

# Verantwoordingsdocument Voorkeursbeleid 2011-2012

880.99.115.1144



Alles voor betere zorg

## Bariatrische chirurgie



# Verantwoordingsdocument Voorkeursbeleid 2011 - 2012

## Bariatrische chirurgie

CZ 1 januari 2012, versie 1.2

## Inhoud

<b>1.</b>	<b>Toelichting voorkeursbeleid .....</b>	<b>3</b>
1.1	<i>Algemeen kader voorkeursbeleid.....</i>	3
1.2	<i>Categorie-indeling voorkeursbeleid .....</i>	3
<b>2.</b>	<b>Bariatrische chirurgie .....</b>	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>Indicatoren en selectie.....</b>	<b>6</b>
3.1	<i>Volume per behandellocatie en volume per chirurg.....</i>	6
3.2	<i>Aantal bariatrisch chirurgen.....</i>	9
3.3	<i>Type bariatrische ingreep.....</i>	9
3.4	<i>Indicatiestelling.....</i>	9
3.5	<i>Multidisciplinair team.....</i>	10
3.6	<i>Multidisciplinair voortraject.....</i>	11
3.7	<i>Multidisciplinair natraject.....</i>	11
3.8	<i>Samenvatting indicatoren en weging.....</i>	12
<b>4.</b>	<b>Niet meegenomen indicatoren.....</b>	<b>15</b>
<b>5.</b>	<b>Randvoorwaarden voor voorkeursbeleid bariatrische chirurgie .....</b>	<b>15</b>
<b>6.</b>	<b>Dynamisch model.....</b>	<b>16</b>
6.1	<i>Volume.....</i>	16
6.2	<i>Overige zorginhoudelijke indicatoren.....</i>	16
6.3	<i>Ontwikkelingen voorkeursmodel 2012-2013.....</i>	16
	<b>Bronnen.....</b>	<b>17</b>

## Versiebeheer

Oude versie	Nieuwe versie	Aanpassing	Ingangsdatum
1.1	1.2	Benaming categorie 4 gewijzigd van 'niet gecontracteerd' in 'voldoet niet aan minimale kwaliteitsnormen van CZ'	01-01-2012

# 1. Toelichting voorkeursbeleid

Onder het motto "Er is verschil, laat u adviseren" helpt CZ haar verzekerden bij het maken van de beste keuze uit het zorgaanbod. De introductie van een voorkeursbeleid per 1 januari 2011 voor borstkankerzorg was een verdere concretisering hiervan. Een aantal rechtszaken en vele publicaties later is duidelijk dat de zorgverzekeraar iets mag vinden van de kwaliteit van zorg. Sterker nog, het is 'the license to operate'. CZ mag ook selectief inkopen op basis van de criteria die zij hanteert. Deze moeten wel transparant en verifieerbaar zijn, daarom dit verantwoordingsdocument.

Na een voorkeursbeleid voor blaasverwijderingsoperaties en een update van borstkankerzorg, wordt dit nu vormgegeven voor de bariatrische chirurgie. De achtergronden van deze behandeling vindt u in hoofdstuk 2. Een toelichting op het model en de gebruikte indicatoren vindt u in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de indicatoren die wel zijn onderzocht, maar uiteindelijk niet zijn meegenomen in de normen per categorie.

## 1.1 Algemeen kader voorkeursbeleid

Het voorkeursbeleid van CZ betreft een generiek model, in principe bedoeld voor alle zorgsoorten die zich voor het voorkeursbeleid lenen. Het generieke model is in eerste instantie uitgewerkt voor de ziekenhuiszorg op aandoeningniveau.

Voor elk van de door CZ geselecteerde aandoeningen zullen de prestaties van de ziekenhuizen worden gewaardeerd op basis van:

1. medische kwaliteit (waaronder volumennormen);
2. patiëntervaringen.

Overigens moet worden geconstateerd dat in de praktijk het onderscheid 'medische kwaliteit' versus 'patiëntervaringen' moeilijk blijkt te maken. Bijvoorbeeld de indicator 'multidisciplinair voor- en natraject' kan zowel als een teken van medische kwaliteit als van patiëntgerichtheid worden uitgelegd.

Voor alle indicatoren geldt dat zij betrouwbaar, valide, en vergelijkbaar dienen te zijn en bij voorkeur onderdeel uitmaken van bestaande registraties of indicatorensets. De scores op deze indicatoren worden vervolgens weer geverifieerd bij de ziekenhuizen zelf. Indicatoren die niet met bestaande registraties worden uitgevraagd, maar wel cruciaal zijn voor het voorkeursbeleid, worden opgenomen in een vragenlijst die rechtstreeks bij het ziekenhuis wordt uitgezet.

## 1.2 Categorie-indeling voorkeursbeleid

Uiteindelijk leidt het bovenstaande proces tot de volgende categorie-indeling:

### *Categorie 1: Beste zorg*

Ziekenhuizen die volgens de kwaliteitskaders van CZ voor deze zorg als beste scores, worden als voorkeursziekenhuis bestempeld: deze 'beste' ziekenhuizen op het gebied van de gekozen aandoening, worden aanbevolen door CZ.

### *Categorie 2: Goed*

Ziekenhuizen die volgens de kwaliteitskaders van CZ voor deze zorg goed scores worden als 'goed' bestempeld in de keuze-ondersteunende informatie van CZ.

### *Categorie 3: Kan beter*

Ziekenhuizen waar volgens de kwaliteitskaders van CZ voor deze zorg de randvoorwaarden voor goede zorg (nog) niet optimaal zijn. Dit wordt in de keuze-ondersteunende informatie van CZ aangegeven.

