

Bariatrische chirurgie

De eerste resultaten na de publicatie van de indicator voor het interval tussen de eerste raadpleging bij een chirurg en de bariatrische ingreep



Dienst voor geneeskundige verzorging

Directie Appropriate Care

Contact: appropriatecare@riziv-inami.fgov.be

Datum van dit rapport: 1 september 2026

SAMENVATTING

INLEIDING

Om de patiënt de nodige bedenktijd te geven voor een beslissing over bariatrische chirurgie, werd in september 2023 een indicator gepubliceerd die een preoperatieve termijn van minimaal 3 maanden instelt.

Een bariatrische ingreep lost namelijk niet alle problemen op die verband houden met obesitas. Voor een reëel en duurzaam effect moet de patiënt zijn eetgewoonten en gedrag aanpassen (bijvoorbeeld door meer te bewegen) en dit voor de rest van zijn leven. Van hem wordt ook verwacht dat hij zich houdt aan langdurige medische, nutritionele en mogelijk ook psychologische begeleiding. Een preoperatieve termijn van minimaal 3 maanden geeft de patiënt dus de nodige bedenktijd om een weloverwogen beslissing te nemen op basis van passend advies.

METHODE

Beschrijvende analyses van de facturatiegegevens met betrekking tot terugbetaalde bariatrische ingrepen in de kalenderperiode 2018-2024 (nomenclatuurnummers 241776 – 241780, 241813 – 241824, 241835 – 241846) en de preoperatieve raadplegingen bij een bariatrisch chirurg (nomenclatuurnummers 101275, 101290). De analyse van de evolutie van het aantal bariatrische ingrepen wordt gecombineerd met de evaluatie van de preoperatieve termijn van minimaal 3 maanden.

RESULTATEN

Het aantal bariatrische ingrepen neemt tussen 2018 en 2024 geleidelijk af. Het niet naleven van een preoperatieve termijn van minimaal 3 maanden neemt in dezelfde periode af, met een versnelling in 2024.

In 2018 vond 51% van de ingrepen plaats zonder preoperatieve termijn van minimaal 3 maanden. In 2023 is dit percentage gedaald tot 37% en in 2024 tot 14%, wat samenvalt met de publicatie van de indicator in september 2023.

CONCLUSIE

Uit de resultaten blijkt een dalende trend in het aantal bariatrische ingrepen en een daling van het aantal gevallen waarin de preoperatieve termijn van minimaal 3 maanden niet wordt nageleefd. In 2024 krijgt de patiënt in 14% van de gevallen geen bedenktijd van minimaal 3 maanden voorafgaand aan zijn bariatrische ingreep. Aangezien de analyses voornamelijk beschrijvend zijn en er mogelijk andere factoren een rol hebben gespeeld, kan er geen causaal verband worden vastgesteld tussen de indicator en de waargenomen evolutie.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	2
INHOUDSOPGAVE	3
1. INLEIDING	4
1. Achtergrond.....	4
2. Doelstelling.....	5
2. METHODE.....	6
1. Gegevensbron en selectiecriteria.....	6
2. Evolutie van het aantal bariatrische ingrepen.....	7
3. Indicator voor het interval tussen de raadpleging en de bariatrische ingreep	7
3. RESULTATEN	8
1. Evolutie van het aantal bariatrische ingrepen.....	8
2. Indicator voor het interval tussen de raadpleging en de bariatrische ingreep	9
a. Algemene evolutie	9
b. Resultaten voor de artsen	10
c. Sociodemografische en beroepsgebonden variaties bij de artsen.....	11
d. Resultaten per ziekenhuis.....	15
4. DISCUSSIE	17
5. CONCLUSIE	18

1. INLEIDING

1. Achtergrond

In 2019 publiceerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een rapport over de werkzaamheid, de veiligheid en de kosteneffectiviteit van obesitaschirurgie (KCE-rapport 316A, 2019)¹. Uit dit rapport blijkt dat chirurgie effectiever is dan conservatieve behandeling bij morbide obesitas en ernstige obesitas in combinatie met andere aandoeningen.

Het rapport benadrukt echter het risico op complicaties en neveneffecten van de chirurgie en de noodzakelijke aanpassing die de patiënt voor de rest van zijn leven moet doorvoeren op het vlak van eetgewoonten, gedrag (lichaamsbeweging) en langdurige medische, nutritionele en mogelijk ook psychologische opvolging.

In 2020 publiceerde het KCE een rapport (KCE-rapport 329A)² waarin een periode van minimaal 3 maanden tussen de eerste raadpleging en de eigenlijke bariatrische ingreep wordt aanbevolen, tenzij er sprake is van dringende medische redenen. Deze minimumtermijn geeft de patiënt de nodige bedenktijd om een beslissing te nemen op basis van passend advies.

Ter vergelijking: in Frankrijk beveelt de Haute Autorité de Santé³ een grondige multidisciplinaire preoperatieve voorbereiding aan vóór elke bariatrische ingreep. De Franse gespecialiseerde centra passen doorgaans een voorbereidingsperiode van 6 tot 12 maanden toe om de therapietrouw van de patiënt te beoordelen, de behandeling van comorbiditeiten te optimaliseren en de gedragsveranderingen voor te bereiden die nodig zijn voor het welslagen van de ingreep. In Zwitserland schrijven de richtlijnen van de Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)⁴ - tegenwoordig Swiss Multidisciplinary Obesity Society - algemeen voor dat vóór de bariatrische ingreep gedurende ten minste drie maanden een gedocumenteerde multidisciplinaire conservatieve behandeling wordt gevolgd. Ten slotte zijn de Belgische centra die aangesloten zijn bij de Belgian Section of Obesity and Metabolic Surgery (BeSOMS) het grotendeels eens over een minimale preoperatieve termijn van 3 maanden, die vaak wordt voorgesteld als een Belgische reglementaire vereiste.

