogste score voor 9 kenmerken voor de ter plaatse geaudite verblijven</i>	74

Lijst van de bijlagen

<i>Bijlage 1: Vragenlijst zorgpad bariatrische heelkunde</i>	89
<i>Bijlage 2: Kenmerken van de bariatrische ziekenhuisverblijven (29 items voor analyse)</i>	92
<i>Bijlage 3: Vragenlijst BMUC en verpleegkundige item met betrekking tot de bariatrische verblijven</i>	94
<i>Bijlage 4: Algemene aankondiging Audit Ziekenhuizen</i>	97
<i>Bijlage 5: Aankondiging audit bariatrische heelkunde aan de geselecteerde ziekenhuizen</i>	101
<i>Bijlage 6: Checklist audit bariatrische heelkunde.</i>	104
<i>Bijlage 7: Planning audit bariatrische heelkunde.</i>	107
<i>Bijlage 8: Andere codes van de nomenclatuur aangerekend bij een ziekenhuisverblijf ingedeeld bij een APR-DRG 403 en/of waarvan de hoofddiagnose in de categorie E66 valt en ingedeeld bij een chirurgische APR-DRG.</i>	108

ADH	Anonieme Daghospitalisatie
APR-DRG	All Patient Refined Diagnosis Related Groups
AZV	Anonieme Ziekenhuisverblijven
BMI	Body Mass Index
BMUC	Belgian Meaningful Use Criteria
CI	Contra-indicatie
DGEC	Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
ECG	Elektrocardiogram
EPD	Elektronisch PatiëntenDossier
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
FAGG	Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten
FOD VVVL	Federale OverheidsDienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
GOD	Geverifieerde opname diagnose
GOR	Gastro-oesofagale reflux
H. pylori	Helicobacter pylori
HD	Hoofddiagnose
HH	Hiatushernia
ICD-10-BE	International Classification of Diseases – Tenth Revision – Belgische modificatie
ICD-10-CM	International Classification of Diseases – 10th Revision – Clinical Modification
ICD-10-PCS	International Classification of Diseases – 10th Revision – Procedure Coding System
INVR	Index of Nausea, Vomiting and Retching
IV	Intraveneus
MG-MZG	Medische Gegevens – Minimale Ziekenhuis Gegevens
MZG	Minimale Ziekenhuis Gegevens
NGV	Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen
NSAID	Niet-steroïdale ant-inflammatoire middelen
OGTT	Orale glucosetolerantietest
PCA	Patient Controlled Analgesia
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
RSW	Réseau Wallon de Santé
SADI	Single Anastomosis Duodenal Ileal (bypass)
RX SMD	Radiografie Slokdarm – Maag – Duodenum
SPOC	Single point of contact
VAS	Visueel analoge-schaal
VG-MZG	Verpleegkundige Gegevens – Minimale Ziekenhuis Gegevens
#ZH	Aantal ziekenhuizen



1 Inleiding

In het kader van de ‘redesign’ van de publieke diensten heeft de regering een aantal passerelles gecreëerd tussen de federale gezondheidszorgadministraties. De dienst « Audit Ziekenhuizen » is een vrucht van de samenwerking tussen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL), het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

Het auditen van ziekenhuizen is gedefinieerd als een prioritair domein waarvan het principe gedefinieerd is in het actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020. De nadruk ligt op een efficiënt gebruik van de financiële middelen in de gezondheidszorg.

De samenwerking tussen de federale diensten heeft enerzijds tot doel de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren door de transparantie en de eenvoud van het toezicht door de verschillende overheidsdiensten te verhogen en anderzijds hiermee de efficiëntie en de doeltreffendheid van het toezicht op het volledig zorgproces te verbeteren. In deze context worden alle aspecten van het toezicht van de drie federale instellingen tijdens één enkel bezoek toegepast om het toezicht efficiënter, eenvoudiger en transparanter te maken.

De dienst Audit Ziekenhuizen is in een fase van ‘Proof of Concept’. De methodologie bevindt zich in een experimenteel stadium, met als doel de haalbaarheid van het project aan te tonen en zo nodig bij te sturen.



2 Algemene doelstellingen

Het objectief van de dienst Audit Ziekenhuizen is enerzijds bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg met een optimale besteding van de overheidsmiddelen, en anderzijds, toezicht te houden op de naleving van de vigerende reglementering.

In deze context auditen we het algemene werkproces, de toepassing van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (NGV) en de ICD-10-BE¹ coderingsrichtlijnen aan de hand van een aantal geselecteerde patiëntendossiers. Op deze manier analyseren we het gehele zorgpad (medisch, verpleegkundig, farmacologisch). We benadrukken de sterke punten van het ziekenhuis alsook de punten die voor verbetering vatbaar zijn.

De ziekenhuisaudits kunnen aanleiding geven tot verbeterprojecten op niveau van de ziekenhuizen en de zorgverleners, waarbij de nadruk ligt op communicatie, feedback en monitoring. Anonieme benchmarkinganalyse laat de ziekenhuizen toe om zich ten opzichte van elkaar positioneren in termen van beleid en klinische praktijk.

¹ De term "ICD-10-BE" wijst op het gecombineerde gebruik van de codes van de ICD-10 Clinical Modification (ICD-10-CM) en ICD-10 Procedure Coding System (ICD-10-PCS) classificatie in het kader van de registratie van de Minimale ZiekenhuisGegevens (MZG) in België.



3 Specifieke doelstellingen

Bariatrische heelkunde is het onderwerp van de eerste thematische audit.

De laatste jaren zien we een aanzienlijke toename van obesitas en de hiermee geassocieerde comorbiditeiten. Deze toename brengt een aanzienlijke financiële belasting voor de sociale zekerheid met zich mee. Heelkunde is een van de mogelijke behandelingen voor obesitas, waarvan de financiële impact, evenals de kosten van eventuele per- en postoperatieve complicaties in rekening genomen worden.

Dit soort heelkunde is onderworpen aan een aantal criteria volgens de internationale richtlijnen en de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Het doel van deze audit is enerzijds om de verschillende aspecten van het multidisciplinair zorgpad van de obese patiënt, opgenomen voor bariatrische heelkunde, te belichten en anderzijds om de naleving van de NGV-regels (nomenclatuur) en de MZG-codering te beoordelen aan de hand van de patiëntendossiers die voor het jaar 2016 zijn geselecteerd. Een benchmarking aan de hand van een analyse van de gekoppelde gegevens stelt ziekenhuizen in staat om hun werkmethoden te vergelijken.

De dienst «Audit Ziekenhuizen» verwijst naar de vigerende wetgeving en regels van 2016, in verband met bariatrische heelkunde :

- Het codeerhandboek ICD-10-BE dat van toepassing was voor het registratiejaar 2016 voor de Medische Gegevens van de Minimale Ziekenhuis Gegevens (MG-MZG);
- Het codeerhandboek van de Verpleegkundige Gegevens van de Minimale Ziekenhuis Gegevens (VG-MZG) versie 1.6, januari 2011;
- De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (bijlage bij KB van 14 september 1984) te vinden op de website van het RIZIV, en in het bijzonder het art. 14d;
- De reglementaire teksten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (bijlage verordening geneeskundige verzorging 28 juli 2003), art. 22bis, 22ter. (notificatie en registratie van een bariatrische ingreep) ;
- De gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008.



4 Methodologie

De methodologie van deze audit bariatrische heelkunde bestaat uit drie fasen:

- De voorbereidingsfase, gebaseerd op :
 - De analyse van de federale gekoppelde gegevens;
 - Het opstellen van vragenlijsten om het zorgpad, de verblijven bariatrische heelkunde en bepaalde verpleegkundige items (met betrekking tot bariatrische heelkunde) en de Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) te bestuderen;
 - De praktische voorbereiding voor de terreinaudits.
- De observatiefase met de terreinaudits. Tijdens de terreinaudits wordt het zorgpad van de obese patiënt in de instelling bestudeerd, en wordt de naleving van nomenclatuurregels en de coderingsprocedures (MG-MZG en VG-MZG) nagekeken.
- De opvolgingsfase bestaat uit :
 - Het opstellen van een gepersonaliseerd en tegensprekelijk verslag van de observaties genoteerd tijdens de audit, bestemd voor het geaudite ziekenhuis;
 - Het opstellen van een algemeen geanonimiseerd rapport gebaseerd op de analyse van de gegevens, bestemd voor alle ziekenhuizen, met de toekenning van een identificatiesleutel die aan elk bezocht ziekenhuis wordt overhandigd, zodat het zich ten opzichte van de andere ziekenhuizen kan positioneren;
 - Opgemerkt dient te worden dat na de fase van 'Proof Of Concept', voor volgende auditcycli, aangepaste en tegensprekelijke rapporten met, indien nodig, verbeteringsprojecten naar de geaudite ziekenhuizen zullen worden gestuurd.



4.1 Preoperatief

4.1.1 Federale gekoppelde gegevens

De technische cel² van het RIZIV verzamelt MZG van de FOD VVVL en facturatiegegevens van de Anonieme ziekenhuisverblijven (AZV) en de Anonieme daghospitalisatie (ADH) van de algemene ziekenhuizen die door de verzekeringsinstellingen worden doorgegeven.

Uit deze federale gekoppelde gegevens werden de bariatrische ziekenhuisverblijven, met uitzondering van de verblijven in het dagziekenhuis, met een ontslagdatum in 2016, geselecteerd op basis van de volgende criteria:

- ❖ Aanrekening van een van de volgende nomenclatuurcodes :
 - 241780 : « Reducerende gastroplastie (Mason, Sleeve) (ter behandeling van obesitas) »
 - 241824 : « Reducerende gastroplastie door plaatsen van een aanpasbare maagring ("gastric banding") (ter behandeling van obesitas) »
 - 241846 : « Reducerende gastroplastie met bileopancreatische of gastro-jejunale diversie (Scopinaro, gastric bypass, duodenal switch) (ter behandeling van obesitas) »

En/of

- ❖ Verblijven die ingedeeld zijn in APR-DRG (All Patient Refined - Diagnosis Related Groups) 403 (procedures voor obesitas) en/of
- ❖ Verblijven met een hoofddiagnose (HD) uit categorie E66 (Overweight and obesity) en ingedeeld in een chirurgische APR-DRG.

De 97 van de 101 Belgische ziekenhuizen die aan deze criteria voldoen, worden gerangschikt op basis van het aantal bariatrische ziekenhuisverblijven per ziekenhuis. Dertig Belgische ziekenhuizen, namelijk deze met het grootste aantal bariatrische ziekenhuisverblijven, worden geselecteerd.

Van deze 30 ziekenhuizen zijn er 19 willekeurig geselecteerd voor een audit ter plaatse. Door een schatting te maken van de tijd die nodig is om een dossier te analyseren, hebben we voor elk van deze ziekenhuizen willekeurig 12 bariatrische verblijven geselecteerd uit de verblijven met VG-MZG.

De ziekenhuizen waarvan een verstrekker betrokken is bij een lopend individueel of thematisch controleonderzoek over bariatrische heelkunde op federaal niveau, tijdens de geaudite periode, werden uit de selectie uitgesloten.

² Technische Cel <https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/>



4.1.2 Vragenlijsten en voorbereiding van het auditbezoek ter plaatse

4.1.2.1 ZORGPAD

We ontwikkelde een vragenlijst om de verschillende aspecten van het zorgpad van de obese patiënt, opgenomen voor bariatrische heelkunde, te belichten. De items in deze vragenlijst zijn het resultaat van een reflectie naar aanleiding van een literatuuronderzoek gericht op aanbevelingen en bariatrische nomenclatuurregels. Het is onderverdeeld in 4 delen volgens de verschillende fasen van de patiëntbegeleiding: preoperatief, peroperatief, postoperatief in het ziekenhuis en postoperatief na het ziekenhuisverblijf (zie bijlage 1).

4.1.2.2 BARIATRISCHE VERBLIJVEN

Elk bariatrisch verblijf werd geëvalueerd aan de hand van een vragenlijst (zie Bijlage 2), waarvan de items gebaseerd zijn op de huidige regelgeving :

- De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (NVG als bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984), en in het bijzonder artikel 14d;
- De verordening geneeskundige verzorging (VGV van 28 juli 2003), art. 22bis, 22ter (notificatie en registratie van een bariatrische ingreep);
- De ICD-10-BE coderingsrichtlijnen (codeerhandleiding die sinds 1 januari 2015 van kracht is ter registratie van de medische gegevens van de MZG);
- De gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere zorginstellingen van 10 juli 2008.

De vragenlijst en de verblijfsnummers van de te bespreken verblijven werden respectievelijk 2 weken en 2 werkdagen voor de audit ter plaatse per e-mail naar de instelling verzonden.

4.1.2.3 VRAGENLIJST BMUC EN VERPLEEGKUNDIGE ITEMS

Een vragenlijst over de BMUC en diverse verpleegkundige items aangaande bariatrische heelkunde werd 2 weken voor de afgesproken datum van de terreinaudit naar het ziekenhuis gestuurd (zie bijlage 3).



De vragen rond de BMUC richten zich op bepaalde aspecten van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) in kader van e-Health³ en de implementatie van een EPD in de Belgische ziekenhuizen.

De vragen met betrekking tot de verpleegkundige gegevens zijn gebaseerd op de Codeerhandleiding van MZG-verpleegkundige gegevens (VG-MZG), officiële versie 1.6, januari 2011.

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om de antwoorden voor de audit ter plaatse per e-mail te verzenden.

Bij de ziekenhuizen waar een audit van verpleegkundige items was gepland, werd een vergelijkende voorafgaande analyse van de registratie op nationaal niveau uitgevoerd.

4.1.2.4 VOORBEREIDING VAN HET BEZOEK TER PLAATSE

We hebben per e-mail en per post een aankondigingsbrief van de audit bariatrische heelkunde in België verstuurd naar elk ziekenhuis dat bariatrische heelkunde uitvoert (zie bijlage 4). De brief informeerde de ziekenhuizen over de algemene en specifieke doelstellingen van het project en de methodologie ervan.

De volgende documenten hebben we enkele weken voor de audit ter plaatse per e-mail naar de ziekenhuizen verstuurd:

- Een brief ter aankondiging van de audit ter plaatse, ter attentie van de algemeen directeur van de geselecteerde ziekenhuizen (zie bijlage 5). Deze brief informeerde het ziekenhuis over de algemene en specifieke doelstellingen van het project, de methode voor de selectie van de ziekenhuizen en de bariatrische ziekenhuisverblijven, en over de praktische details van het auditbezoek. We hebben gevraagd om binnen het ziekenhuis een contactpersoon (single point of contact, SPOC) aan te stellen om het goede verloop van de audit ter plaatse te verzekeren.
- Een in te vullen checklist die algemene informatie over de dienst bariatrische heelkunde en de contactgegevens van de betrokken personen verzamelt, om de communicatie tussen het auditteam en het ziekenhuis te vergemakkelijken (zie bijlage 6). Deze checklist werd teruggestuurd naar het auditteam tezamen met, zoals gevraagd, alle beschikbare documentatie die kan bijdragen tot de voorbereiding van de audit ter plaatse (bv. beschikbare procedures, informatiebrochures, gebruikte aanbevelingen voor goede praktijk, enz.)
- De dagindeling van de audit bariatrische heelkunde in het ziekenhuis, ter attentie van de SPOC (zie bijlage 7).

³ Actieplan e-Gezondheid, 2019-2021 ondertekend op 28/01/2018, vervolg van het actieplan 2013-2018
https://www.ehealth.fgov.be/file/view/AWjHQ9zDgwwToiwBkf13?filename=Actieplan%202019-2021%20e-Gezondheid_final.pdf



4.2 Observatie

4.2.1 Audit van het zorgpad

Het auditteam maakte kennis met de teams bariatrische heelkunde in de geselecteerde ziekenhuizen. De verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij het zorgpad van de obese patiënt in het ziekenhuis (chirurgen, verpleegkundigen, zorgkundigen, diëtisten, psychologen, administratief medewerkers, enz.), hebben de vragen van de auditoren over het zorgpad beantwoord. Verschillende aspecten van het bariatrische zorgpad werden belicht.

Sommige ziekenhuizen hebben tijdens het auditbezoek aanvullende documenten aan de auditoren verstrekt om hun antwoorden op de vragen over het bariatrische zorgpad te illustreren.

Suggesties en overwegingen van de medewerkers van de ter plaatse geaudite bariatrische teams werden door de auditoren genoteerd (zie punt 6, Samenvatting van alle suggesties van de geaudite ziekenhuizen).

4.2.2 Verpleegkundige items

De ziekenhuizen die in aanwezigheid van een verpleegkundig auditeur werden geaudit, beantwoordden de vragenlijst met betrekking tot de verpleegkundige items die in het kader van de bariatrische heelkunde zouden kunnen worden gescoord in het licht van de huidige situatie, om de verbeteringen die in het kader van de geaudite dossiers voor het referentiejaar 2016 werden aangebracht, te kunnen benadrukken.

Er is geen hercodering van de verpleegkundige dossiers uitgevoerd, maar de observaties hebben toegelaten om enkele fouten in de interpretatie van de codeerregels van bepaalde verpleegkundige items te identificeren. Er werden aanvullende indicaties vooropgesteld om de kwaliteit van de codering te verbeteren in overeenkomst met de specifieke codeerregels.

4.2.3 Audit van de 12 bariatrische ziekenhuisverblijven

We hebben de bariatrische verblijven geanalyseerd in aanwezigheid van de MZG-arts en bij de meeste audits ook in aanwezigheid van een chirurg en de medisch directeur. Het doel van deze dossieranalyse is om de concordantie tussen de dossierkenmerken, de naleving van de regels van de NGV en de MZG-codering te verifiëren, maar ook om via het patiëntendossier het zorgpad van de obese patiënt, opgenomen voor bariatrische heelkunde, te visualiseren.

Voor de 12 geselecteerde bariatrische verblijven hebben we 29 kenmerken van het patiëntendossier geanalyseerd aan de hand van de verschillende verslagen in de patiëntendossiers.



4.3 Follow-up

4.3.1 Verslag van het auditbezoek

De 19 ter plaatse geaudite ziekenhuizen hebben een gepersonaliseerd tegensprekelijk verslag ontvangen met de observaties van de audit. Het verslag omvat:

- Informatie over het zorgpad van de obese patiënt ;
- De eventuele opmerkingen en suggesties van de ziekenhuizen ;
- De analyse van de EPD-vragenlijst ;
- De analyse van de vragenlijst van de verpleegkundige items ;
- De observaties met betrekking tot de analyse van de patiëntendossiers van de geselecteerde bariatrische verblijven.

Het verslag was vergezeld van een feedbackdocument betreffende de VG-MZG met betrekking tot bariatrische heelkunde (registratiejaar 2016).

We hebben aan de ziekenhuizen gevraagd om hun eventuele opmerkingen te formuleren betreffende het verslag, binnen de 14 dagen na ontvangst van het verslag. In het geval van antwoord werd een nieuw verslag naar het ziekenhuis gestuurd met daarin de opmerkingen verwerkt.

4.3.2 Algemeen rapport

Het algemeen rapport met geanonimiseerde gegevens, gebaseerd op de analyse van alle gegevens en observaties, is bestemd voor alle ziekenhuizen.

De algemene resultaten zijn gebaseerd op de analyse van de federale gekoppelde gegevens. Het bevat de resultaten van de 97 Belgische ziekenhuizen met ziekenhuisverblijven die voldoen aan de hierboven gedefinieerde selectiecriteria. Deze ziekenhuizen krijgen een identificatiesleutel om zich ten opzichte van elkaar te kunnen positioneren.

De resultaten met betrekking tot het zorgpad zijn gebaseerd op de analyse van de audit ter plaatse bij de 19 geselecteerde ziekenhuizen. Het aantal antwoorden kan per item verschillen, afhankelijk van het aantal ziekenhuizen die een antwoord hebben gegeven met de betrekking tot het item.

De resultaten van de analyse van de 12 bariatrische verblijven worden per item en per geaudit ziekenhuis voorgesteld. De items zijn gebaseerd op de terugbetalingscriteria en de coderingsregels voor bariatrische heelkunde. Aan elk ziekenhuis wordt een score toegekend die het gemiddelde van de scores van de geaudite verblijven weergeeft. Er dient opgemerkt te worden dat de ziekenhuisverblijven die niet overeenkomen met een bariatrische ingreep, niet in de score zijn opgenomen.

De gemiddelde scores van alle geaudite ziekenhuizen worden weergegeven in een radargrafiek (zie punt 8, Discussie).



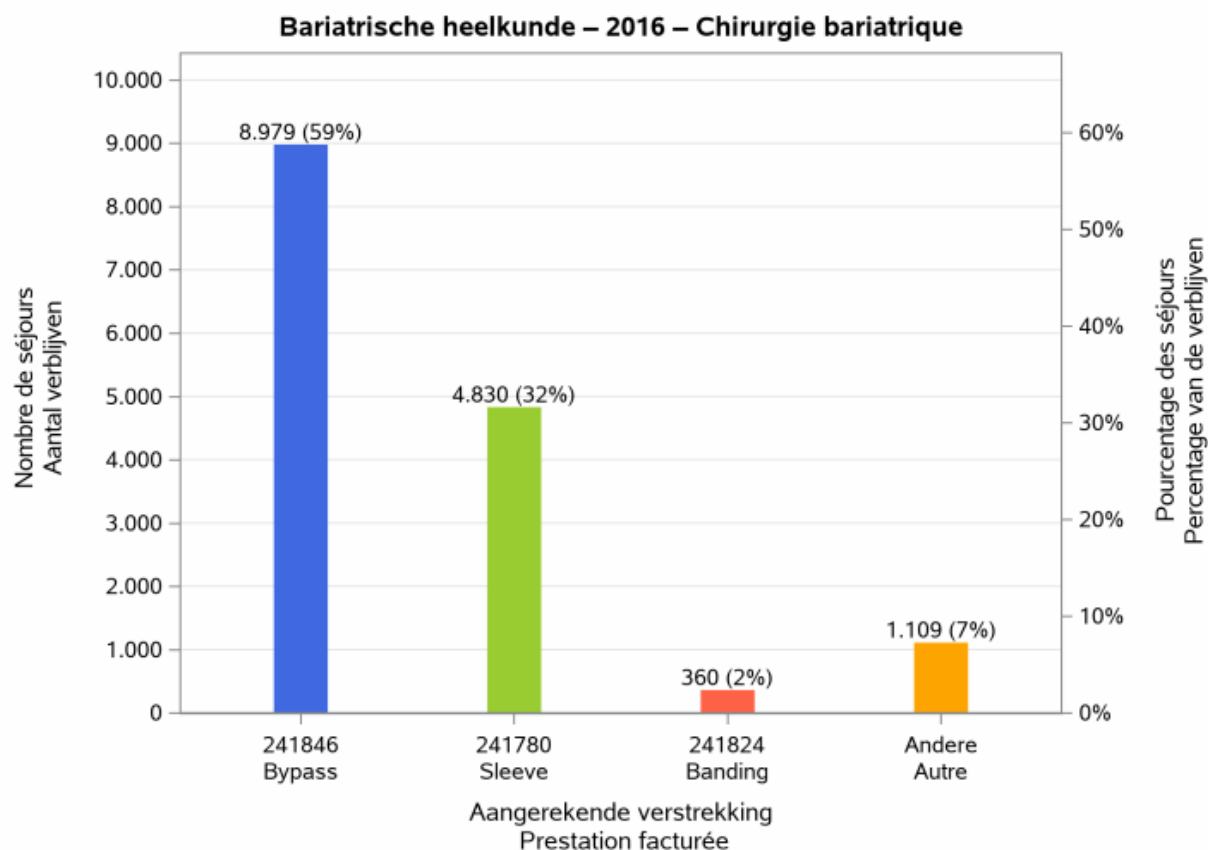
5 Resultaten

5.1 Algemene resultaten

We realiseerden de selectie van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens de hierboven beschreven methodologie en met behulp van de federale gekoppelde gegevens van de 97 Belgische ziekenhuizen. De selectie resulteerde in 15.278 bariatrische ziekenhuisverblijven. De geanonimiseerde resultaten van de analyse van deze gegevens worden hieronder algemeen en per ziekenhuis weergegeven.

5.1.1 Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens aangerekende nomenclatuurcode

De 'gastric bypass' was in 2016 de meest uitgevoerde bariatrische ingreep (8.979 ingrepen, of 59% van de verblijven), gevolgd door de 'Sleeve' (4.830 ingrepen, of 32% van de verblijven) en de 'gastric banding' (360 ingrepen, of 2% van de verblijven). De aanrekening van andere nomenclatuurcodes vertegenwoordigt 7% van de verblijven (fig. 1).



Figuur 1: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens aangerekende nomenclatuurcode



De andere aangerekende nomenclatuurcodes die ten minste 1% van de verblijven vertegenwoordigen, zijn gedeeltelijk in de onderstaande tabel weergegeven (fig. 2). Laten we herhalen dat dit codes zijn die worden aangerekend voor verblijven die zijn ingedeeld in een APR-DRG 403 en/of waarvan de hoofddiagnose (geverifieerde opname diagnose) ingedeeld is in categorie E66 (Overweight and obesity) en die zijn ingedeeld in een chirurgisch APR-DRG. De nomenclatuurcodes in de tabel komen overeen met de duurste verstrekking van het verblijf die door de ziekteverzekering werd vergoed. De verstrekking met rangnummer 241043 "Middenrifs- of hiatushernia langs abdominale weg" werd in 25% van de gevallen aangerekend. De volledige lijst van deze 90 codes is opgenomen in bijlage 8.

Nr.NGV	De omschrijving van de verstrekking	Aantal
241043	Middenrifs- of hiatushernia langs abdominale weg	279
588302	Honorarium voor het pathologisch-anatomisch onderzoek, door inclusie en coupe, van zoveel prelevementen als nodig, ongeacht het aantal coupes en ongeacht het aantal onderzochte organen en met inbegrip van het eventueel macroscopisch onderzoek, voor volgende operatiestukken : - partiële mamsectomie met okselklier uitruiming, - totale mamsectomie met of zonder okselklier uitruiming, - partiële of totale pneumectomie, - partiële of totale slokdarmresectie, - bilaterale lies klierevidement, - lymfeklierevidement van 2 of meerdere groepen halsklieren, - tumorectomie van de mondbodem met of zonder mandibulectomie, - tumorectomie van het verhemelte met of zonder maxillectomie, - totale maxillectomie, - partiële of totale gastrectomie, - dunne darm resectie, - partiële of totale colectomie, - duodenopancreatectomie, - radicale, totale of subtotale hysterectomie, - abdoninoperineale resectie, - partiële of totale laryngectomie, - totale cystectomie, - totale penisamputatie, - totale nefrectomie, - totale prostatectomie (met zaadblaasjes), - hartresectie, - hart long blok, - totale hepatectomie, - totale pelvectomie, - totale vulvectomie, - foetus van 14 tot en met 24 weken	85
473060	Onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal door middel van endoscopie	84
241463	Totale gastrectomie met oesofago-jejunale anastomose of subtotale gastrectomie met herstellen van de transit, door interpositie van een darmsegment	75
200104	Anesthesie verricht tijdens een verstrekking : Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 390 of N 650 of I 750 en hoger dan K 300 of N 500 of I 600	71
243246	Segmentaire resectie van de dunne darm	47
241544	Resectie van de maag of reducerende gastroplastiek zonder onderbreking van de continuïteit	41
202344	Forfaitair honorarium voor het opstarten, de programmering en dagelijkse supervisie en registratie, door een arts-specialist in de anesthesie-reanimatie, van een patiënt-gecontroleerde analgesie-pompPCA (patient controlled analgesia) voor toediening van morphinomimetica en eventueel co-analgetica via intraveneuze weg (PCIA, patientcontrolled intravenous analgesia), postoperatief en/of na polytrauma, inclusief het gebruikte materieel en exclusief de gebruikte farmaca. DePCA-pomp moet toelaten volgende 4 parameters te programmeren : continue snelheid, PCA-dosis, PCA-blokkering en tijdslimiet.	32
241485	Subtotale gastrectomie	30
243644	Exploratieve laparotomie	28
241566	Degastro-gastrectomie	28
243342	Ingreep wegens darmobstructie (exclusief beklemde hernia)	25
241286	Exeresis van uitgebreide vetschort met functionele hinder : Resectie met huidplastiek en transpositie van de navel	20
451441	Radiografie van de oesofagus (minimum vier clichés) en van de maag en duodenum in serie (minimum zes clichés) met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten	19
243283	Entero-anastomose	19

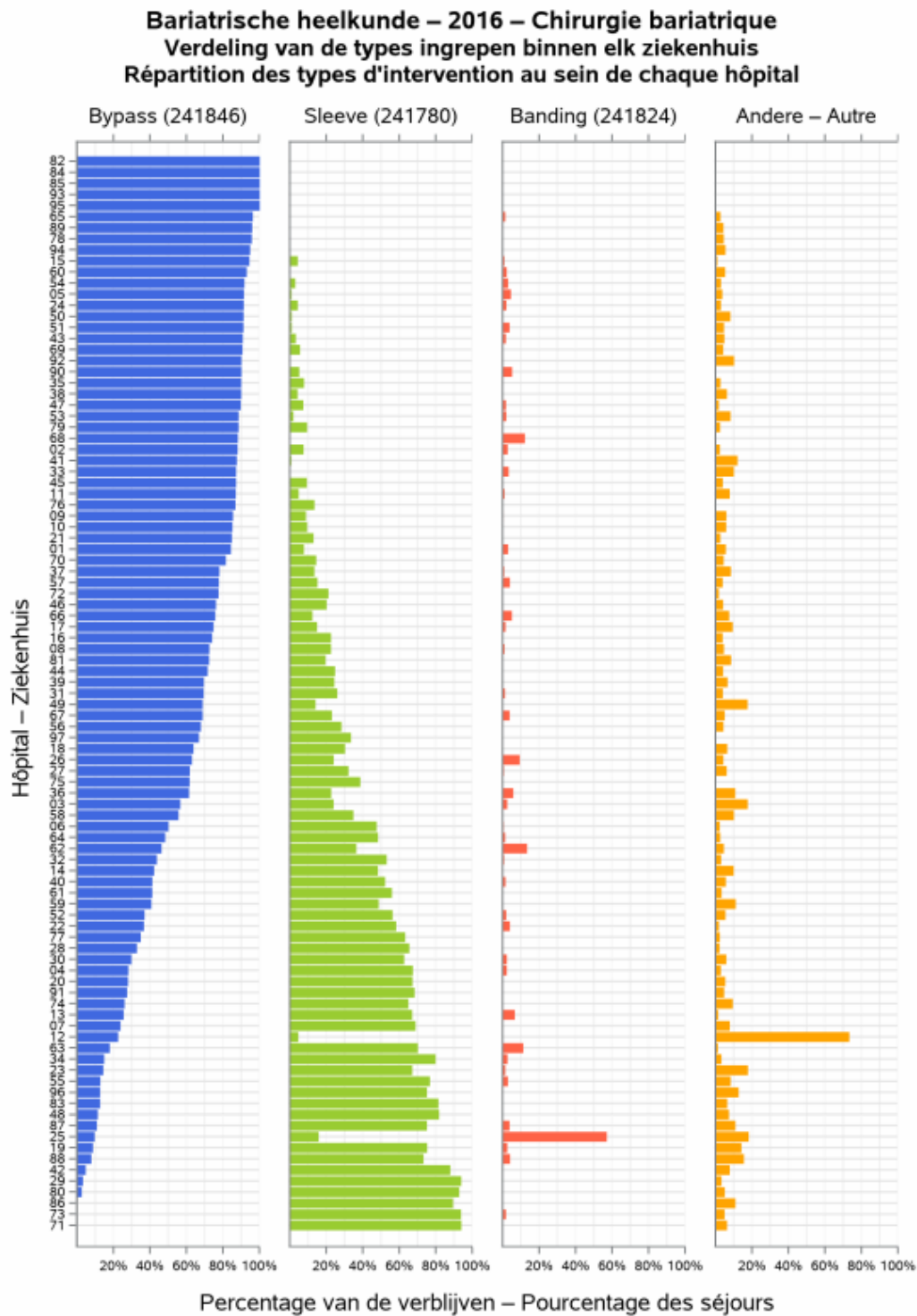


Nr.NGV	De omschrijving van de verstrekking	Aantal
460784	Medische beeldvorming - Radiologie, artikel 17, forfaitair honorarium inzake medische beeldvorming per opname	19
350523	** Laparoscopie, zonder afname voor biopsie, inclusief pneumoperitoneum	15
242465	Cholecystectomie	14
200200	Anesthesie verricht tijdens een verstrekking : Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 240 of N 400 of I 450 en hoger dan K 180 of N 300 of I 350	14
591080	Forfaitair honorarium, betaalbaar per opname in een algemeen ziekenhuis, met uitzondering van de T-diensten of per dag die recht geeft op het maxiforfeit of dagziekenhuisforfeit voor één van onderstaande ingrepen uit de limitatieve lijst, voor zover het laboratorium : a) als medisch-technische dienst is opgenomen in een ziekenhuis of groepering van ziekenhuizen zoals gedefinieerd in hoofdstuk III van het koninklijk besluit van 30 januari 1989; b) als medisch-technische dienst is opgenomen in een ziekenhuis dat beschikt over een volgens hoofdstuk III van het koninklijk besluit van 21 maart 2003 erkend zorgprogramma oncologie; c) erkend is voor alle disciplines van de klinische biologie, eventueel met uitsluiting van de pathologische anatomie; d) 24 uur per dag de continuïteit verzekert in samenwerking met de eenheden voor intensieve verzorging en de wachtdienst van het ziekenhuis; e) in zijn personeelsformatie minstens 4 equivalent voltijdse biologen heeft, van wie minstens 1 geneesheer-specialist of een apotheker of een licentiaat in de wetenschappen die beiden een opleiding van ten minste vijf jaar moeten hebben gevolgd, overeenkomstig de bepalingen van de bijlage bij het ministerieel besluit van 3 september 1984 tot vaststelling van de criteria voor de machtiging en de erkenning van de apothekers die bevoegd zijn om verstrekkingen te verrichten die tot de klinische biologie behoren	14

Figuur 2: Incomplete lijst van andere aangerekende nomenclatuurcodes

De analyse van de gegevens per ziekenhuis (fig. 3) toont dat ziekenhuizen de voorkeur geven aan een bepaalde techniek, voornamelijk de 'gastric bypass' of de 'Sleeve'. Slechts één ziekenhuis gaf de voorkeur aan 'gastric banding' en rekende deze techniek aan bij 60% van de bariatrische verblijven.

De aanrekening van andere nomenclatuurcodes dan de 3 bariatrische ingrepen is kenmerkend voor één ziekenhuis (bijna 70% van de codes die aangerekend zijn onder APR-DRG 403).

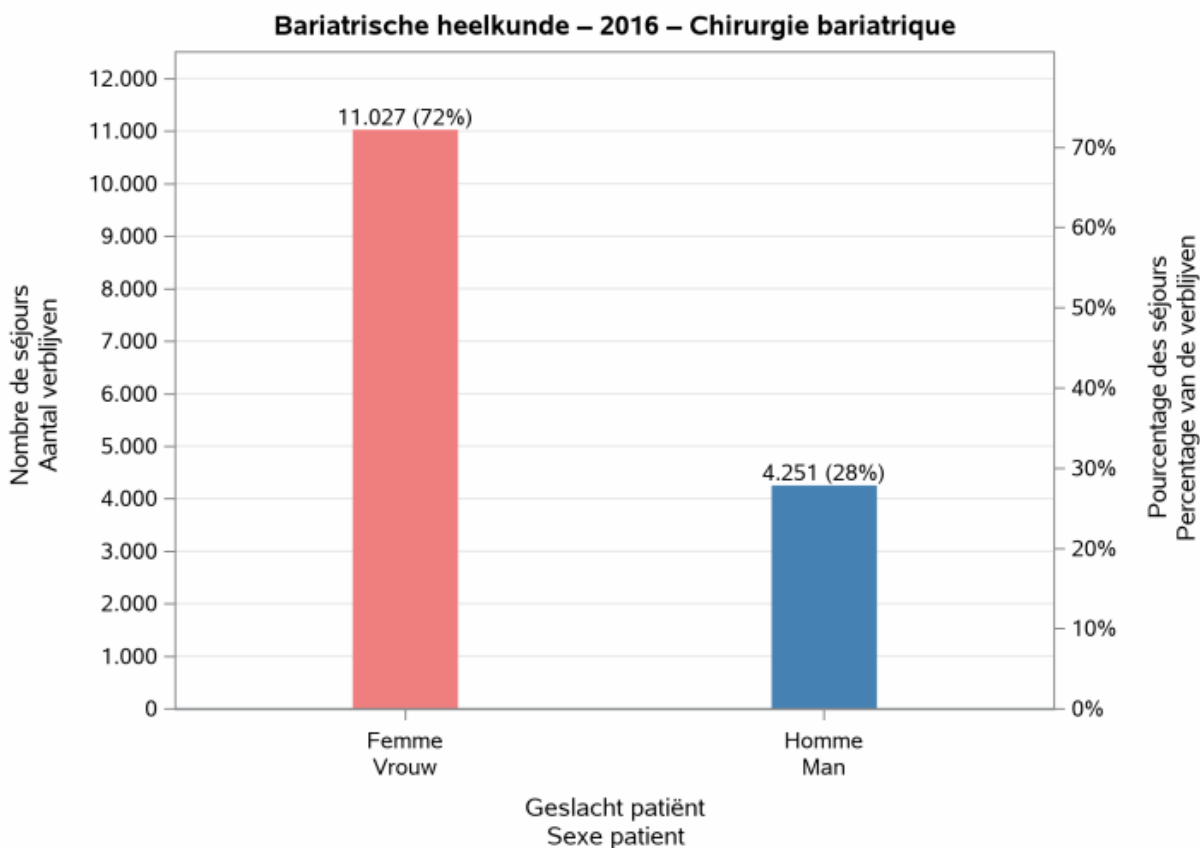


Figuur 3: Verdeling van de aangerekende ingrepen, weergegeven per ziekenhuis



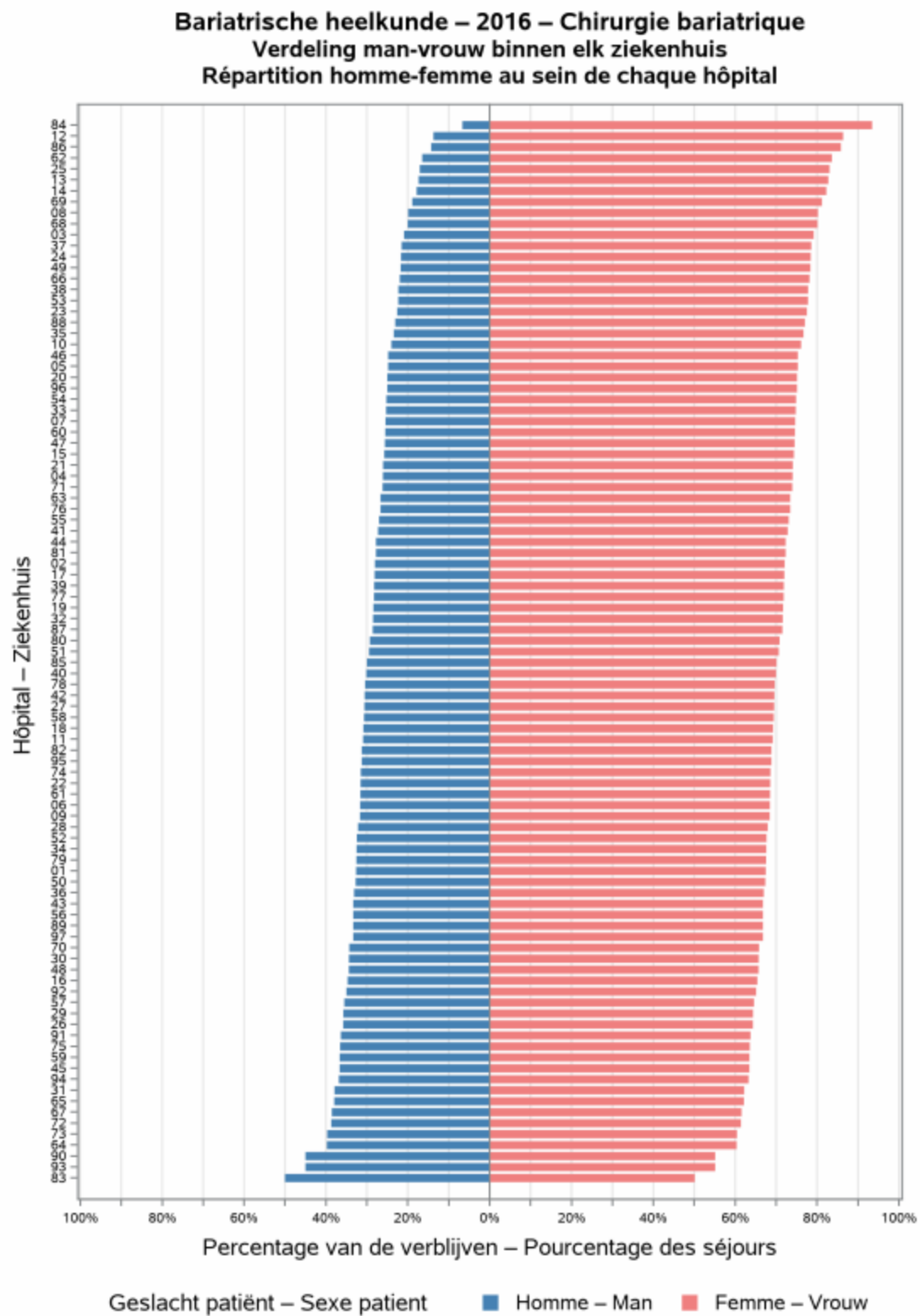
5.1.2 Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht

De analyse van de verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht (fig. 4) toont aan dat meer vrouwen dan mannen een bariatrische ingreep ondergaan, respectievelijk 72% en 28%.