*Categorie 4: Voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ*

Ziekenhuizen die volgens de kwaliteitskaders van CZ te ver achterblijven bij de CZ normen voor goede zorg. CZ zal deze ziekenhuizen geen contract aanbieden voor bariatrische chirurgie.

De ziekenhuizen die aangeven de desbetreffende behandeling niet (meer) uit te voeren, worden niet in de lijst opgenomen, maar apart vermeld.

## 2. Bariatrische chirurgie

Bariatrische chirurgie is chirurgie die als doel heeft het gewicht te verminderen. Bariatrische chirurgie kent verschillende ingrepen om afname van gewicht te realiseren. Deze hebben met elkaar gemeen dat ze op de één of andere manier de spijsvertering wijzigen.

### Comorbiditeit

Overgewicht en obesitas zijn geassocieerd met verschillende ziekten. Zo hebben personen met overgewicht en obesitas een grotere kans op type 2 diabetes, hypertensie, cardiovasculaire ziekte, artritis, steatohepatitis, cholecystolithiasis, het obstructieve slaapapnoe syndroom, infertiliteit, psychische problemen en maligniteiten (Fried et al<sup>1</sup>, 2007 ; Sauerland et al<sup>2</sup>, 2005; CBO<sup>3</sup>, 2008). Obesitas is geassocieerd met een slechtere kwaliteit van leven en een verminderde levensverwachting.

Ernstige obesitas (BMI >35) heeft belangrijke medische en psychosociale consequenties, die tot hoge sociaaleconomische en maatschappelijke kosten leiden. De jaarlijkse kosten van de (medische) zorg voor personen met morbide obesitas (BMI >40) zijn driemaal zo hoog als voor personen met een normaal gewicht.

### Effect van interventies

Veel instanties houden zich bezig met preventie van overgewicht, zoals de GGD, gemeenten en scholen. Het effect van die programma's is matig; er zijn nog geen vormen van preventie die overtuigend met *evidence* zijn onderbouwd. De preventieve begeleiding van overgewicht (BMI < 35) is in de basisverzekering niet structureel gedekt.

Mensen met obesitas kunnen zelfstandig of met hulp uit de eerste lijn (huisarts, diëtist) proberen af te vallen. Dit lukt regelmatig. Als dit echter niet lukt, kan bariatrische chirurgie een aangewezen behandeling zijn. Van enkele chirurgische behandelingen van ernstig overgewicht is een duurzaam resultaat aangetoond.

Langetermijnonderzoeken laten zien dat er na bariatrische chirurgie een substantiële afname is van mortaliteit en comorbiditeit (concept richtlijn Morbide Obesitas NVvH<sup>4</sup>, 2011) en dat het gebruik van de gezondheidszorg en daarmee gepaard gaande directe gezondheidskosten afnemen (Buchwald<sup>5</sup>, 2005; concept richtlijn NVvH<sup>4</sup>, 2011).

### Complexiteit van de bariatrische ingreep

Een toenemend aantal ziekenhuizen biedt bariatrische chirurgie aan. Bariatrische ingrepen mogen als technisch complexe ingrepen worden beschouwd die niet zonder risico zijn. De procedures vinden bovendien plaats bij patiënten met een verhoogd operatierisico door een hoog gewicht en de geassocieerde comorbiditeit. Bariatrische chirurgie is daarom een hoogrisico interventie. De indicatiestelling, de feitelijke ingreep en de nazorgbegeleiding is complex werk. Om zo optimaal mogelijke resultaten te behalen en complicaties te voorkomen, zijn een adequaat voor- en natraject en een goed op elkaar ingespeeld en ervaren team van groot belang. Volume-eisen voor het team/instelling en per chirurg zijn van belang om kwaliteit te kunnen garanderen.

### In cijfers

Obesitas vormt in de hele Westerse wereld en daarmee ook in Nederland een snel toenemend volksgezondheidsprobleem. Het aantal volwassenen en kinderen met (beginnend) overgewicht door een verstoorde energiebalans neemt elk jaar toe. Naar schatting lijdt 1% van de bevolking aan morbide obesitas (BMI > 40).

Het aantal patiënten met een BMI van 35 of meer dat in aanmerking komt voor bariatrische chirurgie neemt toe van ruim 222.000 in 2007 naar waarschijnlijk 335.000 in 2012. In 2007 werden in Nederland circa 3.500 bariatrische operaties verricht. Naar schatting zal dit aantal in 2012 verdrievoudigd zijn.

### 3. Indicatoren en selectie

De ziekenhuizen worden ingedeeld in vier categorieën. De indeling wordt bepaald door de totale 'pool' van ziekenhuizen steeds tegen het licht te houden en opeenvolgend te toetsen aan de hieronder genoemde indicatoren. Gevolg hiervan is dat er (bijna per definitie) bij elke toets een aantal ziekenhuizen 'afvalt' en dus niet meer meedingt naar een plek in de hoogste categorie: beste zorg.

Hieronder wordt beschreven welke achtereenvolgende toetsen zijn toegepast.

Op basis van literatuuronderzoek, de CBO richtlijnen en gesprekken met leden van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVvH) en de Nederlandse Obesitas Vereniging, zijn volgens CZ de volgende indicatoren van doorslaggevend belang bij de indeling van ziekenhuizen m.b.t. de zorg rondom bariatrische chirurgie:

1. volume per behandellocatie én volume per chirurg;
2. aantal bariatrisch chirurgen;
3. type bariatrische ingreep;
4. indicatiestelling;
5. multidisciplinair team;
6. multidisciplinair voortraject;
7. multidisciplinair natraject.