In 2022 analyseerde de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het RIZIV de facturatiegegevens van bariatrische ingrepen die in 2019 in België werden uitgevoerd. Het interval tussen de eerste raadpleging van de patiënt bij een chirurg die bariatrische ingrepen uitvoert, hierna “bariatrisch

¹ Louwagie P, Neyt M, Dossche D, et al. *Bariatric surgery: an HTA report on the efficacy, safety and cost-effectiveness*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2019. KCE Reports 316C. DOI: 10.57598/R316C. [\[kce.fgov.be\]](https://kce.fgov.be)

² Van den Heede K, Ten Geuzendam B, Dossche D, et al. *Obesitaschirurgie: Organisatie en Financiering van zorg voor en na de operatie*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2020. KCE Reports 329A. DOI: 10.57598/R329AS. [\[kce.fgov.be\]](https://kce.fgov.be)

³ Haute Autorité de Santé (HAS). *Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009. [\[has-sante.fr\]](https://has-sante.fr)

⁴ Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB). Directives pour le traitement chirurgical de l'obésité. SMOB; 2021. [\[smob.ch\]](https://smob.ch)

chirurg” genoemd, en het tijdstip van de bariatrische ingreep varieerde sterk. Hoewel de meeste operaties na meer dan 3 maanden plaatsvinden, vindt 32% van de operaties plaats binnen een interval van minder dan 3 maanden en 4% zonder voorafgaande raadpleging.

Op 6 december 2022 keurde de Nationale raad voor kwaliteitspromotie (NRKP)⁵ een indicator van manifeste afwijking van goede medische praktijk goed over een minimuminterval tussen de eerste raadpleging bij de chirurg en de bariatrische ingreep:

“Een periode van minimaal drie volledige kalendermaanden tussen de eerste raadpleging van de patiënt met een bariatrische chirurg en het tijdstip van de eigenlijke bariatrische ingreep wordt voor alle patiënten vastgelegd. De drie 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.”

Op 25 september 2023 werd de indicator gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad en trad hij in werking. Nadat de indicator in het Belgisch Staatsblad was gepubliceerd, heeft de DGEC een  [sensibiliseringsbrief gestuurd naar de bariatrisch chirurgen](#), opdat zij rekening zouden houden met deze indicator.

In april 2024 heeft de DGEC een [individuele feedback](#) gestuurd naar de bariatrisch chirurgen die in de vijf jaar voorafgaand aan de publicatie van de indicator minstens één bariatrische ingreep hadden aangerekend. Met deze feedback konden zij zich situeren ten opzichte van de indicator en ten opzichte van andere bariatrisch chirurgen en, indien nodig, hun gedrag en hun zorgverlening aanpassen.

De invoering van een minimale preoperatieve termijn waarin de patiënt een bariatrisch chirurg moet raadplegen, zou ertoe kunnen leiden dat sommige patiënten afzien van de ingreep. In theorie zou dit het aantal ingrepen kunnen verminderen. Er kunnen echter ook bijkomende uitgaven worden vastgesteld voor diëtisten, psychologen en andere zorgverleners. Dit voorstel is dus niet bedoeld om eventuele besparingen te realiseren, maar wel om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren door een optimale voorbereiding van de patiënt mogelijk te maken en door zijn welzijn te verbeteren.

De indicator vormt een verantwoordingsdrempel voor de zorgverlener. Gemotiveerde afwijkingen blijven dus mogelijk. Elke patiënt die zorg nodig heeft, zal deze immers altijd kunnen krijgen.

2. Doelstelling

Het doel van deze analyse is de evolutie te evalueren van het interval tussen de eerste raadpleging van de patiënt bij een bariatrisch chirurg en het tijdstip van de eigenlijke bariatrische ingreep in België, alsook de impact van de indicator die in september 2023 in werking is getreden.

⁵ 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. Brussel: RIZIV; 2022. https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/indicator_bariatrie_dossier_NRKP.pdf

2. METHODE

1. Gegevensbron en selectiecriteria

De gegevens over de bariatrische ingrepen en de raadplegingen zijn afkomstig uit New Attest, een databank met informatie over de verstrekkingen die zijn terugbetaald door de ziekteverzekering ⁶.

Nomenclatuurnummer	Omschrijving
241776 - 241780	Reducerende gastroplastie (Mason, Sleeve)
241813 - 241824	Reducerende gastroplastie door plaatsen van een aanpasbare maagring ("gastric banding")
241835 - 241846	Reducerende gastroplastie met bileopancreatische of gastro-jejunale diversie (Scopinaro, gastric bypass, duodenal switch)
101275	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de heekunde, inclusief een eventueel schriftelijk verslag aan de behandelende arts
101290	Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde arts-specialist in de heekunde, inclusief een eventueel schriftelijk verslag aan de behandelende arts

Tabel 1: Bariatrische ingrepen en raadplegingen: nomenclatuurnummers en omschrijving

Tabel 1 geeft een overzicht van de nomenclatuurnummers die worden gebruikt voor de selectie van de bariatrische ingrepen en de raadplegingen bij de bariatrisch chirurg.

De ingrepen zijn in de analyse opgenomen indien ze als hoofdingreep of als neveningreep ⁷ zijn terugbetaald.

De datums die in aanmerking zijn genomen, zijn die van de chirurgische ingreep en de raadpleging, en dus niet de facturatedatums. De boekhoudkundige gegevens zijn opgenomen vanaf 2017 tot september 2025.

De raadplegingen worden in aanmerking genomen indien ze vóór de ingreep plaatsvonden, hetzij in hetzelfde kalenderjaar, hetzij in het voorgaande kalenderjaar.

De voorgestelde resultaten bestaan uit twee afzonderlijke delen:

- de evolutie van het aantal bariatrische ingrepen,

⁶ New Attest is een databank die door het Intermutualistisch Agentschap (AIM-IMA) onder beperkte en specifieke voorwaarden ter beschikking wordt gesteld van het RIZIV. Ze bevat de informatie die door de ziekenfondsen wordt verzameld over de gezondheidszorg die aan hun leden wordt terugbetaald.

⁷ Chirurgische interventie(s), uitgevoerd tijdens eenzelfde zitting in velden die duidelijk onderscheiden zijn van deze waarin de voornaamste ingreep is opgenomen, of voor verstrekkingen die slechts aan 50% mogen aangerekend worden.

- de resultaten met betrekking tot de indicator voor een termijn van minimaal drie maanden tussen de eerste raadpleging bij de bariatrisch chirurg en de eigenlijke ingreep.

2. Evolutie van het aantal bariatrische ingrepen

Dit betreft een algemene analyse per jaar en per type ingreep, van 2018 tot en met 2024. De analyse heeft betrekking op artsen met de volgende bevoegdheidscodes:

- 140 = arts-specialist in de heelkunde
- 149 = arts-specialist in de heelkunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde
- 014 = arts-specialist in opleiding in de heelkunde

3. Indicator voor het interval tussen de raadpleging en de bariatrische ingreep

De resultaten met betrekking tot de indicator voor het interval tussen de eerste raadpleging bij een chirurg en de eigenlijke ingreep worden berekend per jaar waarin de ingreep plaatsvond, van 2018 tot en met 2024.