Figuur 4: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht

De resultaten per ziekenhuis, weergegeven in de grafiek (fig. 5), bevestigen deze trend, maar in verschillende verhoudingen. In één ziekenhuis ziet men een gelijke verdeling van de bariatrische ingrepen tussen de twee geslachten. In het andere ziekenhuis zijn er meer vrouwelijke dan mannelijke patiënten. In één ziekenhuis zijn iets meer dan 90% van de patiënten die een bariatrische ingreep ondergaan vrouwen.



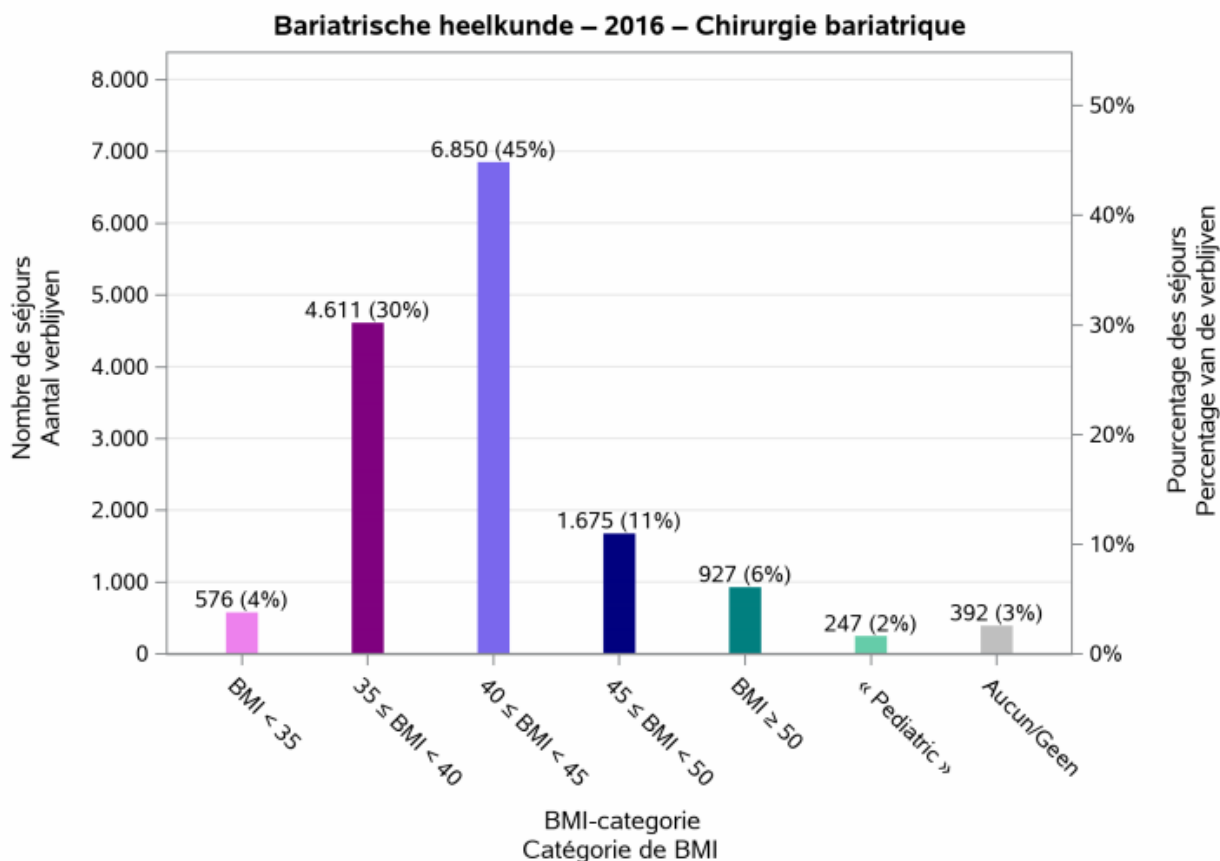
Figuur 5: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht, weergegeven per ziekenhuis



5.1.3 Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven per categorie van gecodeerde Body Mass Index

Het aantal en percentage bariatrische ingrepen per categorie van gecodeerde Body Mass Index (BMI) zijn weergegeven in de onderstaande grafiek (fig. 6). Merk op dat volgens de coderingsregel de "pediatrische" BMI gebruikt wordt voor patiënten van 2 tot 20 jaar. Een bariatrische ingreep is aanrekenbaar vanaf 18 jaar.

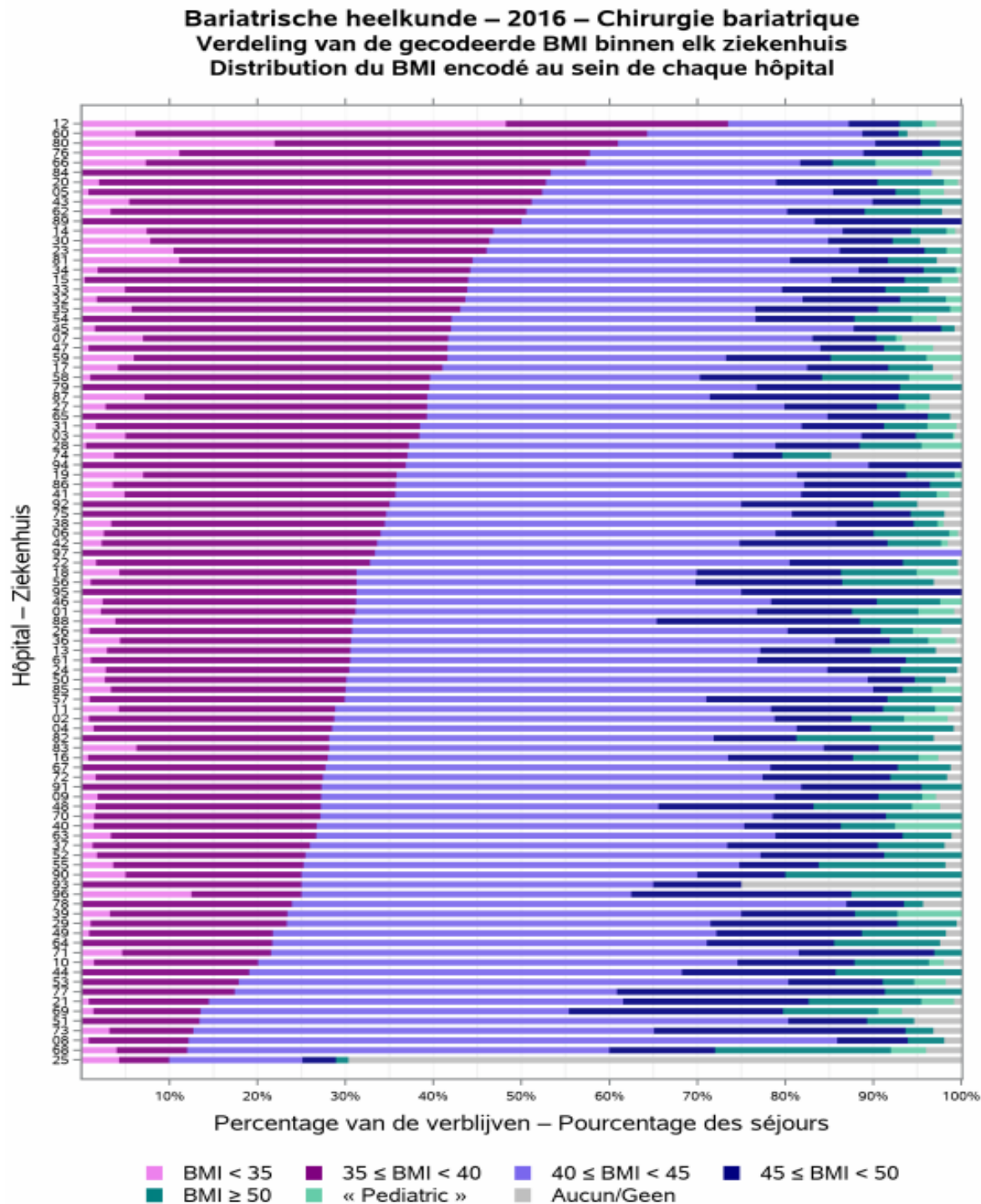
Vijfenzeventig procent van de bariatrische ingrepen wordt uitgevoerd bij patiënten met BMI 40.0-44.9 (6.850 bariatrische verblijven, of 45%) en BMI 35-39,9 (4.611 bariatrische verblijven, of 30%). We merken op dat bij 17% van de patiënten die een bariatrische ingreep hebben ondergaan, een BMI van 45 of meer werd gecodeerd op het moment van het verblijf. Tot slot is de BMI in 3% van de gevallen niet gecodeerd. De 30% verblijven van patiënten met een BMI 35-39,9 veronderstellen de aanwezigheid van een co-morbiditeit (diabetes, hypertensie, slaapapneusyndroom) of dat het een heringreep betreft.



Figuur 6: Aantal en percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven per categorie van gecodeerde BMI

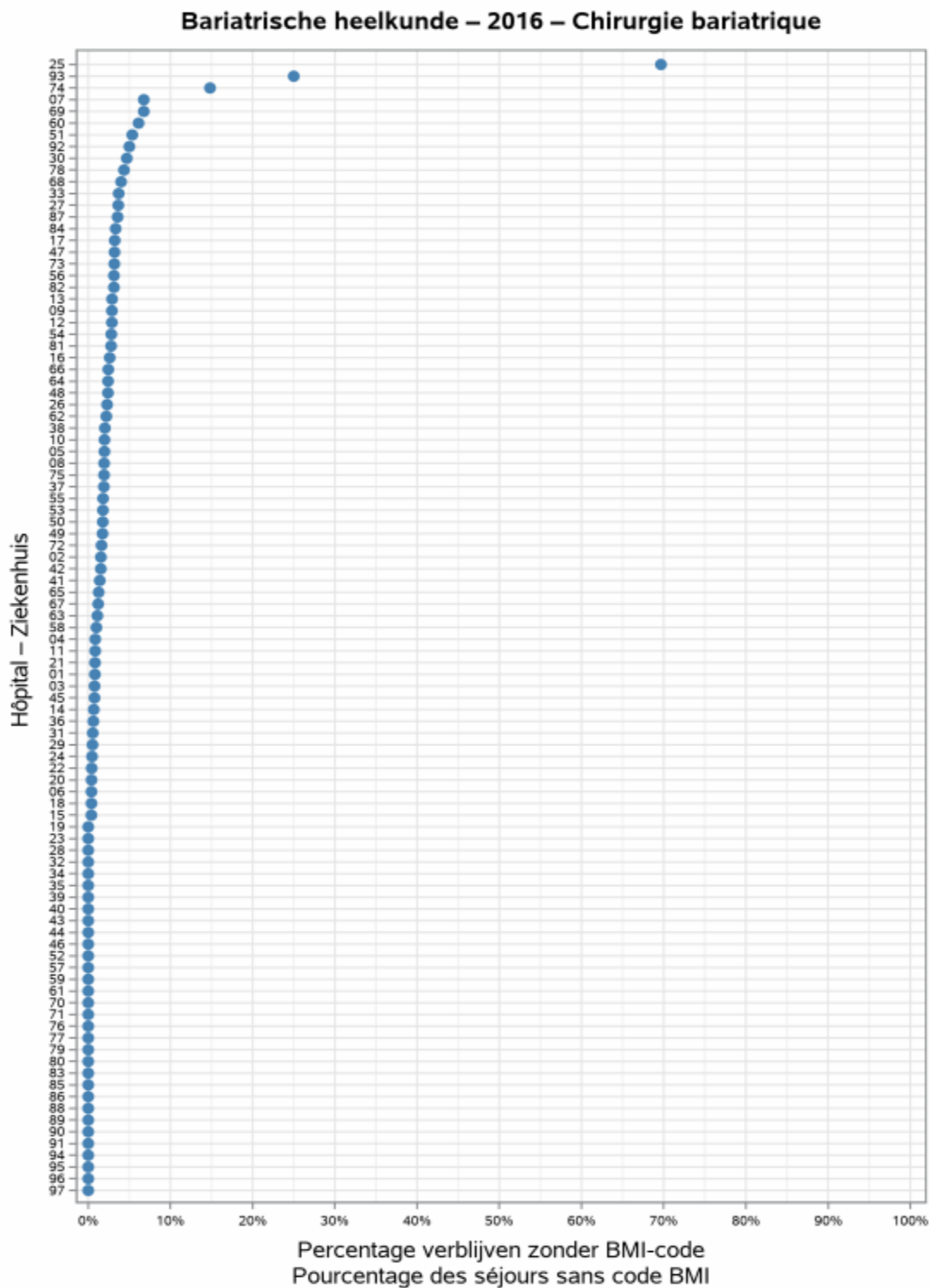


De resultaten die worden weergegeven in figuur 7, namelijk het aantal en het percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven per categorie van gecodeerde BMI, weergegeven per ziekenhuis, tonen dezelfde trend. De categorie BMI 40-44,9 is het meest vertegenwoordigd. De verdeling is echter van ziekenhuis tot ziekenhuis verschillend. Sommige ziekenhuizen hebben een hoog percentage van de verblijven met BMI-categorie 35-39,9. In een ander ziekenhuis werd bij ongeveer 50% van de verblijven een BMI van minder dan 35 gecodeerd.



Figuur 7: Aantal en percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven per categorie van gecodeerde BMI, weergegeven per ziekenhuis

Onderstaande grafiek (fig. 8) toont per ziekenhuis het percentage bariatrische verblijven zonder BMI ICD-10-BE codering. Een ziekenhuis valt op door een afwezigheid van BMI-codering bij bijna 2/3 van de bariatrische verblijven.

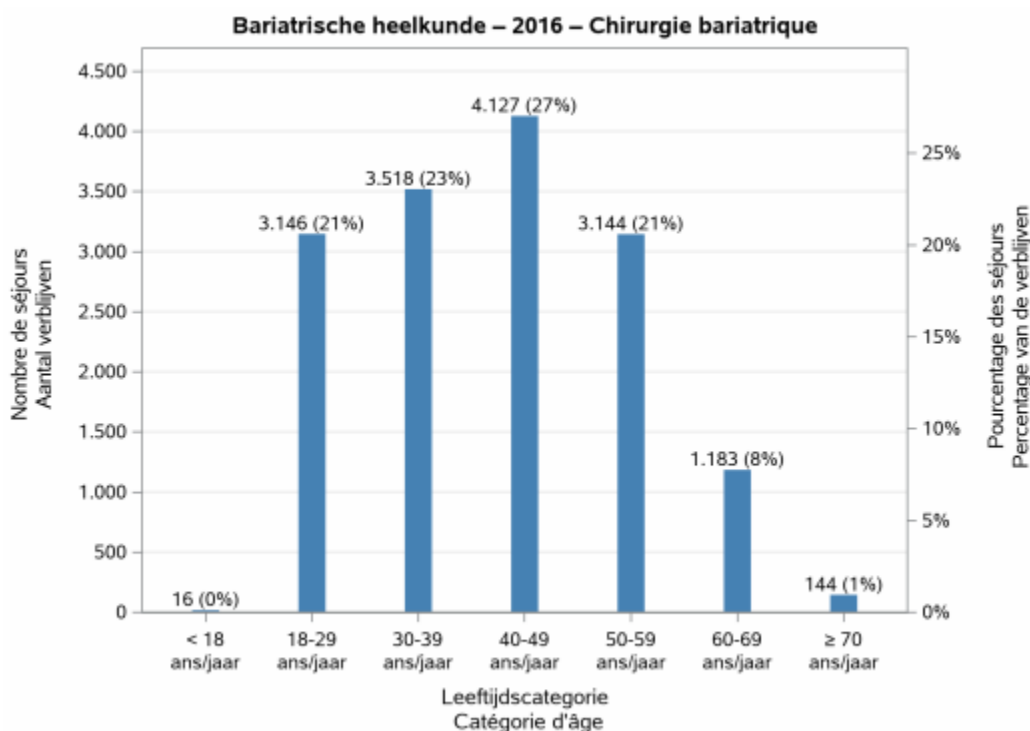


Figuur 8: Percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven zonder ICD-10-BE codering van BMI, weergegeven per ziekenhuis



5.1.4 Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven per leeftijdscategorie

De leeftijdscategorieën 40-49 en 30-39 jaar zijn met respectievelijk 27% en 23% het meeste vertegenwoordigd onder de patiënten die een bariatrische ingreep hebben ondergaan (fig. 9). Eenentwintig procent van hen is tussen de 18 en 29 jaar oud en bijna 9% is ouder dan 60 jaar.

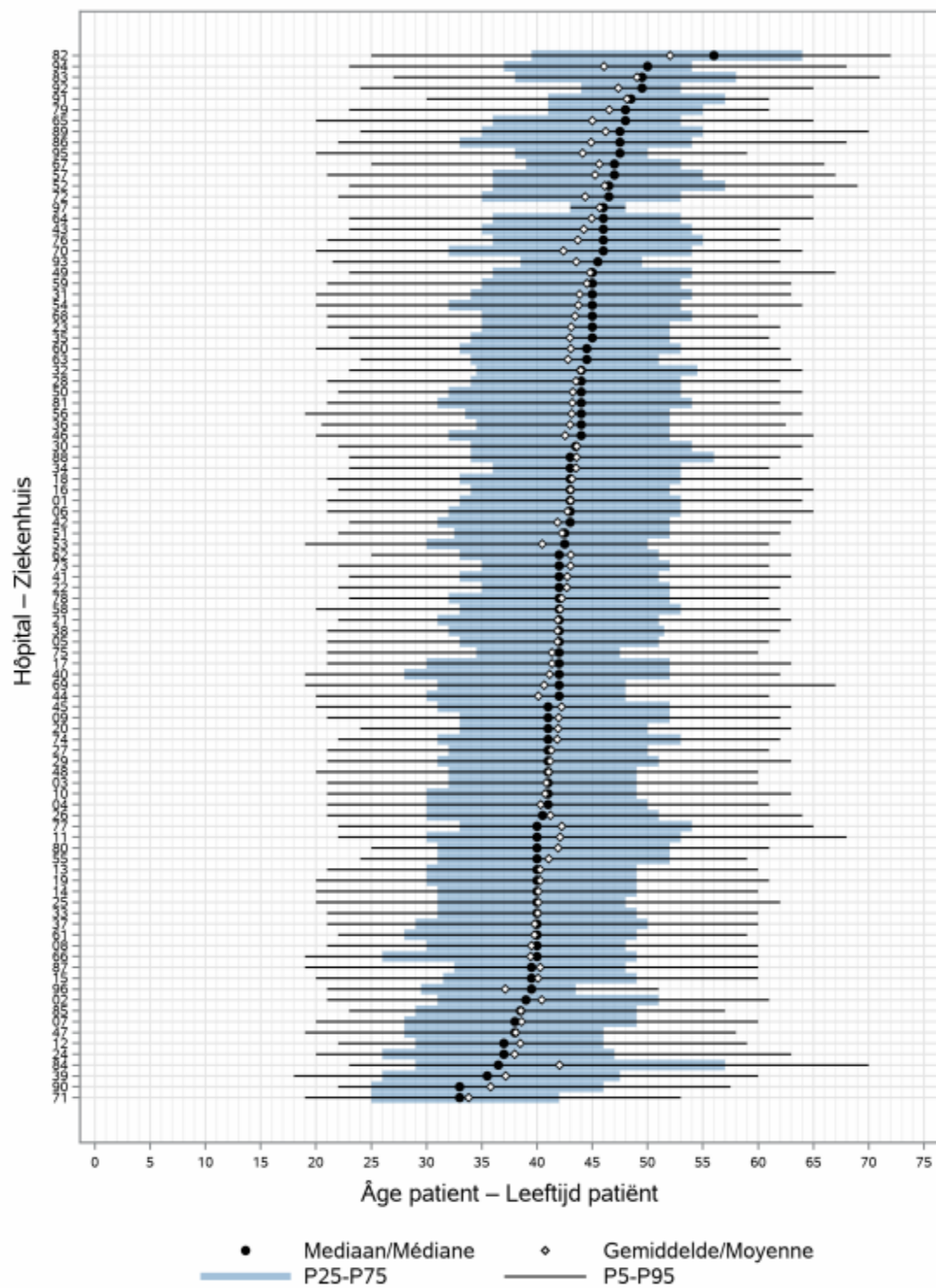


Figuur 9: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven per leeftijdscategorie

De leeftijdsverdeling van patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen voor bariatrische heekunde is vergelijkbaar in alle ziekenhuizen. De mediane leeftijd is in de meeste gevallen tussen 40 en 45 (Fig. 10).



Bariatrische heelkunde – 2016 – Chirurgie bariatrique
Verdeling van de patiëntleeftijden binnen elk ziekenhuis
Distribution des âges des patients au sein de chaque hôpital

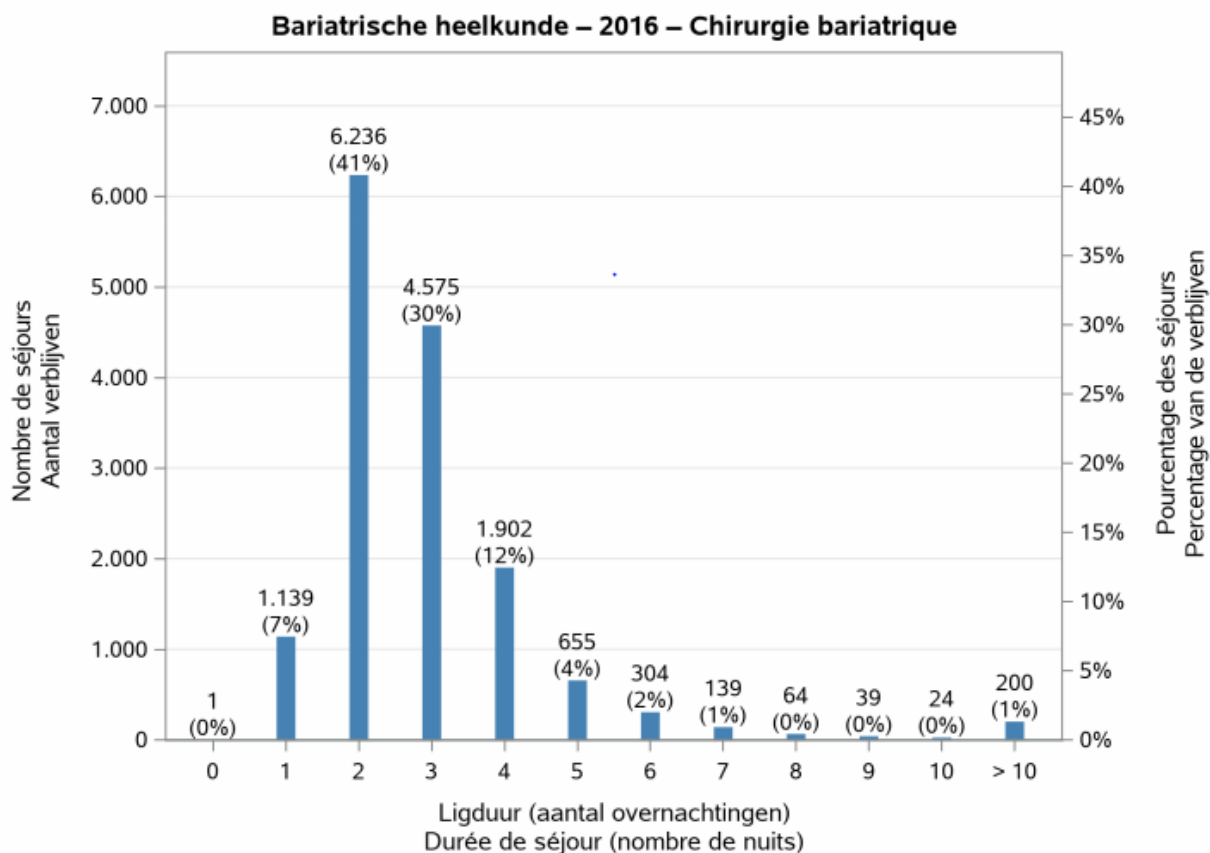


Figuur 10: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens leeftijd, weergegeven per ziekenhuis



5.1.5 Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverbleven volgens de ligduur

De meerderheid van de patiënten die in 2016 voor een bariatrische ingreep werden opgenomen in het ziekenhuis, verbleef er in iets meer dan 70% van de gevallen 2 of 3 nachten. Bij respectievelijk 7,4% en 12,4% van de bariatrische verbleven was de ligduur 1 of 4 nachten. Bij 9,3% van de bariatrische verbleven was de ligduur meer dan 4 nachten (fig. 11).

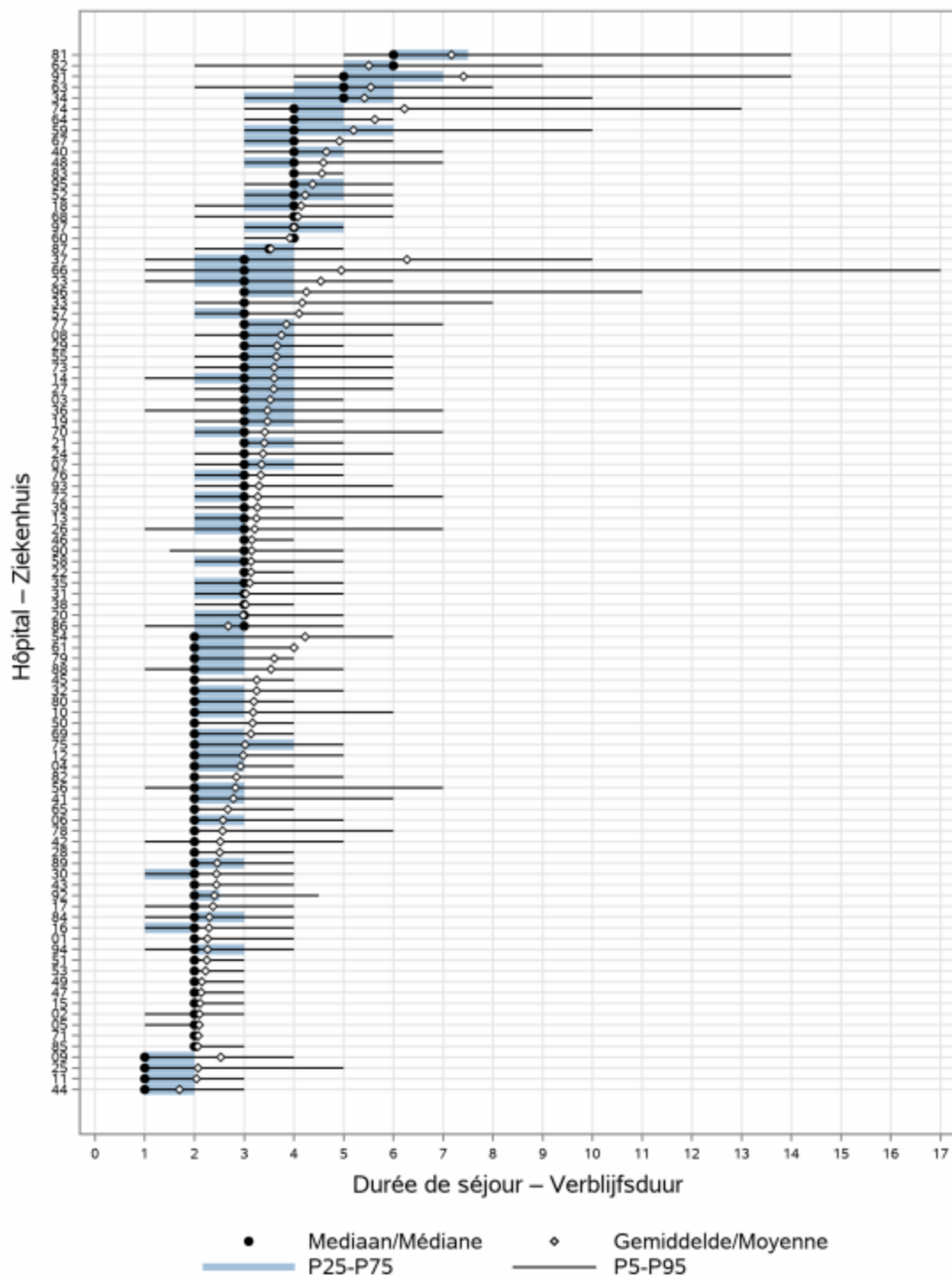


Figuur 11: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverbleven volgens de ligduur

De spreiding van de ligduur per ziekenhuis wordt weergegeven in figuur 12. In de meeste gevallen is de mediane duur van het verblijf 2 of 3 nachten. In vier procent van de ziekenhuizen is de mediane ligduur één nacht en in 5% van de ziekenhuizen is de mediane duur van het bariatrisch verblijf 5 of 6 nachten. Het gemiddelde aantal nachten van een bariatrisch verblijf, berekend per ziekenhuis, is hoger dan de mediaan door verblijven met een langere ligduur.



Bariatrische heekunde – 2016 – Chirurgie bariatrique
Verdeling van de ligduur (aantal nachten) binnen elk ziekenhuis
Distribution des durées de séjour (nombre de nuits) au sein de chaque hôpital



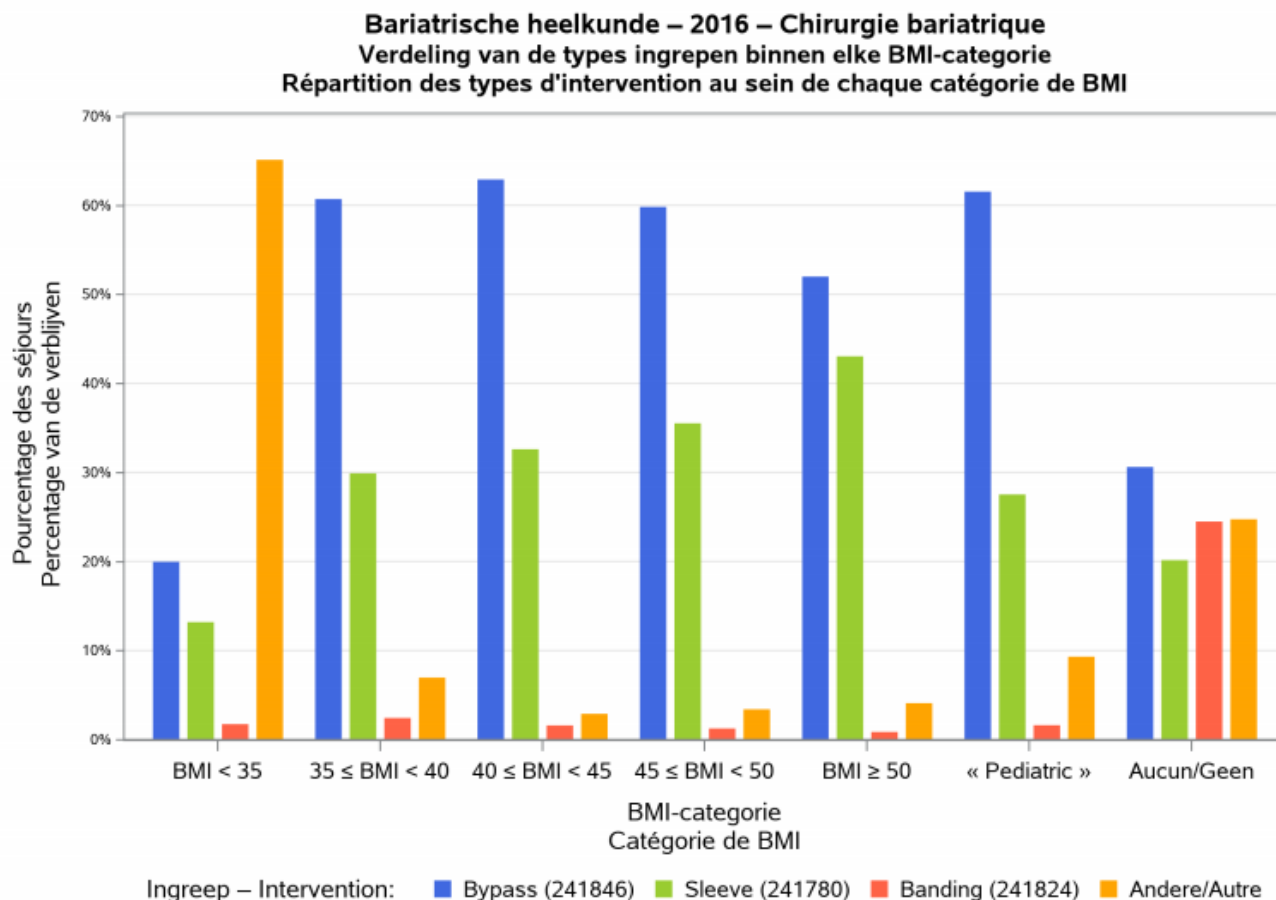
Figuur 12: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens de ligduur, weergegeven per ziekenhuis



5.1.6 Interactie tussen variabelen

5.1.6.1 TYPE INGREEP / GECODEERDE BMI-CATEGORIE

De analyse van de verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het type bariatrische ingreep per gecodeerde BMI-categorie (fig. 13) toont dat de 'gastric bypass' voor alle BMI-categorieën vanaf 35 jaar het meest uitgevoerd wordt. Het aandeel van de 'Sleeve' neemt toe met de BMI. Bij de ziekenhuisverblijven waarbij een BMI onder 35 gecodeerd werd, werd in bijna 65% van de gevallen een ander nomenclatuurcode (geen bariatrische ingreep) aangerekend.



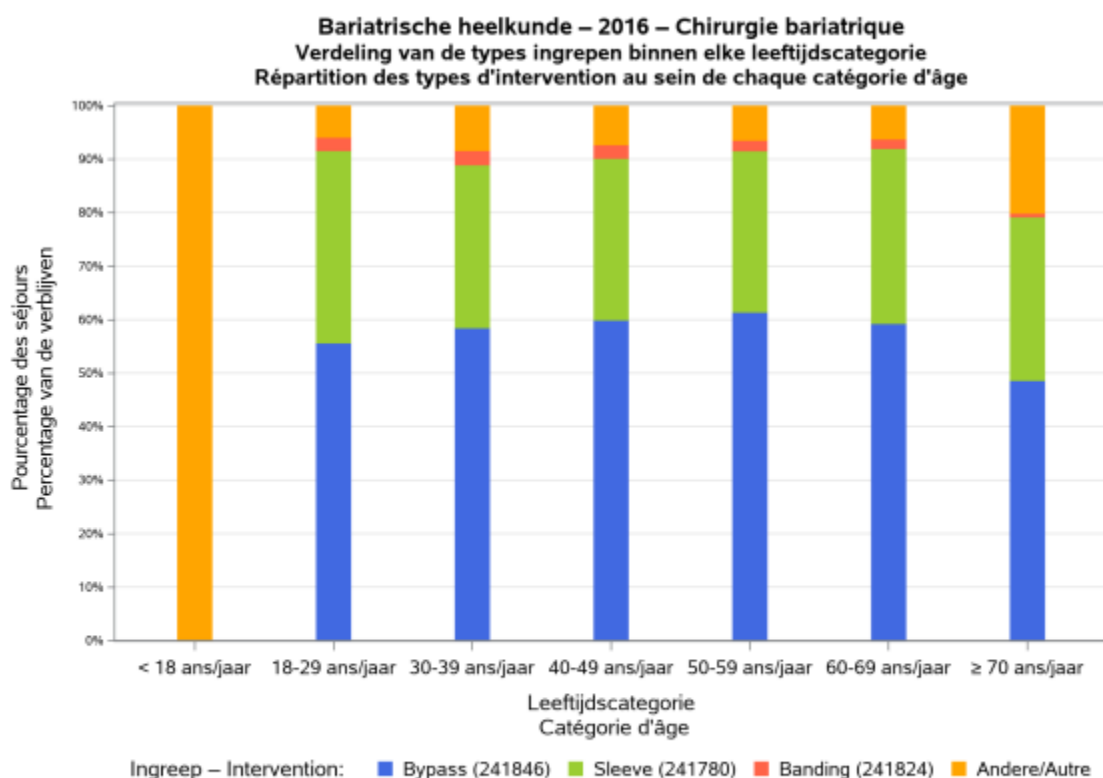
Figuur 13: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het type ingreep, per gecodeerde BMI-categorie



5.1.6.2 TYPE INGREEP / LEEFTIJDSCATEGORIE

De verdeling van de aangerekende nomenclatuurcodes per leeftijdscategorie (fig. 14) varieert relatief weinig voor patiënten tussen 18 en 69 jaar. We merken op dat de 'Sleeve' iets meer wordt uitgevoerd bij patiënten in de leeftijdsgroep tussen 18 en 29 jaar dan bij patiënten in de andere leeftijdsgroepen tussen 18 jaar en 69 jaar.