De basisinformatie en bronnen die geconsulteerd zijn betreffen o.a. de CBO richtlijn<sup>3</sup>, de NICE guideline "Obesity"<sup>6</sup>, die daar voor een groot deel mee samenvalt, de Interdisciplinair European Guidelines for Surgery for Severe (Morbid) Obesity<sup>1</sup>, Concept richtlijn Morbide Obesitas van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde<sup>4</sup> (NVvH 2011) en de IFSO<sup>7,8</sup> publicaties.

De gebruikte gegevens ter toetsing van de hierboven genoemde indicatoren, zijn allen gebaseerd op de meest recente ZN-uitvraag, de aanvullende CZ-uitvraag en de aansluitende hoor-wederhoor procedure.

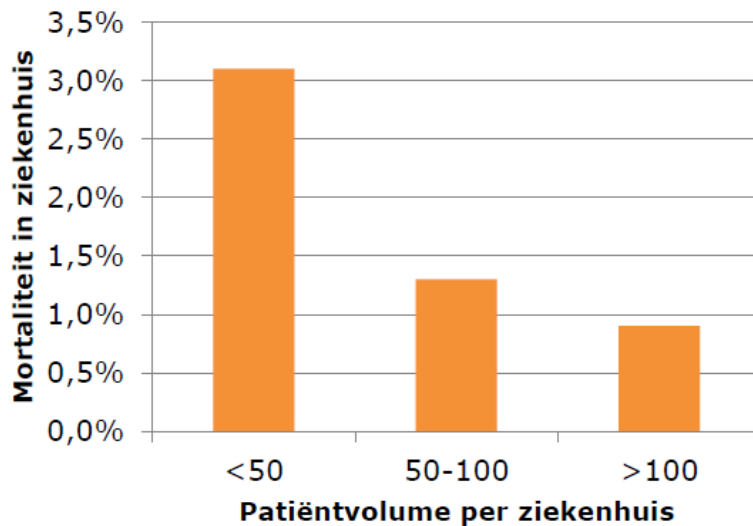
#### 3.1 Volume per behandellocatie en volume per chirurg

De internationale literatuur laat een zeer sterk verband zien tussen de resultaten van de bariatrische ingreep en het aantal uitgevoerde bariatrische ingrepen per ziekenhuis of per chirurg. Hierbij versterken volume per behandellocatie en volume per chirurg elkaar voor wat betreft de afname van het risico op zowel morbiditeit als mortaliteit. Het jaarlijks volume per chirurg is van grotere invloed op de resultaten dan het volume van de behandellocatie.

##### Volume per behandellocatie

In verschillende onderzoeken wordt een significante relatie gevonden tussen het aantal bariatrische operaties per jaar en de kans op complicaties (De Brauw<sup>9</sup>, 2009; Courcoulas<sup>10</sup>, 2003; Flum<sup>11</sup>, 2004; Weller<sup>12</sup>, 2006). Hoogvolume ziekenhuizen boeken betere resultaten, hebben minder complicaties, een lagere mortaliteit en lagere kosten.

Onderstaand figuur (Nguyen<sup>13</sup>, 2004) geeft het verband tussen mortaliteit en volume per locatie weer. Volgens deze studie ligt het omslagpunt gemiddeld op minimaal 100 patiënten per ziekenhuis.



Mortaliteit versus patiëntvolume per ziekenhuis (Nguyen NT, Paya M, Stevens CM, Mavandadi S, Zainabadi K, Wilson, SE. The Relationship Between Hospital Volume and Outcome in Bariatric Surgery at Academic Medical Centers, *Annals of Surgery* 2004, Vol. 240, No. 4)

Hollenbeak<sup>13</sup> laat zien dat bij een ziekenhuisvolume van meer dan 100 bariatrische ingrepen per jaar de 30-dagen mortaliteit daalt. Weller<sup>12</sup> geeft aan dat bij ziekenhuizen met minder dan 200 bariatrische ingrepen per jaar twee keer zoveel postoperatieve complicaties voorkomen.

De Brauw<sup>9</sup> komt op basis van zijn literatuurstudie (zie onderstaande tabel) uit op een minimumvolume per ziekenhuis van ongeveer 100 bariatrische ingrepen.

Belangrijkste uitkomsten van de gebruikte studies						
auteur	aantal patiënten	parameters	volume-effect chirurg	omslagpunt chirurg (patiënten per jaar)	volume-effect ziekenhuis	omslagpunt ziekenhuis (patiënten per jaar)
Hollenbeak <sup>5</sup>	14.716	mortaliteit en complicaties	ja	50	ja	100
Murr <sup>6</sup>	19.174	mortaliteit en complicaties	ja	20-40	ja	20-40
Nguyen <sup>7</sup>	24.166	mortaliteit en complicaties	niet gerapporteerd		ja	100
Courcoulas <sup>8</sup>	4.685	mortaliteit en complicaties	ja	10-50	ja/nee*	
Weller <sup>9</sup>	7.868	complicaties	ja	100	ja	150
Carbonell <sup>10</sup>	5.876	mortaliteit en complicaties			nee	
Liu <sup>11</sup>	16.232	complicaties			ja	100
Flum <sup>12</sup>	3.328	mortaliteit	ja			
Flum <sup>13</sup>	16.155	mortaliteit	ja	36-70		
Livingston <sup>14</sup>	51.842	mortaliteit			ja**	
Livingston <sup>15</sup>	19.363	mortaliteit en complicaties			ja**	500

\* Alleen significante verschillen tussen ziekenhuisvolumes indien gestratificeerd naar chirurgenvolume.  
 \*\* De volume-uitkomstenrelatie is wel significant maar als niet klinisch relevant beschouwd.