Voor deze analyses wordt per patiënt en per jaar slechts één ingreep in aanmerking genomen (op basis van de vroegste datum). Hieraan wordt slechts één raadpleging gekoppeld (eveneens op basis van de vroegste datum en bij een bariatrisch chirurg die verbonden is aan het ziekenhuis waar de ingreep is uitgevoerd). Het interval, uitgedrukt in volledige kalendermaanden, wordt berekend tussen de datum van de vroegste raadpleging en de datum van de ingreep.

De bariatrische indicator, uitgedrukt als percentage, meet het aandeel gevallen waarin de minimale preoperatieve termijn niet wordt nageleefd. Deze wordt berekend door het aantal bariatrische ingrepen waarbij de eerste raadpleging binnen een termijn van minder dan 3 maanden plaatsvond (of waarbij geen raadpleging plaatsvond) te delen door het totale aantal bariatrische ingrepen.

Voor de analyse van praktijkvariaties zijn de artsen gegroepeerd naar verrichtingsjaar van de bariatrische ingreep (2020-2024), gewest (professioneel adres), geslacht, leeftijdscategorie (34-, 35-44, 45-54, 55-64, 65+), accrediteringsstatus (0/1) en conventioneringsstatus (Accept, Partial, Refuse).

De demografische gegevens van de artsen die voor de vergelijkende analyses worden gebruikt, zijn deze gekend bij het RIZIV op 31 december van elk kalenderjaar. Waar beschikbaar wordt het professionele adres van de arts gebruikt. Bij gebrek daaraan wordt het contactadres gebruikt. De leeftijd van de arts is de leeftijd aan het einde van het kalenderjaar.

Alleen artsen die in de periode 2018-2024 minstens één bariatrische ingreep hebben uitgevoerd, worden in de analyses opgenomen. Artsen zonder gekend INSZ-nummer en overleden artsen worden uitgesloten van de analyses.

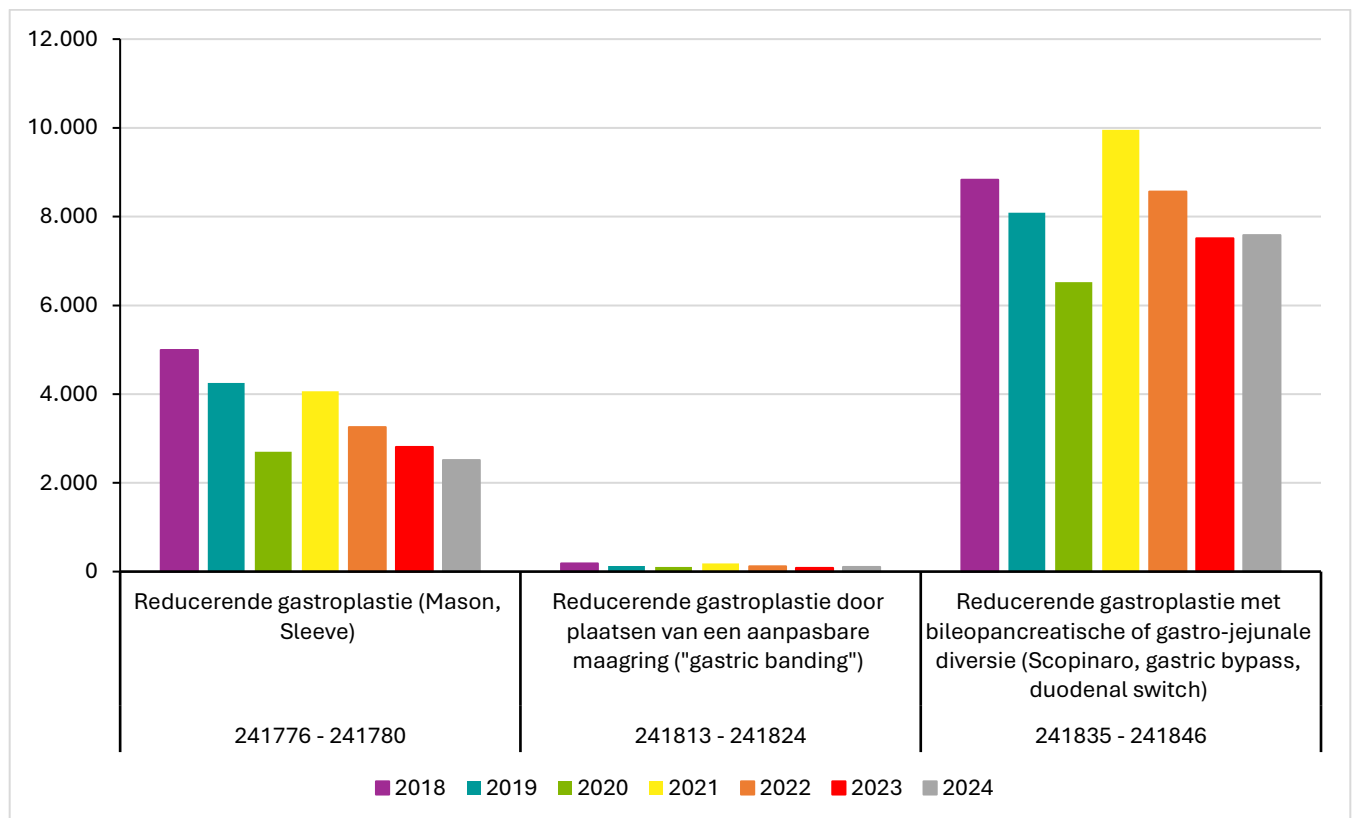
Voor de analyse per ziekenhuis is een groepering gebeurd op basis van het erkenningsnummer van de ziekenhuizen.