Voor de leeftijdscategorie onder de 18 jaar (16 verblijven) heeft het ziekenhuis in 100% een andere nomenclatuurcode (geen bariatrische ingreep) aangerekend. In de categorie van 70 jaar en ouder (144 verblijven) zien we ook dat bij 20% van de ziekenhuisverblijven een ander nomenclatuurcode (geen bariatrische ingreep) aangerekend werd.



14:

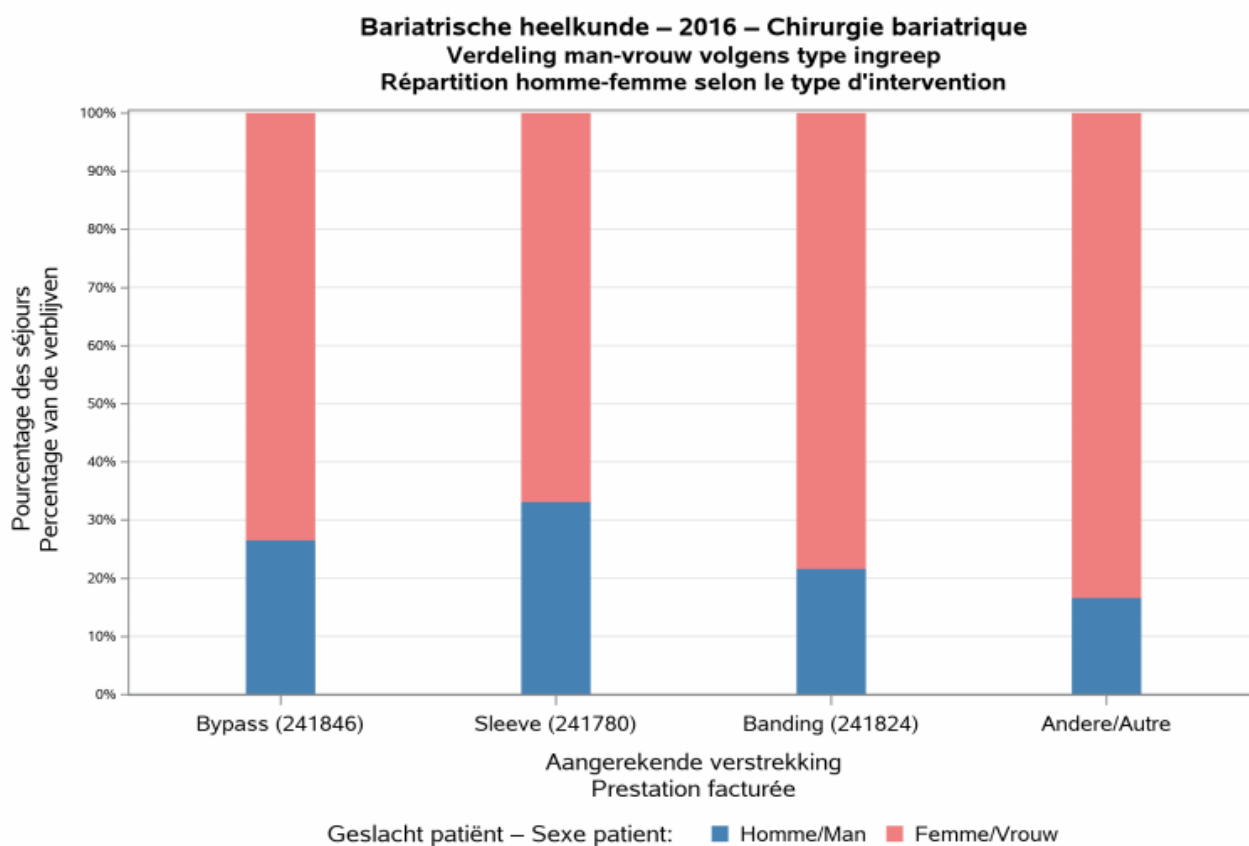
Verdeling van de bar

Figuur 14: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het type ingreep, per leeftijdscategorie



5.1.6.3 GESLACHT/TYPE INGREEP

De verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het geslacht is gelijkmatig voor elk type van bariatrische ingreep (fig. 15). We merken op dat bij mannen het meest gekozen wordt voor de 'Sleeve'.

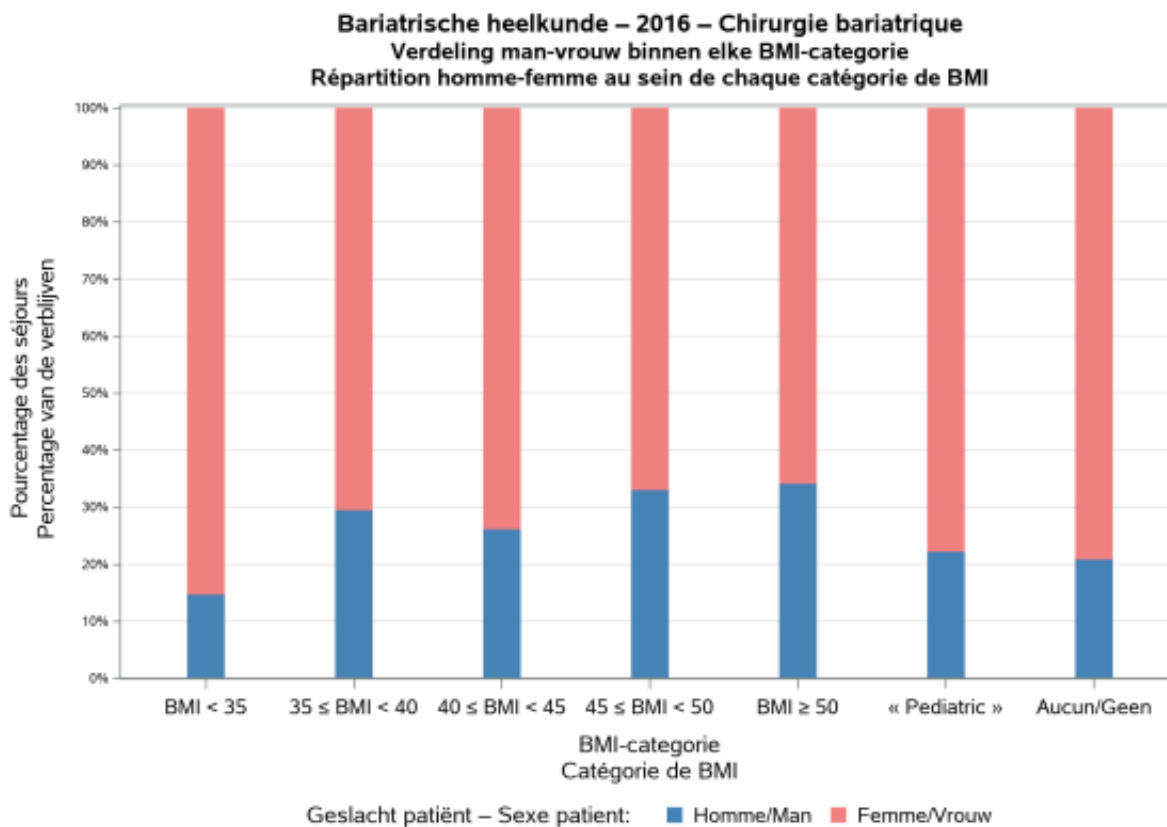


Figuur 15: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het geslacht, per type ingreep



5.1.6.4 GESLACHT/GECODEERDE BMI-CATEGORIE

De verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het geslacht varieert weinig per categorie van gecodeerde BMI (fig. 16). In de categorie met BMI < 35 is het aandeel van vrouwen het grootst in vergelijking met de andere BMI-categorieën.

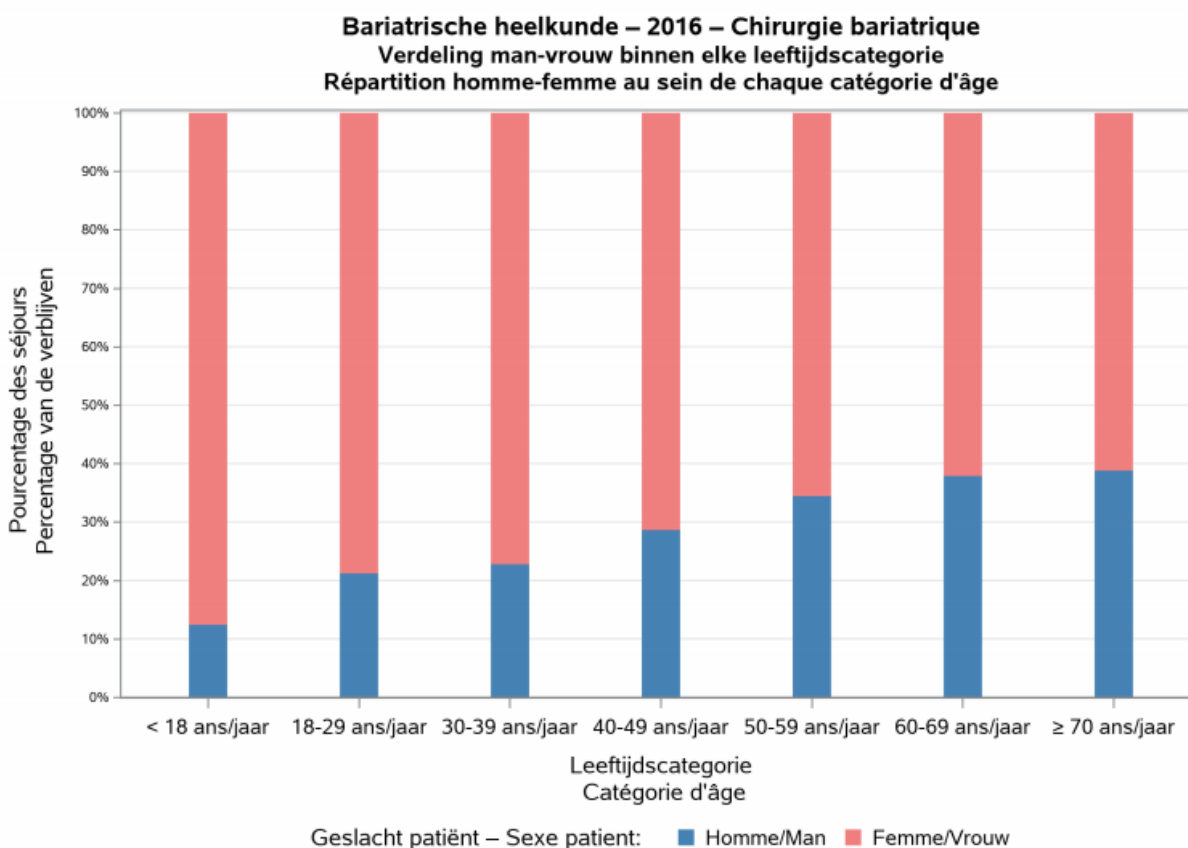


Figuur 16: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het geslacht, per categorie van gecodeerde BMI.



5.1.6.5 GESLACHT/LEEFTIJDSCATEGORIE

Het percentage mannen ten opzichte van vrouwen dat een bariatrische ingreep ondergaat, in een bepaalde leeftijdscategorie, stijgt met de leeftijd. In de leeftijdscategorieën vanaf 60 jaar vertegenwoordigen mannen bijna 40% (Fig. 17).

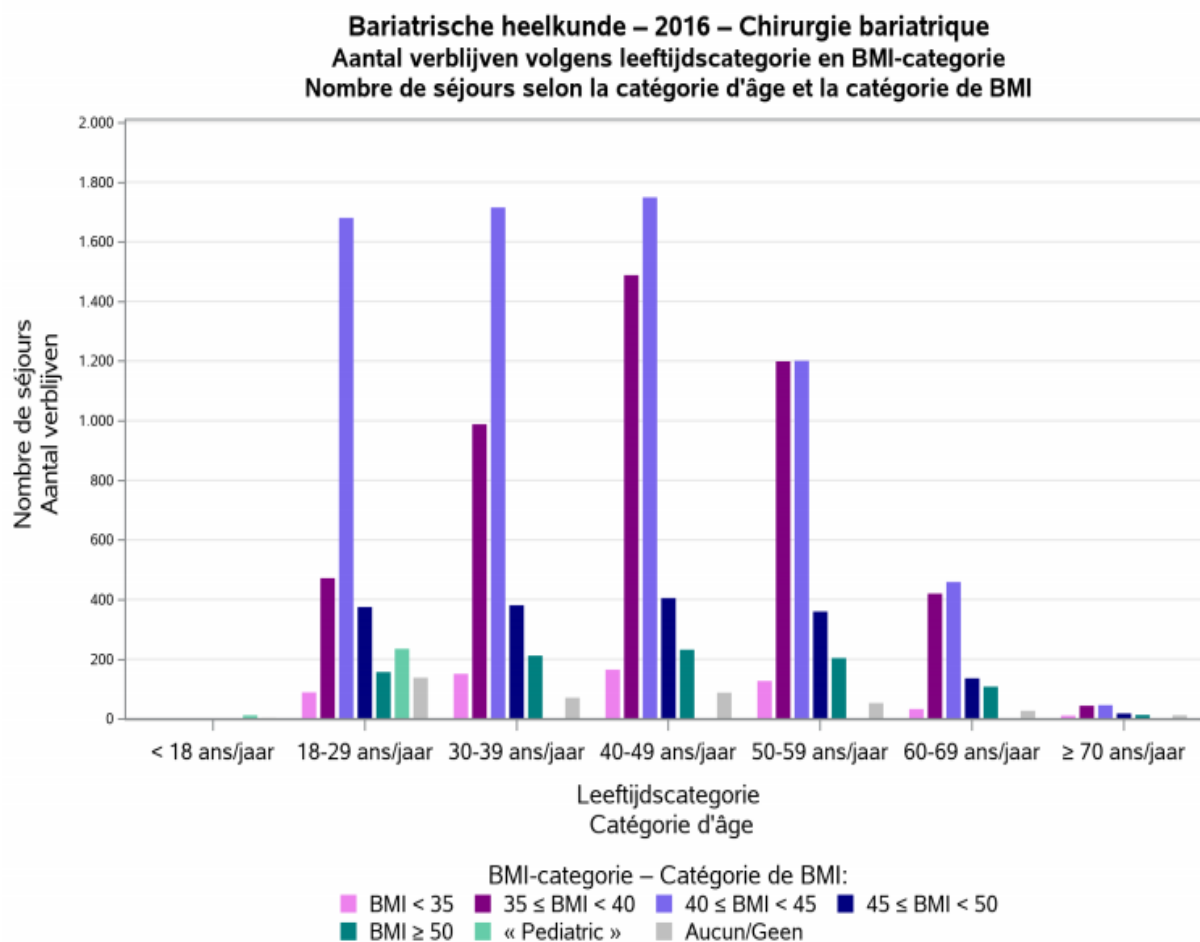


Figuur 17: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht, per leeftijdscategorie



5.1.6.6 AANTAL VERBLIJVEN / LEEFTIJDSCATEGORIE / GECODEERDE BMI-CATEGORIE

We zien dat bij patiënten van 18 tot 49 jaar de BMI-categorie 40-44,9 het meeste voorkomt (fig. 18). Het aantal verblijven in BMI-categorie 35-39,9 stijgt met de leeftijd in de patiëntengroep van 18 tot 49 jaar. Een verklaring hiervoor is het optreden van comorbiditeiten die de ingreep rechtvaardigen. Vanaf de leeftijd van 50 jaar noteren we bijna evenveel verblijven in BMI-categorie 35-39,9 als BMI-categorie 40-44,9.



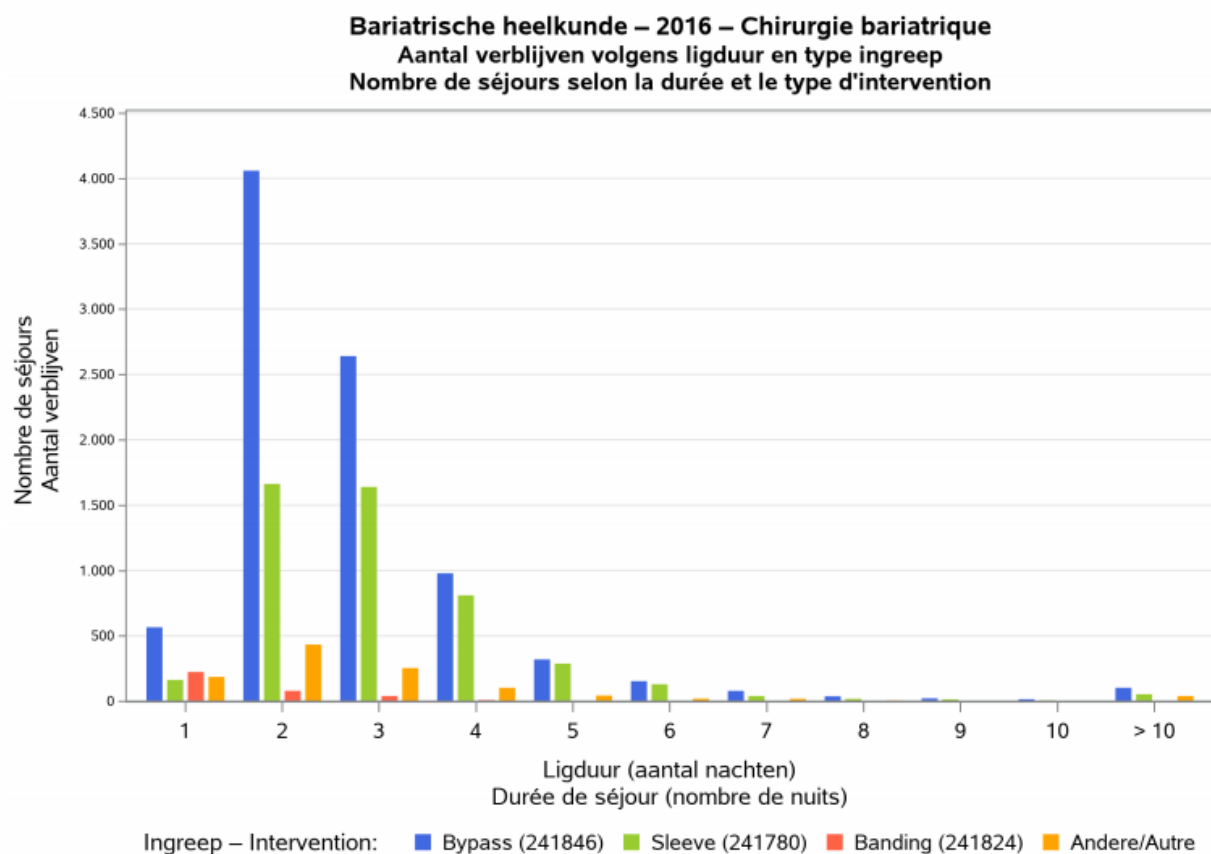
Figuur 18: Aantal bariatrische ziekenhuisverblijven per leeftijdscategorie en per gecodeerde BMI-categorie



5.1.6.7 TYPE INGREEP / LIGDUUR

De meerderheid van de bariatrische ziekenhuisverblijven met 'Sleeve' kennen een ligduur van 2 of 3 nachten (fig. 19). Een ziekenhuisverblijf voor een 'gastric bypass' duurt bij de meeste patiënten 2 nachten. Een aanzienlijk deel van patiënten verblijft voor een 'gastric bypass' 3 nachten in het ziekenhuis. Bij 'gastric banding' duurt het verblijf in de meeste gevallen 1 nacht.

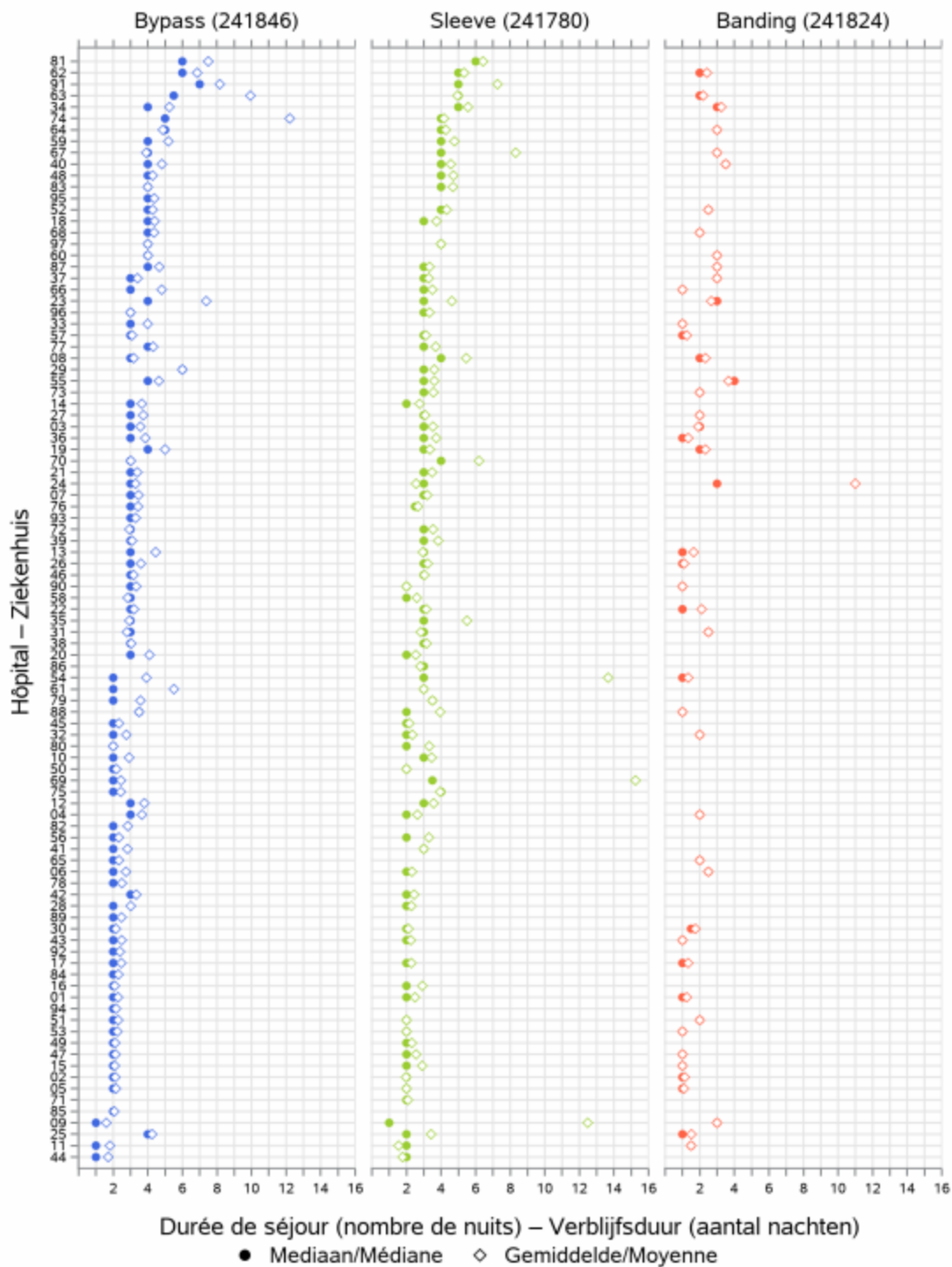
Deze resultaten worden bevestigd door de analyse van de verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens ligduur en type ingreep, weergegeven per ziekenhuis (fig. 20). De beschreven kenmerken met betrekking tot ligduur, afhankelijk van het type ingreep, zijn in de meeste ziekenhuizen de norm.



Figuur 19: Aantal bariatrische ziekenhuisverblijven volgens ligduur en type ingreep



Bariatrische heekunde – 2016 – Chirurgie bariatrique
Ligduur volgens type ingreep, per ziekenhuis
Durée de séjour selon le type d'intervention, par hôpital



Figuur 20: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens ligduur en bariatrische ingreep, weergegeven per ziekenhuis

Bij 17% van de bariatrische ziekenhuisverblijven werd een patiënt-gecontroleerde analgesie-pomp PCA (patient controlled analgesia) aangerekend. Negen ziekenhuizen rekenen bij meer dan 70% van bariatrische verblijven een PCA-pomp aan. In 4 van deze 9 ziekenhuizen rekent men de PCA-pomp aan in meer dan 90% van de gevallen. Vierendertig ziekenhuizen hebben geen PCA-pomp aangerekend bij de geselecteerde verblijven (Fig. 21).





5.2 Specifieke resultaten van de audits ter plaatse

5.2.1 Zorgpad

Deze resultaten verzamelen de informatie van de 19 ter plaatse geaudite ziekenhuizen met betrekking tot het zorgpad bariatrische heekunde. Het aantal ziekenhuizen waarvan een antwoord beschikbaar is, kan variëren per item. Het is afhankelijk van het antwoord dat tijdens de audit werd verkregen. Om de analyse van het zorgpad gemakkelijker te maken, hebben we het zorgpad verdeeld in een preoperatieve, een peroperatieve, een postoperatieve periode in het ziekenhuis, alsook een postoperatieve periode posthospitalisatie.

5.2.1.1 PREOPERATIEVE PERIODE

5.2.1.1.1 DE PATIËNT IS VERWEZEN DOOR :

In 89% van de geaudite ziekenhuizen presenteert de patiënt zich voornamelijk naar aanleiding van mond-tot-mondreclame. In 2 van de 19 geaudite ziekenhuizen wordt de patiënt in de meerderheid van de gevallen door de behandelende arts verwezen. Een klein aantal patiënten wordt door een arts-specialist (endocrinoloog, orthopedist, pneumoloog, cardioloog, enz.) naar de arts-specialist in de heekunde verwezen. Dit aantal verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis.

5.2.1.1.2 EERSTE CONSULTATIE

In de meeste gevallen wordt het eerste consult uitgevoerd door de arts-specialist in de heekunde en in een kleiner aantal gevallen door een niet-medische coördinator of een diëtist / nutritionist.

Eerste consultatie	#ZH	#ZH geantwoord	%
Chirurg	15	19	79 %
Niet-medische coördinator	2	19	10,5 %
Diëtist / Nutritionist	2	19	10,5 %

In sommige ziekenhuizen verwijst het secretariaat of een lid van het coördinatiecentrum, indien aanwezig, de patiënt tijdens het eerste telefonische contact door naar het meest geschikte zorgpad (medisch of chirurgisch).

5.2.1.1.3 PREOPERATIEVE CONSULTATIES

Een preoperatieve consultatie wordt georganiseerd met de volgende zorgverleners:



Preoperatieve consultaties	Frequentie	#ZH	#ZH geantwoord	%
Chirurg	Systematisch	19	19	100 %
Psychiater/klinisch psycholoog	Systematisch	19	19	100 %
Diëtist/Nutritionist	Systematisch	18	19	95 %
Endocrinoloog	Systematisch	11	19	58 %
Cardioloog	Systematisch	3	19	16 %
Pneumoloog	Systematisch	2	19	11 %

Een preoperatieve consultatie bij andere zorgverleners (gynaecoloog, gastro-enteroloog, tandarts, anesthesist, fysiotherapeut, ...) wordt in sommige ziekenhuizen systematisch of soms buiten het ziekenhuis uitgevoerd, afhankelijk van de klinische situatie van de patiënt. Het aantal preoperatieve raadplegingen per zorgverlener varieert van 1 tot 3. In 1 geaudit ziekenhuis worden de preoperatieve raadplegingen en onderzoeken uitgevoerd tijdens een verblijf van 2 dagen (1 nacht) in het ziekenhuis.

5.2.1.1.4 GEGEVENS OVER DE DIEETTHERAPIE IN HET MEDISCH DOSSIER

In de meeste gevallen vinden we in de vorm van een beknopt verslag gegevens in het medisch dossier van de patiënt over een of meerdere pogingen van dieettherapie. Het is echter moeilijk om op basis van die informatie te besluiten dat de therapie minstens gedurende 1 jaar werd volgehouden zonder blijvend succes. In 3 ziekenhuizen hebben we gegevens van een periode van minimum 1 jaar over dieetbehandeling (1 of meerdere diëten), zonder blijvend succes, teruggevonden in het medisch dossier van de patiënt, gedocumenteerd door 1 zorgverlener.

Gegevens over de dieettherapie	#ZH	#ZH geantwoord	%
Gegevens uit de anamnese van de patiënt	16	19	84 %
Dieetbehandeling gedocumenteerd door een zorgverlener (diëtist of arts-nutritionist)	3	19	16 %

Sommige ziekenhuizen adviseren een preoperatief dieet (hyperproteïedieet of andere). De patiënt volgt het dieet tijdens de week voor of de twee weken voor de bariatrische ingreep.

5.2.1.1.5 BIJKOMENDE PREOPERATIEVE ONDERZOEKEN

Onderzoeken	Frequentie	#ZH	#ZH geantwoord	%
Echografie	Systematisch	14	19	74 %
	Volgens de klinische toestand van de patiënt	5	19	26 %
Gastroscopie, H. pylori	Systematisch	17	19	89 %
	Volgens de klinische toestand van de patiënt	2	19	11 %
RX SMD	Systematisch	2	19	11 %
	Volgens de klinische toestand van de patiënt	9	19	47 %
	Nooit	8	19	42 %



Andere bijkomende onderzoeken die systematisch gerealiseerd worden :

- Urinecollectie gedurende 24 uren (5 ziekenhuizen)
- Dexamethasone test (1 ziekenhuis) ;
- Polygrafie (1 ziekenhuis) ;
- Ureum ademtest na gastroscopie (1 ziekenhuis).

Andere aanvullende onderzoeken en hun klinische indicaties:

- Abdominale echografie (5 ziekenhuizen) : in geval van 'gastric bypass', bij vermoeden van leversteatose, bij gebruik van protonpompinhibitoren (PPI's) en andere onderliggende pathologie;
- Radiografie slokdarm-maag-duodenum (9 ziekenhuizen): in geval van een heringreep en bij uitgesproken hiatus hernia;
- Polysomnografie (19 ziekenhuizen): in geval van vermoeden van slaapapnoesyndroom;
- Spirometrie en radiografie van de thorax (2 ziekenhuizen) : volgens leeftijds- en risicoprofiel van de patiënt;
- Orale glucosetolerantietest (OGTT) (1 ziekenhuis) : in geval van diabetes mellitus;
- Slokdarm manometrie (1 ziekenhuis) : in geval van voorgeschiedenis van een 'Sleeve' of een 'Nissen';
- Longfunctieonderzoeken (1 ziekenhuis) ;
- Echografie van het hart (1 ziekenhuis).

5.2.1.1.6 MULTIDISCIPLINAIR BARIATRISCH OVERLEG

Vier van de 19 geaudite ziekenhuizen (21%) organiseren geen multidisciplinair bariatrisch overleg. Van de 15 ziekenhuizen die een multidisciplinair bariatrisch overleg organiseren, zijn er 7 die een gedateerd en ondertekend verslag van het overleg schrijven (37 % van de 19 geaudite ziekenhuizen).

Multidisciplinair bariatrisch overleg	#ZH	#ZH geantwoord	%
Uitgevoerd	15	19	79 %
Uitgevoerd, ondertekend en gedateerd verslag aanwezig	7	15	47 %

5.2.1.1.7 DUUR VAN DE PREOPERATIEVE BEGELEIDING

De duur van de preoperatieve begeleiding, namelijk de duur tussen de eerste consultatie in het ziekenhuis en de bariatrische ingreep, is minder dan 4 maand in 63% van de gevallen, en 4 tot 6 maand in 32% van de gevallen. In 5% van de gevallen is de duur van de preoperatieve begeleiding langer dan 6 maand.



Duur van de preoperatieve begeleiding	#ZH	#ZH geantwoord	%
Minder dan 4 maand	12	19	63 %
Van 4 tot 6 maand	6	19	32 %
Meer dan 6 maand	1	19	5 %

5.2.1.1.8 INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Andere informatiebronnen en hulpmiddelen dan die in onderstaande tabel (websites, video...) staan ter beschikking van de patiënt die een bariatrische ingreep beoogt.

Informatie voor de patiënt	#ZH	#ZH geantwoord	%
Brochures	17	19	89 %
Individuele informatie	19	19	100 %
Informatie in groep	10	19	53 %

5.2.1.2 PEROPERATIEVE PERIODE

In de tabellen hieronder tonen we de belangrijkste indicaties en contra-indicaties van de bariatrische ingrepen. Deze werden spontaan opgesomd door de chirurg die aanwezig was tijdens de audit van zorgpad. De lijst is bijgevolg niet exhaustief.

Voor de meeste ziekenhuizen is de belangrijkste indicatie voor de 'Sleeve' dat de patiënt een "volume-eter" is. In 5 ziekenhuizen is de belangrijkste reden van de keuze voor de 'Sleeve' het verzoek van de patiënt.

De 'Sleeve Nissen' ('Nissen' als aanvulling op de 'Sleeve') wordt in 2 ziekenhuizen aangeboden bij obese patiënten met gastro-oesofageale refluxziekte voor wie er een contra-indicatie bestaat voor de 'gastric bypass'. Bepaalde ziekenhuizen maken gebruik van de 'Magenstrasse & Mill gastroplastie', een techniek die wordt beschouwd als een omkeerbare gastroplastie.

'Sleeve': indicaties	#ZH	#ZH geantwoord	%
De patiënt eet grote hoeveelheden voedsel	11	18	61 %
Op vraag van de patiënt	5	18	28 %

'Sleeve': contra-indicaties	#ZH	#ZH geantwoord	%
Gastro-oesofageale refluxziekte, Barrett-slokdarm, H. pylori	14	18	78 %
Psychologische contra-indicaties	5	18	28 %



'Gastric bypass': indicaties	#ZH	#ZH geantwoord	%
Heringreep	6	18	33 %
Diabetes	6	18	33 %
Gouden standaard	3	18	17 %
Super-obese patiënt, 'knabbelaar/snoeper'	7	18	39 %

Voor 69% van de geaudite ziekenhuizen zijn inflammatoire aandoeningen van de darm (ziekte van Crohn) en/of het risico op malabsorptie contra-indicaties voor de 'gastric bypass'. Een ziekenhuis legt uit de 'mini gastric bypass' (ook genoemd: 'omega loop bypass' of 'one/single anastomosis gastric bypass') niet uit te voeren omwille van het risico op galreflux. Voor 1 ziekenhuis is de ziekte van Crohn geen contra-indicatie voor een 'gastric bypass'.

'Gastric bypass': contra-indicaties	#ZH	#ZH geantwoord	%
inflammatoire aandoeningen van de darm, malabsorptie (onder andere medicamenteus)	11	16	69 %
Psychologische contra-indicaties	5	16	31 %
Voor een niertransplantatie	2	16	13 %

'gastric banding': indicaties	#ZH	#ZH geantwoord	%
Ziekte van Crohn	1	17	6 %
Stollingsprobleem	1	17	6 %
Combinatie met andere technieken	3	17	18 %
Ziekenhuis voert de ingreep niet uit	11	17	65 %

Cholecystectomie: indicaties	'Sleeve'			'Gastric bypass'		
	#ZH	#ZH geantwoord	%	#ZH	#ZH geantwoord	%
Systematisch	1	18	6 %	3	18	17 %
Galstenen asymptomatisch	6	18	33 %	9	18	50 %
Galstenen symptomatisch	5	18	28 %	6	18	33 %

Sommige ziekenhuizen melden de operatieve moeilijkheid van cholecystectomie na een 'gastric bypass'.



5.2.1.3 POSTOPERATIEVE PERIODE IN HET ZIEKENHUIS

5.2.1.3.1 POSTOPERATIEVE ONDERZOEKEN IN HET ZIEKENHUIS

De mogelijke postoperatieve onderzoeken in het ziekenhuis zijn beschreven in de onderstaande tabel.

Postoperatieve onderzoeken in het ziekenhuis	#ZH	#ZH geantwoord	%
Echografie	0	19	0 %
Gastroscoopie	0	19	0 %
RX SMD nooit	9	19	47 %
RX SMD systematisch	7	19	37 %
RX SMD volgens de klinische situatie	3	19	16 %
Bloedonderzoek systematisch	10	14	71 %
Bloedonderzoek in geval van diabetes	1	14	7 %
Bloedonderzoek nooit	3	14	21 %
Test met blauw methyleen (tijdens de operatie)	4	19	21 %

5.2.1.3.2 PREVENTIE VAN DIEPE VENEUZE TROMBOSE

Preventie van diepe veneuze trombose wordt in alle ziekenhuizen voorzien door de subcutane injectie van heparine met laag moleculair gewicht. Anti-trombose kousen wordt gebruikt in 17 ziekenhuizen.

Vier ziekenhuizen maken gebruik van discontinue compressie en in 4 ziekenhuizen worden patiënten begeleid door een kinesist.

5.2.1.3.3 PIJNMANAGEMENT

In de meeste ziekenhuizen zijn gestandaardiseerde schema's voor pijnmanagement of protocollen voor pijnmanagement beschikbaar. Twee ziekenhuizen gebruiken routinematig een PCA-pomp.

PCA-pomp	#ZH	#ZH geantwoord	%
Geen	11	19	58 %
Systematisch	2	19	11 %
Zelden / volgens de klinische situatie	6	19	32 %

Voor sommige ziekenhuizen is een bariatrische ingreep een absolute contra-indicatie voor het gebruik van NSAID's, terwijl bij andere ziekenhuizen NSAID's opgenomen zijn in de pijnschema's.



5.2.1.4 POSTOPERATIEVE PERIODE NA HET ZIEKENHUISVERBLIJF

5.2.1.4.1 AANBEVOLEN POSTOPERATIEVE RAADPLEGINGEN

We merken op dat de patiënt tijdens de ziekenhuisopname mondeling, al of niet met een papieren document ter ondersteuning, informatie krijgt met betrekking tot de postoperatieve begeleiding en de postoperatieve voeding. De informatie wordt verstrekt door de chirurg, de diëtist of de verpleegkundige die de hospitalisatie coördineert.

Een postoperatieve consultatie bij de volgende zorgverleners wordt aangeboden:

Zorgverlener	Frequentie	#ZH	#ZH geantwoord	%
Chirurg	Systematisch	17	18	95 %
Psycholoog/Psychiater	Systematisch	5	18	28 %
	Volgens de klinische situatie / op vraag van de patiënt	13	18	72 %
Diëtiste	Systematisch	16	18	89 %
	Op vraag van de patiënt	2	18	11 %
Endocrinoloog	Systematisch	2	16	13 %
Pneumoloog	Volgens de klinische situatie	6	18	33 %
Cardioloog	Volgens de klinische situatie	6	18	33 %

Het aantal geplande raadplegingen bij de chirurg in het eerste jaar postoperatief varieert van 2 tot 5.