(Brauw M de, Klaassen R, Janssen I. Maagverkleining vergt veel ervaring, *MC* 2009 64 nr 43, 1752-1755)

De NVvH heeft in september 2011 kwaliteitscriteria voor bariatrische chirurgie openbaar gemaakt. Bij het opstellen van deze normen heeft de NVvH de behandelingen in vier categorieën ingedeeld. Bariatrische chirurgie valt in categorie IV: hoogcomplex en laagcomplex hoogvolume chirurgische

behandelingen waarvoor kwalitatieve voorwaarden voor de zorginstelling worden genoemd, aangevuld met een evidence based volumenorm. De NVvH heeft voor de zorginstelling aangegeven dat bij bariatrische chirurgie er minimaal 100 primaire bariatrische procedures per jaar verricht moeten worden.

### **Volume per chirurg**

In de literatuur wordt door verschillende auteurs het verband gelegd tussen volume per chirurg en de resultaten van bariatrische chirurgie:

- Birkmeyer<sup>14</sup> geeft aan dat de kans op overleven stijgt bij een chirurg die veel bariatrische ingrepen doet, zelfs in zogenaamde hoogvolume ziekenhuizen.
- De Brauw<sup>9</sup> geeft aan, op basis van een literatuurstudie (zie bovenstaande tabel), dat het minimum volume per chirurg ongeveer 50 ingrepen per jaar moet zijn.
- Birkmeyer<sup>15</sup> laat in een andere studie zien dat het aantal serieuze complicaties na een bariatrische ingreep daalt als de chirurg meer dan 100 ingrepen per jaar uitvoert (3,8% versus 2,4 % bij meer dan 100 ingrepen per jaar).
- Weller<sup>12</sup> geeft aan dat chirurgen met minder dan 100 ingrepen per jaar 2,4 keer meer complicaties hadden dan chirurgen met meer dan 100 ingrepen per jaar.

In haar concept richtlijn Morbide Obesitas<sup>4</sup> geeft de NVvH aan dat certificering van chirurgen zal plaatsvinden op basis van een jaarlijks minimaal aantal van 30 bariatrische ingrepen.

### **Voorkeursbeleid CZ**

#### ***Volume per behandellocatie én volume per chirurg***

Voor categorie 1 (beste zorg) is een volumenorm van 100 bariatrische ingrepen of meer per chirurg per jaar een vereiste, terwijl op de behandellocatie per jaar tenminste 200 bariatrische ingrepen moeten plaatsvinden. Gezien het groeiende aantal bariatrische operaties de komende jaren, zullen er steeds meer nieuwe chirurgen nodig zijn die deze ingrepen gaan uitvoeren. Deze nieuwe chirurgen zullen niet meteen hoge volumina kunnen halen. Daarom mag maximaal één chirurg dat jaar, als derde, vierde of vijfde chirurg in het ziekenhuis, tussen de 50 en 100 ingrepen uitvoeren.

Voor categorie 2 (goede zorg) moet worden voldaan aan de minimum volumenorm van 50 bariatrische ingrepen per chirurg per jaar en 100 bariatrische ingrepen per behandellocatie per jaar. Maximaal één chirurg mag dat jaar, als derde, vierde of vijfde chirurg in het ziekenhuis, minder dan 50 ingrepen uitvoeren.

Vanwege het groeiende aantal bariatrische operaties de komende jaren (zoals hierboven ook al genoemd) en het feit dat nieuwe chirurgen niet meteen hoge volumina kunnen halen, geldt voor categorie 3 (kan beter) dat de norm per chirurg 30 ingrepen per jaar is en 100 bariatrische ingrepen per behandellocatie per jaar. Maximaal één chirurg mag dat jaar, als derde, vierde of vijfde chirurg in de instelling, minder dan 30 ingrepen uitvoeren.

Indien twee chirurgen het minimumvolume per chirurg van 30 bariatrische ingrepen per jaar niet halen danwel het minimumvolume van 100 bariatrische ingrepen per jaar per behandellocatie wordt niet gehaald, komt het desbetreffende ziekenhuis in categorie 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ).

Primair geldt dat de aantallen zijn gebaseerd op de meest recente ZN-uitvraag en de aanvullende CZ-uitvraag betreffende het jaar 2010. Het is echter mogelijk dat een behandellocatie of chirurg inmiddels wel aan de norm voldoet, maar door omstandigheden in 2010 niet. Om die reden wordt in tweede instantie gekeken naar de aantallen in de periode juli 2010 - juni 2011.

Ziekenhuizen die de operatie niet uitvoeren of aangeven met deze behandeling te stoppen, worden niet in categorie 4 meegenomen, maar apart vermeld in een categorie 'niet van toepassing'.

### 3.2 Aantal bariatrisch chirurgen

De concept richtlijn Morbide Obesitas van de NVvH<sup>4</sup> geeft aan dat een chirurg lid moet zijn van een maatschap waarbinnen tenminste twee chirurgen de bariatrische chirurgie beoefenen en daartoe voldoende geschoold zijn. Dit houdt in dat er minimaal twee bariatrisch chirurgen per behandellocatie de bariatrische chirurgie moeten beoefenen.

#### Voorkeursbeleid CZ

Voor categorie 1 (beste zorg), 2 (goede zorg) en 3 (kan beter) moeten er minimaal twee bariatrisch chirurgen aanwezig zijn per instelling. Indien er geen twee bariatrisch chirurgen aanwezig zijn, valt een ziekenhuis in categorie 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ).

### 3.3 Type bariatrische ingreep

Er zijn verschillende bariatrische ingrepen mogelijk, te verdelen in een groep restrictieve operaties (maagverkleining/maagband) en malabsorptie operaties (omleiding van de dunne darm: bypass). Meerdere procedures staan de chirurg ter beschikking waarbij er telkens per patiënt een individuele keuze zal worden gemaakt.