3. RESULTATEN

1. Evolutie van het aantal bariatrische ingrepen

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
241776 - 241780	4.994	4.250	2.701	4.064	3.254	2.811	2.510
Reducerende gastroplastie (Mason, Sleeve)	36%	34%	29%	29%	27%	27%	25%
241813 - 241824	186	125	103	184	120	82	107
Reducerende gastroplastie door plaatsen van een aanpasbare maagring ("gastric banding")	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
241835 - 241846	8.830	8.091	6.523	9.953	8.564	7.509	7.582
Reducerende gastroplastie met bileopancreatische of gastro-jejunale diversie (Scopinaro, gastric bypass, duodenal switch)	63%	65%	70%	70%	72%	72%	74%
Totaal	14.010	12.466	9.327	14.201	11.938	10.402	10.199

Tabel 2: Bariatrische ingrepen, per type ingreep, tussen 2018 en 2024



Figuur 1: Bariatrische ingrepen, per type ingreep, tussen 2018 en 2024

Figuur 1 en **Tabel 2** tonen een geleidelijke daling van het aantal bariatrische ingrepen over de volledige periode, met een beduidend lager aantal in 2020 in het kader van de COVID-19-pandemie en een rebound in 2021.

De reducerende gastroplastie door plaatsen van een aanpasbare maagring vertegenwoordigt amper 1% van de bariatrische ingrepen. Het aandeel reducerende gastroplastieën met bileopancreatische of gastro-jejunale diversie neemt in de loop der jaren toe, van 63% van de ingrepen in 2018 tot 74% in 2024.

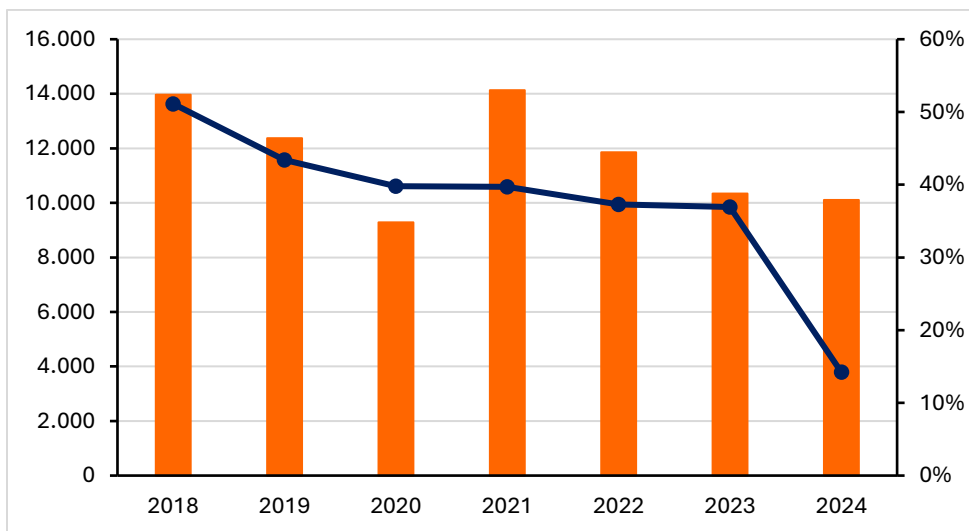
2. Indicator voor het interval tussen de raadpleging en de bariatrische ingreep

a. Algemene evolutie

Opmerking: aangezien voor alle volgende analyses slechts één ingreep per patiënt en per jaar in aanmerking is genomen, zijn de totalen iets lager dan de totalen per type ingreep.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totaal aantal	13.964	12.369	9.287	14.128	11.857	10.336	10.105
Interval < 3 volledige kalendermaanden	7.138	5.368	3.697	5.611	4.421	3.816	1.436
	51%	43%	40%	40%	37%	37%	14%

Tabel 3: Totaal aantal bariatrische ingrepen en aantal/percentage ingrepen met een preoperatieve termijn van minder dan 3 maanden, tussen 2018 en 2024



Figuur 2: Totaal aantal bariatrische ingrepen en percentage ingrepen met een preoperatieve termijn van minder dan 3 maanden, tussen 2018 en 2024

De oranje staven in **Figuur 2** geven het totale aantal bariatrische ingrepen weer (verticale schaal links). De blauwe lijn geeft het percentage bariatrische ingrepen zonder raadpleging minstens 3 maanden vóór de ingreep weer (verticale schaal rechts).

Figuur 2 en **Tabel 3** tonen dat, naast de algemene daling van het aantal bariatrische ingrepen in de loop der jaren, van 2018 tot 2023, het percentage bariatrische ingrepen zonder raadpleging minstens 3 maanden vóór de ingreep geleidelijk daalt van 51% in 2018 tot 37% in 2023 en uiteindelijk tot 14% in 2024.

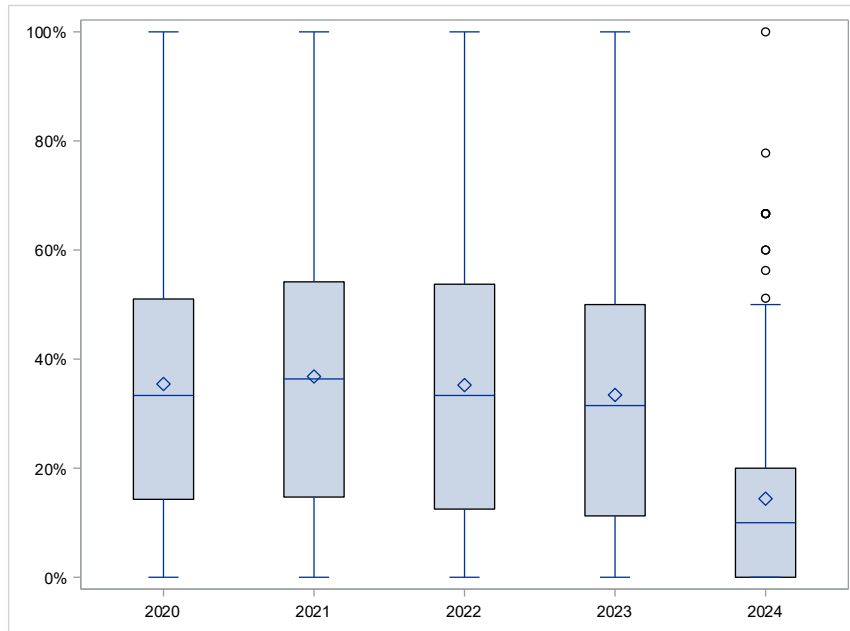
Ter herinnering: de indicator is in december 2022 goedgekeurd door de NRKP en in september 2023 gepubliceerd in het Staatsblad.

b. Resultaten voor de artsen

Jaar	Aantal betrokken artsen	Mediaan (indicator)	Gemiddelde (indicator)
2020	242	33%	35%
2021	251	36%	37%
2022	235	33%	35%
2023	236	31%	33%
2024	241	10%	14%

Tabel 4: Aantal betrokken artsen en centrummaten van de indicator tussen 2020 en 2024

Tabel 4 toont dat in 2023 50% van de artsen een indicator van 31% of minder had. Dit betekent dat bij de helft van de artsen maximaal 31% van de ingrepen betrekking had op patiënten die niet binnen de voorziene termijn waren gezien. In 2024 verbetert de mediaan tot 10%. Dit betekent dat bij de helft van de artsen maximaal 10% van de ingrepen betrekking had op patiënten die niet binnen de voorziene termijn waren gezien, of anders gezegd: minstens 9 op de 10 patiënten konden gebruik maken van de voorziene termijn.