In het tweede jaar postoperatief consulteren de patiënten reeds minder, ondanks de medische aanbevelingen van het bariatrisch team en de planning van de consultaties bij de chirurg. Een van de redenen van het verzuim is financieel.

Een systematische consultatie bij de psycholoog of de psychiater is gepland in 5 ziekenhuizen tijdens het eerste jaar na de operatie.

In het eerste jaar postoperatief worden systematisch consultaties bij de diëtist/nutritionist gepland in 16 ziekenhuizen. De frequentie van de raadplegingen is zeer uiteenlopend (1 consultatie in 4 ziekenhuizen tot 6 consultaties in 3 ziekenhuizen). Twee ziekenhuizen plannen één of twee consultaties in het tweede jaar postoperatief en één ziekenhuis plant een consultatie na het tweede jaar postoperatief.

Op verzoek van de patiënt is de dieetdienst altijd beschikbaar. Aangezien de consultaties niet gratis zijn en weinig worden terugbetaald, vormt het financiële aspect een belangrijke rem voor de opvolging van de voeding.

Twee ziekenhuizen plannen in het eerste jaar postoperatief systematische consultaties bij een endocrinoloog (1 consult in één ziekenhuis en 2 consultaties in het andere ziekenhuis). In 6 ziekenhuizen



wordt een consultatie bij de cardioloog of de pneumoloog gepland, afhankelijk van de klinische situatie van de geopereerde patiënt.

Kinesithérapie wordt aangeboden door verschillende ziekenhuizen, met verschillende frequentie, en wordt ofwel vergoed door de verzekeringsinstelling ofwel betaald door het ziekenhuis zelf.

5.2.1.4.2 DUUR VAN DE POSTOPERATIEVE BEGELEIDING

De meerderheid van de bariatrische teams bevelen een langetermijnopvolging na de operatie aan. De intensiteit van de begeleiding hangt echter af van de patiënt zelf (financiële situatie, transport, persoonlijke keuzes, therapietrouw, enz.). Ondanks de initiatieven van het bariatrisch team om de patiënt langdurig bij te staan en te behandelen (afsprakenplanning, informatie aan de patiënt in groep of individueel....), is medische of paramedische begeleiding twee jaar na de operatie eerder zeldzaam.

In één ziekenhuis betaalt de patiënt vooraf een vaste prijs per stap van het bariatrische zorgpad. Deze prijs omvat de consultaties en de postoperatieve begeleiding.

5.2.1.4.3 SPECIFIEKE INITIATIEVEN

Vijftien ziekenhuizen bieden specifieke initiatieven aan om de begeleiding van patiënten na een bariatrische ingreep te verbeteren. Deze initiatieven worden vergoed door het ziekenhuis.

Bijvoorbeeld:

- Kookclub, discussiegroep, culinaire workshop, after work party ;
- Informatiebrochures, nieuwsbrieven ;
- Voorstel voor een revalidatieprogramma, aquagym, sportactiviteit, opnieuw atleet worden ;
- Informatiecampagne voor patiënten, behandelende artsen ;
- Actieve deelname aan studies (GastricSleeve).

5.2.1.4.4 REGISTER:

Het register is aanwezig in 15 ziekenhuizen. Het werd bevraagd tijdens de analyse van de kenmerken van de 12 bariatrische ziekenhuisverblijven.

Register	#ZH	#ZH geantwoord	%
Aanwezig	15	19	79 %
Afwezig	4	19	21 %



5.2.2 De geaudite bariatrische ziekenhuisverblijven

De resultaten tonen een samenvatting van alle observaties genoteerd tijdens de analyse van de 29 kenmerken (bijlage 2) van de 12 bariatrische ziekenhuisverblijven in de 19 ter plaatse geaudite ziekenhuizen (vertegenwoordigd door een geanonimiseerd nummer).

5.2.2.1 KENMERK 01 TOT EN MET 06: NUMMER VAN HET ZIEKENHUISVERBLIJF, LEEFTIJD VAN DE PATIËNT, GESLACHT VAN DE PATIËNT, DUUR VAN HET VERBLIJF, DIAGNOSIS RELATED GROUP (DRG), SEVERITY OF ILLNESS (SOI)

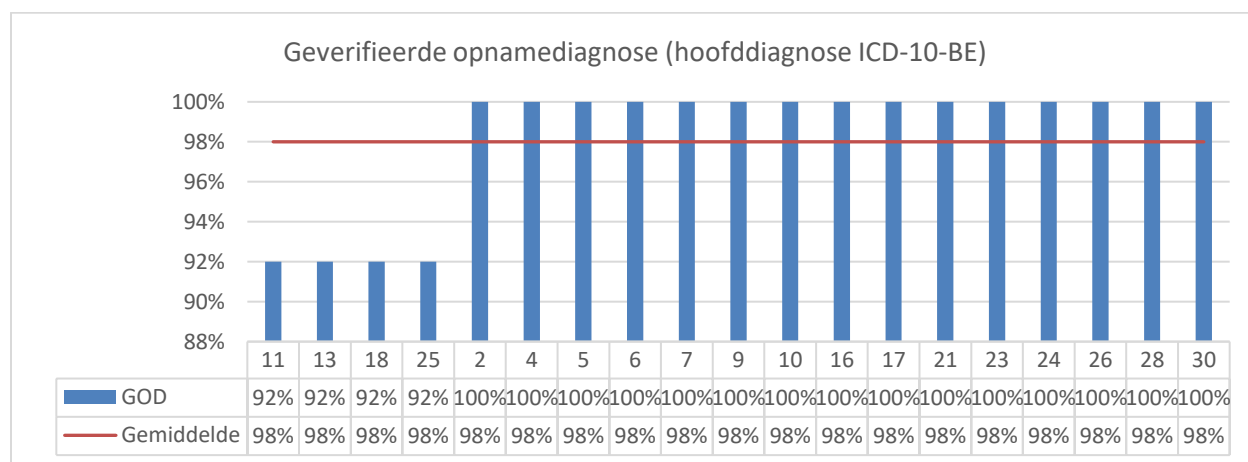
In alle geaudite ziekenhuizen werden de kenmerken 01 tot en met 06 correct geïdentificeerd voor alle geanalyseerde bariatrische verblijven.

5.2.2.2 KENMERK 07: GEVERIFIEERDE OPNAMEDIAGNOSE (GOD) (ICD-10-BE HOOFDDIAGNOSE)

Figuur 22 toont de score (in %) van de 19 geaudite ziekenhuizen voor het kenmerk 'geverifieerde opnamediagnose (GOD)'. Dit is de ICD-10-BE hoofddiagnose.

De hoofddiagnose van geselecteerde bariatrische verblijven is een code voor obesitas ingedeeld in de categorie E66 (overweight and obesity). Een score van 5/5 wordt toegekend wanneer de code correct is. Een score van 0/5 wordt gegeven wanneer dit niet het geval is.

Voor 15 ziekenhuizen is de score 100%. Vier ziekenhuizen scoren met 92% onder het gemiddelde van 98%.



Figuur 22: Kenmerk 07 Geverifieerde opnamediagnose (categorie E66)



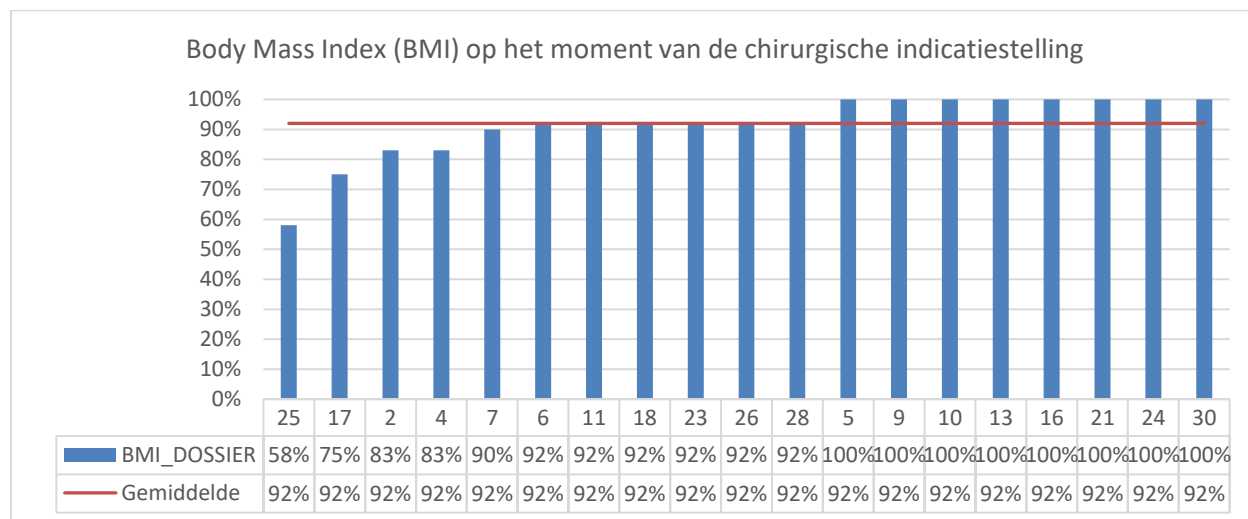
5.2.2.3 KENMERK 08 : BMI (MEDISCH DOSSIER)

Figuur 23 toont de score (in %) van de 19 geaudite ziekenhuizen voor het kenmerk "BMI (medisch dossier)". Het betreft de waarde van de Body Mass Index (BMI) op het moment van de chirurgische indicatiestelling.

De waarde van de BMI is de eerste voorwaarde voor de aanrekenbaarheid van een bariatrische ingreep "ter behandeling van obesitas", zoals gedefinieerd in het artikel 14d van de NGV. De waarde van de BMI is opgenomen in het medisch dossier van de patiënt, namelijk in het verslag van het multidisciplinair bariatrisch overleg met de gezamenlijke indicatiestelling tot chirurgische ingreep.

Een score van 10/10 wordt gegeven wanneer deze BMI voldoet aan de voorwaarden voor aanrekenbaarheid van de bariatrische ingreep, indien niet wordt een score van 0/10 toegekend.

In 8 van de 19 geaudite ziekenhuizen (42%) is voor alle 12 verblijven aan dit criterium voldaan. Deze 8 ziekenhuizen scoren 100%. Zes ziekenhuizen scoren 92% en bij 5 ziekenhuizen ligt de score (58 tot 90%) onder het gemiddelde van 92%.



Figuur 23: kenmerk 08 BMI (medisch dossier)

5.2.2.4 KENMERK 09 : ICD-10-BE CODE BMI

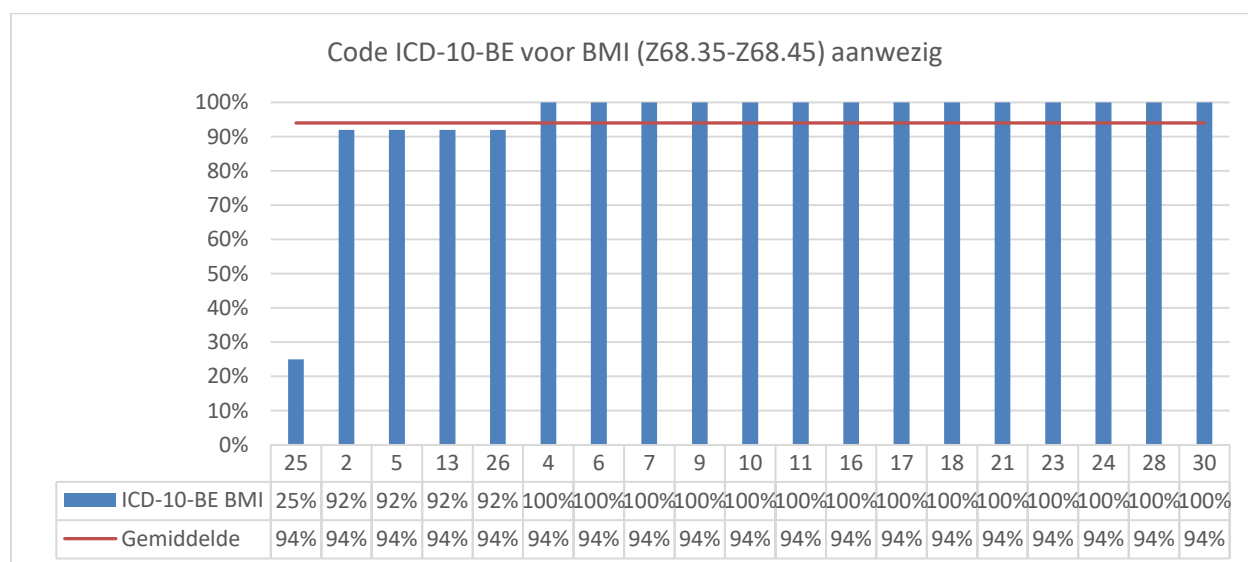
Figuur 24 toont de score (in %) van de 19 geauditeerde ziekenhuizen voor het kenmerk « ICD-10-BE code BMI (Z68.35-Z68.45) ».



Dit kenmerk wordt gebruikt om de correcte toepassing van de ICD-10-BE coderingsrichtlijnen voor de codering van de BMI van de patiënt tijdens het bariatrische ziekenhuisverblijf te auditen, ongeacht de voorwaarden van de NGV.

Een score van 5/5 wordt toegekend als de code aanwezig en correct is. Een score van 0/5 wordt toegekend indien de codering ontbreekt of onjuist is.

Voor 14 geaudite ziekenhuizen is de ICD-10-BE code voor de BMI aanwezig en correct geïdentificeerd voor alle geanalyseerde bariatrische verblijven. Deze 14 ziekenhuizen scoren 100% voor dit kenmerk. Eén ziekenhuis scoort 25%.



Figuur 24: kenmerk 09 ICD-10-BE CODE BMI

5.2.2.5 KENMERK 10 TOT EN MET 17 : DIABETES (MEDISCH DOSSIER), ICD-10-BE CODE DIABETES, HYPERTENSIE (MEDISCH DOSSIER), ICD-10-BE CODE HYPERTENSIE, SLAAPAPNEUSYNDROOM (MEDISCH DOSSIER), ICD-10-BE CODE SLAAPAPNEUSYNDROOM, HERINGREEP (MEDISCH DOSSIER), ICD-10-BE CODE HERINGREEP

De kenmerken 10 tot en met 17 (bijlage 2) werden ter plaatse besproken bij alle geanalyseerde bariatrische verblijven en er werd verslag over uitgebracht. Ze werden echter niet gescoord omdat ze in aanmerking werden genomen bij het punt "BMI (medisch dossier)". Dat het een heringreep betreft of dat de patiënt aan comorbiditeiten lijdt in het geval dat hij/zij met een BMI 35-39,9 een bariatrische ingreep ondergaat, is een van de voorwaarden opdat de verstrekking aanrekenbaar is (artikel 14d van de NGV).



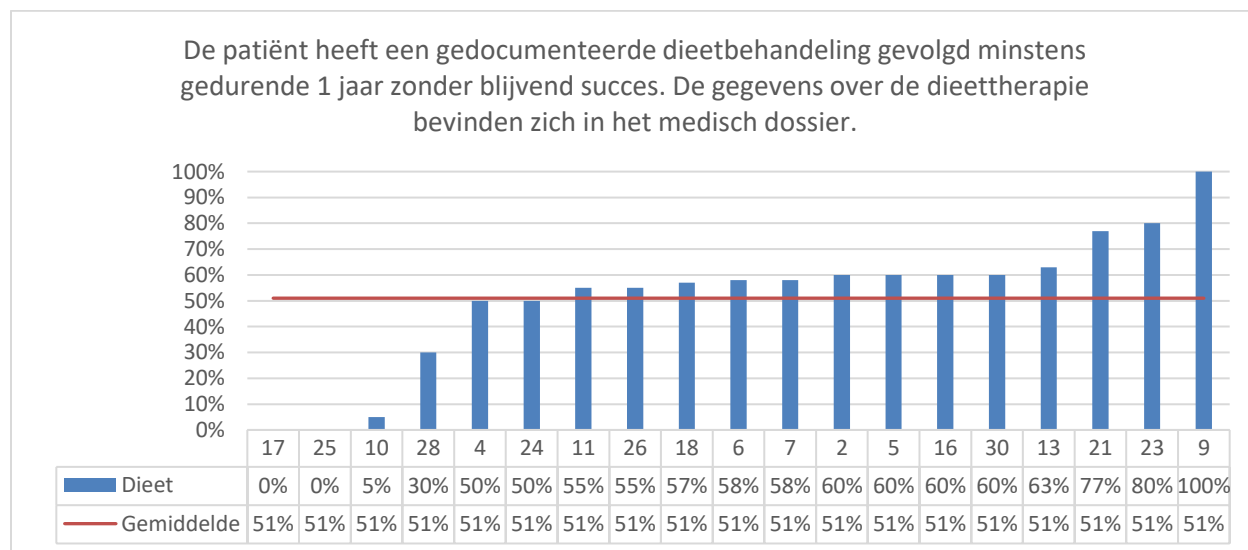
5.2.2.6 KENMERK 18 : GEDOCUMENTEERDE DIEETBEHANDELING

Figuur 25 toont de score (in %) van de 19 geaudite ziekenhuizen voor het kenmerk "gedocumenteerde dieetbehandeling".

Een voorwaarde voor de aanrekenbaarheid van een bariatrische ingreep ter behandeling van obesitas (artikel 14d van de NGV) luidt dat de patiënt minstens gedurende 1 jaar een gedocumenteerde dieetbehandeling heeft gevolgd zonder blijvend succes. De gegevens over de dieettherapie bevinden zich in het medisch dossier.

Wanneer de dieettherapie gedocumenteerd is in het medisch dossier van de patiënt (bijvoorbeeld met de verklaring van een nutritionist/diëtist of een behandelend arts), wordt het kenmerk van dit verblijf met 5/5 gewaardeerd. Indien de informatie van één of meer diëten in het dossier (patiëntenverklaring) aanwezig is, maar er een onnauwkeurigheid bestaat over de totale duur van het dieet, wordt een score van 3/5 toegekend. Als de documentatie van een dieettherapie ontbreekt, wordt een score van 0/5 toegekend.

Eén van de 19 geauditeerde ziekenhuizen scoort 100%. Bij 2 ziekenhuizen is er geen registratie van de dieettherapie waardoor de toegekende score 0% is. Voor 16 ziekenhuizen varieert de score van 5% tot 80%.



Figuur 25: kenmerk 18 Gedocumenteerde dieetbehandeling.



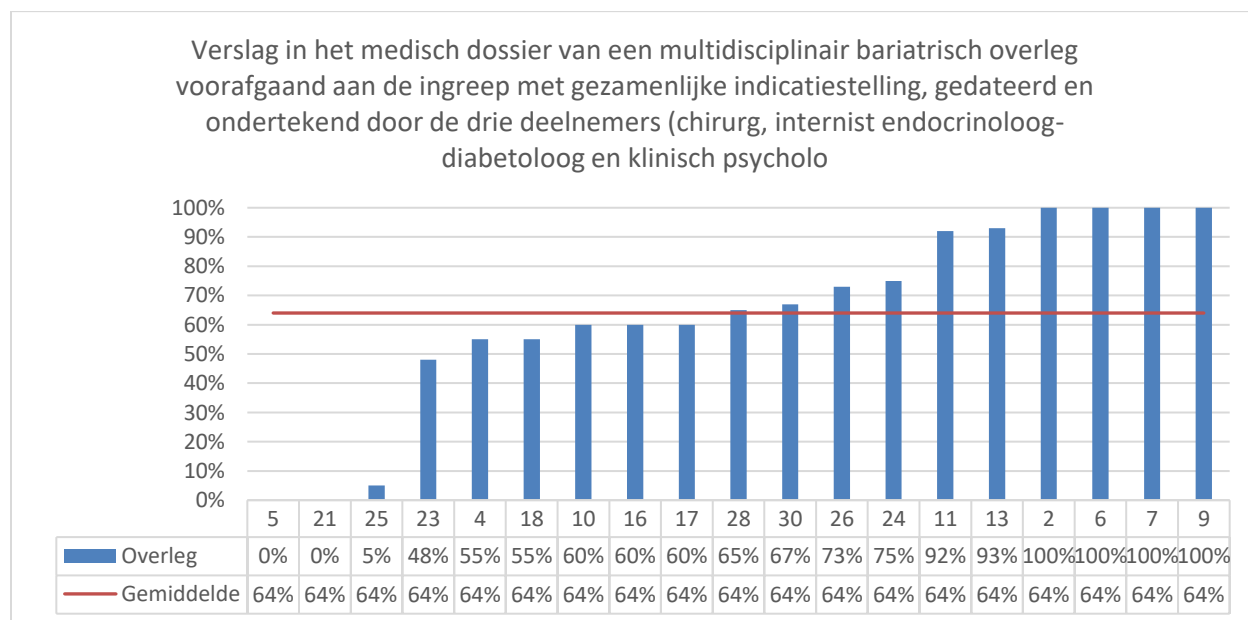
5.2.2.7 KENMERK 19 : MULTIDISCIPLINAIR BARIATRISCH OVERLEG

Figuur 26 toont de score (in %) van de 19 geaudite ziekenhuizen voor het kenmerk "multidisciplinair bariatrisch overleg". Het multidisciplinair bariatrisch overleg inclusief het verslag ervan is de 4e voorwaarde opdat een bariatrische ingreep ter behandeling van obesitas aanrekenbaar is (artikel 14d van de NGV).

Een multidisciplinair bariatrisch overleg waar naast de arts-specialist in de chirurgie tevens tenminste een arts-specialist in de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepstitel in de endocrinologie-diabetologie en een arts-specialist in de psychiatrie of een klinisch psycholoog aan deelnemen, wordt uitgevoerd. Het verslag van dit overleg met de gezamenlijke indicatiestelling tot chirurgische ingreep wordt ondertekend door de drie deelnemers van de vermelde disciplines. Het verslag van het overleg bevindt zich samen met de gegevens over de dieettherapie in het medisch dossier.

Wanneer aan het bovenstaande voldaan is en we een gedateerd en ondertekend verslag terugvinden, wordt voor het verblijf een score van 5/5 toegekend. Als het verslag aanwezig is in het medisch dossier van de patiënt, maar er gegevens ontbreken, wordt een score van 3/5 toegekend. Bij gebrek aan het verslag is de score 0/5.

In 4 ziekenhuizen is een gedateerd en ondertekend verslag beschikbaar voor alle verblijven. Deze ziekenhuizen scoren 100% voor dit kenmerk. In 2 ziekenhuizen is het verslag afwezig waardoor de score 0% is. In 13 ziekenhuizen varieert de score van 5% tot 93%.



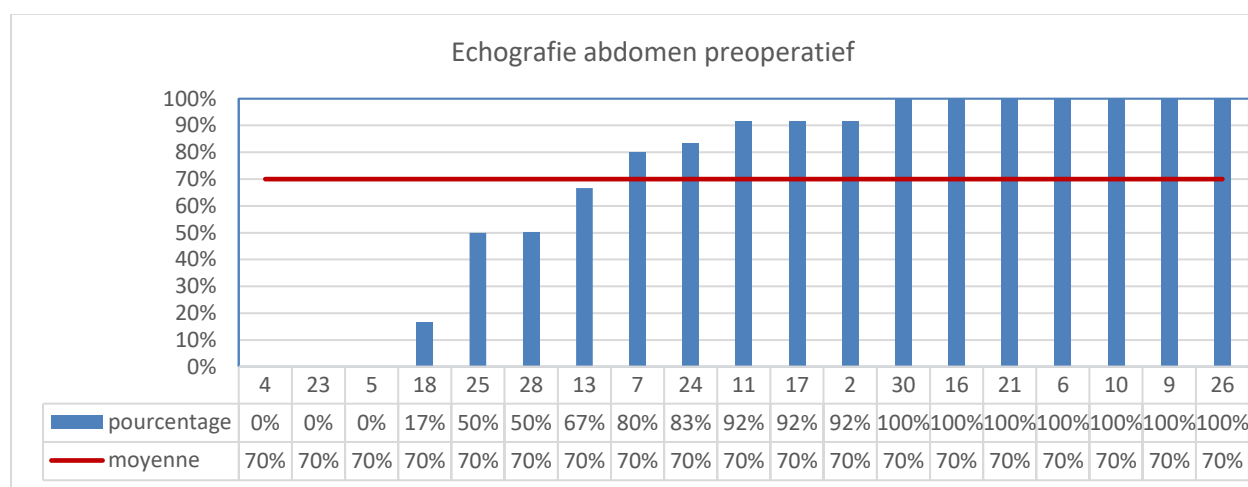
Figuur 26: kenmerk 19 Multidisciplinair bariatrisch overleg.



5.2.2.8 KENMERK 20 : ECHOGRAPHIE VAN HET ABDOMEN

Figuur 27 toont de resultaten van de 19 geaudite ziekenhuizen voor het kenmerk “echografie van het abdomen”. Het auditteam noteerde of er preoperatief een echografie van het abdomen werd uitgevoerd. Het kenmerk wordt niet gescoord.

In 7 ziekenhuizen werd bij alle verblijven een preoperatieve echografie uitgevoerd. In 3 ziekenhuizen werd geen echografie van het abdomen uitgevoerd voor de bariatrische ingreep. Voor de andere 9 ziekenhuizen varieert het percentage van 17% tot 92%.

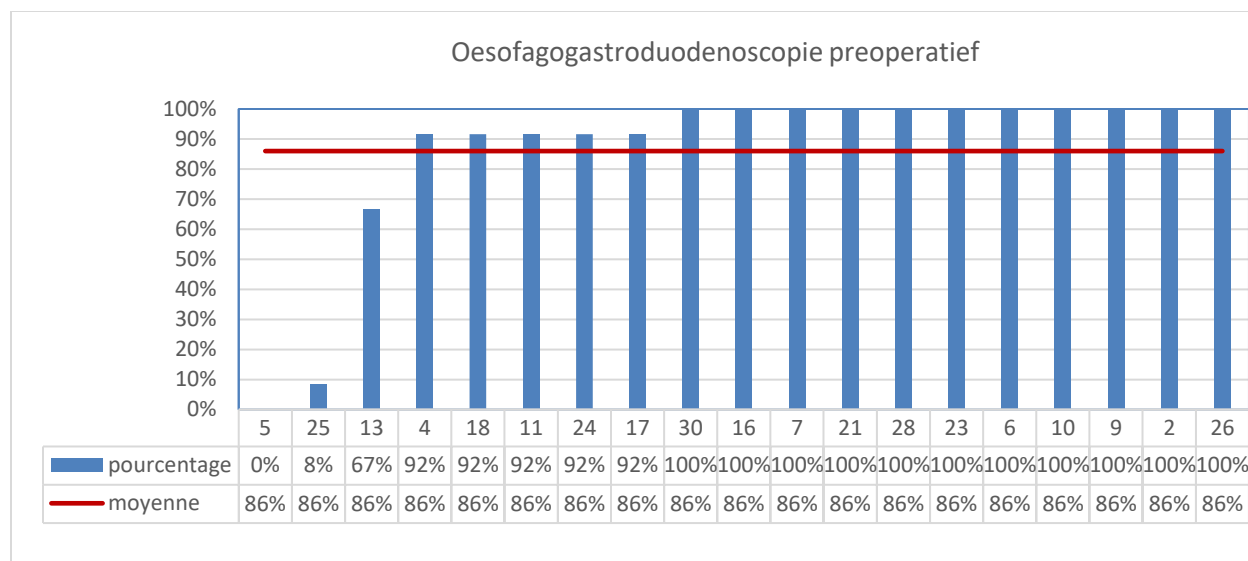


Figuur 27: kenmerk 20 Echografie van het abdomen.

5.2.2.9 ITEM 21 : OESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIE

Figuur 28 toont de resultaten van de 19 geaudite ziekenhuizen voor het kenmerk “oesofagogastroduodenoscopie”. Het auditteam noteerde of er preoperatief een oesofagogastroduodenoscopie werd uitgevoerd. Het kenmerk wordt niet gescoord.

In 11 ziekenhuizen werd voor alle verblijven een preoperatieve endoscopie uitgevoerd. In 1 ziekenhuis werd geen endoscopie uitgevoerd voor de operatie. Voor de andere 7 ziekenhuizen varieert het percentage van 8% tot 92%.



Figuur 28: kenmerk 21 Oesofagogastroduodenoscopie.

5.2.2.10 KENMERK 22 : OPERATIEF PROTOCOL

Dit kenmerk is niet gescoord.

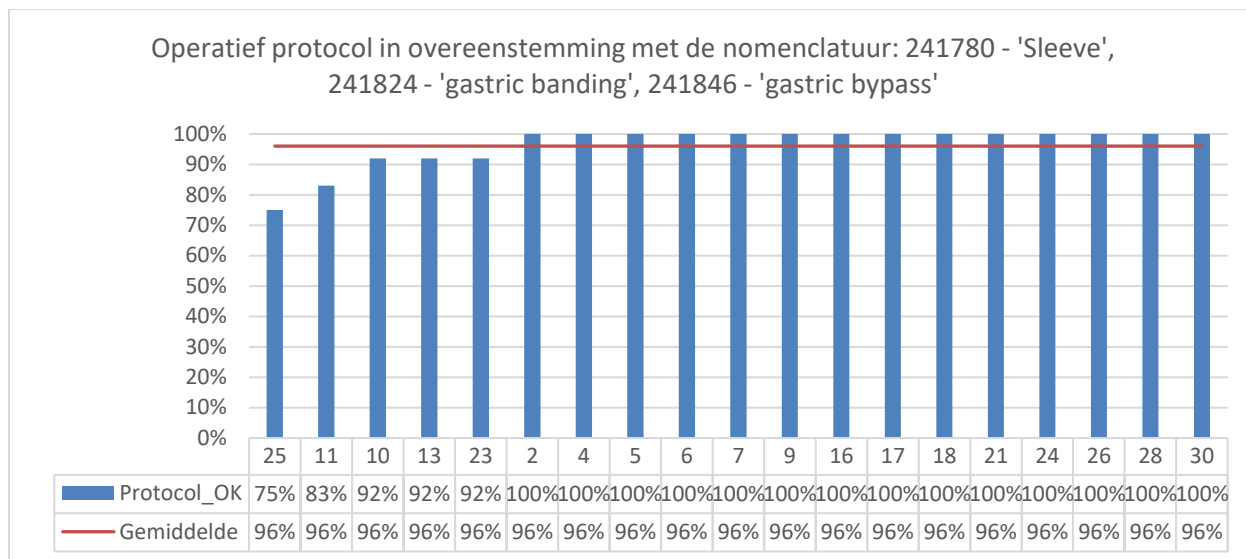
De operatieve protocollen zijn aanwezig voor alle verblijven in 17 van de 19 geaudite ziekenhuizen. Bij 2 ziekenhuizen ontbreekt met betrekking tot één verblijf het operatief protocol in het medisch dossier van de patiënt.

5.2.2.11 KENMERK 23 : OPERATIEF PROTOCOL IN OVEREENSTEMMING MET DE NOMENCLATUUR

Figuur 29 toont de score (in %) van de 19 geauditeerde ziekenhuizen voor het kenmerk “operatief protocol in overeenstemming met de nomenclatuur: 241780-‘Sleeve’, 241824-‘gastric banding’, 241846-‘gastric bypass’”.

Een score van 5/5 wordt toegekend wanneer de gedetailleerde beschrijving van de bariatrische ingreep in het operatief protocol van de chirurg overeenkomt met de door het ziekenhuis aangerekende nomenclatuurcode. Indien niet is de score 0/5.

In 14 ziekenhuizen zijn de operatieve protocollen in overeenstemming met de aangerekende nomenclatuurcode, wat tot een score van 100% leidt voor dit kenmerk. In 5 ziekenhuizen varieert de score tussen 75% en 92%. (zie punt 7.2 "Getarifieerde nomenclatuurcodes en uitgevoerde ingreep").



Figuur 29: kenmerk 23 Operatief protocol in overeenstemming met de nomenclatuur

5.2.2.12 KENMERK 24 : ICD-10-BE PROCEDURE CODE (ICD-10-PCS)

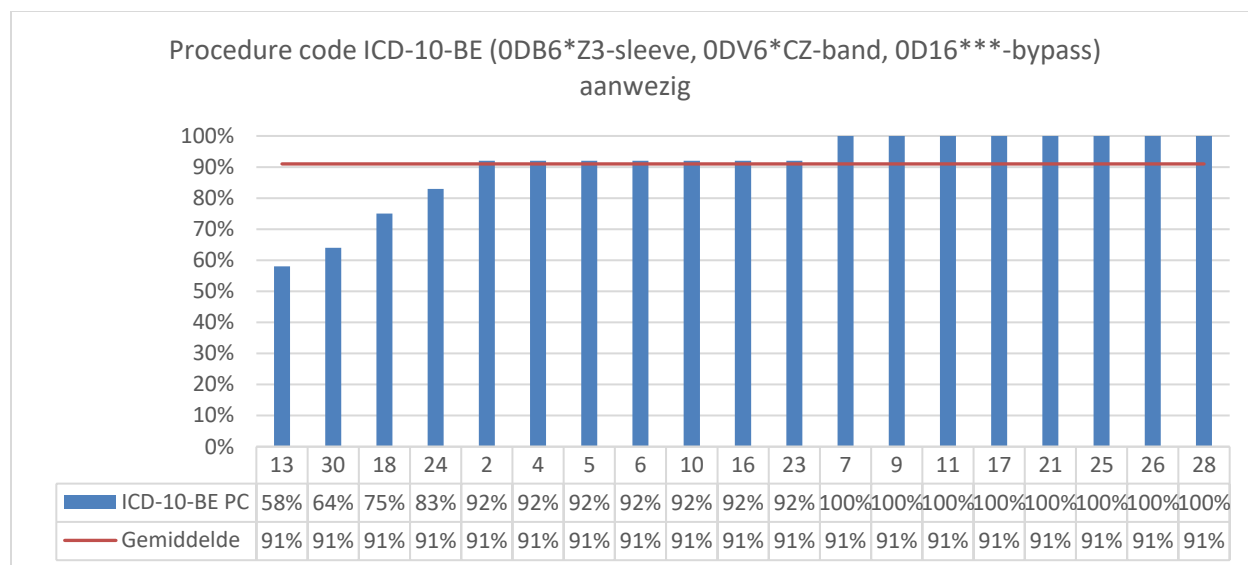
Figuur 30 toont de score (in %) van de 19 geaudite ziekenhuizen voor het item "ICD-10-BE procedure code".

Dit kenmerk wordt gebruikt om de correcte toepassing van de ICD-10-BE coderingsrichtlijnen voor de codering van de bariatrische ingreep (ICD-10-PCS) tijdens het bariatrische ziekenhuisverblijf te auditen.

Een score van 5/5 wordt toegekend als de code aanwezig is en correct is. Een score van 0/5 wordt toegekend indien de codering ontbreekt of onjuist is.

Voor 8 ziekenhuizen is de procedure code van de bariatrische ingreep aanwezig en correct geïdentificeerd voor alle geanalyseerde bariatrische verblijven. Deze 8 ziekenhuizen scoren 100% voor dit kenmerk.

Zeven ziekenhuizen scoren 92%. Vier ziekenhuizen scoren voor dit kenmerk met 58% tot 83% onder het gemiddelde van 91%.



Figuur 30: kenmerk 24 ICD-10-BE procedure code

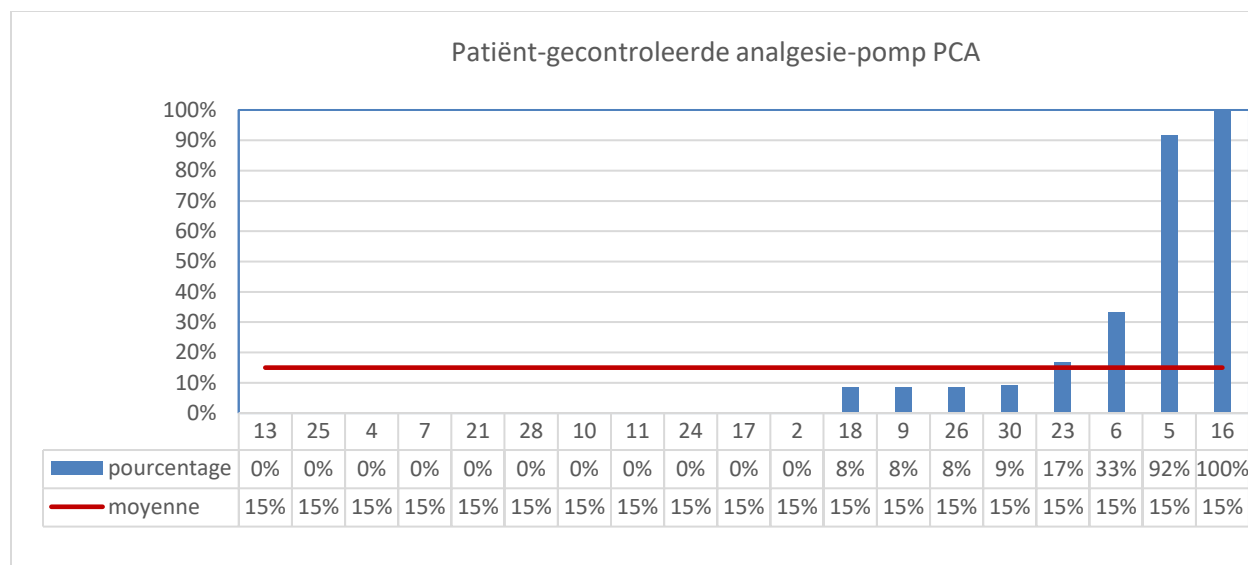
5.2.2.13 KENMERK 25 : COMPLICATIE TE WIJTEN AAN EEN HULPMIDDEL

Bij vier verblijven noteerden we een complicatie na een bariatrische ingreep (hemorragische complicaties, abces en fistel op anastomoseniveau).

5.2.2.14 KENMERK 26 : PCA-POMP

Figuur 31 toont per ziekenhuis het percentage patiënten waarbij het ziekenhuis een PCA-pomp aanrekende tijdens de ter plaatse geaudite bariatrische verblijven. De analyse gebeurt op basis van de nomenclatuurcode 202344 "Forfaitair honorarium voor het opstarten, de programmering en de dagelijkse supervisie en registratie, door een arts-specialist in de anesthesie-reanimatie, van een patiënt-gecontroleerde analgesie-pomp PCA (patient controlled analgesia) voor toediening van morphinomimetica en eventueel co-analgetica via intraveneuze weg (PCIA, patientcontrolled intravenous analgesia), postoperatief en/of na polytrauma, inclusief het gebruikte materieel en exclusief de gebruikte farmaca. De PCA-pomp moet toelaten volgende 4 parameters te programmeren: continue snelheid, PCA-dosis, PCA-blokkering en tijdslimiet".

In 11 van de 19 geaudite ziekenhuizen werd geen PCA-pomp gebruikt. In 2 ziekenhuizen wordt het systematisch of bijna systematisch toegepast. Daarnaast observeerden we dat 2 PCA-pompen onrechtmatig aangerekend werden waardoor ze niet zijn weergegeven in de figuur.