Omdat de keuze voor een bepaald type ingreep individueel wordt bepaald vindt CZ dat de locatie meerdere soorten ingrepen moeten kunnen aanbieden. De Gastric Bypass wordt als standaard ingreep beschouwd.

#### Voorkeursbeleid CZ

Een instelling dient tenminste twee soorten ingrepen aan te bieden, waaronder in ieder geval de Gastric Bypass, beiden in beginsel laparoscopisch om in categorie 1 (beste zorg), 2 (goede zorg) of 3 (kan beter) te komen. Indien dit niet het geval is, valt de instelling in categorie 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ).

### 3.4 Indicatiestelling

Op basis van een aantal criteria vindt de indicatiestelling voor bariatrische chirurgie plaats. Deze criteria zijn: BMI, comorbiditeit, leeftijd en serieuze afvalpoging.

#### a. BMI

- i. BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> óf
- ii. BMI 35-40 kg/m<sup>2</sup> in combinatie met relevante comorbiditeit.  
Op basis van de CBO-richtlijn<sup>3</sup>, de NICE<sup>6</sup>, IFSO<sup>7,8</sup> en Fried<sup>1</sup> zijn onderstaande aandoeningen relevante co-morbiditeit in dit kader:
  - aangetoonde DM2;
  - hypertensie ondanks adequate behandeling;
  - aangetoonde OSAS;
  - ernstig invaliderende gewrichtsklachten.

#### b. Leeftijd

Gewoonlijk wordt 18-60 jaar aangehouden (o.a. Fried<sup>1</sup>). De CBO-richtlijn<sup>3</sup> geeft aan 18-65 jaar.

Chirurgie bij kinderen is niet evidence based en daarmee feitelijk geen gebruikelijke zorg. Bij adolescenten zijn nog geen langetermijngegevens beschikbaar en daarnaast zijn de verschillende soorten operaties nog onvoldoende vergeleken bij die leeftijd. Derhalve dient bariatrische chirurgie bij deze leeftijdsgroep alleen in onderzoeksverband plaats te vinden (PON<sup>17</sup>, CBO<sup>3</sup>).

Chirurgie bij ouderen is minder zinvol omdat de lichamelijke effecten op morbiditeit minder aanwezig zijn.

Kortom, bij de indicatiestelling wordt getoetst op de leeftijdsrange van 18 tot 60 jaar, behoudens uitzonderingen tussen 60 en 65 jaar.

### c. Serieuze afvalpoging

Veel van de kandidaten voor bariatrische chirurgie zijn vele jaren bezig geweest met allerlei afslankmethodes zonder of met alleen tijdelijk effect. Het niet gelukt zijn van deze pogingen geeft juist de indicatie voor chirurgie. Een langdurige serieuze poging is dan ook te zien als een bewijs van motivatie en wellicht als een indicatie van inzicht in de inzet die gevraagd wordt van een patiënt tijdens het gehele bariatrische traject. Want juist de gedragsverandering is heel bepalend of de ingreep op langere termijn ook zijn effect heeft en behoudt.

In die zin kunnen allerlei willekeurige diëten niet als serieuze poging gezien worden, maar komt alleen een combinatie van verminderde calorie-intake door verantwoord eten, met voldoende bewegen in aanmerking.

Bij de indicatiestelling toetsen of de patiënt een serieuze afvalpoging heeft gedaan. Dit betekent een gedocumenteerde poging die een combinatie bevat van een zinvolle dieetaanpassing en voldoende lichaamsbeweging, die minimaal een half jaar is volgehouden.

### **Voorkeursbeleid CZ**

Voor categorie 1 (beste zorg) en 2 (goede zorg) moet een ziekenhuis aan de onderstaande criteria voor een goede indicatiestelling voldoen:

- BMI  $\geq$  40, of
- BMI tussen 35-40 met relevante comorbiditeit (DM2, hypertensie ondanks behandeling, onbehandelbare OSAS of ernstige gewrichtsklachten), en
- operatie alleen tussen 18-60 jaar, behoudens uitzonderingen tussen 60-65 jaar, en
- een gedocumenteerde afvalpoging die een combinatie bevat van een zinvolle dieetaanpassing én voldoende lichaamsbeweging, die minimaal een half jaar is volgehouden.

Indien een ziekenhuis aan één of meer van bovenstaande criteria niet voldoet, komt dit afhankelijk van de overige indicatoren, in categorie 3 (kan beter) of 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ).

### **3.5 Multidisciplinair team**

Patiënten met morbide obesitas dienen zowel voor als na de bariatrische ingreep begeleid te worden door een ervaren multidisciplinair team. Alleen dan kan bariatrische chirurgie doelmatig zijn. Vóór de operatie kijkt het multidisciplinaire team of de patiënt aan de lichamelijke en psychische eisen voldoet. Na de ingreep richt het multidisciplinaire team zich op het zich eigen maken van een adequate leefstijlverandering.<sup>17</sup> Om optimale resultaten te halen wordt een multidisciplinair team in het gehele bariatrische traject als een vereiste gezien.<sup>17</sup>

Het multidisciplinaire team bestaat minimaal uit de volgende disciplines:

- internist,
- diëtist,

- psychiater/psycholoog,
- nurse-practitioner (NP-obesitas),
- chirurg die bariatrische chirurgie uitoefent.

### **Voorkeursbeleid CZ**

Voor categorie 1 (beste zorg), 2 (goede zorg) en 3 (kan beter) heeft het ziekenhuis een multidisciplinair team waarvan in ieder geval deel uitmaken: internist, diëtist, psychiater/psycholoog, NP-obesitas en de bariatrisch chirurg.