Figuur 3: Resultaten van de indicator voor de artsen van 2020 tot 2024

De boxplots in **Figuur 3** tonen voor elk jaar de verdeling van de artsen in functie van het percentage bariatrische ingrepen waarbij de minimale periode van 3 maanden tussen de eerste raadpleging van de patiënt bij een bariatrisch chirurg en het tijdstip van de ingreep niet wordt nageleefd.

c. Sociodemografische en beroepsgebonden variaties bij de artsen

Jaar 2024	Aantal artsen	Mediaan (indicator)	Gemiddelde (indicator)
België	241	10%	14%
Variaties volgens gewest (professioneel adres)			
Brussel	44	17%	25%
Wallonië	89	4%	8%
Vlaanderen	108	12%	15%
Variaties volgens geslacht			
Vrouw	51	13%	17%
Man	190	9%	14%
Variaties volgens leeftijdscategorie			
34-	16	0%	8%
35-44	76	10%	17%
45-54	70	11%	15%
55-64	63	7%	12%
65+	16	6%	17%
Variaties volgens accreditering			

0	55	16%	21%
1	186	8%	13%
Variaties volgens conventionering			
Accept	164	8%	13%
Partial	12	12%	14%
Refuse	65	13%	17%

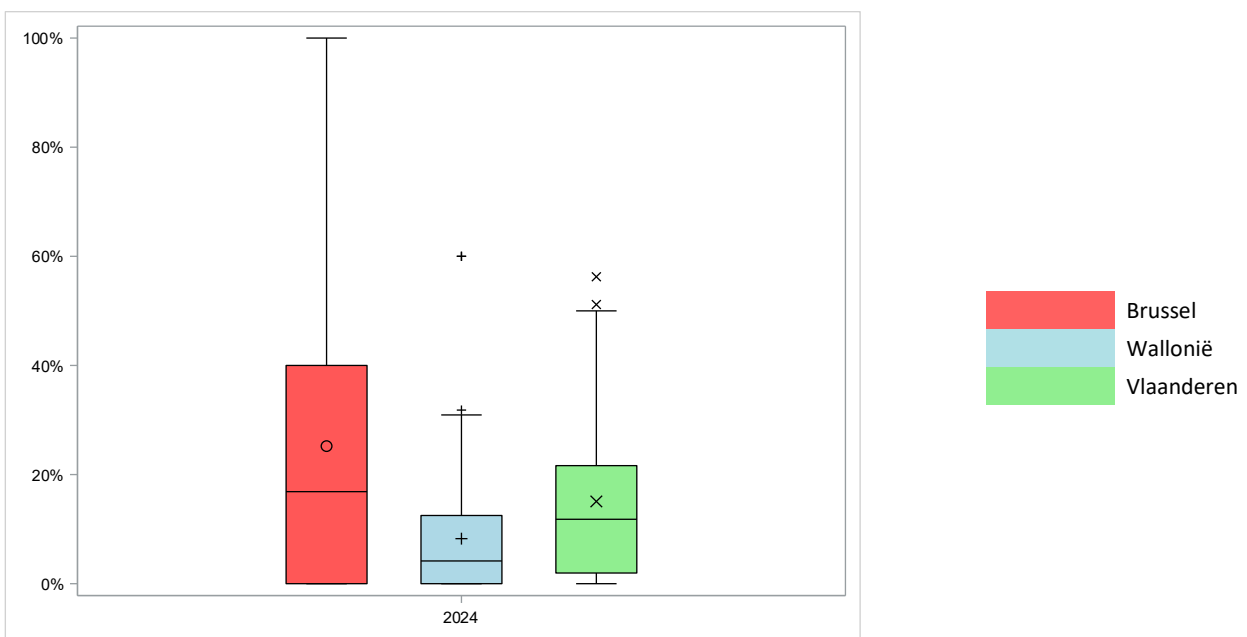
Tabel 5: Aantal betrokken artsen en centrummaten van de indicator volgens de sociodemografische en beroepsgebonden kenmerken van de artsen, in 2024

In **Tabel 5**, die de waargenomen variaties tussen de artsen in 2024 weergeeft, zijn alleen de variaties volgens gewest en accrediteringsstatus statistisch significant:

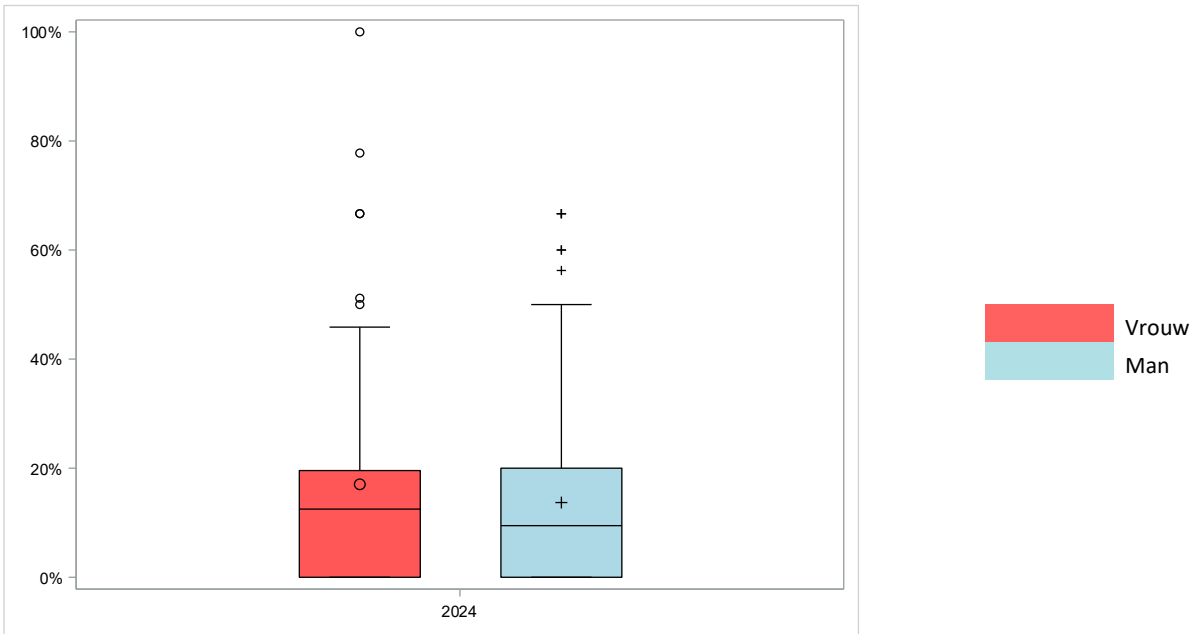
- artsen die in Wallonië werkzaam zijn, houden zich beter aan de preoperatieve termijn van meer dan 3 maanden;
- geaccrediteerde artsen houden zich beter aan de preoperatieve termijn van meer dan 3 maanden.