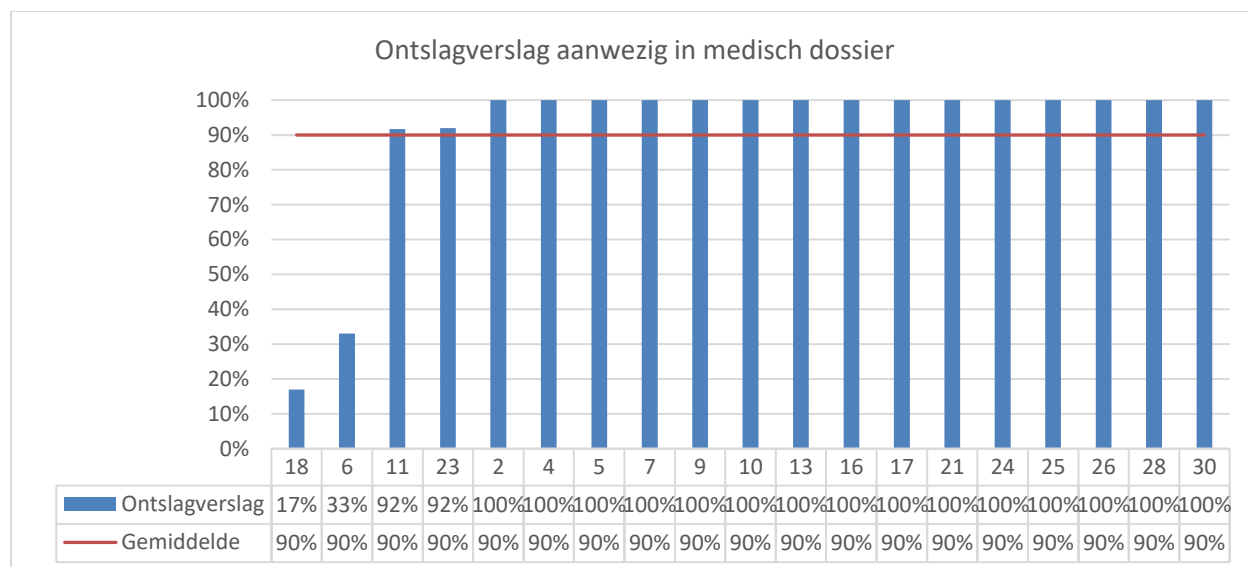
Figuur 31: kenmerk 26 PCA-pomp.

5.2.2.15 KENMERK 27 : ONTSLAGVERSLAG

Figuur 32 toont per ziekenhuis het percentage patiënten waarbij het ontslagverslag beschikbaar was voor de ter plaatse geaudite bariatrische verblijven.

De bepalingen van het ontslagverslag zijn beschreven in het koninklijk besluit van 3 mei 1999, in werking getreden op 30-01-2000, houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waarvan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen. Het ontslagverslag omvat het voorlopig verslag dat de onmiddellijke continuïteit van de zorg waarborgt en het volledig verslag over het ziekenhuisverblijf, ondertekend door de arts die voor de patiënt verantwoordelijk is.

Vijftien ziekenhuizen scoren 100% voor het kenmerk. In 4 ziekenhuizen varieert de score tussen 17% en 92%.



Figuur 32: kenmerk 27 Ontslagverslag.

5.2.2.16 KENMERK 28 : AANBEVELINGEN

Aanbevelingen voor de onmiddellijke continuïteit van de zorg en postoperatieve begeleiding, namelijk alle informatie die het voor elke door de patiënt geconsulteerde arts zal mogelijk maken de continuïteit van de zorg te verzekeren, werden beknopt vermeld in het ontslagverslag.

Bij 5 ziekenhuisopnames waren de aanbevelingen aanwezig terwijl het ontslagverslag afwezig was.

5.2.2.17 KENMERK 29 : REGISTER VAN ALLE BARIATRISCHE INGEPEN

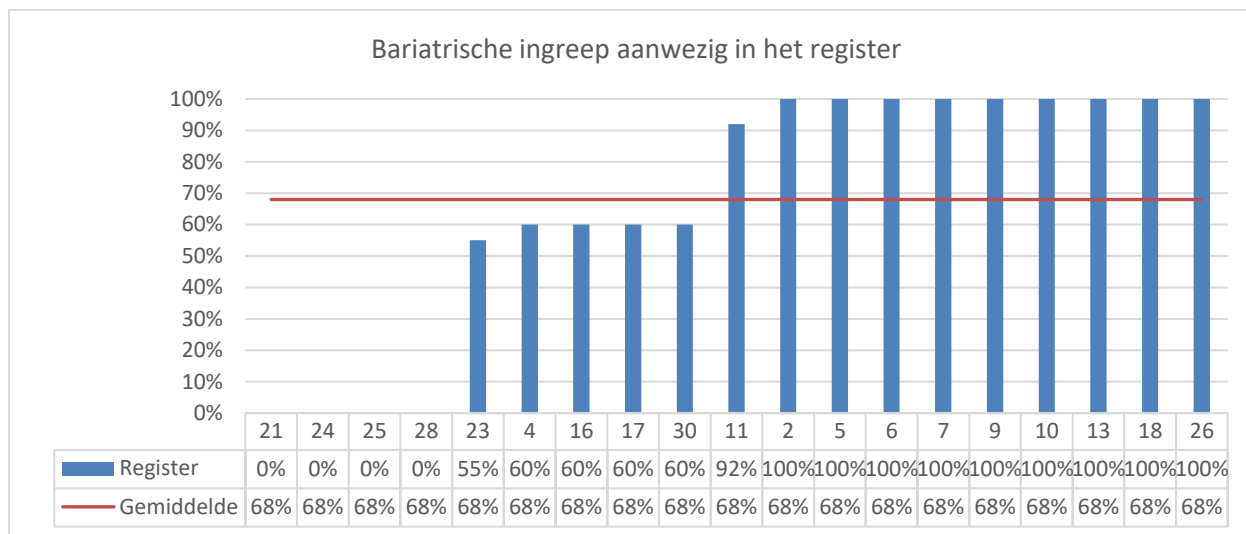
Per ziekenhuis wordt een register bijgehouden van alle bariatrische ingrepen. Dit is de 6^e voorwaarde opdat een bariatrische ingreep ter behandeling van obesitas aanrekenbaar is (artikel 14d van de NGV).

Een score van 5/5 wordt toegekend indien het register aanwezig is en voldoet aan de modaliteiten van de registratie, vastgesteld door het Verzekeringscomité.

Indien de bariatrische ingreep in het register is opgenomen maar inhoudelijk onvolledig is, wordt er 3/5 gescoord. Wanneer de bariatrische ingreep niet in het register is opgenomen, is de score 0/5.

Negen ziekenhuizen (47,37%) scoren 100% (Fig. 33). In 6 ziekenhuizen is het register aanwezig maar is het niet conform de vooropgestelde modaliteiten. De score varieert van 55% tot 92%.

In 4 ziekenhuizen ontbreekt het register of is het niet beschikbaar. De score is 0%.



Figuur 33: Kenmerk 29 Register van alle bariatrische ingrepen



5.2.3 Het elektronisch patiëntendossier (EPD) volgens bepaalde 'Belgian Meaningful Use Criteria' (BMUC)

Hieronder volgen enkele kenmerken van het elektronisch patiëntendossier volgens een deel van de resultaten van het onderzoek van de FOD VVVL in 2018. De antwoorden van de ziekenhuizen van dit onderzoek hielden rekening met de situatie van het ziekenhuis in functie van de datum van het antwoord, d.w.z. tussen eind 2017 en begin 2018. Bovendien konden de geaudite ziekenhuizen in het kader van de audit bariatrische heelkunde een vragenlijst invullen die gericht was op enkele BMUC in functie van de actuele situatie, d.w.z. in de eerste helft van 2019. Ten slotte hebben de observaties tijdens de audit de aandacht gevestigd op de situatie voor de referentieperiode 2016, aan de hand van de geaudite ziekenhuisverblijven. Hieronder volgen de observaties genoteerd in de geaudite ziekenhuizen waar een verpleegkundig-auditeur aanwezig was tijdens de audit bariatrische heelkunde.

In het algemeen zien we dat de resultaten van de audit ter plaatse in overeenstemming zijn met de verklaringen van de ziekenhuizen. Doch noteren we voor het criterium 'unieke patiëntidentificatie' een overmoedige verklaring in één ziekenhuis. We kunnen op dit moment geen volmaakte conclusies trekken over hoe dit verschil verklaard kan worden, aangezien de referentieperioden niet perfect overeenkomen.

Betreffende het criterium 'elektronisch voorschrift' zien we een aanzienlijke toename van het aantal ziekenhuizen dat reeds is uitgerust met een elektronisch voorschrijfsysteem.

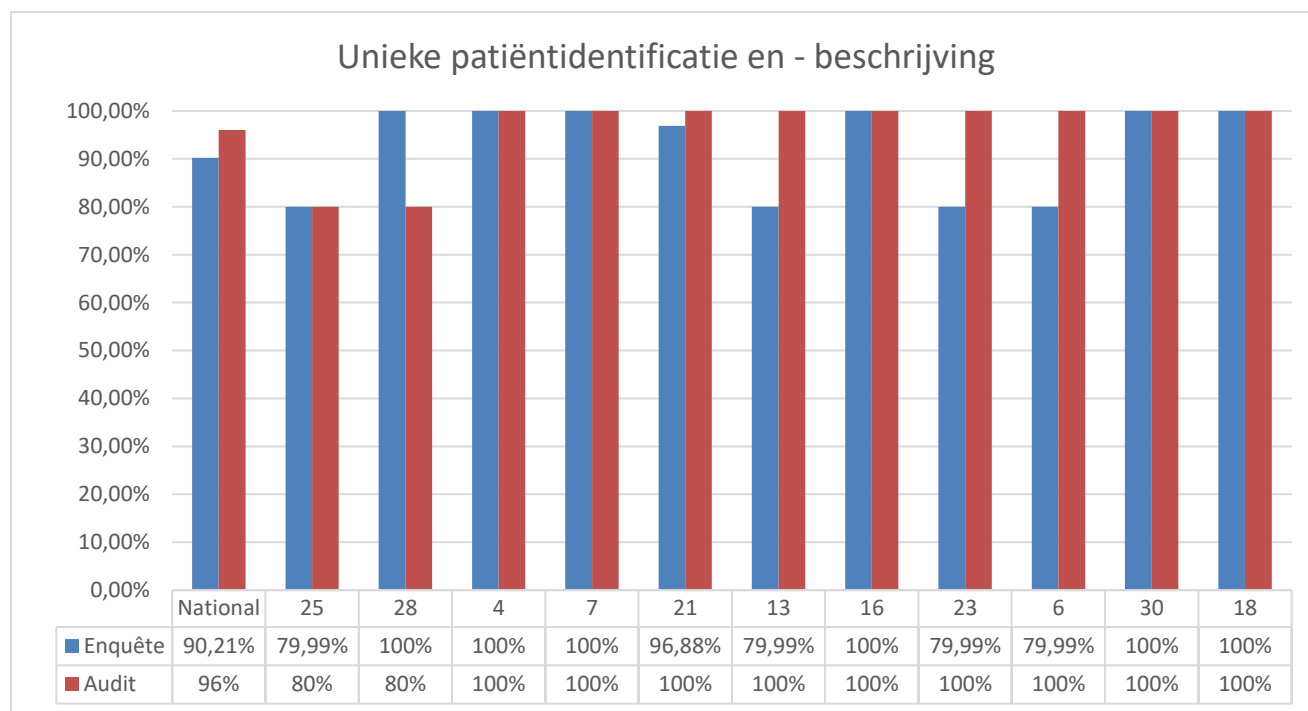
Voor het criterium 'geautomatiseerde communicatie met HUB's en interactie met e-Health' noteren we dat alle ziekenhuizen zijn aangesloten op het Hub-metahub systeem. Het is echter niet mogelijk om te bepalen of een ziekenhuis de patiëntengegevens daadwerkelijk deelt via het Hub-Metahub systeem. Het delen van patiëntengegevens is ook afhankelijk van de geïnformeerde toestemming van de patiënt. Het beleid met betrekking van het delen van gegevens kan verschillen tussen ziekenhuizen. Sommige ziekenhuizen delen automatisch alle gegevens, andere alleen het (voorlopig) ontslagverslag en bijvoorbeeld niet het operatief protocol. Het loont daarom de moeite om de te auditen criteria in team te verfijnen.

5.2.3.1 UNIEKE PATIËNTIDENTIFICATIE EN –BESCHRIJVING

Figuur 34 toont de huidige situatie met betrekking tot een uniek patiëntnummer in alle elektronische systemen die gegevens over patiënten registreren. Het criterium bekijkt het uniek patiënt- en verblijfsnummer voor elke patiënt en of het al dan niet nodig is om dit nummer meerdere keren in te voeren in de verschillende applicaties van het EPD. Op basis van de observaties in de ziekenhuizen tijdens de audit ter plaatse en de observaties met betrekking tot de geaudite ziekenhuisverblijven (2016), noteren we aanzienlijke verbeteringen in de mate van het uitvouwen van het EPD bij de vergelijking van de situatie in 2016, de resultaten van het onderzoek van 2018 en de huidige situatie in 2019. Zo waren in 2016 weinig



ziekenhuizen volledig geïnformatiseerd. In 2016 werden gegevens op papier gekoppeld met elektronische gegevens. Na het scannen van de papieren gegevens werden de gegevens samengebracht in een elektronische vorm.



Figuur 34: Unieke patiëntidentificatie en -beschrijving, vergelijking tussen het onderzoek van de FOD VVVL en de actuele geaudite situatie

De meerderheid van de ziekenhuizen gebruiken een elektronisch systeem dat geen herinvoer van het patiëntidentificatienummer vereist. Desalniettemin zijn er nog enkele ziekenhuizen waar het patiëntidentificatienummer opnieuw ingegeven wordt om van het ene elektronisch systeem naar het andere te gaan om gegevens op te zoeken.

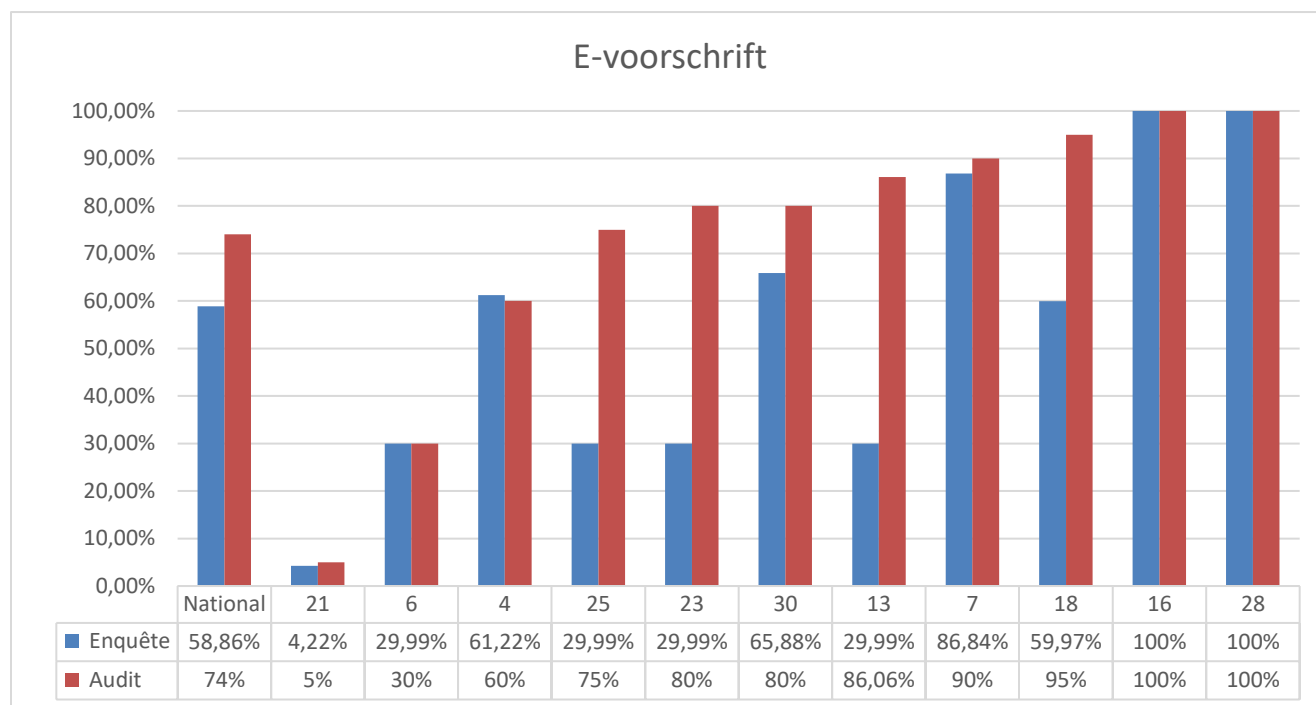
In elk ziekenhuis kent men aan de patiënt een uniek identificatienummer toe. Voor elk contact van de patiënt met het ziekenhuis wordt een uniek verblijfsnummer toegekend.

5.2.3.2 E-VOORSCHRIFT

De situatie is meer gedifferentieerd met betrekking tot het e-voorschrift, namelijk de geautomatiseerde invoer van geneesmiddelenvoorschriften door de zorgverstrekker in het ziekenhuis (Fig. 35).



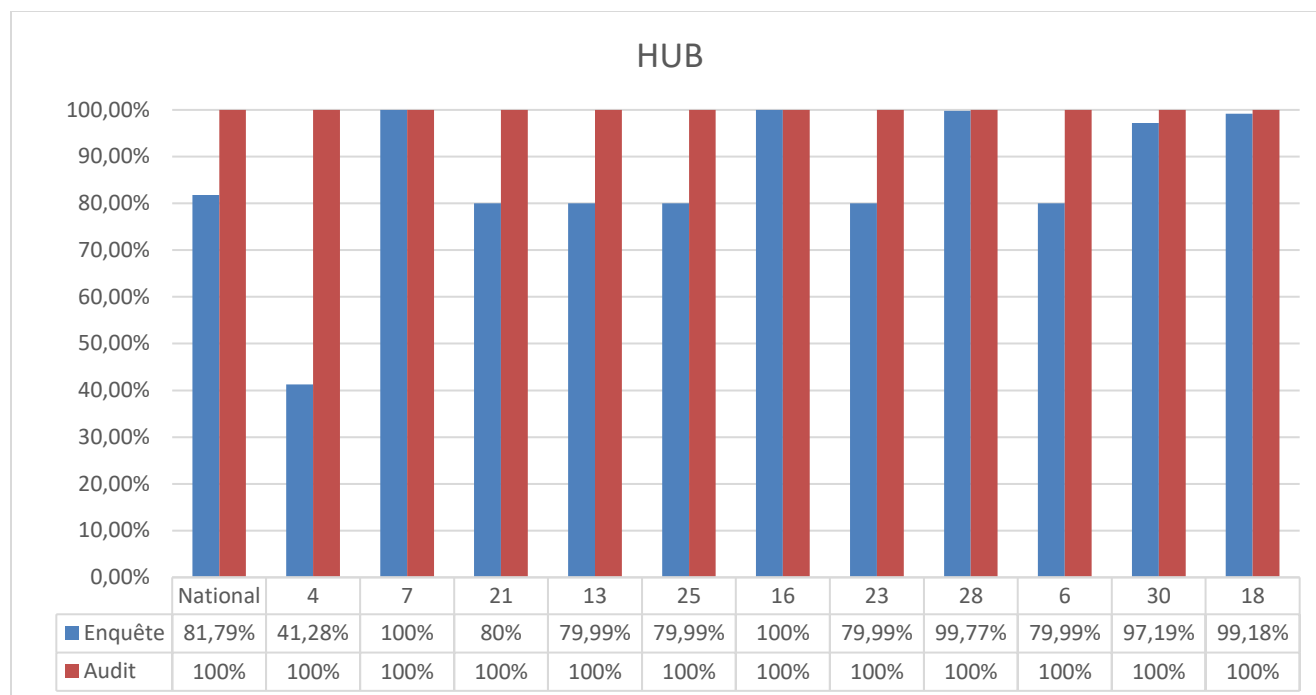
Bepaalde ziekenhuizen gebruiken e-voorschriften in de meeste of in alle diensten. Sommige ziekenhuizen zijn bezig met het uitvouwen van het elektronisch systeem en anderen gebruiken tot op heden voornamelijk het papieren geneesmiddelenvoorschrift.



Figuur 35: E-voorschrift, vergelijking tussen het onderzoek van de FOD VVVL en de actuele geaudite situatie

5.2.3.3 GEAUTOMATISEERDE COMMUNICATIE MET HUB'S EN INTERACTIE MET E-HEALTH

We zien een vergelijkbare situatie in de meeste ziekenhuizen (Fig. 36). Het EPD of het elektronisch systeem voor het archiveren van patiëntendossiers is gekoppeld aan de HUB (regionaal uitwisselingsysteem van medische gegevens tussen zorgverleners). Als de patiënt zijn toestemming heeft gegeven en er een therapeutische relatie bestaat, kunnen de gegevens in het systeem worden geraadpleegd door belanghebbenden buiten de ziekenhuis.



Figuur 36: Geautomatiseerde communicatie met HUB's en interactie met e-Health, vergelijking tussen het onderzoek van de FOD VVVL en de actuele geaudite situatie

5.2.4 De verpleegkundige items

Op basis van een beschrijvende analyse van de registratie van de verpleegkundige gegevens van de minimale ziekenhuisgegevens (VG-MZG) voor de geaudite bariatrische verblijven (zie bijlage over Portahealth voor de nationale en individuele tabellen), en op basis van de antwoorden op de vragenlijst betreffende de VG-MZG in het kader van de opvolging van de bariatrische patiënt in 2016 (zie bijlage 3), kunnen enkele nuttige verbeteringspunten worden aangehaald in verband met de codering van de VG-MZG.

De ziekenhuizen hebben de vragenlijst over de verpleegkundige items beantwoord met betrekking tot de huidige situatie, om de verbeteringen die zijn aangebracht in vergelijking met de geaudite dossiers voor het referentiejaar 2016 te kunnen belichten.

Tijdens de audit zijn de dossiers niet opnieuw gecodeerd, maar op basis van enkele opmerkingen konden bepaalde onjuistheden met betrekking tot de interpretatie van de coderingsrichtlijnen voor bepaalde punten worden aangehaald. De observaties en het advies zal de ziekenhuizen in staat stellen om aanpassingen te doen in het patiëntendossier in lijn met de nieuwe VG-MZG codeerhandleiding, versie 2.0⁴, die sinds de eerste helft van 2018 in gebruik is.

⁴ https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/manuel_de_codage_di-rhm_-_septembre_2017_-_version_officielle_2.0.pdf



5.2.4.1 ITEM E100 : SYMPTOOMMANAGEMENT: PIJN

Pijnmanagement is een centraal aandachtspunt bij bariatrische heelkunde. Het wordt voornamelijk in acht genomen in de ontwaakzaal en bij de onmiddellijke postoperatieve zorg. De 'Visual Analogue Scale' (VAS) en de 'Numeric Rating Scale' (NRS) zijn de meest gebruikte pijnschalen. Het zijn gevalideerde meetinstrumenten.

Meestal biedt de anesthesist een schema aan met betrekking tot het pijnmanagement. Het schema duidt aan welke geneesmiddelen toegediend kunnen worden bij een specifieke beoordelingsdrempel. Verschillende ziekenhuizen hebben onlangs het programma 'Enhanced Recovery After Surgery' (ERAS) ingevoerd. We observeren dat een procedure voor symptoommanagement van pijn door verpleegkundigen niet steeds aanwezig is, maar dat indien nodig een basisbehandeling wordt toegepast.

In 2016 hebben de geaudite dossiers een onjuiste registratie onthuld vanwege het ontbreken van een verwijzing naar een staand order of een voorschrift voor symptoommanagement van pijn.

Momenteel vergemakkelijken en rechtvaardigen de invoering van procedures en de invoering van het elektronisch verpleegkundig dossier deze registratie.

5.2.4.2 ITEM E200 : SYMPTOOMMANAGEMENT: NAUSEA EN/OF BRAKEN

Het beleid van nausea en/of braken is ook een prioriteit bij bariatrische heelkunde en is gelijkaardig het symptoommanagement van pijn. De opvolging vindt ook plaats op de recovery en postoperatief. De meest gebruikte schalen zijn de VAS, de NRS en 'The Index of Nausea, Vomiting, and Retching' (INVR). De instructies voor het gebruik en geldigheidsreferenties zijn goed geformaliseerd.

De detectie en het symptoommanagement van nausea volgen hetzelfde multimodale model voorgeschreven door de anesthesist. Ook voor dit item observeren we dat een procedure voor symptoommanagement door verpleegkundigen niet steeds aanwezig is, maar dat indien nodig een basisbehandeling wordt toegepast.

Met betrekking tot 2016 lieten de geaudite dossiers een onjuiste registratie zien vanwege het ontbreken van een verwijzing naar een staand order of een voorschrift voor symptoommanagement van nausea.

Momenteel vergemakkelijken en rechtvaardigen de invoering van procedures en de invoering van het elektronisch verpleegkundig dossier deze registratie.



5.2.4.3 ITEM G100 : OPVOLGING VAN DE VOEDINGS- OF VOCHTBALANS

Dit geheel van activiteiten wordt zelden gescoord tijdens een ziekenhuisverblijf bariatrische heekunde.

Uit de geaudite dossiers blijkt dat de registratie van dit item overeenkomt met de meting van het gewicht bij de opname en bij ontslag op de eenheid. Het verschil tussen de twee metingen wordt berekend. In andere gevallen komt het overeen met een nauwkeurige opvolging van het urinedebiet onmiddellijk postoperatief.

Op de intensieve zorgen komt het item overeen met de precieze berekening van de in-out-balansen.

5.2.4.4 ITEM G300 : GLYCEMIEBELEID

Het glycemiebeleid wordt in de meeste gevallen preoperatief, in de ontwaakzaal en postoperatief geregistreerd op een niet-systematische manier en alleen bij patiënten met diabetes of bij patiënten met risico voor diabetes. Het glycemiebeleid wordt geregistreerd volgens specifieke medische richtlijnen. In deze situaties stelt de anesthesist een te volgen insulineschema op of vraagt een opvolging van de glycemiewaarden onmiddellijk na de operatie.

De geauditeerde dossiers tonen dat in bepaalde gevallen het glycemiebeleid bestaat uit slechts één detectie in de ontwaakzaal zonder verwijzing naar een procedure.

De andere belangrijke reden waarom een registratie van dit item onvoldoende scoort, is omdat de beoordeling van de glycemiewaarden ontbreekt, ook al is dit in het dossier voorzien.

We observeren ook dat zorg verleend door een lid van het diabetesteam, in bepaalde gevallen onjuist geregistreerd wordt.

5.2.4.5 ITEM H200 : AANTAL VERSCHILLENDE IV MEDICATIE EN H300 MEEST FREQUENT TOEGEDIENDE IV MEDICATIE

Deze items worden voor de referentieperiode van 2016 voornamelijk op de recovery en postoperatief geregistreerd.

Het betreft voornamelijk onderhoudsinfusen en het toedienen van pijnstillers, anti-emetica en protonpompinhibitoren.



In 2016 schreef men de geneesmiddelen voor op verschillende manieren, gaande van het papieren voorschrift tot het voorschrift met een intern registratie-instrument naar het e-voorschrift dat is geïntegreerd in het EPD.

De evolutie van de technieken en de toepassing van procedures in vele ziekenhuizen, zoals het ERAS programma, hebben het mogelijk gemaakt de intraveneuze toediening van geneesmiddelen aanzienlijk te verminderen om zo de orale toediening te bevorderen en de verblijfsduur te verkorten.

5.2.4.6 ITEM L100 : OPVOLGING VAN EEN WONDE EN/OF ZONES MET HUIDLAESIES EN/OF EEN VERBAND EN/OF GEBRUIKT MATERIAAL ZONDER UITGEVOERDE ZORGEN

Dit item wordt bijna uitsluitend in de ontwaakzaal en postoperatief geregistreerd.

De klinische beschrijving van de wonde wordt genoteerd op het overdrachtblad van de operatiekamer naar de verpleegeenheid. We zien dat deze beschrijving, die nodig is voor de registratie van dit item, in de geaudite dossiers van 2016 vaak ontbreekt.

5.2.4.7 ITEM N300 : VENEUZE BLOEDAFNAME

Het item wordt gecodeerd op een niet-systematische manier en de registratie blijkt zeer patiënt-afhankelijk.

De soort bloedafname en de validatie van de realisatie zijn goed beschreven in de geaudite dossiers.

We zien echter dat de veneuze bloedafname in verschillende ziekenhuizen uitgevoerd wordt door de centrale staalafname equipe. Dit verpleegkundig personeel is niet permanent of tijdelijk verbonden aan de geaudite verpleegeenheid.

We herinneren eraan dat veneuze bloedafname uitgevoerd door een ondersteunende zorgelijke niet kan geregistreerd worden in het kader van de VG-MZG.

De nauwkeurige aanduiding van de geschikte zorgverlener kan een foutieve registratie voorkomen.

5.2.4.8 ITEM N500 : CAPILLAIRE BLOEDAFNAME

Dit item wordt in het kader van bariatrische heekunde gelijktijdig met het glycemiebeleid geregistreerd.



Dit soort van bloedafname is niet systematisch voorzien in de context van bariatrische heelkunde en wordt bijgevolg alleen uitgevoerd bij patiënten met diabetes of bij patiënten met risico op diabetes.

De soort bloedafname en de validatie van realisatie worden in de meeste dossiers zorgvuldig genoteerd.

5.2.4.9 ITEM S100 : SPECIFIEKE EDUCATIE

Dit item van patiëntenvoorlichting wordt in de meeste gevallen preoperatief, in de ontwaakzaal en postoperatief geregistreerd.

De meest voorkomende onderwerpen waarover educatie wordt gegeven zijn: pijn, misselijkheid/braken, preoperatief douchen en voedingsleer. Het is voornamelijk de diëtiste die de patiënt kennis laat verwerven over voeding.

Een deel van deze informatie maakt deel uit van de zorgcontext waardoor registratie overbodig is.

We herinneren aan de registratierichtlijnen voor verpleegkundige items: activiteiten uitgevoerd door medewerkers van een ondersteunend team kunnen niet geregistreerd worden in het kader van de VG-MZG.

De analyse van de geauditeerde dossiers toont dat sommige registraties niet gerechtvaardigd zijn omwille van onvoldoende documentatie in het patiëntendossier omtrent de aard van de informatie, in relatie tot het herwinnen van de autonomie van de patiënt buiten het ziekenhuis.

Dit item is echter niet grondig onderzocht in de geaudite dossiers omdat de nieuwe VG-MZG codeerhandleiding, versie 2.0 die van toepassing is sinds 2018, de registratierichtlijnen verduidelijkt. Door de wijzigingen komen onjuistheden bij de registratie van dit item minder voor.

5.2.4.10 ITEM S200 : EDUCATIE MET BETREKKING TOT EEN HEELKUNDIGE INGREEP OF ONDERZOEK

Dit item van patiëntenvoorlichting wordt vrijwel alleen in de preoperatieve periode geregistreerd, en terecht.

Dit item hebben we niet diepgaand onderzocht bij de geaudite dossiers omdat de coderingsrichtlijnen sinds 2016 gewijzigd en verduidelijkt zijn. Sinds het bestaan van de codeerhandleiding versie 2.0, die van toepassing is sinds 2018, zijn onjuistheden met betrekking tot de registratie van dit item sterk afgenomen.



5.2.4.11 ITEM V300 : OPVOLGING VAN DE BIOLOGISCHE VITALE PARAMETERS : CONTINUE MONITORING

Dit item wordt voornamelijk geregistreerd bij het ontwaken en op de afdeling intensieve zorgen.

Dit zijn parameters die gevolgd worden met behulp van een toestel dat op een systematische manier de parameters monitort bij het ontwaken en op de dienst intensieve zorgen.

In de geaudite dossiers (2016) observeerden we incorrecte registraties waar er een duidelijke identificatie van het continue karakter van de meting afwezig was. De tweede belangrijke reden voor incorrecte registratie heeft te maken met opvolgen van de bloeddruk met een elektronische manchete. De registratierichtlijnen die gelden voor de gegevens van 2016 staan deze opvolging niet toe. De registratierichtlijnen die van toepassing zijn sinds juli 2018 maken het wel mogelijk om deze opvolging in aanmerking te nemen bij de registratie van dit item.

5.2.4.12 ITEMS V400 : OPVOLGING VAN BIOLOGISCHE VITALE PARAMETERS : DISCONTINUE MONITORING

Dit item wordt preoperatief, bij het ontwaken en postoperatief geregistreerd.

Het betreft de opvolging van parameters zoals de lichaamstemperatuur, de hartslagfrequentie, de bloeddruk, de ademhalingsfrequentie, de arteriële O₂-saturatiemeting, enz.

Deze parameters en de validatie van hun realisatie worden over het algemeen op een duidelijke en nauwkeurige manier genoteerd.

5.2.4.13 ITEM Z100 : EVALUATIE FUNCTIONEEL, MENTAAL, PSYCHOSOCIAAL

Dit item wordt nauwelijks geregistreerd bij bariatrische verblijven.



6 Synthese van de suggesties van de ter plaatse geaudite ziekenhuizen

De bariatrische teams hebben tijdens de audit ter plaatse enkele suggesties en overwegingen aangeboden, waarvan we hieronder een samenvatting weergeven.

6.1 Suggesties in verband met vergoedingscriteria voor bariatrische heekunde

- In uitzonderlijke gevallen afwijken van de voorwaarden opdat verstrekkingen ter behandeling van obesitas (artikel 14d van de NGV) aanrekenbaar zijn:
 - ✓ Zeer gemotiveerde patiënt met leeftijd <18 jaar, als er strikte klinische indicaties zijn;
 - ✓ Patiënt die wacht op een niertransplantatie;
 - ✓ Diabetespatiënt met BMI 30-34,9;
- Vervangen van het criterium « minstens gedurende 1 jaar een gedocumenteerde dieetbehandeling hebben gevolgd zonder blijvend succes » door « documentatie van de opvolging van een dieetbehandeling gedurende 6 maand in een specifiek centrum is voorhanden, en de nauwgezetheid van de opvolging is gekoppeld aan een vergoeding ». De koppeling met de vergoeding laat een beter nazicht van de voorwaarde toe.
- Toevoegen van nieuwe voorwaarden opdat de verstrekking ter behandeling van obesitas (artikel 14d van NGV) aanrekenbaar is :
 - ✓ Verlies van gewicht voor de bariatrische ingreep met als doel de motivatie van de patiënt te beoordelen;
 - ✓ Aanwezigheid van metabool syndroom (te definiëren door een duidelijke consensus).
- Vanuit ethisch oogpunt de relevantie beoordelen van bariatrische heekunde bij zeer jonge patiënten die voldoen aan de voorwaarden (langere duur van de zorg).
- Opstellen van een contract met patiënten die baat hebben bij preoperatieve lichaamsbeweging of een dieet om de BMI preoperatief te doen dalen, als voorwaarde opdat de verstrekking aanrekenbaar is.



6.2 Suggesties in verband met de financiering van het zorgpad

- Financiering van een administratief verantwoordelijke of een coördinator/contactpersoon voor het obesitascentrum;
- Financiering van de zorgverleners die deelnemen aan multidisciplinair bariatrisch overleg, naar analogie met het multidisciplinair oncologisch overleg;
- Financiering van de pre- en postoperatieve begeleiding van de patiënt:
 - ✓ Volgens de Nederlandse en Australische voorbeelden: terugbetaling van het remgeld aan de patiënt van de raadplegingen voor dieettherapie, psychologische behandeling en postoperatieve bewegingstherapie/oefentherapie op regelmatige basis (op basis van de aanwezigheid van de patiënt), of terugbetaling van het remgeld bij afloop van de consultatie of tijdens de daaropvolgende consultatie;
 - ✓ Vergoeding van behandelende artsen en andere zorgverleners voor het uitvoeren van verstrekkingen in het kader van het gecoördineerde zorgpad, zodat ingezet wordt op gevorderde begeleiding van obese patiënten en preventie van laattijdige postoperatieve complicaties;
- Ten laste nemen door de ziekteverzekering van het materiaal voor de bariatrische ingreep;
- Toekenning van een aparte bevoegdheidscode aan een arts die houder is van een attest voedingsleer.

6.3 Suggesties met betrekking tot de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

- Creatie van nieuwe verstrekingsnummers (rangnummers) voor RIZIV-facturatie:
 - ✓ Bariatrische heringrepen die alleen in gespecialiseerde centra aanrekenbaar zijn en waarvan de financiering buiten de wet betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg valt;
 - ✓ Bariatrische heringrepen met aangepaste honorering in functie van de duurtijd en de complexiteit van de ingreep;
 - ✓ Andere technieken, bijvoorbeeld de Transoral Outlet Reduction (TORe) uitgevoerd na de 'gastric bypass' of de « Endoscopic sutured gastroplasty » (Endoluminal gastroplasty as treatment of obesity by Endomina™), voorgesteld door een arts-specialist voor gastro-enterologie);
 - ✓ Raadpleging van een obese patiënt, in het kader van de bariatrische heilkunde, bij een klinisch psycholoog en een diëtist;
 - ✓ Heilkunde voor vroege of laattijdige complicaties (steeds vaker) na een bariatrische ingreep, bijvoorbeeld herstel van de doorgang na agressieve littekenvorming of bypassstenose, of heilkunde bij inwendige hernatie na 'gastric bypass';
- Verduidelijking van de aanrekening bij een tweevoudige ingreep in hetzelfde operatiegebied, bv. bariatrische heilkunde en heilkunde voor hiatushernia.



6.4 Andere algemene opmerkingen

- Behoefte aan een academische autoriteit om de clandestiene ingrepen af te remmen. Gezien het grote aantal bariatrische ingrepen in België zien we ook veel complicaties;
- Behoefte om complicaties van maagplicaturen die in bepaalde ziekenhuizen worden uitgevoerd te beheren. Deze ingrepen worden actueel door het ziekenhuis gefactureerd als cholecystectomie of als behandeling voor hiatushernia;
- Behoefte aan de creatie van een authentiek bariatrisch zorgpad of een goed beheerde pre- en postoperatieve begeleiding die in elk centrum waar bariatrische heelkunde plaatsvindt, kan worden aangewend;
- Behoefte aan massale investering in preventiecampagnes om de toename van obese patiënten in nood een halt toe te roepen;
- Behoefte aan het opstellen van een overeenkomst in verband met de postoperatieve begeleiding, naar analogie met de overeenkomst inzake zelfregulatie van diabetes-mellitus-patiënten;
- Behoefte aan de oprichting van medische centra specifiek voor de zorg van obese adolescenten;
- Behoefte aan herziening van de wijze van toezending van 'bijlage 77' en aan vermindering van de administratieve lasten in verband met deze bijlage, zoals het opnieuw inzenden van het document wanneer de operatiedatum verandert;
- Belang van het aandringen op de motivatie van de patiënt gedurende het hele zorgpad met betrekking tot zijn eetgedrag (bv. via de ontwikkeling van een webapplicatie...);
- Behoefte aan de automatisering van een nationaal bariatrisch register, naar analogie van het kankerregister.