Indien er niet altijd een volledig team aanwezig is, valt het ziekenhuis in categorie 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ).

### **3.6 Multidisciplinair voortraject**

Bariatrische chirurgie is alleen doelmatig als er een multidisciplinair voor- en natraject aan is gekoppeld. In dit multidisciplinaire voortraject vindt de indicatiestelling op basis van de reeds eerder genoemde criteria plaats en worden psychische contra-indicaties uitgesloten.

### **Voorkeursbeleid CZ**

Om in categorie 1 (beste zorg) of 2 (goede zorg) te komen, moet een ziekenhuis altijd een multidisciplinair voortraject hebben doorlopen waarin psychische contra-indicaties zijn uitgesloten.

Indien hier niet aan wordt voldaan, valt een ziekenhuis, afhankelijk van de andere indicatoren, in categorie 3 (kan beter) of 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ).

### **3.7 Multidisciplinair natraject**

Het multidisciplinaire team is verantwoordelijk voor de langetermijn postchirurgische follow-up, behandeling van obesitas en obesitas gerelateerde aandoeningen en operatie gerelateerde niet chirurgische gevolgen. Alle patiënten hebben levenslange follow-up nodig na bariatrische chirurgie (Fried<sup>1</sup>).

Het multidisciplinaire natraject omvat:

- nacontroles door chirurg en zo nodig internist gedurende 1 tot en met 3 jaar en bij een bypassoperatie daarna nog langdurig jaarlijkse controle;
- controles diëtist voor het juiste dieet, bewaking micronutriëntenstatus en eventueel voedings-supplementen;
- verdere begeleiding voor het in stand houden van een goed eet- en beweegpatroon (1 tot en met 3 jaar na ingreep);
- daarna langdurige (4 jaar of langer) begeleiding door nurse practitioner (minimaal 1x per jaar).

### **Voorkeursbeleid CZ**

Voor categorie 1 (beste zorg) biedt een ziekenhuis een multidisciplinair nabehandelingstraject van 4 jaar of langer. Voor categorie 2 (goede zorg) geldt een multidisciplinair nabehandelingstraject van 1 tot en met 3 jaar.

Indien een ziekenhuis hier niet aan voldoet valt dit, afhankelijk van de overige indicatoren, in categorie 3 (kan beter) of 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ).

### 3.8 Samenvatting indicatoren en weging

#### Categorie 1: Beste zorg

##### Volumenormen

- Volume per chirurg: minimaal 100 bariatrische ingrepen per chirurg per jaar (in 2010 of in de periode juli 2010 tot en met juni 2011; maximaal één chirurg mag dat jaar, als derde, vierde of vijfde chirurg in het ziekenhuis, tussen de 50 en 100 ingrepen uitvoeren.
- Volume per behandellocatie: minimaal 200 ingrepen per behandellocatie (in 2010 of in de periode juli 2010 tot en met juni 2011).

**Aantal bariatrisch chirurgen:** minimaal 2 chirurgen die bariatrische ingrepen uitvoeren.

**Type bariatrische ingreep:** minimaal twee soorten bariatrische ingrepen waaronder de Gastric Bypass (beiden laparoscopisch).

##### Indicatiestelling:

- BMI  $\geq$  40, of
- BMI tussen 35-40 met relevante comorbiditeit (DM2, hypertensie ondanks behandeling, onbehandelbare OSAS of ernstige gewrichtsklachten), en
- operatie alleen tussen 18-60 jaar, behoudens uitzonderingen tussen 60-65 jaar, en
- een gedocumenteerde poging die een combinatie bevat van een zinvolle dieetaanpassing én voldoende lichaamsbeweging, die minimaal een half jaar volgehouden is.

**Multidisciplinair team:** waarvan in ieder geval deel uit maken: internist, diëtist, psychiater/psycholoog, NP-obesitas en de bariatrisch chirurg.

**Multidisciplinair voortraject:** waarin psychische contra-indicaties zijn uitgesloten.

**Multidisciplinair natraject:** een langdurige begeleiding van 4 jaar of langer.

#### Categorie 2: Goed

##### Volumenormen

- Volume per chirurg: minimaal 50 bariatrische ingrepen per chirurg per jaar (in 2010 of in de periode juli 2010 tot en met juni 2011); maximaal één chirurg mag dat jaar, als derde, vierde of vijfde chirurg in de instelling, minder dan 50 ingrepen uitvoeren.
- Volume per behandellocatie: minimaal 100 ingrepen per behandellocatie (in 2010 of in de periode juli 2010 tot en met juni 2011).

**Aantal bariatrisch chirurgen:** minimaal 2 chirurgen die bariatrische ingrepen uitvoeren.

**Type bariatrische ingreep:** minimaal twee soorten bariatrische ingrepen waaronder de Gastric Bypass (beiden laparoscopisch).

##### Indicatiestelling:

- BMI  $\geq$  40, of
- BMI tussen 35-40 met relevante comorbiditeit (DM2, hypertensie ondanks behandeling, onbehandelbare OSAS of ernstige gewrichtsklachten), en
- operatie alleen tussen 18-60 jaar, behoudens uitzonderingen tussen 60-65 jaar, en

- een gedocumenteerde poging die een combinatie bevat van een zinvolle dieetaanpassing én voldoende lichaamsbeweging, die minimaal een half jaar volgehouden is.

**Multidisciplinair team:** waarvan in ieder geval deel uit maken: internist, diëtist, psychiater/psycholoog, NP-obesitas en de bariatrisch chirurg.