Het geslacht, de leeftijd en de conventioneringsstatus zijn niet statistisch significant, hoewel:

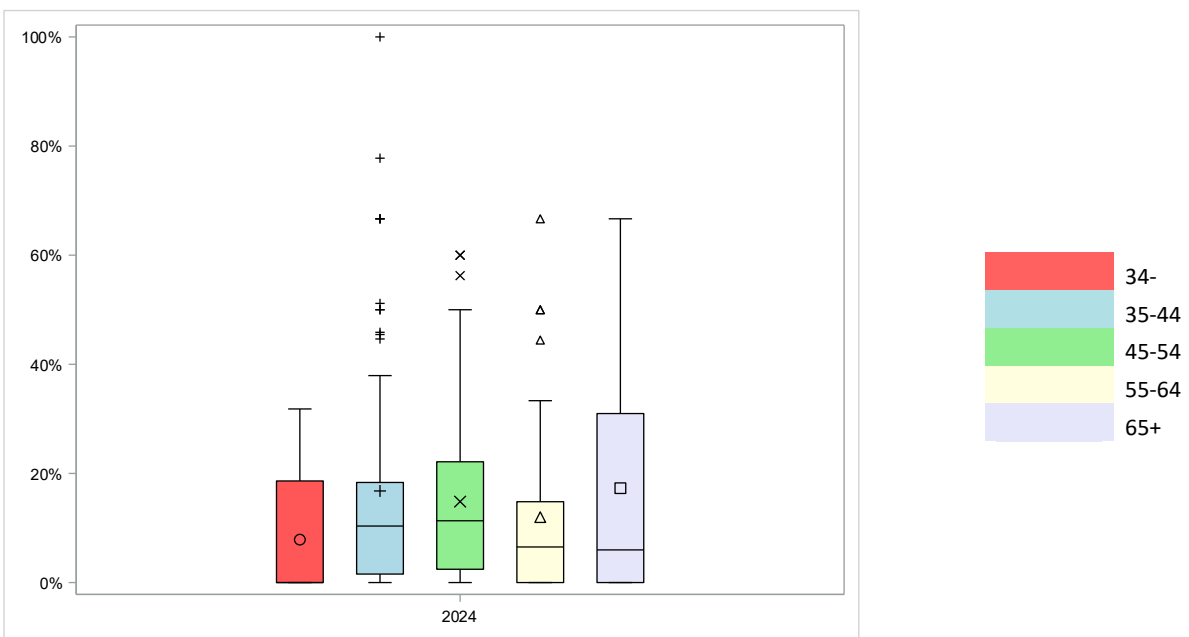
- mannelijke artsen zich beter aan de preoperatieve termijn van meer dan 3 maanden houden dan vrouwelijke artsen;
- de mediaan een leeftijdsgradiënt vertoont. Artsen ouder dan 55 jaar houden zich beter aan de preoperatieve termijn van meer dan 3 maanden.



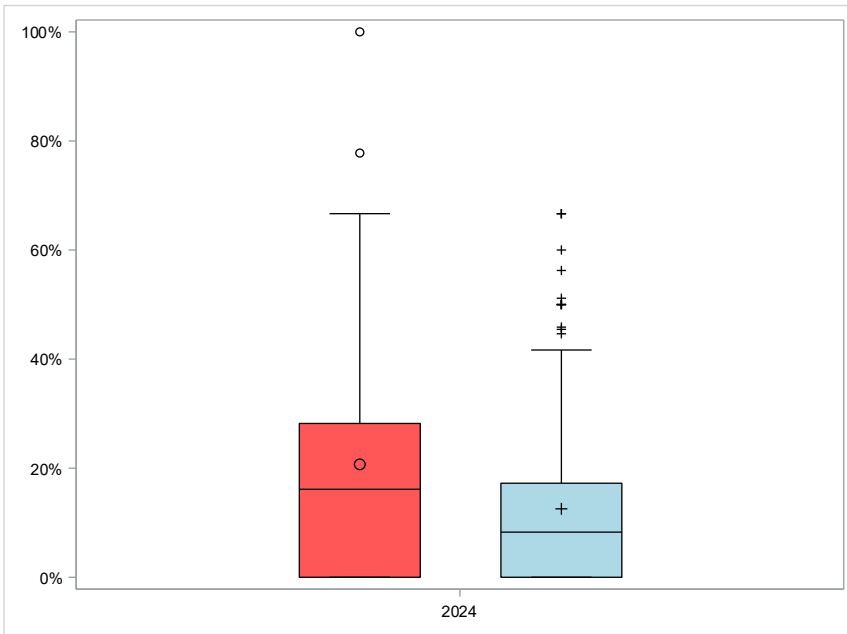
Figuur 4: Verdeling van de indicator voor de artsen in 2024, uitgesplitst naar gewest