7 Andere observaties van het auditteam

7.1 Heringrepen

Vierendertig van de 228 geaudite bariatrische verblijven betreffen een bariatrische heringreep (zie Fig. 37). De bariatrische ingreep die de heringreep vooraf ging, is in 59% van de gevallen een 'gastric banding' en in 18% van de gevallen een 'gastric bypass' of een 'Sleeve'. In 23% van de gevallen is de ingreep die de heringreep voorafging niet gedefinieerd.

Na de 'gastric banding' had 65% van de patiënten baat bij een 'gastric bypass' en 30% onderging een 'Sleeve'. Eén patiënt onderging opnieuw een 'gastric banding'. Eén 'Sleeve', uitgevoerd bij een patiënt met een BMI < 35 (27,8), werd aangerekend met de nomenclatuurcode 241485 (Subtotale gastrectomie).

Bij 3 patiënten die eerder een 'gastric bypass' hadden ondergaan, bestond de heringreep uit een 'mini gastric bypass', een 'distalisatie van de dunne darmlus' en een 'Sleeve'. Bij een patiënt met recidiverende obesitas na 'gastric bypass' bij wie een 'distalisatie van de dunne darmlus' is uitgevoerd, rekende het ziekenhuis de nomenclatuurcode 243246 (Segmentaire resectie van de dunne darm) aan. Een 'Sleeve' die wordt uitgevoerd na een 'gastric bypass' komt overeen met een resectie van de gastro-jejunale dilatatie.

Van de twee patiënten bij wie eerst een 'Sleeve' werd uitgevoerd, onderging de ene als heringreep een 'gastric bypass' en de andere een 'mini gastric bypass'.

Bariatrische ingreep	#	%	Heringreep	#	%
'gastric banding'	20	59%	'gastric bypass'	13	65%
			'Sleeve'	6	30%
			'gastric banding'	1	5%
'gastric bypass'	3	9%	'mini gastric bypass'	1	33%
			'Distalisatie dunne darmlus'	1	33%
			'Sleeve'	1	33%
'Sleeve'	3	9%	'gastric bypass'	2	67%
			'mini gastric bypass'	1	33%
Inconnu	8	23%	'gastric bypass'	5	62%
			'Sleeve'	2	25%
			'gastric banding'	1	13%

Figuur 37: Verdeling van de bariatrische verblijven met heringrepen.



7.2 Aangerekende nomenclatuurcodes en effectief uitgevoerde ingrepen

Bij 27 patiënten, voor wie de nomenclatuurcode voor 'gastric bypass' (241846) is aangerekend, werd daadwerkelijk de volgende ingreep uitgevoerd:

- 'mini gastric bypass' (24 patiënten) ;
- 'Sleeve' (2 patiënten) ;
- 'Single Anastomosis Duodenum-Ileum (SADI)' (1 patiënt).

De nomenclatuurcode voor 'Sleeve' (241780) werd aangerekend voor één patiënt die een 'mini gastric bypass' heeft ondergaan. Voor 5 patiënten die effectief een 'Sleeve' ondergingen, werden de volgende ingrepen aangerekend:

- 'gastric bypass' (241846) (2 patiënten) ;
- Subtotale gastrectomie (241485) bij BMI 27,8 (1 patiënt);
- 'gastric banding' (241824) (1 patiënt);
- Honorarium voor het pathologisch-anatomisch onderzoek, door inclusie en coupe, van zoveel prelevementen als nodig, ongeacht het aantal coupes en ongeacht het aantal onderzochte organen en met inbegrip van het eventueel macroscopisch onderzoek, voor volgende operatiestukken : - partiële mamsectomie met okselklier uitruiming, - totale mamsectomie met of zonder okselklier uitruiming, - partiële of totale pneumectomie, - partiële of totale slokdarmresectie, - bilaterale lies klierevidement, - lymfeklierevidement van 2 of meerdere groepen halsklieren, - tumorectomie van de mondbodem met of zonder mandibulectomie, - tumorectomie van het verhemelte met of zonder maxillectomie, - totale maxillectomie, - partiële of totale gastrectomie, - dunne darm resectie, - partiële of totale colectomie, - duodenopancreatectomie, - radicale, totale of subtotale hysterectomie, - abdoninoperineale resectie, - partiële of totale laryngectomie, - totale cystectomie, - totale penisamputatie, - totale nefrectomie, - totale prostatectomie (met zaadblaasjes), - hartresectie, - hart long blok, - totale hepatectomie, - totale pelvectomie, - totale vulvectomie, - foetus van 14 tot en met 24 weken (588302) (1 patiënt) ».

Negen bariatrische ingrepen 'Sleeve' (241780), waren effectief 'Magenstrasse and Mill'. De nomenclatuurcode voor 'Sleeve' (241780) werd aangerekend voor een heringreep type 'resectie van gastrojunale dilatatie' na een 'gastric bypass'. Een andere heringreep na een 'gastric bypass', bestaande uit een anastomosedistalisatie, werd aangerekend als 'segmentaire resectie van de dunne darm' (243246) omdat er geen exacte nomenclatuurcode werd teruggevonden in de NVG.

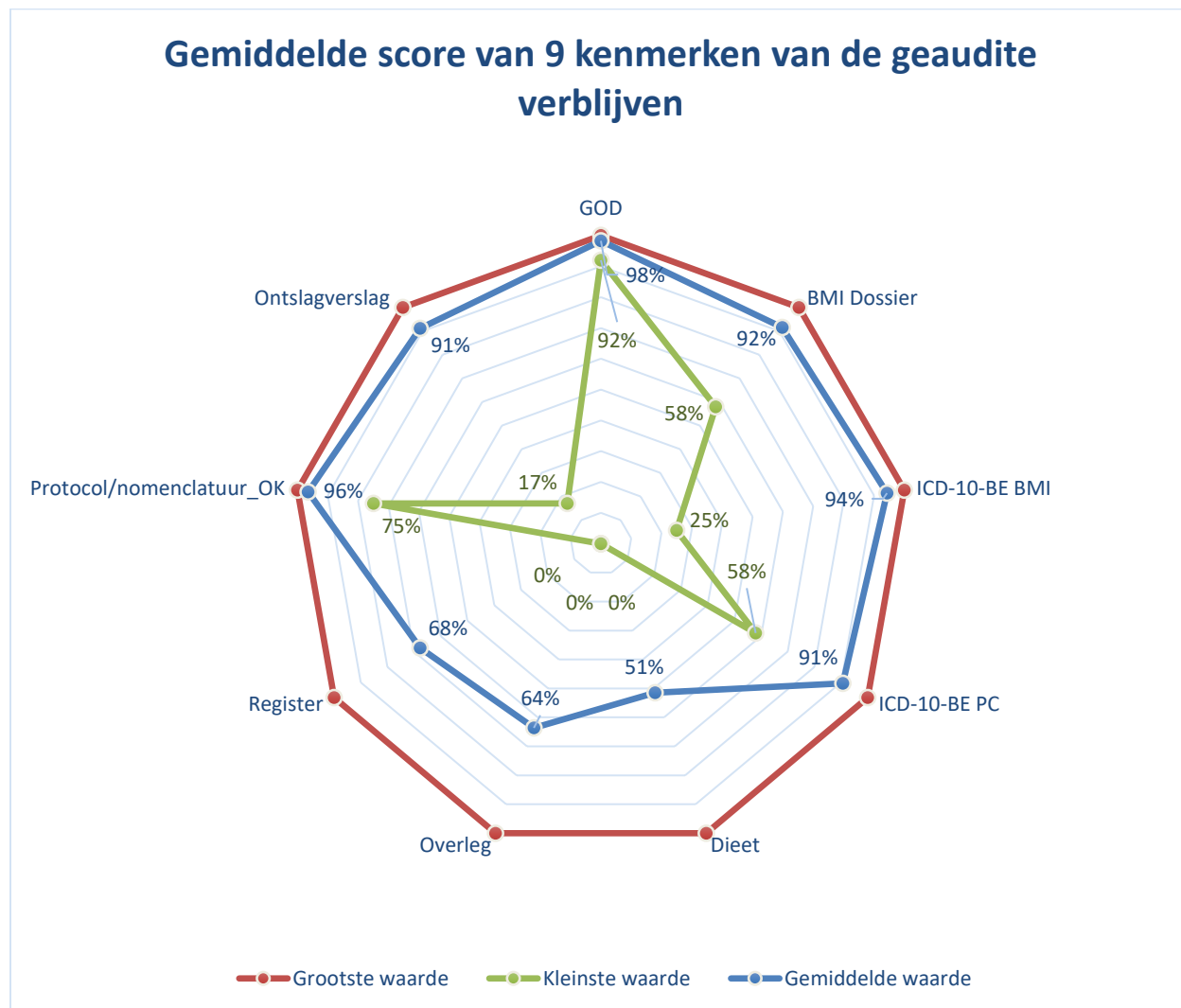
Twee patiënten met BMI < 35, ondergingen respectievelijk een 'gastric bypass' en een 'gastric banding', met aanrekening van 243342 (ingreep wegens darmobstructie (exclusief beklemd hernia) en 241043 (middenrifs- of hiatushernia langs abdominale weg). Tot slot werd een bariatrische ingreep bestaande uit een endoluminale gastroplastie door een gastro-enteroloog uitgevoerd bij een patiënt zonder comorbiditeit met BMI < 40. Het ziekenhuis rekende hiervoor de code 473060 aan (onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal door middel van endoscopie).



8 Discussie

8.1 Algemene resultaten : zorgpad en geaudite ziekenhuisverblijven

De radargrafiek (Fig. 38) geeft de resultaten weer van 9 criteria die geanalyseerd werden voor telkens 12 geaudite verblijven in de 19 bezochte ziekenhuizen. Omwille van het beperkt aantal ziekenhuizen (19/97) en omwille van het feit dat die geselecteerd werden onder de ziekenhuizen met het hoogste aantal ingrepen, is er geen extrapolatie uitgevoerd.



Figuur 38: Laagste score, gemiddelde score en hoogste score voor 9 kenmerken voor de ter plaatse geaudite verblijven

Drie criteria (GOD, ICD-10-BE BMI, ICD-10-BE PC) zijn gebaseerd op de codering in ICD-10-BE die van toepassing is sinds 01/01/2015. Vijf criteria (BMI (medisch dossier), dieettherapie, multidisciplinair bariatrisch overleg, register, overeenstemming operatief protocol/nomenclatuur) staan in relatie met artikel 14d van de NGV betreffende de bariatrische heekkunde (bijlage KB van 14/09/1984) en uit artikel 22bis en ter van de verordening van geneeskundige verzorging (28/07/2003). Het kenmerk



‘ontslagverslag’ is gedefinieerd in het koninklijk besluit van 3 mei 1999 *houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen*.

De verwachte score is 100% voor het geheel van de criteria, omdat ze aan bod komen bij de voorwaarden om aanrekenbaar te zijn en bij de financiering van verblijven via het BFM.

8.1.1 Preoperatieve begeleiding

In de 19 geaudite ziekenhuizen blijkt de patiënt zich overwegend op eigen initiatief aan te bieden bij het bariatrisch team. De patiënt komt zeer weinig op verwijzing van de behandelende arts (met uitzondering van 2 ziekenhuizen) of een arts- specialist. De behandelende arts heeft bijgevolg niet vaak een actieve rol bij de initiatie van de heelkunde.

De bestudering van de preoperatieve begeleiding van de patiënt in het kader van bariatrische heelkunde, toont een ongelijkheid inzake de uitgevoerde consultaties en soorten uitgevoerde aanvullende onderzoeken. Deze ongelijkheid kan verklaard worden door de afwezigheid van Belgische aanbevelingen met betrekking tot de heelkundige aanpak bij de volwassene.

De preoperatieve consultaties worden systematisch gerealiseerd binnen de 19 geaudite ziekenhuizen bij de chirurg en bij de psychiater/klinisch psycholoog en binnen 18 ziekenhuizen bij de diëtist/nutritionist. De andere preoperatieve consultaties variëren van ziekenhuis tot ziekenhuis zowel op niveau van frequentie als op niveau van type geconsulteerde arts-specialist.

Preoperatief plannen de geaudite ziekenhuizen systematisch een echografie en een gastroscopie in respectievelijk 74% en 89% van de gevallen; dit kon geverifieerd worden tijdens de analyse van de bariatrische verblijven. Een radiografie slokdarm-maag-duodenum (RX SMD) wordt systematisch uitgevoerd in 11% van de gevallen (2 ziekenhuizen) en volgens klinische indicatie in 47% van de gevallen. Onderzoeken van het type polygrafie, dexamethasonetest, manometrie (in geval van ‘Sleeve’) en ademtest worden systematisch uitgevoerd in één instelling. In één van de geaudite ziekenhuizen worden de preoperatieve onderzoeken uitgevoerd tijdens een ziekenhuisverblijf van 2 dagen/1 nacht.

De duur van de preoperatieve begeleiding, m.a.w. de duur tussen de eerste consultatie en de ingreep, is minder dan 4 maanden in 63% van de gevallen, tussen 4 en 6 maanden in 32% van de gevallen en meer dan 6 maanden in 5% van de gevallen. In Frankrijk stelt de ‘Haute autorité de la santé’⁵ een preoperatieve fase met een minimumduur van zes maanden voor. In Zwitserland voorzien de richtlijnen van de ‘Swiss Society for the Study of Morbid Obesity’⁶ afgevaardigd door het ‘Office fédéral de la santé publique’, een minimuminterval van drie maanden.

⁵ www.has-sante.fr

⁶ www.smob.ch



8.1.2 Informatie aan de patiënt

Voor alle geaudite ziekenhuizen wordt de informatie aan de kandidaten voor bariatrische heekunde rechtstreeks verstrekt door de specialisten. De helft van de ziekenhuizen organiseert eveneens collectieve informatiesessies en 17 ziekenhuizen stellen informatiebrochures ter beschikking van de patiënten.

8.1.3 Gedocumenteerde dieetbehandeling (kenmerk 18)

« ART14.D VAN DE NGV.

(...)

KB 3.8.2007 (INWERKINGTREDDING 1.10.2007)

DEZE VERSTREKKINGEN ZIJN SLECHTS AANREKENBAAR OP DE VOLGENDE VOORWAARDEN :

(...)

3° MINSTENS GEDURENDE 1 JAAR EEN GEDOCUMENTEERDE DIEETBEHANDELING HEBBEN GEVOLGD ZONDER BLIJVEND SUCCES;

4° (...) HET VERSLAG VAN HET OVERLEG BEVINDT ZICH SAMEN MET DE GEGEVENS OVER DE DIEETTHERAPIE IN HET MEDISCH DOSSIER.

(...) »

De gemiddelde score voor het dieet is 51%. De aard, de duur (minstens 1 jaar) en de doeltreffendheid van het dieet zijn vaak niet verifieerbaar en het gaat meestal om een verklaring van de verzekerde. Meestal vermeldt de voedingsanamnese de antecedenten van diëten, volgens het verhaal van de patiënt, maar zonder precisering op het niveau van datum of duur. De informatie met betrekking tot voorgaande diëten zijn afwezig in de geaudite medische dossiers van patiënten van 3 ziekenhuizen.

Eén ziekenhuis bereikt de score van 100% dankzij een goede coördinatie en samenwerking met de behandelende arts die de verschillende door de patiënt gevolgde diëten heeft geïnventariseerd.

De geaudite ziekenhuizen vermelden de moeilijkheid om het door de patiënten gevolgde dieet op een gedocumenteerde wijze te inventariseren op een andere manier dan op het woord van de patiënt. De samenwerking met de behandelende arts zou kunnen bijdragen aan een betere documentatie. In dit kader zou een overeenkomst kunnen worden gesloten tussen de patiënt, de behandelende arts en de dienst die obese patiënten opvolgt.

Er kan opgemerkt worden dat één van de criteria om te genieten van een ingreep van bariatrische heekunde in Zwitserland⁷ erin bestaat dat de patiënt in zijn traject reeds minstens twee jaar van conventionele behandelingen zonder resultaat heeft. Deze vereiste twee jaren dienen niet noodzakelijk opeenvolgend te zijn of direct aan de ingreep vooraf te gaan. Ze omvatten niet enkel de eventuele diëten en medicamenteuze behandelingen, maar ook de psychologische behandelingen.

⁷ Giusti V, Schwab L, Benoit M. Chirurgie bariatrique : quelle est la durée idéale de l'itinéraire préopératoire? Rev Med Suisse 2015, 11: 720-725 <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-467/Chirurgie-bariatrique-quelle-est-la-duree-ideale-de-l-itineraire-preoperatoire>



8.1.4 Multidisciplinair bariatrisch overleg (kenmerk 19)

In 4 geaudite ziekenhuizen organiseert de chirurg geen multidisciplinair bariatrisch overleg. In de 15 ziekenhuizen waar de chirurg een multidisciplinair bariatrisch overleg organiseert, stellen 7 teams van bariatrische heekunde een ondertekend en gedateerd rapport op dat conform is aan de NGV.

Voor de geaudite verblijven is de gemiddelde score voor het multidisciplinair bariatrisch overleg 64%. Tien ziekenhuizen hebben een score hoger dan het gemiddelde, waarvan 4 een score hebben van 100%. Bovendien bereiken 9 op 19 ziekenhuizen niet de gemiddelde score van 64%. Voor twee onder hen is dit multidisciplinair bariatrisch overleg onbestaande. De door de ziekenhuizen vermelde hindernissen bij de organisatie van een dergelijk overleg zijn vaak van financiële en/of organisatorische aard (bijvoorbeeld de elektronische handtekening).

Het doel van dit rapport van het multidisciplinair bariatrisch overleg is hoofdzakelijk om aan te tonen dat er een overleg bestaat tussen de betrokken zorgverstrekkers met een gemeenschappelijke en op de operatieve indicatie gebaseerde beslissing.

« **ART14.D VAN DE NGV.**

(...)

KB 3.8.2007 (INWERKINGTREDING 1.10.2007) + KB 29.4.2008 (INWERKINGTREDING 1.6.2008)

DEZE VERSTREKKINGEN ZIJN SLECHTS AANREKENBAAR OP DE VOLGENDE VOORWAARDEN :

(...)

4° NA HET UITVOEREN VAN EEN MULTIDISCIPLINAIR BARIATRISCH OVERLEG WAAR NAAST DE GENEESHEER-SPECIALIST IN DE CHIRURGIE TEVEN TENMINSTE EEN GENEESHEER-SPECIALIST IN DE INWENDIGE GENEESKUNDE MET EEN BIJZONDER BEROEPSTITEL IN DE ENDOCRINOLOGIE-DIABETOLOGIE EN EEN GENEESHEER-SPECIALIST IN DE PSYCHIATRIE OF EEN KLINISCH PSYCHOLOOG AAN HEBBEN DEELGENOMEN. HET VERSLAG VAN DIT OVERLEG MET DE GEZAMENLIJKE INDICATIESTELLING TOT CHIRURGISCHE INGREEP WORDT ONDERTEKEND DOOR DE DRIE DEELNEMERS VAN DE VERMELDE DISCIPLINES. HET VERSLAG VAN HET OVERLEG BEVINDT ZICH SAMEN MET DE GEGEVENS OVER DE DIEETTHERAPIE IN HET MEDISCH DOSSIER.

(...) »

8.1.5 Technieken van ingrepen

Wat betreft het type heekunde geattesteerd door de 97 ziekenhuizen, vertegenwoordigen de 'gastric bypass' en de 'Sleeve' respectievelijk 59% en 32% van de bariatrische ingrepen (zie fig. 1). De techniek van de 'gastric banding' is over het algemeen minder frequent (2% van de ingrepen), hoewel zij ten minste 5% van de bariatrische interventies vertegenwoordigt in 8 ziekenhuizen. Eén van hen onderscheidt zich van de anderen door de uitvoering van een 'gastric banding' in 60% van de verblijven voor bariatrische heekunde. Nochtans blijkt dat de 'gastric banding' een matige doeltreffendheid heeft en minder effect heeft op het gewichtsverlies in vergelijking met de 'gastric bypass' en de 'Sleeve' en dat ze vooral op lange



termijn gekenmerkt wordt door een verhoogd aantal van hernieuwde gewichtstoename en van complicaties die leiden tot frequente heringrepen (tot 40 à 50%)⁸.

De attestatie van andere nomenclatuurcodes vertegenwoordigt 7% van de verblijven (1109 verblijven) (fig. 1). Onder hen is de code 241043 'Middenrifs- of hiatushernia langs abdominale weg' geattesteerd in 25% van de gevallen (figuur 2). Ter herinnering : het gaat om codes die aangerekend werden in het kader van verblijven geklasseerd in APR-DRG 403 en/of waarvan de hoofddiagnose uit categorie E66 (overweight and obesity) komt en die geklasseerd zijn in een chirurgische APR-DRG.

Voor de 19 geaudite ziekenhuizen worden de indicaties en contra-indicaties van de 'gastric bypass' en 'Sleeve' hernomen in punt 5.2.1.2. Er wordt opgemerkt dat voor 1 ziekenhuis de ziekte van Crohn geen contra-indicatie is voor een 'gastric bypass'. In het kader van een ingreep van het type 'Sleeve' voert één ziekenhuis systematisch een cholecystectomie uit en 6 ziekenhuizen in geval van asymptomatische galblaaslithiase. Tijdens een operatie van het type 'gastric bypass' wordt in 3 ziekenhuizen systematisch een cholecystectomie uitgevoerd en in 9 ziekenhuizen in geval van symptomatische galblaaslithiase.

Vierendertig verblijven van de 228 onderzochte betreffen patiënten die gehospitaliseerd zijn voor een heringreep na bariatrische heelkunde (zie fig. 37). Het gaat hoofdzakelijk over patiënten die vroeger een ingreep met 'gastric banding' hebben gehad (20 verblijven die 59% van de gevallen vertegenwoordigen). Van hen ondergingen 13 patiënten een 'gastric bypass' (65%), 6 patiënten een 'Sleeve' (30%) en 1 patiënt een 'gastric banding' (5%). Dit sluit aan bij de vaststellingen van het KCE over onder andere het verhoogde aantal heringrepen na een 'gastric banding' en dus over het obsoleete karakter ervan.

8.1.6 Postoperatieve begeleiding

Uit de analyse van de postoperatief uitgevoerde onderzoeken blijkt dat er, net als bij de preoperatief uitgevoerde onderzoeken, variatie bestaat tussen de ziekenhuizen met betrekking tot uitgevoerde raadplegingen en aanvullende onderzoeken.

Postoperatief voert 37% van de geaudite ziekenhuizen systematisch een RX SMD uit (7 ziekenhuizen) en 21% een test met methyleen blauw (4 ziekenhuizen). Een bloedafname wordt in 71% van de gevallen (10 ziekenhuizen) systematisch uitgevoerd.

Postoperatieve raadplegingen worden door ziekenhuizen georganiseerd gedurende de eerst 2 jaren na de bariatrische ingreep.

Postoperatieve raadplegingen bij de chirurg worden in 95% van de gevallen systematisch aangeboden, in 28% van ziekenhuizen plant men ook een raadpleging bij de psychiater/klinisch psycholoog (5

⁸ Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). Bariatric surgery : An HTA report on the efficacy, safety and cost-effectiveness. Brussel, KCE, 2019.

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_316_Bariatric_surgery_Report_0.pdf



ziekenhuizen). In 89% van de ziekenhuizen is er een postoperatieve raadpleging bij de diëtist/nutritionist voorzien (16 ziekenhuizen) en in 13% ook bij endocrinoloog (2 ziekenhuizen).

Andere postoperatieve consulten variëren van ziekenhuis tot ziekenhuis wat betreft de frequentie en de zorgverlener, afhankelijk van de klinische toestand van de patiënt.

We merken op dat patiënten tijdens het tweede jaar postoperatief steeds minder consulteren, overwegend om financiële redenen.

Wat pijnmanagement postoperatief betreft, plaatsen 9 van de 97 ziekenhuizen bij meer dan 70% van de patiënten (geïdentificeerd door de code 202344 van de nomenclatuur) een PCA-pomp na de bariatrische ingreep. De PCA-pomp werd daarentegen in 34 ziekenhuizen in 2016 bij bariatrische verblijven niet aangerekend.

De PCA-pomp werd niet gebruikt in 11 van 19 geaudite ziekenhuizen. Twee ziekenhuizen, daarentegen, rekenden de PCA-pomp nagenoeg systematisch aan tijdens een bariatrisch verblijf. Het gebruik van NSAID's is nogal controversieel omdat sommige ziekenhuizen bariatrische heeldkunde als een absolute contra-indicatie voor het gebruik van NSAID's beschouwen, terwijl andere ziekenhuizen NSAID's weloverwogen postoperatief gebruiken.

Preventie van diepe veneuze trombose werd in de 19 geaudite ziekenhuizen voorzien door inspuiting van heparine met een laag moleculair gewicht. Steunkousen werden gebruikt in 17 van de 19 geaudite ziekenhuizen. Vier ziekenhuizen boden discontinue compressie aan en 4 ziekenhuizen kinesitherapie.

8.1.7 Register van bariatrische ingrepen (kenmerk 29)

« ART14.D VAN DE NGV

(...)

KB 13.6.2010 (INWERKINGTREDING 1.09.2010)

DEZE VERSTREKKINGEN ZIJN SLECHTS AANREKENBAAR OP DE VOLGENDE VOORWAARDEN :

(...)

6° PER ZIEKENHUIS WORDT TEvens EEN REGISTER BIJGEHOUDEN VAN ALLE BARIATRISCHE INGEPEN. DE MODALITEITEN VAN DEZE REGISTRATIE WORDEN VASTGESTELD DOOR HET VERZEKERINGSCOMITÉ.

(...)

28 JULI 2003. - VERORDENING TOT UITVOERING VAN ARTIKEL 22, 11°, VAN DE WET BETREFFENDE DE VERPLICHTE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN, GECOÖRDINEERD OP 14 JULI 1994.

NOTIFICATIE EN REGISTRATIE VAN EEN BARIATRISCHE INGEEF



ART 22BIS 01/09/2010 : DE NOTIFICATIE VOOR EEN BARIATRISCHE INGREEP, BEDOELD ONDER HET OPSCHRIFT " BEHANDELING VAN OBESITAS " IN ARTIKEL 14, D), 5°, VAN DE NOMENCLATUUR WORDT OPGESTELD VOLGENS HET MODEL DAT IS OPGENOMEN IN DE BIJLAGE 77.

ART22TER 01/09/2010 : HET REGISTER BEDOELD ONDER HET OPSCHRIFT " BEHANDELING VAN OBESITAS ", IN ARTIKEL 14, D), 6°, VAN DE NOMENCLATUUR, WORDT OP ELEKTRONISCHE WIJZE BIJGEHOUDEN. HET BEVAT MINSTENS DE GEGEVENS DIE ZIJN OPGENOMEN IN DE NOTIFICATIE ZOALS BEDOELD IN ARTIKEL 22BIS. »

Het register per ziekenhuis van alle bariatrische ingrepen voldoet aan de modaliteiten vastgesteld door het Verzekeringscomité en bijgevolg minstens de gegevens van het notificatieformulier 'bijlage 77' bevatten. Het betreft identificatiegegevens van de patiënt en het ziekenhuis, de geplande bariatrische ingreep, de datum van de geplande bariatrische ingreep, de indicaties van de bariatrische ingreep (BMI en comorbiditeiten of heringreep).

De gemiddelde score voor het register is 68%. Een register van alle bariatrische ingrepen is aanwezig bij 15 van de 19 ziekenhuizen maar bij 6 ervan ontbreekt een deel van de informatie. In 4 ziekenhuizen is het register afwezig.

Het register in zijn huidige vorm is niet geschikt voor onderzoek en/of statistische doeleinden. Een gestandaardiseerd register kan een oplossing bieden.

Er bestaan momenteel andere internationale registers zoals iBAR "iBAR-International BAriatric Registry", SOFFCO.MM⁹ (Société Française et francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques), IFSO¹⁰ (International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders),...

8.1.8 Geverifieerde opnamediagnose (GOD) (kenmerk 07)

De keuze van de hoofddiagnose van het verblijf stemt overeen met de coderingsrichtlijnen (ICD-10-BE 2015 codeerhandleiding). De gemiddelde score voor dit item is 98% en hoeft geen bijzondere opmerkingen.

8.1.9 BMI (medisch dossier) (kenmerk 08)

« ART14.D VAN DE NGV
(...) »

**DEZE VERSTREKKINGEN ZIJN SLECHTS AANREKENBAAR OP DE VOLGENDE VOORWAARDEN :
KB 13.6.2010 (INWERKINGTREDING 1.09.2010)**

⁹ <https://soffcomm.org/>

¹⁰ <http://www.ifso.com/>



1° OP HET MOMENT VAN DE CHIRURGISCHE INDICATIESTELLING $BMI \geq 40$ OFWEL $BMI \geq 35$ IN COMBINATIE MET MINSTENS ÉÉN VAN VOLGENDE CRITERIA :

A) MET GENEESMIDDELEN BEHANDELDE DIABETES;

B) THERAPIERESISTENTE HYPERTENSIE GEDEFINIEERD ALS EEN BLOEDDRUK $>140/90$ MMHG, ONDANKS BEHANDELING GEDURENDE MINSTENS 1 JAAR MET EEN GELIJKTIJDIGE INNAME VAN 3 ANTIHYPERTENSIVA;

C) SLAAPAPNEUSYNDROOM GEOBJECTIVEERD DOOR MIDDEL VAN POLYSOMNOGRAFISCH ONDERZOEK UITGEVOERD IN EEN CENTRUM MET EEN OVEREENKOMST ZOALS BEDOELD IN ARTIKEL 22, 6° EN 23, § 3, VAN DE WET VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN VAN 14 JULI 1994, BETREFFENDE DE DIAGNOSE EN BEHANDELING VAN HET OBSTRUCTIEF SLAAPAPNEUSYNDROOM;

D) HERINGREEP NA COMPLICATIE OF ONVOLDOENDE RESULTAAT VAN EEN VORIGE BARIATRISCHE INGREEP;

(...) »

De BMI die op het moment van de chirurgische indicatie is gedefinieerd, wordt meestal bepaald tijdens de eerste raadpleging bij de arts-specialist in de heelkunde.

De gemiddelde score voor de geaudite verblijven voor dit kenmerk is 92%. Acht procent van de geaudite verblijven voldoet niet aan de aanrekeningsvoorwaarden zoals gedefinieerd in de NGV.

8.1.10 ICD-10-BE code BMI (kenmerk 09)

Figuur 6 (aantal en percentage van de bariatrische ingrepen per gecodeerde BMI-categorie) laat zien dat bij 4% van de verblijven in de 97 ziekenhuizen een BMI < 35 geregistreerd wordt tijdens de hospitalisatie.

Figuur 8 (percentage bariatrische verblijven zonder gecodeerde BMI) laat zien dat 3 van de 97 ziekenhuizen met een score van 15%, 25% en 70% zonder gecodeerde BMI verschillen van de andere ziekenhuizen.

Eén van de 19 geaudite ziekenhuizen heeft bij 75% van de bariatrische verblijven geen BMI gecodeerd, 4 ziekenhuizen hebben bij 8% van de bariatrische verblijven geen BMI-codering.

De registratie van de gecodeerde BMI van het verblijf voldoet aan de coderingsrichtlijnen (ICD-10-BE 2015 codeerhandleiding). De gemiddelde score voor dit kenmerk is 94%.

Bij categorie E66 (overweight and obesity), vereist een instructienota de registratie van een extra code uit categorie Z68 om de BMI te identificeren, indien bekend.

De BMI is zeker relevant voor het bariatrisch verblijf en wordt gecodeerd, maar het ontbreken van de gecodeerde BMI wordt vaak verklaard door het ontbreken van informatie (BMI, gewicht en lengte) in het ontslagverslag.

Merk op dat de BMI gecodeerd tijdens het bariatrisch verblijf verschillend kan zijn van de BMI genoteerd in het medisch dossier ten tijde van de chirurgische indicatiestelling.



8.1.11 Operatief protocol in overeenstemming met de nomenclatuurcode (kenmerk 23)

De gemiddelde score voor dit kenmerk is 96%. Voor 14 ziekenhuizen is de score 100% en voor 5 ziekenhuizen is de score 75% - 92%. Dit wordt verklaard doordat een andere nomenclatuurcode werd aangerekend, of omdat een adequate nomenclatuurcode volgens het ziekenhuis ontbrak (gedetailleerde informatie in punt 7.2 'aangerekende codes en effectief uitgevoerde ingrepen').

Sommige ingrepen ter behandeling van obesitas zijn bij patiënten met een BMI < 35 aangerekend met bijvoorbeeld de nomenclatuurcodes 241485 (Subtotale gastrectomie), 243342 (Ingreep wegens darmobstructie (exclusief beklemd hernia)) en 241043 (Middenrifs- of hiatushernia langs abdominale weg) bij patiënten die respectievelijk een 'Sleeve', een 'gastric bypass' en een 'gastric banding' hebben ondergaan.

Sommige nomenclatuurcodes worden aangerekend bij gebrek aan codes die de ingreep gedetailleerd omschrijven. In het bijzonder is een bariatrische heringreep na een 'gastric bypass' bestaande uit een anastomosisedistalisatie aangerekend met nomenclatuurcode 243246 (Segmentaire resectie van de dunne darm).

Sommige ingrepen ter behandeling van obesitas zijn niet omschreven in de NGV, zoals de 'mini gastric bypass' of de 'resectie van de duodeno-jejunale dilatatie' na een 'gastric bypass' en worden aangerekend met respectievelijk 241846 (Reducerende gastroplastie met bileopancreatische of gastro-jejunale diversie (Scopinaro, gastric bypass, duodenal switch) (ter behandeling van obesitas)) en 241780 (Reducerende gastroplastie (Mason, Sleeve) (ter behandeling van obesitas)).

We herinneren eraan dat elke ingreep het IDEAL-model volgt zoals beschreven in het KCE-rapport over bariatrische heelkunde van 13 juni 2019¹¹. Voor patiënten die ter behandeling van obesitas een bariatrische ingreep vragen maar niet voldoen aan de criteria vermeld in de aanrekeningsvoorwaarden van de NGV, kan er geen andere ingreep aangerekend worden, overeenkomstig de interpretatieregel die hieronder wordt uiteengezet:

« FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

INTERPRETATIEREGELS BETREFFENDE DE NOMENCLATUUR VAN DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN

OP VOORSTEL VAN DE TECHNISCHE GENEESKUNDIGE RAAD VAN 28 APRIL 2009 EN IN UITVOERING VAN ARTIKEL 22, 4°BIS, VAN DE WET BETREFFENDE DE VERPLICHTE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN, GECOÖRDINEERD OP 14 JULI 1994, HEEFT HET COMITÉ VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING OP 16 NOVEMBER 2009 DE HIERNAGAANDE INTERPRETATIEREGEL VASTGESTELD :

INTERPRETATIEREGELS BETREFFENDE DE VERSTREKKINGEN VAN ARTIKEL 14 D) - HEELKUNDE OP HET ABDOMEN - VAN DE NOMENCLATUUR VAN DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN :

INTERPRETATIEREGEL 21

VRAAG

SINDS 1 OKTOBER 2007, VOORZIET ARTIKEL 14 D) VAN DE NOMENCLATUUR VAN DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN IN SPECIEFIEKE VERSTREKKINGEN VOOR DE BEHANDELING VAN OBESITAS DIE TERUGBETAALBAAR ZIJN ONDER WELBEPAALENDE VOORWAARDEN (BMI, OUDERDOM, DIEETBEHANDELING, MULTIDISCIPLINAIR BARIATRISCH OVERLEG).

¹¹ <http://www.ideal-collaboration.net/>



WELKE VERSTREKKING(EN) MAG MEN AANREKENEN VOOR BARIATRISCHE HEELKUNDE UITGEVOERD BIJ EEN PATIËNT DIE NIET AAN DEZE CRITERIA VOLDOET ?

ANTWOORD

AANGEZIEN ER VOOR BARIATRISCHE HEELKUNDE SPECIFIEKE VERSTREKKINGEN MET TERUGBETALINGSCRITEIA VOORZIEN ZIJN IN ARTIKEL 14 D) VAN DE NOMENCLATUUR, IS HET NIET TOEGELATEN ANDERE VERSTREKKINGEN AAN TE REKENEN VOOR DE HEELKUNDIGE BEHANDELING VAN OBESITAS, OF DE PATIËNT AL DAN NIET BEANTWOORDT AAN DE CRITERIA OPGENOMEN ONDER HET OPSCHRIFT « BEHANDELING VAN OBESITAS ».

DE HIERVOREN VERMELDE INTERPRETATIEREGEL TREEDT IN WERKING DE DAG VAN ZIJN PUBLICATIE IN HET BELGISCH STAATSBAD.

**DE LEIDEND AMBTENAAR,
H. DE RIDDER.**

DE VOORZITTER, G. PERL

GEPUBL. OP 08-02-2010

NUMAC : 2010022064 »

8.1.12 ICD-10-BE procedure code (ICD-10-PC) (kenmerk 24)

We verwachten dat de registratie van de procedurecode in overeenstemming is met de coderingsrichtlijnen (codeerhandleiding ICD-10-BE, 2015). De gemiddelde score is 91%.

Een van de meest voorkomende onvolmaaktheden is het weglaten van de registratie van het begrip 'verticaal' als 7e karakter van de procedurecode voor de 'Sleeve', ODB64Z3 'Excision of Stomach, Percutaneous Endoscopic Approach, Vertical'. Daardoor wordt het verblijf ingedeeld bij APR-DRG Medical 421.

In het kader van de wet betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg heeft de FOD VVVL op de website een 'hulpbrochure voor de codering ICD-10-BE' ter beschikking gesteld van de ziekenhuizen. In het bijzonder wordt een hoofdstuk gewijd aan bariatrische heelkunde.

8.1.13 Ontslagverslag (kenmerk 27)

« KB 3.9.1999 (INWERKINGTREDING 30.01.2000)

KONINKLIJK BESLUIT HOUDENDE BEPALING VAN DE ALGEMENE MINIMUMVOORWAARDEN WAARVAN HET MEDISCH DOSSIER, BEDOELD IN ARTIKEL 15 VAN DE WET OP DE ZIEKENHUIZEN, GECOÖRDINEERD OP 7 AUGUSTUS 1987, MOET VOLDOEN.

(...)

ART. 3. § 1. HET IN ARTIKEL 2, § 1, 9°, BEDOELD ONTSLAGVERSLAG OMVAT :

1° HET VOORLOPIG VERSLAG DAT DE ONMIDDELLIJKE CONTINUÏTEIT VAN DE ZORG WAARBORGT;

2° HET VOLLEDIG VERSLAG OVER HET ZIEKENHUISVERBLIJF, ONDERTEKEND DOOR DE ARTS DIE VOOR DE PATIËNT VERANTWOORDELIJK IS.