**Multidisciplinair voortraject:** waarin psychische contra-indicaties zijn uitgesloten.

**Multidisciplinair natraject:** een langdurige begeleiding van 1-3 jaar.

### Categorie 3: Kan beter

#### Volumenormen

- Volume per chirurg: minimaal 30 bariatrische ingrepen per chirurg per jaar (in 2010 of in de periode juli 2010 tot en met juni 2011); maximaal één chirurg mag dat jaar, als derde, vierde of vijfde chirurg in de instelling, minder dan 30 ingrepen uitvoeren.
- Volume per behandellocatie: minimaal 100 ingrepen per behandellocatie (in 2010 of in de periode juli 2010 tot en met juni 2011).

**Aantal bariatrisch chirurgen:** minimaal 2 chirurgen die bariatrische ingrepen uitvoeren.

**Type bariatrische ingreep:** minimaal twee soorten bariatrische ingrepen waaronder de Gastric Bypass (beiden laparoscopisch).

**Multidisciplinair team:** waarvan in ieder geval deel uit maken: internist, diëtist, psychiater/psycholoog, NP-obesitas en de bariatrisch chirurg.

en

#### Voldoet niet aan één van de volgende indicatoren:

- voldoet niet aan de aspecten van een goede indicatiestelling, en/of
- er wordt niet altijd een multidisciplinair voortraject doorlopen volgens norm, en/of
- er is niet altijd een multidisciplinair natraject ingericht volgens de norm.

### Categorie 4: Voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ

Ziekenhuizen worden niet gecontracteerd als:

- volumenorm per chirurg: twee chirurgen doen minder dan 30 bariatrische ingrepen per jaar, en/of
- volumenorm per behandellocatie: minder dan 100 bariatrische ingrepen per jaar, en/of
- minder dan twee chirurgen die bariatrische ingrepen uitvoeren, en/of
- voeren slechts één soort bariatrische ingreep uit, en/of
- voeren de Gastric Bypass niet uit en/of
- niet altijd een multidisciplinair team aanwezig, en/of
- voldoet niet aan twee of meer van de volgende criteria:
  - voldoet niet aan de aspecten van een goede indicatiestelling, en/of
  - er wordt niet altijd een multidisciplinair voortraject doorlopen volgens norm, en/of
  - er is niet altijd een multidisciplinair natraject ingericht volgens de norm.

**Categorie-indeling: Niet van toepassing**

Ziekenhuizen die bariatrische chirurgie niet (meer) uitvoeren.

## 4. Niet meegenomen indicatoren

Hieronder wordt kort aangegeven wat de overwegingen zijn geweest om een indicator op dit moment niet mee te nemen in het voorkeursmodel bariatrische chirurgie.

Indicator	Reden om indicator niet mee te nemen
Leercurve chirurg	Een belangrijke indicator bij laparoscopische ingrepen. Er zijn echter nog geen betrouwbare data om de selectie op te baseren.
IC-level	Momenteel is niet duidelijk of de IC level classificatie gehandhaafd zal worden. In afwachting van de nieuwe IC richtlijn is dit criterium niet meegenomen in de categorie-indeling.
Type ingreep	De langetermijn effecten van de Sleeve en de Maagband staan ter discussie binnen de beroepsgroep. In afwachting van de uitkomsten daarvan worden deze type ingrepen nu niet specifiek als criterium meegenomen. Niet uitgesloten is dat dit in de komende jaren wel wordt meegenomen als criterium.
Prijs/doelmatigheid	In de beoordeling is nog geen rekening gehouden met een prijscomponent. CZ overweegt om in de toekomst bij de indeling van de ziekenhuizen de prijs mee te laten wegen. Hiervoor zal CZ de dan geldende prijzen voor de bariatrische chirurgie hanteren.

### Patiëntervaringen

Naast medisch inhoudelijke kwaliteit hecht CZ ook sterk aan patiëntgerichtheid. Indicatoren met betrekking tot patiëntervaring indicatoren (bijvoorbeeld CQ) zijn echter niet beschikbaar voor deze ingreep en kunnen dus niet worden meegenomen in de weging die ten grondslag ligt aan het voorkeursbeleid van CZ op het gebied van bariatrische chirurgie.

## 5. Randvoorwaarden voor voorkeursbeleid bariatrische chirurgie

Ieder ziekenhuis dat een contract voor bariatrische chirurgie krijgt aangeboden, moet naast de eisen van het kwaliteitskader, ook aan onderstaande randvoorwaarde voldoen.

### Dataregistratie en beschikbaar stellen van data

Het ziekenhuis geeft jaarlijks aan in welke mate wordt voldaan aan de gewenste kwaliteitseisen en daar waar hier niet aan wordt voldaan welke acties hierop worden ondernomen. Het ziekenhuis registreert hiertoe de prestatie-indicatoren en stelt deze na afloop van het kalenderjaar ter beschikking aan CZ.

## 6. Dynamisch model

De scores van de ziekenhuizen op de verschillende indicatoren kunnen in de loop van de tijd veranderen. CZ hoopt natuurlijk op een continue verbetering van de kwaliteit van zorg aan haar verzekerden. Op het moment dat er nieuwe data beschikbaar komen danwel de CZ-uitvraag is vernieuwd, kunnen de scores (en daarmee de indeling van de ziekenhuizen in de categorieën) worden aangepast. Hierbij gaat CZ uit van een voorlopige peildatum van 1 augustus 2012 en een definitieve vaststelling van de scores en categorie-indeling van 1 oktober 2012.