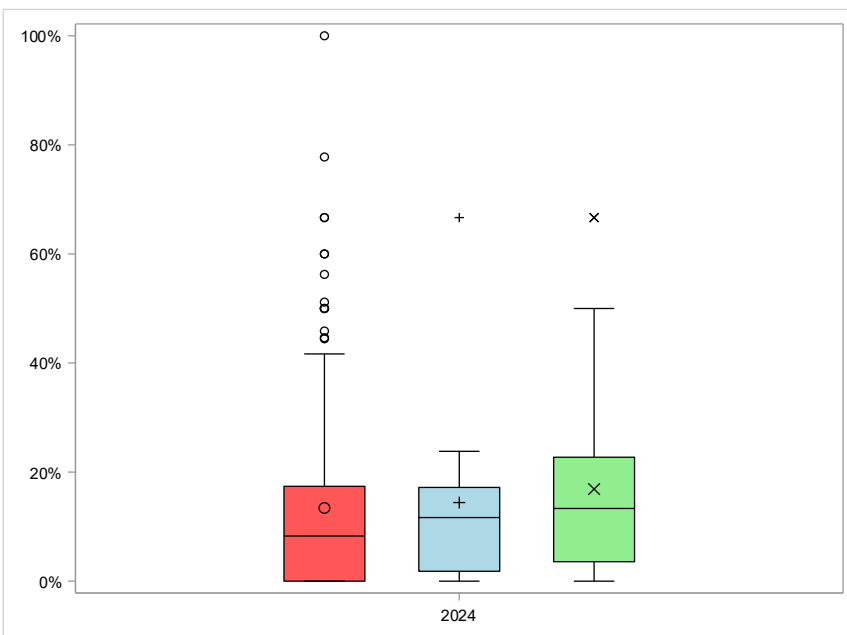
Figuur 5: Verdeling van de indicator voor de artsen in 2024, uitgesplitst naar geslacht



Figuur 6: Verdeling van de indicator voor de artsen in 2024, uitgesplitst naar leeftijdscategorie



Figuur 7: Verdeling van de indicator voor de artsen in 2024, uitgesplitst naar accrediteringsstatus



Figuur 8: Verdeling van de indicator voor de artsen in 2024, uitgesplitst naar conventioneringsstatus

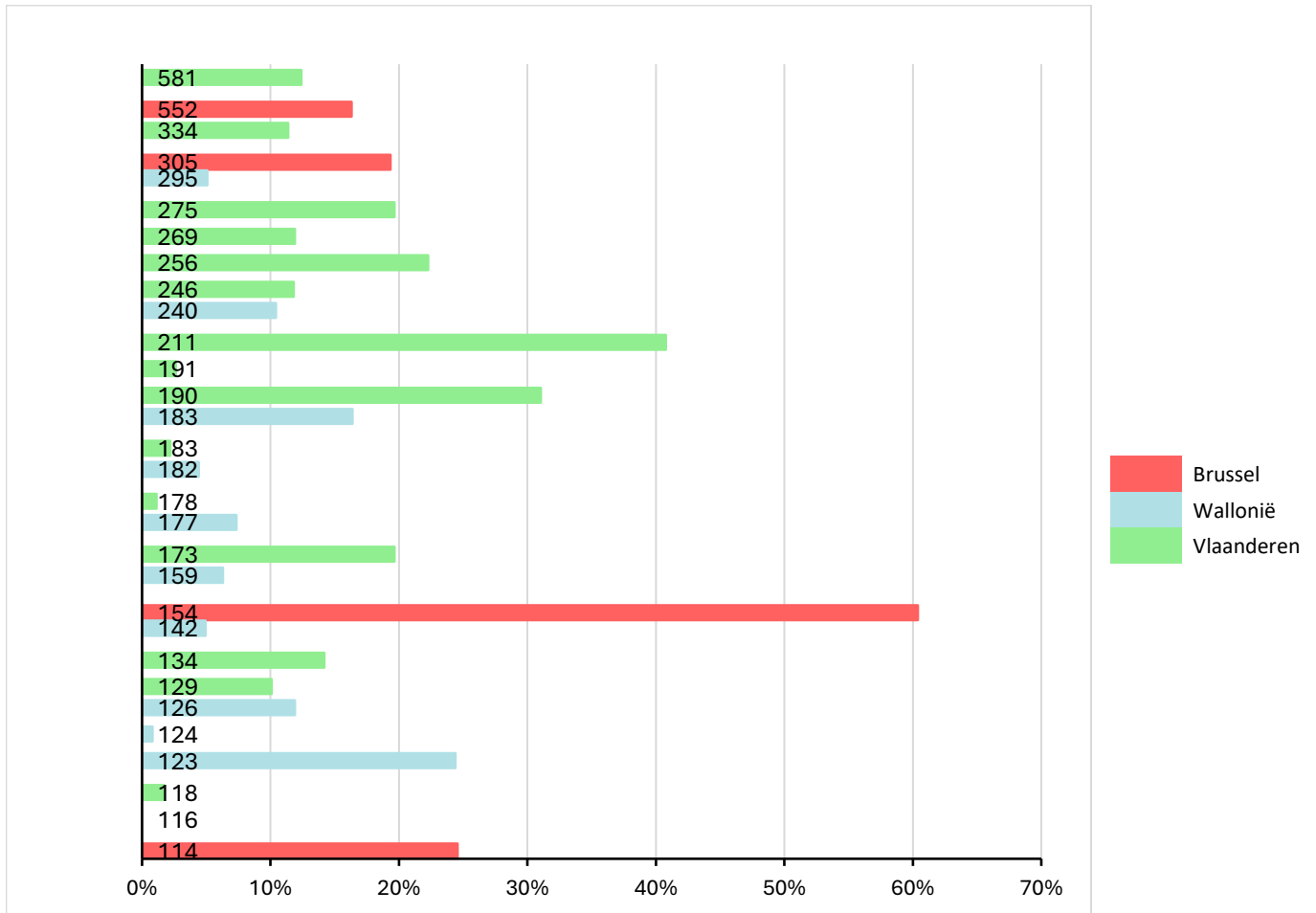
De boxplots in **Figuur 4**, **Figuur 5**, **Figuur 6**, **Figuur 7** en **Figuur 8** illustreren voor 2024 de variaties tussen de artsen volgens gewest, geslacht, leeftijdscategorie, accrediteringsstatus en conventioneringsstatus.