§ 2. HET IN § 1, 1°, BEDOELDE VERSLAG WORDT :

1° HETZIJ AAN DE PATIËNT MEEGEGEVEN DIE HET AAN ZIJN BEHANDELLENDE ARTS EN AAN IEDER BETROKKEN ARTS BEZORGT;

2° HETZIJ AAN DE BEHANDELLENDE ARTS EN IEDER BETROKKEN ARTS BEZORGD.



BEDOELD VERSLAG BEVAT ALLE INFORMATIE DIE HET VOOR ELKE DOOR DE PATIËNT GECONSULTEERDE ARTS MOET MOGELIJK MAKEN DE CONTINUÏTEIT DER ZORG TE VERZEKEREN.

§ 3. HET IN § 1, 2° BEDOELD VERSLAG WORDT DOOR DE ARTS VAN HET ZIEKENHUIS AAN DE DOOR DE PATIËNT AANGEWEZEN ARTS OVERGEMAAKT.

DIT RAPPORT OMVAT DE MEEST KENMERKENDE ANAMNESTISCHE, KLINISCHE, TECHNISCHE EN THERAPEUTISCHE GEGEVENS OVER DE HOSPITALISATIE EN DE VEREISTE NAZORG.

ART. 4. HET MEDISCH DOSSIER, IN HET BIJZONDER HET ONTSLAGVERSLAG, MOET DE THERAPEUTISCHE EN DIAGNOSTISCHE AANPAK GETROUW WEERGEVEN. »

De gemiddelde score voor het item 'ontslagverslag' is 91%. Daarvoor scoren 15 ziekenhuizen 100% en 4 ziekenhuizen behalen een score variërend van 17% tot 92%.

8.2 EPD en verpleegkundige items

8.2.1 BMUC-criteria

In het algemeen stellen we vast dat de resultaten van het auditbezoek in overeenstemming zijn met de verklaringen van de ziekenhuizen.

De geaudite ziekenhuizen hebben zeer verschillende informaticaniveaus. Elk van de ziekenhuizen heeft verschillend geïnvesteerd in de informatisering van hun patiëntendossiers, afhankelijk van hun respectievelijke prioriteiten. Er was dus een zekere ongelijkheid aan de ene kant, maar bovenal een gemeenschappelijke wens om een krachtig, praktisch en volledig geïntegreerd instrument te hebben.

We stellen echter een overschatting vast van het criterium "Unieke patiëntidentificatie" in een ziekenhuis in vergelijking met de huidige situatie. We kunnen op dit moment echter geen absolute conclusies trekken over hoe dit verschil verklaard kan worden, aangezien de referentieperioden niet perfect overeenkomen. Voor het "elektronisch voorschrijven" zien we een aanzienlijke toename van het aantal ziekenhuizen dat reeds is uitgerust met een elektronisch voorschriftsysteem. Voor het criterium "geautomatiseerde communicatie met het HUB-systeem en interacties met e-health" is vastgesteld dat alle ziekenhuizen zijn aangesloten op het Hub-metahub systeem. Het is echter niet mogelijk om vast te stellen of een ziekenhuis de documenten van een patiënt daadwerkelijk deelt via het Hub-Metahub systeem. Het mag niet vergeten worden dat dit afhankelijk is van de geïnformeerde toestemming van de patiënt. Ook het beleid inzake gegevensuitwisseling kan per ziekenhuis verschillen. Sommige ziekenhuizen delen automatisch alle documenten, andere ziekenhuizen delen de (tijdelijke) ontslagbrief maar bijvoorbeeld niet de operatieve protocols.



8.2.2 Verpleegkundige items

Het is belangrijk om in gedachten te houden dat vanwege de beschikbaarheid van de meest recente gegevens tijdens de audit, de geauditeerde verpleegkundige gegevens in 2017 werden geregistreerd onder verwijzing naar versie 1.6 van het codeerhandboek.

Naar aanleiding van de vorige VG-MZG audits en de actualisering van de NRG's zijn de coderingsregels herzien met het oog op de vereenvoudiging en verduidelijking van bepaalde registratievoorwaarden.

De opmerkingen die tijdens de audit zijn gemaakt op basis van de informatie in de geaudite dossiers, de geregistreerde gegevens en de huidige situatie hebben het mogelijk gemaakt om vele aanpassingen aan de geldende regels vast te stellen. Deze verbeteringen suggereren een verbetering van zowel de kwaliteit van de informatie in het patiëntendossier als van de kwaliteit van de geregistreerde gegevens die voor verschillende behoeften en doeleinden door de administratie worden gebruikt.



9 Conclusie

Obesitas is een multifactoriële ziekte die grotendeels afhankelijk is van omgeving en gedrag (genetische gevoeligheid, familiaal karakter, omgevingsfactoren, eetgedrag, psychologische en sociale factoren, ...). Obesitas komt in de OESO-landen¹² gemiddeld bij 19,5% van de bevolking voor. Met een percentage van 18,6% in België rechtvaardigen epidemiologische gegevens dat we inspanningen kunnen doen om de obesitasepidemie die zich momenteel ontwikkelt, te bestrijden. Het globale karakter van de toename van de prevalentie van obesitas doet ons geloven dat er naast de individuele aanpak een algemeen preventiebeleid mag gevoerd worden dat tal van sociale kwesties mee in rekening neemt (politiek, urbanisering, economie, agrovoedingssector, horeca, docenten, gezondheidswerkers, enz.).

Het blijkt dat bariatrische heelkunde leidt tot een aanzienlijk en duurzaam gewichtsverlies bij de meerderheid van de patiënten. Er is ook een verbetering van fysieke componenten van de kwaliteit van leven, een diabetesremissie bij diabetespatiënten en een afname van vroegtijdige sterfte als gevolg aandoeningen veroorzaakt door obesitas¹³.

Toch zijn deze ingrepen zwaar, vaak onomkeerbaar en niet zonder risico. Psychologische problemen kunnen optreden of verergeren, gerelateerd aan veranderingen in het lichaam die niet voldoen aan de verwachtingen van patiënten (gevoelens van kwetsbaarheid of vreemdheid) of die, ondanks het verlies van gewicht, niet de problemen oplossen die de patiënt aan zijn obesitas toeschrijft. Deze kloof tussen ideaal en realiteit kan, naast gewichtstoename, leiden tot het ontstaan van verslavingen, anorexia, angst en depressieve stoornissen¹⁴. Publicaties¹⁵ melden een verhoogd zelfmoordrisico na een bariatrische ingreep. Psychologische zorg voor en na de bariatrische heelkunde verdient belangrijke aandacht.

Meerdere studies tonen aan dat onvoldoende postoperatieve begeleiding gevolgen kan hebben, zoals minder gewichtsverlies of neurologische complicaties als gevolg van vitaminetekorten. In Nederland is het percentage patiënten dat men uit het oog verliest tijdens de postoperatieve zorg lager dan in andere landen¹⁶. Deze resultaten worden verklaard door de implementatie van een goed gecoördineerd zorgprogramma waarbij de huisarts in alle stadia betrokken is. De huisarts is degene die patiënten doorverwijst naar de obesitaskliniek en die regelmatig verslagen ontvangt van het verdere verloop. Zes preoperatieve raadplegingen zijn verplicht, waardoor in 30% van de gevallen de operatie wordt geweigerd. Alleen bepaalde erkende ziekenhuizen zijn bevoegd om bariatrische heelkunde uit te voeren, met de verplichting om ten minste 200 operaties per jaar uit te voeren, door minimaal 2 chirurgen. Acht

¹² <https://www.cerim.org/rapports/lobesite-dans-le-monde-ocde-2017>

¹³ https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_316A_Obesitas_chirurgie_Synthese.pdf

¹⁴ Salamon-Dezaille MH, Poitou-Bernert C. Prise en charge psychologique avant et après une chirurgie bariatrique Soins 2016, 61(811): 31-33.

¹⁵ Tindle HA, Omalu B, Courcoulas A, Marcus M, Hammers J, Kuller LH. Risk of Suicide after Long Term Follow-up from Bariatric Surgery. Am J Med 2010, 123(11): 1036-1042.

¹⁶ <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/12/Chirurgie-bariatrique-rapport-final-27-novembre.pdf>



obesitasklinieken verzekeren de pre- en postoperatieve begeleiding (psychologische, dieet- en lichaamsbeweging), die verplicht in een groep wordt uitgevoerd. Deze begeleiding omvat 28 consulten van een halve dag gedurende de eerste twee jaar, gevolgd door jaarlijkse consulten van een halve dag gedurende ten minste 5 tot 7 jaar. In geval van niet-naleving worden financiële sancties opgelegd aan de patiënt.

Zoals voorgesteld voor de pathologie van de wervelkolom¹⁷ en geïnspireerd door initiatieven in Nederland, kan de Belgische overheid een multidisciplinair organisatiemodel ontwikkelen. Verschillende experts, waaronder de behandelende arts, werken in dit model samen en beslissen na een effectief multidisciplinair overleg of de patiënt geschikt is voor behandeling met een bariatrische ingreep. Huisartsen zijn de managers van het globaal medisch dossier en staan daardoor centraal in de zorg van de obese patiënt.

Het algemene zorgpad, dat vaak wordt genoemd als de oplossing voor een beter beheer van obesitas, is niet gedefinieerd in termen van frequentie/type van consultaties en aanvullende onderzoeken. Het is daarom belangrijk om de competenties in kaart te brengen, de pre- en postoperatieve begeleiding te standaardiseren en de nodige middelen te mobiliseren voor het gehele zorgproces: coördinator, voedingsdeskundige, artsen-specialisten in de interne geneeskunde, diëtist, fysiotherapeut, psycholoog/psychiater, maatschappelijk assistent, artsen-specialisten in de heeskunde en behandelende arts. Deze multidisciplinaire en gecoördineerde zorg kan een weloverwogen en gerechtvaardigde toegang tot heeskunde of een andere behandeling garanderen.

In de praktijk wordt opgemerkt dat het moeilijk is om de duur en de aard van het zorgpad te documenteren. Als oplossing kan begeleiding van de obese patiënt in het ziekenhuis gedurende een bepaalde periode dienen als voorwaarde voor toegang tot bariatrische heeskunde.

Het is noodzakelijk dat de bevoegde autoriteiten specifieke aanbevelingen doen met betrekking tot de bariatrische operatietechnieken (verouderde ingrepen, heringrepen, nieuwe technieken, enz.), zo nodig met aanpassing van de nomenclatuur.

Het register, zoals vereist door de NGV, is in zijn huidige vorm verouderd. De meeste ziekenhuizen hebben een eigen register van bariatrische ingrepen. De inhoud van het register verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis en wordt niet gebruikt om de kwaliteit van de zorg of de begeleiding op nationaal niveau te verbeteren. Om de relevantie, de kwaliteit, de klinische en de functionele doeltreffendheid en de efficiëntie van de medische en heeskundige behandeling van obesitas beter te kunnen beoordelen, is het van belang een nationaal register op te stellen, zodat vergelijking met niet-heeskundig behandelende obese personen mogelijk is.

Het is van essentieel belang om de betrokkenheid van de patiënten te versterken en hen te motiveren door hun zeggenschap te bevorderen (aanmoediging van expertpatiënten en patiëntengroepen die actief bijdragen aan de zorg) en door de mogelijkheid te bekijken om bepaalde onderzoeken, raadplegingen of

¹⁷ Het akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/akkoord_artsen_ziekenfondsen_2018_2019.pdf



nuttige supplementen (preoperatief dieet, vitaminen en supplementen om tekorten te voorkomen en te behandelen, ...) terug te betalen. Het niet terugbetalen van revalidatie en raadplegingen bij de diëtist en de psycholoog is in tegenspraak met de erkende behoefte aan begeleiding van obese personen. Een manier om patiënten te motiveren om het zorgpad te volgen, is de volledige begeleiding (raadplegingen, heelkunde, vitaminen, ...) terug te betalen op basis van deelname. Dit kan het vroegtijdig stopzetten van follow-up verminderen.

Wat de informatisering van het patiëntendossier en de geregistreerde gegevens betreft, is het nodig dat de ziekenhuizen hun inspanningen verderzetten en dat deze aangemoedigd worden. Ziekenhuizen die al verder gevorderd zijn, ronden hun projecten af en houden deze up-to-date. Ziekenhuizen met enige vertraging op dit niveau zullen hun reflecties en onderzoek voortzetten om de implementatie van het elektronisch patiëntendossier door te voeren.



10 Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst zorgpad bariatrische heelkunde

Vragenlijst zorgpad

De analyse (vraag en antwoord) is een weergave van het multidisciplinair zorgpad van de obesitaspatiënt, opgenomen voor bariatrische heelkunde, in 2016. Het zorgpad wordt opgedeeld in een preoperatief, een peroperatief en een postoperatief deel.

PREOPERATIEF :

Door wie wordt de patiënt verwezen?

Chronologie van de raadplegingen:

In verband met de eerste raadpleging:

Door :

Duur van de raadpleging (min) :

In verband met de anamnese (vragen gesteld tijdens de eerste raadpleging)

Voeding :

Fysieke activiteit :

Professionele activiteit :

Familiale voorgeschiedenis obesitas:

Psychiatrische voorgeschiedenis:

Overige medische voorgeschiedenis :

In verband met de raadpleging bij de diëtist/nutritionist

Aanwezigheid van een verslag/spoor in het dossier van de patiënt :

Opvolgen van een dieet gedurende minstens 1 jaar :

In verband met de bijkomende uitgevoerde onderzoeken

Endoscopie:

Opsporen *Helicobacter pylori* :

Echografie:

Andere:

In verband met de verificatie van de primaire regels van de nomenclatuur

Arteriële hypertensie:

Diabetes:

Slaapapneusyndroom:

Welk zorgpad stelt men voor bij een patiënt die niet beantwoordt aan de RIZIV criteria ?



In verband met het multidisciplinair bariatrisch overleg

Duur per patiënt (min) :

Interval tussen de vergadering en de interventie :

In verband met informatie aan de patiënt

Informatie met betrekking tot de verschillende chirurgische technieken (voordelen en nadelen van de verschillende technieken) :

Succesratio, hervalratio :

Mogelijke complicaties :

Opvolging (frequentie van de raadplegingen bij chirurg, dieet, labo) :

Een door de patiënt ondertekend document dat aangeeft welke informatie hij heeft gekregen (informed consent) :

Informatie aan de huisarts na de beslissing van het multidisciplinaire team?

Duur van het preoperatieve zorgpad/Tijd tussen de eerste raadpleging en de ingreep? (maand):

OPERATIE

In verband met de keuze van de chirurgische techniek

Indicatie sleeve :

Contra-Indicatie sleeve :

Indicatie ring :

Contra-indicatie ring :

Indicatie bypass :

Contra-indicatie bypass :

Indicatie cholecystectomy :

POSTOPERATIEF BELEID IN HET ZIEKENHUIS

Gerealiseerde complementaire onderzoeken ?

Opvolgprotocol op korte termijn (dag 0, dag 1, dag 2) ?

Preventie DVT:

Pijnbeleid :

Andere :

Hoeveel nachten postoperatief blijft de patiënt (bij maagband, bij gastric bypass, bij sleeve resectie)?

POSTOPERATIEF BELEID, NA HET ZIEKENHUISVERBLIJF

Voorziene raadplegingen

Bij de chirurg:

Bij de dietiste:

Bij de psychologe / arts specialist in de psychiater:

Andere:

Duur opvolging (jaar):

Multidisciplinair overleg :

Documenten met informatie (voeding, levenswijze, ...):

Informatie ivm te contacteren personen in geval van problemen ivm met de bariatrische ingreep:

Verslag voor de behandelende arts:

Tijd tot versturen van het verslag:



TARIFICATIE

Hoe komt deze tot stand ?
Controle nadien?

BIJZONDERE INITIATIEVEN

Op medische vlak / begeleiding van de patiënt : praatgroep, kookatelier, fysische revalidatie, andere?

IMPACT OP HET LEVEN VAN DE PATIËNT

Psychologische, fysische gevolgen?
Gevolg op werkonbekwaamheid:

REGISTER

Register van alle bariatrische ingrepen aanwezig?
Formaat van het register:



Bijlage 2: Kenmerken van de bariatrische ziekenhuisverblijven (29 items voor analyse)

DOSSIERBESPREKING: KENMERKEN VAN ZIEKENHUISVERBLIJVEN

Tijdens de bespreking van de dossiers van de geselecteerde ziekenhuisverblijven zullen deze kenmerken overlopen worden.
De te bespreken verblijfsnummers worden twee dagen voor de audit verstuurd, via e-mail.

1. Dossier aanwezig
2. Leeftijd van de patiënt
3. Geslacht van de patiënt
4. Duur van de opname
5. Diagnosis Related Group (DRG)
6. Severity of Illness (SOI)
7. Geverifieerde opnamediagnose (GOD) (ICD-10-BE diagnose) (E66.01 Morbid (severe) obesity due to excess calories of E66.2 Morbid (severe) obesity with alveolar hypoventilation (Pickwickian syndrome))
8. Waarde van de Body Mass Index (BMI) op het moment van de heelkundige indicatiestelling en/of het moment van het multidisciplinair overleg
9. ICD-10-BE code BMI (Z68.35-Z68.45) aanwezig
10. Diabetes behandeld met medicatie
11. Indien diabetes: ICD-10-BE code diabetes (E08. -> E13.) aanwezig
12. Therapieresistente hypertensie gedefinieerd als een bloeddruk >140/90mmHg, ondanks behandeling gedurende minstens 1 jaar met een gelijktijdige inname van 3 antihypertensiva
13. Indien hypertensie: ICD-10-BE hypertensie code (I10.->I15.) aanwezig
14. Slaapapneusyndroom (SAS) geobjectiveerd door middel van polysomnografisch onderzoek uitgevoerd in een centrum met een overeenkomst zoals bedoeld in artikel 22, 6° en 23, § 3, van de wet voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU) van 14 juli 1994, betreffende de diagnose en behandeling van het obstructief slaapapneusyndroom
15. Indien SAS: ICD-10-BE slaapapneucode (G47.30-G47.39) aanwezig
16. Heringreep na complicatie of onvoldoende resultaat van een vorige bariatrische ingreep
17. Indien heringreep: ICD-10-BE code (Z98.84: bariatric surgery status) aanwezig
18. De patiënt heeft minstens gedurende 1 jaar een gedocumenteerde dieetbehandeling gevolgd zonder blijvend succes
19. Aanwezigheid in het dossier van een rapport van een multidisciplinair bariatrisch overleg met gezamenlijke indicatiestelling voorafgaand aan de heelkunde, ondertekend door drie deelnemers (chirurg, internist, klinisch psycholoog/psychiater)
20. Echografie van het abdomen aanwezig
21. Oesofagogastroduodenoscopie voorafgaand aan de ingreep aanwezig
22. Operatieverslag aanwezig



23. Operatieverslag in overeenstemming met de nomenclatuur (241780-sleeve, 241824-anneau, 241846-bypass)
24. ICD-10-PCS procedure (0DB6*Z3-sleeve, 0DV6*CZ-ring, 0D16***-bypass)
25. Complicatie of voorval met het gebruikte hulpmiddel
26. Pijnpomp werd gebruikt
27. Ontslagbrief aanwezig
28. Hospitalisatieverslag met opvolging en aanbevelingen aanwezig
29. In register aanwezig

Indien u vragen heeft, kan u deze stellen via het e-mailadres Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be



Bijlage 3: Vragenlijst BMUC en verpleegkundige item met betrekking tot de bariatrische verblijven

Vragenlijst betreffende het elektronisch patiëntendossier (EPD) in het kader van de opvolging van de bariatrische patiënt (actuele status) en betreffende de verpleegkundige gegevens van de minimale ziekenhuisgegevens (VG-MZG) in het kader van de opvolging van de bariatrische patiënt (in 2016)

Gelieve deze vragenlijst volledig in te vullen en terug te mailen (in .docx), samen met bijlagen (in .pdf), naar Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be

Wil u dit document met bijlagen terugzenden voor Xx xx 2019

Indien u vragen heeft, kan u deze stellen via het e-mailadres Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be

1. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) van de bariatrische patiënt

1.1 De unieke patiëntidentificatie

- 1.1.1 Hoe worden de niet-geïnfomatiseerde onderdelen van het patiëntendossier gearchiveerd?
- 1.1.2 Is er een procedure die de exacte toewijzing van de onderdelen van het patiëntendossier aan de juiste patiënt garandeert? Gelieve deze procedure toe te voegen in bijlage.

Wanneer een patiëntdossier geconsulteerd wordt, moet men de patiëntidentificatie opnieuw ingeven wanneer men verandert van toepassing of zoekdomein? Zo ja, welke patiëntidentificatie?

1.2. Het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen

- 1.2.1. Welke zorgeenheden of diensten maken gebruik van het elektronisch voorschrift? Hoeveel procent van de voorschriften in het ziekenhuis is elektronisch?
- 1.2.2. Op welke manier wordt de toediening van een elektronisch voorgeschreven geneesmiddel gevalideerd en gevisualiseerd?

1.3 De geautomatiseerde communicatie met Hubs en interactie met e-health

- 1.2.3. Kan men vanuit het patiëntendossier brieven, een Sumehr ... consulteren op de Hub?



2. De verpleegkundige gegevens van de minimale ziekenhuisgegevens (VG-MZG) van de bariatrische patiënt

2.1 Item E100: Symptoommanagement: pijn

- 2.1.1 Welk(e) gevalideerd(e) meetinstrument(en) worden er gebruikt? Gelieve ons de gebruiksaanwijzingen en wetenschappelijke referenties te bezorgen.
- 2.1.2 Wat is het gevolgde klinisch beleid (protocol) omtrent de opvolging van pijn i.v.m. bariatrische chirurgie?

2.2 Item E200: Symptoommanagement: nausea en/of braken

- 2.2.1 Welk(e) gevalideerd(e) meetinstrument(en) worden er gebruikt? Gelieve ons de gebruiksaanwijzingen en wetenschappelijke referenties te bezorgen.
- 2.2.2 Wat is het gevolgde klinisch beleid (protocol) omtrent de opvolging van nausea en/of braken i.v.m. bariatrische chirurgie?

2.3 Item G100: Opvolging van de voedings- of vochtbalans

- 2.3.1 Hoe en wanneer wordt het gewicht gecontroleerd?
- 2.3.2 Wordt de voedingstoestand gecontroleerd? Indien ja, hoe?

2.4 Item G300: Glycemiebeleid

- 2.4.1 Wordt er een protocol gevolgd bij het glycemiebeleid voor bariatrische chirurgie?
- 2.4.2 Hoe wordt het interpreteren van de resultaten geformaliseerd?
- 2.4.3 Indien er één zorgplan en/of educatieplan gebruikt wordt, gelieve ons dan een voorbeeld bezorgen.

2.5 Item H200: Aantal verschillende IV medicatie en H300 meest frequent toegediende IV medicatie

- 2.5.1 Wat zijn de meest voorkomende geneesmiddelen die via deze weg worden toegediend in de context van bariatrische chirurgie?
- 2.5.2 Hoe worden ze voorgeschreven?
- 2.5.3 Hoe wordt hun toediening gevalideerd?

2.6 Item L100 : Opvolging van een wonde en/of zones met huidlaesies en/of een verband en/of gebruikt materiaal zonder uitgevoerde zorgen

- 2.6.1 Wat zijn de types van wonden of materialen die een opvolging nodig hebben i.v.m. de bariatrische chirurgie?

- 2.7.1 Wordt dit type bloedafname gedaan in de context van bariatrische chirurgie?
- 2.7.2 Wie voert de bloedafname uit?
- 2.7.3 Hoe wordt het type afname aangegeven in het verpleegkundig dossier?
- 2.7.4 Waar worden de resultaten van de analyses weergegeven?

- 2.8.1 Wordt dit type bloedafname gedaan in de context van bariatrische chirurgie?
- 2.8.2 Wie voert de bloedafname uit?
- 2.8.3 Hoe wordt het type afname aangegeven in het verpleegkundig dossier?
- 2.8.4 Waar worden de resultaten van de analyses weergegeven?

- 2.9.1 Over welke onderwerpen wordt het meest informatie gegeven met als doel om de zelfstandigheid te herwinnen?
- 2.9.2 Indien er één educatieplan gebruikt wordt, gelieve ons dan een voorbeeld bezorgen.

- 2.10.1 Indien er één educatieplan gebruikt wordt, gelieve ons dan een voorbeeld bezorgen.

- 2.11.1 Welke parameters worden met een discontinue meting opgevolgd in de context van bariatrische chirurgie?
- 2.11.2 Hoe wordt het continue karakter van elke opgevolgde parameter geïdentificeerd?
- 2.11.3 Op welke wijze en hoe wordt deze gevalideerd en genoteerd binnen het dossier?

- 2.12.1 Welke parameters worden met een discontinue meting opgevolgd in de context van bariatrische chirurgie?

Op welke wijze en hoe wordt deze gevalideerd en genoteerd in het dossier?

- 2.13.1 Welk(e) gevalideerd(e) meetinstrument(en) worden er gebruikt? Gelieve ons de gebruiksaanwijzingen en wetenschappelijke referenties te bezorgen.



Bijlage 4: Algemene aankondiging Audit Ziekenhuizen



Project Audit Ziekenhuizen
FOD VVVL - RIZIV - FAGG
Tervurenlaan 158
1150 Brussel

Ter attentie van de algemeen directeur
en betrokken diensthoofden

Onze referentie: GA-nl Project Audit BAR CHIR

Betreft: informatie over het project 'Audit Ziekenhuizen' – 'Proof of Concept': audit over het thema bariatrische heelkunde

Brussel, 05 februari 2019

Geachte mevrouw, meneer

De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL), het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) werken onder andere samen aan het redesign van de gezondheidszorgadministraties. Hierbij is, binnen het programma 'Passerelles', audit van de ziekenhuizen als een prioritair domein gedefinieerd. In het actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020 staat het principe van de audit van ziekenhuizen ook vermeld, met een focus op het goed en doelmatig gebruik van de ingezette middelen. Hiervoor is een aparte eenheid « Audit Ziekenhuizen» in oprichting.

De algemene doelstellingen van het project, met betrekking tot zorg verbonden aan het ziekenhuis, zijn:

- de kwaliteit en efficiëntie van de zorgverlening voor de burger verbeteren
- de besteding van de overheidsmiddelen optimaliseren

Door toename van de transparantie en eenvoud in het toezicht op ziekenhuizen door de verschillende overheidsinstellingen (only once principle) streeft de eenheid 'audit ziekenhuizen' naar *conformiteit* aan normen en regels van de federale gezondheidszorgadministraties, *doelmatigheid* van de geleverde zorg als geheel, en 'best practices' in de Belgische ziekenhuizen.





De ziekenhuisaudits nodigen uit tot verbeterprojecten op het niveau van de ziekenhuizen en de zorgverleners, met nadruk op het feedback geven en aanspreken, het uitnodigen tot uitleg en verbeterinitiatieven en het begeleiden en monitoren.

Het auditteam bestaat uit artsen-auditeurs, verpleegkundigen-auditeurs en apothekers-auditeurs. De auditeurs maken onder andere gebruik van federale gekoppelde gegevens (minimale ziekenhuisgegevens FOD en facturatiegegevens van het RIZIV). In de geïntegreerde aanpak van de audit van ziekenhuizen kan ook plaats zijn voor het evalueren van de multidisciplinaire zorgpaden, medische hulpmiddelen, het elektronische patiëntendossier (EPD), e.a.

Ter validatie van een aantal aspecten van het project « Audit Ziekenhuizen» vindt een 'Proof Of Concept' plaats, waarbij ziekenhuisaudits over bariatrische heelkunde uitgevoerd zullen worden.

OORSPRONG VAN DE GEKOPPELDE GEGEVENS

Het RIZIV verzamelt anonieme statistische bestanden over aangerekende zorg per ziekenhuisverblijf. Dit zijn anonieme ziekenhuisverblijven (AZV). De ziekenhuizen sturen op anonieme wijze en voor elke opgenomen patiënt gegevens over de medische diagnoses en uitgevoerde ingrepen (MZG) naar de FOD VVVL.

De Technische Cel¹⁸ koppelt deze gegevens om per pathologiegroep een overzicht te krijgen over de verleende zorg en de door de ziekteverzekering terugbetaalde kosten. De Technische Cel maakt deze overzichten voor ieder ziekenhuis apart en voor alle ziekenhuizen samen. De informatie is gebaseerd op de gevalideerde MZG gegevens van de FOD VVVL en facturatiegegevens afgeleverd door de verzekeringsinstellingen aan het RIZIV (AZV).

De gegevens die ontstaan uit de koppeling van de AZV en de MZG worden gebruikt om:

- verbanden tussen de uitgaven van de verzekering voor de geneeskundige verzorging en pathologiegroepen te analyseren, of
- financieringsregels, normen en kwaliteitsvoorwaarden in het kader van een doelmatig gezondheidszorgbeleid uit te werken.

Met deze koppeling van de gegevens wenst de federale overheid de ziekenhuizen, de artsen en de wetenschappelijke instellingen maximaal te informeren over het gebruik van de medische middelen en hun kostprijs voor het deel van de zorgverlening in de ziekenhuizen.

AUDIT MET GARANTIE OP CONFORMITEIT, DOELMATIGHEID EN 'BEST PRACTICES'

De ziekenhuisaudit *conformiteit, doelmatigheid en 'best practices'* past binnen het redesign van de gezondheidszorgadministraties; de audit draagt bij aan de ondersteuning, kwaliteitsbewaking en het toezicht in de ziekenhuizen. Het staat los van andere audits die de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen ondersteunen aan de hand van een internationaal accreditatieprogramma (bijvoorbeeld Joint

¹⁸ Technische Cel voor de verwerking van de gegevens met betrekking tot de ziekenhuizen:
<https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/>



Commission International (JCI), Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ),). Via tegensprekelijke en objectieve rapportering aan het geauditeerde ziekenhuis worden het auditteam en het geauditeerde ziekenhuis partners in zorgmanagement. Aan de hand van een verbetertraject worden meetbare afspraken gemaakt en opvolg audits gepland.

AUDITONDERWERPEN: O.A. LAAGVARIABLE ZORG

In 2015 heeft de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maggie De Block, een plan van aanpak ontwikkeld om het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering te reorganiseren. Betreffende het ziekenhuislandschap, zal het creëren van ziekenhuisnetwerken toelaten om efficiënt te beantwoorden aan de nieuwe behoeften van patiënten en aan de evolutie van de medische technologieën en behandelingen. Tegelijkertijd zal het nieuwe financieringssysteem van laagvariabele zorg toelaten om de zorg die weinig verschilt van patiënt tot patiënt, correct te financieren door in alle betrokken ziekenhuizen dezelfde bedragen vast te stellen. Sinds 19 juli 2018 kent België de wet betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg. De thematische aanpak van de audit van ziekenhuizen laat zich onder andere inspireren door de lijst van patiëntengroepen van laagvariabele zorg.

METHODE

- 1) Na het bepalen van de objectieven voeren de auditers een desktop analyse uit van de beschikbare data en literatuur
- 2) Een (geanonimiseerde) benchmark ten opzichte van andere ziekenhuizen wordt uitgevoerd.
- 3) het multidisciplinaire team van het geauditeerde medische (sub)specialisme en het zorgpad van de patiënt worden bevraagd in de geselecteerde ziekenhuizen.
- 4) Via een reeks ziekenhuisverblijven worden zowel de conformiteit aan normen en regels van de gezondheidszorgadministraties als de doelmatigheid van de geleverde zorg als geheel geauditeerd. 'Best practices' kunnen bijvoorbeeld getoetst worden aan de criteria van de laagvariabele zorg, evidence based medicine (EBM), kwaliteitsindicatoren (KI), kritieke prestatie-indicatoren (KPI), outcome parameters, richtlijnen, benchmarking, etc.
- 5) De audit gebeurt volgens de algemeen geldende auditprincipes: uniform, systematisch, onafhankelijk, aftoetsen van afspraken (regels, procedures, normen,...) om op een objectieve manier na te gaan in hoeverre er afwijkingen bestaan tussen de doelstellingen en de werkelijkheid. Hierbij hanteert men normen en referentiekaders als uitgangspunten.
- 6) De auditers leggen een tegensprekelijk rapport voor aan de geauditeerde, met bevindingen, 'best practices', verbeterpunten en meetbare afspraken voor opvolging van verbetertrajecten voor het ziekenhuis. Waar nodig krijgt het verbetertraject een verplichtend karakter. Globale bevindingen van een geauditeerd thema kunnen vertaald worden naar overeenkomsten met de sector met opvolgbare acties.
- 7) Tenslotte worden opvolg audits voor de verbetertrajecten uitgevoerd. Zo is er een continue uitwisseling van informatie tussen de gezondheidszorgadministraties en de ziekenhuizen.

KEUZE VAN HET AUDITONDERWERP VOOR DE PROOF OF CONCEPT

De eenheid « Audit Ziekenhuizen » werkt onder andere mee aan de ondersteuning, de kwaliteitsbewaking en het toezicht van de ziekenhuizen in het kader van de laagvariabele zorg. Bariatrische heelkunde is een van de 57 patiëntengroepen, opgenomen in het Koninklijk Besluit van 2



december 2018 tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg.

Obesitas is een belangrijk en toenemend maatschappelijk probleem en gaat gepaard met significante morbiditeit. Bariatrische heelkunde biedt de mogelijkheid om gewichtsreductie te bekomen en geassocieerde ziektebeelden te remediëren. Dit type heelkunde is onderworpen aan een aantal criteria volgens de internationale richtlijnen en nomenclatuur voor geneeskundige verstrekkingen. De audit *conformiteit*, *doelmatigheid* en *'best practices'* kadert in een verdere sensibilisering van de personen en ziekenhuizen die betrokken zijn bij het zorgpad van de obesitaspatiënt.

COMMUNICATIE EN RAPPORTAGE

Het auditteam communiceert met het ziekenhuis via verschillende kanalen: e-mail, telefoon, De audits ter plaatse worden twintig dagen op voorhand aangekondigd met een e-mail gericht aan de algemeen directeur van het ziekenhuis. De audits ter plaatse zullen plaatsvinden van februari tot en met mei 2019. De lijst met verblijfsnummers die besproken zullen worden, worden twee dagen voor de audit ter plaatse, bekend gemaakt aan het ziekenhuis. Tijdens de audit ter plaatse wordt onder andere het zorgpad van de obesitaspatiënt getoetst aan de hand van de beschikbare informatie (website, brochures, aangerekende nomenclatuur, EPD, wetgeving, codering, richtlijnen, EBM, ...). Binnen de dertig dagen na de audit ontvangt het ziekenhuis een objectief en tegensprekelijk rapport van het auditbezoek. Opvolgaudits kunnen gepland worden. Een samenvattend rapport voor het auditthema zal na het uitvoeren van de audits beschikbaar gesteld worden.

VRAGEN

Met vragen kan u terecht bij Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be

Met de meeste hoogachting,

dr. Nick De Swaef,
projectleider 'Audit Ziekenhuizen'



Bijlage 5: Aankondiging audit bariatrische heelkunde aan de geselecteerde ziekenhuizen



Project Audit Ziekenhuizen
FOD VVVL - RIZIV - FAGG
Tervurenlaan 211
1150 Brussel

Ziekenhuis X
Ter attentie van de algemeen directeur
en betrokken diensthoofden
Adres
Adres

Onze referentie: AA-nl BAR CHIR *ziekenhuisnummer (XXX)*

Betreft: Audit bariatrische heelkunde

In bijlage: de checklist A BAR CHIR *ziekenhuisnummer (XXX)*

Brussel, *datum*

Geachte mevrouw, meneer,

In het kader van de 'redesign' van de gezondheidszorgadministraties bestaan passerelles tussen overheidsinstellingen, waaronder de eenheid « Audit Ziekenhuizen » die zich toelegt op *conformiteit, doelmatigheid en 'best practices'* in de Belgische ziekenhuizen. Het is een co-governance structuur met de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL), het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG). De methode van audit is gebaseerd op een analyse van de federale gekoppelde gegevens (minimale ziekenhuisgegevens (MZG) en facturatiegegevens van het RIZIV).

Een audit betreffende bariatrische heelkunde zal plaatsvinden in uw ziekenhuis op de volgende datum: *xx - maand 2019*.

De audit richt zich hoofdzakelijk op het multidisciplinair zorgpad van de obesitaspatiënt, opgenomen voor bariatrische heelkunde, met inbegrip van de verschillende registraties en procedures, kaderend in dit thema.

In deze brief wordt uitgelegd hoe de selectie van de ziekenhuizen is gebeurd, hoe deze audit in uw ziekenhuis zal verlopen en wat er van u verwacht wordt.





DE SELECTIE

De selectie van de ziekenhuizen gebeurde in twee tijden.

Eerst werden de ziekenhuisverblijven geselecteerd waarbij de patiënt het ziekenhuis verlaten heeft in 2016, volgens de onderstaande criteria:

- ❖ Een van de 3 nomenclatuurcodes voor bariatrische heelkunde ("241780", "241824" of "241846") werd gefactureerd tijdens het verblijf en/of
- ❖ Verblijven geklasseerd in APR-DRG (All Patient Refined - Diagnosis Related Groups) 403 (Obesitasprocedures) en/of
- ❖ Verblijven met als hoofddiagnose een code uit de categorie E66 (Overweight and obesity) en geklasseerd als een chirurgische APR-DRG.

In 97 Belgische ziekenhuizen werden verblijven in verband met bariatrische heelkunde aangetroffen.

Als tweede stap werden de ziekenhuizen gerangschikt volgens het aantal verblijven.

De dertig ziekenhuizen met het grootste aantal ziekhuisverblijven in verband met bariatrische heelkunde werden geselecteerd voor een audit ter plaatse.

De ziekenhuizen waarvan een verstrekker betrokken is bij een lopend controleonderzoek over bariatrische heelkunde op federaal niveau, tijdens de geaudite periode, werden uitgesloten.

DE AUDIT TER PLAATSE OP XX-XX-2019

Het auditteam verwacht dat op *xx-maand* 2019 de volgende personen aanwezig zijn tijdens het auditen van de aspecten waarvoor zij verantwoordelijk zijn :

- 1) De SPOC (single point of contact) voor de audit : aan te duiden door het ziekenhuis. De SPOC coördineert het vlotte verloop van de audit ter plaatse en de communicatie met het auditteam (bv. aanbieden van de gevraagde informatie).
- 2) De medisch directeur
- 3) De MZG-verantwoordelijke
- 4) De verantwoordelijke voor facturatie
- 5) Het diensthoofd bariatrische heelkunde of een chirurg bariatrische heelkunde
- 6) De hoofdapotheker
- 7) De hoofdverpleegkundige van de betrokken dienst



PLANNING VAN DE AUDIT TER PLAATSE

De dag wordt als volgt georganiseerd (een gedetailleerde uurregeling, in onderling overleg, wordt 15 dagen voor de audit verstuurd, via e-mail):

- 1) Kennismaking en presentatie door het auditteam
- 2) Voorstelling van het algemeen functioneren van de dienst
- 3) Bezoek aan de betrokken ziekenhuisafdelingen
- 4) Interne bespreking auditteam
- 5) Bespreking van de geselecteerde ziekenhuisverblijven (de te bespreken verblijfsnummers worden twee dagen voor de audit verstuurd, via e-mail)
- 6) Vergadering ter afsluiting

DE CHECKLIST

Als bijlage vindt u een checklist. Gelieve deze digitaal in te vullen en binnen de 15 dagen op te sturen naar [✉ Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be](mailto:Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be). Gelieve de gevraagde documenten in .pdf toe te voegen (indien beschikbaar).