### 6.1 Volume

Voor het volume van de bariatrische ingrepen per behandellocatie, het aantal ingrepen per chirurg en het aantal bariatrisch chirurgen geldt niet de mogelijkheid om mutaties gedurende het lopende jaar door te geven en aan te passen. Deze wijzigingen worden slechts éénmaal per jaar doorgevoerd op basis van een jaarlijkse gegevensuitvraag en de aansluitende hoor-wederhoor procedure.

### 6.2 Overige zorginhoudelijke indicatoren

Ziekenhuizen kunnen desgewenst nieuwe (of verbeterde) scores op structuurindicatoren doorgeven aan CZ. Deze zullen zo snel mogelijk worden beoordeeld en vervolgens per de eerste dag van ieder kwartaal worden verwerkt. Het is daardoor mogelijk dat gedurende een contractjaar de lijst met ziekenhuizen per categorie op deze momenten wijzigt.

Dit geldt voor de volgende indicatoren:

- type bariatrische ingreep,
- indicatiestelling,
- multidisciplinair team,
- multidisciplinair voortraject,
- multidisciplinair natraject.

### 6.3 Ontwikkelingen voorkeursmodel 2012-2013

Bij de doorontwikkeling van het voorkeursmodel voor bariatrische chirurgie zal CZ in ieder geval de volgende aspecten meenemen:

- Voor blijvende monitoring van de kwaliteit, wordt aangesloten bij de outcome indicatoren zoals bepaald door Zizo en outcome parameters uit de databases van de locaties zoals o.a. EWL en complicaties.
- Met betrekking tot de eisen aan de instelling, zal meer op detail worden ingezoomd conform de eisen van de NVvH.
- CZ wil toewerken naar minimaal 50 ingrepen per chirurg.

## Bronnen

1. Fried, M., Hainer, V., Basdevant, A., Buchwald, H., Deitel, M., Finer, N., Greve, J., Horber, F., Mathus-Vliegen, E., Scopinari, N., Steffen, R., Tsigos, C., Weiner, R., Widhalm, K. (2007). Interdisciplinary European Guidelines for Surgery for Severe (Morbid) Obesity. *Obesity Surgery*;17, 260-270.
2. Sauerland, S., Angrisani, L., Belachew, M., Chevallier, J.M., Favretti, F., Finer, N., Fingerhut, A., Garcia Cabellero, M., Guisao Macias, J.A., Mittermair, R., Morino, M., Miskia, S., Rubino, F., Tacchino, R., Weiner, R., Neugebauer, E.A.M. (2005). Evidence-based guidelines of the European Association for endoscopic surgery. *Surg Endosc*;19, 200-221.
3. CBO Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Utrecht, 2008: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
4. Concept Richtlijn Morbide obesitas NVvH. Utrecht, 2011: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.
5. Buchwald, H. (2005). Bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals and third-party payers. *J. Am Coll Surg*;200, 593-604.
6. NICE clinical guideline – Obesity: guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. London, 2006: National Institute for Health and Clinical Excellence.
7. Melissas, J. (2007). IFSOP Guidelines for Safety, Quality, and Excellence in Bariatric Surgery. *Obes Surg*.
8. Melissas J. IFSO guidelines for safety, quality, and excellence in bariatric surgery *Obes Surg* 2008; 18: 497-500.
9. Brauw, M. de, Klaassen, R., Janssen, I. (2009). Maagverkleining vergt veel ervaring. *MC* 64 nr. 43, 1752-1755.
10. Courcoulas A, Schuchert M, Gatti G et al. The relationship of surgeon and hospital volume to outcome after gastric bypass surgery in Pennsylvania: a 3-year summary. *Surgery* 2003; 134: 613-21.
11. Flum DR, Dellinger P. Impact of Gastric bypass operation on Survival: a population based analysis. *J Am Coll Surg* 2004;199:543-51.
12. Weller WE, Hannan EL. Relationship between provider volume and postoperative complications for bariatric procedures in New York State. *J Am Coll Surg* 2006; 202: 753-61.
13. Nguyen NT, Paya M, Stevens CM et al. The relationship between hospital volume and outcome in bariatric surgery at academic medical centers. *Ann Surg* 2004; 240: 586-93.
14. Hollenbeak CS, Rogers AM, Barrus B et al. Surgical volume impacts bariatric surgery mortality: a case for centers of excellence. *Surgery* 2008; 144: 736-43.
15. Birkmeyer, J.D., Stukel, T.A., Siewers, A.E., Goedney, P.P., Wennberg, D.E., Lee Lucas, F. (2003). Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States. *N Engl J Med*;349, 2117-27

16. Birkmeyer, N.J.O., Dimick, J.B., Share, D., Hawasli, A., English, W.J., Genaw, J., Finkes, J.F., Carlin, A.M., Birkmeyer, J.D. (2010). Hospital Complication Rates With Bariatric Surgery in Michigan. *JAMA*;304, no.4, 435-442.

17. PON Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam, 2010: Partnerschap Overgewicht Nederland.

## **Disclaimer**

CZ heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van de toetsen en indicatoren. De criteria en normen die zijn gebruikt, zijn waar mogelijk gebaseerd op de laatste standaarden en inzichten. CZ aanvaardt echter geen aansprakelijkheid voor onjuistheden of onvolledigheden van informatie afkomstig van derden, hoewel die informatie wel zoveel mogelijk door CZ is gevalideerd. CZ aanvaardt derhalve geen aansprakelijkheid voor schade, overlast, ongemak of andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de door CZ verstrekte informatie.

Gebruikers kunnen geen rechten ontleen aan de inhoud van de rangschikking. Hoewel de rangschikking na een zorgvuldig proces tot stand is gekomen, kan CZ aan verzekerden geen resultaten van behandelingen garanderen.

© CZ, 1 januari 2012

---