d. Resultaten per ziekenhuis

Ziekenhuis	Gewest	Totaal aantal bariatrische ingrepen	Aantal ingrepen zonder raadpleging ≥ 3 maanden	% ingrepen zonder raadpleging ≥ 3 maanden
1	Vlaanderen	581	72	12%
2	Brussel	552	90	16%
3	Vlaanderen	334	38	11%
4	Brussel	305	59	19%
5	Wallonië	295	15	5%
6	Vlaanderen	275	54	20%
7	Vlaanderen	269	32	12%
8	Vlaanderen	256	57	22%
9	Vlaanderen	246	29	12%
10	Wallonië	240	25	10%
11	Vlaanderen	211	86	41%
12	Vlaanderen	191	5	3%
13	Vlaanderen	190	59	31%
14	Wallonië	183	30	16%
15	Vlaanderen	183	4	2%
16	Wallonië	182	8	4%
17	Vlaanderen	178	2	1%
18	Wallonië	177	13	7%
19	Vlaanderen	173	34	20%
20	Wallonië	159	10	6%
21	Brussel	154	93	60%
22	Wallonië	142	7	5%
23	Vlaanderen	134	19	14%
24	Vlaanderen	129	13	10%
25	Wallonië	126	15	12%
26	Wallonië	124	1	1%
27	Wallonië	123	30	24%
28	Vlaanderen	118	2	2%
29	Vlaanderen	116	0	0%
30	Brussel	114	28	25%
	Totaal	6.460	930	14%

Tabel 6: Resultaten van de indicator voor de 30 ziekenhuizen met het grootste aantal bariatrische ingrepen in 2024

Om de variaties tussen de ziekenhuizen in kaart te brengen, geeft **Tabel 6** het totale aantal bariatrische ingrepen en het aantal zonder raadpleging meer dan 3 maanden voorafgaand aan de ingreep weer in de 30 ziekenhuizen met het grootste aantal bariatrische ingrepen in 2024. Deze 30 ziekenhuizen vertegenwoordigen 64% van alle bariatrische ingrepen in 2024.



Figuur 9: Resultaten van de indicator voor de 30 ziekenhuizen met het grootste aantal bariatrische ingrepen in 2024

Figuur 9 illustreert de variaties tussen de 30 ziekenhuizen met het grootste aantal bariatrische ingrepen in 2024. De kleuren van de staven geven het gewest waarin het ziekenhuis zich bevindt weer: groene staven voor ziekenhuizen in Vlaanderen, rode staven voor ziekenhuizen in Brussel en blauwe staven voor ziekenhuizen in Wallonië.

4. DISCUSSIE

De analyses op basis van terugbetalingsgegevens uit New Attest tonen een geleidelijke daling van het aantal bariatrische ingrepen in België in de periode 2018-2024, met uitzondering van 2020 en 2021, toen de COVID-19-pandemie de praktijk verstoorde. Het aandeel reducerende gastroplastieën met bileopancreatische of gastro-jejunale diversie (Scopinaro, gastric bypass, duodenal switch) neemt in dezelfde periode toe van 63% tot 74%.

Het percentage gevallen waarin de minimale periode van drie volledige kalendermaanden tussen de eerste raadpleging van de patiënt bij een bariatrisch chirurg en de eigenlijke bariatrische ingreep niet wordt nageleefd, daalde al van 51% in 2018 tot 37% in 2023. Na de publicatie van de indicator in 2023 daalde het percentage patiënten dat geen bedenktijd van minimaal drie maanden voorafgaand aan de bariatrische ingreep kreeg tot 14% in 2024.

De waargenomen variaties tussen de artsen en de ziekenhuizen wijzen erop dat het gewest waarin de arts werkzaam is of de accreditering een rol spelen. Deze verschillen moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, gezien de beperkte omvang van de groepen en de heterogeniteit in de groepsgroottes.

De beschreven veranderingen vallen samen met de invoering van de indicator, de begeleidende sensibiliseringscampagne en de verzending van individuele feedback aan de bariatrisch chirurgen. Dit doet vermoeden dat deze maatregelen hebben bijgedragen aan een verandering in de klinische praktijk en dat de artsen hun praktijkvoering daadwerkelijk hebben aangepast in de richting van de indicator. Deze beschrijvende analyses laten echter niet toe een causaal verband vast te stellen tussen deze maatregelen en de waargenomen veranderingen. Andere factoren kunnen hierbij een rol hebben gespeeld: gewijzigde wetenschappelijke inzichten en een gewijzigde behandelingsstrategie door de introductie van nieuwe medicamenteuze behandelingen (GLP-1-analogen) en patiëntenvoorlichting. Bij de interpretatie van de resultaten moet dus ook rekening worden gehouden met deze multifactoriële context.

Er moet verder ook rekening worden gehouden met enkele methodologische beperkingen. De facturatiegegevens geven informatie over de terugbetaalde bariatrische ingrepen, maar ze laten niet toe om de indicatie voor deze ingrepen of de mogelijke invloed van medisch, nutritioneel en psychologisch advies te beoordelen. Ook is hieruit niet op te maken of de reden voor de raadpleging bij de chirurg daadwerkelijk betrekking heeft op de toekomstige bariatrische ingreep. Bovendien zijn bepaalde stappen van het preoperatieve traject niet zichtbaar in de facturatiegegevens. Zo organiseren sommige centra niet-gefactureerde informatiesessies in groep die een eerste stap in de voorbereiding van de patiënt kunnen vormen. Hoewel ze de individuele beoordeling en de informatie die de chirurg vóór de ingreep verstrekt niet vervangen, dragen ze wel bij aan een kwaliteitsvolle multidisciplinaire aanpak en kunnen ze meerdere maanden vóór de eerste in de facturatiegegevens geregistreerde raadpleging van start gaan.

De hier voorgestelde analyses zijn voornamelijk beschrijvend. Ze zijn bedoeld om een beknopte en vergelijkende interpretatie te bieden, zonder dat hieruit conclusies kunnen worden getrokken over de kwaliteit van de verleende zorg. Het belang van de indicator ligt vooral in het ter beschikking stellen van vergelijkende informatie ter ondersteuning van een aanpak van continue verbetering.

5. CONCLUSIE

Recente gegevens over de terugbetaling van bariatrische ingrepen wijzen op een geleidelijke daling van het aantal ingrepen. Ook het aandeel ingrepen bij patiënten zonder raadpleging bij een bariatrisch chirurg meer dan 3 maanden vóór de ingreep, neemt aanzienlijk af. In 2024 krijgt de patiënt in 14% van de gevallen geen bedenktijd van minimaal 3 maanden voorafgaand aan zijn bariatrische ingreep.

Aangezien de analyses voornamelijk beschrijvend zijn en er mogelijk andere factoren een rol hebben gespeeld, kan er echter geen causaal verband worden vastgesteld tussen de waargenomen positieve evolutie en de invoering van de indicator, gevolgd door de verzending van individuele feedback.