VRAGEN

Met vragen kunt u terecht bij dr. Nick De Swaef, waarnemend leidinggevende van de eenheid « Audit Ziekenhuizen » (✉ Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be).

Het auditteam dankt u voor uw medewerking.

Hoogachtend,



Bijlage 6: Checklist audit bariatrische heelkunde.

Checklist audit bariatrische heelkunde

Om de communicatie met het auditteam te vergemakkelijken, gelieve:

- Deze checklist volledig in te vullen en terug te mailen (in .docx), samen met eventuele bijlages (in .pdf) (cf. punt 3) naar Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be

Wil u dit document met bijlagen terugzenden voor

Xx xx 2019

Indien u vragen heeft, kan u deze stellen via het e-mailadres Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be

1. Algemene gegevens van de dienst bariatrische heelkunde

Naam: Klik hier om in te vullen.

Straat: Klik hier om in te vullen.

Nr.: Klik hier om in te vullen.

Postcode: Klik hier om in te vullen.

Stad: Klik hier om in te vullen.

Algemeen telefoonnummer: Klik hier om in te vullen.

Website: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.



2. Contactgegevens van de betrokken personen

2.1 De SPOC (single point of contact) voor de audit : aan te duiden door het ziekenhuis, de SPOC coördineert het vlotte verloop van de audit ter plaatse. De SPOC coördineert ook de communicatie met het auditteam (bv. aanbieden van de gevraagde informatie).

Naam: Klik hier om in te vullen.

Voornaam: Klik hier om in te vullen.

Telefoonnummer: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.

2.2 De medisch directeur

Naam: Klik hier om in te vullen.

Voornaam: Klik hier om in te vullen.

Telefoonnummer: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.

2.3 De MZG-verantwoordelijke

Naam: Klik hier om in te vullen.

Voornaam: Klik hier om in te vullen.

Telefoonnummer: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.

2.4 De verantwoordelijke voor de facturatie

Naam: Klik hier om in te vullen.

Voornaam: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.



2.5 Een verantwoordelijke EPD (elektronisch patiëntendossier)

Naam: Klik hier om in te vullen.

Voornaam: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.

2.6 Het diensthoofd bariatrische heelkunde

Naam: Klik hier om in te vullen.

Voornaam: Klik hier om in te vullen.

Telefoonnummer: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.

2.7 De hoofdapotheker

Naam: Klik hier om in te vullen.

Voornaam: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.

2.8 De hoofdverpleegkundige(n) van de betrokken dienst(en)

Naam: Klik hier om in te vullen.

Voornaam: Klik hier om in te vullen.

Telefoonnummer: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.

3. Bijlagen: specifieke informatie

Gelieve bijlagen (in .pdf) toe te voegen bij het versturen van de checklist naar Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be

- ☐ De samenstelling van het multidisciplinair team bariatrische heelkunde
- ☐ alle documentatie die ter beschikking is en kan bijdragen tot een goede voorbereiding van een audit ter plaatse (vb: beschikbare procedures, informatiefolders voor patiënt / arts, organisatie van het team bariatrische heelkunde, gebruikte guidelines,)

Planning van de audit

Ziekenhuis, n°	Adres
----------------	-------

00 / 00 / 2019

<u>Naam:</u>	<u>Functie:</u>

Uur	Onderwerp	Vereiste personen	Lokaal
9.30-9.45u.	Voorstelling van de eenheid en de POC Audit Ziekenhuizen - bariatrische heelkunde	Medisch directeur, het bariatrisch team	
9.45-12u.	Audit zorgpad bariatrische heelkunde	het bariatrisch team	
12-13u.	Pauze - maaltijd		
13-16.15u.	Audit zieknehuisverblijven - 12 patiëntendossiers	Verantwoordelijke MZG en referentiepersoon voor verpleegkundige items	Lokaal dat de projectie van dossiers toelaat
16.15-16.30u.	Slotwoord		



Bijlage 8: Andere codes van de nomenclatuur aangerekend bij een ziekenhuisverblijf ingedeeld bij een APR-DRG 403 en/of waarvan de hoofddiagnose in de categorie E66 valt en ingedeeld bij een chirurgische APR-DRG.

N° NGV	De omschrijving van de verstrekking	Totaal
241043	Middenrijs- of hiatushernia langs abdominale weg	279
588302	Honorarium voor het pathologisch-anatomisch onderzoek, door inclusie en coupe, van zoveel prelevementen als nodig, ongeacht het aantal coupes en ongeacht het aantal onderzochte organen en met inbegrip van het eventueel macroscopisch onderzoek, voor volgende operatiestukken : - partiële mammelectomie met okselklier uitruiming, - totale mammelectomie met of zonder okselklier uitruiming, - partiële of totale pneumectomie, - partiële of totale slokdarmresectie, - bilaterale lies klierevidement, - lymfeklierevidement van 2 of meerdere groepen halsklieren, - tumorectomie van de mondbodem met of zonder mandibulectomie, - tumorectomie van het verhemelte met of zonder maxillectomie, - totale maxillectomie, - partiële of totale gastrectomie, - dunne darm resectie, - partiële of totale colectomie, - duodenopancreatectomie, - radicale, totale of subtotale hysterectomie, - abdominoperineale resectie, - partiële of totale laryngectomie, - totale cystectomie, - totale penisamputatie, - totale nefrectomie, - totale prostatectomie (met zaadblaasjes), - hartresectie, - hart long blok, - totale hepatectomie, - totale pelvectomie, - totale vulvectomie, - foetus van 14 tot en met 24 weken	85
473060	Onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal door middel van endoscopie	84
241463	Totale gastrectomie met oesofago-jejunale anastomose of subtotale gastrectomie met herstellen van de transit, door interpositie van een darmsegment	75
200104	Anesthesie verricht tijdens een verstrekking : Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 390 of N 650 of I 750 en hoger dan K 300 of N 500 of I 600	71
243246	Segmentaire resectie van de dunne darm	47
241544	Resectie van de maag of reducerende gastroplastiek zonder onderbreking van de continuïteit	41
202344	Forfaitair honorarium voor het opstarten, de programmering en dagelijkse supervisie en registratie, door een arts-specialist in de anesthesie-reanimatie, van een patiënt-gecontroleerde analgesie-pomp PCA (patient controlled analgesia) voor toediening van morfinomimetica en eventueel co-analgetica via intraveneuze weg (PCIA, patientcontrolled intravenous analgesia), postoperatief en/of na polytrauma, inclusief het gebruikte materieel en exclusief de gebruikte farmaca. De PCA-pomp moet toelaten volgende 4 parameters te programmeren : continue snelheid, PCA-dosis, PCA-blokkering en tijdslimiet.	32
241485	Subtotale gastrectomie	30
243644	Exploratieve laparotomie	28
241566	Degastro-gastrectomie	28
243342	Ingrep wegens darmobstructie (exclusief beklemd hernia)	25
241286	Exeresis van uitgebreide vetschort met functionele hinder : Resectie met huidplastiek en transpositie van de navel	20
451441	Radiografie van de oesofagus (minimum vier clichés) en van de maag en duodenum in serie (minimum zes clichés) met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten	19
243283	Entero-anastomose	19
460784	Medische beeldvorming - Radiologie, artikel 17, forfaitair honorarium inzake medische beeldvorming per opname	19
350523	** Laparoscopie, zonder afname voor biopsie, inclusief pneumoperitoneum	15
242465	Cholecystectomie	14
200200	Anesthesie verricht tijdens een verstrekking : Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 240 of N 400 of I 450 en hoger dan K 180 of N 300 of I 350	14



N° NGV	De omschrijving van de verstrekking	Totaal
591080	Forfaitair honorarium, betaalbaar per opname in een algemeen ziekenhuis, met uitzondering van de T-diensten of per dag die recht geeft op het maxiforfeit of dagziekenhuisforfait voor één van onderstaande ingrepen uit de limitatieve lijst, voor zover het laboratorium : a) als medisch-technische dienst is opgenomen in een ziekenhuis of groepering van ziekenhuizen zoals gedefinieerd in hoofdstuk III van het koninklijk besluit van 30 januari 1989; b) als medisch-technische dienst is opgenomen in een ziekenhuis dat beschikt over een volgens hoofdstuk III van het koninklijk besluit van 21 maart 2003 erkend zorgprogramma oncologie; c) erkend is voor alle disciplines van de klinische biologie, eventueel met uitsluiting van de pathologische anatomie; d) 24 uur per dag de continuïteit verzekert in samenwerking met de eenheden voor intensieve verzorging en de wachtdienst van het ziekenhuis; e) in zijn personeelsformatie minstens 4 equivalent voltijdse biologen heeft, van wie minstens 1 geneesheer-specialist of een apotheker of een licentiaat in de wetenschappen die beiden een opleiding van ten minste vijf jaar moeten hebben gevolgd, overeenkomstig de bepalingen van de bijlage bij het ministerieel besluit van 3 september 1984 tot vaststelling van de criteria voor de machtiging en de erkenning van de apothekers die bevoegd zijn om verstrekkingen te verrichten die tot de klinische biologie behoren	14
xxxxxx	Geen code aangerekend tijdens de periode	12
241942	Heelkundige behandeling van een incisionele buikwandhernia (inclusief recidief na behandeling van een primaire buikwandhernia en parastomale hernias)	9
459583	Computergestuurde tomografie van het abdomen, met of zonder contrastmiddel, met registreren en clichés, minimum 15 coupes, voor het hele onderzoek	8
243622	Ingrep wegens perforatie van een ander abdominaal orgaan dan de appendix	7
241625	Gastro-enterostomie	6
241581	Reconversie van de gastroduodenale transit na vroegere gastrectomie	5
244742	Eenvoudige cholecystectomie, geassocieerd met één van de verstrekkingen nrs 241032-241043, 241393 - 241404, 241415 - 241426, 241430 - 241441, 241452 - 241463, 241474 - 241485, 241496 - 241500, 241511 - 241522, 241533 - 241544, 241555 - 241566, 241570 - 241581, 241614 - 241625, 241710 - 241721, 241776 - 241780, 241813 - 241824, 241835 - 241846, 244716 - 244720, 242631 - 242642, 243036 - 243040, 243051 - 243062, 243073 - 243084, 243095 - 243106, 243110 - 243121, 243176 - 243180, 243191 - 243202, 243213 - 243224, 244016 - 244020, 244031 - 244042, 244053 - 244064, 237016 - 237020, 237031 - 237042, 237053 - 237064, 237075 - 237086, 237090 - 237101, 238011 - 238022 of 261671 - 261682 die tegen 100 pct mogen worden gecumuleerd met de hoofdbewerking	4
241765	Exerese van overtollige huid ter hoogte van een lidmaat, die een functionele hinder veroorzaakt, na een gedocumenteerd en gestabiliseerd gewichtsverlies van ten minste 20%	4
588280	Honorarium voor het pathologisch-anatomisch onderzoek, door inclusie en coupe, van zoveel prelevementen als nodig, ongeacht het aantal coupes en ongeacht het aantal onderzochte organen, en met inbegrip van het eventueel macroscopisch onderzoek voor volgende operatiestukken : - lymfeklierexerese, - eenzijdige lymfeklier okselevidement, - eenzijdige lymfeklier liesevidement, - heelkundige longbiopsie, - totale of partiële thymectomie, - resectie van subaponeurotische tumoren, - partiële pancreatetectomie, - partiële hepatectomie, - cholecystectomie, - splenectomie, - mesenteriale tumorectomie, - retroperitoneale tumorectomie, - oogbol resectie, - speekselklierresectie (met uitzondering van de accessoire speekselklieren), - partiële of totale glossectomie, - thyroïdectomie, - parathyroïdectomie, - pharyngectomie, - incisionele borstbiopsie, - borsttumorectomie, - partiële cystectomie (met uitzondering van de endoscopische blaasresectie), - heelkundige of endoscopische prostaataadenomectomie, - epididymectomie, - orchidectomie, - partiële penis amputatie, - diepe hals tumorectomie, - partiële nefrectomie, - uni- of bilaterale adnexectomie, - ovariectomie, - totale salpingectomie, - partiële vulvectomie, - baarmoederhals conisatie of -resectie, - bijnier resectie, - zenuwbiopsie, - spierbiopsie, - hersen-, ruggemerg- of hypofyse- tumor resectie, - bottumor resectie, - tonsillectomie (> 18 jaar), - adenoïdectomie (> 18 jaar)	4
243600	Ingrep wegens abdominale hemorrhagie	3
241883	Heelkundige behandeling van een eenzijdige inguinale, femorale of obturatorhernia	3
211223	Honorarium voor de installatie van en het continu toezicht op een patiënt verpleegd in de lokalen van een erkende functie intensieve zorg : De eerste dag	3
473804	Wegnemen van tumors en/of coagulatie van letsels (2e en 3e duodenum)	3
241662	Pyloroplastie	3
257040	Totale of subtotale tweezijdige thyroïdectomie met dissectie van de nervi laryngei recurrentes en de bijschildklieren	3



N° NGV	De omschrijving van de verstrekking	Totaal
242384	Laparoscopie of laparotomie voor afname van leverbiopsie	3
250180	Huid- of fascio-cutane flap, hoofdbewerking	3
220242	Verwijderen van diepliggende, vreemde lichamen uit weefsels	2
560501	Individuele kinesitherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	2
243062	Hemicolectomie rechts of links of segmentaire colonresectie of sigmoidresectie of partiële rectumresectie met herstel van de continuïteit	2
241721	Operatieve behandeling van een maagfistel	2
451404	Radiografie van de oesofagus (minimum zes clichés) en van de maag (minimum twee clichés) met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten	2
251624	Reducerende borstplastie wegens borsthyertrofie die functionele hinder veroorzaakt	2
472102	Dilatatie van de oesophagus met behulp van een pneumatische sonde	2
257025	Eenvoudige totale thyreoïdectomie of gedeeltelijke thyreoïdectomie	2
477385	Polysomnografie na de leeftijd van één jaar	2
290264	Arthroplastie van de knie door unicompartimentele prothese met femorale en tibiale component	2
589061	Percutane endovasculaire dilatatie met of zonder plaatsing van stents(s) onder controle door medische beeldvorming van een artiriële vernauwing en/of occlusie inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en al het gebruikte materieel, exclusief de dilatatiecatheter(s), de farmaca en de contrastmiddelen . Voor de andere slagaders dan de coronaire	2
242023	Duodeno-pancreatectomie	2
254844	Volledige eenzijdige heilkundige behandeling van inflammatoire pathologie van twee sinussen	1
471726	Bronchoscope zonder afname voor biopsie	1
246665	Transparsplana vitrectomie	1
232805	Lumbale laminarthrectomie van meer dan twee niveaus wegens compressie van cauda equina ten gevolge van congenitale vernauwing (Syndroom van Verbiest) of verworven vernauwing van het ruggemerkkanaal	1
473104	Onderzoek van de dunne darm met een endoscoop die is uitgerust met een hulpmiddel om het inbrengen ervan langs orale weg te vergemakkelijken	1
261564	Endoscopische resectie van de prostaat, inclusief cystoscopie	1
444323	Forfaitair honorarium voor curietherapie gecombineerd met uitwendige bestralingsreeks voor een patiënt die beantwoordt aan de criteria of lijdt aan een aandoening opgenomen in categorie 6	1
262382	Therapeutische ureteroscopie of ureterorenoscopie met ureterdilatatie onder controle door medische beeldvorming voor de behandeling van lithiasis, abcessen, letsels of stenose	1
241264	Exeresis van uitgebreide vetschort met functionele hinder : Elliptische resectie	1
276080	Heilkundige behandeling van een ruptuur van het rotatorenkapsel, ongeacht de techniek : door rechtstreeks herstel van één of meerdere pezen	1
472404	Extractie van een of meer vreemde lichamen van het spijsverteringskanaal door middel van endoscopie	1
276581	Bloedige behandeling van een femurfractuur, ongeacht het niveau	1
475086	** Elektrocardiografische onderzoeken, met protocol, ten minste 12 verschillende derivaties	1



N° NGV	De omschrijving van de verstrekking	Totaal
281105	Arthrodesia tussen de cervicale wervellichamen, inclusief het nemen van de ent	1
565504	Complex moleculair genetisch onderzoek voor het opsporen van een constitutionele aandoening (niveau 3) (Diagnoseregulering 6, 10, 18)	1
227802	Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en resectie van schildwachtlymfeklier, met peroperatoir anatomisch-pathologisch onderzoek van de schildwachtlymfeklier	1
241500	Antrectomie met vagotomie	1
290920	Osteotomie van de tibia, ongeacht het niveau	1
451522	Radiografie van de oesofagus (minimum vier clichés) en van maag en duodenum in serie (minimum zes clichés) en van de transit van de dunne darm, inclusief eventueel de ileocecale streek en het colon (minimum zes clichés) met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten	1
306924	* Volledige uitneembare bovenprothese	1
242480	Cholecystectomie met peroperatoire cholangiografie	1
588265	Honorarium voor het pathologisch-anatomisch onderzoek door inclusie en coupe, van zoveel prelevementen als nodig, ongeacht het aantal coupes en ongeacht het aantal onderzochte organen, en met inbegrip van het eventueel macroscopisch onderzoek, voor volgende prelevementen : Bipten van volgende diepe organen : - lever, - nier, - nierbekken, - bijnier, - prostaat, - borst, - lymfeklier, - beenmerg, - bot, - schildklier, - speekselklier, - pleura, - long, - testikel, - peritoneum, - retroperitoneum, - mediastinum, - hersenen	1
241920	Heelkundige behandeling van een primaire buikwandhernia (inclusief navelbreuk, epigastrische hernia, Spigheliaanse hernia of lumbale hernia)	1
243165	Appendectomie in de koude of in het acute stadium met of zonder perforatie	1
241706	Gastrostomie	1
243681	Inslijden en draineren, langs abdominale weg, van een mesocolicaal of bekkenabces	1
243106	Ileo-colorectoplastie	1
227146	Middenrijs- of hiatushernia of middenrijs- of hiatusventralie, langs thoracale of thoraco-abdominale weg	1
475985	Percutane plaatsing van (één of meer) blijvende intracavitair elektrode(n) langs transvenieuze weg	1
599546	Bijkomend honorarium voor de 's nachts, tijdens het week of op een feestdag verrichte dringende verstrekkingen: Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan K 180 of N 300 of I 300 en gelijk aan of lager dan K 300 of N 500 of I 500	1
256546	Amygdalectomie, met of zonder adenoïdectomie, bij volwassenen, d.w.z. degene die achttien jaar is of ouder	1
243320	Heelkundige behandeling van dunndarmobstructie door adhesiolyse zoals volgens Noble, Childs of Baker, met inbegrip van de gastrostomie	1
241684	Gastrotomie	1
442400	Tomografisch onderzoek tijdens een scintigrafie, met verwerking op computer die ten minste twee niet-parallelle reconstructievlakken omvat, met protocol en iconografische documenten (Single-photon emission computed tomography - SPECT)	1
220323	Heelkundige bewerking wegens diepe tumoren of letsels aan het gelaat of lippen, exclusief huidletsels	1
353264	** Laparoscopie, met afname voor biopsie, inclusief pneumoperitoneum	1
589142	Percutane occlusie onder controle door medische beeldvorming van de arteriële of veneuze vascularisatie van pathologische letsels of van arteriële bloeding in de faciale, thoracale, abdominale of bekkenstreek, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de gebruikte embolisatiecatheter(s), de farmaca, de contrastmiddelen en het embolisatiemateriaal	1



N° NGV	De omschrijving van de verstrekking	Totaal
424023	Normale of ingewikkelde verlossing inclusief het honorarium voor de eventuele anesthesie, met uitsluiting van de anesthesieën door de geneesheren, specialisten voor anesthesie	1
592001	Forfaitair honorarium dat per verpleegdag wordt betaald voor de verstrekkingen inzake klinische biologie van de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden	1
431760	Vagina- en vulvoplastiek	1
599561	Bijkomend honorarium voor de 's nachts, tijdens het weekend of op een feestdag verrichte dringende verstrekkingen: Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan K 120 of N 200 of I 200 en gelijk aan of lager dan K 180 of N 300 of I 300	1
432504	Diagnostische laparoscopie zonder biopsie, inclusief het pneumoperitoneum	1
432526	Diagnostische laparoscopie met biopsie of cytologie inclusief het pneumoperitoneum	1
Algemeen Totaal		1.109



11 Bibliografie

Referentie	Link internet
Het akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019	https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/akkoord_artsen_ziekenfondsen_2018_2019.pdf
Bijlage 77: Notificatieformulier voor bariatrische ingreep	<a "))&rech='1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=titre&F=&caller=image_a1&fromtab=titre&la=F&nm=2010022327&pdf_page=28&pdf_file=http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2010/07/29_2.pdf"' href="http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?=&sql=(text+contains+(">http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?=&sql=(text+contains+(""))&rech=1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=titre&F=&caller=image_a1&fromtab=titre&la=F&nm=2010022327&pdf_page=28&pdf_file=http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2010/07/29_2.pdf
Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC)	https://www.health.belgium.be/nl/belgian-meaningful-use-criteria-bmuc
Hulpbrochure voor de codering ICD-10-BE	https://www.health.belgium.be/nl/hulpbrochure-voor-de-codering-icd-10-be
Technische Cel van het RIZIV	https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/
Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008	http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2008071090&table_name=wet
Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.	http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1994071438&table_name=wet
Minimale Ziekenhuis Gegevens - Bijkomende richtlijnen Verpleegkundige Gegevens - Codeerhandleiding VG-MZG. Januari 2011. Versie 1.6	https://www.health.belgium.be/nl/mzg-bijkomende-richtlijnen-vg-codeerhandleiding-vg-mzg-jan-2011-versie-16
Handboek ICD-10-BE codering(V2.3) 2017	https://www.health.belgium.be/fr/icd-10-be-publications-manuel-de-codage-icd-10-be-v23-2017
Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte	http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1984091430&table_name=wet



Referentie	Link internet
verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen	
Actieplan e-gezondheid 2019-2021	https://www.health.belgium.be/nl/actieplan-e-gezondheid-2019-2021
Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.	http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1984091430&table_name=wet

BIJLAGE 6: ONTWERP VAN DE PUBLICATIE IN HET BELGISCH STAATSBLED

ANNEXE	BIJLAGE
--------	---------

ROYAUME DE BELGIQUE

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

Indicateur pour la fixation d'un intervalle minimal entre la première consultation du patient avec le chirurgien bariatrique et la procédure bariatrique proprement dite

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 73, § 3, offre entre autres au service d'évaluation et contrôle médicale de l' INAMI la possibilité de soumettre des propositions d'indicateurs au sein du Conseil Nationale de la Promotion de la Qualité.

Le comité de l'assurance soins de santé et le conseil général de l'INAMI, ainsi que le gouvernement ont choisi de développer une méthode d'intégration des objectifs de soins de santé dans les choix de l'assurance maladie, en combinaison avec un cadre budgétaire pluriannuel dynamique et une attention particulière à l'appropriate care – le bon soin à la bonne place au bon moment.

L'implémentation des indicateurs reste un des leviers pour y parvenir, avec l'objectif de générer des gains d'efficience par la réduction de l'inappropriate care.

Les moyens ainsi libérés seront réinvestis dans les soins de santé.

KONINKRIJK BELGIE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

Indicator voor het vastleggen van een minimale intervalperiode tussen de eerste raadpleging van de patiënt met de bariatrische chirurg en de eigenlijke bariatrische ingreep

De wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 73, § 3, biedt aan onder meer de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV de mogelijkheid om bij de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie voorstellen van indicatoren in te dienen.

Er werd door het comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de algemene raad van het RIZIV alsook door de regering geopteerd om een methode voor de integratie van de gezondheidszorgdoelstellingen in de keuzes van de ziekteverzekering te ontwikkelen, dit in combinatie met een dynamisch meerjarig budgettair kader en meer focus op appropriate care – de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment.

De implementatie van indicatoren blijft één van de hefbomen om hiertoe te komen, met als doel efficiëntiewinsten te genereren door het terugdringen van inappropriate care. De aldus vrijgekomen middelen worden terug geïnvesteerd binnen de gezondheidszorg.

Indicatoren zijn niet absoluut, waarbij gemotiveerde uitzonderingen steeds mogelijk blijven. In die zin is een indicator een

Les indicateurs ne sont pas absolus, des exceptions motivées restent possibles. Dans ce sens, un indicateur est un seuil de justification.

Les indicateurs servent à mesurer l'usage approprié des moyens disponibles au niveau des soins de santé et sont scientifiquement étayée et rationnel.

La valeur d'un indicateur est calculée à partir des réviews scientifique et analyses de données en concertation avec les organismes professionnelles et scientifique.

NOTE

Dans le rapport KCE concernant l'efficacité, la sécurité et le coût-efficacité de la chirurgie de l'obésité (*rapport KCE 316B, 2019*) il a été démontré que la chirurgie est plus efficace que le traitement conservateur dans les cas d'obésité morbide et d'obésité grave combinée avec d'autres affections. Toutefois, l'opération ne résout pas tous les problèmes et il existe notamment un risque de complications et d'effets secondaires. De plus, pour que son effet soit réel et durable, le patient doit adapter ses habitudes alimentaires et son comportement (p.ex. en faisant plus d'exercice physique) et ce pour le reste de sa vie. Il lui est également demandé de se plier à un suivi médical et nutritionnel, voire psychologique à long terme. Chaque candidat à la chirurgie bariatrique devrait donc être bien informé à ce sujet et recevoir des conseils appropriés, tant avant qu'après l'intervention

La proposition 8 du rapport KCE 329Bs de 2020 stipule: 'Une période d'au moins 3 mois entre la première consultation et l'intervention bariatrique proprement dite, sauf pour des raisons médicales urgentes. Le KCE propose d'utiliser cette durée préopératoire comme indicateur dans le registre bariatrique. Combiné avec des indicateurs liés à la phase postopératoire (p.ex. taux de présence au rendez-vous de suivi) cet indicateur pourrait servir à évaluer la qualité des soins. Outre la durée de la phase préopératoire, il est également crucial de définir le contenu et les étapes d'un «bon» itinéraire de soins préopératoires, qui devront pouvoir être adaptés aux caractéristiques du patient et au type d'intervention'

La période d'au moins 3 mois entre la première consultation n'est pas clairement définie. Il y a une incertitude quant au type de consultation qui est envisagé (médecin?

verantwoordingsdrempel.

De indicatoren moeten peilen naar doelmatiger gebruik van de beschikbare middelen binnen de gezondheidszorg en zijn wetenschappelijk gefundeerd en rationeel.

De waarde van een indicator wordt berekend op basis van wetenschappelijke reviews en data-analyses in overleg met de beroepsorganisaties en wetenschappelijke verenigingen.

NOTA

Uit de KCE-studie over de werkzaamheid, veiligheid en kosteneffectiviteit van bariatrische chirurgie (*KCE-rapport 316, 2019*) 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 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.

Het voorstel 8 uit het KCE-rapport 329 As van 2020 stelt: 'Een **periode voorzien 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. 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.'

De periode van minimaal 3 maanden tussen de eerste raadpleging is evenwel niet duidelijk omschreven. Er heerst onduidelijkheid over het type van raadpleging dat wordt beoogd (huisarts? psycholoog? diëtist? chirurg?...) waardoor monitoring en controle moeilijk ligt.

psychologue? diététicien? chirurgien?...) rendant difficile le suivi et le contrôle

Cette proposition prévoit la fixation légale d'une période minimal 3 à 4 mois entre la première consultation du patient avec le chirurgien bariatrique et le moment de la procédure bariatrique proprement dite. Cela uniformise le suivi où un premier contact avec le chirurgien largement préalable à l'intervention à planifier étant considéré comme essentiel.

Une analyse des données a été effectuée dans laquelle la corrélation entre la date de la facturation de la procédure bariatrique effective et l'heure de facturation d'une consultation préalable par un chirurgien bariatrique a été effectuée.

Il a été tenu compte de la possibilité que le chirurgien effectuant la consultation ne soit pas nécessairement le chirurgien instrumentiste, ce qui est le cas dans un certain nombre de centres bariatriques. Les codes de nomenclature pertinents se trouvent à l'annexe 1.

L'analyse s'est focalisée sur une période entre la consultation et la chirurgie allant de moins de 3 mois, de 3 à 4 mois, de 5 à 6 mois et de plus de 6 mois. Pour un certain nombre de patients, il n'y a pas eu de consultation préalable avec un chirurgien bariatrique.

Intervalle	Range moyen
Pas de pre-consultation	4.3 %
Moins de 3 mois	31,7 %
De 3 à 4 mois	16,3 %
De 5 à 6 mois	22.7 %
Plus de 6 mois	25 %

L'analyse a été réalisée par hôpital, et par chirurgien au sein de l'hôpital

En France , la Haute autorité de la santé propose une phase préopératoire d'une durée minimale de 6 mois

En Suisse, les lignes directrices de la «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity's» sont représentées par «l'Office fédéral de la santé publique et prévoient un intervalle minimum de 3 mois

L'instauration d'un délai minimal préopératoire pendant lequel une consultation par un chirurgien bariatrique devrait avoir lieu pourrait potentiellement conduire certains patients à renoncer à la chirurgie ce qui théoriquement

Dit voorstel voorziet dan ook in het wettelijk vastleggen van een periode van minimaal 3 tot 4 maanden tussen de eerste raadpleging van de patiënt met de bariatrische chirurg en het tijdstip van de eigenlijke bariatrische ingreep. Dit maakt de monitoring uniform waarbij een eerste contact met een chirurg ruim voorafgaand aan een te plannen ingreep als essentieel wordt aanzien.

Een data-analyse werd verricht waarbij de correlatie werd nagegaan van de datum van de aanrekening van de effectieve bariatrische ingreep en het tijdstip van aanrekening van een voorafgaande raadpleging door een bariatrische chirurg. Er werd hierbij rekening gehouden met de mogelijkheid dat de chirurg die de raadpleging houdt niet noodzakelijkheid de instrumenterende chirurg moet zijn, hetgeen in een aantal bariatrische centra het geval is.

De analyse focuste op een intervalperiode tussen de raadpleging en de ingreep gaande van minder dan 3 maanden, 3 tot 4 maanden, 5 tot 6 maanden en meer dan 6 maanden. Voor een aantal patiënten was er geen voorafgaandelijke raadpleging bij een bariatrisch chirurg terug te vinden.

Intervalperiode	Gemiddelde range
Geen pre-consultatie	4,3 %
Minder dan 3 maanden	31,7 0%
Van 3 tot 4 maanden	16,3 %
Van 5 tot 6 maanden	22,7 %
Meer dan 6 maanden	25 %

De analyse werd uitgevoerd per ziekenhuis, en per chirurg binnen elk ziekenhuis

In Frankrijk stelt de 'Haute autorité de la santé' een preoperatieve fase met een minimumduur van zes maanden voor.

In Zwitserland voorzien de richtlijnen van de 'Swiss Society for the Study of Morbid Obesity's afgevaardigd door het 'Office fédéral de la santé publique', een minimuminterval van drie maanden.

Het invoeren van een minimale pre-operatieve periode waarin een raadpleging door een bariatrisch chirurg moet gebeuren kan mogelijk een aantal patiënten doen afzien van een ingreep, hetgeen theoretisch tot een beperkt minder aantal ingrepen kan leiden, doch de efficiëntiewinst die

pourrait donner un nombre moindre de chirurgies cependant les gains d'efficacité associés pourraient peut-être être consacrés à des dépenses supplémentaires pour les diététiciens, les psychologues et les autres prestataires de santé (soins transversaux).

En même temps, les interventions seront peut-être reportées un peu plus longtemps afin d'assurer une bonne préparation maximale à l'intervention afin d'améliorer le bien-être du patient.

La nomenclature prévoit déjà à l'heure actuelle un régime obligatoire pendant un an au préalable de l'intervention chirurgicale, ce qui laisse au patient assez de temps pour planifier une consultation chez le chirurgien.

Pendant la mise en oeuvre pratique de l'indicateur la crainte subsistait concernant la période stricte des 3 mois en raison d'une formulation vague. La période doit être bien définie pour éviter au patient et au chirurgien un calcul compliqué. L'indicateur est donc adapté à 3 mois calendrier complet entre la consultation et l'intervention. En pratique la période d'intervalle se situera entre 3 et 4 mois en fonction de la date de la consultation, ce qui est très clair pour le prestataire et le patient.

INDICATEUR

Une période minimale de 3 mois calendrier complet entre la première consultation du patient avec le chirurgien bariatrique et l'intervention bariatrique en elle-même est fixée légalement pour tous les patients. Les 3 mois calendrier complet débutent à partir du premier jour de mois calendrier qui suit à la date de la consultation. En cas d'urgence médicale, il peut y être dérogé en motivant la demande.

hiermee gepaard gaat zal wellicht worden besteed aan extra uitgaven aan diëtisten, psychologen en andere zorgverleners (transversale zorg).

Tevens zullen de ingrepen mogelijk wat langer worden uitgesteld om een maximale goede voorbereiding te kennen voor de ingreep met oog op een beter welzijn van de patiënt.

De nomenclatuur voorziet nu al in een verplicht dieet van minstens een jaar voorafgaand aan de ingreep, zodat de patiënt over voldoende tijd beschikt om een raadpleging bij de chirurg in te plannen.

Bij de praktische uitwerking van deze indicator werd de vrees geopperd omtrent enige verwarring met de strikte periode van 3 maanden, door onduidelijke formulering. Het moet immers voor de patiënt en de zorgverlener duidelijk zijn welke periode men hiermee bedoeld zonder dat dit moet aanleiding geven tot ingewikkelde berekeningen.

De indicator werd aangepast naar 3 volledige kalendermaanden tussen de raadpleging en de ingreep. In de praktijk komt de intervalperiode te liggen tussen 3 en 4 maanden afhankelijk van de dag van de raadpleging en het is voor zorgverlener en patiënt heel duidelijk.

INDICATOR

Een periode van minimaal 3 volledige kalendermaanden tussen de eerste raadpleging van de patiënt met de bariatrische chirurg en het tijdstip van de eigenlijke bariatrische ingreep wordt voor alle patiënten wettelijk vastgelegd. De 3 volledige kalendermaanden beginnen te lopen vanaf de eerste dag van de kalendermaand die volgt op de dag van de raadpleging. Bij hoge medische nood kan hiervan gemotiveerd worden afgeweken.

BIJLAGE 7: BEVESTIGING ONDERSCHRIJVING INDICATOR DOOR CEBAM EN KCE



Leuven, 13 oktober 2022

Geachte

In het kader van de *Wet houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid van 18 mei 2022* en volgens de bepalingen in het *MB van 30 mei 2022* heeft het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (Cebam) haar medewerking verleend bij het formuleren en onderbouwen van indicatoren die doelmatige zorg ten goede komen. Meer in het bijzonder werden er drie indicatoren uitgewerkt die worden neergelegd bij het NRKP. Ze worden hieronder elk afzonderlijk vermeld.

(1) CEBAM onderschrijft hierbij mee het voorstel van indicator met referte 2022/DGEC/002 conform artikel 73 § 3 van de GvU-wet:

"Een periode van minimaal 3 volledige kalendermaanden tussen de eerste raadpleging van de patiënt met de bariatrische chirurg en het tijdstip van de eigenlijke bariatrische ingreep wordt voor alle patiënten wettelijk vastgelegd. De 3 volledige kalendermaanden beginnen te lopen vanaf de 1^e dag van de kalendermaand die volgt op de raadpleging. Bij hoge medische nood kan hiervan gemotiveerd worden afgeweken."

(2) CEBAM onderschrijft hierbij mee het voorstel van indicator met referte 2022/DGEC/001 conform artikel 73 § 3 van de GvU-wet:

"De verstrekking met nomenclatuurcode 276636-276640, opgenomen in artikel 14k van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, mag per kalenderjaar slechts voor 45 % van het totaal aantal verstrekkingen per zorgverlener bij patiënten ouder dan 50 jaar worden verricht."

(3) CEBAM onderschrijft hierbij mee het voorstel van indicator met referte 2022/DGEC/003 conform artikel 73 § 3 van de GvU-wet:

"De maximale incidentie van ambulant urgent uitgevoerde NMR-onderzoeken wordt vastgelegd op 5 urgente NMR-onderzoeken per 1000 uitgevoerde NMR-onderzoeken per kalenderjaar. Het betreft de NMR-verstrekkingen die gevat worden door de nomenclatuurcodes 599572 en 599594 opgenomen in artikel 26 § 1 en § 9 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen."

Voor Cebam

Patrik Vankrunkelsven, directeur.

13/10/2022

Brussel, 19 oktober 2022

Geachte

In het kader van de *Wet houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid van 18 mei 2022* en volgens de bepalingen in het *MB van 30 mei 2022* heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) haar medewerking verleend bij het formuleren en onderbouwen van indicatoren die doelmatige zorg ten goede komen. Meer in het bijzonder werden er drie indicatoren uitgewerkt die worden neergelegd bij het NRKP. Ze worden hieronder elk afzonderlijk vermeld.

- (1) Het KCE onderschrijft hierbij mee het voorstel van indicator met referte 2022/DGEC/002 conform artikel 73 § 3 van de GVO-wet:

“Een periode van minimaal 3 volledige kalendermaanden tussen de eerste raadpleging van de patiënt met de bariatrische chirurg en het tijdstip van de eigenlijke bariatrische ingreep wordt voor alle patiënten wettelijk vastgelegd. De 3 volledige kalendermaanden beginnen te lopen vanaf de 1^e dag van de kalendermaand die volgt op de raadpleging. Bij hoge medische nood kan hiervan gemotiveerd worden afgeweken.”

- (2) Het KCE onderschrijft hierbij mee het voorstel van indicator met referte 2022/DGEC/001 conform artikel 73 § 3 van de GVO-wet:

“De verstrekking met nomenclatuurcode 276636-276640, opgenomen in artikel 14k van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, mag per kalenderjaar slechts voor 45 % van het totaal aantal verstrekkingen per zorgverlener bij patiënten ouder dan 50 jaar worden verricht.”

- (3) Het KCE onderschrijft hierbij mee het voorstel van indicator met referte 2022/DGEC/003 conform artikel 73 § 3 van de GVO-wet:

“De maximale incidentie van ambulant urgent uitgevoerde NMR-onderzoeken wordt vastgelegd op 5 urgente NMR-onderzoeken per 1000 uitgevoerde NMR-onderzoeken per kalenderjaar. Het betreft de NMR-verstrekkingen die gevat worden door de nomenclatuurcodes 599572 en 599594 opgenomen in artikel 26 § 1 en § 9 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.”

Voor het KCE,

Christophe Janssens
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Marijke Eyssen
Algemeen Directeur a.i.